

Unis dans *l'action*




Plan d'action
interministériel en
TOXICOMANIE

2006

2011



Québec 

Unis dans l'action



Plan d'action interministériel en **TOXICOMANIE**

2006
2011

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Ministère de la Sécurité publique
Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
Ministère du Conseil exécutif
(Secrétariat aux affaires autochtones)
(Secrétariat à la jeunesse)

Ministère des Transports
(Société de l'assurance automobile du Québec)
Ministère de la Justice
Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine
Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles

Québec 

Édition produite par :

**La Direction des communications du ministère de la
Santé et des Services sociaux**

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est
maintenant disponible qu'en version électronique.
Il peut être consulté à la section **Documentation**,
sous la rubrique **Publications** des sites intranet
réseau <http://intranetreseau.rtss.qc.ca> et
Internet du Ministère www.msss.gouv.qc.ca

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

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2006

Bibliothèque nationale du Canada, 2006

ISBN 2-550-45713-7 (version imprimée)

ISBN 2-550-45712-9 (version PDF)

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée,
à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec, 2006

Mot des ministres

L'ampleur et l'intensification de la consommation de psychotropes posent de nouveaux défis majeurs pour la préservation de la santé et de la sécurité de la population. Parce que nous pouvons tous être concernés, que ce soit personnellement ou dans notre proche entourage, nous devons rester vigilants face à la propagation de ce phénomène.

En effet, la toxicomanie touche tous les groupes et concerne des personnes de tous âges, des femmes et des hommes de tous les milieux ethniques, économiques et sociaux. Nous devons donc tous être interpellés par cette problématique.

En dépit des nombreux efforts consentis au fil des ans, l'intervention en toxicomanie nécessite plus que jamais l'implication de tous les partenaires sociaux. C'est pourquoi, avec le *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, le Québec entend agir, aujourd'hui, dans la concertation, l'harmonisation et la complémentarité des actions préconisées à la fois par ses ministères, par les organismes publics, ainsi que par les milieux communautaire et privé.

En réunissant nos efforts et nos ressources, nous parviendrons à mieux répondre aux besoins de la population, à soutenir et à aider les personnes toxicomanes, en évitant ainsi de les discriminer et de les exclure. Nos proches, nos concitoyennes et concitoyens bénéficieront de cette action sans distinction.

Avec ce plan, plus de partenaires poursuivront une même quête et de mêmes objectifs ; c'est un engagement nouveau qui nous permet de contrer la toxicomanie et ses méfaits. Dans une plus grande concertation et en toute collégialité, nos partenaires veulent contribuer au bien-être de la population québécoise.

Nous invitons donc, aujourd'hui, chacune et chacun d'entre vous, à titre individuel ou corporatif, à souscrire à ce plan et à soutenir les actions prévues. L'enjeu est capital puisqu'il concerne la santé et la sécurité de chaque citoyenne et citoyen du Québec et l'avenir que nous voulons donner à notre société.

Phillipe Couillard
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Jean-Marc Fournier
Ministre de l'Éducation, du Loisir et du Sport

Yvon Marcoux
Ministre de la Justice

Margaret F. Delisle
Ministre déléguée à la Protection de la jeunesse et à la Réadaptation

Michelle Courchesne
Ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale

Carole Thériberge
Ministre de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine

Jacques Dupuis
Ministre de la Sécurité publique

Geoffrey Kelly
Ministre délégué aux Affaires autochtones

Lise Thériault
Ministre de l'Immigration et des Communautés culturelles

Michel Després
Ministre des Transports

Table des matières

Avant-propos	13
Introduction	15

Chapitre 1

Pourquoi un Plan d'action interministériel en toxicomanie ?

Parce que la situation est préoccupante	17
Les personnes et leurs comportements de consommation	18
Le milieu	19
Les produits	20
Parce que la toxicomanie nous affecte et nous concerne tous	20
Des conséquences pour les personnes toxicomanes, leur famille et leurs proches	20
Des conséquences pour l'ensemble de la société québécoise	21
Parce qu'y remédier exige une action concertée	22

Chapitre 2

À propos du Plan d'action interministériel en toxicomanie

Des principes	23
Une intervention adaptée	24
Une responsabilité individuelle	24
Une responsabilité collective	24
Des actions fondées sur la connaissance et l'expérience	24
La concertation, moteur de l'action	25
Des populations visées	25
Les principales tendances de la consommation de psychotropes au Québec	25
Des personnes aux besoins particuliers	26
<i>Les jeunes : une précocité de consommation préoccupante</i>	26
<i>Les jeunes en difficulté</i>	28
<i>La toxicomanie chez les femmes enceintes</i>	29
<i>Les personnes âgées et la toxicomanie : des problèmes connus, une intervention à renforcer</i>	30
<i>Des stratégies d'intervention globales au sein des communautés autochtones</i>	31

Des problèmes associés	32
Les personnes contrevenantes	32
Les personnes toxicomanes ayant des problèmes de santé mentale	33
Les utilisateurs de drogues par injection	34
Les personnes itinérantes	36
Des milieux d'intervention privilégiés	36
La communauté	36
Les communautés culturelles	36
La famille	37
Les milieux scolaires (jeunes et adultes)	38
Le travail	39
Les milieux du sport et du loisir	39
Les milieux correctionnels et pénaux communautaires	40
Les milieux de production et de distribution	41
Une intervention adaptée et concertée	42

AXE 1

La prévention de la toxicomanie	43
Objectif 1 Améliorer l'accès de la population à une information cohérente et crédible sur la consommation de psychotropes	43
Objectif 2 Renforcer la prévention directement auprès des personnes ayant des besoins particuliers ou par l'entremise des milieux d'intervention privilégiés	45
Objectif 3 Réduire l'offre de psychotropes	48

AXE 2

L'intervention précoce	51
Objectif Accentuer la détection de la toxicomanie et l'intervention précoce auprès des différentes clientèles	52

AXE 3

Le traitement et la réinsertion sociale	53
Des services plus accessibles et plus adaptés	53
Des progrès s'imposent encore	54
Une clientèle aux besoins croissants et difficiles à définir	55
Améliorer l'accès à une gamme de services spécialisés dans chacune des régions du Québec	55
Objectif Assurer l'accessibilité à une gamme de services spécialisés dans chacune des régions du Québec	56

AXE 4

La recherche	59
Objectif Accroître la connaissance et la surveillance en matière de toxicomanie	60

Chapitre 3

Le suivi et l'évaluation du Plan d'action interministériel en toxicomanie

Le suivi de gestion	61
L'évaluation	62
Conclusion	63
Lexique	65
Sigles couramment utilisés dans le texte	67
Notes et références	69

Liste des collaborateurs

Membres du comité de travail interministériel

Andrée Bernard	Secrétariat à la jeunesse
Michel Bernier	Secrétariat à la jeunesse
Micheline Blache	Ministère de la Sécurité publique
Jacques Blais	Ministère de la Justice
Geneviève Blondeau	Secrétariat aux affaires autochtones
Nathalie Bolduc	Secrétariat à la jeunesse, ministère du Conseil exécutif
Denis Brown	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
André Buist	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
Renée Fréchette	Société de l'assurance automobile du Québec
Johanne Gauthier	Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine
Michel Germain	Directeur, Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT)
Sylvaine Hénissart	Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles
Lucie Michaud	Ministère de la Sécurité publique
Sylviane Proulx	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
Nicole Soucy	Ministère de la Sécurité publique
Sylvie Tremblay	Société de l'assurance automobile du Québec
Françoise Vekeman	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
Raymonde Villemure	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Coordination

Robert Faulkner

Rédaction

Éric Laplante

Secrétariat

Francine Hardy

Équipe de projet et de soutien à la rédaction

Marie-Josée De Montigny

Guylaine Doré

Julie Gauthier

Marie-Claude Paquette

Paul Roberge

Consultants

Claude Giroux

Daniel Guérin

D^r Pierre Rouillard

Guy Vermette

Collaboration spéciale

Michel Arsenault..... Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
Denis Boivin..... Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Dominique Bouchard..... Ministère de la Santé et des Services sociaux
Dr Michel Brabant..... Directeur, Clinique de prévention en toxicomanie, Hôpital Saint-Luc
Nelson Charrette..... Direction de l'organisation des services, Agence de la santé et des services sociaux
du Bas-Saint-Laurent
Sylvie Des Roches..... Directrice générale, Centre de recherche et d'aide auprès des narcomanes
(CRAN)
Michel Duchesneau..... Ministère de la Santé et des Services sociaux
Jean-Sébastien Fallu..... Président, Groupe de recherche et d'intervention psychosociale de Montréal (GRIP)
Jean-Pierre Gagnon..... Directeur général, Domrémy Mauricie et du Centre-du-Québec
Louise Guyon..... Coordinatrice, RISQ/CIRASST
Michel Landry..... Directeur des services professionnels et de la recherche, Centre Dollard-Cormier
Pierre Paquin..... Direction de la santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la
Montérégie
Lynda Poirier..... Directrice, Centre CASA
Lise Roy..... Directrice des programmes de premier et deuxième cycles en toxicomanie,
Université de Sherbrooke
John Topp..... Directeur général, Pavillon Foster

Consultation*

Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale nationale
Agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord
Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière
Agence de la santé et des services sociaux de Laval
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
AITQ (Association des intervenants en toxicomanie du Québec)
Association des centres jeunesse du Québec
Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
Centre CASA
Centre de référence du Grand Montréal
Centres jeunesse de Montréal
Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT)
Commission de la construction du Québec
Commission de la santé et des services sociaux des premières nations du Québec et du Labrador.
CRAN (Centre de recherche et d'aide pour narcomanes)
English Network Resources in Community Health
Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques
et autres toxicomanes (FQCRPAT)
FOBAST
Institut national de santé publique du Québec (INSPO)
La Croisée des chemins
Maison du nouveau chemin et Pavillon Pierre-Péladeau
MIELS Québec
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
Pavillon Foster
Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ)
Université de Montréal
Université de Sherbrooke

* Chacun des membres du comité de travail interministériel a mené sa propre consultation auprès de ses répondants.

Avant-propos

Le présent plan d'action oriente et harmonise l'intervention des ministères, des organismes d'État et des milieux concernés par la toxicomanie. Il les engage à des actions multiples et concertées pour prévenir, réduire et traiter les méfaits individuels et collectifs découlant de la toxicomanie. Ce faisant, il relève deux défis d'envergure demandant l'action gouvernementale. D'une part, il encourage les individus et les collectivités à adopter des comportements responsables à l'égard de la consommation de substances psychotropes. D'autre part, il optimise l'action gouvernementale et celle de la communauté en les rendant continues, complémentaires et concertées dans un effort commun.

Le Plan d'action interministériel en toxicomanie constitue un outil de plus dans une démarche gouvernementale qui a pour objectif d'être cohérente. Il donne suite au cadre de référence en toxicomanie adopté par le Québec en 2002 afin de planifier son action¹. Il complète des démarches déjà entreprises par le gouvernement du Québec et certains de ses ministères et organismes. Ainsi, le plan prend en compte les politiques et les programmes déjà en vigueur dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la sécurité publique et de la sécurité du revenu et de la justice. Pensons aux orientations en prévention de la toxicomanie, au Programme national de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ou encore aux ententes conclues entre le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et le MSSS afin d'assurer la complémentarité de leurs services respectifs auprès des jeunes. Le plan est aussi conçu en relation avec la Politique ministérielle en prévention de la criminalité du ministère de la Sécurité publique. Finalement, en misant sur la prévention des problèmes de santé et de bien-être, ce plan contribue aux efforts déployés par le gouvernement du Québec pour promouvoir de saines habitudes et améliorer les conditions de vie des personnes, de leur famille et des communautés. Il souscrit donc aux engagements du *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. L'intervention visant à lutter contre la toxicomanie trouve ainsi sa juste place dans la vision et les priorités d'action du gouvernement du Québec².

Introduction

Le Plan d'action interministériel en toxicomanie est issu d'une démarche animée par le ministère de la Santé et des Services sociaux et réalisé avec la collaboration des ministères de la Sécurité publique, de l'Éducation, du Loisir et du Sport, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, du Conseil exécutif (Secrétariat aux affaires autochtones et Secrétariat à la jeunesse), des Transports (Société de l'assurance automobile du Québec), de la Justice, de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine, de l'Immigration et des Communautés culturelles et du Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Les ministères et organismes partenaires du plan s'engagent à mobiliser leur réseau respectif pour la mise en œuvre des actions dont ils sont responsables ou auxquelles ils collaborent sur les plans provincial, régional et local, et ce, en tenant compte de leurs priorités ministérielles et des disponibilités financières. Le ministère de la Santé et des Services sociaux poursuivra son action de rassembleur auprès de ses partenaires interministériels tout au long de la mise en œuvre et de l'évaluation du présent plan.

Sur la base d'un diagnostic reconnu par tous les partenaires, le plan d'action propose, pour la période 2006-2011, 41 actions concertées. Ces actions visent à prévenir, à réduire et à traiter la toxicomanie au sein de la société québécoise. Le plan désigne quatre axes d'intervention propres à répondre d'une manière adaptée aux besoins des personnes et des milieux d'intervention : la prévention, l'intervention précoce, le traitement et la réinsertion sociale ainsi que la recherche. La formation et l'évaluation s'inscrivent en soutien à ces axes. Si chacun des axes d'intervention revêt son importance, le plan accorde une nette préséance à la prévention et à l'intervention précoce, celles-ci demeurant les manières les plus efficaces et les moins coûteuses à long terme de remédier au problème.

Le plan retient l'usage du terme *toxicomanie* en raison de son caractère évocateur. Toutefois, la toxicomanie visée ici se définit comme la « dépendance à une substance³ », en l'occurrence à l'alcool, aux drogues ou aux médicaments psychotropes⁴. Globalement, la toxicomanie affecte toutes les couches de la société, sans égard au sexe, à l'âge, au niveau de scolarité, au niveau économique et à la culture de la personne ; elle revêt donc, de ce fait, de multiples visages et une gravité variable. Chaque situation est d'autant différente qu'une personne présentant des problèmes de toxicomanie affecte d'une manière particulière le fonctionnement ou la santé de plusieurs personnes autour d'elle. Ce plan se veut pragmatique, il s'adresse à l'ensemble de la population, aux personnes ayant une consommation problématique et à celles qui vivent une dépendance.

Par ailleurs, l'intervention que propose le plan prend appui sur une approche populationnelle. Cette approche est au cœur de la transformation des services publics depuis plusieurs années. Elle implique le passage d'une logique de production de services à une logique d'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Elle exige de fonder l'intervention sur une analyse des besoins de la population québécoise et de la contribution des services à sa santé et à son bien-être.

Dans le même esprit, le plan d'action interministériel souscrit à la démarche, amorcée depuis 1997 par le gouvernement du Québec, visant à intégrer l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) dans les politiques publiques⁵. L'utilisation de cette analyse permettra de mieux répondre aux besoins des hommes et des femmes. Le plan a, au meilleur des connaissances, utilisé l'analyse différenciée dans la formulation de ses objectifs et de ses actions. Par ailleurs, l'ADS devra être utilisée dans la conception d'actions particulières par chacun des partenaires du plan.

Chapitre

1

Pourquoi un Plan d'action interministériel en toxicomanie ?



Les dix dernières années ont permis d'améliorer considérablement la prévention et le traitement de la toxicomanie et de faire progresser d'une manière significative la recherche et la formation des intervenants.

Par ailleurs, plusieurs expériences interministérielles enrichissantes et prometteuses se sont déroulées au cours des dernières années et nous permettent de croire que, dans le respect des missions de chacun, on peut maximiser les ressources humaines et financières disponibles pour mieux servir les personnes toxicomanes qui en ont besoin.

En dépit de ces avancées, le problème persiste. Remédier à la situation exige un effort renouvelé, tourné vers des objectifs communs et soutenu par une action concertée. Cet effort renouvelé – au cœur du Plan d'action interministériel en toxicomanie – prend appui sur un diagnostic de la situation, diagnostic reconnu par l'ensemble des ministères, organismes d'État et milieux d'intervention concernés. Ce chapitre en livre les grands traits.

Parce que la situation est préoccupante

Trois aspects de la réalité québécoise interagissent pour accentuer le problème posé par la toxicomanie : l'état de santé et de bien-être des personnes et leurs comportements de consommation, le milieu dans lequel elles évoluent et les produits qu'elles consomment.

Les personnes et leurs comportements de consommation

On remarque notamment une détérioration de la santé et du bien-être des personnes aux prises avec un problème de toxicomanie. Il semble que, dans bien des cas, les personnes en traitement présentent une combinaison plus complexe qu'auparavant de troubles physiques, mentaux et sociaux. On signalait déjà, en 1996, une aggravation de la situation en matière d'abus de psychotropes et un alourdissement des clientèles en traitement spécialisé⁶. Les personnes présentant un double diagnostic (toxicomanie et problèmes de santé mentale, d'itinérance, de délinquance ou d'utilisation de drogues par injection) et les femmes enceintes qui consomment lancent des défis majeurs aux intervenants. Les personnes aux prises avec un double problème de toxicomanie et de délinquance ont généralement un profil psychosocial plus lourd. De même, près de la moitié des personnes itinérantes présentent un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues⁷.

- À Montréal en 2002, on a compté plus de trois mille hospitalisations en relation avec la consommation de psychotropes. Près des trois quarts (73 %) de ces hospitalisations étaient dues à la surconsommation d'alcool. Les hospitalisations liées aux drogues sont le plus fréquemment dues à des tentatives de suicide et à des auto-intoxications, à la pharmacodépendance et aux intoxications par tranquillisants ou par antidépresseurs⁸.
- La population tantôt méconnaît, tantôt sous-estime les risques associés à la consommation de psychotropes. Plusieurs semblent ignorer les risques importants qu'entraîne l'intoxication aiguë (notamment due à l'alcool à l'occasion de séances de *calage*) ou le mélange de médicaments et d'alcool. La plupart des gens ne connaissent pas non plus la composition réelle des drogues et les risques auxquels ils s'exposent lorsqu'ils en font usage (ecstasy, phencyclidine [PCP], etc.)⁹.
- Les pratiques de consommation se diversifient et s'aggravent. Ainsi, on observe :
 - la consommation d'alcool et de drogues illicites à un âge précoce. Les jeunes s'y initient très tôt¹⁰. L'alcool continue d'être la substance la plus fréquemment utilisée à des fins récréatives par les jeunes ;
 - l'accentuation du phénomène de la polyconsommation ;
 - une consommation élevée d'alcool par les jeunes. C'est le cas dans les séances de *calage*, au cours desquelles ceux-ci prennent, à une même occasion, des consommations tellement nombreuses qu'elles peuvent conduire à une perte de conscience et même à la mort ;
 - l'émergence, depuis le milieu des années 90 d'un phénomène social, les fêtes techno (*raves*), propice à la consommation de produits qualifiés de « nouvelles drogues » ou « drogues de synthèse »¹¹. L'augmentation de l'usage des psychotropes dans des contextes récréatifs constitue un phénomène préoccupant dans tous les pays^{12, 13}. Le Québec n'y fait pas exception^{14, 15} ;

- le recours, particulièrement par les jeunes, à des substances dopantes dans le cadre d'activités sportives;
- l'inhalation de vapeurs d'essence ou d'autres solvants par les jeunes âgés de 12 à 19 ans, notamment au sein de certaines communautés autochtones.

