

Comité permanent de lutte à la toxicomanie

CONSULTATION 2000

La toxicomanie au Québec :
Cap sur une stratégie nationale

promotion
expression informatique
ion prévention réadaptation
adaptation prévention
expression

CONSULTATION 2000

La toxicomanie au Québec :
Cap sur une stratégie nationale

Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) a pour mandat principal de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux, ainsi que la ministre déléguée à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse, 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. Les préoccupations du Comité portent autant sur les problèmes liés à l'usage et à l'abus de substances psychoactives que sur les actions à entreprendre pour trouver des solutions à ces problèmes.

Outre les réflexions et les échanges qu'il mène au sein de ses rangs, 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

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 analyses. Ces documents constituent pour un ensemble d'acteurs des outils en mesure de les guider dans leurs réflexions, leurs échanges et leurs actions.

CONSULTATION 2000

La toxicomanie au Québec :
Cap sur une stratégie nationale

est publié par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie Inc.

Rédaction :

Jocelyne Forget, ex-directrice générale du CPLT

Graphisme :

D ÉCHO D

Impression :

Services de reprographie YRDC

Dépôt légal :

ISBN : 2-550-36546-1

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.

Table des matières

INTRODUCTION	9
CHAPITRE 1	
LA DESCRIPTION DU PROCESSUS	11
1.1 La phase I : Collecte de données par questionnaire	11
1.2 La phase II : Tournée des régions	12
1.3 La phase III : Rencontre d'experts, décideurs et représentants de regroupements d'intervenants	12
CHAPITRE 2	
LES GRANDS CONSTATS	13
CHAPITRE 3	
LES ENJEUX MAJEURS ET QUELQUES PISTES D'ACTION	19
3.1 Les enjeux majeurs	19
3.2 Quelques pistes d'action	19
CHAPITRE 4	
LE BILAN DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE ET QUESTIONS DÉTERMINANTES POUR L'AVENIR	23
4.1 Groupe de travail sur la lutte contre la drogue (Comité Bertrand)	23
4.2 Le Congrès Rond-Point 95	24
4.3 La consultation du CPLT 1995-1996	24
4.4 La consultation du CPLT 1999-2000	25
4.5 Le bilan et les questions déterminantes pour l'avenir	25
CHAPITRE 5	
LES RECOMMANDATIONS	27
ANNEXE 1	
LETTRE AUX MINISTRES MAROIS ET BARIL	31
ANNEXE 2	
LISTE DES MEMBRES DU CPLT ET DU COMITÉ AVISEUR	32

Avant-propos

Le Conseil des ministres a procédé, lors de sa séance du 21 février 2001, à la nomination des nouveaux membres du Comité permanent de lutte à la toxicomanie. À cette occasion, j'ai été désigné président du comité, madame Lise Roy a vu son mandat renouvelé alors que madame Madeleine Roy, messieurs Luc Chabot, Robert Gauthier, Don McKay, Yvon Picotte, Pierre Rouillard et Pierre Sangollo étaient désignés membres du comité. En juin 2001, monsieur Michel Germain devenait le nouveau directeur général du CPLT, en remplacement de madame Jocelyne Forget.

Cette nouvelle équipe s'est mise au travail, avec l'objectif de poursuivre la mission qui avait animé les actions de ses prédécesseurs. Notre première préoccupation a été d'assurer la continuité des travaux amorcés, et plus particulièrement la publication de la consultation qui avait été réalisée en 1999-2000. Cette démarche s'inscrivait dans le mandat du CPLT et visait à faire le point sur la situation de la toxicomanie au Québec, à effectuer certains bilans, et à formuler de nouvelles recommandations pour les années à venir. Le rapport issu de ces consultations a été déposé aux ministres Marois et Baril en octobre 2000 (voir annexe I). Pour toutes sortes de raisons administratives auxquelles se sont ajoutés les changements provoqués par le départ du Premier Ministre Bouchard, la publication du rapport a été retardée. En février dernier, l'arrivée d'une nouvelle équipe au CPLT causait de nouveaux délais. Enfin, au cours de l'été 2001, les travaux ont pu reprendre, en vue de finaliser la publication de cette consultation.

Les membres actuels du CPLT désirent ici rappeler, que le présent rapport est le fruit du travail de l'équipe qui nous a précédé. Cette équipe était formée de madame Louise Nadeau, ex-présidente, de madame Lise Roy, vice-présidente, de messieurs Jean Sylvestre et Serge Gascon, ex-membres du comité. Ces personnes ont généreusement apporté leur concours à l'ensemble des travaux de la consultation, en enrichissant les échanges sur les thèmes majeurs, en révisant les documents, en animant des groupes de discussion et en fournissant de judicieux commentaires sur le rapport qui a suivi. Avec les personnes et les groupes consultés, ils sont les artisans de la richesse des contenus et des recommandations qu'ils ont su tirer de cette masse d'informations. Je désire également souligner l'incalculable contribution de madame Jocelyne Forget, ex-directrice générale du CPLT, qui a su déployer l'énergie que suppose la coordination d'un tel projet et qui a rédigé le présent rapport.

Les membres actuels ont unanimement approuvé le contenu du rapport ainsi que les recommandations qui en découlent. Nous croyons que ces recommandations, si elles sont suivies, devraient contribuer grandement à l'amélioration de la situation québécoise en matière de lutte à la toxicomanie et pourraient faire du Québec un leader en ce domaine.



Rodrigue Paré,
Président du Comité

Remerciements

La production de ce rapport n'aurait pas été possible sans la contribution d'un ensemble de personnes qui, à divers titres, ont participé à la construction de cet ouvrage collectif.

Nous tenons d'abord à souligner le travail des membres du Comité aviseur constitué de mesdames Dorothée Leblanc, Carole Morissette et de messieurs Michel Gagnon, Robert G., Morris Kokin, Don McKay, Rodrigue Paré, Robert Paris et Pierre Sangollo. Ces personnes ont joué un rôle essentiel en supportant les travaux du comité et en acceptant de participer aux tournées régionales et aux nombreux échanges qui ont précédé la consultation.

Les membres du Comité permanent de lutte à la toxicomanie tiennent aussi à remercier très sincèrement toutes les personnes suivantes pour leur apport fort précieux à l'une ou l'autre des étapes de préparation du rapport :

- les centaines d'intervenants qui ont répondu au questionnaire, qui ont participé aux rencontres régionales de consultation ou qui se sont joints aux membres lors de la demi-journée d'échanges sur les éléments majeurs de la consultation et sur les pistes de solutions à retenir ;
- les représentants des régies régionales qui ont apporté leur soutien à l'organisation et au bon déroulement des rencontres en régions ;
- les gens du terrain qui ont aimablement accepté d'animer des groupes de discussions tout au long de la tournée ;
- madame Marie-Marthe Cousineau qui a procédé à la compilation et à l'analyse des réponses fournies au questionnaire ;
- monsieur Pascal Schneeberger, qui a rédigé la synthèse des données recueillies tout au long de la tournée des régions et lors de la rencontre avec les experts, décideurs et représentants de regroupements d'intervenants ;
- mesdames Martine Barrette, Mélanie Desrosiers, Karine Bertrand, Nancy Boucher et Chantal Plourde qui ont soutenu monsieur Schneeberger dans la collecte des données recueillies aux phases 2 et 3 de la consultation.

Enfin, les membres du Comité remercient très sincèrement le personnel de la permanence pour leur soutien indéfectible et leur implication directe dans la production du rapport. Des remerciements sont adressés à madame Danielle Dupuis, qui a assumé, au plan logistique, l'organisation de la tournée de consultation, avec le soutien indispensable de madame Monic Bleau, secrétaire-réceptionniste du CPLT.

Introduction

En décembre 1996, le Comité permanent de lutte à la toxicomanie adressait au ministre de la Santé et des Services sociaux un rapport intitulé « La toxicomanie au Québec: des inquiétudes à l'action ». Ce rapport faisait suite à la consultation de 1995-1996 et contenait 21 recommandations.

En 1999, le CPLT se lançait dans une nouvelle consultation qui a débuté par la réalisation d'un sondage par questionnaire, suivi de trois mois de tournée régionale et de la tenue d'une rencontre réunissant plus d'une cinquantaine d'experts et de décideurs du réseau de la toxicomanie au Québec. Cette démarche s'inscrivait dans le mandat du CPLT et visait à faire à nouveau le point sur la situation, à effectuer certains bilans, et à formuler de nouvelles recommandations pour les années à venir.

