



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

OCTOBRE 1999

Toxicomanie et réduction des *méfaits*

les cahiers du

CPLT

Dépôt légal:
ISBN: 2-550-35129-0
Bibliothèque nationale du Canada
Bibliothèque nationale du Québec
Troisième trimestre 1999

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

Avant-propos

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, sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte à la toxicomanie et de lui proposer les priorités d'actions ou les domaines d'intervention à privilégier.

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, il 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 leur réflexions, leurs échanges et leurs actions.

En décembre 1996, le CPLT adressait au ministre de la Santé et des Services sociaux un ensemble de recommandations en regard de la toxicomanie. Parmi ces recommandations, certaines visaient la mise en place de programmes de réduction des méfaits à l'ensemble du Québec. Il était précisé que ces programmes devaient s'inscrire dans une approche globale et que l'on devait s'assurer d'une définition commune des termes. En vue de contribuer à cette compréhension commune, le CPLT commandait et publiait, en décembre 1997, un rapport portant sur l'approche de réduction des méfaits. Ce rapport, largement diffusé, constitue un excellent document de référence qui fournit à tous ceux et celles qui s'y intéressent l'éclairage nécessaire pour bien comprendre les tenants et aboutissants de l'approche.

Par la suite, la réflexion et les échanges se sont poursuivis au sein du CPLT et avec les membres de son Comité aviseur. Le présent fascicule est le fruit de ces réflexions et échanges. Il vise à mettre à la disposition du plus large public possible, de façon concise, et dans un style accessible, les éléments nécessaires à une meilleure compréhension de l'approche de réduction des méfaits. Le CPLT espère qu'il constituera un outil pratique, en mesure de répondre à un ensemble de questions et possiblement d'en susciter d'autres, afin de faire avancer la réflexion et les pratiques.

A)

*Clarification des concepts et définition**

Réduction des risques VS réduction des méfaits

Contrairement aux francophones d'Europe qui utilisent davantage l'appellation «réduction des risques», les francophones du Québec recourent au vocable «réduction des méfaits» qui apparaît comme une traduction plus fidèle de l'esprit du terme de base «harm», consacré dans le monde anglo-saxon, d'où origine l'approche.

De plus en plus, toutefois, on tente d'intégrer la notion de risques et la notion de méfaits à l'intérieur de l'approche. Il apparaît alors possible de concevoir l'articulation d'actions autour des deux pôles, risques (ou dangers) et méfaits (ou dommages, dégâts, préjudices, problèmes), à l'intérieur de la même approche.

Afin de permettre cette articulation, Pierre Brisson propose la distinction suivante: «la réduction des méfaits désigne l'approche générale s'occupant, en amont, de la réduction des risques de conséquences négatives (associée à la prévention primaire) et, en aval, de la réduction des conséquences négatives comme telles (associée à la prévention secondaire ou tertiaire)». Le terrain d'action de la réduction des méfaits couvre donc aujourd'hui l'ensemble du continuum de l'intervention, du primaire au tertiaire (pénétrant ainsi le milieu de la réadaptation), alors qu'au départ l'action se situait en prévention secondaire (ex.: programmes d'échange de seringues).

Définition retenue par le CPLT

L'approche de réduction des méfaits est une démarche de santé collective visant, plutôt que l'élimination de l'usage des psychotropes (ou d'autres comportements à risque ou «addictifs»), à ce que les usagers puissent développer des moyens de réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements.

* Le lecteur intéressé à approfondir ces aspects peut se référer au document suivant publié par le CPLT, en décembre 1997: Brisson, P. *L'approche de réduction des méfaits: sources, situation, pratiques*.

