

L'écho-TOXICO

Le mot de Lise...

Vous le savez, des changements, déjà effectifs ou annoncés, sont en vue dans le réseau de la santé et des services sociaux. Ils nous font entrevoir des impacts pour les services en toxicomanie. Pensons seulement à la mise en place des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et leur interface avec les services régionaux spécialisés en toxicomanie (CRPAT)... Si une nouvelle ère doit commencer, n'est-ce pas le temps de faire un bilan? De prendre du recul? Selon nous, oui, et c'est pourquoi nous avons jugé pertinent d'examiner les réalisations des 15 dernières années, et ce, à partir du Rapport Bertrand et ses recommandations qui visaient à structurer les actions en toxicomanie. Nous n'avons pas la prétention d'avoir fait une recherche exhaustive (on en a certainement échappé!). Cependant, la qualité du travail de nos collaborateurs pour ce numéro nous fournit un portrait de la situation actuelle (progrès réalisés, lacunes persistantes) sur lesquels s'appuyer pour les orientations et actions futures, en vue de défendre une clientèle toujours fortement hypothéquée et marginalisée.

Bonne lecture et bonne rentrée en septembre...

Lise Roy

Directrice des programmes
1^{er} et de 2^{ème} cycle en toxicomanie

En vue d'harmoniser les actions et d'assumer un leadership provincial: la création du Comité permanent

Recommandation # 33 :

« **C**réer une commission permanente, placée directement sous l'autorité du Premier ministre et composée de quatre à six membres non rémunérés;

Que la présidence soit assumée par une personne extérieure au gouvernement, assistée d'un haut fonctionnaire permanent;

Que le mandat de la commission consiste : à proposer les grandes orientations en prévention; à voir à l'actualisation des politiques retenues et à s'assurer du suivi des plans d'action des ministères; à s'assurer que la coordination se fasse et fonctionne aux niveaux local et régional; à vérifier (...) que la coordination interministérielle s'effectue; à suggérer des correctifs, si nécessaire;

Qu'au 1^{er} avril de chaque année, la commission dépose un rapport de ses

activités et publie un rapport des activités gouvernementales au regard de la lutte contre la drogue. »



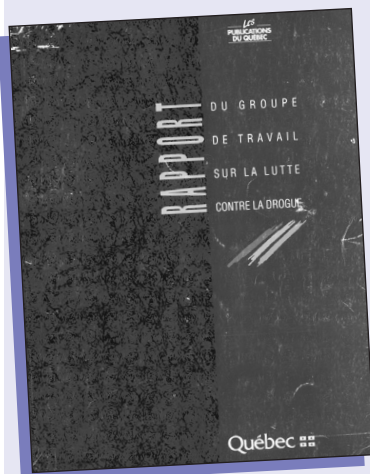
Pour faire le point sur cette recommandation du rapport Bertrand, l'Écho-Toxico a rencontré le directeur général du CPLT, monsieur Michel Germain. Cette rencontre s'est déroulée quelques jours après l'annonce par le gouvernement actuel de la dissolution du CPLT, ce qui donne une saveur particulière et un poids à certains des propos contenus dans cette entrevue...

Écho-Toxico. Quand on lit la recommandation 33, on constate qu'elle a été suivie de très près par l'action et appliquée à la lettre...

Michel Germain. Effectivement, puisque dès juin 1990, le comité permanent a été créé sous le nom de « Comité

Suite à la page 16

Bref historique du Rapport Bertrand



En 1989, à la demande du Premier ministre de l'époque, monsieur Robert Bourassa, un groupe de travail sur la lutte contre la drogue a été mis sur pied. Ce groupe, composé de dix personnes, avait pour mandat :

- d'analyser et dresser l'inventaire des mesures prises à l'époque par les ministères et organismes oeuvrant dans le domaine, pour contrer l'usage et le trafic des drogues,
- de développer de nouvelles stratégies concertées et coordonnées de lutte aux drogues. Ces stratégies devaient être applicables à l'ensemble du territoire québécois et tenir compte autant de la prévention et l'information, que de la répression, la réhabilitation et la réadaptation.

Pour remplir le mandat qui lui avait été confié, le groupe de travail affirme avoir pris connaissance de bon nombre de recherches et enquêtes ainsi que de consulter et analysé les documents d'orien-

tation des différentes provinces canadiennes et de différents états ou pays. Un comité technique a soutenu les travaux par un inventaire exhaustif des mesures en place au Québec, au moment du rapport, soit en 1989. Des consultations ont complété la démarche.

En juin 1990, le rapport a été remis au Premier ministre Bourassa. Pas moins de 33 recommandations, très concrètes, figuraient dans ce rapport.

La relecture de ce document en 2004 nous amène au constat de plusieurs failles ou biais relevant de certains choix idéologiques, pourtant on ne peut nier que ce fut le début d'une ère de changements, généralement positifs dans le champ de la toxicomanie au Québec. Où en sommes-nous 15 ans après les recommandations du Rapport Bertrand? C'est la question que nous avons posée à plusieurs collaborateurs, afin de dresser un bref bilan des réalisations.



LA PRÉVENTION OU LES 11 RECOMM

Ce ne sont pas moins de onze recommandations (# 1 à # 11) qui visent la prévention dans le Rapport Bertrand. De fait, dans ce volet de services, huit recommandations s'adressent au ministère de l'Éducation et trois au ministère de la Santé!

Il serait trop long de reproduire ici le libellé de chacune des onze recommandations mais en voici l'essentiel:

- *Création d'un poste de coordonnateur en prévention de la toxicomanie dans les CRSSS*
- *Octroi de financement pour des projets régionaux en prévention de la toxicomanie*
- *Mise en place de la Semaine annuelle en prévention de la toxicomanie*
- *Implantation d'une ligne téléphonique 1-800-DROGUES*
- *Mise en place de personnes-ressources spécialisées en toxicomanie dans les écoles secondaires (EPT)*
- *Implantation de temps d'enseignement sur les drogues dans les écoles et élaboration de contenus dans le programme de formation personnelle et sociale*
- *Établissement d'un partenariat dans les régions, composé de toutes les ressources du milieu impliquées en toxicomanie (multi-sectorialité)*



Fait indéniable, le groupe de travail sur les drogues avait un intérêt particulier et une conviction forte au sujet de la prévention, et ce, strictement en regard des jeunes. En effet, le Rapport Bertrand prévoit des actions à l'école (fin du primaire et secondaire) ainsi qu'au niveau collégial et universitaire. Pourtant, à y regarder de plus près, on constate aussi que le tout est fort peu élaboré car peu diversifié. Est-il le reflet de notre compréhension et connaissance de la prévention de la toxicomanie à l'époque ou celui d'une vision plutôt réductrice de la problématique et de la prévention?

Nous allons tenter de faire le point à ce sujet en nous attardant d'abord à ce que le groupe de travail Bertrand a souhaité, ce qui s'est réellement fait, ce qu'il en est advenu en 2004.

Une certaine vision qui date et présente plusieurs... faiblesses

Sur la prévention, le ton du rapport se veut *musclé*. En plus de parler de lutte à la drogue, les auteurs expriment la volonté de marquer un virage et de mettre en échec ce phénomène qui ronge la société. Le but ultime formulé dans le rapport n'est rien de moins qu'« enrayer la consommation de drogues ». En plus de se questionner sur la faisabilité d'une telle mission, on se doit de constater que les mesures préconisées restent relativement superficielles, aujourd'hui on dirait « non intégrées », puisqu'elles ne se préoccupent

ni des conditions de base liées à l'émergence de la toxicomanie (contextes, produits, réalités des individus), ni des diverses études ou publications qui incitaient, déjà à l'époque, à remettre en question la validité de la lutte à la drogue comme solution au problème de la toxicomanie.

D'entrée de jeu, on peut constater que l'approche de ce rapport repose sur une croyance erronée en matière de prévention: le manque d'information serait à l'origine de la consommation des personnes. Donc la stratégie omniprésente sur laquelle de grands espoirs semblent se fonder est celle de l'information et l'éducation. Parallèlement à ce postulat de base, le groupe de travail n'accorde que très peu d'attention à la complexité du phénomène et des trajectoires de développement de la problématique, ce qui renforce le recours, qui apparaît aujourd'hui simpliste, à l'information comme solution unique.

Une autre croyance erronée sous-tend la vision de la prévention dans le rapport. Il s'agit de l'escalade alcool-drogues vers des substances de plus en plus dures. Ainsi, le rapport ne se préoccupe de l'alcool qu'en autant qu'il s'agit d'une substance illégale pour les jeunes et première étape vers les drogues. De plus, les membres du groupe de travail scindent la population des jeunes en deux catégories. Il y a les jeunes qui fréquentent les milieux d'enseignement et ceux qui ne sont pas insérés (les décrocheurs et les itinérants). Face à ces deux groupes, toujours la même stratégie préventive, l'information à laquelle il faut ajouter des programmes d'activités adaptés, via les maisons de jeunes, les services de loisirs ainsi que les groupes de travailleurs de rue, pour ceux qui ne vont pas à l'école « avant qu'ils se fassent prendre dans un système de consommation » (p.62).

L'énoncé de ces faiblesses reflète en partie où nous en étions à l'époque en prévention. Peu de connaissances sur les pratiques efficaces, une place prépondérante donnée à l'éducation par l'information dans les stratégies préventives et une analyse de la toxicomanie déconnectée des réalités sociales et des déterminants de ce phénomène de société. Il faut dire à la décharge du groupe de travail que bien des secteurs relatifs aux connaissances se développeront ultérieurement et parfois, grâce à des recommandations du rapport Bertrand. Par exemple, le rapport note l'absence de données récentes pour documenter le phénomène au Québec et recommande de remédier à cette situation.

Cependant, il y avait quand même déjà à l'époque au Québec, des travaux qui annonçaient une vision différente du phénomène de la toxicomanie. Le rapport Bertrand n'en n'a pas tenu compte (prise de position idéologique?) et c'est ce qui fait sa faiblesse en regard de la prévention, quinze ans plus tard.

Ainsi, en 2004, en regard de la prévention, le rapport Bertrand apparaît vieillot et plutôt inadéquat. La confirmation de certains points de vue seulement émergents en 1990, ainsi que l'évolution sensible des connaissances et de la réflexion nous ont amené à considérer la prévention sous un autre angle. Le terme même de « lutte à la drogue » a été contesté et il n'est quasiment plus utilisé depuis que certaines recherches ou résultats d'études ont établi qu'aborder la question sous cet angle est voué à l'échec.

Les amorces d'une vision plus moderne de la prévention...

Il serait cependant injuste de ne parler que des faiblesses de ce rapport pour la prévention car il a su aussi indiquer quelques pistes sur lesquelles se sont bâties des démarches qui demeurent prometteuses. Voici quelques postulats de base de la vision de Bertrand, dont la validité s'est plutôt confirmée au fil des années:

- *La reconnaissance que la prévention doit être une préoccupation de première importance;*
- *Le financement nécessaire aux activités de prévention;*
- *La conviction qu'il faut s'appuyer sur les populations locales, les impliquer pour qu'elles décident elles-mêmes des actions à entreprendre dans leur milieu;*
- *L'intégration nécessaire de la prévention au principal milieu de vie des jeunes, soit l'école;*
- *L'action multisectorielle et l'indispensable coordination des activités à implanter. Pour ce faire, il insiste sur la nécessité de développer la concertation et la coordination entre les divers niveaux et recommande des ressources humaines et financières à cet effet.*

Ces recommandations ont abouti à des réalisations concrètes, inscrites à l'intérieur d'un Plan d'action gouvernemental (c'est-à-dire intersectoriel) qui a suivi le rapport Bertrand. La mise en place de ces mesures n'a malheureusement pas toujours duré dans le temps.

La première réalisation fut la mise en place des coordonnateurs régionaux en toxicomanie dans les CRSSS. Le temps qui a pu alors être consacré, dans chaque région du Québec, à la prévention et à la problématique de la toxicomanie a été un apport extrêmement précieux pour le développement d'une prise de conscience de tous les partenaires de l'importance de cette problématique et de l'urgence d'agir et ce, en concertation. L'octroi de budgets spécifiques pour les actions en prévention ont aidé à la concrétisation de la mesure et des projets ou programmes régionaux en prévention de la toxicomanie ont été implantés dans les régions du Québec. C'est aussi dans la foulée du Rapport Bertrand que des organismes communautaires comme les maisons de jeunes, les travailleurs de rue et autres

ANDATIONS DU RAPPORT BERTRAND

partenaires de la communauté se sont impliqués dans le champ de la toxicomanie.

Que s'est-il passé depuis ? Les CRSSS ont évolué vers les Régies régionales qui ont muté récemment vers les Agences de santé et de services sociaux mais les coordonnateurs sont toujours là. Même si leur rôle a fait l'objet de certaines modifications de responsabilités et de tâches, ils ont en général toujours dans leur mandat de voir à la coordination des actions et restent affectés au volet prévention de la toxicomanie. Le volet de concertation multisectorielle s'est quelque peu dilué...

Une autre réalisation concrète avait vu le jour dans le milieu scolaire, il s'agit de la mise en place de ressources spécialisées pour faire de la prévention ainsi que du dépistage et du soutien aux jeunes aux prises avec des problèmes d'alcool ou de drogues. Les Éducateurs en Prévention de la Toxicomanie (1 équivalent temps plein pour 3000 élèves). L'embauche de ces ressources, dans les écoles, du secteur public et du secteur privé, a été réalisée. Leur formation fut assurée par une équipe de formateurs conjointe réseau Santé-réseau Éducation et les EPT ont été déployés dans les écoles. Ce choix d'intervenants installés dans le principal milieu de vie des jeunes (l'école) était très pertinent. Il s'agissait là d'une mesure prometteuse, qui résisterait encore en 2004 à l'examen critique des mesures efficaces, d'autant plus que nous disposons maintenant d'un outil validé comme Dep-Ado pour le dépistage. Pourtant, un bilan réalisé il y a quelques années a mis au jour le fait que plusieurs difficultés ont accompagné cette implantation et que, lorsque l'exigence des restrictions budgétaires a frappé de plein fouet le réseau scolaire dans les années 1999-2000, la mesure EPT a écopé en priorité dans bien des milieux.

Un autre élément prometteur du Rapport Bertrand a été de faire la promotion de la prévention inscrite à l'intérieur de certaines programmations scolaires comme les programmes de Formation personnelle et sociale (FPS). Toutes les études nous indiquent aujourd'hui que c'est la voie à suivre pour une prévention efficace (pas seulement en toxicomanie). D'ailleurs, le concept *École en santé*, prescription incontournable du Programme national de santé publique 2003-2012 en est la consécration. Suite au Rapport Bertrand, des contenus avaient été préparés et commencés à être diffusés. La réforme de l'école québécoise et la révision des programmes qui en a découlé ont vu la disparition des programmes FPS et la tranquille tombée dans l'oubli de la prévention de la toxicomanie intégrée à la matière scolaire. Certains milieux ou certains gestionnaires d'écoles plus concernés en ont parfois décidé autrement et adapté ces mesures au nouveau contexte.

Le Rapport Bertrand avait également recommandé la mise en place de la *Semaine nationale de la prévention de la toxicomanie*. Cet événement a toujours lieu la troisième semaine de novembre et la tradition est maintenant installée. Dans une perspective d'intervention préventive efficace, plusieurs se questionnent sur la pertinence d'une telle mesure mais il est certain qu'elle permet de mettre sur la place publique le thème de la toxicomanie et que plusieurs régions en profitent pour faire valoir les actions qu'ils réalisent tout au long de l'année. Certains slogans ont marqué des temps forts. Rappelons-nous : « Quand je serai grand, je ferai comme toi ! » et des réalisations intéressantes sont liées à cette semaine annuelle, qui devrait sous peu s'intégrer à une campagne nationale, aux thématiques plus larges, visant les jeunes.

Autre mesure que le Rapport Bertrand intégrait dans sa vision de la prévention et qui fut réalisée : la ligne 1-800-Drogues. (voir texte de Monique Cantin, p. 7).

Une vision de la prévention trop décalée par rapport à son temps ?

Comme on a tenté de le démontrer, les recommandations du Rapport Bertrand pour la prévention comportaient des éléments vieillots, en porte-à-faux avec l'émergence de certaines analyses (qui se sont confirmées par la suite) mais elles apportaient aussi des éléments qui se sont révélés prometteurs.

La question à se poser nous semble la suivante : se pourrait-il qu'en prévention il y ait eu un trop grand décalage entre le groupe de travail et son temps ? Est-il possible que les recommandations prometteuses aient été trop en avance sur la réalité ?

On peut comprendre que les recommandations trop vieillottes n'aient pas tenu la route, qu'elles n'aient pas pu perdurer comme telles et qu'il a fallu au moins les adapter. Pensons aux mesures qui consistaient à limiter la prévention à de l'information ; à se lancer dans la guerre à la drogue ou à ignorer les déterminants sous-jacents à la trajectoire complexe du développement de la toxicomanie chez un individu.

Cependant, pourquoi des mesures prometteuses, dont on reconnaît aujourd'hui encore la validité, sont-elles (partiellement ou totalement) tombées à l'eau ? Nous pensons à l'approche multisectorielle ; aux ressources implantées dans les écoles ; à l'intégration de la prévention à la matière scolaire. Se peut-il que ces mesures aient été tout simplement trop en avance sur leur époque ? On peut penser effectivement que certains partenaires n'étaient pas tout à fait prêts, face à des mesures décidées en haut lieu mais dont ils ne percevaient pas la pertinence sur le terrain. Cette remarque peut concerner la mise en place des EPT en milieu scolaire alors que les

administrateurs des écoles et les professeurs en étaient pour la plupart au stade de nier la présence de ce problème dans leur établissement. Même chose pour l'intégration au programme FPS, alors que la réforme de l'école québécoise et l'ouverture de la matière scolaire à l'intégration de certaines dimensions de la vie des élèves n'est apparue que plusieurs années plus tard et n'est probablement pas encore intégrée partout, car il s'agit d'une réforme d'envergure et en profondeur.

En ce qui concerne l'importance de la concertation multi-sectorielle, une évidence s'impose en 2004. Malgré la bonne volonté de chacun, une action concertée et cohérente exige un travail de fond sur les valeurs mais aussi en regard des missions et mandats propres à chaque réseau. Étions-nous vraiment prêts en 1990 à nous lancer dans l'action commune ? Pouvions-nous réellement mettre de l'avant une stratégie concertée alors que certains partenaires étaient engagés à fond dans la « Tolérance 0 » et que d'autres s'interrogeaient fortement sur la légitimité d'une approche sociale qui stigmatise le cannabis et banalise l'alcool ? La mesure demandait une maturité des réflexions et une reconnaissance des expertises mutuelles qui commence à apparaître dans certains milieux et dans certaines régions, car elle a demandé quasiment dix ans à se bâtir.

Pour conclure, il est certain que le rapport Bertrand a constitué une étape déterminante pour la prévention de la toxicomanie au Québec. Un certain élan a été donné il y a quinze ans, grâce à ce rapport. Aujourd'hui, plusieurs partenaires semblent davantage sensibles aux mesures qui n'ont pas été maintenues, à celles qui se sont dissoutes au fil des réformes et changements. Pourtant, le temps est trop précieux pour le perdre en regrets et lamentations. Beaucoup reste à faire en prévention. De plus, nous pouvons (et même, nous devons) apprendre des erreurs passées. Aujourd'hui, les directions à suivre sont mieux connues, les assises scientifiques plus établies et les acquis plus solides. Appuyons-nous sur le positif...

Marie-Thérèse Payre,

Responsable des programmes en toxicomanie
Direction de la Santé publique de l'Estrie

Références :

Groupe de travail sur la lutte contre la drogue. (1990). Rapport du groupe de travail. Publications du Québec. Québec.

MSSS (2001). Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie. Orientations, axes d'intervention, actions. Gouvernement du Québec. Québec.

MSSS (2003). Direction générale de la santé publique. Programme national de santé publique 2003-2012. Gouvernement du Québec. Québec.

Santé-Canada (2001). Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues. Un compendium des meilleures pratiques. Gouvernement du Canada. Ottawa.



LES RÉALISATIONS EN LIEN AVEC LE TOUCHANT LE SECTEUR

1990 : un contexte de changement déjà en émergence dans les Centres de réadaptation pour personnes alcooliques ou autres toxicomanes (CRPAT)

Les consultations, effectuées par le groupe de travail sur la lutte contre la drogue, auprès des différents partenaires impliqués dans le secteur de l'intervention pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes, avaient fait ressortir que la protection des citoyens recevant des services de traitement était peu assurée au Québec. On signalait l'absence de normes de qualité et de mécanismes de contrôle pour assurer le suivi des organismes œuvrant dans ce champ d'intervention. Cette situation était particulièrement dénoncée par la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (FQCRPAT), à cause des conséquences générées auprès de cette population souvent vulnérable.

Durant cette même période, la majorité des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT) avaient entrepris de travailler au développement de leurs services de réadaptation dans la perspective de rendre ces services accessibles à la clientèle, le plus près possible du milieu de vie, et ce, sur une base ambulatoire (services externes). C'est aussi à cette époque que les centres de réadaptation ont cherché à diversifier leur offre de services pour répondre plus adéquatement à certains groupes spécifiques, dont les jeunes. Ces actions s'appuyaient sur les besoins exprimés par la clientèle et son entourage, ainsi que sur les quelques résultats de recherches disponibles à l'époque en matière d'intervention spécialisée.

Rappelons qu'en 1990 la plupart des CRPAT offraient principalement des services de réadaptation en milieu résidentiel (services internes) et ce, à la clientèle adulte. Le même programme s'appliquait fréquemment à l'ensemble des clients qui pouvaient pourtant avoir des caractéristiques et des besoins très différents. La nécessité de développer des programmes adaptés pour les jeunes (services de réadaptation incluant les parents et services de réadaptation offerts en milieu résidentiel) était souvent mise de l'avant par les CRPAT et les organismes privés œuvrant en toxicomanie. De plus, le besoin d'améliorer les services de désintoxication pour la clientèle adulte

vivant un sevrage, sans nécessiter une hospitalisation, était lui aussi identifié par la plupart des centres de réadaptation au Québec.

Cette réflexion et ce mouvement, entrepris par la majorité des CRPAT, nécessitaient une réorganisation des services. Celle-ci pouvait en partie être réalisée à même les allocations déjà consenties aux établissements, mais elle exigeait aussi l'ajout de budgets pour répondre aux nouveaux besoins identifiés. Là encore, les organismes consultés par le comité de travail ont exprimé leur intérêt à améliorer l'accessibilité et la diversité des services de réadaptation afin de répondre plus convenablement aux demandes de la population.

Les recommandations du groupe de travail

Le groupe de travail a émis des recommandations découlant des représentations effectuées par les différents organismes publics et communautaires : la recommandation #27 qui porte spécifiquement sur les normes de qualité et la recommandation #29 qui concerne l'amélioration des services de réadaptation et de désintoxication à l'échelle provinciale. Elles sont formulées comme suit (*voir encadré page suivante*) dans le rapport du groupe de travail. Bien que d'autres propositions énoncées par le comité de travail puissent aussi correspondre à des préoccupations mentionnées par les CRPAT, ces deux recommandations sont celles qui ont eu le plus d'impact sur les services dispensés dans les centres de réadaptation en toxicomanie.

La publication de ces recommandations a donné lieu à différentes réactions de la part des partenaires impliqués en matière de traitement auprès des personnes alcooliques et toxicomanes.

Des recommandations accueillies favorablement...

Dès septembre 1990, la Commission des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, devenue depuis la FQCRPAT, a produit un mémoire regroupant les positions des établissements suite au *Rapport Bertrand*¹. On y mentionne en

regard de la recommandation 27 que la Commission «...applaudit à l'établissement de normes d'accréditation et qu'elle offre son entière collaboration à cette démarche qui sera menée par le ministère de la santé et des services sociaux...».

D'autre part, pour la recommandation 29, on spécifie clairement qu'elle concerne directement les centres de réadaptation. «... nous désirons souligner l'importance que soient consultés les CRPAT dès que s'amorcera le processus de réflexion pour la mise en place de la recommandation 29. En effet les différents établissements disposent actuellement d'idées, sinon de plans précis, pour la plupart des développements prévus à cette recommandation. Notre réseau a une bonne connaissance des besoins et il a déjà mené une réflexion sur les moyens à mettre en place pour y répondre, notamment en ce qui a trait aux jeunes consommateurs...».

En somme, la Commission exprimait ainsi son appui global aux recommandations du groupe de travail. Elle rappelait sa volonté et son désir d'assumer ses responsabilités sur les plans de la formation, de la complémentarité des services et de l'évolution générale de ce champ d'intervention. Toutefois, elle exprimait clairement le besoin de nouveaux investissements dans le secteur de la réadaptation pour faire face aux listes d'attentes, à l'alourdissement de la clientèle et à la complexification des problèmes rencontrés.

De la politique à l'action : des retombées concrètes pour la clientèle et son entourage

Le temps nous aide fréquemment à mettre en perspective la contribution et les effets produits par certains travaux sur le plan de l'amélioration des services à la population. Nous croyons que le *Rapport Bertrand*, se situe dans le sens de ce postulat. Il a conduit à une réelle mobilisation des instances politique et clinique pour accroître le mieux-être et la santé des jeunes et des adultes aux prises avec une problématique de consommation.

Suite à une analyse sommaire, nous constatons en effet plusieurs retombées positives en lien avec les recommandations # 27 et 29 du comité de travail. Voici quelques-uns des principaux éléments recensés :

- Le ministère de la Santé et des Services sociaux a produit en 1994 le premier

1. Commission des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes. Commentaires suite aux recommandations du groupe de travail sur la lutte contre les drogues, *Rapport Bertrand*, Septembre 1990, 71 pages.

ES RECOMMANDATIONS SPÉCIFIQUES R DE LA RÉADAPTATION

RECOMMANDATION 27

Le contrôle de la qualité des services en réadaptation doit se faire à partir de normes et de critères portant notamment sur les installations, les programmes et le personnel. Ceux-ci garantissent une certaine uniformité dans la qualité et minimisent les risques d'exploitation. C'est pourquoi, il est recommandé :

- **que des normes de qualité soient édictées par le ministère de la Santé et des services sociaux et qu'elles soient appliquées à tous les services de réadaptation, que ceux-ci soient dispensés dans des établissements publics ou par des ressources privées ; que les services de réadaptation qui répondront aux normes et aux critères édictés soient reconnus par l'émission d'un permis ou par une accréditation ; que les services accrédités soient classifiés dans un répertoire spécifique distribué partout où sont dispensés des services de première ligne ;**



RECOMMANDATION 29

Les services de réadaptation ne disposent pas toujours de programmes adaptés ni du nombre suffisant de places permettant de répondre aux besoins de certains groupes spécifiques, dont les jeunes et les minorités ethniques. Pour corriger cette situation et augmenter l'accessibilité aux services, il est recommandé :

- **que le ministère de la Santé et des Services sociaux voit à ajuster les ressources de traitement et de réadaptation selon les besoins mais, comme première étape et dans un délai de 24 mois, qu'il voit à les augmenter et à les répartir de la façon suivante :**
- **ajouter 40 points de services externes de réadaptation, répartis de façon à les rendre accessibles dans les régions les moins bien pourvues, et que ces services soient rattachés à un centre de réadaptation ;**
- **pour les jeunes de moins de 25 ans : ajouter 150 places en foyer de groupe, d'une capacité maximum de 6 personnes chacun, et 75 places en programme résidentiel ; que ces foyers ou ces programmes soient rattachés ou intégrés à un centre de réadaptation déjà existant ;**
- **pour les personnes présentant certaines complications médicales en phase de désintoxication : ajouter 60 places en centre hospitalier, surtout en région à forte concentration urbaine, et y adjoindre les services médicaux externes correspondants ;**
- **pour les personnes qui, en phase de désintoxication, nécessitent de la surveillance mais pas de soins médicaux : créer 60 places dans des unités de désintoxication non médicale, de 5 à 10 places chacune, et que ces unités soient rattachées à un centre de réadaptation ou à l'unité de réadaptation d'un centre hospitalier.**

cahier des normes minimales de reconnaissance pour les organismes offrant des services d'aide et de soutien aux personnes alcooliques et toxicomanes. C'est plus récemment qu'un processus de certification a été mis en place dans le but d'évaluer et de reconnaître ces organismes (voir texte de Paul Roberge, p.6) ;

- Dans la même logique, tous les CRPAT doivent maintenant se soumettre obliga-

toirement à un processus d'évaluation rigoureux et exigeant sur le plan de la qualité des services conduisant à une reconnaissance formelle de qualité par le Conseil québécois d'agrément ;

- Dans les années qui ont suivi l'adoption de ce rapport, plusieurs régions du Québec ont obtenu des allocations additionnelles pour l'implantation de services externes de réadaptation ;

- Des services externes adaptés et des programmes de réadaptation spécifiques pour les jeunes et leur famille ont été mis en place à plusieurs endroits sur le territoire québécois ;
- Des services de réadaptation en milieu résidentiel pour les jeunes (foyers de groupe) ont commencé à être disponibles dans quelques régions du Québec. Aujourd'hui, plusieurs CRPAT offrent ce type de services en collaboration avec les partenaires de leur région, selon des formules variables, les centres favorisant le travail en réseau afin d'optimiser l'efficacité des interventions de traitement offertes à la clientèle ;
- Des ressources financières ont permis le développement de services de désintoxication dans plusieurs centres de réadaptation pour répondre aux besoins de la clientèle adulte vivant un sevrage mais qui ne nécessite cependant pas un encadrement médical en centre hospitalier ;
- De la formation sur l'intervention en toxicomanie a été offerte à plusieurs partenaires des services de première ligne.

Ces retombées considérables pour la population, dans l'ensemble des régions du Québec, témoignent bien de la volonté et de l'engagement réel du gouvernement et des différentes instances régionales et locales à développer et à améliorer les services à la clientèle. Elles démontrent aussi l'importance de se doter d'une planification rigoureuse sur le plan national en matière de traitement en toxicomanie, en accompagnant cette planification des moyens nécessaires pour poursuivre la mise en place et l'amélioration continue des services à la clientèle.

Le réseau des centres de réadaptation en toxicomanie a développé au fil des ans une expertise reconnue dans le domaine du traitement et il désire continuer à construire dans ce sens avec l'ensemble des partenaires du secteur de la santé et du milieu communautaire. Les recommandations du Rapport Bertrand ont permis un certain élan qu'il faut cependant entretenir car les besoins sont grands et même grandissants.



André Landry
Fédération québécoise des centres
de réadaptation pour personnes
alcooliques et autres toxicomanes





La certification des organismes privés ou communautaires intervenant en toxicomanie et offrant de l'hébergement

Recommandation # 27

« Que des normes de qualité soient édictées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et qu'elles soient appliquées à tous les services de réadaptation, que ceux-ci soient dispensés par des établissements publics ou par des ressources privées (...) que les services qui répondront aux normes et critères édictés soient reconnus par l'émission d'un permis ou par une accréditation; que les services accrédités soient classifiés dans un répertoire spécifique distribué partout où sont dispensés des services de première ligne ».



Un objectif : protéger une clientèle vulnérable

Depuis de nombreuses années, le réseau communautaire et privé offre des services avec hébergement aux personnes éprouvant des problèmes de consommation abusive d'alcool, de drogues illicites ou de médicaments. Depuis également un bon nombre d'années, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), les Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ainsi que les organismes eux-mêmes, sont soucieux de la prestation des services qui y sont dispensés puisqu'il est difficile de statuer sur la qualité des services offerts par l'ensemble des organismes. « L'autonomie de fonctionnement, la rapidité avec laquelle les organismes naissent mais aussi disparaissent, ainsi que la grande variété des services qu'on y retrouve contribuent à maintenir cet état de fait »¹.

Ainsi, en 1990, suite au dépôt du rapport du Groupe de travail sur la lutte contre la drogue, mieux connu sous le nom « Rapport Bertrand », la recommandation # 27 était formulée à l'effet qu'un contrôle de la qualité des services devait se faire à partir de normes et de critères portant notamment sur les installations, les programmes et le personnel tout en garantissant une certaine uniformité dans la qualité et une diminution des risques d'exploitation d'une clientèle jugée vulnérable.

Malgré quelques tentatives d'implantation, aucun guide n'aura vu le jour au cours des années 90. Ce n'est qu'en 2000 que le ministre délégué de la Santé et des Ser-

vices sociaux de l'époque soutiendra prioritairement l'élaboration d'un cadre normatif s'inscrivant dans la foulée du *Plan d'action en toxicomanie 1999-2001*. Un groupe de travail, dans lequel sont représentés tous les secteurs de l'intervention en toxicomanie, se voit alors confier le mandat de proposer des normes de qualité et une procédure de qualification pour les organismes privés ou communautaires offrants de tels services. De là naîtra au printemps 2001 le programme de certification du ministère et son implantation. Il est important de se rappeler que le document *Cadre normatif* s'adresse à toutes les personnes et à tous les organismes publics, communautaires et privés préoccupés par la qualité des services offerts en toxicomanie. Il permet de définir les normes de qualité et les exigences requises en vue d'obtenir la certification décernée par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Elles portent sur l'administration, les services à la clientèle, les installations et les services auxiliaires.

Une recommandation qui fait son chemin...

Ainsi, après trois années d'implantation, 59 organismes ont été admis au processus de certification. Parmi ceux-ci, 39 ont obtenu la certification du MSSS sur un nombre répertorié de 93 ressources pour tout le Québec.

Aujourd'hui, le ministère finalise la révision de la première édition du cadre normatif et devrait rendre disponible une nouvelle version à l'automne 2004. En plus de présenter des normes bonifiées, particulièrement au regard de la sécurité des personnes, cette 2^e édition définit le processus de suivi auprès des organismes certifiés, la procédure de renouvellement de la certification et également la politique qui s'applique aux situations possibles de suspension ou de retrait de la certification. L'objectif fondamental de cette démarche volontaire des organismes demeure la protection du public, notamment celle des usagers, et l'importance de s'assurer que les conditions offertes aux toxicomanes en traitement soient sécuritaires sur le plan physique, psychologique et moral.

Dès l'automne prochain, le ministère procédera à la mise en œuvre d'un plan de promotion du cadre normatif révisé tant auprès des organismes concernés que des référents (Ministères de la Sécurité publique, de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la

Famille; programmes d'aide aux employés; compagnies d'assurances...). Notons finalement, que le ministère procédera au cours des prochains mois à l'impression d'un bottin des ressources certifiées qui sera diffusé auprès des principaux référents. Toutefois, la liste des organismes certifiés est mise à jour régulièrement sur le site Web du ministère à l'adresse suivante: www.msss.gouv.qc.ca. On y trouve les informations sous la rubrique « Problèmes sociaux » en cliquant sur la section « Alcoolisme et toxicomanie ». Il est également possible d'obtenir des informations supplémentaires en s'adressant au ministère ou auprès de l'agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de chaque région.

En conclusion, on peut affirmer que si la recommandation 27 a mis du temps à s'actualiser, elle n'en n'est pas moins implantée aujourd'hui et elle témoigne du souci de qualité des pratiques qui caractérise depuis plusieurs années le secteur de la toxicomanie.

Paul Roberge,
agent de recherche et de planification socio-économique
Répondant au programme de certification
MSSS/Service des toxicomanies et des dépendances

Le Centre CASA, déjà deux ans de certification...

C'est en février 2002 que nous avons reçu l'annonce officielle de la certification du Centre CASA par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux. La nouvelle fut accueillie avec fierté et enthousiasme par toute l'équipe de CASA, car elle venait en quelque sorte valider notre façon de faire et nos efforts s'en trouvaient justifiés. Ainsi, notre organisme rencontrait les exigences et les normes auxquelles un centre d'hébergement en toxicomanie devait répondre! Nous étions reconnus par le MSSS!

Longtemps, les centres de thérapie avec hébergement pour personnes toxicomanes ont eu la réputation de fonctionner à la « va-comme-je-te-pousse ». Dans les milieux de thérapie, nous étions bien au fait que ce temps serait bientôt

1, Cadre normatif. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Décembre 2000. p.1

révolu et la grande majorité d'entre nous travaillions déjà pour imposer rigueur et qualité. Cependant, dans l'opinion publique, chez nos référents, nos futurs clients... comment faire connaître la qualité, autant des services thérapeutiques que de l'organisation, l'administration, ou l'environnement socio-sanitaire de notre organisme? La certification est devenue un moyen privilégié de faire valoir cette qualité.

Nous avons entrepris le processus de certification avec confiance dans notre capacité à rencontrer les exigences du MSSS. L'exercice de préparation de notre dossier nous a permis de nous arrêter pour revoir, réfléchir, articuler, affirmer qui nous étions. Il a fallu se pencher sur notre mission et nos objectifs, dégager la spécificité de notre programme. La réflexion a également porté sur les compétences de nos intervenants (des différents secteurs d'activités), la structure de notre organisme, les mandats de nos administrateurs, la conformité de nos installations, etc. Bien sûr, au départ la tâche nous a semblé laborieuse mais en fin de compte, elle s'est avérée très satisfaisante et fructueuse.

Où en sommes-nous deux ans plus tard?

La certification a permis au Centre CASA de faire valoir et reconnaître la qualité de ses services auprès d'une clientèle en augmentation, demandant de plus en plus de garanties avant de s'engager dans un processus thérapeutique. De plus, il s'avère très positif pour nous d'être en mesure d'assurer à de nombreux programmes d'aide aux employés (PAE) et compagnies d'assurances la présence de normes reconnues pour le traitement des toxicomanies à l'intérieur de notre organisme. Pour l'ensemble du personnel, cette reconnaissance a également été bénéfique, car le fait d'être confirmé dans nos pratiques est un incitatif positif et supplémentaire dans la poursuite du développement professionnel.

On peut affirmer que pour nous, la certification n'a eu que des retombées positives... maintenant, nous osons espérer que viendra aussi la reconnaissance financière pour le travail de qualité accompli dans les centres de thérapie avec hébergement. Ce choix de la qualité reste malheureusement encore associé, pour la majorité d'entre nous, à un sous-financement, et pourtant, nous sommes tous conscients que nous offrons des services essentiels au mieux-être de notre société...

Lynda Poirier
Directrice générale – Centre CASA

Drogue : aide et référence douze ans plus tard!



(514) 527-2626 Montréal et environs / 1 800 265-2626 Ailleurs au Québec

Recommandation # 13 :

« Au ministère de la Santé et des Services sociaux de mettre en place une ligne téléphonique d'information et de référence, accessible 24 heures par jour et 7 jours par semaine en composant 1-800-DROGUES »



C'est avec enthousiasme que le Centre de référence du Grand Montréal a accepté, en novembre 1991, de relever un défi de taille : celui d'implanter en quelques semaines un service téléphonique d'information et de référence sur les toxicomanies.

Enthousiasme car, depuis déjà plusieurs années, le Centre de référence pouvait constater l'ampleur de la problématique et ne pouvait que souscrire à la décision du ministère de la Santé et des Services sociaux de faciliter l'accès aux services pour les milliers de personnes touchées par l'abus d'alcool et l'usage de psychotropes, tel que le recommandait le Rapport Bertrand. C'était aussi pour le Centre une occasion de pousser plus avant son expertise tout en demeurant fidèle à sa mission initiale : **INFORMER POUR AIDER.**

Enthousiasme également car le Centre constatait dans l'attribution d'un tel contrat de service à un organisme sans but lucratif une preuve tangible de la volonté ministérielle de témoigner du travail colossal accompli par les organismes communautaires dans le domaine de la santé et des services sociaux. C'était de plus une reconnaissance de la recherche d'excellence qui a toujours animé les professionnels et les bénévoles du Centre durant plus de quatre décennies.

Drogue : aide et référence a été inauguré le 27 avril 1992 et c'est à plus de 320 000 personnes que cette ligne a répondu depuis sa création; ce qui confirme sans équivoque le besoin pour un tel service confidentiel, alimenté à toutes les sources fiables d'information et entièrement consacré 24 heures par jour à l'info-référence pour tous les citoyens du Québec, aux prises avec les problèmes qu'apporte l'abus de psychotropes.

En 2003-2004, 31 293 personnes ont utilisé le service; 69 % des appelants avaient un problème de toxicomanie : 30 % étaient des femmes et 39 % des hommes. Les conjoints représentaient 4 % des personnes ayant fait appel à ce service, les parents comptaient pour 11 %, les intervenants sociaux 7 % et les tiers 9 % (frères, sœurs, amis). Du nombre total d'appelants, 4 % étaient des enfants et des adolescents et plus de 1 % des aînés.

Les appels reçus portent généralement sur :

- des demandes d'information générale sur la toxicomanie (29 % des appels);
- des demandes de référence pour des services de réadaptation, de *counseling*, des groupes d'entraide ou d'autres demandes connexes comme des ressources pour des consultations budgétaires, des problèmes de violence, de jeu compulsif ou de suicide (67 % des appels);
- des demandes d'écoute et de soutien par les personnes toxicomanes, les conjoints, les tiers et les parents (4 % des appels).

Depuis 1992, les types de demandes sont demeurés sensiblement les mêmes. Cependant, la nature des substances psychotropes consommées a évolué : alors que pendant plusieurs années, la cocaïne arrivait en tête des substances mentionnées, depuis 3 ou 4 ans elle est dépassée par le cannabis. De nouvelles substances sont également apparues...

Les intervenants salariés et bénévoles (souvent recrutés suite à l'obtention de leur Certificat en toxicomanie) répondent à des demandes et besoins variés, allant d'une réflexion pertinente sur les habitudes de consommation, jusqu'aux coordonnées d'une ressource spécialisée avec une approche précise, en passant par le soutien empathique lors de moments de grande détresse et la mise en lien avec une ressource spécialisée en situation de crise ou d'urgence suicidaire.

Le service s'est d'ailleurs vu attribuer le prix d'excellence Ubaldo Villeneuve à l'occasion du XXVII^e Colloque de l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec en 1999. Ce prix souligne l'initiative du Centre de référence du Grand Montréal, l'aspect novateur de *Drogue : aide et référence*, l'implication de l'organisme dans la communauté et dans le réseau des services aux personnes toxicomanes, ainsi que la qualité du travail des intervenants et des bénévoles qui oeuvrent à son service.

Le site Web, en français de *Drogue : aide et référence* peut être consulté à l'adresse suivante : www.drogue-aidereference.qc.ca et le site anglais est en préparation.

L'équipe de *Drogue : aide et référence* met tout en œuvre pour poursuivre une intense collaboration avec ses nombreux partenaires et pour conserver la confiance que le public lui manifeste depuis sa création en 1992.

Monique Cantin
Coordonnatrice de 1992 à 2002
Directrice des communications depuis 2002



L'ÉLAN DONNÉ À LA RECHERCHE OU LA RECOM

32. « Que le Conseil québécois de la recherche sociale soit mandaté pour développer les différents types de recherche sociale en toxicomanie : fondamentale, clinique, épidémiologique et évaluative, et qu'à cet effet, le CQRS mise sur des équipes de recherche pluridisciplinaires et pluriméthodologiques ;

Que soit développé, à partir d'une ou des institutions du réseau de la santé et des services sociaux, un centre de recherche en toxicomanie, affilié à une université, et dont les mandats seraient de faire de la recherche et de l'enseignement, de maintenir un centre de documentation et de dispenser des soins spécialisés et ultraspécialisés ;

Qu'une enquête soit réalisée à intervalle de trois ans afin de connaître et suivre l'évolution de la consommation des drogues au Québec. »



Avant d'en arriver à la recommandation 32, telle que rapportée ci-dessus, le groupe de travail du Rapport Bertrand a établi un constat selon lequel une grande variété de partenaires oeuvrent en recherche en toxicomanie. En effet, des partenaires comme les universités, des entreprises, des ministères (provinciaux ou fédéraux) se partagent alors les responsabilités et les réalisations en matière de recherche. De fait, on peut dire qu'en 1990 il existe bel et bien un univers de la recherche dans le champ de la toxicomanie mais malheureusement, sa caractéristique est d'être éclaté et surtout... pauvre.

Rappelons-nous...

Qui fait quoi à l'époque ?

Dans l'ensemble, les recherches menées sont de type universitaire, c'est-à-dire plutôt fondamentales, se suffisant à elles-mêmes, se développant avec peu de subventions et, par la force des choses, avec un partenariat restreint. Cependant, des noms circulent déjà et certains vont s'imposer. Dollard Cormier à l'Université de Montréal s'intéresse aux dimensions psychosociales de la problématique (surtout en rapport avec les drogues) et fait avancer la réflexion et les connaissances sur ce sujet. Maurice Dongier et Robert Pihl, à Mc Gill et à l'Hôpital Douglas, mènent des travaux sur l'alcoolisme, en lien avec la génétique. À Concordia, il y a Peter Seraganian dont les travaux portent notamment sur l'efficacité des traitements. Tom Brown y est associé. À l'hôpital Douglas, Céline Mercier développe des recherches sur l'évaluation de programmes. Richard Tremblay mène des études sur la consommation de drogues par les adolescents dans le cadre de ses recherches longitudinales sur les compor-

tements déviants des jeunes garçons. Quant à Louise Nadeau et Pierre Lamarche, ils ont lancé le GRAP¹ et font la promotion de la recherche.

Dans un tel contexte, le momentum avec la recommandation du Rapport Bertrand a été excellent puisque les personnes d'envergure, intéressées au domaine, étaient là mais elles manquaient de moyens. Or, ces moyens, les suites du Rapport Bertrand les ont apportées.

Une centralisation des actions et des fonds

La contribution du Rapport Bertrand n'a pas été négligeable puisqu'en prônant une organisation et une structure coordonnée de la recherche en matière de drogues et de toxicomanie, il a recommandé au MSSS d'investir un budget d'environ 2 millions de dollars et d'en confier la gestion au Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) dans le but de mettre sur pied deux équipes de recherche en toxicomanie. Deux premières équipes ont été mises en place : Dongier-Tremblay pour un volet de recherche sur la prévention et le traitement et Landry-Brochu, en lien avec la trajectoire des personnes toxicomanes et l'impact des interventions.

Une recherche psychosociale structurée

En plus de confier des responsabilités au CQRS et de favoriser le financement de la recherche en toxicomanie, Bertrand indiquait certaines lignes directrices quant au partenariat et la finalité des recherches. Le ton était donné et l'orientation pertinente puisqu'elle rejoignait à la fois les intérêts des chercheurs et les besoins des milieux d'intervention. C'est ainsi que le RISQ² a vu le jour en 1991. Autour d'un noyau de chercheurs qui s'intéressaient à l'impact des traitements dans une perspective d'amélioration des services dans les centres de réadaptation, un partenariat étroit se développe avec les milieux de pratique. Les budgets alloués et la capacité des chercheurs de se mettre à l'écoute des besoins du milieu contribuent à créer une synergie entre les chercheurs et les milieux d'intervention (et aussi de planification) et contribuent au développement d'une expertise de plus en plus reconnue et sollicitée. Les quelques chercheurs du début forment assez rapidement un groupe d'une quinzaine de personnes, très stimulées et mutuellement stimulantes, associées à autant de cliniciens dont les besoins et préoccupations sont pris en compte pour le choix des axes de recherche à développer.

Des axes de recherche directement branchés sur les besoins

À l'époque du Rapport Bertrand, malgré l'augmentation évidente des besoins de services en toxicomanie et la complexification des situations (on parle de plus en plus de polytoxicomanie), les intervenants ne disposent pas d'outils adaptés au Québec. Ils s'organisent, ils sont plus ou moins obligés de se fabriquer leurs propres instruments cliniques, à partir du matériel existant, la plupart du temps en anglais...

Dans un tel contexte, quatre axes de travail s'imposent aux chercheurs du RISQ :

- Documenter les déterminants individuels et collectifs de la toxicomanie ;
- Comprendre la trajectoire des personnes toxicomanes ou à risque de le devenir ;
- Améliorer l'efficacité des interventions ;
- Développer l'instrumentation.

C'est ainsi que dès 1990-1991, un élan extraordinaire a été donné par la création de l'IGT (Indice de Gravité de la Toxicomanie) établi à partir de l'*Addiction Index Severity*. Pour la première fois au Québec, un outil unique est adopté par l'ensemble des intervenants. C'est la porte d'entrée à une foule de possibilités en termes de connaissances des profils des clients pour une adaptation de l'offre de services aux besoins, mais aussi, pour l'établissement d'un langage commun facilitant les collaborations. Cet outil et d'autres qui ont suivi³ constituent une contribution majeure à l'amélioration de la qualité des services en toxicomanie. Les recherches qui permettent de mieux connaître la trajectoire de l'individu qui développe une toxicomanie sont très importantes aussi. À partir de ces connaissances, la compréhension de phénomènes comme la motivation, l'alliance thérapeutique, l'impact des pressions sur le traitement a pu être raffinée, permettant d'adapter encore davantage l'offre de services aux besoins.

Aujourd'hui, pour le RISQ, l'alliance entre les chercheurs de cinq universités et des milieux d'intervention très diversifiés reste primordiale. Les réalisations ont été faites conformément aux prévisions de Bertrand et un dynamisme fort s'est installé. Les mêmes axes de recherche restent très pertinents mais ils incluent maintenant les nouvelles configurations de la toxicomanie. Par exemple, les populations-cibles se sont élargies. En 1990, la préoccupation vis-à-vis des jeunes était moins forte car le phénomène beaucoup moins présent. En 2004, c'est une préoccupation majeure et les partenariats ainsi que les intérêts des chercheurs ont dû par le fait même s'élargir.

1. Groupe de recherche appliqué sur les psychotropes

2. Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives du Québec

3. Dep-Ado ; DÉBA/A-D

Citons les Centres jeunesse, les services correctionnels... La perception de la problématique a aussi évolué, elle s'est élargie à l'ensemble des conduites *addictives*.

Ces éléments relatifs au contenu ont donc évolué et c'est indispensable, mais les orientations prévues par le rapport Bertrand demeurent pertinentes. En privilégiant de façon claire (notamment par des incitatifs financiers) la composition d'équipes formées de chercheurs et de cliniciens, elle a favorisé l'évolution continue des contenus de recherche et c'est une force. Un autre effet observable et positif, découlant de la recommandation 32 du Rapport Bertrand, même s'il est indirect, a été l'émergence de tout un réseau, en communication constante autour de la problématique de la toxicomanie. Ces phénomènes auraient peut-être fini par émerger, mais sans le Rapport Bertrand (ses recommandations et les moyens rendus disponibles pour actualiser celles-ci), il aurait sans doute fallu plus de temps...

En 2004, des nouveautés en perspective ?

Aujourd'hui, des changements majeurs pointent à l'horizon. De nouveaux joueurs sont arrivés (ex. l'INSPQ⁴ dans le dossier du jeu pathologique), des modifications sont introduites par de nouvelles règles, des regroupements sont envisagés... Les directeurs du RISQ estiment que ce groupe doit se repositionner, en particulier au niveau du financement et au niveau des partenariats et ils travaillent sur un projet d'institut universitaire. L'étape sera peut-être aussi décisive que le fut l'élan donné par le Rapport Bertrand. De toutes façons, même s'il n'y avait pas eu de changements de contexte, le succès même de la formule aurait exigé des modifications, car maintenant la demande des milieux de pratique excède largement la disponibilité des chercheurs.

En conclusion, on peut dire que la force de la recommandation 32 du Rapport Bertrand a été d'être porteuse d'une vision, celle-ci a donné un véritable élan à la recherche en toxicomanie (ce ne fut pas le cas dans tous les secteurs visés par les recommandations). Le *momentum* aurait pu être mauvais, par exemple si les acteurs n'avaient pas été prêts. Mais contrairement à ce qui s'est passé dans d'autres secteurs, dans le cas de la recherche, il n'y a pas eu de « mariage forcé » et les résultats aujourd'hui en témoignent... Pour s'exprimer dans un langage à la mode on peut dire qu'à la centralisation recommandée par Bertrand, s'est ajoutée la convergence.

Texte réalisé à partir d'une entrevue avec Serge Brochu (directeur scientifique) et Michel Landry (directeur) au RISQ-CIRRASST.

4. Institut national de santé publique du Québec

LES RÉALISATIONS DANS LE SECTEUR DE LA FORMATION

Trois recommandations visaient le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science ainsi que le ministère de la santé et des services sociaux. Les voici en résumé :

- Revoir les programmes d'enseignement supérieur (techniques ou professions) pour y insérer des cours sur la toxicomanie, y compris de la formation continue (# 24)
- Favoriser, pour les professionnels de la santé et des services sociaux, l'accès à des stages dans des centres de désintoxication et de réadaptation (# 25)
- Implanter de la formation première ligne en toxicomanie pour les équipes multidisciplinaires offrant des services d'accueil-évaluation-orientation (# 26)



En regard de la recommandation 24, on constate peu de développement. Aucun programme d'enseignement supérieur n'a intégré à son cursus une formation suffisante en toxicomanie pour préparer des étudiants gradués à travailler dans ce domaine, à part un cours ou deux, généralistes et insuffisants pour préparer à intervenir. Les programmes de service social, de psychoéducation ou de psychologie des universités en sont des exemples. Cependant, certains gains ont été réalisés...

Le Certificat de toxicomanie : la formation de base confirmée

Les universités de Montréal et de Sherbrooke avaient commencé avant le Rapport Bertrand et continuent, à l'échelle du Québec (avec la collaboration du réseau des Universités du Québec et de l'Université Laval pour certaines régions), à offrir le Certificat de toxicomanie, formation visant à développer les compétences des intervenants qui travaillent déjà en toxicomanie ou qui veulent le faire. Cette formation est devenue une étape quasi incontournable pour tout intervenant qui veut acquérir les bases nécessaires pour œuvrer en toxicomanie. Depuis 2000, elle constitue la formation minimale pour les intervenants, exigée par le cadre normatif du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), normes de qualité pour les organismes privés ou communautaires offrant de l'hébergement en toxicomanie.

Une avancée : les programmes de 2^e cycle en toxicomanie

En 1999, soit presque dix ans après le Rapport Bertrand, l'Université de Montréal ainsi que l'Université de Sherbrooke mettent sur pied un Diplôme d'étude supérieure spécialisé (DESS) en toxicomanie et des microprogrammes. Le programme de Sherbrooke offre aux praticiens des cours, des stages (y compris à l'étranger) et des passerelles pour poursuivre à la Maîtrise, concentration « Toxicomanie ».

La formation continue : une collaboration annuelle AITQ-Université de Sherbrooke

Toujours dans la perspective de bonifier et tenir à jour la formation des intervenants, un programme annuel de transfert des connaissances a été mis sur pied depuis 1998. C'est sept à dix activités de l'Université de Sherbrooke et de l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ) qui rejoignent plus de 300 intervenants par an.

La formation à distance sur Internet au 2^e cycle à l'université de Sherbrooke

Enfin, en 2001, afin de répondre aux besoins de formation d'intervenants de niveau académique avancé répartis dans l'ensemble du Québec, on utilise la technologie de pointe. Il existe maintenant de l'enseignement à distance au 2^e cycle de l'université de Sherbrooke. À ce jour, plus de 100 étudiants en ont bénéficié.

Les stages en milieu d'intervention.

Les programmes des universités de Montréal et de Sherbrooke offrent la possibilité de stages dans les milieux d'intervention, ce qui répond d'une certaine façon au souci des membres du groupe de travail Bertrand (# 25).

La première ligne en toxicomanie : des efforts à poursuivre

Une formation pour les équipes multidisciplinaires de première ligne avait été soutenue par le MSSS dans le passé, mais avec peu de suivi et de support. Or, les exigences du travail en équipes multidisciplinaires dépassent le cadre de ces formations et nécessitent un accompagnement plus soutenu des professionnels. Ce qui n'a pas été offert...

La formation des médecins et des psychiatres : un défi pour l'avenir

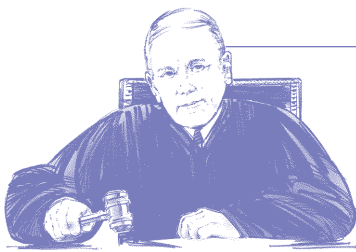
Au Québec, la formation des médecins et des psychiatres en toxicomanie est insuffisante, éclatée et peu organisée. Le cursus du prédoctorat comprend quelques heures sur le sujet, même chose en médecine de famille et en psychiatrie. De courts stages en milieu d'intervention sont parfois réalisés. C'est une lacune importante au chapitre des services alors que le contexte affiche des besoins grandissants.

En conclusion, nous pouvons dire que, depuis quinze ans, le Québec s'est bien structuré au niveau de la formation et du transfert des connaissances en toxicomanie pour les intervenants professionnels mais les lacunes qui restent encore à combler comme la formation des médecins ou celle des intervenants psychosociaux en première ligne sont importantes et loin d'être négligeables.

Lise Roy,

Responsable des programmes de toxicomanie
Faculté de médecine, Université de Sherbrooke





LA POLITIQUE EN M DU RAPPORT BERTR

Recommandations 15 à 21

Cet article propose de faire le bilan de ce qui se passe au Québec relativement au suivi des recommandations 15 à 21 du rapport Bertrand, recommandations portant sur le rôle du système pénal et de la police. Mon attention s'est portée davantage sur la recommandation # 15 et sur la recommandation # 21, car elles ont eu un réel impact sur la vie des Québécois.

Rappelons ces recommandations.



#15. Que le ministère de la Justice du Québec et les autres ministères ou les organismes gouvernementaux concernés, après en avoir vérifié la faisabilité, modifient les lois et les actualisent, dans la mesure du possible, par des sanctions alternatives et désincitatives pouvant s'appliquer aux usagers, selon la gravité de l'offense ou la récidive.

21. Qu'aux fins d'admission à la libération conditionnelle, le trafic de drogues illégales soit traité comme un crime violent et qu'en conséquence les mêmes critères rigoureux soient appliqués; que la Direction des services correctionnels du Québec s'assure que les sentences prononcées contre les trafiquants soient purgées jusqu'à leur terme.



Avant de passer à l'analyse plus détaillée, il est nécessaire, dans un premier temps, de situer ces recommandations dans le contexte fédéral auxquelles elles font écho. Par la suite, il sera plus aisé d'en comprendre le suivi et les conséquences.

De Le Dain au rapport Bertrand

En 1969, le gouvernement libéral de Trudeau crée la Commission d'enquête sénatoriale sur l'usage des drogues à des fins non médicales, mieux connue sous le nom de Commission Le Dain. Le rapport final est déposé le 14 décembre 1973, après un premier rapport portant spécifiquement sur le cannabis en 1972.

Dans ces rapports, les commissaires insistent sur l'importance du recours à des mesures moins coercitives que le droit pénal pour contrôler l'usage problématique de certaines drogues. Ils expliquent que la répression intervient de manière sélective auprès d'un petit nombre d'usagers (surtout de cannabis) et qu'elle envoie certains d'entre eux dans des prisons où le com-

merce de la drogue et le crime sont florissants. En somme, constate le rapport final, les résultats de la lutte contre la possession, la distribution et la production des stupéfiants sont plutôt décevants et cela même si on emploie des moyens répressifs exceptionnels. Dans l'immédiat, les commissaires recommandent la décriminalisation de la possession simple de cannabis, jugeant excessives les peines infligées aux usagers.

En contradiction avec ces constats, les années qui suivent voient la politique répressive canadienne en matière de drogues non seulement continuer, mais s'intensifier et ce, particulièrement en matière de cannabis. Cela s'explique par un renouveau du courant prohibitionniste aux États-Unis et par l'arrivée au pouvoir au Canada d'un gouvernement conservateur, défavorable à une réforme en profondeur des lois sur les drogues.

En 1986, alors que le président Ronald Reagan lance officiellement une nouvelle croisade contre les drogues, sous le nom de «tolérance zéro», les retombées sont immédiates au Canada. En effet, deux jours plus tard, le Premier ministre (conservateur) Brian Mulroney explique, lors d'une allocution, que l'usage des drogues est devenu «épidémique» et que cela menace autant notre économie que nos valeurs sociales. À la même période, on importe aussi des États-Unis, la panique médiatique et sociale en lien avec la cocaïne. C'est une véritable campagne orchestrée autour des «crack-babies». Et, même si les recherches en ont démenti ultérieurement l'existence, la légitimité de la prohibition et de la répression dans la population s'en est trouvée augmentée. (Beauchesne, 2003)

Par ailleurs, le 25 mai 1987, le gouvernement Mulroney lance la Stratégie canadienne antidrogue, définie comme «une approche d'ensemble, intégrée et nationale en matière de drogues, axée sur la prévention, le traitement et l'application de la loi». Cette stratégie annonçait une approche «équilibrée» entre les interventions de santé publique et de répression ce qui ne s'est toutefois pas concrétisé dans l'attribution des budgets fédéraux puisque 95 % des argents ont été consacrés à la répression et 5 % à la prévention et au traitement! (Vérificatrice générale du Canada, 2001).

Dans cette foulée, le Rapport Bertrand est publié en 1990. C'est un rapport dont le titre même, Groupe de travail sur la lutte contre la drogue, fait écho au contexte d'un combat

légitime contre l'ennemi-drogue où le recours à un outil comme la répression n'a pas à justifier sa nécessité.

Voici un extrait des arguments utilisés pour justifier les recommandations 15 à 21 :

« Une lutte efficace contre la drogue passera par une actualisation des sanctions envers les usagers, dont l'objectif sera de créer un effet dissuasif; ce qui ne pourra être atteint que si les sanctions sont socialement pénalisantes pour les consommateurs [...]. Une lutte efficace contre la drogue passe aussi par la reconnaissance de la gravité du crime commis et par l'application intégrale des sentences prononcées contre les coupables ».

Voyons maintenant si les données québécoises en matière de répression reflètent cette volonté exprimée clairement d'accroître la répression...

Suivi des recommandations Bertrand et conséquences

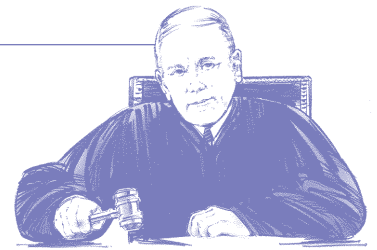
Actuellement, le Canada, juste après les États-Unis, compte par habitant, le taux le plus élevé de condamnations pour une infraction liée aux drogues. En 2000, les services policiers canadiens ont signalé un total de 87,945 infractions en la matière, ce qui constitue une continuation de la croissance phénoménale des dix dernières années.

Ainsi Dion (2001) remarque que : « Depuis 1990, on note des baisses annuelles dans l'enregistrement des crimes de violence, des crimes contre la propriété et des autres crimes, alors qu'on enregistre un nombre annuel croissant d'infractions aux lois sur les drogues, surtout celles liées au cannabis, notamment la possession et la culture. En fait, les seules infractions qui ont accusé des hausses au cours des années '90 sont les infractions à l'ordre public et les infractions liées aux drogues ».

Ces signalements ont donné lieu à près de 50 000 mises en accusations pour des ILD (Infractions visées par la Loi réglementant certaines Drogues et autres substances), le cannabis constituant 70 % d'entre elles, principalement pour possession simple.

Dans ce volume d'accusations, le Québec n'est pas en reste. Si, jusqu'au rapport Bertrand, en comparaison aux autres provinces canadiennes, on était beaucoup moins actif au chapitre des arrestations policières et des poursuites judiciaires en matière de drogues illicites, on observe qu'en dix ans (1990-2000) le taux des ILD a

ATIÈRE DE DROGUES : AND À AUJOURD'HUI...



Données sur les accusations au Canada pour ILD, 1999.¹

Substance	Possession	Trafic	Importation	Culture	Total	Pourcentage
Héroïne	351	800	23	–	1 174	2%
Cocaïne	3 375	6 990	184	–	10 549	21%
Autres	1 797	1 561	157	–	3 515	7%
Cannabis	21 381	8 112	157	4 697	34 347	70%
Total	26 904	17 463	521	4 697	49 585	100%
Pourcentage	54%	35%	1%	10%	100%	

Centre canadien de la statistique juridique, 2000.

plus que doublé. Avec 25% de la population canadienne, le Québec a maintenant 20% des ILD, ce qui permet à Dion d'affirmer :

« Jusqu'en 1992, c'est dans cette province (Québec) que le taux de l'ensemble des ILD fut le moins élevé et qu'il est demeuré le plus stable, suite à quoi il augmente et devient similaire à celui de la province voisine, l'Ontario. C'est l'augmentation du taux des infractions de cannabis et de la possession qui explique principalement le rapprochement avec l'Ontario ».

Ainsi, le Québec, où prévalait un taux d'ILD plus faible que dans les autres provinces jusqu'au rapport Bertrand, se distingue maintenant par la plus forte augmentation des ILD entre 1990 et 2000.

Est-ce que ces mises en accusation ont diminué la violence que subissent les citoyens ? Il apparaît que non : la violence issue des querelles entre groupes criminalisés pour se partager le marché, ou encore celle qui est exercée pour protéger certaines cultures de drogues, subsiste. De plus, malgré l'ampleur des investissements en répression, on n'intercepte qu'une très faible partie de la drogue qui circule sur le marché illicite : entre 5% et 10% selon les diverses estimations policières. Les clientèles visées par les lois sur les drogues ont davantage en commun d'être des usagers ou des petits trafiquants de milieu défavorisé plutôt que de grands trafiquants. Et même si la police a réussi récemment à arrêter quelques grands distributeurs au Québec, cela ne fait que momentanément monter les prix de

la drogue ou encore déplacer les lieux de vente, les modes de production et les produits vendus... Le temps que de nouveaux distributeurs prennent la relève....

Qu'en est-il maintenant des autres recommandations du rapport Bertrand, celles qui visent à établir des peines plus sévères ? Si le Québec ne se distingue pas particulièrement des autres provinces en ce qui concerne les peines non carcérales, il en va autrement des peines carcérales où, encore là, il fait maintenant tout à fait « bonne » figure.

À ce sujet, le tableau qui suit est explicite. Il présente, selon les régions du Canada, le taux d'admissions reliées aux infractions sur les drogues (ILD) ainsi que le nombre de personnes incarcérées dans les établissements fédéraux. Le Québec détient le record d'admissions pour infractions reliées aux drogues et celui du nombre de délinquants qui se sont vus imposer des peines de deux ans et plus.

En conclusion...

Jusqu'à la fin des années 1980, le Québec se distinguait nettement des autres provinces par sa pratique d'une moins grande répression en matière de drogues mais cela n'est plus le cas aujourd'hui. Depuis le rapport Bertrand, un virage très net a été pris en faveur d'une augmentation de la répression. Sans attribuer cette augmentation aux seules recommandations du rapport Bertrand, on peut affirmer néanmoins que l'esprit des recommandations 15 à 21 en fut respecté. Mais est-ce bien ce qu'il fallait faire pour mieux prévenir les consommations problématiques de drogues ? Ce n'est pas de tout mon opinion et ce ne sont pas les statistiques actuelles sur la consommation, en particulier chez les jeunes, qui vont me faire changer d'avis... (Beauchesne, 2003)

Line Beauchesne,
Professeure titulaire, Département de criminologie,
Université d'Ottawa

Références :

BEAUCHESNE, L. (2003) *Les coûts cachés de la prohibition*. Lanctôt éditeur. Montréal.

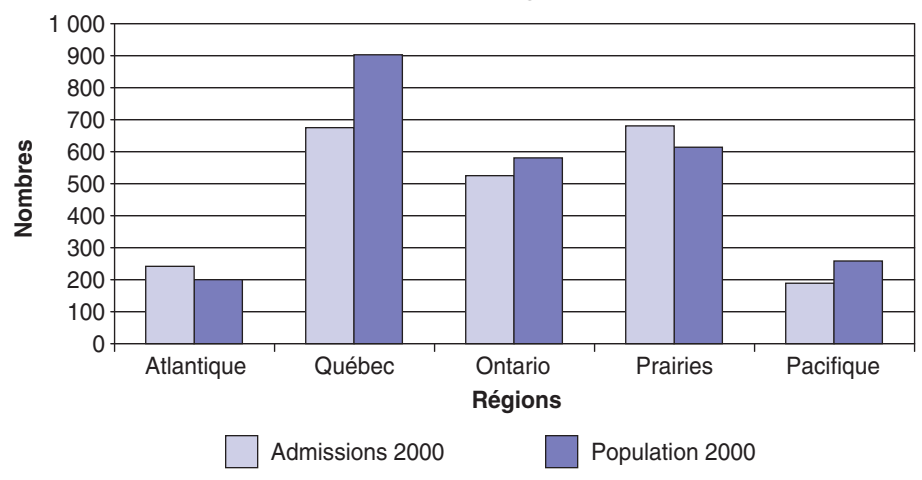
BERTRAND, M. (président). (1990). *Rapport du groupe de travail sur la lutte contre la drogue* Québec. Les publications du Québec.

DION, G. (2001) *Législation nationale et disparités régionales : le cas du Canada* *Psychotropes* : vol.6(4), pp.65 à 104.

DION, G. (2003) *Analyse des disparités provinciales dans l'application des lois sur les drogues au Canada de 1977 à 2000*, Thèse de doctorat, Université de Montréal : École de criminologie. Montréal.

VÉRIFICATRICE GÉNÉRALE DU CANADA (2001) *Rapport*. Bureau du vérificateur général du Canada, chap.11. Ottawa.

Distribution régionale des admissions et de la population de délinquants condamnés pour des infractions liées à la drogue dans les institutions fédérales



Source : Forum Recherche sur l'actualité correctionnelle, septembre 2001, vol. 13, p. 26.

1. En fait, les données réelles sont plus élevées que ce qui est présenté dans ces tableaux car au Canada, le dénombrement des incidents par l'entremise de l'enquête sur la déclaration uniforme de la criminalité (DUC) ne tient compte que de l'infraction la plus grave commise au moment de l'affaire criminelle. Conséquemment, si une affaire criminelle comporte un vol qualifié et une infraction relative à la possession de drogues illicites, seul le vol qualifié sera enregistré dans la banque de données.

L'AIDE EN MILIEU DE TRAVAIL : DES INTERVENTIONS À DÉVELOPPER!

Recommandations # 30 et # 31

Dans le Rapport Bertrand, les programmes d'aide aux employés et les réseaux d'entraide en milieu de travail sont identifiés comme des « moyens bien adaptés pour corriger des problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie ».

Il est donc recommandé :

30. Au ministère du travail de créer, en collaboration avec des représentants d'entreprises et de syndicats, un centre de référence afin de fournir à ceux-ci les outils et le support nécessaires au développement des programmes d'aide conjoints.

31. D'inciter le ministère de la Main-d'œuvre, de la Sécurité du revenu et la formation professionnelle, ainsi que les organismes patronaux et syndicaux à collaborer à la mise sur pied d'un réseau d'entraide pour les ex-toxicomanes, afin de favoriser l'employabilité de ceux-ci et leur permettre une réintégration plus aisée dans le milieu de travail.

Quel est le bilan des réalisations en 2004 ?



Bien avant le rapport Bertrand : le réseau des déléguées et délégués sociaux de la FTQ ou l'aide au quotidien

Une personne toxicomane en milieu de travail dérange. Elle peut mettre sa sécurité et celle des autres en danger et elle risque des sanctions disciplinaires pouvant aller jusqu'au congédiement. Voilà autant de raisons pour un syndicat de se préoccuper des problèmes de toxicomanies au travail.

Ainsi dès son congrès de 1983, la FTQ entérine une résolution enjoignant ses syndicats affiliés à mettre sur pied un programme de formation et d'information sur les toxicomanies. La même résolution les encourage à établir des programmes d'aide aux employés contrôlés par eux.

En 1984, le « Comité alcoolisme et autres toxicomanies » entreprend ses travaux et devient un comité statutaire. Il est d'une telle importance que, depuis plusieurs années, Henri Massé, président de la centrale, en est le responsable politique.

La même année, Centraide et la FTQ s'entendent pour financer un programme conjoint de déléguées et délégués sociaux, c'est-à-dire de pairs aidants, intervenant auprès de leurs confrères et consoeurs aux prises avec des problèmes d'ordre personnel.

Au Congrès de 1985, une étape importante est franchie lorsqu'une longue déclaration de politique visant à faire reconnaître les toxicomanies comme des maladies couvertes par les régimes publics et privés d'assurance est présentée. Elle incite aussi les affiliés à informer, faire de la prévention et aider leurs membres en établissant leur programme d'aide basé sur une relation d'égal à égal et garantissant la confidentialité.

En 1986, La FTQ diffuse largement parmi ses membres son guide d'intervention en alcoolisme et autres toxicomanies intitulé « Objectif Mieux-être »¹. Ce guide est remis à jour en 1992 et est à nouveau en révision pour publication cette année.

En 2004, au Québec, le réseau des déléguées et délégués sociaux compte 2300 membres et 9 coordonnatrices et coordonnateurs régionaux. La moitié des problèmes dont ils s'occupent concerne la toxicomanie. Dans la région de Montréal, les déléguées et délégués sociaux sont actifs dans 525 milieux de travail. Dans les gros milieux de travail l'intervention est rapide et bien structurée.

Les délégués sociaux et des membres des fraternités s'impliquent aussi au quotidien en prévention. Cela leur permet de sensibiliser le milieu et d'apporter aide et soutien aux personnes en difficulté. Cependant, les outils adéquats ne sont pas toujours disponibles. Les campagnes nationales de prévention, telles que conçues au niveau national ont peu d'impact sur nos milieux car les outils et les stratégies de pénétration de ces campagnes ne sont pas toujours pertinents pour les milieux de travail. Ainsi, depuis plusieurs années, nous faisons régulièrement des interventions auprès du ministère de la santé pour que les outils de sensibilisation soient mieux adaptés aux travailleuses et aux travailleurs. Selon nos observations, une campagne centrée sur les adolescents peut certes aider les parents mais, n'a pas l'impact que nous souhaiterions sur les adultes qui n'ont pas d'adolescents. En région, les contacts avec les Agences de la santé (ex-Régies régionales) ont été fructueux et les déléguées et délégués ont pu s'appuyer sur celles-ci pour organiser leurs campagnes de prévention et de sensibilisation dans leur milieu de travail. À Montréal, les contacts ont été difficiles et se sont limités à quelques rencontres d'information sur les nouvelles drogues et les maladies transmises par l'usage des seringues.

En 2004, des obstacles qui subsistent et même s'amplifient...

Alors que la recommandation # 31 visait la réintégration dans le milieu de travail, la principale difficulté rencontrée par les syndicats qui s'occupent des personnes aux prises avec les problèmes de surconsommation, est sans aucun doute l'accessibilité très limitée à des ressources publiques de traitement pour leurs membres.

Une personne reconnue par son employeur comme consommatrice d'alcool ou de drogue est sommée de prendre les moyens de s'en sortir, sous peine de congédiement. L'intervention se doit d'être rapide et l'admission dans un centre de thérapie doit se faire dans les quelques jours qui suivent, or, ce n'est habituellement pas possible dans les ressources

publiques.

Les syndicats ont négocié pour faire reconnaître, dans les conventions collectives, la toxicomanie comme une maladie, certains ont accès à des cures payées mais, ce ne sont pas tous les travailleurs et travailleuses syndiqués qui ont réussi à négocier ces clauses. Une telle situation entrave bien sûr la réadaptation et par conséquent, la réinsertion dans le milieu de travail.

De plus, depuis le début des années 2000, le recours, par les employeurs, aux tests de dépistage de drogues vient aggraver la situation. Les syndicats, malgré le fait qu'ils ont toujours pris position contre les tests antidrogue, se sont retrouvés face à des demandes de plus en plus fréquentes des employeurs lors de la réintégration des travailleurs ou des travailleuses aux prises avec des problèmes de toxicomanies (à leur retour de cure) pour administrer des tests au hasard à ces personnes. Cette pratique existe. Nous avons toujours tenu une position de principe contre les tests. Pourtant, lorsque c'est la seule manière pour une personne de garder son emploi, nous n'avons d'autre choix que d'appuyer le travailleur ou la travailleuse qui signe une formule de consentement pour être testé. Nous tentons alors d'obtenir l'espacement des tests et surtout de limiter la période durant laquelle la personne devra s'y soumettre. Nous sommes aussi outillés pour contester les résultats de ces tests.

Malgré tous ces efforts, depuis quelques temps, nous faisons face à une nouvelle difficulté, notamment dans le secteur des transports. En effet, certaines personnes qui n'ont jamais consommé de drogues au travail, subissent de la pression de la part des employeurs pour se soumettre à des tests sous prétexte qu'ils consomment chez eux. Nous apportons notre soutien aux travailleurs et travailleuses pour qu'ils puissent s'opposer à ces pratiques.

Que dire en conclusion ?

Depuis plus de vingt ans les syndicats affiliés à la FTQ sont actifs pour aider les personnes aux prises avec la toxicomanie à demeurer en emploi et à revenir au travail dans la dignité. Après la cure, bien des milieux organisent des « meetings » de fraternités diverses, sur les lieux de travail. Les déléguées et délégués sociaux, reçoivent une formation continue et du soutien pour aider et accompagner leurs confrères et consoeurs. Ils sont présents et disponibles. Bref, les travailleurs et les travailleuses s'organisent. Cependant, en 2004, on est encore loin du souhait du rapport Bertrand, visant « la réintégration plus aisée ». C'est une vraie lutte que les syndicats doivent mener pour développer des ressources et des moyens afin tout simplement que « consommation » ne signifie plus « exclusion ».

Francine Burnonville

Coordonnatrice du réseau des déléguées et délégués sociaux – Conseil régional FTQ Montréal Métropolitain

1. Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec, Objectif Mieux être, novembre 1992, 50 pages

PROGRAMMES DE TOXICOMANIE DU CERTIFICAT À LA MAÎTRISE AUTOMNE 2004

DEVENIR UN INTERVENANT QUALIFIÉ (selon les normes en vigueur)

Certificat de toxicomanie

Prévention et intervention

Pour développer vos compétences d'intervenant en toxicomanie et augmenter la qualité de vos interventions, un programme de 30 crédits est offert aux détenteurs d'un diplôme d'études collégiales ou l'équivalent.

Des admissions sont possibles pour l'automne 2004 dans différentes villes du Québec dont Sherbrooke, Longueuil, Québec, Ville de Saint-Georges (Beauce).

Le programme est offert à temps partiel sous forme de fins de semaines intensives.

INFORMATION :

Francine Roux
1-800-267-8337 ou 819-564-5245
Francine.Roux@USherbrooke.ca

POUR ASSUMER DE NOUVELLES RESPONSABILITÉS

Les programmes de 2^e cycle

Microprogrammes, diplôme et maîtrises

Fondements et pratiques

Ces programmes s'adressent aux personnes possédant un baccalauréat pertinent et travaillant dans le domaine. Au terme de cette formation, vous serez plus à l'aise pour assumer vos fonctions et responsabilités.

Possibilité de microprogrammes spécialisés de 12 crédits, d'un diplôme de 30 crédits ainsi que de cheminements vers l'obtention de maîtrises, en Intervention sociale, Service social (en préparation), en Éthique appliquée et en Sciences cliniques.

Des admissions sont possibles pour l'automne 2004. L'enseignement s'offre le soir et la fin de semaine au Campus de Longueuil.

Cours sur Internet à l'hiver 2005 :

TXM 700 *Bilan des connaissances et courants actuels* (3 cr.)

TXM 715 *Psychopharmacologie et toxicomanie* (3 cr.)

TXM 703 *L'évaluation de programmes et de services* (3 cr.) (en préparation)

INFORMATION :

Gaétane Quirion
(450) 463-1835, poste 1795 ou 888 463-1835, poste 1795
Toxico.Longueuil@USherbrooke.ca
www.USherbrooke.ca/toxicomanie



Association des intervenants
en toxicomanie du Québec inc.



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

FORMATIONS - AITQ-UdeS 2004-2005

- 24 septembre 2004 à **Longueuil**
(9 h à 16 h 30)
Le 12 novembre 2004 à **Québec**
**LE PIÈGE DE LA CO-DÉPENDANCE :
quand les parents et/ou l'entourage
contribuent à maintenir la
dépendance chez les jeunes...**
Claude-Michel Gagnon, psychologue
au Centre de ressources psycholo-
giques et neuropsychologiques du
Saguenay et consultant.
- 12 novembre 2004 à **Longueuil**
(13 h 30 à 16 h 30)
**LES NOUVELLES DROGUES :
mise à jour**
Benoit Trottier, md
Clinique médicale l'Actuel
- 26 novembre 2004 à **Longueuil**
(9 h à 16 h 30)
**Le DSM-IV TR dans tous ses états :
conjugaison des aspects de santé
mentale et de conduites addictives**
Richard Cloutier, psychiatre
Clinique Cormier Lafontaine
- 11 février 2005 à **Longueuil**
(9 h à 16 h 30)
1^{er} avril 2005 à **Québec**
**L'INTERVENTION EN
TOXICOMANIE :
stratégies pour le court terme
et le long terme**
Louise Nadeau, Professeure titulaire,
Département de psychologie,
Université de Montréal.
- 18 février 2005 à **Québec**
18 mars 2005 à **Longueuil**
(de 9 h à 16 h 30)
**L'INTERVENTION AUPRÈS
DES TROUBLES ANXIEUX
ET LA TOXICOMANIE**
Maryse Paré, psychologue.
- 13 mai 2005 à **Longueuil**
(de 13 h 30 à 16 h 30)
JEUNESSE ET GANGS DE RUE
Gilbert Guérette, Sergent
Section intervention jeunesse
et prévention
Service de police de la ville de
Montréal.

*** LIEU DE LA FORMATION ***

Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke
1111, rue Saint-Charles Ouest, Tour Ouest, 5^e étage
Longueuil (Québec) J4K 5G4

Québec
(endroit à
confirmer)

*** POUR S'INSCRIRE ***

S'adresser à l'Association des intervenants
en toxicomanie du Québec (AITQ)
Tél. : (450) 646-3271 ou www.aitq.com

*** PROGRAMME COMPLET DISPONIBLE EN AOÛT 2004 ***



P.N.B... (Petites nouvelles brèves)

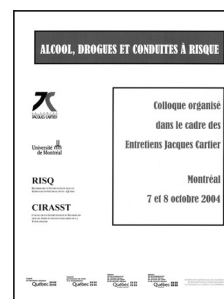
- Les résultats de plusieurs études convergent vers le fait que les tentatives de suicide sont de quatre à dix fois plus fréquentes chez les jeunes hébergés en centre jeunesse. L'explication résiderait selon certains spécialistes dans le taux élevé de troubles psychiatriques chez ces jeunes. De fait, 30 % des jeunes de 6-11 ans et 24 % des adolescents hébergés dans les centres jeunesse de Montréal consomment des médicaments psychotropes comme du Ritalin® ou des antidépresseurs.
- Contrairement à la bière ou aux spiritueux, le vin ne jouerait aucun rôle dans le déclenchement de la goutte, selon un article publié dans *The Lancet*. Cet excès d'acide urique dans les articulations qui provoque une douleur intense toucherait jusqu'à un Canadien sur 30. Le risque est deux fois et demi plus élevé chez les hommes qui consomment deux bières ou plus par jour que chez ceux qui s'abstiennent et 1,6 fois plus élevé pour les amateurs d'alcool fort. Quant aux femmes ? On n'en sait rien l'étude ne portait que sur des hommes...
- C'est encore le fumeur de marijuana qui fait les frais de la guerre contre la drogue. En effet, le Centre canadien de la statistique juridique a compilé des données qui révèlent que, sur les 92 490 affaires de drogues déclarées par les policiers en 2002, à peine 13 % touchent la production, l'importation et le trafic de cocaïne, de l'héroïne et des autres substances illégales. Pourtant, les policiers affirment sans relâche que leur priorité est le trafic à grande échelle et les bandes criminelles... Coût des opérations ? 428 millions de dollars par an pour l'application du droit pénal et... 23 millions environ pour la prévention, l'éducation et le traitement!!!
- D'après les données inscrites dans ses états financiers, Loto-Québec aurait dépensé deux fois et demi plus d'argent pour fidéliser sa clientèle des casinos que pour prévenir le jeu compulsif. Il s'agit principalement de son programme Casino Privilèges pour les joueurs de machines à sous et de montants versés en gratuités ou certificats-cadeaux pour les joueurs aux tables.
- Les programmes de prévention du suicide dans les écoles risquent d'augmenter le désespoir des jeunes. C'est l'effet pervers redouté par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) qui demande que l'on cesse de parler de suicide aux élèves à tort et à travers lorsque aucun drame ne le justifie. L'INSPQ maintient la recom-

mandation d'en parler et de gérer la crise lorsqu'un suicide se produit dans un milieu.

- « La marijuana, victime de la fièvre électorale »... Titre amusant mais tout à fait exact trouvé dans la presse canadienne, en mai dernier, puisque des quatre priorités retenues par Paul Martin, seul le projet de loi visant la décriminalisation de la marijuana n'a pas été adopté. Affaire à suivre après les élections...
- Le casino de Montréal a fait son temps et il a besoin d'être relancé : l'achalandage a diminué de 5,5 % depuis deux ans, les revenus de 3,9 % et les bénéfices de 10,8 %. Cela ne peut plus durer ! La solution ? Déménager le casino dans Montréal (Vieux port), inclure un hôtel, 4000 places de stationnement, une liaison par monorail, un spa et des boutiques. Avec un tel projet, Loto-Québec s'engage à maintenir les bénéfices sans augmenter l'offre de jeu !
- La drogue reste une affaire de jeunesse. En 2002, au Canada, le plus haut taux d'infractions sur les drogues revenait aux 18-24 ans suivis des 12-17 ans. Ces données sont en cohérence avec les recherches qui révèlent que les jeunes admettent volontiers leur consommation de substances illicites (la palme revenant à la marijuana) mais aussi avec elles qui indiquent que ce sont les simples consommateurs qui font les frais de la guerre à la drogue !
- « Psychose et cannabis : la prudence s'impose ». C'est le titre d'un article paru dans les journaux ce printemps. Des professionnels de la santé du secteur de la santé mentale et la toxicomanie ont tenu à faire savoir qu'il faut encourager l'arrêt de la consommation de cannabis chez les clientèles traitées en santé mentale. À la lumière de données récentes, les effets les plus néfastes sont enregistrés chez les personnes qui souffrent à la fois de dépendance au cannabis et de troubles psychotiques, en particulier la schizophrénie.
- Boire ou étudier, il faut choisir ! Selon une étude, les adolescents qui ont déclaré avoir de mauvais ou très mauvais résultats à l'école étaient deux fois plus susceptibles d'avoir consommé de l'alcool au point de se saouler, que ceux qui disaient obtenir de bonnes notes. De la même façon, les jeunes intéressés par les études étaient moins susceptibles d'avoir déclaré s'être saoulés... A-t-on tenu compte des menteurs ??? L'étude ne le dit pas...

Événements à ne pas manquer...

Les 7 et 8 octobre 2004 à Montréal :
Colloque organisé dans le cadre
des Entretiens Jacques Cartier



Thème du colloque :
**Alcool, drogues et
conduites à risque**

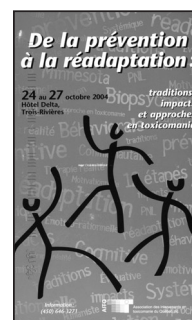
La programmation du colloque est
disponible sur le site Web du RISQ :
www.risq-cirasst.umontreal.ca

Parallèlement, au colloque sur l'alcool, toujours dans le cadre des Entretiens Jacques Cartier, une activité se tiendra le 7 octobre, à compter de 8h00 au Faculty Club de l'Université McGill, sur le thème : **Les jeux de hasard et d'argent-Enjeux scientifiques et sociaux.**

Information : (514) 982-0308, poste 210
colloquejeuxhasard@enigma.ca



Les 24-25 et 26 octobre 2004 : Colloque
de l'AITQ à l'Hôtel Delta à Trois-Rivières



Thème du colloque :
**De la prévention à la
réadaptation :
traditions, impacts et
approches en
toxicomanie**
www.aitq.com



Les 2 et 3 décembre 2004, à Montréal :
Colloque sur les traitements de
substitution organisé par le SAM (Service
d'appui pour la méthadone)

Information : (514) 284-3426
www.info-sam@qc.ca



L comme Lire...



■ Vitaro, F.; Assaad, J.M., Carbonneau, R. (2004). Les enfants de parents affectés d'une dépendance: bilan des connaissances et leçons pour l'intervention. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Gouvernement du Québec. Québec.

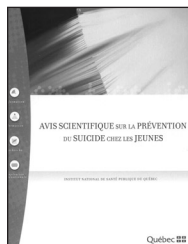


Cette publication s'avère particulièrement pertinente au moment où plusieurs s'interrogent sur la façon d'intégrer une prévention efficace dans les services courants dispensés aux jeunes et leur famille. Le document décrit les problèmes d'adaptation des enfants de parents affectés d'une dépendance, mais aussi les caractéristiques et expériences qui, chez ces mêmes enfants, soutiennent une saine adaptation (phénomène de résilience). La dernière partie dégage des leçons pour l'intervention préventive auprès de ces jeunes et leur familles tout en présentant des interventions et programmes évalués... Un incontournable pour qui veut une information à jour et appuyée scientifiquement. La densité inévitable du texte est compensée par des tableaux et récapitulatifs qui facilitent la lecture...

Disponible sur le site internet du CPLT: lutte.toxicomanie@qc.aira.com

■ Institut national de santé publique du Québec. (2004). Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes. Direction développement des individus et des communautés. Québec.

Le document fait état d'une recension des connaissances en matière de prévention du suicide en analysant onze stratégies pré-



ventives qui vont de la réduction de l'accessibilité aux moyens à la mise en place de sentinelles, en passant par les lignes d'écoute, les programmes de pairs aidants, la sensibilisation des élèves en milieu scolaire, etc. En plus de présenter une revue exhaustive des programmes de prévention du suicide, l'avis présente des recommandations sur lesquelles tout intervenant, en particulier auprès des jeunes, trouvera utile de réfléchir. La recommandation qui vise à l'abandon des activités de sensibilisation au suicide auprès des groupes de jeunes nous ramène au constat que même une bonne intention peut comporter des effets pervers et que l'intervention préventive, comme toute intervention, exige prudence et rigueur scientifique...

Disponible sur le site internet de l'Institut national de santé publique du Québec: <http://www.inspq.qc.ca>

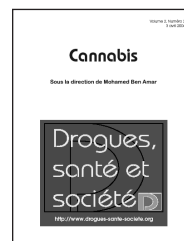
■ Bovay, M. (2004). Ces ados qu'on aime, difficultés et richesse de l'adolescence. Septembre éditeur. Ste-Foy. Québec.



Un livre pour dédramatiser et comprendre l'adolescence. Documenté et ludique, ce livre s'adresse aux parents, éducateurs et autres intervenants en milieu scolaire. Il élabore des pistes de réflexion et vise à développer des relations constructives avec les jeunes. Il s'inscrit à contre-courant de l'alarmisme de certaines études ou regards (en particulier celui des médias).

DES REVUES :

■ Drogues, santé et société. (2004). Volume 2, numéro 2: CANNABIS.



De nombreux articles sont présents dans ce numéro d'actualité puisqu'il vise à faire le tour de la question du cannabis. Une mine d'information autant sur les aspects pharmacologiques que sur la question de l'usage thérapeutique du cannabis.

Disponible seulement sur Internet, à l'adresse suivante:

<http://www.drogues-santé-société.org>

■ Enjeux méthadone. (2004). Traitement de la douleur. Numéro 5, mai 2004. Réseau des intervenants méthadone du Québec. Service d'appui pour la méthadone.



Ce numéro porte spécialement sur le traitement de la douleur. Différents articles ou entrevues nous font connaître le point de vue de médecins impliqués en toxicomanie ou dans le traitement de la douleur chronique. Ces deux thèmes sont traités parfois de façon séparée ou parfois en lien l'un avec l'autre. Exemple: le défi de traiter à la fois la toxicomanie et la douleur.

Disponible au SAM: (514) 284-3426

À SURVEILLER...

Tout nous indique que l'année 2004-2005 sera fertile en aboutissement de certaines démarches enclenchées depuis plusieurs mois, plus longtemps dans certains cas... Aussi, surveillez:

- La parution de la *stratégie interministérielle* sur les drogues. Le document est prévu pour l'hiver 2005.
- Le *cadre de référence sur le traitement de la dépendance aux opiacés avec produits de substitution*. Parution prévue à l'automne 2004.

Prenez part à Rond-Point 2005

Bientôt dix ans se sont écoulés depuis la tenue de Rond-Point 95. La Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes souhaite faire le point sur le chemin parcouru et identifier les actions à mettre de l'avant pour l'avenir.

Initiative de la Fédération, le congrès national Rond-Point 2005 rallie la totalité des acteurs concernés par l'alcoolisme, la toxicomanie et le jeu excessif. Il se veut une invitation à réfléchir, échanger et agir... ensemble!

congrès national
en toxicomanie
rondpoint
2005

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES
DE RÉADAPTATION POUR PERSONNES
ALCOOLIQUES ET AUTRES TOXICOMANES



À inscrire à votre agenda :
Les 11, 12 et 13 avril 2005
à Montréal.



permanent de lutte aux drogues ». Il relevait directement du Premier ministre et son mandat s'articulait autour de l'analyse en continu de la situation, les conseils au Premier ministre mais aussi l'identification des sujets de recherche pertinents à la compréhension du phénomène, la production d'avis et rapports pour aider les différents ministères concernés à établir leurs orientations. De plus, le comité avait dans son mandat de sensibiliser l'ensemble de la population et des acteurs sociaux à la problématique...

Écho-Toxico. *Vous parlez des différents ministères concernés... Cela implique un rôle de leadership fort, tel qu'inscrit au mandat...*

Michel Germain. Oui mais à partir du développement d'une expertise : analyser, comprendre, conseiller. Ce rôle a été assumé avec brio dès le début. On peut parler de « première époque » du comité permanent. Elle a duré 4 ans. La présidence était assumée par Louise Nadeau, avec Jocelyne Forget à la direction générale, avant mon arrivée en 2001. L'interministériel se mettait en place, le gouvernement avait d'ailleurs un plan d'action, avec des engagements de tous les ministères concernés par la problématique. Il y a eu un portrait de la situation qui a été réalisé... Il y a eu le congrès Rond Point '95, événement marquant auquel ont participé les acteurs d'un très grand nombre de secteurs... qui a dégagé des recommandations fortes, sur lesquelles il a fallu beaucoup discuter car ce n'est pas évident de se concerter et faire consensus lorsqu'on est issu d'horizons aussi différents que la Santé, l'Éducation ou la Sécurité publique...

Écho-Toxico. *C'est alors qu'un premier changement est intervenu : 4 ans après sa création le comité passe sous l'égide du ministre de la santé. Comment percevez-vous ce changement ?*

Michel Germain. En fait, en 1994 il y eut aussi la démarche d'incorporation du comité, sous le nom de Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT). C'est quand même important... puis, il y a eu effectivement le rattachement au ministre de la Santé et des Services sociaux, le D^r Jean Rochon, à l'époque.

Écho-Toxico. *Avec un changement de mandat et si on peut dire un certain « frein » à l'aspect intersectoriel du premier mandat ?*

Michel Germain. Oui, ce 2^{ème} mandat, qui est celui que nous avons aujourd'hui encore, est plus limité puisqu'il vise à conseiller le ministre de la santé sur les grandes orientations et lui proposer des priorités d'action. Cependant, je dois préciser que le CPLT n'a jamais renoncé à mettre de l'avant et insister sur la nécessité de l'intersectoriel, plus précisément sur l'absolue nécessité d'une

stratégie interministérielle. C'est notre fil conducteur depuis 1990. Le rapport sorti en 1997 en parlait. Puis celui de 2000... Actuellement encore on travaille fort avec le groupe interministériel, notre objectif étant la sortie d'une stratégie interministérielle d'ici l'automne...

Écho-Toxico. *Un enjeu numéro 1 ?*

Michel Germain. Absolument, c'est l'enjeu numéro 1. Le comité a produit de nombreuses études, en fait, 65 publications, des avis scientifiques sur différents sujets comme la toxicomanie et la judiciarisation, le décrochage scolaire, les tests de dépistage en milieu de travail, la réduction des méfaits... En plus de documenter la problématique, tous ces avis établissent l'évidente nécessité de travailler en intersectoriel... Aujourd'hui, en 2004, la toxicomanie souffre de l'absence de priorisation gouvernementale... La prévention se heurte à la difficulté d'une concertation qui n'a jamais levé. Cette absence entretient un grand nombre de problèmes sur le terrain... sans parler de la confusion de rôles qui persiste : en prévention particulièrement... Le traitement a connu des avancées, laborieuses, inégales mais souffre aussi de l'absence de synergie entre les acteurs, entre autre dès qu'il s'agit de réinsertion, car on a besoin des milieux de travail, du ministère de l'emploi par exemple... Du côté de la réduction de l'offre, des actions se font mais en silo et parfois, cela aboutit à des histoires d'horreur lorsque ces actions sont réalisées dans un même territoire, en totale opposition avec des actions de haute tolérance réalisées par le réseau de la santé... La solution, qui passerait par la cohésion des actions, exige une stratégie interministérielle qui camperait fermement les concertations au plus haut niveau.

Écho-Toxico. *À la lumière de ce que vous dites, on peut interpréter la dissolution du comité comme un recul encore une fois de l'intersectoriel... C'est le leitmotiv majeur du CPLT or le CPLT est aboli... De plus, le ministre souhaite faire appel à une banque d'experts pour remplacer les commissions ou comités... Que pensez-vous du recours à des experts, recrutés à la pièce, pour remplacer le CPLT ?*

Michel Germain. Je pense que c'est un recul... alors que la recommandation du rapport Bertrand visait juste en insistant sur la coordination intersectorielle. La réflexion au sein d'un comité, émergeant d'individus qui sont tous des experts mais issus d'horizons divers, parfois même divergents à cause des missions, est non seulement riche mais indispensable dans une problématique comme la toxicomanie. Cela Bertrand l'avait compris, après avoir étudié en profondeur la question... Un regroupement d'experts mais issus d'horizons variés, c'est ce qu'il faut à la toxicomanie car ce n'est pas seulement une question de santé... Il y a bien d'autres enjeux autour de

cette problématique... Il ne faut pas que la préoccupation d'une stratégie intersectorielle tombe. Nous avons l'intention de faire valoir au ministre Couillard tous les éléments du dossier, ceux liés aux réalisations du CPLT et ceux liés aux besoins des milieux si on veut tenter d'avoir une action efficace, parce que coordonnée, en toxicomanie. Ce n'est pas pour défendre absolument le CPLT dans sa forme actuelle mais nous nous devons de mettre de l'avant, l'expertise, en lien avec une vision multi-sectorielle, comme établie par le CPLT... Cette expertise qui est non seulement reconnue par les intervenants-terrain mais aussi par les partenaires ministériels et même d'organisations internationales. Savez-vous que notre site web reçoit en moyenne 6000 visiteurs par mois ? Sur ce nombre, 30 % sont des visiteurs d'autres pays francophones comme la Belgique, la France... Le CPLT a bien rempli son rôle de documenter la problématique au Québec mais aussi, il a confirmé l'importance de bien connaître des domaines et sous-domaines avant de proposer des actions... une telle expertise se bâtit au fil des années, avec les acteurs sur le terrain, en intervention, en recherche, en formation... mais aussi, les différents réseaux concernés. On ne peut pas balayer tout cela du revers de la main...

Écho-Toxico. *On comprend que c'est sur quoi vous allez mettre vos énergies pendant les prochaines semaines...*

Michel Germain. Vous pouvez en être sûre... Si le ministre maintient sa décision, on veut être certains qu'il le fera en toute connaissance de cause... Pour l'instant, notre calendrier de travail est bien rempli, on continue...

REMERCIEMENTS ET AUTRES INSERTIONS

Nous adressons tous nos remerciements à ceux et celles qui ont contribué à ce numéro pour les textes, les photos et les sources d'information.

Éditeur :

Les programmes de toxicomanie de l'Université de Sherbrooke

Directrice des programmes de toxicomanie :

Lise Roy

Responsable de la rédaction :

Marie-Thérèse Payre

Conception graphique et impression :

MJB Litho inc.

ISSN 1481-546X

Dépôt légal :

Bibliothèque nationale du Québec et du Canada