Le milieu

Le plan d'action interministériel partage une des convictions centrales de la Politique de la santé et du bien-être, à savoir que «la santé et le bien-être résultent d'une interaction constante entre l'individu et son milieu¹⁶». Comme l'indique cette politique, la santé et le bien-être désignent «la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie¹⁷». Certaines caractéristiques propres au milieu dans lequel évoluent les personnes, milieu entendu au sens large, peuvent donc contribuer à l'apparition et à la persistance chez elles de problèmes de toxicomanie. Plusieurs exemples illustrent ce propos :

- Les messages circulant au sein de la société québécoise en ce qui a trait à la consommation de psychotropes sont ambigus. Cette situation n'est pas exclusive au Québec. Cette ambiguïté rend difficile pour les personnes de discerner ce qui est socialement acceptable de ce qui ne l'est pas. Elle suscite, notamment chez les jeunes, de nombreuses interrogations. Ainsi, plusieurs enquêtes et sondages montrent une diversité de l'opinion publique, allant de la banalisation à la dramatisation de la consommation de psychotropes¹⁸.
- Les conditions sociales et économiques de plusieurs personnes demeurent difficiles. La pauvreté et l'exclusion sociale constituent encore aujourd'hui des problèmes exigeant une variété d'interventions¹⁹. Cette situation contribue au problème dans la mesure où des conditions de vie difficiles représentent des déterminants majeurs de la santé et du bien-être des personnes²⁰, notamment un des facteurs explicatifs de la toxicomanie²¹.
- On constate la banalisation de l'usage de certaines substances. Cette banalisation se traduit notamment par :
 - l'impression chez les jeunes que l'intoxication, même à un âge très précoce, est sans problème lorsqu'elle se manifeste dans un contexte festif. Pour d'autres jeunes, la consommation abusive d'alcool, voire l'intoxication régulière, ne pose aucun problème dans la mesure où l'on ne conduit pas en état d'ébriété. Lorsque l'usage d'alcool et d'autres substances psychoactives est associé à la fête, il semble en effet que les représentations l'entourant soient parfois teintées d'une forme de banalisation des risques²². La consommation de drogues dans des contextes festifs que plusieurs considèrent comme sans danger s'inscrit dans cette tendance. Ces croyances ne sont pas présentes uniquement chez les jeunes consommateurs, puisqu'on les retrouve également dans différentes couches de la population ;

- une accessibilité et une promotion accrues de l'alcool sous forme de boissons de types «prémix» et «prêtes à boire» que l'on trouve facilement sur les tablettes des épiceries et des dépanneurs ;
- une accessibilité accrue des drogues illicites, notamment du cannabis, ce qui a pour effet de créer une tolérance envers sa consommation, sans toutefois offrir de balises susceptibles de l'encadrer.

Les produits

L'offre et la variété des produits augmentent, de même que leur toxicité et les risques que leur consommation entraîne. On constate notamment :

- la popularité croissante des drogues de synthèse, que plusieurs considèrent comme sans danger. L'accessibilité de ces produits au Québec, ces dernières années, paraît liée à l'évolution des pratiques récréatives²³ ;
- que la variété et l'accessibilité des substances illicites augmentent par l'intermédiaire des réseaux de distribution et la multiplication des offres sur le Web ;
- des risques accrus en raison de la toxicité des produits. À titre d'exemple, mentionnons que la teneur en produit actif (THC)²⁴ du cannabis a considérablement augmenté au cours des dernières années²⁵. Avant le début des années 80, la teneur moyenne en THC de la marijuana saisie atteignait rarement 1 %. Il est maintenant possible de trouver de la marijuana ayant une teneur en THC de 10 %, et parfois de 15 %. La teneur moyenne est d'environ 6 %²⁶.

On tirera comme conclusions des commentaires qui précèdent que, d'une part, la situation nous presse d'agir et que, d'autre part, il importe de le faire d'une manière concertée pour s'assurer du succès de l'intervention.

Parce que la toxicomanie nous affecte et nous concerne tous

Le problème posé par la toxicomanie nous concerne tous. Ses conséquences sont graves pour les personnes qu'elle affecte, pour leurs proches, mais également pour l'ensemble de la société québécoise. La situation²⁷ ne saurait laisser personne indifférent.

Des conséquences pour les personnes toxicomanes, leur famille et leurs proches

Souvent, les personnes aux prises avec un problème de toxicomanie en subissent les conséquences tant sur le plan personnel que familial ou professionnel. De plus, leur famille et leurs proches en subissent fréquemment les répercussions.

Les méfaits sur le plan de la santé sont dévastateurs, qu'il s'agisse par exemple de la cirrhose, du syndrome alcoolique fœtal, des surdoses ou de la transmission des hépatites et du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). De plus, l'alcool est mis en cause dans 54 % des homicides involontaires, dans 50 % des suicides et dans un nombre important de cas de violence familiale et de négligence. L'usage des drogues illicites est souvent associé à des activités criminelles (vol, trafic de stupéfiants, prostitution). Les grands consommateurs de substances psychotropes sont également plus susceptibles de s'engager dans des relations sexuelles non protégées, de connaître des partenaires multiples, de quitter l'école prématurément, de manifester des comportements délinquants²⁸ et, pour les filles, d'avoir des grossesses précoces. Ces conduites apparaissent souvent simultanément, de sorte qu'il est difficile d'établir des liens causaux. Néanmoins, l'usage de psychotropes peut jouer un rôle catalyseur qui vient exacerber un malaise présent.

Des conséquences pour l'ensemble de la société québécoise

La toxicomanie, au-delà de ses conséquences pour les personnes qui en souffrent, a des répercussions sur l'ensemble de la société québécoise. Elle mine les liens entre les individus, nuit à la cohésion sociale et entraîne des coûts économiques importants.

Sur le plan strictement économique, une étude de la situation québécoise révèle que les coûts totaux engendrés par la consommation d'alcool et de drogues illicites sont considérables : 2 milliards de dollars en 1992²⁹. De ce coût, 1,7 milliard de dollars est attribuable à la consommation d'alcool et 0,3 milliard, à celle de drogues illicites³⁰. La consommation d'alcool et de drogues illicites entraîne des coûts directs importants, particulièrement pour les soins de santé et l'application des règles de justice (services policiers, judiciaires, correctionnels, de douanes et d'accise), mais surtout des coûts indirects liés à la perte de productivité due à la mortalité et à la morbidité³¹.

La conduite automobile avec les facultés affaiblies constitue une des répercussions de la toxicomanie sur la société québécoise. Le Québec mène depuis quelques décennies une lutte contre la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool. Au cours des dernières années, des lois plus sévères et des mesures vigoureuses ont été implantées afin d'améliorer le bilan routier à ce chapitre, de sorte que, de 1991 à 1999, la proportion de conducteurs présentant une alcoolémie supérieure à 80 mg pour 100 ml de sang a chuté de 50 %. Malgré tout, la conduite sous l'influence de l'alcool est encore associée à environ 30 % des décès, 18 % des blessures graves et 5 % des blessures légères dus à un accident d'automobile. Depuis quelques années, on doit faire face à un nouveau problème de capacité de conduite affaiblie en relation avec la consommation de drogue. À ce sujet, une étude de la Société de l'assurance automobile du Québec portant sur les conducteurs décédés entre avril 1999 et décembre 2002 a révélé la présence d'alcool ou de drogue chez 56,8 % des conducteurs décédés, dans les proportions suivantes : alcool seulement, 24,4 % ; drogue seulement, 17 % ; mélange de drogue et d'alcool, 15,4 %³².

Parce qu'y remédier exige une action concertée

La gravité du problème posé par la toxicomanie commande un effort renouvelé, différent, davantage ciblé, mieux adapté à la réalité des personnes et des collectivités, et notamment à celle de certains groupes.

Pour guider cet effort, un constat devenu maintenant une évidence : la toxicomanie tire son origine de causes diverses, a des répercussions sur l'ensemble de la société québécoise et exige, de ce fait, des solutions partagées. Pour le dire autrement, la toxicomanie nous concerne tous. La contribution de tous les acteurs concernés s'avère donc essentielle. Devant ce constat, il faut se fixer des objectifs communs et miser sur la concertation de l'intervention afin d'en favoriser l'atteinte.

La toute première condition de réussite du Plan d'action interministériel en toxicomanie, c'est la volonté de tous les partenaires de contribuer à un investissement commun et adapté aux réalités de consommation en émergence dans le contexte social et culturel des années 2000.

Chapitre

2

À propos du Plan d'action interministériel en toxicomanie



Sur la base d'un diagnostic reconnu par tous les partenaires, le Plan d'action interministériel en toxicomanie propose une intervention gouvernementale cohérente et concertée visant à réduire tant la demande de psychotropes que leur accessibilité au sein de la société québécoise. Ce plan s'inspire d'une approche populationnelle basée sur les besoins de la population et il mobilise les acteurs concernés autour de principes fondés sur des données probantes.

Le Plan d'action interministériel en toxicomanie établit quatre axes d'intervention – la prévention, l'intervention précoce, le traitement et la réinsertion sociale ainsi que la recherche – propres à répondre d'une manière adaptée aux besoins des personnes et des milieux d'intervention. Pour chacun de ces axes, le plan propose des objectifs et des actions pour la période 2006-2011.

Des principes

Cinq principes servent d'assise au Plan d'action interministériel en toxicomanie et aux objectifs qu'il contient. Ces principes mobilisent les partenaires autour d'actions intersectorielles visant à intervenir sur les problèmes de toxicomanie au Québec et à favoriser la santé, le bien-être et la sécurité des individus et des communautés. Ils s'inspirent d'une vision d'ensemble du phénomène de la toxicomanie. Ils tiennent compte des tendances observées au cours des dernières années ainsi que des réalités de consommation en émergence.

Une intervention adaptée

La toxicomanie crée un état de dépendance qui occasionne des souffrances physiques et psychologiques. Elles posent problème car elles perturbent, à divers degrés, la santé et le fonctionnement personnel et social d'une personne et de ses proches. Le problème est complexe car ses sources, ses manifestations et ses conséquences varient d'une personne à l'autre. La toxicomanie s'inscrit dans la relation unique et dynamique qu'une personne développe et entretient avec un ou des psychotropes, son milieu de vie et la société dans laquelle elle évolue. De plus, l'intervention doit être adaptée à la diversité croissante de la société québécoise, ce qui implique une approche interculturelle permettant à l'intervenant de comprendre les représentations culturelles liées à la consommation de psychotropes.

Une responsabilité individuelle

Le plan d'action mise sur la capacité des personnes de se responsabiliser par rapport à leur vie et à leur santé, de prendre à cet égard des décisions éclairées et d'exercer davantage de pouvoir sur leur vie. Il privilégie en ce sens les interventions qui mettent à contribution les aptitudes des personnes sur les plans physique, psychique, affectif et relationnel et qui encouragent leur autonomie.

Une responsabilité collective

Le plan d'action souscrit à une des orientations fondamentales de la Politique de la santé et du bien-être, à savoir que «le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être reposent sur un partage équilibré des responsabilités entre les individus, les familles, les milieux de vie, les pouvoirs publics et l'ensemble des secteurs d'activité de la vie collective»³³. La responsabilité de prévenir la toxicomanie et d'atténuer ses conséquences incombe à la fois aux personnes et à la collectivité québécoise.

Des actions fondées sur la connaissance et l'expérience

Le plan d'action propose une approche contemporaine de la toxicomanie. Il se fonde sur l'analyse la plus objective possible de ses risques et de ses conséquences.

Le choix des actions que présente le plan d'action interministériel et des moyens que ces actions nécessitent tient compte des plus récentes connaissances scientifiques dans le domaine et de l'évolution des besoins. Ces actions mettent à profit l'expérience et les travaux de recherche des dernières années et intègrent les pratiques reconnues efficaces ou prometteuses.

La concertation, moteur de l'action

La concertation se caractérise par un ensemble de pratiques adoptées par des partenaires d'un ou de plusieurs secteurs d'activité qui se mobilisent, s'engagent à agir de façon complémentaire et mettent à profit les compétences de chacun en vue de satisfaire les besoins ciblés conjointement³⁴. Elle améliore l'échange d'information et le partage d'expertise entre les fournisseurs de services et permet, ce faisant, d'améliorer la qualité, l'accessibilité, la continuité et l'efficacité de l'intervention.

La concertation représente un principe d'action d'une importance particulière dans le cadre du Plan d'action interministériel en toxicomanie. En effet, ce plan reconnaît qu'intervenir sur la toxicomanie ne pourra se faire sans concertation. Ainsi, l'engagement du gouvernement du Québec réaffirme la nécessité de la concertation entre les différents ministères, leurs réseaux et les organismes d'État pour relever le défi collectif qui consiste à atteindre, dans le respect de la mission de chacun, les objectifs fixés dans le plan d'action. Cette concertation exige une coordination des actions entreprises et leur intégration dans une démarche cohérente, à l'échelle nationale, régionale et locale.

Des populations visées

Prévenir et réduire la toxicomanie exigent d'intervenir d'une manière adaptée auprès du grand public et de certains groupes de personnes ayant des besoins particuliers. Les lignes qui suivent décrivent les tendances de la consommation de la population québécoise et de certains groupes ayant des besoins particuliers et, par conséquent, des pratiques d'intervention prometteuses.

Les principales tendances de la consommation de psychotropes au Québec

La consommation de psychotropes au sein de la population québécoise est importante et croissante. Ainsi, entre 1992 et 2003, le volume des ventes d'alcool a connu une hausse de 10%. Bien que la bière soit le produit le plus consommé, cette augmentation s'explique par la consommation de plus en plus populaire du vin³⁵. De plus, le Québec est la province canadienne qui compte le plus grand nombre de consommateurs d'alcool. En 2003, 63,7%³⁶ de la population québécoise consommait de l'alcool de manière régulière, et environ 2%³⁷ des personnes consommant de l'alcool auraient une dépendance. Toutefois, le Québec est la province où l'on retrouve le plus faible taux de dépendance à l'alcool au Canada.

Le Québec aurait un des taux de consommation de drogues illicites les plus élevés au Canada, après la Colombie-Britannique³⁸. En 1998, une personne sur six aurait consommé des drogues illicites. C'est parmi les hommes que l'on trouve la plus forte proportion de consommateurs³⁹. Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, en 2002, 0,8% des Québécois risquaient de connaître une dépendance aux drogues illicites,

comparativement à 0,7% de la population canadienne. Le cannabis est de loin la drogue dont l'usage est le plus répandu. La proportion de Canadiens qui admettent en consommer a presque doublé en treize ans : en 2002, environ trois millions de Canadiens de 15 ans et plus avaient consommé du cannabis au moins une fois au cours des douze mois précédents⁴⁰. La consommation de cannabis par les Québécois est passée de 6,5% en 1989 à 15,8% en 2004⁴¹. Au Québec, le nombre de consommateurs de cannabis chez les 15-24 ans est passé de 15 à 26% entre 1992 et 1998, soit en seulement six ans⁴². La proportion de demandes de traitement concernant la consommation de cannabis était de 27,2% au Canada en 2001.

Par ailleurs, la surconsommation de médicaments psychotropes, leur mauvaise utilisation ou leur consommation avec de l'alcool sont susceptibles d'engendrer des effets dommageables et des problèmes de santé physique et mentale au sein de la population québécoise. D'après l'Enquête sociale et de santé de 1998, 4,4%⁴³ des répondants ont déclaré avoir consommé au moins un médicament pour les maladies du système nerveux central (anxiolytique, sédatif ou somnifère). La consommation de médicaments psychotropes prescrits augmente avec l'âge. Les femmes âgées en consomment plus que les hommes âgés. Les tranquillisants et les antidépresseurs sont les médicaments prescrits les plus consommés par les prestataires de la Sécurité du revenu. Par ailleurs, ce sont les médicaments psychotropes qui sont les médicaments les plus prescrits aux adhérents de la Régie de l'assurance maladie du Québec⁴⁴.

Compte tenu de cette réalité, des actions d'information, de sensibilisation et d'éducation s'imposent afin de faire connaître au grand public les risques et les conséquences liés à la consommation de psychotropes et de lui permettre de faire à cet égard des choix éclairés.

Des personnes aux besoins particuliers

Bien que les hommes adultes demeurent le groupe cible dans le champ de la toxicomanie, le plan accorde une attention particulière à certains groupes de la population dont les besoins spécifiques doivent être pris en compte, que ce soit en matière de prévention, d'intervention précoce, de traitement ou de réinsertion sociale.

Pour faciliter l'intervention, ces personnes sont regroupées en fonction de caractéristiques qu'elles partagent : les jeunes, les femmes enceintes, les personnes âgées, les personnes des communautés autochtones et les personnes toxicomanes ayant des problèmes associés (délinquance, santé mentale, risques liés à l'utilisation de drogues par injection, itinérance).

Les jeunes : une précocité de consommation préoccupante

L'adolescence constitue une période de changement et d'expérimentation. Il s'agit d'une période cruciale dans le développement de l'identité et de la socialisation des jeunes. Une proportion importante d'entre eux fera alors son premier essai de consommation d'alcool et de drogue. Si cette expérience n'entraîne généralement pas de conséquences impor-

tantes, elle en aura par contre pour certains qui connaîtront des problèmes d'abus ou de dépendance. Il importe donc d'intervenir auprès de l'ensemble des jeunes afin de les encourager à faire preuve de jugement en matière de consommation de psychotropes. Il convient également d'agir auprès de ceux d'entre eux qui, pour des raisons diverses, ont à cet égard des besoins particuliers.

Le nombre de consommateurs d'alcool et de drogues, en particulier de marijuana, a augmenté de manière significative entre 1992 et 1998 chez les jeunes Québécois âgés de 15 à 24 ans.

Bien que cette tendance ne lui soit pas propre⁴⁵, le Québec figure au premier rang des provinces canadiennes pour les taux de consommation d'alcool chez les moins de 18 ans. Parmi les jeunes Québécois âgés de 15 à 19 ans, 82,9 % ont déjà consommé de l'alcool⁴⁶. C'est aussi chez les jeunes de 15 à 24 ans que l'on trouve le plus grand pourcentage de risque de dépendance à l'alcool, soit 3,9 %, un pourcentage deux fois plus grand que pour les 25 à 44 ans⁴⁷.

En 2002, 69 % des 12 à 17 ans avaient consommé de l'alcool au cours des douze mois précédents, ce qui représente une légère baisse par rapport aux données recueillies en 1999 (71,3 %)⁴⁸. Les élèves du secondaire deviennent des consommateurs réguliers d'alcool à un âge moyen de 13,4 ans⁴⁹. De plus en plus de jeunes de moins de 18 ans commencent à consommer de l'alcool plus précocement, ce qui constitue un prédicteur inquiétant de leur profil de consommation futur⁵⁰.

Par ailleurs, différentes sources d'information confirment que la consommation de drogues illicites au Québec est restée stable de 2000 à 2002, après une augmentation durant les années antérieures⁵¹. L'enquête canadienne sur le tabagisme chez les jeunes menée en 2002 révèle que 41 % de ceux-ci avaient consommé des drogues illicites au moins une fois durant les mois précédant l'enquête, que 39,1 % avaient consommé du cannabis, 12,5 %, des hallucinogènes, 7,6 %, des amphétamines, 5,2 %, de la cocaïne, 2,2 %, des solvants et 1,2 %, de l'héroïne⁵².

Cela dit, des efforts importants ont été accomplis afin de mieux sensibiliser les jeunes aux risques d'une consommation abusive de drogues. Ces efforts ont été à certains égards couronnés de succès. Davantage de jeunes savent qu'une consommation problématique d'alcool et de drogues entraîne souvent des comportements sexuels à risques, une baisse de performance scolaire, de la détresse psychologique – voire des idées suicidaires –, des traumatismes dus aux accidents de la route et maints autres problèmes sociaux et de santé. L'importance de la consommation chez les jeunes et la précocité de celle-ci nous indiquent toutefois que des progrès restent à faire.

Les nombreuses expériences de promotion faites au Québec et ailleurs dans le monde ont permis de constater que les actions reposant uniquement sur l'information ne sont pas suffisantes pour promouvoir de saines habitudes de vie et modifier les comportements. Par exemple, il est démontré que les messages axés uniquement sur les connaissances ne réussissent pas à faire changer les habitudes de consommation des adolescents⁵³. Les actions efficaces sont celles qui visent l'amélioration des compétences personnelles, mais aussi l'aménagement de milieux de vie favorables à l'acquisition de saines habitudes de vie⁵⁴.

Les jeunes en difficulté

La consommation de psychotropes conduit certains jeunes à une dépendance. Leur milieu familial est souvent lui-même en difficulté. Les adolescents et les jeunes adultes qui présentent des problèmes de toxicomanie éprouvent souvent des difficultés de divers ordres affectant leurs relations familiales et sociales, leurs études, leur travail, leur santé physique et mentale ainsi que leurs loisirs⁵⁵. Cette dépendance entraîne, chez les plus touchés, des problèmes majeurs, incluant la détresse.