B)

Principes et caractéristiques de l'approche de réduction des méfaits en fonction des sources et des valeurs impliquées

PRAGMATISME + HUMANISME
SOURCES

Sociosanitaire

- santé publique
- approche rationnelle, mesurable, scientifique
- réaction à l'idéalisme et au moralisme

Communautaire

- action sociale
- approche humanitaire, civique, politique
- réaction au paternalisme et à la discrimination

VALEURS

- accès universel aux soins
- protection de la santé et de la sécurité du public
- promotion de la santé individuelle et collective

- accès équitable aux ressources collectives
- défense des droits du citoyen
- promotion de la participation et de l'intégration sociales

CARACTÉRISTIQUES

- L'usage des drogues est une réalité avec laquelle il faut composer
- L'intervention doit tenir compte des coûts et des bénéfices de l'usage et porter sur les conséquences négatives
- L'intervention doit impliquer une hiérarchie d'objectifs, prioritaires et réalistes

- Aller à la rencontre des usagers, là où ils se trouvent
- Offrir aux usagers une variété de moyens, en fonction de leurs besoins
- Impliquer les usagers en respectant leurs droits et favoriser qu'ils se prennent collectivement en charge

Conception de Pierre BRISSON (1997) pour: Comité permanent de lutte à la toxicomanie

C) *Distinction entre l'approche de réduction des méfaits et l'approche traditionnelle*

Approche de réduction des méfaits (réduction des risques et des conséquences)	Approche traditionnelle (réduction de l'offre et de la demande)
diminuer les effets négatifs de l'usage	diminuer l'incidence et la prévalence de l'usage
réduire les risques de conséquences négatives liées à l'usage primaire	réduire les conséquences négatives de l'usage secondaire/tertiaire
	réduire/éliminer les risques d'usage primaire
	réduire/éliminer l'usage existant secondaire/tertiaire

*Conception de Pierre BRISSON (1997) pour:
Comité permanent de lutte à la toxicomanie*

En fait, les deux approches ont comme but ultime la réduction des conséquences négatives (ou des risques de conséquences négatives) associées à l'usage de substances psychoactives. Toutefois, les moyens diffèrent. Ainsi, en réduction des méfaits, on s'attaque aux conséquences de l'usage, et non à l'usage, et on vise un changement n'impliquant pas immédiatement ou nécessairement l'arrêt de la consommation. L'approche de réduction des méfaits implique donc «une action dans un contexte où la consommation a cours, est maintenue, se poursuit, bref, est tolérée, le but ultime pouvant bien sûr être, à l'instar d'autres approches, l'atteinte de l'abstinence» (Brisson, 1997).

D)

Complémentarité des approches en fonction des diverses clientèles

Les consommateurs de substances psychoactives ne constituent pas un groupe homogène. Les individus qui font un usage inapproprié de ces substances ne présentent pas tous, non plus, les mêmes caractéristiques et ils n'ont pas tous les mêmes besoins. En conséquence, il n'existe pas une seule approche qui peut viser toutes les clientèles et répondre à tous les besoins. De là l'importance d'assurer la coexistence d'approches diverses, complémentaires, en mesure de répondre aux besoins diversifiés des groupes ciblés dans différents contextes d'intervention. La toxicomanie est une problématique complexe, à multiples facettes, qui nécessite des actions diversifiées, mettant à contribution de nombreux acteurs. Non seulement le pluralisme des approches ou des modèles d'intervention est-il nécessaire, mais il doit être favorisé.

Certains individus toxicomanes ou à risque de le devenir peuvent bénéficier d'interventions qui réfèrent au modèle de maladie, d'autres au modèle biopsychosocial ou au traitement pharmacologique. Pour certains aussi l'approche de réduction des méfaits peut s'avérer être le meilleur moyen de leur venir en aide.

L'accessibilité à une gamme étendue de services, à une diversité de programmes, adaptés aux différents profils de clientèles, demeure le premier principe sur lequel appuyer l'ensemble des orientations.

Le meilleur exemple, au Québec, de la coexistence possible de deux approches, en apparence antithétiques, mais en réalité complémentaires, est le suivant: *Éduc'alcool* et *Opération Nez Rouge*, en matière de consommation d'alcool.

D'une part, *Éduc'alcool* privilégie la modération et la responsabilisation et vise la réduction des intoxications, d'où son slogan « La modération a bien meilleur goût! ».

D'autre part, *Opération Nez Rouge* est un programme de raccompagnement pour personnes intoxiquées qui est opération durant la période des Fêtes et qui privilégie une bienveillante neutralité face à la consommation d'alcool et même face à l'abus de cette substance.