Le rapport présente les résultats de cette consultation, en énonçant les grands constats qui s'en dégagent, les enjeux majeurs et les principaux défis à relever au cours des prochaines années. Il suggère des pistes d'actions susceptibles d'apporter des solutions aux problèmes qui ont été identifiés et il rappelle les grands constats et les recommandations formulés au cours des dix dernières années en matière de toxicomanie.

Enfin, la dernière partie résume l'ensemble des recommandations que le CPLT et les diverses personnes et organismes consultés désirent soumettre au ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi qu'à la ministre déléguée à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse.

Organisé sous le thème *La toxicomanie au Québec : connaître les besoins pour mieux y répondre*, la dernière consultation suit la même démarche que la précédente, soit un processus en trois phases : collecte de données par questionnaire, tournée des régions, puis rencontre d'experts, décideurs et représentants de regroupements d'intervenants.

1.1 LA PHASE I : COLLECTE DE DONNÉES PAR QUESTIONNAIRE

La première phase de la consultation s'est déroulée de la fin de l'été à la fin de l'automne 1999. Un questionnaire a été posté à un très grand nombre d'intervenants, organismes, établissements et associations impliqués directement ou indirectement dans le champ de la toxicomanie. Des milieux très diversifiés d'intervention étaient visés et ce, dans toutes les régions du Québec.

Le questionnaire abordait sept grands thèmes, autour desquels diverses questions et sous-questions étaient formulées. La majorité des questions étaient ouvertes, laissant donc aux répondants la possibilité d'explicitier et de nuancer leur pensée et contribuant ainsi à l'obtention de réponses plus riches. Les thèmes abordés étaient les suivants :

- les préoccupations majeures en toxicomanie, au Québec ;
- l'évolution du phénomène au cours des dernières années ;
- les particularités régionales ;
- la concertation (aux plans local, régional et provincial) ;
- les programmes et les services ;
- le continuum de services ;
- la promotion de la santé et la prévention ;
- le traitement des toxicomanes ;
- la réduction des méfaits ;
- la légalisation du cannabis ou la décriminalisation de la possession simple ;
- le rôle du CPLT.

Plus de 300 questionnaires ont fait l'objet d'une analyse approfondie. Les deux tiers de ces questionnaires ont été remplis à titre individuel et le tiers, au nom d'organismes et de divers regroupements (ex. : groupes de collègues, membres de tables de concertation ou d'associations), représentant donc chacun un ensemble d'individus. Les deux tiers des répondants étaient des intervenants directs et l'autre tiers se répartissait entre les catégories suivantes : gestionnaires/cadres, consultants, chercheurs/enseignants, non-professionnels (usagers, bénévoles, représentants de comités de parents, membres de CA d'OSBL) et autres types de professionnels (procureurs de la Couronne, pharmaciens).

Plus de 40 % des répondants appartenaient au secteur de la santé et des services sociaux. L'autre 60 % regroupait des individus et organismes des milieux policier, communautaire, correctionnel, de l'éducation, du travail, de la justice, de l'enseignement supérieur et de la recherche, ainsi que de ressources de traitement privées. Sauf le Nord-du-Québec, toutes les régions sont représentées, mais dans des proportions variables.

La procédure de collecte de données n'a pas été contrôlée scientifiquement. Les données n'ont donc pas été traitées comme des résultats à un sondage scientifique. Toutefois, la grande diversité des répondants, la proportion significative de questionnaires remplis de façon collective ou au nom d'organismes, le caractère « ouvert » des questions et l'analyse qualitative des réponses ont permis de dégager de cette première phase de consultation un ensemble de tendances et d'indications majeures quant aux éléments à retenir pour tracer le portrait de la situation québécoise. De plus, le processus en trois phases décrit ci-haut permettait de valider et d'étoffer, à chaque étape subséquente, les données recueillies aux phases précédentes. Le portrait tracé à la phase I n'est donc pas demeuré statique mais il est devenu dynamique et sa construction s'est poursuivie aux phases II et III de la consultation.

phase II

1.2 LA PHASE II : TOURNÉE DES RÉGIONS

Après avoir procédé à la compilation et à l'analyse des données recueillies par questionnaires, le CPLT a, par la suite, entrepris une série de 11 rencontres dans autant de villes du Québec. Par rapport à la consultation précédente, le nombre de villes visitées a presque doublé (passant de six à onze), afin de rejoindre un plus grand nombre de personnes et de se rapprocher davantage des milieux. Des intervenants de toutes les régions du Québec et de tous les secteurs d'intervention ont été conviés à ces rencontres. Elles se sont tenues à Montréal, Longueuil (Montérégie), St-Jérôme (Laval, Laurentides, Lanaudière), Trois-Rivières (Mauricie/Centre-du-Québec), Hull (Outaouais), Rouyn-Noranda (Abitibi-Témiscamingue), Sept-Îles (Côte-Nord), Rimouski (Bas-St-Laurent, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine) et Chicoutimi (Saguenay-Lac-St-Jean). La tournée s'est terminée au début du mois de mai 2000.

Une demi-journée était consacrée à chacune de ces rencontres. Le déroulement était le suivant : présentation des résultats de la phase I de la consultation, discussions en ateliers par région et par petits groupes, suivi d'une plénière. Les participants étaient d'abord invités à réagir au portrait tracé à partir des données recueillies par questionnaire au cours de la phase I. Ils devaient se prononcer sur les éléments majeurs à retenir, sur les éléments à préciser, à nuancer ou à étoffer, et ils devaient enrichir le portrait en y ajoutant certains éléments manquants ou trop peu traités. Ils étaient également invités à échanger entre eux sur leurs réalités régionales. Enfin, leur avis était sollicité en regard des meilleures pistes à retenir, de même qu'en regard du rôle du CPLT.

Au total, plus de 500 personnes ont participé aux rencontres. Non seulement ces rencontres ont-elles permis d'alimenter grandement le CPLT dans sa réflexion et dans la préparation de son rapport, mais elles ont aussi permis des prises de contact entre partenaires qui sont confrontés aux mêmes réalités mais qui manquent d'occasions de partager leurs réflexions. Les nombreux commentaires exprimés lors de ces rencontres, confirment un grand manque à ce niveau : on apprécie de telles rencontres, on en exprime le besoin, et on en redemande.

1.3 LA PHASE III : RENCONTRE D'EXPERTS, DÉCIDEURS ET REPRÉSENTANTS DE REGROUPEMENTS D'INTERVENANTS

À l'issue de la tournée des régions, une synthèse des données recueillies au cours de cette deuxième phase a été effectuée, puis l'intégration du matériel colligé à chacune des deux premières phases a été faite. Cette intégration a permis de dégager un ensemble de constats, d'identifier un certain nombre d'enjeux et de défis à relever, et de retenir quelques pistes susceptibles de guider les actions à venir.

Sur la base de ce matériel, le CPLT a ensuite convoqué une rencontre visant à réunir une cinquantaine d'experts, décideurs et représentants de regroupements d'intervenants, afin d'échanger sur ces résultats. Cette rencontre a eu lieu à Montréal, le 21 juin 2000, en avant-midi. Après avoir pris connaissance des éléments majeurs qui ont été dégagés de l'analyse des résultats des phases I et II de la consultation, les participants ont d'abord été invités à échanger, en ateliers, sur les grands enjeux actuels dans le champ de la toxicomanie et sur les stratégies à adopter pour les prochaines années. Par la suite, réunis en plénière, ils étaient consultés sur les questions qui devraient faire l'objet de recommandations de la part du CPLT.

Encore une fois, les participants à cette rencontre provenaient d'horizons divers et couvraient un large spectre d'expertises, de points de vue et d'intérêts professionnels. Il faut toutefois souligner que, malgré cette diversité d'acteurs, impliqués dans des secteurs multiples, une extraordinaire convergence des préoccupations et des positions quant aux orientations à privilégier s'est imposée d'emblée en quelques heures de discussions. Les consensus se sont établis spontanément, sans grande difficulté.

phase III

De l'ensemble de la consultation se dégagent un certain nombre de constats majeurs. À répétition, et avec beaucoup d'insistance, les participants aux différentes phases ont formulé des commentaires qui nous ramènent continuellement à ces grands traits du tableau. Toute la démarche de réflexion en vue d'élaborer les plans d'action pour les prochaines années devra donc s'appuyer sur ces grands constats qui font consensus. Ils sont au nombre de dix, les voici :

1 Premier constat : la situation des jeunes est particulièrement préoccupante

En tête de liste des préoccupations exprimées par les participants à la consultation surgit spontanément la situation des jeunes. On s'inquiète particulièrement des phénomènes suivants :

- l'abaissement de l'âge du début de la consommation de substances psychoactives ;
- l'accès facile à une diversité plus grande de substances, notamment des drogues dures ou de nouvelles substances dont on ne connaît pas encore tous les effets ;
- le durcissement de la problématique chez les adolescents surconsommateurs : ils consomment déjà depuis longtemps lorsque la relation d'aide s'établit ; ils consomment souvent une grande variété de substances ; ils présentent de nombreux problèmes associés à leur consommation (ex. : problèmes de santé physique et de détresse psychologique, de tendances suicidaires, de violence, de jeu, de délinquance, de prostitution, de décrochage scolaire, de pauvreté) ; et ils proviennent de milieux familiaux éclatés et/ou perturbés.