Les jeunes en centre jeunesse vivent souvent des difficultés liées à un passé d'abus, de négligence, de violence ou de délinquance. Ils consomment davantage d'alcool et de drogues que les jeunes en général. D'après une étude menée en 1998-1999, une forte proportion (40,4 %) des jeunes de ces centres consomment du cannabis de façon régulière et 12,8 %, de façon quotidienne⁵⁶, comparativement à 5 % des jeunes en général⁵⁷. Les jeunes en centre jeunesse sont aussi plus nombreux à consommer des hallucinogènes et de la cocaïne. Il existe donc une différence marquée entre l'intensité de la consommation des jeunes des centres jeunesse et celle des jeunes en général. D'ailleurs, environ 60 % des jeunes qui consultent un centre spécialisé en toxicomanie sont suivis par un centre jeunesse⁵⁸.

En ce qui concerne les jeunes de la rue, Roy et ses collaborateurs indiquent que, parmi les 813 jeunes (de 14 à 23 ans) recrutés dans leur étude de la cohorte des jeunes de la rue de Montréal, presque tous (99,3 %) ont consommé au moins une fois de l'alcool, alors que tous affirment avoir déjà consommé au moins une drogue. Près de la moitié de ces jeunes se seraient injecté au moins une fois des drogues avant leur participation à l'étude, et près de 40 % auraient fait au moins une surdose de drogues pendant cette période. Cette étude indique aussi qu'un jeune sur deux aurait une consommation problématique d'alcool, et 56,1 %, de drogues⁵⁹.

Les jeunes aux prises avec des problèmes de toxicomanie ont besoin d'interventions multiples et variées, préférablement en bas âge, qui tiennent compte à la fois de leurs conditions de vie et de leurs besoins. Ces interventions exigent la collaboration de tous les partenaires concernés (centres jeunesse, centres de réadaptation, centres de santé et de services sociaux, cliniques de médecine familiale, organismes communautaires et famille).

Les modalités de traitement qui bénéficient le plus aux jeunes sont celles qui sont adaptées aux besoins individuels. Les programmes efficaces comprennent «[...] la thérapie familiale, le counseling comportemental, l'appui de la famille et des pairs et les soins continus. Sont aussi considérés importants les services auxiliaires, notamment la disponibilité d'écoles pour les décrocheurs, le counseling en orientation professionnelle, les services de loisirs, le développement psychologique, le counseling en cas de crise et le counseling en matière de sexualité⁶⁰».

La toxicomanie chez les femmes enceintes

De 12 à 15% des femmes enceintes consomment de l'alcool et environ 5% d'entre elles en feraient une consommation abusive⁶¹. D'après l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2000-2001), 24% des femmes québécoises ayant déjà eu une grossesse ont affirmé avoir consommé de l'alcool durant leur grossesse la plus récente. Cette même enquête établit que la proportion des femmes consommant de l'alcool durant la grossesse est deux fois plus élevée au Québec que dans la population canadienne. Cela indique que les Québécoises perçoivent différemment la consommation d'alcool durant la grossesse. Il semble qu'elles croient alors possible d'en consommer de façon sécuritaire⁶². L'Institut national de santé publique recommande en conséquence de «formuler un message clair et uniforme concernant la consommation d'alcool pendant la grossesse⁶³».

La consommation d'alcool pendant la grossesse peut engendrer un syndrome chez l'enfant: le syndrome d'alcoolisation fœtale. Selon les données disponibles, ce syndrome serait présent chez 0,5 à 2 enfants sur 1 000 naissances vivantes en Amérique du Nord. Ces données sont source d'inquiétude. La prévalence du syndrome d'alcoolisation fœtale chez les nouveau-nés québécois s'avère difficile à documenter en raison de difficultés liées à son dépistage et à son diagnostic. On estime toutefois entre 36 et 144 le nombre d'enfants nés avec ce syndrome sur les 72 000 naissances vivantes en 2002. Le problème serait plus fréquent encore au sein de certaines communautés autochtones⁶⁴.

La toxicomanie chez les femmes enceintes est maintenant reconnue comme un problème de santé publique, compte tenu de ses conséquences non seulement sur la santé de la future mère, mais aussi sur celle du fœtus⁶⁵. Diverses études ont mis en évidence les conséquences physiologiques (syndrome d'alcoolisation fœtale, faible poids à la naissance, anomalies néonatales, retard de développement) ainsi que les coûts humains, sociaux et financiers découlant de ce problème (avortements spontanés, hospitalisations prolongées des nouveaux-nés, médicaments).

De plus, des données québécoises fragmentaires semblent indiquer que le phénomène a pris, ces dernières années, des dimensions préoccupantes. «Dans la seule région montréalaise, par exemple, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont signale que, depuis 1981, plus de 5% de sa clientèle annuelle en périnatalité est composée de mères cocaïnomanes. Au cours de la même période, l'Hôpital Sainte-Justine a vu augmenter chaque année la proportion de ses clientes enceintes qui s'injectent des drogues. Dans l'est de Montréal, on estime à 10% le nombre de bébés affectés par la consommation de cocaïne de la mère⁶⁶».

L'étude de Guyon et de ses collaborateurs suggère certaines pistes pour le développement des services à l'intention des mères toxicomanes. Elle recommande notamment de soutenir ces dernières par des mesures favorisant l'amélioration de leur situation financière et le développement des liens avec leurs enfants. La période de la grossesse constitue un moment clé au cours duquel de telles démarches peuvent être entamées. Cette étude propose également d'évaluer la possibilité de créer un ensemble de ressources intégrées (hébergement, soutien et suivi) au sein du système québécois des services de santé et des services sociaux⁶⁷. Dans le même esprit, il existe un consensus chez les experts⁶⁸

selon lequel les services à guichet unique qui permettent de répondre à l'ensemble des besoins de services sociaux et de santé des femmes enceintes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie (par exemple, l'aide au transport et pour la garde des enfants, l'éducation, la formation professionnelle, le placement en emploi, le logement, l'alimentation et le soutien du revenu ainsi que l'aide à l'accès aux services de soins de santé et de santé mentale) sont efficaces pour engager les femmes dans le traitement et les inciter à persévérer. La mise en place de ces services nécessite la collaboration de l'ensemble des partenaires concernés par la toxicomanie et les services destinés aux femmes enceintes.

*Les personnes âgées et la toxicomanie :
des problèmes connus, une intervention à renforcer*

Les personnes âgées sont également susceptibles de connaître des problèmes de toxicomanie. Bien que les personnes du troisième âge boivent moins que les autres groupes de la population, l'alcool est le psychotrope qu'elles utilisent le plus fréquemment. Leur consommation d'alcool ne cesse d'augmenter depuis une dizaine d'années. En 2000-2001, près des deux tiers des personnes de 65 ans et plus consommaient de l'alcool. De plus, de 10 à 15% des personnes âgées de 60 ans et plus utilisant les soins de santé de première ligne présentent des problèmes d'alcoolisme⁶⁹. On estime que 9% des personnes de 55 ans et plus ont une consommation d'alcool à risques⁷⁰. Les hommes âgés, célibataires, qui vivent seuls et entretiennent des relations sociales difficiles sont plus susceptibles d'avoir une consommation problématique d'alcool. Avoir abusé de l'alcool dans le passé constitue également un facteur de risque. La consommation d'alcool des personnes âgées peut également représenter un problème lorsqu'elle est combinée à la prise d'une quantité importante de médicaments prescrits.

Les personnes âgées qui présentent un problème de consommation sont plus susceptibles de vivre un stress chronique, de présenter des problèmes de santé mentale ou de dépression, de négliger leur personne, de vivre de l'isolement, de ne pas avoir de réseau social et de ressentir un sentiment d'inutilité⁷¹. L'usage abusif d'alcool ou de médicaments est également susceptible d'entraîner chez elles des complications médicales multiples ou graves. Le vieillissement rend d'ailleurs les personnes plus sensibles aux effets des substances psychotropes.

Le vieillissement constitue une étape de vie marquée par des transitions et des pertes qui demandent aux personnes une capacité d'adaptation importante. L'intervention auprès des personnes âgées aux prises avec une toxicomanie doit donc se faire d'une manière adaptée et tenir compte des dimensions biologique, psychologique et sociale du problème. Remédier à la consommation de psychotropes implique de trouver des solutions de rechange répondant à leurs besoins. Dans cet esprit, ces personnes bénéficieraient d'interventions visant à hausser leur estime d'elles-mêmes et leur sentiment d'utilité ainsi qu'à soutenir leurs relations sociales et la mobilisation de leur communauté⁷².

Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie signale que «les problèmes d'alcoolisme chez les aînés ne sont pas dépistés et [qu']il y a très peu de programmes de désintoxication et de traitement adaptés à la réalité particulière de ces personnes⁷³». Selon cet orga-

nisme, les moyens d'atteindre les personnes âgées aux prises avec des problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie existent déjà ; ce qui est maintenant nécessaire, c'est d'intégrer, dans les divers milieux d'intervention mêmes, des activités de prévention, de dépistage et d'orientation, et d'établir avec les intervenants spécialisés en toxicomanie les collaborations nécessaires pour assurer une continuité dans l'intervention. Une sensibilisation accrue des personnes qui interviennent auprès des personnes âgées s'avère également essentielle.

Des stratégies d'intervention globales au sein des communautés autochtones

Bon nombre de communautés autochtones du Québec considèrent la toxicomanie comme un problème important affectant leur population⁸¹. Bien qu'on ne connaisse pas de façon précise l'ampleur de la toxicomanie chez les peuples autochtones du Canada, certains indicateurs – nombre de morts violentes, de personnes incarcérées, d'enfants nés avec le syndrome d'alcoolisme fœtal, taux de suicide chez les adolescents, etc. – confirment que le problème est particulier^{82, 83}. Des enquêtes québécoises fournissent une information similaire.

L'enquête de Santé Québec menée auprès des Inuits en 1992, par exemple, indiquait que 38 % des adultes avaient consommé du cannabis au cours des douze mois précédant l'enquête et que la majorité des hommes de moins de 45 ans en consommaient régulièrement. Au Nunavik, environ 25 % de la population affirme avoir un problème lié à la consommation d'alcool, alors que 10 % de la population des 15 à 19 ans inhale des solvants et consomme régulièrement de la cocaïne⁸⁴. L'enquête de Santé Québec menée auprès des Cris en 1991 indiquait que la moitié des membres des communautés cries ne consomment pas du tout d'alcool, mais que ceux qui boivent le font en grande quantité à la fois. Plus des deux tiers de ces derniers buvaient cinq consommations ou plus à une même occasion⁸⁵. Cette enquête a aussi établi que 45 % des hommes et 31 % des femmes avaient déjà consommé du cannabis, que 11 % des hommes et 5 % des femmes avaient déjà consommé du crack ou de la cocaïne et que 10 % des personnes avaient déjà inhalé des solvants ou des vapeurs d'essence, en particulier les jeunes âgés de 15 à 24 ans.

L'alcool représente la substance de choix. On considère néanmoins que ce n'est pas tant la dépendance à l'alcool qui constitue un problème que son mode de consommation. Ceux qui boivent le font jusqu'à l'intoxication. Cette habitude de consommation entraîne non seulement de sérieuses conséquences sur le plan social, mais s'avère de surcroît tolérée au sein de certaines communautés. Ses conséquences y sont jugées habituelles⁸⁶ : comme il est coutumier de consommer de l'alcool en grande quantité à la fois, il apparaît normal, notamment pour les jeunes, d'adopter le même comportement⁸⁷. Par ailleurs, l'inhalation de solvants est répandue chez les jeunes autochtones de certaines communautés et débute vers l'âge de 12 à 13 ans⁸⁸.

La situation qui prévaut dans les communautés autochtones du Québec, en particulier dans les communautés isolées et éloignées des grands centres, commande donc une intervention adaptée. Cette intervention doit notamment tenir compte du fait que la

plupart de ces communautés ont une population très jeune. Par exemple, environ 50 % de la population inuite est âgée de moins de 20 ans. De nombreux bouleversements sociaux et culturels ont modifié l'organisation sociale et le mode de vie des peuples autochtones. Certaines communautés sont affectées par divers problèmes socioéconomiques comme la pauvreté, la faible scolarisation, la pénurie de logements, le peu de perspectives d'emploi, le manque d'infrastructures de loisirs et de sports ou le manque de services spécialisés, ce qui se répercute sur les plans individuel et familial.

Les membres des communautés autochtones doivent jouer un rôle de premier plan dans l'amélioration et l'organisation des services en toxicomanie, de manière à adapter l'intervention à leur culture et à leurs valeurs propres. Les efforts doivent être axés sur la consolidation des services existants, la prévention, l'information, la formation et la concertation. C'est également l'amélioration générale des conditions de vie qui contribuera à réduire la consommation à risques de drogues et d'alcool. Dans cette perspective, les problèmes causés par la toxicomanie au sein de ces communautés ne doivent pas être considérés de manière isolée, mais exigent des stratégies d'intervention globales⁸⁹.

Des problèmes associés

Les personnes aux prises avec une toxicomanie vivent fréquemment des problèmes associés. Cette coexistence de problèmes a une influence importante sur le profil de la personne, son parcours et l'issue de l'intervention. La prise en considération simultanée de l'ensemble des difficultés qui l'affectent est susceptible d'accroître l'efficacité de l'aide. Les problèmes associés retenus ici sont la délinquance, les problèmes de santé mentale, les risques liés à l'utilisation de drogues par injection et l'itinérance.

Les personnes contrevenantes

Les personnes toxicomanes ont fréquemment des démêlés avec la justice : plus des deux tiers des personnes en traitement auraient déjà commis un délit criminel au cours de leur vie⁹⁰. Selon une étude du RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec) effectuée en 1993, 70 % de la clientèle du Centre de réadaptation Domrémey-Montréal a déclaré, au moment de son admission, avoir été arrêtée et inculpée pour un délit criminel au cours de sa vie.

Il est aussi démontré que la clientèle correctionnelle consomme davantage d'alcool et de drogue que l'ensemble de la population québécoise. Selon le Portrait de la clientèle correctionnelle du Québec de 1996, la moitié des détenus consommaient une ou deux substances plus de quinze fois par semaine. Au cours de l'année précédant leur incarcération, plus du tiers (35,4 %) d'entre eux consommait 25 verres et plus d'alcool par semaine, tandis qu'au moins la moitié (54 %) recourait à une drogue et que près du quart en prenait tous les jours. Les drogues les plus souvent consommées sont le cannabis et la cocaïne. La moitié des sujets (47 %) ont déjà entrepris un traitement pour la toxicomanie au cours de leur vie⁹¹.

Le profil psychosocial des personnes ayant un double problème de toxicomanie et de délinquance est généralement lourd. Leurs problèmes de santé sont également importants.

Les données accessibles révèlent notamment chez elles une prévalence élevée du VIH et de l'hépatite C⁹².

Par ailleurs, plusieurs femmes en milieu carcéral consomment des psychotropes de façon problématique. Les femmes constituent le segment de la population qui croît le plus rapidement au sein des milieux carcéraux. En 2002, elles constituaient 3%⁹³ de la population incarcérée dans les prisons de compétence fédérale et, d'après un recensement effectué en 2001, 10,8%⁹⁴ de la population incarcérée dans les prisons de compétence provinciale.

Les détenues toxicomanes seraient, comparativement aux hommes, dans une situation plus grave à plusieurs égards : elles consomment plus souvent, sont plus susceptibles de consommer plusieurs psychotropes et de consommer des drogues dures comme l'héroïne et la cocaïne. Les problèmes de toxicomanie et de santé des femmes en milieu correctionnel précèdent généralement leur incarcération. Ces femmes auraient, pour la plupart, grandi dans des foyers où la consommation était courante et où elles étaient plus susceptibles d'être victimes de violence physique ou sexuelle. Leurs besoins s'avèrent donc importants et différents de ceux des hommes détenus⁹⁵.

Le traitement de la toxicomanie des personnes contrevenantes peut avoir un effet significatif sur leur consommation de drogues et les crimes qui y sont associés lorsqu'il est possible de retenir cette clientèle en traitement suffisamment longtemps⁹⁶. Ainsi, certaines études indiquent « une réduction de 85 % de la consommation quotidienne d'opiacés, ainsi qu'une réduction de 40 % de la criminalité durant la période de traitement⁹⁷ ». Elles indiquent également que « [l]'impact des traitements a pu être observé sur de longues périodes, allant même jusqu'à six années après la fin du programme⁹⁸ ».

Les personnes contrevenantes ont besoin de services adaptés. On dénote toutefois un manque de services spécialisés de traitement de la toxicomanie à leur intention, notamment pour répondre aux besoins particuliers de certaines d'entre elles, en particulier les femmes⁹⁹. On constate également des lacunes importantes dans la détection des problèmes de toxicomanie de la clientèle correctionnelle, dans la concertation nécessaire pour une évaluation approfondie de ces problèmes et dans l'orientation de cette clientèle. On souligne enfin le manque de concertation entre les ressources de réadaptation et l'appareil pénal.

Les personnes toxicomanes ayant des problèmes de santé mentale

Les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont nombreuses parmi la population toxicomane. Ce phénomène en croissance est peu dépisté et, par conséquent, mal traité. On estime qu'entre le tiers et la moitié des patients traités en psychiatrie ont des problèmes de toxicomanie et qu'entre la moitié et les deux tiers (65 %) des personnes en traitement pour la toxicomanie souffrent de troubles mentaux¹⁰⁰. Les troubles les plus fréquents seraient la personnalité antisociale, les phobies, les troubles anxieux et la dépression¹⁰¹. Chez ces personnes, la simple consommation d'alcool peut neutraliser le traitement médicamenteux et favoriser la persistance du problème de santé mentale.

Le taux de succès du traitement de la toxicomanie des personnes souffrant de problèmes de santé mentale s'avère généralement faible, et les taux de rechute et de réhospitalisation sont élevés. Ces personnes présentent une plus grande résistance au traitement, que celui-ci soit médicamenteux ou autre. Par ailleurs, leur situation familiale est souvent difficile : on y compte des taux plus élevés de dépression, de suicide et de violence. Ces personnes recourent plus que d'autres à des services de santé. Elles présentent également un risque accru de se retrouver en situation d'itinérance¹⁰².

Certaines études établissent un lien entre la consommation de drogues et la manifestation de problèmes de santé mentale comme la schizophrénie et la dépression. Bien qu'il n'y ait pas de causalité démontrée, on peut supposer que la consommation de psychotropes influence l'apparition de troubles de santé mentale latents. La consommation régulière de cannabis, par exemple, est un facteur d'aggravation de toutes les psychopathologies¹⁰³.

L'intégration des services de première ligne et des services spécialisés permet d'aider plus adéquatement les personnes souffrant à la fois de toxicomanie et de problèmes de santé mentale. Aussi, plusieurs facteurs propices à cette intégration figurent dans les recommandations de meilleures pratiques pour le traitement de la santé mentale¹⁰⁴ ou de l'alcoolisme et de la toxicomanie¹⁰⁵. L'intégration de spécialistes en alcoolisme et toxicomanie aux services de santé mentale et l'établissement d'équipes mixtes constituent deux des stratégies proposées à cette fin¹⁰⁶.

Au Québec, il existe peu de programmes spécialisés pour les personnes présentant un double problème de toxicomanie et de santé mentale. Une évaluation précoce de l'usage des psychotropes permet de leur offrir des services mieux adaptés et de prévenir le dédoublement de services ou le recours à des services inappropriés¹⁰⁷. En plus de promouvoir l'adoption de meilleures pratiques dans les centres de réadaptation et dans les services psychiatriques, il faut soutenir les programmes existants et élaborer des programmes de traitement spécialisés dans une perspective intersectorielle. Un suivi intensif et coordonné dans le milieu permet une prise en charge efficace des patients¹⁰⁸. Le Centre de toxicomanie et de santé mentale du Canada propose plusieurs lignes directrices propices à l'instauration de cette coordination¹⁰⁹.