En fait, les deux types de programmes ou les deux types d'actions visent essentiellement le même objectif et prennent racine dans les mêmes valeurs: réduire les méfaits associés à l'usage inapproprié d'alcool. L'un supporte le développement de normes sociales en faveur de la modération et touche un large public, l'autre renforce le message en offrant aux individus en situation de prise de risques (accidents, arrestations) une alternative significative à l'intérieur d'un climat de tolérance et d'un cadre légal clair.

(Nadeau, 1998; Morissette, 1999)

E)

La réduction des méfaits ; une approche récente – des pratiques encore très embryonnaires

La réduction des méfaits a été mise de l'avant, au cours des années 1980, comme une réponse au danger représenté par la transmission du VIH chez les usagers de drogues par injection (UDI). Le taux de séroconversion chez les toxicomanes avait en effet atteint le seuil alarmant d'une véritable épidémie, principalement à cause de l'échange de seringues infectées chez les UDI. Face à cette menace, en Europe, certains pays (Grande-Bretagne et Pays-Bas) ont rapidement pris des mesures concrètes pour contrer l'épidémie : programmes d'échange de seringues, de distributions de « kits » pour la désinfection de seringues, de distribution de condoms et de lubrifiant, accessibilité plus grande à des programmes de méthadone, intensification du travail de rue pour toucher directement les UDI. Le Québec a emboîté le pas, mais plus tard (Nadeau, 1998).

Les pratiques sont donc encore très embryonnaires, du moins au Québec. Elles ne sont pas complètement intégrées, ni par les intervenants eux-mêmes, ni dans les politiques de santé publique. Les quelques programmes existants ne font toujours pas l'objet de consensus ; leur bien-fondé et leur efficacité sont constamment remis en question et leur continuité n'est aucunement assurée. La consolidation n'est pas encore réalisée.

L'expérimentation doit se poursuivre avec l'analyse critique nécessaire à tout développement. Les pratiques d'intervention auront à être davantage analysées et documentées. En fait, l'approche de réduction des méfaits est en construction actuellement, au Québec. Toutefois, pour éventuellement pouvoir en évaluer les impacts, il faut d'abord expérimenter de façon plus soutenue et avec davantage de moyens. Actuellement, les activités demeurent marginales et insuffisamment subventionnées, ce qui rend plus difficiles les efforts visant à démontrer clairement l'efficacité de l'approche.

F)

Typologies des actions en réduction des méfaits

Les actions en réduction des méfaits peuvent être regroupées dans quelques grandes catégories de pratiques, en fonction des moyens utilisés, des drogues concernées, ou encore des stratégies sous-jacentes (éducation, travail de rue, action politique). Le tableau qui suit présente quatre classifications de sources diverses : la première émane de l'Europe (Mino, 1993), la deuxième d'un regroupement de chercheurs associés à l'*International Harm Reduction Association* (Nadelman et coll., 1994), la troisième est proposée par les Canadiens anglais impliqués en réduction des méfaits, autour du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et de l'Addiction Research Foundation (CCLAT, 1996), et la quatrième a été conçue par Pierre Brisson dans le cadre de ses travaux pour le CPLT (Brisson 1997).

Mino, 1993

Mise à disposition de seringues et condoms	Mise à disposition de drogues <ul style="list-style-type: none"> Méthadone Prescription héroïne/cocaine 	Aides sociales et médicales <ul style="list-style-type: none"> Abris de nuit Centres de jour Soins ambulatoires 	Action dans le milieu <ul style="list-style-type: none"> Groupes d'usagers 	Prévention primaire <ul style="list-style-type: none"> Information Éducation 	Action policière <ul style="list-style-type: none"> Déjudiciarisation Intervention dans les prisons 	Action politique <ul style="list-style-type: none"> Communication dans les médias
--	---	--	---	--	---	--

Nadelman et coll., 1994 (notre traduction)

Accès aux seringues <ul style="list-style-type: none"> Échange Nettoyage 	Travail avec et par les usagers <ul style="list-style-type: none"> Éducation Groupes d'usagers Analyse des produits 	Zones informelles <ul style="list-style-type: none"> Abris de nuit Salles d'injection Appartements supervisés Scènes ouvertes 	Méthadone <ul style="list-style-type: none"> TraITEMENT Programmes à bas seuil 	Prescription de drogues <ul style="list-style-type: none"> Opiacés Stimulants 	Cannabis <ul style="list-style-type: none"> DÉCRIMINALISATION de fait Déjudiciarisation 	Nicotine <ul style="list-style-type: none"> Patchs Inhalation Cigarettes faibles en nicotine
--	--	---	--	---	---	---