En conséquence, les intervenants considèrent qu'il faut agir en amont des problèmes, dès le primaire, et implanter des mesures de promotion et de prévention qui visent l'amélioration des conditions de vie (ex. : lutte à la pauvreté, au chômage, à l'isolement), le développement de l'estime de soi et le développement de la résistance aux influences négatives. De plus, le travail avec les familles apparaît particulièrement important, d'autant plus qu'on observe chez plusieurs parents un relâchement, voire une démission face aux problèmes vécus par les jeunes. Les efforts doivent donc s'intensifier pour impliquer les familles et les soutenir.

2 Deuxième constat : malgré la préoccupation centrale pour les jeunes, d'autres clientèles nécessitent aussi une attention particulière

Tout au long de la tournée des régions, les participants aux rencontres ont insisté sur l'importance de ne pas mettre démesurément l'emphase sur les jeunes au détriment des autres clientèles. Tout en reconnaissant la pertinence de se préoccuper prioritairement des jeunes, les participants ont souligné que cette priorité ne doit pas faire oublier ou négliger les autres clientèles.

On se préoccupe notamment :

- des femmes, particulièrement des mères toxicomanes ;
- des personnes âgées ;
- des jeunes adultes (18-25 ans) ;
- de l'ensemble des adultes qui présentent des problématiques multiples associées à la toxicomanie (ex. : problèmes de santé mentale, tendances suicidaires, jeu pathologique, violence conjugale, criminalité, VIH/Sida et hépatites).

3 Troisième constat : les efforts consentis en prévention de la toxicomanie sont nettement insuffisants

Il est question, ici, à la fois d'efforts budgétaires (accroître, dans les différents secteurs d'intervention, les sommes allouées à la prévention), d'efforts de coordination (encadrer davantage les pratiques dans ce champ d'activités) et d'efforts de recherche (établir des paramètres clairs d'évaluation des programmes, statuer sur l'efficacité des programmes existants, faire connaître les stratégies gagnantes).

Une intensification des efforts en prévention des toxicomanies est particulièrement souhaitée dans les secteurs suivants :

- à l'école (dès le deuxième cycle du primaire) et dans les autres milieux de vie des jeunes (ex. : dans la rue, dans les parcs, dans les maisons de jeunes, dans les centres jeunesse) ;
- dans les milieux de travail ;
- dans les services de première ligne du réseau de la santé et des services sociaux.

On souligne particulièrement les manques au niveau de la prévention secondaire. Les programmes s'adressant plus spécifiquement aux groupes à risque sont insuffisants. Le dépistage est mal assuré là où une intervention précoce pourrait faire toute la différence en vue de prévenir l'aggravation des problèmes, et ce constat ne s'applique pas seulement aux jeunes, mais à des clientèles de tous âges.

Il y a actuellement un manque de cohérence dans les messages véhiculés et dans les actions entreprises. Il y a un manque de stabilité des programmes. On accuse même des reculs importants dans certains secteurs (ex. : disparition progressive des éducateurs en prévention des toxicomanies (EPT)).

Les orientations ministérielles et la stratégie en promotion/prévention de la toxicomanie sont attendues avec impatience. On compte sur ces orientations pour établir les grands paramètres qui guideront les actions dans ce champ d'intervention. On compte également sur cette stratégie pour que soit réaffirmée la volonté politique nécessaire à une intensification des actions en prévention de la toxicomanie. Par ailleurs, une fois ces orientations connues, les arrimages devront ensuite se faire avec les autres partenaires impliqués (ex. : ministère de l'Éducation, ministère de la Sécurité publique, milieux de travail, etc.).

4 Quatrième constat : les problèmes liés à une consommation inappropriée se sont accrus et complexifiés

Ce constat s'appuie sur tout un ensemble d'observations. Mentionnons principalement :

- l'accessibilité à une grande diversité de substances ;
- l'organisation des réseaux de vente de drogues illicites ;
- la précocité de la consommation chez les jeunes ;
- l'accroissement des intoxications à l'alcool chez les 15–24 ans ;
- la consommation, au cours de la grossesse, de substances psychoactives très nocives pour le fœtus ;
- l'augmentation de la consommation de drogues par voie intraveineuse (particulièrement la cocaïne) et la transmission de maladies infectieuses graves ;
- la polytoxicomanie ;

- la présence de détresse psychologique, de dépression, de tendances suicidaires et de problèmes graves de santé mentale chez les surconsommateurs ;
- l'accroissement de la violence ;
- l'accroissement des problèmes concomitants de toxicomanie et de jeu pathologique ;
- la marginalisation et l'exclusion sociale vécue par les toxicomanes et leur entourage.

Tout cela entraîne, en conséquence, une lourdeur des clientèles en traitement qui complexifie l'intervention et qui rappelle l'importance, d'une part, de privilégier une approche globale des problèmes et, d'autre part, pour certaines clientèles, de privilégier une approche de réduction des méfaits.

5 Cinquième constat : en même temps que les problèmes s'aggravent et se complexifient, on observe et on déplore une importante banalisation de l'usage de certaines substances

Dans plusieurs régions, ce nouveau phénomène de banalisation a été souligné par les répondants au questionnaire ou par les participants aux rencontres. Le phénomène s'exprime de la façon suivante :

- banalisation de la consommation de cannabis, malgré des concentrations beaucoup plus fortes en THC ;
- banalisation de l'intoxication à l'alcool en autant qu'on ne conduise pas en état d'ébriété ;
- banalisation des risques associés à l'usage de certaines drogues illicites (risques pour la santé, risques au plan légal, risques d'accidents, risques d'exclusion sociale) ;
- banalisation de phénomènes sociaux liés à la consommation inappropriée (violence, suicide, prostitution).

Aux dires des observateurs, la banalisation prend même parfois des allures de négation des problèmes : négation par les jeunes eux-mêmes, mais aussi par les parents, par les milieux scolaires, par les milieux de travail, par les milieux politiques...

Pour certains, cette banalisation traduirait en fait un grand sentiment d'impuissance ou une démission face à l'ampleur des problèmes. Pour d'autres, cette insensibilité progressive serait le fruit d'une disparition des tabous et des interdits.

Des liens sont également faits par certains participants à la consultation entre le phénomène de banalisation, une mauvaise compréhension ou utilisation de l'approche de réduction des méfaits, et les nombreuses discussions autour de la décriminalisation ou de la légalisation éventuelle du cannabis.

6 Sixième constat : malgré l'ampleur des problèmes et l'aggravation de la situation, les ressources financières demeurent nettement insuffisantes

Dans toutes les régions du Québec, le continuum des services demeure incomplet. En conséquence, certaines clientèles ne sont pas ou mal desservies (ex. : les femmes, les personnes âgées, les clientèles anglophones et autochtones, les clientèles qui présentent des problématiques multiples et qui nécessitent des services spécialisés).

À plusieurs endroits, on a développé de nouveaux programmes pour répondre aux besoins émergents, mais cela s'est souvent fait au détriment de d'autres programmes ou services qui disparaissent ou connaissent une attrition (ex. : diminution des places à l'interne dans les centres publics ou dans les milieux psychiatriques au profit de l'externe). Souvent, les mesures spécifiques de prévention de la toxicomanie disparaissent devant l'urgence de faire face à d'autres problèmes pourtant reliés (ex. : violence, taxage, suicide, en milieu scolaire ; problèmes de santé mentale en milieu de travail). Dans plusieurs régions, on manque de services de désintoxication et pour l'ensemble du Québec, de façon généralisée, les mesures de réinsertion font défaut.

Ce manque de ressources financières est la principale cause, conjugué à l'alourdissement de la clientèle, de l'essoufflement des intervenants dans beaucoup de milieux.