Les utilisateurs de drogues par injection

Les utilisateurs de drogues par injection sont un groupe hétérogène d'hommes et de femmes de provenance et d'âge variés qui s'injectent différentes substances illicites, dont les plus courantes sont la cocaïne et l'héroïne. Il y aurait près de vingt-trois mille personnes qui s'injectent de la drogue au Québec. Le tiers de ces personnes s'injectent de l'héroïne, les deux autres tiers, de la cocaïne. Cependant, ces personnes ne limitent pas toujours leur usage à une seule substance. Au Québec, la prévalence du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection était de 14% entre 1995 et 2002¹¹⁰. À Montréal, la prévalence des infections transmissibles par le sang est encore plus élevée chez cette clientèle (17% pour le VIH, 70% pour l'hépatite C, 48% pour l'hépatite B).

Plusieurs jeunes s'injectent des drogues. C'est le cas notamment d'une proportion importante des jeunes fréquentant la rue. Les données provenant d'une étude longitudinale sur les jeunes de la rue de Montréal indiquent que 45,9% d'entre eux s'étaient injectés au moins une fois des drogues avant leur entrée dans l'étude, que ceux qui recouraient à l'injection le faisaient en moyenne vers l'âge de 16,7 ans et qu'environ le quart des jeunes de la rue qui s'étaient injectés des drogues au cours du mois précédant l'étude l'avaient fait avec une seringue usagée. Les jeunes de la rue ont un risque élevé d'infections au VIH et à l'hépatite C : 31,8% de ceux qui s'injectent des drogues ont l'hépatite C et 0,9% le VIH¹¹¹.

L'utilisation de drogues par injection entraîne son lot de problèmes. Elle s'accompagne de lourdes conséquences, tant sur le plan physique que sur le plan social : infections transmissibles par le sang, surdoses, hospitalisations, décès, syndrome du sevrage du nouveau-né après l'accouchement, marginalisation, exclusion et augmentation de la criminalité. De plus, les seringues trouvées dans les lieux publics, les scènes publiques d'injection de drogues, la prostitution, la mendicité et l'itinérance sont des exemples tangibles de problèmes sociaux occasionnés par l'utilisation de drogues par injection¹¹².

Plusieurs initiatives ont été déployées au Québec ces dernières années pour diminuer les risques et les conséquences découlant de la consommation de drogues par injection. Par exemple, la distribution de matériel d'injection sécuritaire, soutenue par les réseaux concernés, contribue à prévenir la propagation du sida et des hépatites. En 2004-2005, sept cents centres distribuaient des seringues au sein de seize régions sociosanitaires ; 63% de ces centres offraient des seringues gratuitement et 83% en faisaient la récupération. Cette initiative, en plus de fournir du matériel d'injection sécuritaire, offre l'occasion d'atteindre les utilisateurs de drogues par injection et de les orienter vers d'autres types de services, comme la désintoxication, la réadaptation et le dépistage de l'infection au VIH. Dans le même esprit, on a implanté un programme de maintien à la méthadone en complément des traitements traditionnels de la toxicomanie. Depuis 1999, ce programme est offert dans dix régions du Québec. Plus de deux mille personnes en bénéficiaient en 2003, et 60% d'entre elles étaient de la région de Montréal¹¹³. D'après une enquête menée en 2001 sur les attitudes de la population québécoise à l'égard des approches de réduction des méfaits, environ 75% des adultes québécois se disent en faveur des programmes d'échange de seringues¹¹⁴.

Les services aux personnes utilisant des drogues par injection sont offerts par des organisations publiques et communautaires. Cependant, on signale un manque d'effectifs médicaux et de services à proximité des milieux de vie des personnes toxicomanes. Cette situation crée de nombreuses difficultés lorsqu'il s'agit d'aider adéquatement ces personnes : restriction de l'accès aux services, absence de services adaptés, exclusion des utilisateurs actifs, manque de continuité dans les services, pénurie de services médicaux de traitement, difficultés de partenariat, etc. Dans une perspective de réduction des méfaits, l'amélioration de l'organisation et de l'intégration des services à l'intention des personnes utilisant des drogues par injection exige des projets novateurs favorisant leur accueil et leur réinsertion sociale.

Les personnes itinérantes

Les personnes itinérantes ont fréquemment des problèmes de toxicomanie. Selon une enquête menée dans les régions de Québec et de Montréal-Centre auprès de la clientèle des centres d'hébergement, des soupes populaires et des centres de jour recevant des personnes itinérantes, près de la moitié (46%) de ces personnes présentent un trouble actuel ou récent lié à la consommation d'alcool ou de drogues^{115, 116}. Les hommes, les personnes de moins de 40 ans et celles actuellement sans domicile fixe ou qui l'ont déjà été sont les plus affectés. Les jeunes de la rue sont également vulnérables à la consommation d'alcool et de drogues. En effet, la vie dans la rue est propice à des épisodes de consommation. La durée de la vie sans abri est un facteur associé au passage à l'injection et aux risques que ce mode de consommation entraîne, notamment de surdose¹¹⁷.

Les intervenants s'entendent généralement sur l'importance de stabiliser la personne itinérante afin de mieux intervenir sur sa toxicomanie ou sur tout autre problème associé à son état. Le logement supervisé ou communautaire contribue à la stabiliser en lui permettant de demeurer au même endroit durant une longue période et de recevoir des services soutenant son autonomie.

Des milieux d'intervention privilégiés

Le Plan d'action interministériel en toxicomanie désigne les milieux d'intervention qu'il veut privilégier pour l'atteinte de ses objectifs et la poursuite de ses actions. Il précise la nature de leur contribution.

La communauté

Une communauté peut se définir comme «un regroupement de personnes vivant sur un territoire donné et partageant des intérêts communs¹¹⁸». En ce sens, une communauté possède des ressources – les individus qui la composent, quelle que soit leur appartenance – qu'elle peut mettre à profit pour lutter contre la toxicomanie. Les communautés peuvent donc agir comme facteur de protection: elles jouent un rôle de premier plan en ce qui concerne l'intégration sociale. En effet, un environnement favorable contribue à l'acquisition et au maintien de saines habitudes de vie, celles-ci étant renforcées par la cohésion sociale, l'entraide et le sentiment d'appartenance à son milieu. Les actions de soutien au développement des communautés permettent d'améliorer les conditions et la qualité de vie notamment celle des communautés vulnérables et défavorisées. Cela exige d'emblée la participation d'acteurs clés et de la population locale de même qu'une reconnaissance des priorités locales.

Les communautés culturelles

Les comportements de consommation, particulièrement d'alcool, varient selon les cultures⁷⁴. L'immigration les modifie. À mesure que les immigrants et leurs descendants s'intègrent à la nouvelle collectivité et entrent en contact avec ses pratiques, l'usage qu'ils font des psychotropes se transforme⁷⁵.

Plusieurs facteurs contribuent à la vulnérabilité des personnes issues des communautés culturelles et freinent leur intégration à la société québécoise : le déracinement et le stress qui l'accompagne, les difficultés économiques (notamment liées à l'accès restreint au marché du travail), la séparation plus ou moins longue des familles, etc. De plus, l'attitude propre à la société québécoise à l'égard de la consommation de psychotropes risque d'entrer en contradiction avec les valeurs transmises aux jeunes par leur communauté d'origine et de susciter des tensions intergénérationnelles au sein des familles⁷⁶.

Par ailleurs, la nature et l'ampleur de la toxicomanie au sein des communautés culturelles demeurent difficiles à définir par le moyen de données épidémiologiques sur la consommation. Une étude menée auprès de représentants des communautés culturelles note à ce sujet certains biais possibles. Il semble en effet que les répondants soient enclins à minimiser l'ampleur de cette consommation par souci de se conformer aux normes en vigueur dans leur communauté d'origine ou dans leur société d'accueil⁷⁷. À l'évidence, sauf pour les personnes récemment immigrées, les habitudes de consommation des membres des communautés culturelles s'apparentent de plus en plus à celles de la population québécoise en général⁷⁸. L'usage et l'abus de psychotropes demeurent toutefois profondément tabous dans bon nombre de communautés culturelles⁷⁸.

Dans ces circonstances, une intervention efficace auprès des communautés culturelles implique un important travail de démystification des problèmes liés à la consommation, particulièrement auprès de certaines d'entre elles⁸⁰. En outre, c'est en fonction de critères définis culturellement que les membres d'une communauté culturelle donnée évaluent ce qui est ou non pour eux un problème de consommation. L'intervention en toxicomanie auprès des personnes issues d'une culture autre que nord-américaine nécessite donc une approche interculturelle permettant à l'intervenant de comprendre les représentations culturelles liées à la consommation de psychotropes. Cette compréhension s'avère essentielle pour la reconnaissance des problèmes et l'orientation des membres des communautés culturelles vers des services de traitement adaptés à leur situation, d'autant plus que les modes de consommation peuvent varier grandement d'une communauté et d'un individu à l'autre.

La famille

La famille est pour les jeunes un lieu privilégié d'éducation à la vie en société et d'apprentissage. Son influence se fait sentir bien au-delà du cercle familial. Les parents y jouent un rôle important par l'influence que leur attitude et leur conduite ont. En fait, la famille constituerait le facteur d'influence le plus important sur la socialisation des enfants, notamment sur l'intention de ceux-ci de consommer ou non des psychotropes. Lorsque les parents communiquent bien avec l'enfant et encadrent adéquatement ses comportements, celui-ci risque moins d'en consommer. En fait, les familles peuvent contribuer à prévenir la consommation de psychotropes des jeunes, mais également à soutenir, le cas échéant, leur traitement et leur réinsertion sociale.

Les démarches qui tentent d'impliquer les parents se heurtent toutefois à des taux de participation très variables¹¹⁹. Leur succès dépend de leur capacité à satisfaire à certaines conditions. Les programmes de prévention précoce les plus efficaces doivent débiter bien avant l'adolescence ou avant l'apparition des problèmes de consommation, en s'attaquant aux éléments précurseurs des problèmes¹²⁰. Ces programmes doivent suivre les familles à long terme, sensibiliser les parents aux problèmes des jeunes et favoriser des contacts fréquents avec les parents. Ces programmes doivent également préconiser une approche systémique visant une vaste gamme de problèmes d'adaptation et favorisant la réussite des jeunes dans diverses sphères. De plus, afin d'éviter de marginaliser les familles en difficulté, on s'efforcera d'intégrer l'intervention à des programmes universels destinés aux familles.

En outre, certaines démarches visent spécialement les familles en difficulté et leur offrent du soutien, de la thérapie et des mesures d'amélioration des capacités parentales. Ces démarches s'avèrent efficaces pour réduire les risques de dépendance aux psychotropes ainsi que la délinquance, les troubles de conduite et la dépression¹²¹. Enfin, dans les milieux d'hébergement substitués à la famille tels que les foyers de groupe, les familles d'accueil et les centres de réadaptation, les éducateurs peuvent intervenir sur les comportements de consommation et réduire la toxicomanie chez les jeunes en difficulté.

Les milieux scolaires (jeunes et adultes)

L'abus de drogue nuit significativement à l'atteinte des objectifs pédagogiques des milieux scolaires (jeunes et adultes). Les adolescents qui fument du tabac, boivent de l'alcool ou utilisent des drogues illicites ont tendance à avoir de moins bonnes notes à l'école, sont moins impliqués dans les activités supervisées par les adultes, les sports notamment, et risquent davantage d'avoir des comportements antisociaux¹²². Notons que des problèmes similaires sont observés chez les adultes qui consomment.

Les différents milieux scolaires (jeunes et adultes) constituent un lieu social d'éducation et d'apprentissage propice à l'acquisition de saines habitudes de vie et à la prévention de problèmes affectant la santé et le bien-être. Plusieurs programmes de prévention y sont déployés¹²³. Ils devront désormais s'harmoniser à un contexte plus global de promotion et de prévention à l'école.

On retiendra quelques leçons de l'évaluation de certains programmes de prévention de la toxicomanie en milieu scolaire (jeunes et adultes). Par exemple, il semble que les programmes généraux d'éducation et de développement des habiletés en matière de santé auxquels on intègre des programmes d'intervention en toxicomanie s'avèrent plus efficaces que ceux visant seulement la lutte contre les psychotropes. On devra donc s'efforcer d'intégrer l'intervention en toxicomanie aux outils déjà en place dans le milieu¹²⁴.

Au secteur des jeunes, il s'agit du programme scolaire^{125, 126}, des services éducatifs complémentaires¹²⁷, tant les services de promotion et de prévention que les services d'aide, de l'approche École en santé, de l'Entente de complémentarité de services entre le réseau de la santé et des services sociaux et le réseau de l'éducation¹²⁸.

Au secteur des adultes, en formation générale, un cours de prévention de la toxicomanie est disponible. En formation professionnelle et technique, certains programmes d'études dans les secteurs de la santé et des services sociaux, éducatifs et juridiques, notamment les techniques policières, les soins infirmiers et les techniques d'intervention en délinquance, abordent la toxicomanie. De plus, des services complémentaires sont prévus au régime pédagogique de la formation générale des adultes et au régime pédagogique de la formation professionnelle.

Par ailleurs, les programmes de prévention les plus efficaces sont ceux qui misent sur des stratégies destinées à augmenter la résistance aux influences sociales, qui favorisent le développement des habiletés personnelles et sociales et qui sont offerts à des moments appropriés durant le développement de l'enfant, de l'adolescent ou du jeune adulte¹²⁹. Ainsi, si l'information peut accroître les connaissances des individus, elle ne suffit pas pour provoquer une modification de leurs comportements. Finalement, l'évaluation des programmes de prévention de la toxicomanie révèle que les messages normatifs, moralisateurs ou faisant appel à la peur s'avèrent inefficaces.

Le travail

La consommation abusive de psychotropes risque d'entraîner des répercussions sur la prestation de travail. Cela n'est pas surprenant, considérant que 70 % des consommateurs de drogues occupent un emploi¹³⁰. Cela dit, les milieux de travail offrent un environnement propice pour prévenir la toxicomanie, tant en raison du temps que les individus y passent que du rôle que le travail joue dans leur vie. Comme la majorité des adultes possèdent un emploi, la diffusion de messages de prévention en milieu de travail permet de joindre un large public. L'influence de cette diffusion sera d'autant plus marquée chez les employés à temps plein. La prévention de la toxicomanie dans les milieux de travail s'efforcera, par des mesures éducatives, de promotion de la santé et d'intervention des pairs, d'en réduire les conséquences, notamment la perte d'emploi et de productivité qu'elle occasionne¹³¹. Une telle intervention préventive s'avérera donc profitable pour les travailleurs et leurs employeurs.

Les milieux du sport et du loisir

Les activités sportives et récréatives permettent aux personnes qui les pratiquent d'entretenir de saines habitudes de vie, de gérer leur stress, d'accroître leur estime d'elles-mêmes et de développer leurs compétences personnelles et sociales. Leur pratique est considérée comme un facteur pouvant prévenir les problèmes liés à la consommation de psychotropes.

Cependant, si elle est généralement bénéfique, la valorisation du sport comporte sa part d'effets pervers. La pratique sportive entraîne parfois une recherche exagérée de performance au prix de risques graves pour la santé, ce qui est le cas avec l'usage des substances dopantes¹³². Si le dopage sportif affecte davantage les athlètes de haut calibre, les sportifs de compétition de niveau inférieur sont également touchés par le phénomène¹³³.

L'influence du sport de haut niveau se fait notamment sentir chez les jeunes sportifs, que ce soit par l'intermédiaire des organisateurs, des entraîneurs, des parents, d'autres sportifs ou des vedettes du sport.

D'autres facteurs peuvent expliquer que les athlètes recourent à des substances dopantes. Par exemple, les pratiques de surentraînement accélèrent le plafonnement des performances. Dans ce contexte, certains athlètes choisiront le dopage comme moyen d'augmenter leurs capacités physiques¹³⁴. Soulignons que l'entourage des sportifs (entraîneur, médecin, coéquipiers, amis, etc.) exerce souvent une pression afin qu'ils augmentent leur poids et leur masse musculaire¹³⁵. De plus, les jeunes sportifs entretiennent souvent des croyances erronées à propos des effets des substances dopantes, croyances qui les empêchent de prendre une décision éclairée à l'égard de leur usage. Plusieurs ignorent notamment les restrictions émises par les autorités sportives quant à l'utilisation de certaines substances.

Les milieux du sport et du loisir peuvent contribuer avantageusement à prévenir la toxicomanie, tant par la promotion de saines habitudes que par leurs efforts pour lutter contre les effets pervers du sport. La lutte contre le dopage exige avant tout d'agir sur l'attitude du sportif, de mobiliser son entourage et d'améliorer son environnement. Les entraîneurs, administrateurs sportifs, officiels, parents et autres personnes entourant les jeunes sportifs sont tous conviés à participer à cette tâche¹³⁶.

Les milieux correctionnels et pénaux communautaires

Les milieux correctionnels et les organismes agissant dans le secteur pénal offrent une avenue privilégiée pour joindre les personnes toxicomanes ou susceptibles de le devenir. Leur implication permet de prévenir et d'atténuer les problèmes de toxicomanie qui se vivent en milieu correctionnel en utilisant des actions adaptées à ce type d'environnement. Cette implication tient compte de l'éventualité d'un retour à la vie en société des personnes que ces problèmes affectent.

L'intervention auprès des personnes incarcérées devra, pour réussir, satisfaire à certaines conditions. Ainsi, les systèmes socio-sanitaire et judiciaire devront accepter de partager la responsabilité de la planification et de la prestation de cette intervention, tant à l'échelle nationale que régionale et locale. Ils devront également convenir d'un protocole de partage de renseignements respectant la confidentialité et d'une formation commune de leurs intervenants respectifs.

Mentionnons également qu'une variété de moyens permettent, lors du processus judiciaire, de prévenir la détérioration de la toxicomanie des personnes : non-judiciarisation, sanctions de rechange, conditions particulières de libération conditionnelle et de probation, traitement de substitution à la méthadone, intervention en prévention des infections transmissibles par le sang et sexuellement, etc. À cet égard, la convergence des pratiques des autorités judiciaires des pays membres de l'Union européenne mérite d'être soulignée : les mesures médicales et sociales sont préférées aux peines de prison, notamment pour les toxicomanes désireux de se soumettre à un traitement ; le consommateur de drogues,

lorsque son usage est occasionnel et sans circonstances aggravantes, est invité à s'abstenir de toute consommation ultérieure et se voit infliger une amende ou des sanctions administratives; les peines de prison ne sont imposées que lorsque des quantités importantes de drogue sont en jeu ou en présence de circonstances aggravantes; des sanctions plus clémentes sont appliquées pour les infractions liées au cannabis; le trafic de drogues illicites est sévèrement réprimé dans tous les États membres; finalement, des sanctions moins lourdes sont imposées aux personnes chez qui l'usage de drogues est encouragé par des trafiquants¹³⁷.

Dans cet esprit, le Québec devrait explorer d'autres modes de judiciarisation des personnes toxicomanes aux prises avec des problèmes de délinquance. Il aurait notamment avantage à étudier la pertinence de la mise en place d'un tribunal de la toxicomanie, sur le modèle des expériences de l'Ontario et de la Colombie-Britannique.

Les milieux de production et de distribution

Le Québec reconnaît l'importance d'agir d'une manière pragmatique et réaliste tant sur l'offre que sur la demande de produits psychotropes. En ce sens, les milieux de production et de distribution de ces produits sont des milieux visés pour l'intervention.

Il est possible d'intervenir auprès des milieux de distribution de produits licites de différentes façons. Par exemple, il est recommandé d'offrir du matériel d'information de qualité et des activités d'information et de sensibilisation au personnel des établissements qui servent ou vendent des produits alcoolisés.