CCLAT, 1996 (notre traduction)

Accès/échange de seringues <ul style="list-style-type: none"> DISTRIBUTEUR Désinfection Outreach Pharmacies et postes de police 	Programmes méthadone <ul style="list-style-type: none"> TraITEMENT Programmes à bas seuil 	Programmes d'éducation et travail d'approche <ul style="list-style-type: none"> Matériel éducatif Travail de rue 	Politiques d'application des lois <ul style="list-style-type: none"> Tolérance DÉCRIMINALISATION de fait Travail communautaire 	Prescription de drogues <ul style="list-style-type: none"> Opiacés Autres 	Zones de tolérance <ul style="list-style-type: none"> Salles d'injection Appartements de revendeurs Quartiers sécuritaires 	Politiques et programmes sur l'alcool <ul style="list-style-type: none"> Interventions de serveurs Chauffeurs désignés Boire contrôlé 	Politiques et programmes sur le tabac <ul style="list-style-type: none"> Gomme Patchs Espaces non fumeurs
---	---	--	---	---	---	--	--

Brisson, 1997

Drogues illicites

Matériel de consommation sécuritaire <ul style="list-style-type: none"> Seringues Embuts de pipe 	Drogues de substitution <ul style="list-style-type: none"> Méthadone Héroïne Autres 	Travail avec et par les usagers et l'entourage <ul style="list-style-type: none"> Outreach Pairs intervenants Autosupport Empowerment 	Zones de tolérance <ul style="list-style-type: none"> Scènes ouvertes Salles sanitaires Hébergement 	Information et éducation <ul style="list-style-type: none"> Usagers réguliers Usagers occasionnels 	Applications et modifications des lois <ul style="list-style-type: none"> DÉCRIMINALISATION Collaboration Déjudiciarisation
Modification des substances <ul style="list-style-type: none"> Alcool Tabac Médicaments 	Produits de substitution <ul style="list-style-type: none"> Naltrexone Patchs, gommes, vaporisateurs 	Consommation contrôlée <ul style="list-style-type: none"> Alcool Tabac 	Mesures environnementales <ul style="list-style-type: none"> Physiques Communautaires Politiques 		

Conception de Pierre BRISSON (1997) pour: Comité permanent de lutte à la toxicomanie

G)

Quelques exemples québécois d'application pratique

Opération Nez Rouge

Opération Nez Rouge est sans doute le programme le plus connu et celui qui vise le public le plus large. C'est l'ancêtre et le modèle des services de raccompagnement: plusieurs autres villes canadiennes et différentes régions de la Suisse et de la France s'en sont inspirées. Il s'agit d'une mesure à caractère communautaire et à portée sociale d'importance. Le programme fonctionne essentiellement grâce à une prise en charge du milieu, à travers le support et la solidarité de multiples partenaires. C'est en fait un service de chauffeur privé, offert gratuitement durant la période des fêtes (décembre) à quiconque a trop bu ou ne se sent pas capable de conduire son automobile, le tout dans l'assurance de la plus grande confidentialité. Le service est assuré par des bénévoles. Les gens ne sont ni encouragés ni condamnés s'ils ont bu, l'essentiel est qu'ils ne conduisent pas dans cet état (Brisson, 1997).

Alcochoix

Créé à Edmonton par le *Capital Health Authority*, ce programme a fait l'objet d'une expérimentation québécoise très concluante au milieu des années '90 dans deux CLSC de Montréal: Mercier-Est/Anjou et La Petite Patrie. Compte tenu des résultats très probants qui ont alors été obtenus, le projet a depuis été maintenu et a même pris de l'expansion, grâce à l'appui du Ministère de la Santé et des Services sociaux. L'*Alcochoix* est maintenant disponible dans de nombreux CLSC, et ce dans différentes régions du Québec, notamment dans tous les CLSC de la ville de Québec et dans plusieurs CLSC de la région de Montréal. De plus, le programme s'appuie sur un solide partenariat avec le Centre Dollard-Cormier, le RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec) et Éduc'alcool.