Enfin, alors que la complexification des problèmes commande une concertation accrue, les ressources ne disposent pas des moyens financiers nécessaires aux processus de concertation et elles sont souvent placées en situation de compétition les unes avec les autres pour le

financement. Alors que les services des réseaux public, privé et communautaire devraient être complémentaires, et qu'ils devraient tous s'inscrire sur le continuum des services, les problèmes reliés à leur financement interfèrent dans les collaborations.

Même si on reconnaît, presque partout, que des efforts importants ont été faits dans le réseau de la santé et des services sociaux pour investir davantage dans le champ de la toxicomanie, on déplore le manque de cohésion des actions et on considère que l'écart entre l'ampleur des problèmes et la capacité des ressources d'y répondre demeure encore trop grand. De plus, pour certaines régions régionales, la toxicomanie occupe un rang très secondaire sur la liste des priorités.

7 Septième constat : la concertation intersectorielle s'est améliorée dans certaines régions ou sous-régions, mais de façon inégale à l'ensemble du Québec et de façon insatisfaisante au plan provincial

Les intervenants des différents milieux impliqués dans la lutte à la toxicomanie déplorent l'absence d'une stratégie nationale en toxicomanie.

L'existence d'un comité interministériel qui coordonnerait les actions au plus haut niveau fait aussi défaut. Les personnes et organismes consultés parlent d'incohérence intra et interministérielle, de même qu'avec et entre les sociétés d'État (ex. : SAQ, SAAQ, Loto-Québec) et de l'absence d'une volonté politique suffisamment forte pour unir les forces, développer une vision commune, harmoniser les messages et coordonner les actions.

Ce manque d'orientations et de stratégie au plus haut niveau se répercute aux autres niveaux. Il y a encore, à plusieurs endroits, cloisonnement ou dédoublement des services, exclusion de clientèles en difficulté, incapacité de concilier les philosophies d'intervention, luttes de pouvoir, chasses gardées, compétition et incohérence dans les messages et les actions. On souligne aussi l'absence ou la quasi-absence de certains partenaires dans l'action (ex. : difficulté à sensibiliser et à mobiliser les médecins et à obtenir la collaboration des psychiatres ; collaboration mitigée des milieux policiers etc).

Le rôle assumé par les régions régionales dans la coordination des actions en vue d'une meilleure concertation est joué de façon très inégale d'une région à l'autre, ce qui crée ainsi des disparités importantes.

Par ailleurs, dans l'ensemble du Québec, il existe plusieurs expériences de concertation ou de partenariat réussies dont il y aurait lieu de s'inspirer. Malheureusement, ces expériences sont souvent méconnues.

8 Huitième constat : la très grande majorité des intervenants considèrent qu'il y a des particularités régionales à prendre en compte dans l'élaboration des plans d'action

Selon la très grande majorité des personnes consultées, il existe des besoins spécifiques à chacune des régions, en fonction desquels les services doivent être adaptés. Les grands paramètres de l'intervention et les conditions de succès devraient être définis dans une stratégie nationale, mais on devrait laisser aux régions et aux localités le soin des modalités d'application.

- L'importance de distinguer les réalités urbaines et rurales, souvent à l'intérieur d'une même région, est mise de l'avant ;
- La nécessité de sous-régionaliser les services, pour tenir compte des réalités diverses dans une même région, ressort fortement ;
- L'importance de trouver des solutions à l'étendue du territoire, dans certaines régions, est aussi soulignée : lorsque le territoire couvert est excessivement vaste, même si les services existent au plan régional, les distances à franchir les rendent inaccessibles à une partie de la population.

Plusieurs éléments mentionnés comme des particularités ou des spécificités propres à une région sont également mentionnés dans bon nombre d'autres régions. En fait, dans l'ensemble du Québec, il y a plus de ressemblances que de différences en ce qui concerne la problématique de la toxicomanie et les moyens d'y faire face. De plus, même si par rapport à certains aspects plus spécifiques la réalité n'est pas identique dans toutes les régions du Québec, les liens de parenté sont très significatifs entre certaines régions et il y aurait intérêt à tirer parti de ces ressemblances.

Par ailleurs, même si les différences sont moins nombreuses que les ressemblances, les premières sont de taille (ex. : proportion importante d'anglophones ou d'ethnies diverses ; présence de communautés autochtones ; taux de chômage particulièrement élevé ou travail saisonnier pour une portion importante de la population ; vaste territoire ; disparités sous-régionales ; etc.). Elles doivent donc absolument être prises en compte, non seulement dans l'attribution des budgets, mais aussi dans les modalités d'organisation des services.

9 Neuvième constat : un des principaux acquis des dernières années concerne l'information, la formation et le transfert des connaissances

Bon nombre d'intervenants se considèrent mieux formés, mieux informés et mieux outillés pour faire face aux problèmes de toxicomanie. Toutefois, ce sentiment n'est pas généralisé à l'ensemble des régions du Québec et à l'ensemble des secteurs d'intervention. Certaines régions ou certains secteurs ont bénéficié, au cours des dernières années, d'un meilleur accès aux connaissances que d'autres. Certaines régions ou secteurs ont aussi bénéficié d'un meilleur accès à des spécialistes ou à des ressources spécialisées.

Des lacunes importantes persistent dans la formation de certains groupes de partenaires majeurs (ex. : médecins, professeurs) en regard de la toxicomanie. On constate aussi des lacunes dans la circulation de l'information à l'ensemble de la population. On insiste enfin sur le fait que, même si des travaux fort intéressants ont été menés au cours des dernières années, il reste beaucoup à faire pour améliorer le transfert des connaissances.

On considère que les efforts doivent se poursuivre et s'intensifier, notamment en vue de :

- diffuser plus largement les connaissances ;
- mieux faire connaître les expériences réussies ;
- mener des études régionales ;
- se rapprocher encore davantage du terrain ;
- favoriser les débats d'idées.

On reconnaît au CPLT une contribution significative dans ce champ d'activités, mais des attentes additionnelles s'expriment également à l'endroit de cet organisme pour qu'il prenne davantage position sur différents sujets d'actualité ou sur des sujets plus pointus, pour qu'il diffuse plus largement les résultats de ses études, et pour qu'il assume davantage de leadership dans la concertation des différents réseaux.

10 **Dixième constat : concernant la légalisation du cannabis ou la décriminalisation de la possession simple, les avis sont encore partagés quoiqu'on constate une évolution dans le sens d'une ouverture plus grande à la décriminalisation de la possession simple**

Dans l'ensemble, les personnes consultées s'entendent pour dire qu'il faut pousser plus loin les analyses pour bien évaluer les enjeux et les impacts d'une éventuelle décriminalisation, tenant compte, notamment, de l'évolution de la substance elle-même (concentration en THC) et de l'évolution des marchés (développement de la production locale et organisation des groupes criminalisés). On considère aussi qu'une fois cette analyse faite, il serait temps que l'on prenne position sur cette question.

enjeux majeurs

De ces constats découlent un certain nombre d'enjeux majeurs pour les prochaines années. En traçant ainsi un portrait actuel de la situation et en faisant le point sur les réalités auxquelles sont confrontés les intervenants, on peut dresser la liste des questions majeures qui devraient être au cœur des différents plans d'action. Des consensus se sont établis autour de l'importance de ces thèmes et autour de la nécessité de concentrer les efforts sur ces aspects de la problématique de toxicomanie. Ils constituent en quelque sorte les principaux défis à relever pour que la situation puisse s'améliorer.

3.1 LES ENJEUX MAJEURS

De l'avis des participants à la consultation 2000, les efforts devraient être rapidement concentrés sur les objectifs suivants :

- l'élaboration d'une stratégie nationale interministérielle en toxicomanie qui oriente l'ensemble des actions mais qui laisse quand même place, au niveau des modalités d'application, aux particularités régionales et locales ;
- l'intensification des efforts en promotion de la santé et en prévention, ainsi que le développement de stratégies de dépistage et d'intervention précoce ;
- l'adaptation des méthodes d'intervention à la complexité accrue des problématiques et l'adoption d'une approche globale ;
- l'implication de tous les partenaires concernés dans des stratégies d'action communes ;
- le renforcement des liens entre les réseaux public, privé et communautaire ;
- l'adoption de plans d'action ciblés visant à réduire l'usage inapproprié de substances psychoactives chez les jeunes ;
- l'amélioration du continuum des services dans toutes les régions, afin d'assurer à tous les Québécois l'accessibilité aux services que leur situation requiert ;
- le développement de programmes de réinsertion sociale, à l'ensemble du Québec ;
- une meilleure intégration dans les pratiques de l'approche de réduction des méfaits et l'amélioration de la cohabitation avec les autres approches, notamment celles visant l'abstinence ;

- l'évaluation des divers programmes existants et la diffusion des résultats quant à l'efficacité ou l'inefficacité de certaines méthodes ;
- l'analyse du phénomène de banalisation de la consommation de certaines substances et la recherche de solutions pour contrer ce phénomène émergent ;
- l'analyse des impacts positifs et négatifs d'une éventuelle décriminalisation de la possession simple de cannabis ;
- la circulation accrue des informations, notamment en ce qui concerne les diverses expériences réalisées sur le territoire québécois ;
- un CPLT présent et encore plus actif.