Un contrôle plus strict de l'accessibilité des substances licites semble également de mise. L'Organisation mondiale de la santé a étudié les effets de la régulation de l'accessibilité de l'alcool par des mesures physiques et économiques¹³⁸. L'âge où il devient légal de consommer de l'alcool, le nombre de points de vente, l'étendue des heures de vente et les prix influencent tous le niveau de consommation. L'augmentation de l'accessibilité entraîne généralement une augmentation de la consommation. L'augmentation de l'accessibilité de l'alcool – sans égard aux causes de cette augmentation – provoque également une augmentation du nombre de buveurs à risques, des dommages chroniques (cirrhose, accidents cérébrovasculaires) et des dommages aigus (accidents d'automobile, violence). Des changements dans les heures d'ouverture des débits de boissons sont associés à des changements des heures où la majorité des infractions liées à la conduite automobile et à la violence sont commises. Enfin, l'extension des heures d'ouverture des points de vente entraîne une augmentation des ventes d'alcool et une importante augmentation de la violence dans et autour de ces points de vente¹³⁹.

Par ailleurs, les actions gouvernementales au chapitre de la réduction de l'offre doivent contribuer à limiter la prolifération des lieux de production de substances illicites. La production, la synthèse, l'extraction ou la transformation de certaines substances psychoactives illicites, telles que le cannabis ou les drogues de synthèse, se font dans une variété de lieux clandestins aménagés à cette fin¹⁴⁰. La production illicite de drogues entraîne des conséquences qui exposent la population à plusieurs risques aux chapitres

de la santé, de la sécurité publique et de l'économie. Le Québec reconnaît que les milieux de production de drogues illicites facilitent non seulement l'approvisionnement en substances psychotropes des clientèles à risques, mais entraînent des conséquences socioéconomiques préoccupantes qui contribuent à l'insécurité des communautés.

Une intervention adaptée et concertée

Le plan d'action interministériel propose quatre axes d'intervention – la prévention, l'intervention précoce, le traitement et la réinsertion sociale ainsi que la recherche – afin d'agir d'une manière adaptée et concertée sur la toxicomanie et ses méfaits. Une intervention selon ces axes devrait permettre de faire face aux défis de l'heure et de répondre aux besoins des groupes et des milieux d'intervention. La formation et l'évaluation viendront soutenir ces axes.

Pour chacun de ces axes, le plan d'action interministériel fixe des objectifs et propose des actions pour la période 2006-2011. Le plan privilégie les actions qui misent sur la concertation entre les partenaires des secteurs public, communautaire et privé. Ce faisant, il souhaite ainsi permettre à ces partenaires de se soutenir mutuellement dans leur intervention et créer une synergie propice à l'atteinte des objectifs.

Plusieurs projets intersectoriels en cours auprès des personnes toxicomanes sont des témoignages vivants que la concertation est possible et qu'il s'agit d'une approche gagnante lorsque la volonté des partenaires est présente.

AXE 1

La prévention de la toxicomanie

Le Plan d'action interministériel en toxicomanie s'inscrit dans la foulée de nombreuses approches et initiatives en promotion de la santé et en prévention comme l'*École en santé*¹⁴¹, *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie*¹⁴², et le *Programme national de santé publique 2003-2012*¹⁴³.

La prévention de la toxicomanie vise à empêcher l'émergence d'un problème lié à la consommation de psychotropes au sein de la population québécoise ou à limiter les conséquences de ce problème chez les personnes toxicomanes.

Une intervention préventive efficace exige des actions variées, intensives et continues qui visent, d'une part, à rendre les personnes aptes à faire des choix responsables au regard de leur consommation et, d'autre part, à réduire les conséquences ou l'aggravation des problèmes liés à leur consommation. À cet égard, l'approche de réduction des méfaits est de plus en plus utilisée pour améliorer la qualité de vie des personnes toxicomanes et la sécurité des communautés.

Le plan définit trois objectifs pour agir efficacement en prévention de la toxicomanie : améliorer l'accès de la population à une information cohérente et crédible sur la consommation de psychotropes ; renforcer la prévention directement auprès des personnes ayant des besoins particuliers ou par l'entremise des milieux d'intervention privilégiés ; agir sur l'offre de psychotropes.

Objectif 1

Améliorer l'accès de la population à une information cohérente et crédible sur la consommation de psychotropes

Prévenir la toxicomanie exige d'abord et avant tout de rendre accessible à la population une information de qualité – crédible – sur la consommation de psychotropes. Le *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011* suggère des actions en ce sens. Il s'agit tantôt de la poursuite ou de la bonification d'activités existantes, tantôt du déploiement de nouvelles activités d'information, notamment sur les phénomènes émergents de consommation de psychotropes, les nouvelles drogues et les risques qui en découlent.

Dans cet esprit, le plan d'action suggère de faire connaître davantage les pratiques préventives ayant fait leurs preuves afin d'en promouvoir l'usage au sein des milieux d'intervention privilégiés. À cet égard, soulignons que les pratiques les plus efficaces sont celles qui aident les individus à combattre les influences sociales favorisant la consommation inappropriée. En fait, les nombreuses expériences de promotion faites au Québec

et ailleurs dans le monde ont permis de constater que, si l'information est nécessaire, elle ne suffit pas¹⁴⁴ : les actions efficaces misent également sur l'augmentation des compétences personnelles et sociales et l'élaboration de stratégies intégrées¹⁴⁵. Cela s'explique par le fait que le comportement de consommation, chez l'adolescent comme chez d'autres personnes, est le résultat d'interactions entre les facteurs *personnels* (histoire d'utilisation antérieure, habiletés, recherche de soutien, réaction physiologique), *situationnels* (influence d'autres personnes et de groupes modulant l'usage de drogue, pression ou offre pour consommer, soutien des pairs et de la famille et communication avec eux, changement de groupe de pairs) et *environnementaux* (influence des médias, ressources, politiques et normes de la communauté, facteurs démographiques)¹⁴⁶.

Au-delà de l'offre d'une information crédible, prévenir la toxicomanie exige également d'offrir à la population une information cohérente sur la consommation de psychotropes. Plusieurs ministères et organismes d'État interviennent auprès des personnes et de leur milieu afin de prévenir la toxicomanie. Il est toutefois rare qu'ils conçoivent et déploient leurs actions dans une perspective intersectorielle. C'est le cas notamment pour les efforts de prévention en milieu de travail¹⁴⁷. C'est le cas également en ce qui concerne les interventions de prévention destinées aux familles¹⁴⁸. Cette exigence de cohérence implique une concertation accrue de la part des ministères et des organismes d'État afin de clarifier les objectifs visés par les politiques publiques en matière de consommation de psychotropes et d'harmoniser les messages qui en découlent. La sensibilisation des décideurs concernés à l'importance de la prévention constitue certainement un ingrédient essentiel au succès de cette démarche.

Objectif 1

Améliorer l'accès de la population à une information cohérente et crédible sur la consommation de psychotropes

Actions	Responsables	Collaborateurs
INFORMATION/OUTILS		
1. Renforcement des mécanismes de concertation afin d'assurer la cohérence et la crédibilité des messages de prévention de la toxicomanie émanant des ministères, des organismes d'État ainsi que de leurs partenaires.	MSSS	MJQ, MSP, MESS, MELS***, SAAQ, SAJ, SAA, MFAF
2. Bonification et intensification des campagnes de prévention de la toxicomanie, notamment sur les phénomènes émergents de consommation (drogues de synthèse, <i>calage</i> d'alcool, produits dopants, GHB, etc.) et sur le phénomène de la banalisation de la consommation régulière d'alcool et de cannabis.	MSSS, MELS*	SAAQ, SAA, MELS**

* Mission loisir et sport

** Mission éducation

*** Missions éducation, loisir et sport

INFORMATION/OUTILS

3. Bonification et intensification de la promotion de la ligne d'aide téléphonique <i>Droque</i> : <i>aide et référence.</i>	MSSS	MJQ, MSP, MESS, MELS***, SAAQ, SAA, MFCAF
4. Bonification des sites Web offrant de l'information et des outils sur la prévention de la toxicomanie (usage de produits dopants, de drogues de synthèse, <i>calage</i> d'alcool, etc.).	MSSS, MELS*	SAAQ, MFCAF, MELS**
5. Mise en place d'un mécanisme de reconnaissance et d'échange d'information permettant une réaction rapide à l'arrivée sur le marché de nouvelles drogues et de nouveaux modes de consommation, et diffusion de l'information obtenue auprès des partenaires concernés.	MSSS	MELS***, MSP

* Mission loisir et sport
** Mission éducation
*** Missions éducation, loisir et sport

Objectif 2

Renforcer la prévention directement auprès des personnes ayant des besoins particuliers ou par l'entremise des milieux d'intervention privilégiés

Prévenir la toxicomanie exige également d'intervenir auprès des personnes présentant à cet égard des risques particuliers. Une intervention préventive auprès de ces personnes cherchera avant tout à développer chez elles les compétences leur permettant de faire face aux risques qu'entraîne parfois la consommation de psychotropes. En effet, on reconnaît généralement que le développement de certaines compétences permet aux individus d'éviter que la consommation ne devienne notamment, pour eux, une stratégie d'intégration ou d'adaptation sociale. De plus, considérant que plusieurs facteurs – variables selon les individus et leur milieu de vie – contribuent à provoquer et à faire persister la consommation de psychotropes, il est clair que le développement de ces compétences devra se faire d'une manière adaptée aux caractéristiques des personnes et à leur situation.

À titre d'exemple, une intervention auprès des jeunes cherchera à développer leur habileté à résister à la pression des pairs et aux offres de drogues de même que leur capacité à évaluer les situations où des drogues sont utilisées. Les approches préventives qui s'avèrent efficaces sont celles qui agissent sur les individus (sur leur affirmation d'eux-mêmes, notamment), sur leur situation (en particulier sur l'influence qu'ils subissent de la part d'autrui et de la société) et sur leur environnement (par exemple, en combinant les programmes dans les écoles avec des programmes déployés pour les parents, les médias et la communauté)¹⁴⁹.

Bien sûr, la responsabilité première du développement des compétences personnelles et sociales des enfants et des adolescents revient aux familles. Cependant, celles-ci ont besoin de soutien à des degrés divers pour l'assumer. Certaines d'entre elles éprouvent des difficultés à fournir à leurs enfants les conditions nécessaires pour qu'ils puissent se développer adéquatement et maximiser leur potentiel. Par ailleurs, l'influence des pairs se fait sentir de plus en plus fortement sur les adolescents. Dans ce contexte, il importe que les acteurs de tous les milieux où évoluent les jeunes se mobilisent et se concertent pour leur fournir les conditions et le soutien nécessaires à leur épanouissement et à leur bien-être. À cet égard, le milieu scolaire (jeunes et adultes) joue un rôle primordial, car c'est généralement à l'école que les jeunes créent leur premier réseau d'amis, qu'ils mettent à l'épreuve les valeurs familiales, qu'ils inventent leurs propres façons de régler les difficultés. Mais les jeunes ne sont pas tous, ni toujours, à l'école. Pour plusieurs parmi les plus vulnérables, le centre de réadaptation ou encore la rue constitue le milieu de vie. Il faut aussi agir dans ces milieux.

Dans le même esprit, une intervention préventive efficace auprès d'adultes aux prises avec une consommation problématique ou susceptibles d'en connaître une insistera également sur le développement de leurs compétences. Les initiatives de prévention efficaces sont celles qui entraînent une augmentation des facteurs de protection, ciblent toutes les formes de drogues, incluent des méthodes interactives, sont planifiées sur plusieurs années, sont adaptées aux problèmes propres à chaque communauté locale, sont intensives et commencent tôt, et sont appropriées à l'âge, au stade de développement et à la culture des populations cibles¹⁵⁰.

L'influence de la communauté sur la consommation des populations cibles est jugée prépondérante, d'une part en raison des croyances qu'elle promeut et parce qu'elle peut exposer les individus à de la consommation¹⁵¹, d'autre part parce qu'elle joue un rôle de premier plan en intégration sociale. Il est démontré que les communautés peuvent faire la différence. Leur vitalité et l'éventail de services d'entraide et de loisirs qu'elles offrent contribuent à transformer et à assainir l'environnement physique et social, à lutter contre la pauvreté, la violence et la criminalité et à offrir de saines solutions de rechange à la consommation de substances psychotropes.

C'est dire que l'intervention préventive auprès des personnes toxicomanes ou susceptibles de le devenir prendra des formes différentes selon les circonstances.

Ainsi, le plan propose de soutenir le développement des compétences personnelles par la promotion de stratégies d'information et d'éducation adaptées à la prévention de problèmes précis. Le plan propose par ailleurs des actions visant tantôt à améliorer l'intervention auprès des personnes susceptibles de devenir toxicomanes, tantôt à encourager des conditions de vie favorables à l'adoption de saines habitudes. Il préconise également une amélioration des pratiques et de l'offre de service, notamment par une formation accrue des intervenants, l'adaptation des services aux besoins des personnes et l'élaboration de stratégies permettant de prévenir la dépendance ou d'y remédier. De même, le plan, reconnaissant que la prévention de la toxicomanie implique également d'agir sur les milieux de vie, souhaite mobiliser ces derniers et les soutenir dans leurs démarches.

Objectif 2

Renforcer la prévention directement auprès des personnes ayant des besoins particuliers ou par l'entremise des milieux d'intervention privilégiés

Actions	Responsables	Collaborateurs
CADRE DE RÉFÉRENCE ET GUIDE DE BONNES PRATIQUES		
1. En collaboration avec les intervenants concernés, élaboration et diffusion d'un cadre de référence et d'un guide de bonnes pratiques afin de les soutenir dans leurs interventions, particulièrement auprès : <ul style="list-style-type: none"> • des adolescents et des jeunes adultes; • des femmes enceintes et des jeunes mères; • des communautés autochtones; • des jeunes sportifs; • des personnes délinquantes; • des personnes itinérantes. 	MSSS MSSS MSSS MSSS MSSS MSSS	MELS** SAA MELS*** MSP MS

INFORMATION/FORMATION

2. Sensibilisation des services des affaires étudiantes des milieux d'enseignement collégial et universitaire au phénomène de la toxicomanie.	MELS**	MSSS
3. Diffusion d'activités de formation adaptées aux milieux : <ul style="list-style-type: none"> • scolaire (jeunes et adultes); • de la santé et des services sociaux; • correctionnel; • policier. 	MSSS MSSS MSSS MSSS	MELS** MSP MSP

INTERVENTION

4. Bonification des stratégies d'information, de sensibilisation et d'éducation permettant d'intensifier les pratiques visant : <ul style="list-style-type: none"> • la sensibilisation des adolescents et des jeunes adultes aux conséquences du calage d'alcool, de la consommation du cannabis et de l'inhalation de solvants; • la sensibilisation des proches des jeunes sportifs aux effets nocifs de l'utilisation de produits dopants; • la prévention auprès des jeunes conducteurs sur la capacité de conduite affaiblie; • le soutien aux familles; • la sensibilisation des femmes aux conséquences d'une exposition prénatale à l'alcool et à d'autres psychotropes; • l'amélioration de l'intervention auprès des personnes ayant des problèmes de santé mentale et consommant des psychotropes; 	MSSS MELS* SAAQ MSSS MSSS MSSS	MSP, SAA, MELS*** MSSS MSSS, MSP, MELS*** MELS**, SAA
---	---	--

* Mission loisir et sport

** Mission éducation

*** Missions éducation, loisir et sport

• l'offre de solutions de rechange à la consommation de psychotropes pour les aînés;	MSSS	
• l'amélioration de l'intervention auprès des communautés autochtones conventionnées (cries, inuites et naskapiés) en collaboration avec elles;	MSSS	SAA
• l'amélioration de l'intervention auprès des communautés culturelles;	MSSS	
• la mobilisation et le soutien des milieux de travail.	MSSS	

Objectif 3

Réduire l'offre de psychotropes

L'ampleur du problème posé par la toxicomanie justifie d'exploiter toutes les stratégies d'intervention efficaces, et notamment d'agir auprès des producteurs et des distributeurs afin de réduire l'offre de substances¹⁵². Le déploiement, de façon concurrente, de stratégies d'action visant à réduire à la fois l'offre et la demande, stratégies souvent perçues comme opposées par le passé, caractérise l'intervention en matière de toxicomanie dans plusieurs pays de l'Union européenne¹⁵³.

Réduire l'offre de psychotropes nécessite une variété d'actions, certaines incitatives, d'autres contraignantes. Le plan d'action interministériel insiste sur l'importance de sensibiliser les établissements qui servent ou vendent des produits alcoolisés, de former leur personnel, de leur fournir du matériel d'information de qualité et d'encourager les bonnes pratiques, en collaboration avec les réseaux de services concernés.

Par ailleurs, le plan suggère d'agir afin de restreindre l'offre de produits licites. Il propose, dans certains cas, une meilleure application de lois, de règlements et de politiques déjà en vigueur, application qui constitue clairement un des leviers préventifs majeurs parmi la gamme des instruments réglementaires, légaux et politiques existants¹⁵⁴.

Le plan d'action se propose aussi d'agir sur l'offre illégale de psychotropes contrôlée par un marché clandestin souvent dirigé par des réseaux criminels organisés. Qu'il s'agisse de produits licites ou illicites, les marchés clandestins facilitent la consommation, contribuent à l'insécurité des communautés et favorisent l'effritement du tissu social. Le contrôle de l'approvisionnement illégal en psychotropes inclut une variété de mesures allant de la sensibilisation aux moyens d'action plus contraignants. Ces interventions visent à limiter les activités de production et de distribution illégales, à prévenir la criminalité qui y est associée ainsi qu'à tenter de réduire l'accès de la population aux substances psychotropes.

Enfin, le plan d'action interministériel suggère, au-delà d'une application plus stricte des normes en vigueur, d'étudier la faisabilité d'appliquer de nouvelles mesures de contrôle réputées efficaces.

Objectif 3
Réduire l'offre de psychotropes

Actions	Responsables	Collaborateurs
INFORMATION/FORMATION		
1. Conception et promotion des stratégies de prévention les plus prometteuses pour réduire l'intoxication à l'alcool, en collaboration avec les réseaux concernés, les regroupements provinciaux de tenanciers de débits de boissons et le milieu de distribution.	MSSS, SAAQ	MSP
2. Sensibilisation des autorités à l'implantation d'activités obligatoires de formation à l'intention des tenanciers de débits de boissons et des milieux de distribution sur les risques et les conséquences liés à la consommation d'alcool et d'autres substances.	MSSS, SAAQ	MSP
3. Instauration d'une collaboration entre les intervenants des réseaux concernés et les organisateurs de manifestations festives d'envergure afin de prévenir ou de réduire les conséquences de la consommation (bal de finissants, fête techno, carnaval, etc.).	MSSS	MSP
MESURES DE CONTRÔLE		
4. Renforcement de la coordination et de la concertation de l'inspection au regard des lois et règlements interdisant aux mineurs l'accès à l'alcool.	MSSS	MSP
5. Harmonisation des interventions visant à réduire l'accessibilité des substances licites et illicites.	MSP	MSSS, MELS***
6. Réduction de l'offre illicite de drogues par la répression du crime organisé.	MSP	
7. Promotion du travail concerté des forces policières afin de réduire l'offre illicite de substances et d'améliorer tant la cohérence que la synergie des moyens utilisés pour lutter contre le crime organisé.	MSP	
8. Bonification et intensification des campagnes de sensibilisation du public aux conséquences de la production de drogues, notamment l'insécurité des communautés (milieux urbains et milieux ruraux).	MSP	MSSS
9. Étude de la possibilité de modifier et de proposer des dispositions législatives et réglementaires appropriées permettant un meilleur contrôle de la production illicite de drogues.	MJQ	
10. Facilitation de l'application de lois et de règlements visant à restreindre l'accessibilité à l'alcool pour les jeunes de moins de 18 ans.	MJQ	MSSS, MSP

*** Missions éducation, loisir et sport

L'intervention précoce

Les personnes qui ne sont pas dépendantes mais dont la consommation de psychotropes génère des effets néfastes pour elles ou leur entourage, doivent bénéficier d'une intervention précoce. Ce type d'intervention permettra de prévenir ou de diminuer les conséquences pour leur santé. C'est pourquoi il importe de détecter les manifestations de la toxicomanie le plus tôt possible.