Il s'agit d'un programme de prévention secondaire qui s'adresse à des adultes non-dépendants qui souhaitent modifier leurs habitudes de consommation d'alcool sans pour autant devenir abstinents (quoiqu'en cours de route certains choisissent cette voie). Il a en fait été conçu pour soutenir les buveurs qui désirent diminuer leur consommation et maintenir par la suite des habitudes de consommation modérée.

Les buveurs recrutés, hommes et femmes, consomment en moyenne entre 15 et 35 consommations «standards» par semaine. Le but visé est de ramener la consommation

à un maximum de 14 consommations par semaine pour les hommes (et pas plus de quatre par jour) et à un maximum de 12 consommations hebdomadaires pour les femmes (et pas plus de trois par jour), le tout en s'assurant d'au moins deux journées d'abstinence par semaine.

L'approche retenue est une approche cognitive behaviorale: l'individu est amené à prendre conscience de ses habitudes de consommation, puis à élaborer et à expérimenter des stratégies visant à modifier ces habitudes. Trois cheminements possibles lui sont proposés pour atteindre ses objectifs: une formule autonome, une formule dirigée et une formule de groupe.

■ Programmes de distribution et d'échange de seringues

Devant la menace de propagation du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection (UDI) et chez leurs partenaires sexuels, la très grande majorité des gouvernements des pays développés ont mis en place, dès le milieu des années 1980, des programmes d'accès au matériel d'injection stérile. Au Québec, ce type de programme est apparu, avec la création de Cactus à Montréal, en 1989. Depuis, le nombre de sites d'accès aux seringues s'est accru considérablement et s'est étendu à l'ensemble du territoire québécois, même s'ils demeurent beaucoup plus nombreux à Montréal et à Québec. Le dernier bilan produit par le Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS), en mai 1999, fait état des chiffres suivants: on établissait, en 1997, à plus de 646 le nombre de centres d'accès aux seringues, sur le territoire québécois; on estime que près d'un million de seringues sont distribuées actuellement au Québec, par année, afin de prévenir la transmission du VIH et des hépatites.

On distingue trois grands types de programmes d'accès aux seringues:

- **les centres spécialisés de prévention (CSP)** qui sont maintenant au nombre de quatre (Cactus, Point de Repères, PRE-FIX, Spectre de rue) et qui opèrent des sites fixes d'échange de seringues dans des quartiers urbains à forte concentration d'UDI; outre l'échange de seringues, ces programmes offrent généralement sur place une large gamme de services (référence, dépistage, soins, etc.) et ils ont aussi développé des volets spécifiques tels que l'intervention en milieu carcéral et l'intervention auprès des personnes prostituées ou dans les lieux de consommation (CQCS, 1999);
- **les programmes avec approche communautaire (PAC)** qui sont également au nombre de quatre (Pic-Atouts, L'Anonyme, Pact de rue, Gens de la rue) et qui opèrent avec un site fixe ou une unité mobile, utilisant aussi parfois une approche d'outreach pour rejoindre les UDI dans la communauté (parcs, piqueurs, sur la rue, dans différents milieux de vie); les programmes «Gens de la rue» et «Pic-Atouts» effectuent une intervention spécialisée en regard de la prévention du VIH chez les UDI, tandis que «Pact de rue» et «L'Anonyme» intègrent la prévention du VIH parmi les autres préoccupations lorsqu'ils interviennent auprès de leurs clientèles (CQCS, 1999);

-
- **les programmes avec sites multiples non spécialisés (PSM)** qui ont été développés pour assurer l'accessibilité à du matériel d'injection stérile en dehors des grands centres urbains, là où il n'y a pas de grande concentration de toxicomanes et qui existaient, en 1998, dans 14 régions du Québec; ces programmes ont été implantés par les Directions régionales de santé publique et ils sont principalement situés dans des établissements de santé (CLSC, urgences des CH) et dans des pharmacies; la gamme des autres services offerts aux toxicomanes (dépistage, soins médicaux, soutien psychosocial) varie beaucoup d'un site à l'autre, mais tous ces programmes déclarent fournir des services de base tels l'information et l'éducation, l'écoute et le soutien psychosocial, la référence à des ressources de dépistage MTS/sida et toxicomanie; une majorité d'entre eux dispense aussi des services sur place de *counselling*, de dépistage MTS/sida et de soins de santé (Brisson, 1997; CQCS, 1999).