3.2 QUELQUES PISTES D'ACTION

À chacune des étapes de la consultation, les participants ont aussi été invités à faire part de leurs réflexions quant aux différents moyens à prendre ou aux différentes mesures à mettre en place, ou quant aux éléments à prendre en compte, en vue de relever certains des défis précédemment identifiés. Voici donc quelques-unes des pistes qui ont été suggérées.

En regard de la concertation

On ne peut exiger des gens du terrain qu'ils règlent seuls les problèmes actuellement vécus au niveau de la concertation. La concertation doit se faire entre les différents acteurs impliqués en toxicomanie, à tous les niveaux décisionnels : entre les ministères, en ce qui concerne les grandes orientations ; entre les réseaux de services ou entre les organismes et établissements en ce qui concerne les ententes globales de collaborations ; entre les intervenants, dans le cas par cas, au quotidien.

Les gens du terrain s'attendent d'abord à ce qu'au plus haut niveau décisionnel, c'est-à-dire au niveau gouvernemental, soit démontrée une volonté politique claire de faire de la lutte à la toxicomanie une priorité. Cette volonté politique sera clairement démontrée lorsque les responsables des différents ministères visés (Santé et Services sociaux, Éducation, Sécurité publique, Justice, Travail, Solidarité sociale, Famille et Enfance de la Métropole, Secrétariat aux Affaires autochtones) accepteront de s'asseoir à une même table pour convenir d'orientations communes

et pour doter le Québec d'une stratégie nationale en matière de toxicomanie. De l'avis de plusieurs, la responsabilité d'initier une telle démarche, de la coordonner et d'en assurer le suivi devrait relever directement du premier ministre du Québec.

Alors que la stratégie nationale permettrait de clarifier les grandes orientations et les grands paramètres de l'intervention (prévention – répression – traitement – réinsertion) en matière de toxicomanie, les modalités de collaborations entre les différents partenaires devraient être conçues au niveau de régions et des sous-régions. À cet égard, il ressort fortement de la consultation du CPLT que les régies régionales devraient jouer un rôle beaucoup plus actif en vue de coordonner les activités des différents acteurs dans le champ de la toxicomanie, d'assurer la complémentarité des services et de favoriser les collaborations. Le PROST (Plan régional d'organisation des services en toxicomanie) ne suffit pas de le concevoir sur papier, il faut surtout en assurer la mise en oeuvre et le suivi.

Des efforts devront aussi être faits par les ressources et par les individus pour accepter de confronter leurs philosophies d'intervention et pour tenter d'harmoniser leurs pratiques. La participation à des sessions conjointes de formation, à des journées d'étude favorisant le partage d'expertises et à des tables permanentes de concertation est ici considérée comme un outil privilégié pour le développement d'une vision commune, d'un langage commun et de collaborations plus étroites. Au plan clinique, l'élaboration de plans de services individualisés (PSI), est aussi considéré comme un outil privilégié pour assurer la concertation.

Enfin, tous s'entendent pour dire qu'il faut apporter un soutien financier à la concertation. Non seulement le temps consacré à ces activités doit-il être comptabilisé et défrayé, mais des allocations budgétaires spécifiques devraient être prévues pour assurer la stabilité des mécanismes de concertation (soutien financier aux tables de concertation, financement de projets conjoints, allocations aux organismes communautaires pour favoriser leur implication dans les partenariats, etc.).

En regard de la prévention

Les orientations et la stratégie élaborées par le MSSS en matière de prévention de la toxicomanie, qui sont annoncées depuis quelques années¹, devraient permettre de clarifier bon nombre d'aspects encore mal connus ou mal compris dans ce champ d'activités. Cependant, comme il s'agit d'une démarche menée par un seul ministère, alors que d'autres ministères (principalement l'Éducation et la Sécurité publique) sont également impliqués en prévention de la toxicomanie, il sera nécessaire de compléter la démarche avec ces partenaires majeurs. Par ailleurs, le document du MSSS pourrait aussi être considéré comme un « morceau » de la stratégie nationale dont le Québec devra se doter.

Les gestes majeurs à poser en promotion de la santé et en prévention, dans le champ de la toxicomanie, seraient les suivants :

- procéder à l'évaluation des programmes existants et déterminer quelles sont les stratégies efficaces et celles qui ne le sont pas ;
- arrêter, pour une période donnée, le saupoudrage et les investissements dans des projets à court terme, et investir plus significativement dans certains programmes plus prometteurs, qui seraient rigoureusement évalués, en étant par ailleurs assurés des conditions de base nécessaires à de telles évaluations (durée de vie suffisante, financement adéquat, personnel qualifié, implications de chercheurs reconnus, etc.) ;
- stabiliser, en assurant la récurrence des budgets, les programmes démontrés efficaces ;
- s'assurer de la formation et de la qualification des intervenants en prévention ; assurer également à ces intervenants l'encadrement et la supervision appropriée ;
- rétablir la mesure « EPT » dans l'ensemble des écoles secondaires du Québec et l'étendre au deuxième cycle du primaire ;

¹ Ces orientations et cette stratégie ont d'abord été annoncés, en 1997, lors de la publication des priorités nationales de santé publique 1997-2002. Le groupe de travail mandaté pour les produire a déposé son rapport final à l'automne 1998. Toutefois, au moment d'écrire ces lignes, le MSSS ne les a pas encore adoptés officiellement.

pistes d'action

- impliquer les professeurs, en concertation avec les autres intervenants auprès des jeunes et de leurs familles, dans les actions de prévention ; impliquer les médecins et autres professionnels de la santé dans la prévention de l'usage inapproprié de certaines substances (ex. : médicaments, alcool) ;
- créer des ponts entre les secteurs privé, public et communautaire, afin de soutenir les actions entreprises en milieu de travail face à la toxicomanie et aux problèmes qui lui sont associés ; asseoir aux tables de concertation des représentants des milieux de travail (centrales syndicales, responsables de programmes d'aide aux employés) qui ont développé une certaine expertise et qui peuvent rejoindre un bassin important de la population ;
- agir en amont des problèmes, particulièrement en adoptant des mesures de lutte contre la pauvreté.

Selon les participants à la consultation, les principaux groupes à cibler, au cours des prochaines années, seraient les suivants :

- les jeunes, principalement dans les écoles, au niveau du secondaire et du deuxième cycle du primaire, mais aussi dans leurs différents milieux de vie (sur la rue, dans les parcs, dans les maisons de jeunes, etc.) ;
- les jeunes adultes (18-25 ans) ;
- les parents, de façon générale, notamment en milieu de travail, mais particulièrement, les jeunes parents et les parents toxicomanes ;
- les personnes âgées.

En regard du traitement

On s'entend pour privilégier une approche globale des problèmes, compte tenu des multiples facettes de la toxicomanie et des nombreuses problématiques qui lui sont associées. Le modèle biopsychosocial et l'approche systémique sont particulièrement mis de l'avant.

La présence, au sein de la clientèle toxicomane, d'une très forte proportion d'individus présentant des problématiques multiples commande des interventions simultanées et coordonnées de différents intervenants.

On déplore particulièrement la difficulté de coordonner les actions dans les cas de comorbidité (toxicomanie et problèmes de santé mentale). On suggère donc que des efforts particuliers soient faits en vue d'obtenir la collaboration et l'implication des psychiatres face à ces clientèles.

On considère important de ne pas se centrer essentiellement sur l'individu, mais de tenir compte du contexte dans lequel s'inscrit la toxicomanie. Des interventions complémentaires doivent porter sur l'environnement. Les services à l'entourage demeurent essentiels.