L'intervention précoce doit être davantage intégrée à l'ensemble des services de santé et des services sociaux offerts en première ligne puisqu'ils constituent un moyen privilégié pour joindre les clientèles. Une telle intégration aura pour effet d'améliorer la continuité des services en offrant une intervention à un plus grand nombre de personnes et en appariant davantage les services à leurs besoins. Les centres de santé et de services sociaux constituent la porte d'entrée principale du réseau sociosanitaire québécois. Ces établissements sont responsables de l'accueil, de l'évaluation, de l'orientation et de l'intervention de première ligne auprès des personnes de leur territoire. Par ailleurs, les groupes de médecine de famille (GMF) et les cliniques privées sont aussi amenés à jouer un rôle prépondérant dans l'intervention précoce en toxicomanie.

Les professionnels qui travaillent dans ces établissements ont la responsabilité de détecter les problèmes de consommation des personnes qui se présentent dans leurs services et de leur offrir des services adaptés¹⁵⁵. Aussi, il importe que ces professionnels disposent de compétences et d'outils leur permettant de reconnaître les personnes ayant des problèmes liés à la consommation et de les aider adéquatement.

L'utilisation d'outils de détection par les professionnels doit donner lieu à une intervention appropriée – counseling, programmes de consommation contrôlée comme Alcochoix plus, entrevue motivationnelle, etc. –. Ces techniques d'intervention se caractérisent par une durée significativement plus courte que celles des techniques utilisées dans les services spécialisés.

Par ailleurs, l'efficacité de l'intervention précoce dépend en partie de la contribution des milieux d'intervention privilégiés au regard de la détection et de la référence. Cette contribution doit être encouragée. Les partenaires souscrivant au présent plan se donnent pour objectif intersectoriel en intervention précoce de convaincre les différents milieux dans lesquels évoluent les personnes toxicomanes de s'impliquer de cette façon. Les milieux scolaires (jeunes et adultes), sportifs et professionnels ainsi que les milieux correctionnels permettent des rapports intenses et fréquents, propices à l'observation de comportements à risques et à des réactions rapides devant ceux-ci. Ces différents milieux devraient disposer des compétences pertinentes ou établir des collaborations avec les organismes de la communauté qui les possèdent afin de contribuer à une intervention précoce. Leur implication accrue permettra d'agir rapidement auprès de personnes ayant des problèmes de consommation et de les orienter vers les organismes susceptibles d'offrir des services continus et adaptés.

Le plan propose des actions structurantes qui permettent d'accentuer la détection de la toxicomanie et l'intervention précoce auprès des différentes clientèles.

Objectif

Accentuer la détection de la toxicomanie et l'intervention précoce auprès des différentes clientèles

Actions	Responsables	Collaborateurs
CADRE DE RÉFÉRENCE ET GUIDE DE BONNES PRATIQUES		
1. Élaboration et diffusion en collaboration avec les milieux concernés, d'un cadre de référence et d'un guide des meilleures pratiques de détection et d'intervention précoce.	MSSS	MELS***, MSP, MESS, SAA
FORMATION/OUTILS		
2. Production et diffusion d'un coffre à outils de détection et d'intervention précoce en toxicomanie, en collaboration avec les milieux concernés.	MSSS	MELS***, MSP, MESS, SAA
3. Diffusion de formations en collaboration avec les réseaux suivants:		
• communautés autochtones et culturelles;	MSSS	SAA
• santé et services sociaux;	MSSS	
• scolaire (jeunes et adultes);	MSSS	MELS**
• correctionnel;	MSSS	MSP
• policier.	MSSS	MSP
4. Intensification de la détection de la toxicomanie et de l'orientation vers les ressources appropriées, particulièrement pour les clientèles suivantes:	MSSS	MELS**, MESS
• enfants de parents alcooliques ou toxicomanes;		
• adolescents et jeunes adultes;		
• aînés;		
• personnes en situation de pauvreté.		
INTERVENTION		
5. Détection systématique de la toxicomanie notamment chez:		
• les jeunes en difficulté en milieu institutionnel;	MSSS	
• les femmes enceintes faisant appel à des services de périnatalité;	MSSS	
• les personnes aux prises avec des troubles mentaux faisant appel à des services de santé ou à des services sociaux;	MSSS	
• les personnes contrevenantes en milieu carcéral.	MSP	MSSS
6. Accentuation de l'intervention visant la consommation modérée chez les buveurs à risque, par exemple le programme de consommation contrôlée Alcochoix.	MSSS	

* Mission loisir et sport

** Mission éducation

*** Missions éducation, loisir et sport

Le traitement et la réinsertion sociale

Les services spécialisés en toxicomanie regroupent les services de traitement et de réinsertion sociale à l'intention des personnes aux prises avec un problème d'abus de psychotropes ou de dépendance aux psychotropes. Le soutien aux proches fait aussi partie intégrante de cette gamme de services.

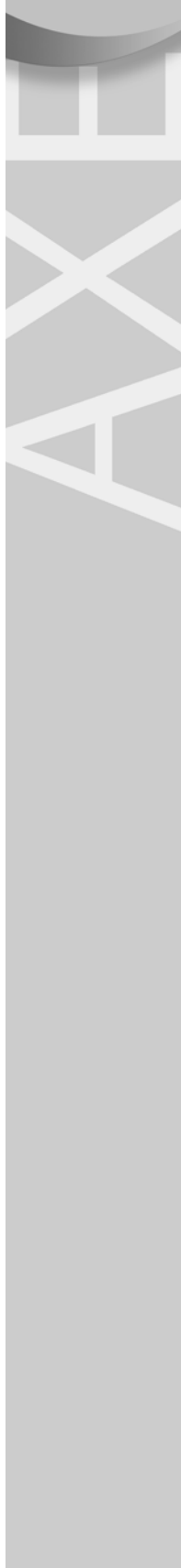
Le traitement permet d'améliorer de façon significative la condition des personnes sur les plans psychologique, physique et social en les encourageant à réduire ou à cesser leur consommation de drogues et d'alcool¹⁵⁶. Il implique l'offre de services spécialisés d'évaluation et d'orientation, de désintoxication et de réadaptation. Les services de réinsertion sociale, pour leur part, soutiennent les personnes toxicomanes dans leur réapprentissage de la vie en société. Ils constituent une étape essentielle dans la consolidation des acquis du traitement et dans l'apprentissage d'un nouveau style de vie. Les services de réinsertion misent sur plusieurs stratégies, notamment sur l'acquisition d'autonomie et de connaissances dans les études et le travail ainsi que sur le renforcement des réseaux d'appartenance.

Des services plus accessibles et plus adaptés

Des progrès importants ont été accomplis au cours des dernières années pour doter le Québec de services spécialisés en toxicomanie. Ces services, principalement donnés par les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, sont actuellement accessibles dans chacune des régions du Québec et touchent près de quarante mille personnes par année¹⁵⁷. Par ailleurs, des ressources privées et communautaires, certifiées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et offrant de l'intervention en toxicomanie avec hébergement, sont opérationnelles dans plusieurs régions du Québec.

Au Québec, les services offerts sont inspirés principalement de l'approche biopsychosociale, du modèle des communautés thérapeutiques ou du modèle des Alcooliques anonymes. Ces approches permettent de tenir compte des individus, à qui les services sont donnés et favorisent leur adhésion selon leurs croyances et leurs valeurs.

Depuis plusieurs années, une autre approche, celle de la réduction des méfaits, est également utilisée afin d'améliorer l'accès des personnes toxicomanes à des services adaptés à leurs besoins. À la différence des approches traditionnelles, cette approche ne fait pas de l'abstinence un passage obligé¹⁵⁸. Elle vise plutôt la réduction des conséquences négatives de la consommation d'alcool et de drogues. Une telle approche permet d'atteindre efficacement des personnes dont la motivation à cesser de consommer est moins élevée. Elle valorise le lien avec ces personnes et encourage leur participation afin de susciter chez elles un désir de changement. Elle se révèle ainsi spécialement adaptée à certaines clientèles, notamment aux utilisateurs de drogues par injection et les personnes désaffiliées.



L'approche de réduction des méfaits inspire plusieurs programmes de traitement. Le plus connu est le programme qui substitue la consommation de méthadone à celle d'opiacés. Ce programme produit des résultats tangibles lorsqu'il s'accompagne de soins et d'un suivi psychosocial¹⁵⁹. Plusieurs centres de réadaptation ont développé une expertise en réduction des méfaits et intégré cette approche au traitement de la toxicomanie¹⁶⁰. Soulignons par ailleurs que cette approche a contribué d'une manière significative à réduire les pathologies, les activités criminelles et les incidents liés aux comportements des consommateurs de psychotropes.

Des progrès s'imposent encore

En dépit de progrès notables dans l'offre de services spécialisés, force est de constater que des lacunes importantes l'affectent encore. Parfois, l'accès à ces services est compromis en raison des coûts imposés à la personne qui le sollicite. Parfois, il l'est parce que le service n'est pas adapté à des besoins particuliers. D'autres fois, le service nécessaire n'existe pas, ou existe mais n'est pas connu. Les centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes continuent d'éprouver certaines difficultés à réduire les délais d'attente pour leurs services¹⁶¹. Plusieurs régions expriment par ailleurs le besoin d'offrir davantage de services d'hébergement à court terme afin d'aider les personnes en situation de crise, et à long terme pour celles présentant des problèmes plus complexes. De façon générale, les contraintes à l'accessibilité à des services spécialisés affectent surtout les clientèles ayant des besoins particuliers : femmes enceintes, personnes souffrant d'un double problème, jeunes en difficulté, etc.¹⁶²

Par ailleurs, de nombreux organismes privés et communautaires offrent actuellement des services aux personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie. Certains d'entre eux se sont inscrits dans un processus d'amélioration de la qualité et ont obtenu la certification décernée par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Pour ce faire, ils ont satisfait à l'ensemble des normes reconnues comme nécessaires et suffisantes afin que les services thérapeutiques et les conditions d'hébergement offerts aux personnes soient sécuritaires sur les plans physique et psychologique. Cette reconnaissance favorise l'accès à des services de qualité. Quant aux organismes non certifiés, les ministères intéressés comptent bien collaborer en vue de les encourager, voire de les inciter à s'engager dans un processus de certification.

En outre, on observe la faible disponibilité de ressources en réinsertion sociale dans le domaine de la toxicomanie¹⁶³. On constate qu'il « existe peu de programmes d'aide pour faciliter la réinsertion sociale des personnes toxicomanes dans leur milieu de vie, soit par la réintégration graduelle au marché du travail ou grâce à un hébergement adapté. Plus particulièrement, certaines personnes itinérantes ou utilisatrices de drogues par injection ou éprouvant un problème de santé mentale grave, présentent un état de santé très détérioré. Il s'avère nécessaire de prévoir une prise en charge plus grande en matière d'hébergement et de faciliter l'accès à certains milieux protégés pour mieux répondre à leurs besoins¹⁶⁴ ». Les préjugés dont sont fréquemment victimes les personnes toxicomanes en raison des craintes qu'elles suscitent au sein de la population ajoutent aux difficultés affectant leur réinsertion.

Une clientèle aux besoins croissants et difficiles à définir

Les contraintes affectant les services spécialisés en toxicomanie sont également attribuables à l'évolution des besoins de la population québécoise et à la difficulté de les satisfaire. Ainsi, la dégradation au cours des dernières années de l'état de santé des personnes faisant appel à ces services, tant au Québec qu'ailleurs dans le monde, exige une intervention plus intensive, donc mieux organisée. Par ailleurs, répondre aux besoins de la population en matière de services spécialisés s'avère d'autant plus ardu que ceux-ci sont difficiles à évaluer. En effet, seule une infime proportion des personnes dépendantes de l'alcool ou d'autres drogues sollicitent et obtiennent un traitement¹⁶⁵. La majorité de ces personnes, en Amérique du Nord, ne demandent aucune aide de leur propre chef, peu importe qu'elle soit de première ligne ou spécialisée¹⁶⁶. Les principaux obstacles au recours au traitement seraient la perception que celui-ci n'est pas vraiment nécessaire et la présence d'un doute quant à son efficacité¹⁶⁷. Aussi, il convient d'insister sur l'importance d'éduquer la population afin qu'elle reconnaisse les symptômes de la toxicomanie et demande au besoin l'aide d'un professionnel.

Améliorer l'accès à une gamme de services spécialisés dans chacune des régions du Québec

L'amélioration de l'accès à des services spécialisés demande d'entrée de jeu qu'on assure l'offre de services de désintoxication, de réadaptation, de réinsertion, de soutien et d'accompagnement dans le milieu de vie des personnes qui en ont besoin. Améliorer les services spécialisés exige également de les adapter aux besoins des personnes et de les assujettir à des impératifs de qualité et de continuité.

Le plan prévoit notamment des actions visant à la fois à hausser le niveau de services spécialisés offerts dans chacune des régions, à compléter la gamme des services qui y sont rendus accessibles et à bonifier leur organisation. Le plan insiste particulièrement sur l'intégration et la qualité des services.

Le plan prévoit également, toujours afin d'améliorer l'accès aux services spécialisés, de nombreuses actions visant à encadrer la prestation de ces services : préparation de cadres de référence, élaboration de guides de bonnes pratiques et de standards régissant l'accessibilité et la qualité des services, activités de formation à l'intention des intervenants aidant des clientèles aux besoins particuliers, etc.

Objectif

Assurer l'accessibilité à une gamme de services spécialisés dans chacune des régions du Québec

Actions	Responsables	Collaborateurs
CADRE DE RÉFÉRENCE ET GUIDE DE BONNES PRATIQUES		
<p>1. Élaboration et diffusion d'un cadre de référence et d'un guide de bonnes pratiques en matière de réadaptation et de réinsertion sociale, notamment pour le traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • des jeunes en difficulté; • des femmes enceintes et des jeunes mères; • de la dépendance aux opiacés avec une médication de substitution; • des personnes avec des troubles mentaux; • des personnes contrevenantes. 	<p>MSSS MSSS MSSS MSSS MSSS</p>	<p>MSP</p>

FORMATION

<p>2. Élaboration et diffusion de programmes de formation mixte en collaboration avec les réseaux relatifs à la toxicomanie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • jeunesse, • maternité, • autochtones, • santé mentale, • santé physique, • milieu correctionnel; <p>afin d'accroître l'expertise et de permettre des plans d'intervention concertés.</p>	<p>MSSS MSSS MSSS MSSS MSSS MSSS, MSP</p>	<p>SAA</p>
--	---	------------

INTERVENTION

<p>3. Production et diffusion d'un répertoire sur les ressources publiques de même que sur les organismes communautaires et privés certifiés par le Ministère et répondant aux critères d'encadrement du ministère de la Sécurité publique à l'égard de la clientèle contrevenante.</p>	<p>MSSS</p>	<p>MSP, MESS, MJQ</p>
<p>4. Augmentation de la promotion régionale et locale de la gamme de services offerts en toxicomanie.</p>	<p>MSSS</p>	<p>SAJ, MELS***, MSP, MESS</p>
<p>5. Implantation de systèmes régionaux permettant d'évaluer rapidement la clientèle et de l'orienter vers les services appropriés.</p>	<p>MSSS</p>	<p>MESS, MSP, MJQ</p>

*** Missions éducation, loisir et sport

6. Amélioration de l'accessibilité :		
• des services de traitement aux jeunes en difficulté et aux jeunes adultes ;	MSSS	
• des services de réadaptation aux femmes enceintes et aux mères toxicomanes, en tenant compte de leurs contraintes (transport, services de garde, etc.) ;	MSSS	
• des services de soutien aux familles dont l'un des membres est toxicomane ;	MSSS	
• des services de traitement aux personnes toxicomanes éprouvant également des problèmes de santé mentale ;	MSSS	
• des services de proximité aux utilisateurs de drogues par injection, aux personnes itinérantes et aux jeunes de la rue ;	MSSS	MSP
• des services de traitement aux personnes contrevenantes ;	MSSS	MSP
• des services de suivi post-traitement et de soutien à la réinsertion dans la communauté ;	MSSS	MESS, MSP
• des services de dégrisement (dépannage et hébergement temporaire) afin de diminuer le recours aux services hospitaliers d'urgence ou à l'incarcération.	MSSS	MSP
7. Étude de faisabilité de la mise en œuvre de projets pilotes visant l'implantation du programme de traitement de substitution à la méthadone dans les milieux correctionnels provinciaux.	MSSS	MSP
8. Mise à profit des mesures et services d'aide à l'emploi à l'intention des personnes toxicomanes.	MESS	MELS**, MSSS, MSP
9. Détermination d'options de rechange à l'incarcération des personnes toxicomanes, notamment étude de la pertinence de l'implantation d'un tribunal de la toxicomanie.	MJQ	SAAQ, MSP, MSSS
10. Intensification du Programme de certification des organismes privés ou communautaires intervenant en toxicomanie et offrant de l'hébergement.	MSSS	MSP, MESS, MJQ
11. Élaboration de programmes spécialisés de traitement adaptés aux besoins et aux particularités des communautés autochtones conventionnées (cries, inuites et naskapiés) en collaboration avec elles.	MESS	SAA

** Mission éducation

La recherche

La mise en œuvre du *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011* nécessite de mettre en place des initiatives concertées de recherche. Les ministères et les organismes sectoriels partagent la responsabilité d'améliorer les politiques et les programmes gouvernementaux destinés aux personnes souffrant de dépendances.

L'action du gouvernement doit continuer de prendre appui tant sur l'expertise scientifique que sur l'expérience des milieux de pratique pour mieux cibler ses interventions.

Au cours des dix dernières années, les milieux de la recherche ont contribué significativement par leurs travaux au développement, à la diffusion et à la mise à profit des connaissances scientifiques sur divers aspects de la toxicomanie. Ces activités de recherche ont permis, en l'occurrence, de mieux identifier les caractéristiques des clientèles, de comprendre davantage leur cheminement et de privilégier des stratégies d'intervention, contribuant ainsi à l'amélioration de la compétence québécoise dans ce domaine.

Ces efforts doivent toutefois se poursuivre dans les prochaines années, notamment avec le souci de soutenir la prise de décision gouvernementale, de continuer d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services et d'en augmenter l'efficacité en tenant compte des politiques et des programmes publics.

La réduction des manifestations et le suivi de ce problème en constante mutation, doivent être soutenus par des recherches et des exemples de bonnes pratiques permettant une compréhension plus complète de sa nature, de ses causes et de ses autres conséquences. La connaissance des caractéristiques des personnes vulnérables, des comportements à risque, de l'incidence du problème sur les familles et leurs proches, le coût des services, sont autant de renseignements nécessaires pour planifier et mettre en place les meilleures interventions.

La gouvernance en matière de recherche dans ce domaine exige d'établir des priorités. La croissance de l'expertise doit être favorisée par la mise en place d'une infrastructure et d'un programme de recherche. La collaboration des fonds de recherche québécois sera garante de la qualité de cette recherche et de l'intégrité des processus adoptés par la communauté scientifique.

Objectif

Accroître la connaissance et la surveillance en matière de toxicomanie

Actions	Responsables	Collaborateurs
1. Mise en place d'un système d'information et de gestion sur les clientèles toxicomanes desservies.	MSSS	
2. Élaboration et coordination d'un programme de recherche thématique en toxicomanie mettant à contribution les différents partenaires.	MSSS	MSP, MELS***, MESS, MJQ
3. Désignation d'un établissement public en toxicomanie à vocation universitaire.	MSSS	
4. Développement de la surveillance de la toxicomanie.	MSSS	MSP, MJQ, SAAQ, MELS*, MESS
5. Mise à profit des résultats de la recherche pour l'amélioration des politiques, des programmes et des interventions intersectorielles.	MSSS, MSP, MELS***, MESS, MJQ, SAAQ	

* Mission loisir et sport

*** Missions éducation, loisir et sport

3

Le suivi et l'évaluation du Plan d'action interministériel en toxicomanie



Le *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, en mobilisant les instances publiques concernées, accomplit un geste novateur. Le défi qu'il lance consiste à adopter l'approche privilégiée et à réaliser les objectifs qui ont fait consensus, en respectant le fait que chacun des partenaires se distingue par son mandat, sa culture, ses rôles et son organisation de services.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a la responsabilité de superviser la mise en œuvre du plan d'action interministériel, une démarche comportant plusieurs étapes. Il est à noter que le présent document situe les grandes orientations et mesures visées par le plan d'action. Les moyens employés pour son implantation feront l'objet de plans sectoriels établis par chaque partenaire.