Traitement à la méthadone

Le recours aux produits de substitution pour remplacer certaines substances psychoactives compte parmi les mesures de réduction des méfaits les plus largement connues et préconisées, principalement en ce qui a trait à la méthadone pour le traitement des héroïnomanes. Au Québec, ce produit a été introduit au milieu des années '60 mais ce n'est qu'au milieu des années '80, face à la menace constituée par le sida, que le premier véritable programme public de traitement à la méthadone a vu le jour, à Montréal.

Le **CRAN** (Centre de recherche et d'aide pour narcomanes), établi dans un CLSC (Centre-Sud), est un programme d'intervention prolongée à exigences élevées qui a évolué d'un modèle centré sur l'abstinence, à ses débuts, vers un modèle plus souple, de type européen, qui prend en compte des critères de succès telles que l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des usagers et la réduction de la consommation. Les narcomanes sont traités en externe; ils reçoivent leur méthadone dans une des pharmacies communautaires affiliées; il bénéficient de rencontres régulières avec un intervenant psychosocial et ont accès à la vaste gamme de services de santé du CLSC. De plus, lorsque leur situation est jugée stable, ils peuvent être référés à l'un des médecins généralistes qui forment un réseau de partenaires thérapeutiques, favorisant ainsi une normalisation encore plus grande de leur style de vie (Brisson, 1997).

En 1992, un second programme s'est ajouté, à Montréal, lequel est intégré à l'unité de désintoxication de l'Hôpital Saint-Luc. Il s'agit d'un modèle d'intervention brève offrant aux narcomanes la possibilité d'un sevrage assisté à la méthadone (dose décroissante), d'une durée de 14 jours, en interne, et de 48 jours, en services ambulatoires. Au cours du processus, les patients ont accès à des soins de santé, à des examens de dépistage et diverses mesures préventives; ils bénéficient de rencontres hebdomadaires avec un groupe de soutien et ils peuvent être référés dans un programme de réadaptation, une fois la désintoxication complétée (Brisson, 1997).

Un programme de méthadone à exigences peu élevées, parrainé par le Cran et Cactus, devrait également accueillir ses premiers clients à l'automne 1999. Ce projet, appelé « Relais Méthadone », a été développé selon un modèle qui a fait ses preuves dans divers pays européens et a été adapté à la réalité nord-américaine. S'inscrivant dans une optique de réduction des méfaits, il accorde la priorité à la diminution des comportements à risque et à l'amélioration de l'état de santé plutôt qu'à l'abstinence de drogues. Le programme vise spécifiquement les clientèles qui ne se présentent pas spontanément dans les services existants. Il est prévu que les organismes communautaires qui font du travail de rue constituent la principale source de référence pour ce programme. Les critères d'inclusion seront la dépendance de l'héroïne ou des autres opiacés, avoir au moins 14 ans, et consentir de façon libre et éclairée à l'intervention. Les services seront offerts par une équipe multidisciplinaire (médecin, infirmière, travailleur social, travailleur de milieu) (Lauzon, Côté, Brunelle, 1997).

Action Serveurs

Au début de 1995, la Ligue de sécurité du Québec a lancé un programme de formation des serveurs comportant quatre volets: effets de l'alcool et reconnaissance des symptômes; l'alcool et la conduite automobile; les responsabilités légales des établissements licenciés; les stratégies d'intervention auprès de clients à risque. Au terme d'un atelier d'une durée de trois heures, offert en groupes de 15 personnes, les participants doivent être sensibilisés à l'importance du problème et disposés à mettre en œuvre de nouvelles stratégies pour réduire les méfaits associés à la consommation d'alcool. Ces stratégies incluent des actions précises auprès de clients en état d'ébriété: par exemple, convaincre le client de ne pas conduire, appeler un taxi, retarder le départ, enlever les clés, refuser de servir de l'alcool, offrir des boissons sans alcool, servir de la nourriture, faire passer un alcotest, aviser le patron, appeler la police. Malheureusement, ce programme n'a pas connu le développement escompté et il ne s'est pas étendu à l'ensemble du Québec comme il aurait été souhaitable.

H)

Paramètres d'application d'une approche de réduction des méfaits

La réduction des méfaits constitue un apport déterminant, une contribution sine qua non à une stratégie de lutte contre la toxicomanie. Par contre, ramener la lutte à la toxicomanie à la seule stratégie de réduction des méfaits est réduire la complexité de ce phénomène. En outre, c'est négliger de prendre en compte la consommation de l'ensemble de la population - une majorité qui va bien et une minorité qui va mal (Nadeau, 1998).

Une politique en matière de substances psychoactives devrait adopter une perspective populationnelle qui consiste, dans l'ordre :

1. à garder en santé ceux qui le sont déjà;
2. à intervenir le plus rapidement possible auprès de ceux qui sont à risque pour qu'ils reprennent de meilleures habitudes de vie;
3. à soutenir adéquatement les proches de ceux qui présentent des problèmes liés aux produits pour que leurs actions facilitent la rémission des symptômes;
4. à traiter la dépendance.

(Nadeau, 1999)

Il faut prendre en compte l'ensemble du tableau populationnel et c'est dans l'ensemble de ce tableau que doit s'inscrire l'approche de réduction des méfaits.

En conséquence, rappelons que :

- en réduction des méfaits, comme ailleurs, les expertises doivent se développer sur la base d'une reconnaissance préalable de la nécessaire complémentarité des approches, et non de la prépondérance de l'une par rapport à l'autre;
- la mise en place de programmes de réduction des méfaits équivaut à reconnaître l'existence de la consommation de substances psychoactives comme une menace à la santé publique, mais n'a aucunement comme intention de cautionner l'usage et l'abus de substances licites ou illicites, ou encore de banaliser cet usage; en cette matière, tolérer n'équivaut pas à encourager;
- la notion de tolérance mérite d'être «nuancée» ou «encadrée» selon les contextes d'intervention et selon les clientèles visées; les limites de la tolérance par rapport à certaines formes de consommation ne peuvent être les mêmes, par exemple, avec des mineurs, avec des femmes enceintes, en milieu de travail ou en milieu de traitement;
- réduction des méfaits n'est pas non plus synonyme de légalisation des drogues; le débat autour de la légalisation des drogues dépasse largement le strict cadre d'application de programmes de réduction des méfaits;
- même si la réduction des méfaits préconise en premier lieu de réduire les conséquences négatives de l'usage inappropriate de substances psychoactives, elle n'exclut pas, bien au contraire, l'intervention visant à réduire et même à faire cesser la consommation; en d'autres termes, elle n'exclut pas l'abstinence et elle ne vient pas en contradiction avec la promotion, dans l'ensemble de la population, de la non-consommation de certaines substances ou de la consommation «modérée» de d'autres.

Références

Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits: sources, situation, pratiques*. Montréal. Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Centre québécois de coordination sur le sida (1998). *L'approche de réduction des méfaits liés à l'usage des drogues – Programme de formation*. Québec.

Lauzon, P., Côté, P. et Brunelle, N. (1997). *Projet pilote – réduction des méfaits: programme méthadone à exigences peu élevées*. Montréal. Document de travail.

Morissette, C. (1999). *Commentaires relatifs au texte de la conférence d'ouverture prononcée par Louise Nadeau*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Document inédit.

Nadeau, L. (1998). Texte de la *Conférence d'ouverture du XXVI^e colloque de l'AITQ*. Sainte-Foy.

Nadeau, L. (1999) *La réduction des méfaits, une avancée déterminante, mais pas la seule solution*. Texte d'une conférence prononcée dans le cadre du Congrès «Drogues par injection – Enjeux pour la société». Montréal.

Noël, L., Cloutier, R., Tremblay, J. et Parent, R. (1999). *Monitorage des clientèles et des services des programmes de prévention du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection du Québec – avril 1997 à mars 1998*. Québec. Centre québécois de coordination sur le sida.

Toxicomanie et réduction des méfaits
est publié par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Rédaction :
Jocelyne Forget

Support à la rédaction :
Membres du CPLT et du Comité aviseur

Graphisme :
Info Typo Graphie

Impression :
Service de reprographie YRDC