Concernant le suivi post-cure, on considère qu'il doit être envisagé avec un minimum d'intensité et à relativement long terme. On suggère de s'inspirer, dans la conception de tels programmes, de certaines expériences réalisées dans le secteur de la santé mentale.

Comme dans le cas des programmes de prévention, on suggère qu'il y ait une évaluation des ressources existantes (accréditation, cadre de référence). On souhaite également que soient clarifiées les notions de réussite et d'échec d'un traitement.

En regard de la réduction des méfaits

Considérant que l'approche est encore mal perçue et mal comprise de plusieurs intervenants, et encore plus dans la population générale, on suggère que les efforts se poursuivent pour mieux la faire connaître et comprendre.

Des efforts particuliers devront être faits pour préciser comment concilier cette approche avec le choix, par plusieurs milieux, de la tolérance zéro (ex. : écoles, milieux de travail, milieux policiers, milieux correctionnels).

On insiste également pour que cette approche ne soit pas considérée comme une panacée universelle et que les ressources prônant l'abstinence continuent d'occuper également une place importante dans la gamme des services.

En regard des jeunes

- Mettre sur pied des activités qui leur sont spécifiquement destinées en prenant soin de les consulter.
- S'assurer d'une plus grande cohérence des messages et des actions à leur endroit. S'assurer de véhiculer des informations qui trouvent un juste équilibre entre la dramatisation et la banalisation.
- Intensifier le travail auprès des familles. Développer des stratégies pour impliquer les parents et les soutenir. Impliquer systématiquement les comités de parents dans les mécanismes de concertation.

En regard de la recherche et du transfert des connaissances

- Intensifier les collaborations entre cliniciens et chercheurs. Intéresser les milieux de la recherche à la toxicomanie. Procéder davantage à des recherches terrain.
- Des recherches devraient être menées en contexte québécois, en vue de déterminer les modes d'intervention les plus efficaces pour les différents types de clientèles, ainsi que les modalités de traitement les moins coûteuses.
- Divers moyens devraient être conçus pour mieux faire connaître les expériences réussies : diffusion de documents, colloques, etc. Certains suggèrent aussi de faire circuler l'information sur les expériences à ne pas reproduire. On suggère que le CPLT joue un rôle plus actif à cet égard.

En regard du rôle du CPLT

- Certains considèrent que le CPLT devrait pouvoir interpeller les ministères concernés par la toxicomanie et de formuler directement des recommandations.
- Certains suggèrent que le CPLT travaille plus étroitement avec les régies régionales, notamment dans la conduite d'études régionales.
- On suggère aussi que le CPLT assume davantage de leadership au niveau de la concertation intersectorielle, notamment en interpellant les différents acteurs quant à l'incohérence de leurs actions ou des messages qu'ils véhiculent.
- On suggère que le CPLT suscite et favorise les débats d'idées sur les sujets les plus d'actualité (ex. : déjudiciarisation/décriminalisation/légalisation de certaines substances).

En regard du financement

- Tous s'entendent pour dire qu'il faut cesser d'allouer des argents de façon ponctuelle ou à court terme, au gré des pressions. Seule une stratégie globale et les plans d'actions qui en découleront pourront permettre de procéder à une allocation cohérente des budgets.
- Des budgets spéciaux devraient être octroyés pour la prévention et le traitement de la toxicomanie, tant au niveau des régies régionales que des écoles et des milieux de travail.
- On insiste pour un financement adéquat et continu des organismes communautaires qui travaillent avec des clientèles toxicomanes ou à risque de le devenir.

bilan

Tracer le portrait de la situation en toxicomanie, en l'an 2000, c'est aussi faire le point, dix ans après le dépôt du rapport du Comité Bertrand. C'est tout d'abord faire le constat que beaucoup de chemin a été parcouru, que de nouvelles connaissances ont été acquises, que plusieurs mesures ont été prises pour atteindre les objectifs de lutte à la toxicomanie. Par ailleurs, c'est aussi prendre acte de certains reculs ou de l'absence d'évolution au niveau de situations déjà identifiées comme problématiques.

En effet, malgré l'amélioration des connaissances en toxicomanie, malgré des diagnostics passablement précis des problèmes et une identification assez complète des besoins, malgré des efforts louables pour trouver des solutions et pour dresser des plans d'action, le sentiment partagé des gens du terrain, c'est que les impacts des acquis ont en quelque sorte été annulés des reculs dans certains domaines.

À cet effet, il faut noter que plusieurs éléments de diagnostic dégagés du rapport du Comité Bertrand (1989-1990), du congrès Rond-Point (1995), des consultations provinciales du CPLT de 1995-1996 et de 1999-2000 demeurent sensiblement les mêmes.

4.1 GROUPE DE TRAVAIL SUR LA LUTTE CONTRE LA DROGUE (COMITÉ BERTRAND)

En 1990, les constats suivants étaient faits par le Comité Bertrand ²:

- le nombre d'usagers de drogues est en hausse et la plus forte proportion de consommateurs se trouve chez les 15 à 29 ans ;
- les usagers commencent à consommer de plus en plus jeunes, soit entre 12 et 15 ans ;
- les polytoxicomanies se sont multipliées ;
- le trafic s'est accru et le marché des drogues s'est diversifié (à noter que le Groupe de travail soulignait à cet égard qu'on risquait, à court terme, de voir se multiplier les guerres de territoires et la violence générée autant par le trafic que par l'usage) ;
- le phénomène-drogue reflète un problème de société ;
- l'usage de drogues constitue un problème de santé réel et, sont associés à la toxicomanie, toute une série de problèmes physiologiques et mentaux concomitants ;

- la qualité de vie des proches des consommateurs de drogues se dégrade ;
- une large part de la criminalité est imputable à l'usage et au trafic de drogues ;
- les toxicomanies et les trafiquants coûtent cher économiquement et socialement.

Le Groupe de travail concluait qu'il était urgent d'agir et il proposait un ensemble de mesures, insistant sur la nécessité d'une mobilisation sociale, dans le cadre d'une action concertée, dont le gouvernement assumerait le leadership avec la ferme détermination d'agir dans le sens de la prévention et de la promotion de saines habitudes de vie, particulièrement auprès des individus à risque. Il insistait aussi sur le fait que la mobilisation au niveau local nécessite que chaque palier de gouvernement y consacre les ressources requises et que cette mobilisation ne pourrait être efficace que si les actions sont concertées et coordonnées entre les divers niveaux d'intervention.

La création du Comité permanent de lutte aux drogues (devenu depuis le Comité permanent de lutte à la toxicomanie) faisait suite à l'une des recommandations du Rapport Bertrand. Trois ans après sa création, le Comité permanent effectuait un premier bilan de l'action gouvernementale en matière de toxicomanie et il formulait un ensemble de recommandations ³.

La première et principale recommandation était ainsi formulée : « *Il est recommandé que le gouvernement québécois établisse dans les plus brefs délais une stratégie gouvernementale québécoise de lutte aux drogues* ». Cette recommandation s'appuyait sur les observations suivantes : manque de continuité dans le développement des programmes ; incohérences flagrantes, voire contradictoires, dans les actions des divers acteurs, notamment en prévention ; actions dispersées et, dans certains cas, inefficaces ; absence d'un mécanisme provincial de coordination qui s'appuie sur des lignes directrices claires.

² *Gouvernement du Québec (1990). Rapport du groupe de travail sur la lutte contre la drogue. Québec : Publications du Québec.*

³ *Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1994). Vers une stratégie québécoise de lutte aux drogues. Québec : Publications du Québec.*

4.2 LE CONGRÈS ROND-POINT 95

En 1995, lors du congrès Rond-Point 95, 600 intervenants de tous les milieux ont formulé un ensemble de recommandations parmi lesquelles figuraient les suivantes :

- que la toxicomanie devienne une priorité pour les décideurs et qu'une coordination intersectorielle, aussi bien au niveau provincial que régional, soit assurée ;
- qu'il soit demandé au premier ministre du Québec de mettre sur pied un groupe de travail indépendant qui présentera une stratégie globale d'ici un an, stratégie couvrant : **les politiques d'orientations – la légalisation – la prévention – la répression – la priorisation dans l'attribution des ressources financières et humaines – la recherche et l'évaluation – l'éducation des jeunes en regard de la toxicomanie – le traitement et la réadaptation – la décriminalisation et ce, en tenant compte des particularités régionales ;**
- qu'une concertation interministérielle puisse renforcer le rôle des comités régionaux et des tables de concertation, afin d'assurer une répartition plus équitable des budgets en fonction d'une stratégie intégrée utilisant de façon optimale les compétences et les mandats de chacun ;
- que l'on élabore des stratégies gouvernementales concertées de prévention, stratégies accompagnées de budgets adéquats pour leur mise en œuvre ;
- que l'on offre une formation adaptée, afin de préparer les partenaires et gestionnaires de tous les milieux à la concertation ;
- que l'on s'inspire des réussites locales, développées dans un contexte de stabilité et de qualité des programmes, des services et des intervenants ;
- que l'on consulte et que l'on implique la communauté, les intervenants de première ligne, la famille, le milieu scolaire, les milieux policiers, le milieu de travail, les milieux politiques, les organismes communautaires et bénévoles, ainsi que les toxicomanes dans la définition des actions à entreprendre.

4.3 LA CONSULTATION DU CPLT 1995-1996

À l'issue de cette consultation provinciale du CPLT, les principaux problèmes identifiés étaient les suivants :

- le manque de concertation et de cohérence dans les actions, tant sur le terrain qu'au niveau des décideurs ; une concertation qui se maintient au niveau des discours plutôt que de s'actualiser dans les pratiques ;
- l'absence de certains partenaires indispensables ou le manque d'intérêt de certains décideurs pour prioriser cette problématique et poser les gestes en conséquence ;
- le manque d'efforts en prévention ;
- les lacunes importantes dans le continuum de services et une accessibilité pas toujours réelle ;
- l'absence de normes de qualité pour encadrer les ressources qui dispensent des services aux toxicomanes et à leur entourage ;
- le manque total de consensus quant à la légalisation ou la décriminalisation du cannabis ;
- l'absence d'une politique globale et cohérente en matière de toxicomanie qui implique tous les acteurs concernés.

Suite à cette consultation, le CPLT adressait au ministre de la Santé et des Services sociaux 21 recommandations regroupées autour des sept thèmes suivants :

- l'implantation d'une stratégie nationale ;
- la concertation intersectorielle et le leadership ;
- la prévention auprès des jeunes ;
- l'intervention en toxicomanie dans le réseau public ;
- la réduction des méfaits ;
- la déjudiciarisation de la possession simple de cannabis.

l'avenir

4.4 LA CONSULTATION DU CPLT 1999-2000

Cette consultation provinciale menée en 1999-2000, fait à nouveau ressortir, nous l'avons vu au chapitre précédent, des préoccupations, des besoins et des attentes semblables. Sans reprendre la liste exhaustive des constats et des enjeux, soulignons que malgré des améliorations sensibles dans certains secteurs, plusieurs problèmes perdurent :

- l'absence d'une stratégie nationale interministérielle en toxicomanie ;
- la concertation encore difficile et beaucoup d'incohérence dans les messages et dans les actions ;
- les ressources financières insuffisantes et d'importantes lacunes dans le continuum de services ;
- le manque d'efforts en prévention et des orientations ministérielles qui tardent à être connues ; l'effritement de certaines mesures adoptées suite au rapport Bertrand (ex. : diminution importante des EPT dans les écoles ; des coordonnateurs en prévention de la toxicomanie qui ne consacrent qu'un faible pourcentage de leur temps à la toxicomanie ou dont les postes sont continuellement remis en question) ;
- la situation des jeunes qui s'aggrave et la difficulté encore plus grande de rejoindre et d'impliquer les parents ;
- la polytoxicomanie qui se généralise et les problèmes associés qui se multiplient ;
- la banalisation, voire la négation des problèmes dans plusieurs milieux ;
- le débat sur la décriminalisation du cannabis qui se poursuit et qui n'est toujours pas tranché.

4.5 LE BILAN ET LES QUESTIONS DÉTERMINANTES POUR L'AVENIR

Au cours des dix dernières années, des travaux de recherche ont été menés et des connaissances ont été acquises en regard de la toxicomanie elle-même et de ses nombreuses interactions avec d'autres problèmes sociaux majeurs. Les intervenants sont dans l'ensemble mieux formés, même si certaines lacunes persistent. De nouveaux programmes ont été conçus en vue de mieux répondre aux besoins spécifiques des diverses clientèles (ex. : programmes pour les adolescents toxicomanes ou à risque de le devenir ; programmes pour les clientèles judiciairisées ou présentant des problèmes de santé mentale ; services à l'externe ;

programmes de traitement à la méthadone ; programmes visant une consommation d'alcool modérée ou réfléchie ; etc.). Le MSSS et les régies régionales ont élaboré des orientations, des plans d'action, des politiques et de nouvelles expériences ont été tentées avec succès en milieu scolaire, en milieu de travail et en milieu communautaire. Des partenariats efficaces et rentables se sont établis entre différents groupes d'intervenants et des argents nouveaux ont été investis pour mieux prévenir et mieux traiter.

Toutefois, les interventions ont continué de se faire sans plan d'action intégré, sans soucis de cohérence et de complémentarité, sans trame conductrice à long terme. Il faut maintenant tableur sur les connaissances acquises, miser sur les expériences réussies, unir les forces vives des différents acteurs en mesure d'apporter une contribution significative et les mobiliser vers un but commun, en leur fournissant un cadre clair dans lequel peut s'inscrire leur contribution.

À ce stade, il faut que la société québécoise reconnaisse que la toxicomanie est un problème social majeur qui potentialise un ensemble d'autres problèmes sociaux. Elle représente des coûts socio-économiques très significatifs et commande une mobilisation de tous en vue d'en réduire les impacts négatifs. Le Québec doit se doter d'une stratégie nationale de lutte à la toxicomanie, en impliquant tous les ministères concernés, et assurer la coordination continue des actions sur la base de cette stratégie globale.

Après avoir entendu des centaines d'intervenants, experts et décideurs des diverses régions du Québec et de tous les secteurs d'intervention, et après avoir fait le point sur les connaissances acquises au cours des dernières années, le CPLT estime être en mesure de formuler des recommandations qui devraient contribuer grandement à l'amélioration de la situation du Québec en matière de lutte à la toxicomanie. Elles s'appuient sur une extraordinaire convergence des conclusions de ces études et de ces consultations.

Les recommandations s'organisent autour d'un thème majeur, celui de la Stratégie nationale interministérielle en toxicomanie auquel se subordonnent les autres recommandations de la consultation regroupées autour des thèmes suivants : la concertation, le continuum des services et le financement.

LA STRATÉGIE NATIONALE INTERMINISTÉRIELLE

- Considérant que la toxicomanie est une problématique à multiples facettes, qu'elle touche tous les milieux et que les partenaires à mobiliser sont multiples ;
- Considérant qu'en l'absence de lignes directrices, de planification et de mécanismes de coordination, l'ensemble des actions des différents partenaires manque de cohérence, de continuité et d'efficacité ;
- Considérant que la toxicomanie coûte cher à la société, que les ressources pour y faire face sont limitées, que le ralliement d'un maximum de partenaires issus non seulement des ministères, organismes gouvernementaux et paragouvernementaux, mais également du monde syndical, communautaire, du milieu des affaires et des autres milieux de travail peut permettre la convergence des ressources et des compétences vers un objectif commun, le CPLT recommande :

Recommandation 1 : que le gouvernement québécois entreprenne l'élaboration et la mise en place d'une stratégie nationale interministérielle de lutte à la toxicomanie.

LA CONCERTATION

- Considérant l'impossibilité d'articuler une stratégie nationale sans l'implication de toutes les instances concernées :

- Considérant que la concertation, même si elle s'est améliorée aux plans local et régional, demeure insuffisante au plan provincial ;
- Considérant la nécessité de bien définir les rôles de chacun des acteurs dans ce champ d'action, de coordonner l'ensemble des activités et d'en assurer la complémentarité ;
- Considérant l'importance de susciter et de soutenir les collaborations et de réduire les rivalités entre les différents réseaux, organismes et intervenants ;
- Considérant l'importance de développer des visions communes appuyées sur un ensemble de valeurs partagées, le CPLT recommande :

Recommandation 2 : que soit formé un Comité interministériel en toxicomanie, composé des ministères suivants : Santé et Services sociaux, Éducation, Sécurité publique, Justice, Travail, Solidarité sociale, Famille et Enfance, de la Métropole ainsi que du secrétariat aux Affaires autochtones.

Recommandation 3 : que le Comité interministériel ait pour principal mandat d'initier la démarche d'élaboration de la stratégie québécoise de lutte à la toxicomanie, de superviser et de coordonner les activités relatives à cette démarche et d'assurer le suivi de sa mise en œuvre.

Recommandation 4 : que le CPLT joue le rôle d'aviseur du Comité interministériel pour tous les travaux reliés à l'élaboration de la stratégie nationale interministérielle ainsi qu'à son suivi.

Recommandation 5 : que toutes les régies régionales du Québec se dotent de mécanismes efficaces visant à stimuler la collaboration et la concertation entre les différents partenaires impliqués dans le champ de la toxicomanie sur leur territoire.

recommandations

LE CONTINUUM DES SERVICES

- Considérant que les premières expériences de consommation de substances psychoactives débutent à un âge de plus en plus précoce, qu'il y a un accès de plus en plus facile à une très grande diversité de substances, dont certaines sont particulièrement nocives ;
- Considérant que les problèmes liés à une consommation inappropriée se sont accrues et complexifiés au cours des dernières années ;
- Considérant l'ampleur des conséquences néfastes liées à un usage inapproprié de substances psychoactives sur les individus, leur entourage et sur la société en général ;
- Considérant que, dans toutes les régions du Québec, le continuum des services demeure incomplet et, qu'en conséquence, certaines clientèles ne reçoivent pas les services que leur situation requiert, le CPLT apporte les recommandations suivantes :

Recommandation 6 : que le MSSS adopte des mesures ayant trait au continuum des services et ce, en fonction des différentes population cibles.

Recommandation 7 : que le MSSS accorde la priorité à la prévention, au dépistage et à l'intervention précoce auprès des groupes à risque.

Recommandation 8 : que des efforts particuliers soient faits en vue de développer, partout au Québec, des programmes de réinsertion sociale.

Recommandation 9 : que l'on procède à l'évaluation des programmes existants et que l'on se dote des moyens nécessaires pour assurer une qualité et une efficacité réelle des différents programmes dispensés par les réseaux public, privé et communautaire.

- Considérant que les efforts récents du MSSS en vue d'allouer des sommes additionnelles (plan triennal) pour la lutte à la toxicomanie ne suffisent pas à effectuer le rattrapage nécessaire pour un véritable impact à long terme ;
- Considérant la nécessité d'une intervention au long cours en matière de prévention, de répression et de traitement de l'usage inapproprié de substances psychoactives ;
- Considérant la nécessité d'attribuer de façon judicieuse les ressources limitées dont dispose le Québec et d'assurer la rentabilité de ces investissements, le CPLT recommande :

Recommandation 10 : que des budgets soient octroyés, au niveau des différents ministères, pour la lutte à la toxicomanie ; que ce soit également le cas au niveau des régies régionales et que des efforts soient faits en ce sens par les commissions scolaires et les milieux de travail.

Recommandation 11 : que le MSSS et les régies régionales assurent une attention particulière aux organismes communautaires qui travaillent auprès des clientèles toxicomanes ou à risque de le devenir.

Recommandation 12 : qu'une attention particulière soit accordée pour la formation continue des intervenants et pour le transfert des connaissances, ainsi que pour le soutien à la concertation et à la mise en place de projets-pilotes conjoints.

LE FINANCEMENT

- Considérant que les compressions budgétaires subies, au cours des années 1990, par le réseau de la santé et des services sociaux et par celui de l'éducation ont particulièrement affecté les mesures déjà mises en place ou dont le développement était prévu ;
- Considérant que le fossé entre l'ampleur des besoins et la capacité d'y répondre des réseaux publics s'est creusé davantage au cours des dernières années ;



annexes

Montréal, le 15 septembre 2000

Madame Pauline Marois
Ministre d'État
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Édifice Catherine-de-Longpré
1075, Chemin Ste-Foy, 15^e étage
Québec QC G1S 2M1

Monsieur Gilles Baril
Ministre délégué
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Édifice Catherine-de-Longpré
1075, Chemin Ste-Foy, 15^e étage
Québec QC G1S 2M1

Madame la Ministre,
Monsieur le Ministre,

Ce rapport du CLPT est le fruit d'une consultation qui a été menée par le Comité et qui a permis de rejoindre des intervenants dans l'ensemble du Québec. La consultation précédente a eu lieu en 1995-1996. Il nous semblait important de retourner une fois de plus auprès de nos commettants afin d'être en mesure de vous communiquer le plus fidèlement possible les perceptions, les opinions et les attentes des intervenants en toxicomanie du Québec en l'an 2000.

Ce rapport s'accompagne d'un document de référence qui permettra à ceux et à celles qui le souhaitent de documenter, par des statistiques ou des données de recherche, l'évolution de la toxicomanie au Québec. Ces lecteurs seront également à même de constater tout le travail de transfert de connaissances que le Comité a réalisé au cours de ces dernières années.

Nous nous sentons dans l'obligation de vous avertir que ce rapport fait des recommandations qui ne sont pas nouvelles. En effet, les collègues qui œuvrent sur le terrain en sont tous venus à un diagnostic comparable de la situation, ont fait état de besoins similaires et ont énoncé des souhaits qui se ressemblent. À cela s'ajoute que les problèmes auxquels ils sont confrontés sont sévères et persistants. Cette dernière constatation a amené notre directrice générale à consulter les principaux rapports de consultation de la dernière décennie, pour se rendre compte que les principales difficultés rapportées présentement par les intervenants avaient également été observées il y a 4 ans, 5 ans, 10 ans. Cette chronicité des problèmes sur le terrain nous suscite des inquiétudes et, nous osons le croire, devrait également vous préoccuper.

Il est très rare que des intervenants venant de tous les horizons et avec une telle divergence d'intérêts professionnels, ou même corporatifs, arrivent à s'entendre sur un même sujet. Force nous est de constater que tel est le cas dans cette consultation : intervenants de rue, représentants syndicaux, policiers, enseignants, anciens usagers, infirmières et infirmiers, intervenants sociaux, tous s'entendent pour formuler les mêmes souhaits, et leurs demandes trouvent des échos dans les dix dernières années.

Nous demeurons à votre entière disposition pour discuter plus avant du contenu du rapport et vous soutenir dans la réalisation de ses recommandations.

Veuillez croire, Madame la Ministre, Monsieur le Ministre, en notre respectueuse considération.



Louise Nadeau, présidente



Lise Roy, vice-présidente



Serge Gascon, secrétaire-trésorier



Jean Sylvestre, administrateur

LISTE DES MEMBRES DU CPLT

AU 28 FÉVRIER 2001

Louise Nadeau, Département de psychologie, Université de Montréal – présidente

Lise Roy, Programmes 1^{er} et 2^e cycles en toxicomanie, Université de Sherbrooke – vice-présidente

Serge Gascon, Service de police de la Communauté urbaine de Montréal – secrétaire-trésorier

Jean Sylvestre, Fédération des travailleurs du Québec – administrateur

MEMBRES DU COMITÉ AVISEUR

AU 28 FÉVRIER 2001

Michel Gagnon, directeur des services en détention, Établissement de détention de Sherbrooke

Robert G., thérapeute en relation d'aide et membre des Alcooliques anonymes

Morris Kokin, directeur des services professionnels et de réadaptation, Pavillon Foster

Dorothée Leblanc, consultante en toxicomanie et enseignante

Don McKay, représentant national, Syndicat canadien des Communications de l'Énergie et du Papier, FTQ

Carole Morissette, médecin, Unité des maladies infectieuses en santé publique, Régie régionale Montréal-Centre

Rodrigue Paré, directeur général, Maison Jean Lapointe

Robert Paris, coordonnateur Pact de rue et membre fondateur de l'Association des travailleurs de rue du Québec

Pierre Sangollo, directeur Sécurité publique, Ville de Sainte-Julie

MEMBRES ACTUELS DU CPLT

Rodrigue Paré, directeur général, Maison Jean Lapointe – président

Lise Roy, Programmes 1^{er} et 2^e cycles en toxicomanie, Université de Sherbrooke – vice-présidente

Pierre Sangollo, directeur Sécurité publique, Ville de Sainte-Julie – secrétaire

Madeleine Roy, directrice générale, Centre Dollard-Cormier – trésorière

Luc Chabot, président directeur général, Forum mondial Montréal 2002 - administrateur

Don McKay, représentant national, Syndicat canadien des communications de l'Énergie et du papier - administrateur

Yvon Picotte, président directeur général, Pavillon du Nouveau Point de Vue - administrateur

Robert Gauthier, directeur clinique, Pavillon Pierre-Péladeau, administrateur

Pierre Rouillard, psychiatre, Service de toxicomanie, CHUQ – Pavillon Saint-François d'Assise - administrateur