Les plans sectoriels seront soutenus par des répondants régionaux. Ce sont les partenaires ministériels qui auront le soin de désigner ces répondants. Ceux-ci seront amenés à travailler à la fois avec les autres partenaires régionaux et avec leur correspondant provincial.

Le suivi de gestion

Compte tenu de l'importance des défis que lance le plan d'action interministériel et des attentes envers ses résultats, un suivi de gestion fondé sur des indicateurs d'implantation et de résultats est de rigueur pour apprécier l'accomplissement des actions prévues.

L'évaluation

Une évaluation de l'implantation sera produite en 2011. Cette évaluation permettra de se prononcer sur la conformité de la mise en place des mesures eu égard aux objectifs visés par le plan d'action, sur les difficultés éprouvées et les ajustements apportés. Finalement, l'évaluation proposera des pistes à l'intention des partenaires pour la poursuite de leurs engagements respectifs dans leur intervention en matière de toxicomanie.

L'évaluation des effets du plan d'action sera confiée à des équipes de recherche. Les partenaires associés à ce plan feront le choix des objets d'évaluation en fonction de leurs priorités et d'intérêts particuliers, notamment en ce qui a trait à l'accessibilité, à la qualité et à la continuité des interventions.

Le comité interministériel mis en place pour élaborer le présent plan d'action et animé par le ministère de la Santé et des Services sociaux poursuivra ses travaux afin d'assurer le suivi général et l'évaluation du plan.

Conclusion

La toxicomanie nous concerne tous. Elle n'épargne aucun groupe, aucune portion de la société québécoise. Ses conséquences individuelles et sociales sont préoccupantes. L'évolution de la situation témoigne plus que jamais de l'urgence d'agir. En dépit des efforts consacrés à l'intervention, cette évolution indique toutefois l'urgence d'agir « autrement ». Il importe, plus que jamais en fait, de promouvoir l'amélioration de la santé et du bien-être des individus et de la société par la prévention, l'intervention précoce et le traitement de la toxicomanie, de soutenir l'intégration sociale et économique des personnes dépendantes et, finalement, d'améliorer la sécurité des communautés.

Le *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011* fait de la concertation la pierre angulaire de sa réussite. Cette concertation apparaît essentielle pour optimiser les efforts des partenaires du gouvernement, dans le respect de la mission de chacun. Ce plan prévoit une meilleure harmonisation et une plus grande coordination des actions déployées à l'échelle provinciale, régionale et locale. Pour ce faire, il sollicite la mobilisation et l'engagement des acteurs, propose un langage, des objectifs et un message communs et encourage le développement de l'expertise. Les ministères, organismes et intervenants qu'il concerne souscrivent pleinement à ses visées, à ses axes d'intervention et aux actions qu'il propose, reposant sur le respect de plusieurs approches complémentaires qui ont en commun une attitude de compassion et de soutien.

Le gouvernement souscrit d'emblée à ce plan car il contribue fortement à mettre en réseau l'intersectorialité et le partage de meilleures pratiques. Les nombreux enjeux sur les plans sociaux, économiques ou politiques liés à la toxicomanie et à ses conséquences négatives constituent des défis de taille pour les sociétés contemporaines et sont au programme de tous les gouvernements.

Lexique

Abus

Terme vague répondant à plus d'une définition. Sa signification diffère d'une société à une autre. Selon Jaffe (1980) «l'abus réfère à l'usage de toute drogue, habituellement par autoadministration, d'une manière telle qu'il se dévie de normes médicales ou sociales approuvées à l'intérieur d'une culture donnée. Le terme exprime une notion de désapprobation sociale et n'est pas nécessairement descriptif d'un profil particulier relié à l'usage d'une drogue ou à ses conséquences potentielles»¹⁶⁸.

Dépendance

État physique et psychologique qui conduit la personne à consommer bien qu'il puisse en résulter des conséquences négatives pour elle-même ou pour son entourage¹⁶⁹.

Désintoxication

Processus physiologique par lequel un individu qui est chimiquement dépendant retrouve un fonctionnement physique et mental normal par un arrêt soudain ou graduel de l'administration de la drogue. Ce processus se fait avec ou sans médication et peut avoir lieu en milieu naturel ou en milieu hospitalier¹⁷⁰.

Drogue

Terme générique utilisé pour désigner toute substance qui modifie le fonctionnement mental et dont l'usage peut conduire à l'abus ou à la dépendance¹⁷¹. Dans le langage courant, le terme «drogue» réfère souvent aux drogues illicites tels le cannabis, la cocaïne, l'héroïne...

Drogue de substitution

Envisagée particulièrement pour lutter contre l'apparition d'un fort sevrage à l'arrêt de la consommation¹⁷². Ainsi, pour les produits dérivés de la morphine, le médicament de substitution le plus connu et utilisé au Québec est la méthadone. Il sert de produit de substitution depuis plus de quarante ans. Il existe également d'autres médicaments de substitution, tel le buprénorphine, davantage utilisé dans les programmes de traitement en Europe et particulièrement en France.

Intoxication

Perturbation qu'exerce une substance toxique sur l'organisme et ensemble des troubles en résultant¹⁷³.

Méthadone

Drogue de substitution dont l'usage est permis chez les personnes dépendantes d'un opiacé, comme l'héroïne.

Polyconsommation

Comportement d'usage qui associe la consommation de plusieurs substances psychoactives¹⁷⁴.

Psychotrope ou substance psychoactive

Toute substance qui agit sur le système nerveux central, modifiant les perceptions sensorielles, l'état de conscience, le fonctionnement intellectuel ou le comportement dans son ensemble, quel que soit le type d'effet induit (dépresseur, stimulant ou perturbateur); souvent utilisé comme synonyme de «drogues»¹⁷⁵.

Sevrage

Arrêt de la prise de substance psychoactive de manière brutale ou progressive¹⁷⁶. Le syndrome de sevrage se caractérise par des manifestations désagréables, physiques ou psychologiques, comme les crampes, l'insomnie, les vomissements et les sueurs, qui doivent parfois être surveillées médicalement¹⁷⁷.

Surdose

Intoxication grave ou mortelle où l'usager a consommé une dose trop forte par rapport à celle que son organisme a l'habitude de supporter¹⁷⁸. Traduction du terme anglais *overdose*.

Toxicité

Propriété d'une substance à causer des effets nuisibles d'intensité variable pouvant aller jusqu'à la mort¹⁷⁹.

Toxicomane

Personne atteinte de toxicomanie. Individu qui prend de façon régulière et excessive une ou plusieurs substances toxiques susceptibles d'engendrer un état de dépendance physique ou psychologique¹⁸⁰.

Toxicomanie

Terme générique pour désigner toute dépendance à une substance psychotrope, soit l'alcool, les médicaments psychotropes ou les drogues illicites¹⁸¹.

Sigles couramment utilisés dans le texte

CPLT	Comité permanent de lutte à la toxicomanie
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MESS	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale
MFACF	Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine
MJQ	Ministère de la Justice du Québec
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
SAA	Secrétariat aux affaires autochtones
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SJ	Secrétariat à la jeunesse

Notes et références

1. Québec, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre de référence pour l'élaboration d'un Plan d'action interministériel de lutte contre la toxicomanie*, Québec, Le Ministère, 2002, 19 p.
2. GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Briller parmi les meilleurs : la vision et les priorités d'action du gouvernement du Québec*, Québec, Le Gouvernement, 2004, 201 p.
3. SANTÉ CANADA, *Meilleures pratiques : traitement d'entretien à la méthadone*, Ottawa, Bureau de la stratégie canadienne antidrogue, 2002, p. 4.
4. Les médicaments psychotropes prescrits visés ici sont les benzodiazépines, les antidépresseurs, le méthylphénidate et les autres stimulants du système nerveux central.
5. Pour une définition de l'ADS, voir notamment le site Web de l'Institut de la statistique du Québec : http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/anals_difrn_sex/presentation.htm.
6. COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, *La toxicomanie au Québec : des inquiétudes à l'action. Rapport au ministre de la Santé et des Services sociaux*, Montréal, Le Comité, 1996, p. 14-15.
7. L. FOURNIER, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec : publication d'une première série de 10 indicateurs*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2001, 95 p.
8. COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE ET AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, *Portrait de la consommation de psychotropes à Montréal*, Montréal, Le Comité, 2004, 49 p.
9. Par exemple, on semble ignorer qu'«une cigarette de cannabis peut théoriquement causer autant de problèmes pulmonaires que 4 à 10 cigarettes ordinaires» et qu'«[à] poids égal, le cannabis fumé fournit 50% plus de goudron qu'une marque populaire de tabac fort. En outre, la concentration de certains agents cancérigènes retrouvés dans le goudron de la marijuana est plus élevée que celle d'un même poids de goudron de tabac. Enfin, une cigarette de cannabis est habituellement inhalée plus profondément et retenue plus longtemps dans les poumons qu'une cigarette ordinaire» (COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, *Drogues : savoir plus, risquer moins*, [En ligne], 2003. [http://www.toxquebec.com/livre_drogues/cannabis.html].)
10. L. GUYON et L. DESJARDINS, *La consommation d'alcool et de drogues*, dans INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *L'alcool, les drogues et le jeu : les jeunes sont-ils preneurs? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire*, volume 2, Montréal, L'Institut, 2002, p. 35-62.
11. P. SCHNEEBERGER et M. DESROSIERS, *Les «nouvelles drogues» au Québec. Rapport au Comité permanent de lutte à la toxicomanie*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2001, 52 p.

12. CONSEIL ÉCONOMIQUE ET SOCIAL DE L'ONU – PROGRAMME DES NATIONS UNIES POUR LE CONTRÔLE INTERNATIONAL DES DROGUES, *Prévention de l'usage de drogues à des fins récréatives et de loisirs chez les jeunes. Rapport du Secrétariat*, Vienne, Commission des stupéfiants, 45^e session, 2002, p. 5.
13. OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES, *Prévention contre les drogues dans les établissements scolaires de l'Union européenne, Objectif drogues*, Briefing n° 5, 2002, p. 4.
14. F. VITARO, C. GOSSELIN et A. GIRARD, *Évolution de la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes au Québec de 1987 à 1998 : constatations, comparaisons et pistes d'explication. Étude réalisée pour le Comité permanent de lutte à la toxicomanie*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2002, p. 53.
15. P. SCHNEEBERGER et M. DESROSIERS, *op. cit.*
16. Québec, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Le Ministère, 1992, p. 11.
17. Québec, *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, 1991, *L.R.Q., chapitre 42*, à jour au 1^{er} juillet 2005. [Québec], Éditeur officiel du Québec, 1991.
18. T. HOTTON et D. HAANS, «Consommation d'alcool et de drogues au début de l'adolescence», dans STATISTIQUE CANADA, *Rapports sur la santé*, vol. 15, n° 3, 2004, 21 p.; E. M. ADLAF, A. PAGLIA et F. J. IVIS, *Drug Use among Ontario Students, 1977-2001: Findings from the OSDUS*, Toronto, Center for Addiction and Mental Health, 2001 (CAMH Research Document Series); C. POULIN, L. VAN TIL, B. WILBUR *et al.*, «Alcohol and other drug use among adolescent students in the Atlantic provinces», *Revue canadienne de santé publique*, vol. 90, n° 1, 1999, p. 27-29; SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, *Summary of National Findings. Results from the 2001 National Household Survey on Drug Abuse*, volume 1, Rockville, Office of Applied Studies, 2002 (NHSDA Series H-17, DHHS Publication N° SMA 02-3758); AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE, *2001 National Drug Strategy Household Survey: First Results*, Canberra, The Institute, 2002 (AIHW Drug Statistics Series N° 9); P. MILLER et M. PLANT, «Drinking, smoking, and illicit drug use among 15 and 16 year olds in the United Kingdom», *British Medical Journal*, vol. 17, n° 8, 1996, p. 313-397; D. HAMEL, R. CLOUTIER et P. ROBERGE, *Perceptions de la population québécoise en lien avec les programmes de prévention de la toxicomanie et du VIH*, Montréal, Institut national de santé publique, 2001, 129 p.
19. Voir notamment Québec, MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA SOLIDARITÉ SOCIALE ET DE LA FAMILLE, *Concilier liberté et justice sociale : un défi pour l'avenir. Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*, Québec, Le Ministère, 2004, 79 p.
20. «La pauvreté et l'exclusion sociale constituent des déterminants majeurs de la santé et du bien-être. De nombreuses données épidémiologiques mettent en évidence que les mauvaises conditions économiques et sociales se traduisent par une prévalence plus élevée de comportements néfastes à la santé, par l'accroissement de problèmes de santé physique et mentale, par des écarts importants dans l'espérance de vie et par un plus grand nombre de décès prématurés. Ce constat renforce l'importance que nous devons accorder à la réduction des inégalités de santé et de bien-être liées à la pauvreté.» (Québec, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La politique de la santé et du bien-être, op. cit.*, p. 16.)
21. *Ibid.*
22. OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES, *L'usage récréatif de drogues : un défi majeur pour l'Union européenne – Les politiques doivent privilégier la réduction du risque. Objectif drogues*, Briefing n° 6, 2002, 4 p.
23. COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, *Consultation 2000. La toxicomanie au Québec : cap sur une stratégie nationale*, Montréal, Le Comité, 2002, p. 14.

24. Le delta-9-transtétrahydrocannabinol (THC) est le principal ingrédient psychoactif du cannabis.
25. SÉNAT CANADIEN, «Sommaire», dans *Le cannabis: positions pour un régime de politique publique pour le Canada. Rapport du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites*, Ottawa, Le Sénat, 2002, p. 15.
26. GENDARMERIE ROYALE DU CANADA, *La culture de la marijuana au Canada: évolution et tendances actuelles*, Ottawa, Direction des renseignements criminels, 2002.
Accessible aussi en ligne à l'adresse http://www.rcmp-grc.gc.ca/crimint/cultivation_f.htm.
27. COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, *La toxicomanie au Québec: des inquiétudes à l'action. Rapport présenté au ministre de la Santé et des Services sociaux*, Montréal, Le Comité, 1996, p. 6.
28. L. CHAYER, J. LARKIN, P. MORISSETTE et S. BROCHU, *Prévenir les toxicomanies: de la nature du problème aux politiques à considérer*. Document préparé pour le Groupe de travail en prévention des toxicomanies, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 132 p.
29. S. DESJARDINS, *Les coûts de l'abus de substances au Québec. Étude réalisée pour le Comité permanent de lutte à la toxicomanie*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1996, p. 3.
30. *Ibid.*
31. Les coûts directs représentent « [...] la valeur des ressources qui auraient pu être allouées à d'autres fins en l'absence de conséquences liées à l'usage et à l'abus du tabac, de l'alcool et de drogues illicites». Les coûts indirects représentent « [...] la valeur de la productivité perdue en raison de la maladie et de l'invalidité ainsi que la valeur actuelle des gains futurs qu'auraient réalisés les personnes qui sont mortes prématurément» (*ibid.*).
32. M. BRAULT, C. DUSSAULT, J. BOUCHARD et A.-M. LEMIRE, *Le rôle de l'alcool et des autres drogues dans les accidents mortels de la route au Québec: résultats finaux*. Étude réalisée pour le compte de la Société de l'assurance automobile du Québec, Québec, Société de l'assurance automobile du Québec, 2004.
33. Québec, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *op. cit.*
34. A. LEBEAU, G. VERMETTE et C. VIENS, *Bilan de l'action intersectorielle et de ses pratiques en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies au Québec*, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 102 p. (Études et Analyses: 38).
35. C. BÉGIN, N. APRIL et R. MORIN, *Consommation d'alcool au Québec et pratiques commerciales de la Société des alcools du Québec - Mise à jour avril 2005*, Montréal, Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec, 2005, 21 p.
36. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Compilation effectuée à partir de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) menée par Statistique Canada, cycle 2.1*. (2003), Québec, Direction Santé Québec, L'Institut, 2004.
37. STATISTIQUE CANADA, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC): santé mentale et bien-être*, cycle 1.2, Ottawa, Santé Canada, 2002.
38. CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES, *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: points saillants*, Ottawa, Le Centre, 2004.

39. S. CHEVALIER et O. LEMOINE, *Consommation de drogues et autres substances psychoactives*, dans INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête sociale et de santé 1998*, 2^e édition, Québec, L'Institut, 2000, p. 135-144.
40. M. TJEPKEMA, *Utilisation du cannabis et autres substances illicites*, dans STATISTIQUE CANADA, *Rapports sur la santé*, vol. 15, n° 4, 2004. Numéro 82-003 au catalogue.
41. CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES, *op. cit.*
42. *Ibid.*
43. M.-J. PAPILLON, C. LAURIER, L. BARNARD et J. BARIL, *Consommation de médicaments*, dans INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête sociale et de santé 1998*, *op. cit.*
44. COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, *La consommation de psychotropes : portrait et tendances au Québec*, Montréal, Le Comité, 2003, p. 46.
45. F. VITARO, C. GOSSELIN et A. GIRARD, *op. cit.*
46. COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, *La consommation de psychotropes : portrait et tendances au Québec*, *op. cit.*, p. 29; STATISTIQUE CANADA, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*, cycle 1.1, Ottawa, Statistique Canada, 2000-2001.
47. *Ibid.*
48. *Ibid.*; INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *L'alcool, les drogues et le jeu : les jeunes sont-ils preneurs ? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire*, *op. cit.*; S. CHEVALIER et O. LEMOINE, *op. cit.*
49. M. BORDELEAU et B. PERRON, *Consommation d'alcool et de drogues*, dans INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire (2002)*, Montréal, L'Institut, 2002, p. 141.
50. M. GERMAIN et P. VAUGEOIS, *La consommation de psychotropes chez les jeunes : survol des faits et des risques reliés à la précocité*, *Le CPLT en substance*, vol. 7, n° 1, 2004, p. 1-3.
51. F. VITARO, C. GOSSELIN et A. GIRARD, *op. cit.*
52. SANTÉ CANADA, *Enquête sur le tabagisme chez les jeunes (ETJ). Programme de lutte au tabagisme*, Ottawa, Bureau de la recherche, de la surveillance et de l'évaluation, Santé Canada, 2002.
53. G. ROBERTS, D. MCCALL, A. STEVENS-LAVIGNE, J. ANDERSON, A. PAGLIA, S. BOLLENBACH, J. WIEBE et L. GLIKSMAN, *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes – un compendium des meilleures pratiques. Rapport présenté à Santé Canada*, Ottawa, Santé Canada, 2001, p. 45.
54. Voir COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, *Orientations en toxicomanie*. Document de travail, Montréal, Le Comité, 2002, p. 17; F. VITARO, C. L. NORMAND et P. CHARLEBOIS, *Stratégies pour impliquer les parents dans la prévention de la toxicomanie chez les jeunes. Rapport présenté au Comité permanent de lutte à la toxicomanie*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1999, 43 p.
55. Z. HARVEY-JANSEN, *Adolescent Treatment: Excellence Through Evaluation*, [s.l.], Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, 1995.

