



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

Le Point

sur la situation
de la toxicomanie
au Québec
en l'an 2000

SEPTEMBRE 2000

CPLT



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

970, rue de Louvain Est
Montréal (Québec) H2M 2E8
Tél. : (514) 389-6336



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

Toxicomanie au Québec :
CAP
sur une stratégie nationale



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

970, rue de Louvain Est
Montréal (Québec) H2M 2E8
Tél. : (514) 389-6336

CPLT

SEPTEMBRE 2000

Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) a pour mandat principal de conseiller la ministre de la Santé et des Services sociaux, ainsi que le ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse et ministre responsable du Loisir, du Sport et du Plein Air, sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte à la toxicomanie et de leur proposer les priorités d'actions ou les domaines d'intervention à privilégier.

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

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

Le Point sur la situation de la toxicomanie au Québec en l'an 2000 est publié par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie Inc.

Rédaction:
Jocelyne Forget

Soutien à la rédaction:
Guylaine Boucher

Graphisme:
Info Typo Graphie

Impression:
Service de reprographie YRDC

Dépôt légal:
ISBN: 2-550-36539-9
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Troisième trimestre 2000

Dans le présent document, le masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Introduction

À l'été 1999, avant d'entreprendre un nouveau processus de consultation, qui s'échelonne de août 1999 à juin 2000, le CPLT publiait un document-synthèse intitulé « **Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec 1995-1999** ». Comme son titre l'indique, ce document visait à présenter, en quelques pages, un portrait de la situation, à partir des résultats de la précédente consultation (1995-1996) et des travaux menés par le Comité, de 1995 à 1999.

À l'issue de la consultation 1999-2000, le CPLT a adressé un ensemble de recommandations à la ministre de la Santé et des Services sociaux et au ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse et ministre responsable du Sport, du Loisir et du Plein air. Ces recommandations s'appuient à la fois sur les données recueillies auprès des gens du terrain et sur les études menées par le CPLT au cours des quatre dernières années. Le présent fascicule vise à refaire le point sur la situation de la toxicomanie au Québec, incluant les résultats des travaux menés dans la dernière année. Il s'agit donc à la fois d'une version mise à jour du fascicule publié à l'été 1999 et d'un document complémentaire au rapport principal adressé aux ministres de la Santé et des Services sociaux.

Ce document-synthèse fait le point sur les connaissances dont nous disposons quant à la prévalence de la consommation et de l'abus de substances psychoactives, quant aux principaux problèmes associés à la toxicomanie et quant aux particularités de certaines clientèles spécifiques.

A) La prévalence de la consommation et de l'abus de substances psychoactives¹

L'ALCOOL

- ▶ Après avoir observé, de 1978 à 1994, une diminution de **la consommation d'alcool par personne**, dans la population québécoise, on observe, depuis 1994, une première **tendance à la hausse**.
- ▶ La **proportion de grands buveurs** (plus de cinq consommations à la fois et tendance à l'enivrement) demeure **inchangée depuis 1987**.
- ▶ **La fréquence d'intoxication chez les jeunes augmente**. Ainsi, en 1989, 17% des jeunes consommateurs, âgés de 15 à 24 ans, s'intoxiquaient au moins une fois par mois, alors qu'en 1994, cette proportion atteignait 27%.
- ▶ La majorité des buveurs, même modérés, sont susceptibles de s'intoxiquer (s'enivrer) occasionnellement. Au Québec, **la majorité (71%) des épisodes d'intoxication** rapportés pour une période d'une semaine étaient **rapportés par des buveurs modérés**.

LES DROGUES ILLICITES

- ▶ Malgré les difficultés d'accès à l'information concernant les drogues illicites, on établit que **13% des Québécois (32% pour les 15-24 ans)** consommeraient actuellement des drogues. Les données sont par ailleurs jugées **excessivement conservatrices**.
- ▶ La drogue la plus consommée serait le **cannabis** et 70% des consommateurs de drogues feraient usage exclusivement de marijuana ou de haschisch.
- ▶ À l'échelle nationale, selon les statistiques pour 1995, le Québec aurait **le taux de consommation de drogues illicites le plus élevé au Canada**, soit 14% des hommes et 11% des femmes.

1 Sources :

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998a). *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie – Orientations et stratégie*. Québec: Gouvernement du Québec – À paraître.
- Demers, A. et Quesnel Vallée, A. (1998). *L'intoxication à l'alcool: conséquences et déterminants*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999a). *L'intoxication à l'alcool: mieux comprendre pour mieux agir*. Montréal: Auteur – Fascicule.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998b). *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Saint-Jean, L. (avec la collaboration de Collette Biron) (1997). *Les tests de dépistage de drogues en milieu de travail: problématique et enjeux*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Schneeberger, P. (1999). *Portrait émergeant des consommateurs d'héroïne au Québec*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Schneeberger, P. (2000). *Portrait des consommateurs de cocaïne contemporains au Québec*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

- ▶ Environ **23 000 Québécois**, dont 12 000 à Montréal seulement, **s'injecteraient des drogues**. Entre le tiers et la moitié de ces personnes s'injecteraient de **l'héroïne**. Autour de 75 à 80% de ces personnes s'injecteraient de la **cocaïne**.
- ▶ Selon l'Enquête Santé Québec de 1992-1993, **19 000 Québécois** de plus de 15 ans révélaient **avoir consommé de l'héroïne** au moins cinq fois au cours de leur vie. Dans une étude menée auprès des jeunes de la rue de Montréal, 32% ont déclaré avoir déjà consommé de l'héroïne.
- ▶ Toujours selon l'Enquête Santé Québec de 1992-1993, **6,2% des Québécois** révélaient **avoir déjà consommé de la cocaïne**. Une étude menée auprès d'étudiants du secondaire de Montréal rapporte un taux identique (6%). Par ailleurs, des études menées auprès des **jeunes placés en centres d'accueil** de la région montréalaise rapportent que plus de **50%** de ces jeunes avaient déjà consommé de la cocaïne et 37% de la clientèle en avait fait usage l'année précédente. En ce qui concerne les **jeunes de la rue**, le taux grimpe à **73%**, selon une étude réalisée à Montréal. Enfin, les taux sont également très élevés au sein des **populations incarcérées**, soit **73% chez les hommes** et **71% chez les femmes**.
- ▶ Les consommateurs de drogues illicites sont également **les plus grands consommateurs d'alcool**; ils boivent aussi régulièrement et, surtout, plus **fréquemment en grande quantité**.

LES MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES PRESCRITS

- ▶ La plus forte proportion des usagers de médicaments psychotropes prescrits se retrouve au sein de la **population féminine**, notamment les **ainées**. Le ratio de consommateurs femmes/hommes est presque de deux pour un et, chez les personnes âgées, il est pratiquement de trois pour un.
- ▶ **Près de 70%** des consommateurs de médicaments psychotropes les **utilisent depuis plus d'un an** et, **chez les personnes âgées, 60%** des consommateurs en font usage depuis **plus de trois ans**.
- ▶ On estime que **plus de 50% des prescriptions** seraient **jugées non nécessaires**.

B) Les grands constats issus de l'analyse des résultats des diverses études

LES PROBLÈMES ASSOCIÉS

○ LES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE²

- ▶ Les personnes présentant des problèmes de santé mentale ont **deux fois plus de risque** d'avoir un trouble relié à l'alcool et **quatre fois plus de risque** d'abuser des autres drogues.
- ▶ **Du tiers à la moitié** de la clientèle en milieu psychiatrique présenterait une toxicomanie ou un trouble lié aux substances.
- ▶ **De la moitié aux deux tiers** de la clientèle en milieu de réadaptation en toxicomanie présenterait des problèmes de santé mentale.
- ▶ Selon une étude réalisée **dans des centres de réadaptation du Québec, 88 % des sujets présentaient un trouble de personnalité** (ou structure comportementale inadaptée), caractérisé par un fonctionnement rigide, une tendance à se maintenir dans des situations dysfonctionnelles qui entraînent des échecs successifs et une faible résistance au stress.
- ▶ Les personnes atteintes de **schizophrénie** ou de troubles de ce type sont **trois fois plus à risque** de développer une dépendance à l'alcool et **six fois plus à risque** pour les autres drogues.
- ▶ Les personnes présentant des **troubles bipolaires** (manico-dépression) ont pour leur part des **taux onze fois plus élevés** d'abus de substances que dans la population générale.
- ▶ **L'écart entre l'étendue des besoins de cette clientèle et l'offre de services est considérable.** Au Québec, bien que l'intervention dans les cas de doubles diagnostics «troubles mentaux/toxicomanie» semble avoir commencé à se développer, les **services disponibles** pour cette clientèle problématique demeurent **très limités**. Peu de ressources professionnelles se montrent intéressées à travailler avec cette clientèle, parfois très difficile, particulièrement lorsqu'il s'agit de troubles mentaux sévères; le traitement suit rarement le modèle intégré et se fait **le plus souvent sans concertation**. De plus, peu d'intervenants des deux réseaux disposent des connaissances nécessaires au traitement de cette population spécifique.
- ▶ Trois **principes généraux** se dégagent en ce qui concerne le **traitement**, particulièrement lorsqu'il y a troubles sévères de santé mentale:
 - la supériorité d'une approche où les deux conditions (santé mentale et toxicomanie) sont traitées **de façon simultanée et intégrée** par rapport à une approche où elles sont traitées de façon séquentielle ou parallèle;

2 Sources :

- Mercier, C. et Beaucage, B. (1997). *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale : recension des écrits et état de situation pour le Québec*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1997). *Avis sur la double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale*. Montréal : Auteur.

- l'importance d'un **dépistage précoce** de l'usage de psychotropes chez les patients psychiatriques ;
- l'efficacité et l'efficience d'une **intervention spécifique** à cette clientèle à double diagnostic.

○ LE SUICIDE³

- ▶ Les personnes qui présentent des problèmes reliés aux substances psychoactives sont **beaucoup plus à risque de se suicider** que le reste de la population. Les troubles reliés aux drogues sont présents dans les cas de suicide dans une proportion de 30 à 50% et dépasseraient les 50% si on y incluait les cas d'intoxication aiguë et de consommation de médicaments psychotropes.
- ▶ **Chez les alcooliques**, le taux annuel de suicide au Québec est estimé à environ 140 par 100 000, comparativement à 19,5 par 100 000, pour la population générale (taux établi pour l'année 1995).
- ▶ Les **problèmes de santé mentale**, jumelés aux problèmes d'alcoolisme, augmenteraient considérablement le risque suicidaire. Par ailleurs, les **intoxications** chez des personnes non dépendantes sont reconnues comme un élément souvent présent lors du passage à l'acte suicidaire, surtout chez les 12-24 ans.
- ▶ Les **personnes hospitalisées pour dépendance à des psychotropes prescrits** présentent de 30 à 50 fois plus de risque de se suicider que le taux habituel. Chez 80% de ces mêmes personnes, il y a également des problèmes d'alcoolisme et 40% d'entre elles abusent de drogues illicites, tant chez les hommes que les femmes.
- ▶ La personne qui abuse de substances psychoactives est plus vulnérable à une **perte affective** pouvant servir d'agent déclencheur du suicide, particulièrement chez les moins de 30 ans.
- ▶ On constate qu'il y a **beaucoup de facteurs de risque communs** aux problématiques de toxicomanie et de suicide et qu'il y aurait lieu de développer une **approche globale** pour agir sur l'ensemble des facteurs et ainsi **intervenir en amont des problèmes**.

○ LE JEU PATHOLOGIQUE⁴

Adultes

- ▶ En 1991, 3,8% de la population présentait des problèmes de jeu (1,2% de joueurs pathologiques et 2,6% de joueurs problématiques); sept ans plus tard, **le nombre de joueurs pathologiques a fait un bond de 75%**, le taux passant de 1,2% à 2,1%.
- ▶ Au Canada, les joueurs pathologiques sont **trois à quatre fois plus à risque** de présenter une toxicomanie que les personnes qui ont une relation normale avec le jeu.
- ▶ Chez **les joueurs pathologiques en traitement**, le taux de toxicomanie est évalué à environ 50%, tandis que chez les toxicomanes en traitement, le taux de jeu pathologique varie de 4,5% à 16%.

3 Sources:

- Tousignant, M. et Payette, T. (1997). *Suicide et toxicomanie: deux phénomènes interreliés*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1998). *Avis sur le suicide et la toxicomanie*. Montréal: Auteur.

4 Sources:

- Ladouceur, R., Vitaro, F. et Arsenault, L. (1998). *Consommation de psychotropes et jeux de hasard chez les jeunes: prévalence, coexistence et conséquences*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1998). *Avis sur la double problématique toxicomanie et jeu pathologique chez les jeunes*. Montréal: Auteur.

- ▶ Comparativement aux simples **toxicomanes**, ceux **qui ont en plus un problème de jeu** présenteraient:
 - un niveau plus élevé d'impulsivité;
 - des symptômes de dépression majeure avec des risques plus élevés de tentatives de suicide;
 - une consommation plus forte de psychotropes;
 - moins d'habiletés de résolution de problèmes;
 - davantage de maladies reliées au stress et de problèmes psychiatriques sévères;
 - de plus grands risques d'incarcération;
 - des répercussions plus graves aux plans familial et social.

Jeunes

- ▶ Selon une étude canadienne, **11 % des adolescents de 13 à 17 ans** auraient des **problèmes reliés au jeu** et, pour **3 % des adolescents**, il s'agit de **jeu pathologique**.
- ▶ **30,9 % des garçons ayant des problèmes reliés au jeu consomment des psychotropes de façon abusive**, comparativement à 13,7 % parmi les non-joueurs. Un phénomène également présent chez les filles.
- ▶ **31,9 % des garçons et 22,4 % des filles qui consomment des substances psychoactives**, disent avoir également **un problème de jeu**.
- ▶ Les jeunes qui présentent une **double problématique** manifesteraient davantage de problèmes d'opposition, de troubles de conduite et de tabagisme que les autres jeunes. Les sentiments dépressifs seraient également fort présents, notamment chez les filles.
- ▶ La présence de **comportements abusifs (jeu ou toxicomanie) chez les parents** influenceraient grandement les risques de voir cette double problématique se développer.

Interventions

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

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

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

○ LA VIOLENCE CONJUGALE⁵

Chez l'homme

- ▶ Selon une enquête aléatoire menée auprès de plusieurs ménages, **70 %** des hommes ayant **sévèrement battus leurs conjointes** ont été **ivres** une fois ou plus au cours de l'année précédente, comparativement à **50 %** des hommes montrant une **violence plus modérée** et **31 %** des hommes n'ayant **pas violenté leurs partenaires**.
- ▶ La moitié des **hommes violents mariés** ont reconnu que leurs **abus d'alcool** étaient occasionnellement **liés à la violence conjugale**, alors qu'un tiers des hommes ont rapporté que la violence y était souvent ou très souvent reliée.
- ▶ Selon une étude menée en 1999, **63 % des hommes à la recherche d'un traitement pour violence conjugale** étaient considérés **dépendants vis-à-vis d'une substance**, alors que 6 % d'entre eux présentaient un problème d'abus de substances.
- ▶ Inversement, **58 % des hommes en traitement pour toxicomanie** ont rapporté **au moins un épisode de violence physique sévère en milieu familial** au cours de l'année précédente, alors que **100 %** des hommes ont rapporté **un épisode ou plus de comportements violents** (mauvais traitements infligés).
- ▶ **52 %** des hommes présentant une double problématique de violence conjugale et de toxicomanie présentent **simultanément une dépendance à l'alcool et à d'autres drogues ou à plusieurs drogues en même temps**.
- ▶ Les hommes avec une **double problématique** sont plus enclins à présenter un **trouble de personnalité antisociale** et un **comportement narcissique** que ceux aux prises avec une seule problématique.
- ▶ Selon certaines études menées au courant des années 90, l'usage de certaines drogues, telles que le **cannabis** et l'**héroïne** tendrait à diminuer les risques de violence conjugale, pendant qu'à l'inverse, la **cocaïne** et le **crack** augmenteraient les risques de comportements violents.

Chez la femme

- ▶ Selon une enquête menée auprès de femmes violentées à la recherche de soins, **46 % des femmes ayant subi une agression sévère** ont déclaré avoir été **ivres** une fois ou plus au cours de l'année précédente, comparativement à **36 % des femmes victimes de violence mineure** et à **16 % des femmes n'ayant subi aucun mauvais traitement**.
- ▶ Dans un échantillon d'usagers et de vendeurs de drogues, 20% des femmes qui consommaient régulièrement de la **cocaïne** et 31% des femmes qui en faisaient usage de façon modérée ont été **victimes de violence de la part de leur partenaire**.
- ▶ Entre 25 et 33% des femmes toxicomanes et victimes de violence souffrent d'un **syndrome post-traumatique** actuel, pendant que 50% d'entre elles vivront avec des séquelles tout au long de leur vie.

5 Sources :

- Brown, T.G., Caplan, T., Werk, A., Seraganian, P. et Singh, M.K. (1999). *Substance abuse and conjugal violence: literature and the situation in Quebec*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie. (Version française disponible).
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2000). *Toxicomanie et violence conjugale: une interaction complexe*. Montréal: Auteur. – Fascicule.

Interventions

Jusqu'à présent, **aucun traitement coordonné et intégré** n'est formellement connu et utilisé **en ce qui a trait à la double problématique de toxicomanie et de violence conjugale**. Par ailleurs, l'approche multidisciplinaire ayant apporté, par le passé, des résultats intéressants en matière de traitement concomitant de la toxicomanie et d'autres problèmes de santé, certains chercheurs ont examiné diverses pistes d'actions. De l'approche cognitive-behaviorale à la gestion de cas, en passant par le dépistage systématique, les résultats obtenus dans le cadre des travaux réalisés à ce jour ont donc non seulement démontré la faisabilité, mais aussi les **avantages d'un traitement intégré**.

En fait, si l'ambiguïté entourant le rôle de l'abus de substances dans la violence conjugale demeure problématique, les expériences menées, tant au États-Unis qu'au Canada anglais et au Québec ont permis d'établir que les **obstacles**, tant idéologiques que logistiques, sont **surmontables** et qu'il serait possible **d'en venir à des approches novatrices de traitement intégré**. Il faudra toutefois y consacrer du temps et de l'énergie, ne serait-ce que pour **modifier des perceptions profondément ancrées** et résoudre les dilemmes toujours existants aux plans clinique et légal.

○ LA NÉGLIGENCE PARENTALE⁶

- ▶ Selon l'évaluation des intervenants des Centres jeunesse de Montréal, **32 % des mères et 40 % des pères dont les enfants sont référés pour négligence parentale font un usage abusif de drogues et d'alcool**.
- ▶ Les **situations de négligence** apparaissent généralement lorsque le parent est **en état d'intoxication**.
- ▶ **Près de la moitié des signalements retenus** pour négligence impliqueraient de l'abus de drogues ou d'alcool chez les parents.
- ▶ Les **conséquences de la négligence parentale sur les enfants** sont nombreuses. Elles vont du retard de croissance au retard intellectuel, en passant par des troubles du langage et une diminution de la performance académique. Les enfants victimes de négligence parentale sont moins créatifs lors de la résolution de problèmes, sont généralement négatifs, tristes et apathiques. Ils entrent peu en interaction avec les autres et rencontrent certaines difficultés à remplir, une fois adulte, un rôle de parent chaleureux et responsable.
- ▶ Même si de nombreuses études ont été menées sur la relation existante entre la toxicomanie et la négligence parentale, **peu de gestes concrets** ont cependant été réalisés à ce jour en vue d'amoindrir les effets négatifs découlant de cette double problématique. Les plus récentes études sur la question sont, par contre, on ne peut plus claires sur **les gestes à poser** :
 - établir des **ententes de collaboration** entre la protection de la jeunesse, les organismes œuvrant en toxicomanie et les ressources du milieu ;
 - favoriser un travail de **concertation en équipe multidisciplinaire** ;
 - **former** de manière spécifique les intervenants impliqués auprès des parents négligents et toxicomanes ;
 - offrir des **services adaptés aux réalités culturelles** des familles ;
 - renforcer les **habiletés parentales** ;

⁶ Sources :

- Clément, M.E. et Tourigny, M. (1999). *Négligence envers les enfants et toxicomanie des parents: portrait d'une double problématique*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999b). *Avis sur la double problématique toxicomanie et négligence parentale*. Montréal: Auteur.

- développer la motivation en misant sur la **relation mère-enfant**;
- remédier au faible niveau de scolarité des mères en leur offrant des **services de formation professionnelle**;
- poursuivre la **recherche** face à cette double problématique.

○ LES AGRESSIONS SEXUELLES ENVERS LES ENFANTS⁷

- ▶ Depuis plus d'une trentaine d'années, les études auprès d'adultes agresseurs sexuels démontrent, de façon systématique, que la **consommation d'alcool précédant l'agression sexuelle** envers une femme, une adolescente ou un enfant est un phénomène qui survient fréquemment.
- ▶ Les **violeurs adultes** sont ceux qui consomment le plus souvent avant l'agression sexuelle, présentant des taux se situant **au-dessus de 50 %** dans presque toutes les études.
- ▶ La majorité des **adolescents agresseurs sexuels** avaient consommé de l'alcool ou une autre drogue avant l'agression.
- ▶ Une proportion importante d'**agresseurs sexuels adultes** ont des **problèmes d'alcoolisme : du tiers à la moitié**, selon les études.
- ▶ Parmi les agresseurs d'enfants, une certaine tendance observée dans les différentes études voudrait que les **agresseurs incestueux** et les **violeurs** soient ceux qui présentent **le plus de problèmes d'abus de substances**, alors que les **pédophiles** en présenteraient **le moins**.
- ▶ Les **agressions sexuelles** où il y a eu consommation de substances, particulièrement chez l'agresseur, seraient **plus sévères** que celles où il n'y a pas eu consommation. La **consommation régulière** des agresseurs sexuels et des victimes serait également liée à des **agressions sexuelles plus sévères**. Les **agresseurs sexuels alcooliques** seraient **plus violents** et ils auraient commis plus de crimes sexuels (plus de récidives).
- ▶ La présence d'un parent aux prises avec des problèmes reliés à l'abus de substances est particulièrement fréquente dans les **familles où un enfant/adolescent a été agressé sexuellement : près de la moitié** de ces enfants/adolescents **vivrait avec un parent alcoolique**.
- ▶ Plus de la moitié des **adolescents agresseurs sexuels** vivaient avec un **père ayant des problèmes d'abus de substances** et quatre sur dix avec une **mère ayant de tels problèmes**.
- ▶ Les **problèmes liés aux drogues** sont **moins documentés** et, dans l'ensemble, ils semblent **moins présents**.
- ▶ L'abus de substances ne peut à lui seul expliquer l'agression sexuelle mais il s'inscrit dans **un ensemble de facteurs de risque** important.
- ▶ À la lumière des diverses études recensées, les principales pistes d'action qui se dégagent sont les suivantes :
 - la **prévention de la toxicomanie** doit être une **priorité pour l'ensemble de la population**, mais, **de façon plus spécifique, des programmes** doivent être conçus **à l'intention des enfants de parents aux prises avec des problèmes de toxicomanie** puisqu'ils représentent un groupe à

⁷ Source :

- Tourigny, M. et Dufour, M.H. (2000). *La consommation de drogues ou d'alcool en tant que facteur de risque des agressions sexuelles envers les enfants : une recension des écrits*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

risque d'être agressés sexuellement, de développer des comportements agressifs sexuellement et de développer eux-mêmes des problèmes de toxicomanie ;

- **sensibiliser** les jeunes et les adultes au **danger d'agressions sexuelles dans les contextes où il y a consommation d'alcool** ;
- compte tenu, d'une part, de la **cooccurrence significative** entre l'abus de substances et les agressions sexuelles⁸ et, d'autre part, de la **possibilité d'un cycle inter-générationnel**, il devient particulièrement **important d'évaluer ces deux aspects lors de l'intervention auprès des groupes suivants** : les adolescents et les adultes agresseurs sexuels, les adultes agressés sexuellement dans l'enfance, les enfants et les adolescents agressés sexuellement, les adolescents et les adultes toxicomanes et les parents (non agresseurs) des enfants agressés sexuellement.
- élaborer des **interventions thérapeutiques** pouvant répondre aux besoins des **personnes aux prises avec les deux problèmes** et ce, autant pour les **victimes** que pour les **agresseurs**.

○ LA VIOLENCE CHEZ LES JEUNES⁹

- ▶ De nombreuses études réalisées auprès d'une population juvénile reconnue comme ayant déjà posé des **gestes de violence** (judicialisés ou non) ont signalé des **taux élevés de consommation de drogues et d'alcool parmi ces jeunes**. À l'inverse, des études portant sur **les jeunes consommateurs** ont également indiqué qu'ils étaient **régulièrement impliqués dans des situations de violence**.
- ▶ L'Association américaine des psychologues estime que **l'alcool serait associé** aux comportements violents des jeunes dans **65 % des cas d'homicides, 40 % des assauts et 55 % des bagarres qui ont eu lieu à la maison**. Si ce lien est constaté plus souvent chez les garçons, il demeure également vrai en ce qui concerne les filles.
- ▶ Les jeunes abuseurs de substances psychoactives commettraient des **actes violents d'une nature plus sérieuse ou d'une sévérité plus grande** que ceux qui n'abusent pas de drogues ou d'alcool.
- ▶ **Les substances les plus fréquemment associées à la violence** chez les jeunes par les intervenants québécois sont **l'alcool et le PCP**.
- ▶ Selon une étude américaine récente, **les adolescents connus pour avoir déjà commis des actes de violence présenteraient dix fois plus de risque d'être impliqués dans le trafic de stupéfiants** que ceux qui n'avaient pas d'antécédents de violence. Cette même étude indique que plus la violence est importante et répétée, plus l'implication dans la vente de drogues est importante.
- ▶ Selon plusieurs études, tant au Québec qu'ailleurs, **les gangs de rue sont régulièrement associés** à la fois à la **violence** et au **commerce des drogues illicites**.
- ▶ La cooccurrence fréquente des problèmes liés aux substances psychoactives et à la violence commande des **interventions**, tant en prévention qu'en réadaptation, **qui visent simultanément les deux phénomènes** :
 - **agir en amont** des problèmes sur les facteurs de risque communs ;
 - **intervenir précocement** dans la vie des jeunes, dès l'apparition des comportements problématiques ;
 - effectuer **un bon dépistage** des jeunes à risque ;

8

Cette cooccurrence dépasse d'ailleurs largement les aspects abordés dans la recension de Tourigny et Dufour puisqu'ils n'ont pas traité de l'abus de substances comme conséquence des agressions sexuelles, un phénomène bien documenté dans la littérature scientifique.

9 Source :

- Cousineau, M.M., Brochu, S. et Schneeberger, P. (2000). *Consommation de substances psychoactives et violence chez les jeunes*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

- **impliquer les parents et les soutenir** dans des programmes de prévention et de traitement s'adressant aux jeunes ;
- **impliquer les professeurs** et autres intervenants scolaires ;
- établir des **partenariats** entre les différents intervenants en mesure d'agir par rapport aux différentes facettes des problèmes concomitants.

Malheureusement, à l'heure actuelle, au Québec, non seulement il ne semble **pas** exister de **programme visant spécifiquement les jeunes consommateurs violents**, mais on intègre rarement ou difficilement les approches visant le traitement des deux comportements problématiques et on a même **tendance à exclure ou à interdire l'accès aux programmes conçus pour chacune des problématiques aux individus qui présentent l'autre problématique.**

○ LE DÉCROCHAGE SCOLAIRE¹⁰

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

Plusieurs programmes reconnus comme efficaces dans la prévention du décrochage et de l'abus de substances psychoactives sont documentés dans la littérature existante, mais peu d'entre eux sont mis en application dans les écoles québécoises.

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

En ce sens, **les priorités suivantes sont retenues :**

- améliorer la qualité de vie étudiante ;
- impliquer davantage les élèves dans les décisions les concernant ;
- mettre plus d'accent sur la prévention primaire et sur l'intervention précoce en intervenant dès le deuxième cycle du primaire ;

¹⁰ Source :

- Beaucage, B. (1998). *L'interrelation entre deux phénomènes sociaux préoccupants : le décrochage scolaire et la consommation de substances psychotropes*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

- accorder une attention individuelle aux jeunes à risque ;
- travailler davantage avec les familles ;
- mettre à contribution les différents acteurs concernés ;
- assurer le maintien des services complémentaires en milieu scolaire (notamment, les éducateurs en prévention de la toxicomanie ou EPT) ;
- former et superviser le personnel scolaire (enseignant et autres intervenants) pour qu'il dépiste et accompagne adéquatement les jeunes à risque ;
- faciliter le rattachement des décrocheurs.

○ LA DÉSINTÉGRATION DES QUARTIERS¹¹

- ▶ Il y a interrelation entre l'ancrage de la toxicomanie dans certains quartiers urbains et la désintégration ou la désagrégation de ces mêmes quartiers. Il ne s'agit toutefois pas d'une relation univoque mais plutôt bidirectionnelle ou même circulaire, les **liens entre les deux phénomènes étant particulièrement complexes et étroitement reliés à la présence d'un ensemble d'autres facteurs.**
- ▶ **Certains environnements favorisent l'implantation ou l'ancrage des toxicomanies.** Différents milieux produisent ou favorisent l'implantation de différents types de toxicomanie. **Il y a des pôles d'attraction pour l'ancrage.** Par exemple, les activités illégales liées à la consommation de drogues prennent souvent ancrage dans le sillage des établissements légaux de consommation d'alcool. La marginalisation et la répression renvoient aussi très souvent les consommateurs vers des logements très précaires, très délabrés, dans des quartiers très défavorisés. Les quartiers marqués par le désœuvrement social sont plus réceptifs à l'implantation des activités de la drogue qu'un secteur en développement.
- ▶ La toxicomanie s'inscrit dans le **cycle de la désintégration des quartiers** qui peut être décrit de la façon suivante : dans un premier temps, on assiste (étape 1) à un ralentissement de la population active (chômage chronique) et de l'économie locale. Vient ensuite (étape 2) un exode des investisseurs et des résidents qui va de pair avec un appauvrissement de la population locale. S'ensuit (étape 3) la fermeture de commerces¹² et la détérioration des bâtiments, avec pour conséquences, en général, un accroissement des logements vacants et des maisons laissées à l'abandon. Émergent (étape 4) alors de nouvelles formes de criminalité organisées ou improvisées, puis arrivent (étape 5) de nouveaux demandeurs pour les produits du crime (clientèle extérieure mobile et résidente locale). Avec le temps, on assiste (étape 6) à une institutionnalisation des réseaux du crime et des activités dépendantes (piqueries, prostitution, recel, etc.) pendant que (étape 7) l'exclusion sociale, la violence, la détérioration du paysage social et du tissu social deviennent profondément ancrées au sein du quartier.
- ▶ On identifie quatre **principaux types d'irritants urbains associés à la toxicomanie et étroitement reliés à la désintégration des quartiers** : 1) **la vente et la consommation illégale de substances psychoactives** qui génèrent un va-et-vient continu, des bruits, des crises, de la violence, de la sollicitation de la part des vendeurs, de la consommation dans les lieux publics (avec souvent des traces dérangeantes : verre brisé, seringues abandonnées, etc.), la détérioration des logements, un sentiment d'insécurité chez les résidents, la dévaluation foncière liée particulièrement à la présence de piqueries ou de « piaules » dans le voisinage ; 2) **la prostitution** (selon les intervenants de milieu à Montréal, 95 % des garçons qui font de la prostitution de rue consomment des drogues régulièrement et c'est aussi le cas pour une très forte proportion de prostituées de sexe féminin) ; 3) **l'itinérance et**

¹¹ Source :

- Perreault, M. (1999). *La ville et la toxicomanie : les enjeux de la désintégration des quartiers* – Synthèse rédigée par É. Thivierge. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

¹²

Sans parler du remplacement par des commerces de gamme inférieure.

la mendicité (près des trois quarts des personnes itinérantes ont connu à un moment ou à un autre de leur vie un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool ou autres substances psychoactives et les conséquences de cette consommation constituent toujours la raison la plus fréquemment évoquée par les itinérants pour expliquer leur situation actuelle; plusieurs itinérants sont aussi aux prises avec des problèmes importants de santé mentale¹³); 4) **les ressources d'aide aux indigents et les sites d'échange de seringues** qui génèrent le va-et-vient d'individus «louches» dans le voisinage et la présence de seringues usagées dans l'environnement.

- ▶ Malheureusement, **l'intervention sociale et communautaire** se situe souvent au dernier cycle de la désintégration, alors qu'il faudrait agir dès l'apparition des problèmes économiques, à l'étape 1 du cycle.
- ▶ Compte tenu que les problèmes liés à la toxicomanie et à la désintégration partagent des racines communes, il est indispensable d'adopter une **approche globale** des situations problématiques vécues dans les quartiers urbains et d'impliquer, **de façon concertée**, les partenaires du développement urbain, les acteurs de l'intervention en toxicomanie et l'ensemble des groupes de citoyens touchés par la réalité vécue dans ces quartiers. Les actions doivent viser à la fois les individus et leur entourage, ainsi que les environnements.
- ▶ Les promoteurs **des projets de revitalisation sociale et urbaine** devraient s'assurer d'inclure, dans leurs plans, des modalités d'actions adaptées aux réalités des populations marginales, afin d'éviter le déplacement de ces dernières vers d'autres quartiers.

○ LES MALADIES INFECTIEUSES GRAVES¹⁴

Sida et VIH

- ▶ Au Québec, **environ 14 % des utilisateurs de drogues par injection seraient infectés par le VIH** et ce pourcentage grimpe jusqu'à 18% à Montréal et 22% en Outaouais; ces chiffres se situent bien au-dessus du seuil épidémique (10%), soit hors contrôle.
- ▶ En 1998, **21,6 % des cas déclarés de sida** chez les hommes et les femmes avaient **un lien avec l'usage de drogues par injection**, par rapport à 7,9% de 1979 à 1983.
- ▶ **12 % des décès** reliés aux drogues sont attribuables au sida.
- ▶ **Environ 2 % des jeunes de la rue à Montréal seraient infectés au VIH**, ce qui constitue un taux dix fois plus élevé que dans la population québécoise du même âge; **chez ceux qui se sont déjà injectés des drogues, le taux est près du double.**
- ▶ Au Canada, en 1999, environ **la moitié des individus nouvellement injectés sont des UDI**;
- ▶ Les **UDI de 25 ans et plus** sont **4 à 5 fois plus souvent infectés** que les moins de 25 ans; **ceux qui s'injectent depuis 6 ans ou plus** sont presque **trois fois plus souvent infectés.**
- ▶ Ceux qui disent s'être le plus souvent **injecté de la cocaïne** sont **2 fois plus souvent infectés.**

13 Source:

- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999c). *Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec 1995-1999*. Montréal: Auteur – Fascicule.

14 Sources:

- Le réseau SurvUDI. *Qui sont les UDI qui sont déjà infectés par le VIH?* Mars 2000. Document inédit.
- Roy, É. (1999). Hepatitis B virus infection among street youths in Montreal. *Canadian Medical Association Journal*, 161(6):689-93.
- CPLT (1999c). Op.cit.

- ▶ Ceux qui s'injectent avec **des seringues déjà utilisées par d'autres** sont **1,6 fois plus souvent infectés** et ceux qui s'injectent avec des inconnus, **1,5 fois plus**; **le partage demeure fréquent** (40 % des UDI ont utilisé une seringue usagée dans les derniers 6 mois) et il n'y a **pas de baisse à cet égard** entre 1995 et 1999.
- ▶ Les UDI représentent actuellement au Québec le groupe parmi lequel le pourcentage d'**augmentation des cas de sida** est le plus élevé.

Hépatites

- ▶ Selon une étude menée auprès d'une cohorte d'**UDI** à l'Hôpital St-Luc de Montréal, **48 %** de ces personnes souffriraient d'**hépatite B** et **70 % d'hépatite C**.
- ▶ Les **jeunes de la rue**, à Montréal, auraient un **taux d'infection de 9,2%**. **Presque la moitié** de ces jeunes auraient utilisé des **drogues par voie intraveineuse**, parfois dès l'âge de 10 ans. **Un peu plus de la moitié** d'entre eux ont **emprunté une seringue usagée** au moins à une reprise.

LES CLIENTÈLES SPÉCIFIQUES

○ LES JEUNES¹⁵

- ▶ Les jeunes **de 15 à 24 ans boivent plus souvent et en quantité plus importante que le reste de la population**. D'ailleurs, 12 % des filles et 20 % des garçons de secondaire IV et V rapportent **se saouler souvent**. Le **risque de présenter des problèmes liés à l'alcool est en hausse au Québec chez les jeunes**. En outre, les jeunes buveurs de 15-24 ans sont plus susceptibles de souffrir de détresse psychologique.
- ▶ 32 % des **jeunes âgés de 15 à 24 ans** seraient des **consommateurs actuels de drogues illicites**, comparativement à 5 % chez leurs aînés, et ces taux sont jugés excessivement conservateurs.
- ▶ 15 % des garçons et 19 % des filles **en âge d'aller au secondaire (12 à 18 ans)** ont consommé des **drogues illicites au cours de leur vie**. Sept pour cent des garçons et 6 % des filles en consommeraient régulièrement. La **consommation augmente entre le début et la fin du secondaire**. Presque le tiers des élèves de secondaire V rapportent avoir déjà consommé des drogues.
- ▶ Entre **6 et 10 % des adolescents** peuvent être décrits comme des **consommateurs abusifs** ou présentant des problèmes reliés aux substances psychoactives.
- ▶ **Près de 1 % des jeunes en milieu scolaire** se sont **déjà injecté des drogues**.
- ▶ Selon une enquête montréalaise, **le tiers des jeunes de la rue** auraient **expérimenté des drogues injectables**. Ils consommeraient des drogues telles que la cocaïne, le crack et le LSD de cinq à quinze fois plus que l'ensemble des jeunes.
- ▶ Chez **les jeunes en difficulté des centres jeunesse du Québec**, la prévalence à vie, en ce qui a trait à l'utilisation de drogues illicites, se situe autour de **65 %**, et près d'un usager sur cinq en fait une

15 Sources :

- CPLT (1999c). Op. cit.
- Vitaro, F., Normand, C.L. et Charlebois, P. (1999). *Stratégies pour impliquer les parents dans la prévention de la toxicomanie chez les jeunes*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999d). *Jeunes et prévention de la toxicomanie: quand les parents s'impliquent*. Montréal: Auteur - Fascicule.
- MSSS (1998a). Op.cit.

consommation régulière. La proportion des jeunes des centres jeunesse qui consomment régulièrement de l'alcool et des drogues est environ **quatre fois plus élevée** que celle des élèves du secondaire.

- ▶ Les jeunes qui consomment des substances psychoactives de manière abusive proviennent très souvent de **familles où la discipline et la supervision sont déficientes** et où les **problèmes de communication** sont **nombreux**.
- ▶ Un **style parental très permissif ou très autoritaire au cours de l'enfance** a été très étroitement associé à la consommation de psychoactives à l'adolescence.
- ▶ Une **perturbation dans la relation affective** existante **entre le parent et l'enfant** peut inciter à la consommation ultérieure.
- ▶ Les pratiques parentales déficientes favorisent l'**association à des pairs déviants** qui, à son tour, contribue à l'escalade dans les conduites déviantes au cours de l'adolescence.
- ▶ Au contraire, une **relation positive** et une **communication ouverte** entre parents et jeunes se sont avérées **protectrices** en regard de la consommation de substances psychoactives à l'adolescence.
- ▶ Tous les travaux concluent dans le même sens quant à **l'intervention** auprès des jeunes :
 - **agir en amont des problèmes**, le plus tôt possible (en très bas âge), en axant l'intervention sur le développement de l'estime de soi et des habilités sociales;
 - opter pour des **programmes de prévention** qui incluent des volets **centrés à la fois sur les jeunes, la famille, l'école et l'environnement social**;
 - adapter les approches de **traitement en fonction des besoins spécifiques des jeunes**, lesquels diffèrent de ceux des adultes toxicomanes.

○ LES MÈRES TOXICOMANES¹⁶

Quelques données générales sur les femmes

- ▶ Tout comme les jeunes, les femmes qui ont une consommation d'alcool à risque sont particulièrement susceptibles de souffrir de **détresse psychologique**.
- ▶ Le **profil type des jeunes femmes (15-24 ans)** ayant une consommation d'alcool à risque se caractérise par une consommation occasionnelle de grandes quantités d'alcool et une consommation simultanée d'alcool et de drogues.
- ▶ Les femmes souffrant de dépendance à l'alcool présentent des symptômes de toxicomanie d'une **plus grande gravité**.
- ▶ **En milieu carcéral**, une détenue sur trois pourrait être considérée toxicomane (la cocaïne étant la drogue principale).
- ▶ Les femmes consomment presque deux fois plus de **médicaments psychotropes** que les hommes. Le problème est encore plus grave chez les femmes de 45 ans et plus.

¹⁶ Sources :

- Guyon, L., De Koninck, M., Morissette, P. et Chayer, L. (1998). *Toxicomanie et maternité: un projet possible – Une synthèse des connaissances actuelles*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999e). *Avi sur les mères toxicomanes*. Montréal: Auteur.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2000). *Le syndrome de l'alcoolisation fœtale: informer, prévenir, soutenir, traiter, sans alarmer ni culpabiliser*. Montréal: Auteur – Prise de position.

Quelques données spécifiques sur les mères toxicomanes

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

- ▶ dans certains milieux, jusqu'à 5 % des **femmes enceintes** présenteraient des problèmes liés à l'abus de substances psychoactives ;
- ▶ depuis les années 1980, à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont de Montréal, plus d'une centaine de cas de **mères cocaïnomanes** ont été dépistés chaque année ;
- ▶ dans l'Est de Montréal, à certaines périodes, jusqu'à 10 % des **bébés** étaient **affectés** par le problème de consommation de leur mère ;
- ▶ selon certaines évaluations, dans les pays industrialisés, un ou deux et parfois même trois enfants sur mille seraient atteints du **syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF)** à la naissance ; le taux d'enfants touchés par les **effets de l'alcool sur le fœtus (EAF)** pourrait être plus élevé (3 à 9 par 1000) ; au Canada, selon certaines statistiques, le taux dans la population globale de SAF serait de 0,33 cas sur 1000 naissances vivantes ; cette estimation est toutefois prudente et elle n'englobe pas les autochtones qui présenteraient des taux beaucoup plus élevés.

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

L'intervention

Il y a actuellement de **nombreux obstacles à l'utilisation des services** de santé et des services sociaux par les mères toxicomanes. Il est difficile d'amener ces femmes vers les services et de les retenir. Les services ne sont pas toujours adaptés à leurs besoins spécifiques. De plus, les mères toxicomanes font souvent face à de **très forts préjugés** à leur endroit de la part de certains intervenants sociaux, ce qui les éloignent des services existants.

Il est souvent fort difficile de **concilier les besoins de la mère et de l'enfant**, mais ces derniers constituent une dyade sur laquelle l'intervention devrait porter simultanément, afin de **briser le cycle de la transmission intergénérationnelle** de la toxicomanie et des autres problématiques associées. Malheureusement, les services sont actuellement très morcelés ; trop souvent les intervenants des différents réseaux travaillent en vase clos, les uns se centrant sur la mère, les autres sur l'enfant, sans **coordination des actions**.

De plus, les mères toxicomanes sont la plupart du temps aux prises avec des **problèmes multiples** (problèmes de santé mentale, de judiciarisation, de violence conjugale, de pauvreté, etc.). L'aide qui leur est apportée doit donc porter sur les différentes facettes de leur situation problématique. La mise à contribution de différents intervenants possédant des **expertises complémentaires** devient donc indispensable et ceci doit se faire dans le cadre d'un **plan d'action concerté**.

○ LES PERSONNES ÂGÉES¹⁷

- ▶ Au début des années 1990 (Enquête Santé Québec 1992-1993), on estimait, pour l'ensemble du Québec, que 9,4% des personnes âgées de 55 ans et plus présentaient un mode de **consommation d'alcool** pouvant comporter un risque pour leur santé ou leur fonctionnement. Ce phénomène se serait accru depuis.
- ▶ Les enquêtes épidémiologiques ne permettent pas d'établir des taux de consommation fiables en ce qui a trait aux **drogues illicites**. Toutefois, on sait, de façon assurée, que les personnes âgées sont moins nombreuses à consommer ou à avoir déjà consommé ce type de substances. Par ailleurs, selon les observations des professionnels de la santé, ce type de comportement est plus fréquent qu'auparavant et il est probable qu'il le sera de plus en plus puisqu'une proportion des consommateurs plus jeunes maintiendront leurs habitudes de consommation au-delà de l'âge de 55 ans.
- ▶ Selon les statistiques de la RAMQ, en 1994, les **médicaments du système nerveux central** représentent 27,8% de tous les médicaments prescrits aux personnes âgées¹⁸. Au sein de cette catégorie, les benzodiazépines (somnifères, pilules contre l'anxiété et antidépresseurs) sont les médicaments les plus fréquemment prescrits aux personnes âgées, après les médicaments pour le cœur. De plus, les personnes âgées ont tendance à consommer ces médicaments sur de plus longues périodes et elles en deviennent dépendantes. Ainsi, au Québec, plus de 60% des personnes âgées qui consomment des somnifères le feraient depuis plus de trois ans¹⁹. Enfin, selon certaines études, les personnes âgées qui consomment des benzodiazépines ont souvent des antécédents de problèmes liés à l'alcool ou elles sont en même temps des consommatrices d'alcool.
- ▶ Comme c'est le cas pour les clientèles plus jeunes, **des services sont requis par les personnes âgées sur l'ensemble du continuum**: promotion de la santé et prévention, dépistage, désintoxication, réadaptation, soutien social. Pour chacun de ces niveaux d'intervention, des **approches spécifiques** et des **stratégies adaptées** aux caractéristiques particulières des personnes âgées doivent être privilégiées.
- ▶ **Les connaissances acquises en gérontoxicomanie** permettent d'établir, de façon très claire, les principes directeurs qui doivent guider l'intervention, auprès de cette clientèle, les approches et les stratégies les mieux appropriées à leur situation, les outils les mieux adaptés, de même que les caractéristiques que doivent posséder les intervenants. L'expérience clinique acquise permet aussi d'identifier les conditions préalables, de réalisation et de succès de l'intervention.
- ▶ Cependant, **l'écart est encore très grand entre les connaissances** dont nous disposons quant à ce qui devrait être fait **et l'actualisation, dans des programmes concrets**, de ces connaissances. Les constats qui étaient faits à l'issue des travaux du groupe d'experts sur les personnes aînées, au début des années 1990²⁰, sont encore d'actualité: les problèmes d'alcoolisme chez les aînés ne sont **pas dépistés** et il y a très **peu de programmes de désintoxication et de traitement adaptés** à la réalité particulière de ces personnes.
- ▶ En ce qui concerne **l'usage inapproprié de médicaments**, des efforts ont été faits depuis par certains CLSC et CHSLD mais **beaucoup reste encore à faire**.

¹⁷ Source :

- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2000). *L'usage inapproprié de substances psychoactives chez les aînés: poser des gestes concrets dès maintenant*. Montréal: Auteur – Prise de position.

¹⁸ Source :

- MSSS (1998b). Op.cit.

¹⁹ Source :

- Voyer, P. (1999). *La consommation de psychotropes chez les personnes âgées*. Conférence prononcée lors du congrès annuel de l'Ordre des infirmières du Québec.

²⁰ Source :

- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1991). *Vers un nouvel âge à partager*. Québec: Auteur.

○ LES CLIENTÈLES JUDICIARISÉES²¹

- ▶ Selon une enquête américaine, effectuée en 1992, auprès de **grands consommateurs de drogues illicites** qui n'étaient pas suivis en traitement, 50 % d'entre eux se trouvaient **impliqués dans des activités illégales** au cours du mois précédent cette enquête. Dix pour cent de ces personnes affirmaient même qu'elles ne vivaient que de revenus illégaux.
- ▶ Au Canada, une étude récente indique que le quart des prisonniers interrogés ont avoué que la plupart de leurs **crimes** avaient été **commis sous l'effet de la drogue ou de l'alcool**.
- ▶ On ne peut donc penser mettre un terme à la criminalité de ces personnes sans **aborder les problèmes de surconsommation et de toxicomanie** qui accompagnent cette délinquance.
- ▶ Toutefois, on a **beaucoup de difficulté à maintenir cette clientèle en traitement**, alors que l'on sait, par ailleurs, que le succès de l'intervention est relié à la persévérance des clients dans un programme thérapeutique. Au Québec, une étude réalisée dans un centre public de réadaptation en toxicomanie indique que, de façon générale, les personnes judiciairisées **abandonnent leur traitement plus rapidement** que les autres clients.
- ▶ Plusieurs études ont démontré (à l'extérieur du Québec) que **l'utilisation de pressions judiciaires**, combinée à un travail de motivation auprès du client, s'avère efficace pour maintenir les gens en traitement, de même que pour réduire la récidive et la rechute.
- ▶ Des différentes expériences tentées auprès de toxicomanes judiciairisés se dégagent **les pistes** suivantes **visant à améliorer les interventions** :
 - s'assurer d'une **meilleure concertation** entre les différents partenaires impliqués dans l'intervention auprès de cette clientèle ;
 - mettre en place des **services d'évaluation et de référence** en toxicomanie auxquels les intervenants pénaux de première ligne pourraient recourir ; que ces services soient indépendants des centres de traitement et des instances judiciaires ;
 - développer une **plus grande expertise** en regard de la double problématique toxicomanie et délinquance, notamment par le biais de **stratégies de formation/information** des instances décisionnelles (ex. : juges, commissaires aux libérations conditionnelles) et des professionnels en place qui jouent des rôles déterminants dans les trajectoires pénales et de réadaptation des contrevenants toxicomanes ;
 - **clarifier les rôles** de chacun et présenter aux clients et aux intervenants une position claire et sans ambiguïté quant aux attentes à leur endroit ;
 - trouver des solutions aux problèmes de **réinsertion** des personnes condamnées à une peine de prison.
- ▶ Il est par ailleurs suggéré de **revoir certaines pratiques policières et judiciaires** en matière de traitement des offenses reliées aux drogues et, **plus particulièrement, en ce qui a trait à la possession simple de cannabis**. Actuellement, les pratiques policières et judiciaires en matière de

21 Sources :

- Brochu, S. et Schneeberger, P. (1999). *L'impact des contraintes judiciaires dans le traitement de la toxicomanie*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Dion, G.A. (1997). *Les pratiques policières et judiciaires dans les affaires de possession de cannabis et autres drogues: portrait statistique*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Dion, G.A. (1999). *Les pratiques policières et judiciaires dans les affaires de possession de cannabis et autres drogues, de 1995 à 1998: portrait statistique*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999f). *Avis sur la déjudiciarisation de la possession simple de cannabis*. Montréal: Auteur.

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

- un **nombre croissant d'infractions de possession de cannabis** a été enregistré (de 52,5, en 1995, à 65,1, en 1997)²², tandis que la proportion de **mises en accusation** est **en baisse constante** depuis 1990 (de 72,2 %, en 1995, à 57,9 %, en 1997), au profit des infractions plus graves et des accusations liées aux autres drogues ; par ailleurs, les **peines imposées** aux accusés sont **peu sévères** ;
- les personnes accusées de possession de cannabis, en 1995, sont à **20 % des mineurs** (une proportion à la hausse) et à **90 % des hommes** ;
- la **déjudiciarisation dans les affaires de possession de cannabis** n'est **pas une pratique courante** dans l'ensemble du Québec ; il y a mise en accusation dans 72 % des cas ; néanmoins, la déjudiciarisation a connu une **hausse** annuelle entre 1995 et 1997 ;
- la **déjudiciarisation est plus courante pour les mineurs** ; près de 50 % des cas interceptés pour possession de cannabis n'ont pas été inculpés, taux qui a doublé entre 1990 et 1995.

○ LES PERSONNES HOMOSEXUELLES²³

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

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

Par ailleurs, certaines études démontrant un lien significatif entre **l'intoxication** et la **prise de risques dans les comportements sexuels**, la possibilité que l'abus d'alcool ou de drogues puisse favoriser la **transmission du VIH** au sein du groupe à risque que sont les hommes homosexuels est à considérer.

En ce qui concerne l'intervention, les avis sont très partagés quant à la pertinence de concevoir des **programmes de prévention et de traitement** adaptés aux personnes homosexuelles. Cependant, bon nombre d'écrits soutiennent que **les intervenants** devraient être familiers avec les connaissances actuelles concernant la sexualité des personnes homosexuelles et les conditions sociales particulières qu'elles rencontrent.

²²

Taux par 100 000 habitants.

²³ Source :

- Lacouture, Y. (1998). *La toxicomanie chez les personnes homosexuelles : une recension des écrits*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

○ LES PERSONNES TOXICOMANES EN MILIEU DE TRAVAIL²⁴

- ▶ Au moins **un employé sur dix** au Québec aurait un problème de **surconsommation de drogues ou d'alcool**.
- ▶ Au Québec, **la perte de productivité** liée à l'alcool et aux drogues illicites se chiffre à plus d'un milliard de dollars annuellement.
- ▶ L'**alcool** demeure la substance qui engendre le plus de problèmes en milieu de travail, mais les problèmes liés aux **drogues illicites** et aux **médicaments** sont de plus en plus préoccupants.
- ▶ Outre les pertes quantifiables liées à la mortalité prématurée, à la maladie et à l'invalidité, l'abus de substances psychotropes en milieu de travail entraîne :
 - deux à trois fois plus de **risques d'accidents de travail**;
 - un **taux d'absentéisme** trois fois plus élevé que la moyenne;
 - des **problèmes relationnels**;
 - un **rendement inférieur** de 30% à la moyenne;
 - trois fois plus de **réclamations d'indemnité de maladie** que la moyenne;
 - des **coûts reliés à la sécurité**, vu les **vols plus nombreux** et le **trafic de drogues**;
 - cinq fois plus de probabilité de **réclamation à la CSST**;
 - dix fois plus de risques d'être impliqué dans une **procédure de grief**.
- ▶ **Les contraintes de travail peuvent influencer la consommation** de substances psychoactives; aussi, importe-t-il de **tenir compte de ce facteur** dans la mise en place de mesures de prévention ou d'aide conçues pour les travailleurs.
- ▶ Face au problème majeur que constitue la toxicomanie en milieu de travail, les différentes stratégies s'offrant aux entreprises pour contrer ce problème ont été cernées et documentées. **Les principales stratégies d'intervention** sont: la **prévention**, le **contrôle de la consommation existante** (notamment par les tests de dépistage) et les **programmes d'aide aux employés** et **réseaux d'entraide syndicaux**.

²⁴ Sources :

- Morissette, P., Maranda, M.-F. et De Montigny, M.-M. (1997). *Promotion et prévention de l'abus de substances psychoactives en milieu de travail: portrait et analyse de pratiques québécoises*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999g). *Prévention de la toxicomanie en milieu de travail: agir ensemble, là où ça compte*. Montréal: Auteur – Fascicule.
- Saint-Jean, L. (avec la collaboration de Colette Biron) (1997). Op.cit.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1998). *Les tests de dépistage de drogues en milieu de travail: un débat s'impose*. Montréal: Auteur – Fascicule.
- Moisan, J., Chabot, I. et Grégoire, J.P. (2000). *L'usage de médicaments psychotropes chez les travailleurs: prévalence, déterminants et conséquences*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2000). *Médicaments psychotropes et travailleurs: pour en savoir plus*. Montréal: Auteur.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Beaucage, B. (1998). *L'interrelation entre deux phénomènes sociaux préoccupants : le décrochage scolaire et la consommation de substances psychotropes*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Brochu, S. et Schneeberger, P. (1999). *L'impact des contraintes judiciaires dans le traitement de la toxicomanie*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Brown, T.G., Caplan, T., Werk, A., Seraganian, P. et Singh, M.K. (1999). *Substance abuse and conjugal violence: literature and the situation in Quebec*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie. (Version française disponible)
- Clément, M.E. et Tourigny, M. (1999). *Négligence envers les enfants et toxicomanie des parents: portrait d'une double problématique*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1997). *Avis sur la double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale*. Montréal: Auteur.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1998). *Avis sur le suicide et la toxicomanie*. Montréal: Auteur.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1998). *Avis sur la double problématique toxicomanie et jeu pathologique chez les jeunes*. Montréal: Auteur.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1998). *Les tests de dépistage de drogues en milieu de travail: un débat s'impose*. Montréal: Auteur – Fascicule.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999a). *L'intoxication à l'alcool: mieux comprendre pour mieux agir*. Montréal: Auteur – Fascicule.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999b). *Avis sur la double problématique toxicomanie et négligence parentale*. Montréal: Auteur.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999c). *Le point sur la situation de la toxicomanie au Québec 1995-1999*. Montréal: Auteur – Fascicule.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999d). *Jeunes et prévention de la toxicomanie: quand les parents s'impliquent*. Montréal: Auteur – Fascicule.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999e). *Avis sur les mères toxicomanes*. Montréal: Auteur.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999f). *Avis sur la déjudiciarisation de la possession simple de cannabis*. Montréal: Auteur.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999g). *Prévention de la toxicomanie en milieu de travail: agir ensemble, là où ça compte*. Montréal: Auteur – Fascicule.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2000). *Toxicomanie et violence conjugale: une interaction complexe*. Montréal: Auteur – Fascicule.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2000). *Le syndrome d'alcoolisation fœtale: informer, prévenir, soutenir, traiter, sans alarmer ni culpabiliser*. Montréal: Auteur – Prise de position.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2000). *L'usage inapproprié de substances psychoactives chez les aînés: poser des gestes concrets dès maintenant*. Montréal: Auteur – Prise de position.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2000). *Médicaments psychotropes et travailleurs: pour en savoir plus*. Montréal: Auteur.
- Cousineau, M.M., Brochu, S. et Schneeberger, P. (2000). *Consommation de substances psychoactives et violence chez les jeunes*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Demers, A. et Quesnel Vallée, A. (1998). *L'intoxication à l'alcool: conséquences et déterminants*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Dion, G.A. (1997). *Les pratiques policières et judiciaires dans les affaires de possession de cannabis et autres drogues: portrait statistique*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Dion, G.A. (1999). *Les pratiques policières et judiciaires dans les affaires de possession de cannabis et autres drogues, de 1995 à 1998: portrait statistique*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Guyon, L., De Koninck, M., Morissette, P. et Chayer, L. (1998). *Toxicomanie et maternité: un projet possible – Une synthèse des connaissances actuelles*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Lacouture, Y. (1998). *La toxicomanie chez les personnes homosexuelles: une recension des écrits*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Ladouceur, R., Vitaro, F. et Arsenault, L. (1998). *Consommation de psychotropes et jeux de hasard chez les jeunes: prévalence, coexistence et conséquences*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Le réseau SurvUDI. *Qui sont les UDI qui sont déjà infectés par le VIH?* Mars 2000. Document inédit.
- Mercier, C. et Beaucage, B. (1997). *Toxicomanie et problèmes sévères de santé mentale: recension des écrits et état de situation pour le Québec*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1991). *Vers un nouvel âge à partager*. Québec: Auteur.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998a). *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie – Orientations et stratégies*. Québec: Gouvernement du Québec – À paraître.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1998b). *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Moisan, J., Chabot, I. et Grégoire, J.P. (2000). *L'usage de médicaments psychotropes chez les travailleurs: prévalence, déterminants et conséquences*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Morissette, P., Maranda, M.F. et De Montigny, M.J. (1997). *Promotion et prévention de l'abus de substances psychoactives en milieu de travail: portrait et analyse de pratiques québécoises*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Perreault, M. (1999). *La ville et la toxicomanie: les enjeux de la désintégration des quartiers* – Synthèse rédigée par Thivierge, É.. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Roy, É. (1999). Hepatitis B virus infection among street youths in Montreal. *Canadian Medical Association Journal*, 161(6):689-93.
- Saint-Jean, L. (avec la collaboration de Colette Biron). (1997). *Les tests de dépistage de drogues en milieu de travail: problématique et enjeux*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Schneeberger, P. (1999). *Portrait émergent des consommateurs d'héroïne au Québec*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Schneeberger, P. (2000). *Portrait des consommateurs de cocaïne contemporains au Québec*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Tourigny, M. et Dufour, M.H. (2000). *La consommation de drogues ou d'alcool en tant que facteur de risque des agressions sexuelles envers les enfants: une recension des écrits*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Tousignant, M. et Payette, T. (1997). *Suicide et toxicomanie: deux phénomènes interreliés*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Vitaro, F., Normand, C.L. et Charlebois, P. (1999). *Stratégies pour impliquer les parents dans la prévention de la toxicomanie chez les jeunes*. Montréal: Comité permanent de lutte à la toxicomanie.