56. M. LAVENTURE, R. PAUZÉ et M. DÉRY, *La consommation de psychotropes chez les jeunes nouvellement inscrits à la prise en charge des CJ du Québec : profils de gravité et caractéristiques associées*, 2003, Sous presse.
57. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire : où en sont les jeunes face au tabac, à l'alcool, aux drogues et au jeu ?*, Québec, L'Institut, 2002, 216 p.
58. J. TREMBLAY, N. BLANCHETTE MARTIN et P. GARCEAU, *Portrait de consommation de substances psychoactives de jeunes consultant en centre spécialisé en toxicomanie (PAJT) et provenant du Centre jeunesse de Québec*, Québec, Service de recherche CRUV/ALTO, 2004, p. 15.
59. E. ROY et coll., *L'hépatite C et les facteurs psychosociaux associés au passage à l'injection chez les jeunes de la rue : rapport d'étape numéro 3*, Montréal, Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2004, p. 16.
60. G. ROBERTS et A. OGBORNE, *Meilleures pratiques. Alcoolisme et toxicomanie. Traitement et réadaptation. Rapport préparé pour le Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance*, Ottawa, Santé Canada, 1999, p. 48.
61. J. FORGET, *Avis sur les mères toxicomanes*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1999, p. 2.
62. N. APRIL et A. BOURRET, *État de situation sur le syndrome d'alcoolisation fœtale au Québec*, Montréal, Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique, 2004, 65 p.
63. *Ibid.*
64. *Ibid.*
65. L. GUYON et coll., *Toxicomanie et maternité : un projet possible – une synthèse des connaissances actuelles*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1998, 112 p.
66. FORGET (1995), cité dans L. GUYON et coll., *op. cit.*
67. *Ibid.*
68. G. ROBERTS et J. NANSON, *Meilleures pratiques. Syndrome d'alcoolisme fœtal : effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*, Ottawa, Santé Canada, 2000, p. 54.
69. FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES et COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, *La toxicomanie chez les aînés : reconnaître, comprendre et agir*, Montréal, Le Comité, 2001, 28 p.
70. G. VERMETTE, *L'abus et la dépendance d'alcool et d'autres substances psychotropes chez les aînés. Cadre de référence*, Montréal, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, 1999, 28 p.
71. FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES et COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, *op. cit.*
72. *Ibid.*
73. *Ibid.*

74. Voir notamment J. VASCO, *Consommation d'alcool*, dans *Étude auprès des communautés culturelles – 1998-1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2002, p. 74.; L. BENNETT et al., «Alcoholic beverage consumption in India, Mexico and Nigeria: a cross-cultural comparison», *Alcohol Health & Research World*, vol. 22, n° 4, 1998, p. 234-252.
75. J. VASCO, *op. cit.*, p. 73; N. CARDINAL, *Les Italiens de Montréal et leur vin. Une dimension culturelle de la consommation alcoolique*, *Anthropologia medica*, vol. 1, n° 2, 1986, p. 13-17.
76. Sur les facteurs de vulnérabilité, particulièrement des jeunes immigrantes, voir SANTÉ CANADA, *Les immigrantes et la toxicomanie: problèmes courants, programmes et recommandations. Monographie préparée pour le Bureau de l'alcool, des drogues et des questions de dépendance*, Ottawa, Direction de la santé de la population, Santé Canada, 1996, p. 12.
77. J. VASCO, *op. cit.*
78. M. PERREAULT et J. VASCO, *Usages, abus et interventions: la question de l'alcool et des drogues dans six ensembles culturels montréalais (synthèse)*, Montréal, Centre Dollard-Cormier, 1998, p. 32.
79. *Ibid.*
80. *Ibid.*
81. STATISTIQUE CANADA *Enquête auprès des peuples autochtones*, «Faits saillants»; également SANTÉ QUÉBEC (1991). *Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie-James (1991)*. De plus, «selon 73,3% des membres des Premières nations, l'abus de drogues et d'alcool sont [sic] les menaces les plus sérieuses à la sécurité des communautés» (site Web de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, <<http://www.cssspnql.com>>, section «Santé»).
82. Pour chacun de ces indicateurs, le pourcentage d'Autochtones est considérablement supérieur par rapport au reste de la population canadienne (CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES, <<http://www.ccsa.ca>>).
83. Selon une enquête menée par Service correctionnel Canada, 75% des Autochtones incarcérés ont un problème d'alcool qui demande un traitement, et 53% manifestent des problèmes de toxicomanie. Voir SANTÉ CANADA, *Recherche documentaire: stratégies relatives à l'évaluation des programmes de lutte contre l'abus de substances chez les Autochtones – examen de la question*, Ottawa, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada, [s. d.], p. 14; SERVICE CORRECTIONNEL CANADA, *Évaluation de l'abus des substances chez le contrevenant autochtone: outil d'évaluation informatisé sur le mode de vie*, Ottawa, Direction du développement et de la recherche correctionnelle, Service correctionnel Canada, 1994.
84. G. DAoust, *PFT, Centre de réadaptation au Nunavik*, Kujjuuak, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, 1995.
85. SANTÉ QUÉBEC, *Faits saillants de l'enquête sur la santé des Cris (1983-1984). Enquête réalisée par Peter Foggin et son équipe de l'Université de Montréal*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 1991; COMITÉ MSSS-RÉGIES, *L'équité interrégionale et les régions Nord-du-Québec, Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James. Rapport du groupe de travail sur les régions nordiques*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997, 164 p.
86. M. KORHONEN, *Alcohol Problems and Approaches: Theories, Evidence and Northern Practice*, Ottawa, Ajungniniq Centre, National Aboriginal Health Organization, 2004, 73 p.

87. S. HODGINS, *Health and what affects in Nunavik: how is the situation changing?*, Kuujuaq, Dep. of Public Health, Nunavik Regional Board of Health and Social Services, 1997, 321 p.
88. RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK, *Three-year consolidation Plan (1999-2001)*, Kuujuaq, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, 107 p.
89. S. HODGINS, *op. cit.*
90. Québec, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*, Québec, Le Ministère, 1998, p. 12.
91. C. ROBITAILLE, J.-P. GUAY et C. SAVARD, *Portrait de la clientèle correctionnelle 2001*, Québec, Société de criminologie du Québec pour la Direction générale des services correctionnels du ministère de la Sécurité publique du Québec, 2002. Voir <<http://www.msp.gouv.qc.ca/stats/>>.
92. M. ALARY, G. GODIN et G. LAMBERT, *Étude de prévalence du VIH et de l'hépatite C chez les personnes incarcérées au Québec et piste pour l'intervention*, 2004, Rapport préliminaire de recherche pour la Direction générale des services correctionnels et l'Institut national de santé publique.
93. K. PATE, *Recension des dix dernières années relativement aux femmes condamnées à des peines fédérales: de mal en pis*, *Criminologie*, vol. 35, n° 2, 2002, p. 147-158.
94. C. ROBITAILLE et coll., *Portrait de la clientèle correctionnelle du Québec 2001*, Montréal, Direction générale des services correctionnels, Ministère de la Sécurité publique, [En ligne], 2002. [<http://www.msp.gouv.qc.ca/stats/>].
95. N. P. LANGAN et B. PELISSIER, *Gender differences among prisoners in drug treatment*, *Journal of Substance Abuse*, vol. 13, novembre 2001, p. 291-301.
96. S. BROCHU et P. SCHNEEBERGER, *L'impact des contraintes judiciaires dans le traitement de la toxicomanie. Étude réalisée pour le Comité permanent de lutte à la toxicomanie*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1999, 69 p.
97. WHITE HOUSE, *National Drug Control Strategy*, Washington, White House, 1994, cité dans S. BROCHU et P. SCHNEEBERGER, *op. cit.*, p. 21.
98. *Ibid.*
99. *Ibid.*
100. C. MERCIER et B. BEAUCAGE, *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale: recension des écrits et état de situation pour le Québec*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1997, 63 p.
101. H. ROSS, F. GLASER et T. GERMANSON, *The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems*, *Archives of General Psychiatry*, vol. 45, 1988, p. 1023-1031.
102. R. E. DRAKE et K. T. MUESER (Eds), *Recent research and clinical implications. Dual Diagnosis of Major - Mental Illness and Substance Abuse*, volume 2, San Francisco, New Directions for Mental Health Services, Jossey-Bass Publishers, 1996, 115 p.
103. S. POTVIN, E. SIP et J. ROY, *Schizophrénie et cannabinoïdes: données cliniques, expérimentales et biologiques*, *Drogues, santé et société*, vol. 2, n° 2, (2004) p. 22-40.

104. HEALTH SYSTEMS RESEARCH UNIT, *Review of Best Practices in Mental Health Reform, Prepared for the Federal/Provincial/Territorial, Advisory Network on Mental Health*, Ottawa, Clarke Institute of Psychiatry, 1997, 154 p.
105. G. ROBERTS et A. OGBORNE, *op. cit.*
106. K. T. MUESER, D. L. NOORDSY, R. E. DRAKE et L. FOX, *Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective Practice*, New York, Guilford Press, 2003.
107. C. MERCIER et B. BEAUCAGE, *op. cit.*
108. *Ibid.*
109. SANTÉ CANADA, *Meilleures pratiques : troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie Document préparé par le Centre de toxicomanie et de santé mentale*, Ottawa, Santé Canada, 2002, 155 p. Le rapport américain lui ayant servi d'inspiration présente une description de mécanismes et de modèles de coordination : admission et recommandations centralisées, collaboration entre équipes multidisciplinaires (pour la gestion de cas, le partage du personnel, le financement), formation et éducation. Voir également F. BAKER, *Coordination of Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Services*, Rockville, US Department of Health and Human Services, 1991 (Technical Assistance Publication Series Number 4).
110. C. MORISSETTE, R. PARENT et M. ALARY, *Transmission du VIH, incidences et tendances dans la prise de risques chez les usagers de drogues par injection du réseau SurvUDI 1995-2002* Présentation dans le cadre des 7^e Journées annuelles de santé publique (JASP) 2003 à Québec.
111. E. ROY et coll., *op. cit.*
112. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL, *Étude de faisabilité au sujet de la création de lieux d'insertion sociale et de sites d'injection pour les utilisateurs de drogues par injection (UDI)*, Montréal, L'Agence, 2004.
113. COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, *Portrait de la consommation de psychotropes à Montréal. Résumé*, Montréal, Le Comité, 2004.
114. D. HAMEL, R. CLOUTIER et P. ROBERGE, *Perceptions de la population québécoise en lien avec les programmes de prévention de la toxicomanie et du VIH*, *op. cit.*
115. L. FOURNIER, *Enquête auprès de la clientèle des ressources pour personnes itinérantes des régions de Montréal-Centre et de Québec. 1998-1999*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2001, 23 p.
116. L'enquête a joint les clientèles touchées par vingt-quatre centres à Montréal (dont onze centres d'hébergement) et quinze centres à Québec (dont six centres d'hébergement). Tous les centres accueillant exclusivement des jeunes de moins de 18 ans et certains centres accueillant des jeunes plus âgés ont été exclus de l'enquête. Au total, 757 personnes ont été interviewées : 509 à Montréal et 248 à Québec.
117. E. ROY et coll., *op. cit.*
118. CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE, *L'appropriation par les communautés de leur développement*, Québec, Le Conseil, 2001, 52 p.
119. COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, *Jeunes et prévention de la toxicomanie : quand les parents s'impliquent*, Montréal, Le Comité, 1999, 16 p.

120. F. VITARO, C. L. NORMAND et P. CHARLEBOIS, *op. cit.*
121. K. L. KUMPFER, E. GOPLERUD *et al.*, *Assessing individual risks and resiliencies*, dans A. W. GRAHAM et T. K. SCHULTZ, *Principles of Addiction Medicine*, Society of Addiction Medicine, 1998, 1338 p.
122. G. J. BOTVIN et E. M. BOTVIN, *School-based programs*, dans J. H. LOWINSON, P. RUIZ, R. B. MILLMAN et J. G. LANGROD, *Substance Abuse: Comprehensive Textbook*, Baltimore, Williams & Wilkins, 1997, p. 764-775.
123. *Ibid.*
124. D. HAWKS, K. SCOTT *et al.*, *op. cit.*
125. Québec, MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, *Programme de formation de l'école québécoise - Éducation préscolaire, enseignement primaire*, Le Ministère, Québec, 2001, 350 p.
126. Québec, MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, *Programme de formation de l'école québécoise - Éducation préscolaire, enseignement primaire*, Le Ministère, Québec, 2004, 575 p.
127. Québec, MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, *Les services éducatifs complémentaires : essentiels à la réussite*, Québec, 2002, 61 p.
128. Québec, MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Deux réseaux, un objectif : le développement des jeunes*, 2003, Ministère de l'Éducation et Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, 40 p.
129. D. HAWKS, K. SCOTT *et al.* (2002) et CENTRE DE TOXICOMANIE ET DE SANTÉ MENTALE, *Présentation de l'alcoolisme et autres toxicomanies : les programmes qui marchent auprès des jeunes*, Toronto, Le Centre, 1999, 23 p.
130. P. M. ROMAN et T. C. BLUM, *The workplace and alcohol problem prevention*, Bethesda, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2002, 14 p.
131. *Ibid.*
132. U. NIZZOLI et C. COLLI, *Évaluation des actions de prévention des conduites à risques chez les adolescents : expériences italiennes*, dans M. REYNAUD, D. BAILLY et J.-L. VENISE, *Conduites addictives, conduites à risques : quels liens, quelle prévention?*, Paris, Masson, 2002, 277 p.
133. P. VALOIS, A. BUIST, C. GOULET et M. CÔTÉ, *Je performe sans drogue : étude de l'éthique, du dopage et de certaines habitudes de vie chez des sportifs québécois*, Québec, Secrétariat au loisir et au sport, 2002, 78 p.
134. *Ibid.*
135. *Ibid.*
136. SECRÉTARIAT AU LOISIR ET AU SPORT, *Je performe sans drogue*, Québec, Ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir, 2002, 10 p.
137. COMMISSION AU CONSEIL ET AU PARLEMENT EUROPÉEN, *Communication de la Commission au Conseil et au Parlement européen concernant un plan d'action de l'Union européenne en matière de lutte contre la drogue*, Bruxelles, La Commission, 1999, 64 p.

138. D. HAWKS, K. SCOTT *et al.*, *op. cit.*
139. *Ibid.*
140. SANTÉ CANADA, *Rapports d'analyse des drogues de synthèse saisies au Québec*, Québec, Santé Canada et Gendarmerie royale du Canada, 2004.
141. M. DESCHÊNES et L. LEFORT, *Portrait des initiatives québécoises de type « Écoles en santé » au niveau primaire*, Montréal, Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec, 2004, 51 p.
142. Québec, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie*, Québec, 2001, 57 p.
143. Québec, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction générale de la santé publique, 2003, 133 p.
144. G. ROBERTS, D. MCCALL, A. STEVENS-LAVIGNE, J. ANDERSON, A. PAGLIA, S. BOLLENBACH, J. WIEBE et L. GLIKSMAN, *op. cit.*, p. 45.
145. Voir COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, *Orientations en toxicomanie*, *op. cit.*; F. VITARO, C. L. NORMAND et P. CHARLEBOIS, *op. cit.*
146. M. A. PENTZ, « Prevention Aimed at Individuals: An Integrative Transactional Perspective », dans B. S. McCRady et E. E. EPSTEIN, *Addictions: A Comprehensive Guidebook*, New York, Oxford University Press, 1999, 645 p.
147. COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, *Promotion et prévention de l'abus de substances psychoactives en milieu de travail: portrait et analyse de pratiques québécoises*, Montréal, Le Comité, 1997, p. 1 (Les Cahiers du CPLT).
148. M. H. DUFOUR, *Une recension critique des programmes de prévention des toxicomanies axés sur la famille. Rapport remis au Comité permanent de lutte à la toxicomanie*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1996, 22 p.
149. M. A. PENTZ, *op. cit.*
150. NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, *Preventing Drug Use Among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders*, Bethesda, U.S. Department of Health and Human Services, 1997, 41 p.
151. M. A. PENTZ, *op. cit.*
152. Ainsi, comme le souligne l'Institut national de santé publique du Québec à propos de l'alcool, « les principales stratégies efficaces pour réduire les problèmes liés à l'alcool sont les limites à l'accessibilité économique, physique et légale, les mesures pour réduire la conduite en état d'ébriété ainsi que les traitements précoces » (R. MORIN, N. APRIL et C. BÉGIN, *op. cit.*, p. 16).
153. OBSERVATOIRE EUROPÉEN DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES, *Rapport annuel 2002 sur l'état du phénomène de la drogue dans l'Union européenne et en Norvège*, Luxembourg, Office des publications officielles des Communautés européennes, 2002, 60 p.

154. M. H. MOORE, *Toward a balanced drug-prevention strategy: a conceptual map*, dans P. B. HEYMANN et W. N. BROWNSBERGER, *Drug Addiction and Drug Policy: The Struggle to Control Dependence*, Cambridge, Harvard University Press, 2001, 273 p.
155. N. APRIL et P. ROUILLARD, *op. cit.*
156. Voir entre autres les résultats du projet MATCH dans la synthèse de T. G. BROWN et W.-J. WOOD, *Abus de substances : tous les traitements se valent-ils ? Document de recherche du Comité permanent de lutte à la toxicomanie*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2002, 37 p. Voir aussi les résultats de l'étude britannique *National Treatment Outcome Research Study*, du ministère de la Santé du Royaume-Uni, <http://www.dh.gov.uk>.
157. J. TREMBLAY et coll., *op. cit.*
158. COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, *Toxicomanie et réduction des méfaits*, Montréal, Le Comité, 1999, 16 p. (Les cahiers du CPLT).
159. I. PAQUIN, *Le traitement de substitution avec méthadone au Québec : une mesure de santé publique en réadaptation*, *Drogues, santé et société*, vol. 2, n° 1, 2003.
160. M. LANDRY et M. LECAVALIER, *L'approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie*, *Drogues, santé et société*, vol. 2, n° 1, 2003.
161. J. TREMBLAY et coll., *op. cit.*, p. 20.
162. G. ROBERTS et A. OGBORNE, *op. cit.*, p. 7.
163. BOIVIN et DE MONTIGNY soulignent l'état embryonnaire de la réinsertion sociale dans la chaîne thérapeutique : « Depuis le dernier quart de siècle, le Québec s'est pourvu de services spécialisés en matière de réhabilitation des personnes toxicomanes. Toutefois, ces services ont gravité principalement autour de la désintoxication et de la réadaptation, laissant derrière eux des services de réinsertion et de réintégration socioprofessionnelles parcellaires, peu articulés entre eux. La réinsertion sociale fait l'objet d'une attention plus grande des divers acteurs en toxicomanie depuis une quinzaine d'années seulement au Québec. » (M.-D. BOIVIN et M.-J. DE MONTIGNY, *La réinsertion sociale en toxicomanie : une voie à découvrir ?*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2002, p. 7)
164. Québec, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*, *op. cit.*, p. 19.
165. Voir C. WEISNER, T. GREENFIELD et R. ROOM, *Trends in the treatment of alcohol problems in the US general population, 1979 through 1990*, *American Journal of Public Health*, vol. 85, n° 1, 1995, p. 55-60; S. L. TYAS et B. R. RUSH, *Utilization and Perceived Effectiveness of Alcohol and Drug Treatment Services*, London (Ontario), Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1994. Document non publié.
166. C. WEISNER, T. GREENFIELD et R. ROOM, *op. cit.*; S. L. TYAS et B. R. RUSH, *op. cit.*
167. B. F. GRANT, *Barriers to alcoholism treatment: reasons for not seeking treatment in a general population sample*, *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 58, n° 4, 1997, p. 365-371.
168. COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, *Drogues : savoir plus, risquer moins*, Montréal, 2002, 157 p.
169. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition*, Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1994.

170. COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, *Drogues : savoir plus, risquer moins*, Montréal, 2002, 157 p.
171. *Ibid.*
172. D.F. COUSINEAU et M-H. GARIÉPY, *Les drogues de substitution*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 2000, 34 p.
173. COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, *Drogues : savoir plus, risquer moins, op. cit.*
174. COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, *Drogues : savoir plus, risquer moins, op. cit.*
175. G. LAURIN, P. PAQUIN et J-Y. TREMBLAY, *Pour que votre enfant ne «cracke» pas face à la drogue*, Montréal, Québecor, 1991, 201 p.
176. COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, *Drogues : savoir plus, risquer moins, op. cit.*
177. G. LAURIN, P. PAQUIN et J-Y. TREMBLAY, *op. cit.*
178. COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, *Drogues : savoir plus, risquer moins, op. cit.*
179. *Ibid.*
180. *Ibid.*
181. SANTÉ CANADA, *Meilleures pratiques : traitement d'entretien à la méthadone, op. cit.*

www.msss.gouv.qc.ca

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Ministère de la Sécurité publique

Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

Ministère du Conseil exécutif

(Secrétariat aux affaires autochtones)

(Secrétariat à la jeunesse)

Ministère des Transports

(Société de l'assurance automobile du Québec)

Ministère de la Justice

Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine

Ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles