

Toxicomanie au Canada : **Pleins feux sur les jeunes**



Septembre 2007

Ce document est publié par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies grâce entre autres à la participation financière de Santé Canada. Les points de vue exprimés ne reflètent pas nécessairement ceux de Santé Canada.

Citation proposée : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2007). *Toxicomanie au Canada : Pleins feux sur les jeunes*. Ottawa (Ontario), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Droits d'auteur © 2007 Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Tous droits réservés.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires,
prière de communiquer avec le
CCLAT, 75, rue Albert, bureau 300
Ottawa (Ontario) K1P 5E7
Téléphone : 613-235-4048
Courriel : info@ccsa.ca

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF à
www.cclat.ca.

This document is also available in English under the title
Substance Abuse in Canada: Youth in Focus.

ISBN 1-897321-59-7

Table des matières

Introduction	2
La consommation de substances, les méfaits et les jeunes	4
Angela Paglia-Boak, M.A. (psych.), et Edward Adlaf, Ph.D. <i>Révisé par Stéphane Racine, M.Ps., et Jillian Flight, M.A.</i>	
La consommation de substances chez les jeunes marginalisés	14
Elizabeth M. Saewyc, Ph.D., inf. aut., ISP <i>Révisé par Valerie Gideon, Ph.D.</i>	
Nos réponses face à l'abus de drogues chez les jeunes	22
Serge Brochu, Ph.D. <i>Révisé par Catherine McPherson-Doe</i>	
Abus de drogues, toxicomanie et jeunes : un point de vue neuroscientifique	30
Franco Vaccarino, Ph.D. <i>Révisé par Marco Leyton, Ph.D.</i>	
Lacunes dans nos approches en matière de consommation et d'abus de substances chez les jeunes	38
Grant Charles, Ph.D., et Carla Alexander, M.S.S. <i>Révisé par Jane Fjeld, M.A.</i>	
Conclusion : Un appel à l'action	46



INTRODUCTION

Toxicomanie au Canada : Enjeux et options actuels a d'abord été publié en 2005 dans le but d'attirer l'attention sur une série de grandes questions d'actualité touchant la toxicomanie au Canada et sur leurs répercussions sur l'élaboration de politiques. La première édition abordait divers sujets, allant de nouvelles orientations pour la prévention des problèmes d'alcool à des sanctions de rechange pour l'usage et la possession de cannabis, en passant par la conduite sous l'influence des stupéfiants et le détournement et l'abus de médicaments d'ordonnance. Chaque chapitre se terminait par une analyse des répercussions et des orientations possibles pour les politiques antidrogue canadiennes.

Lors de la planification de cette deuxième édition de *Toxicomanie au Canada*, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies a de nouveau consulté de nombreux spécialistes de l'abus de substances et des toxicomanies pour l'aider à cerner les questions les plus préoccupantes en 2007. Ce processus a débouché sur l'établissement d'une liste de sujets potentiels qui semblaient tous avoir le même dénominateur commun : les jeunes – que ce soit des préoccupations quant à l'âge de la première consommation d'alcool et de drogues (environ 14 ans ou moins à

l'heure actuelle), aux niveaux exceptionnellement élevés d'usage de cannabis des jeunes Canadiens par rapport aux jeunes d'autres pays ou à la hausse de la consommation dangereuse d'alcool chez les moins de 25 ans.

Un message clair ressort de l'examen des habitudes de consommation et des méfaits connexes dans la population canadienne : les jeunes méritent qu'on leur accorde une attention spéciale. Cette situation explique pourquoi les enfants et les jeunes constituent l'un des trois domaines prioritaires du Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada. Les jeunes sont les plus susceptibles de consommer, d'avoir des habitudes de consommation risquées et d'en subir des méfaits. De plus, une expérience précoce et l'adoption d'habitudes de consommation dangereuses au cours de l'adolescence constituent d'importants facteurs qui augmentent le risque de développer des problèmes, dont la dépendance, qui se perpétueront à l'âge adulte.

De plus, certains facteurs de risque liés à la consommation problématique coïncident avec ceux d'autres répercussions négatives, comme le comportement criminel et violent. Les programmes

de prévention de la toxicomanie pourraient donc aussi permettre d'empêcher l'apparition de ces comportements. Traiter avec succès les problèmes de toxicomanie de façon précoce diminue considérablement le risque de méfaits à long terme, notamment les maladies chroniques. En intervenant auprès des jeunes, on dispose d'une occasion en or non seulement d'exercer une influence positive sur leur futur développement personnel, mais aussi d'atténuer les répercussions de la toxicomanie sur la société dans son ensemble.

Dans la présente édition de *Toxicomanie au Canada*, nous nous penchons sur la question de la consommation et de l'abus de substances chez les jeunes selon plusieurs points de vue :

La consommation de substances, les méfaits et les jeunes

L'adolescence et le début de l'âge adulte constituent des périodes de changement sur le plan biologique, intellectuel et psychosocial. C'est à ce moment que se développent plusieurs aptitudes et comportements qui serviront tout au long de la vie. La consommation d'alcool et de drogues illicites débute habituellement pendant l'adolescence. Pour la plupart des jeunes, il s'agit d'un usage expérimental ou occasionnel; par contre, une minorité importante subira des méfaits qui auront des conséquences sur leur état de santé actuel ou futur ou qui menaceront le bien-être d'autrui. Ce chapitre traite de la prévalence de la consommation et de l'abus de substances chez les jeunes Canadiens intégrés à la vie scolaire normale (il s'agit ici de jeunes âgés de 12 à 24 ans) et des méfaits qui en découlent.

La consommation de substances chez les jeunes marginalisés

Si la majorité des adolescents ne présentent pas de problèmes d'alcool ou de drogues, certains groupes de jeunes risquent plus que leurs pairs de souffrir de problématiques telles une forte consommation, la polytoxicomanie, des problèmes sociaux et économiques connexes et des troubles d'abus ou de dépendance. De nouvelles études cherchant à expliquer ce risque accru indiquent que l'automédication permettrait à certains adolescents de faire face à des milieux toxiques, à des traumatismes non traités et à des troubles psychologiques sous-jacents. En fait, les approches populationnelles employées actuellement pour prévenir la consommation chez les adolescents n'abordent pas les principales problématiques vécues par certains groupes à risque; elles s'adressent plutôt à la majorité des jeunes, qui ne risquent pas de subir de graves méfaits connexes.

Nos réponses face à l'abus de drogues chez les jeunes

En Amérique du Nord, plus précisément au Canada, il est maintenant reconnu que l'abus de drogues représente un problème socio-sanitaire majeur qui entraîne des coûts économiques fort importants. Les statistiques indiquent généralement que la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte constituent les périodes

durant lesquelles la prévalence de consommation et d'abus d'alcool et d'autres drogues est la plus élevée. Ce chapitre aborde la réponse mise de l'avant au Canada pour lutter contre la toxicomanie des jeunes grâce à une approche à « quatre piliers », soit la prévention, le traitement, l'application de la loi et la réduction des méfaits. Il porte également sur les divers rôles que jouent les écoles et les collectivités dans la lutte contre la toxicomanie chez les jeunes et donne des pistes sur la façon de mieux intégrer ces rôles.

Abus de drogues, toxicomanie et jeunes : un point de vue neuroscientifique

Ce chapitre donne un aperçu des fondements biologiques de l'abus de drogues et de la toxicomanie. Même si on croit souvent qu'il s'agit de comportements découlant d'un choix individuel fait de plein gré, il est vrai que les drogues modifient certaines composantes physiques et chimiques du cerveau, ce qui complique l'arrêt de la consommation. L'adolescence est une période de croissance pendant laquelle le cerveau se développe et où les conséquences biologiques involontaires à court et à long terme de l'exposition à la drogue causent des méfaits et entraînent une vulnérabilité aux futurs effets de la drogue. Ces changements à long terme sont parfois à l'origine de problèmes de toxicomanie à l'âge adulte.

Lacunes dans nos approches en matière de consommation et d'abus de substances chez les jeunes

La portée et la qualité des services en santé mentale et en toxicomanie varient partout au Canada. Cependant, peu importe la région ou la province, on note un manque généralisé de fonds pour des services adaptés aux jeunes et à leur famille. La santé mentale et la toxicomanie ont longtemps été laissées pour compte dans nos systèmes de services de santé et de services à la personne. De plus, les services d'intervention et de prévention de la toxicomanie destinés aux jeunes reçoivent une part infime du budget total consacré aux services de santé et aux services à la personne, ce qui conduit à une fragmentation des services, limite leur accessibilité et entrave l'élaboration d'un continuum de services et de divers programmes.

Conclusion : Un appel à l'action

Dans le chapitre final, nous reprenons certains des thèmes abordés dans les chapitres précédents et les mettons à profit pour entamer une discussion sur les futures orientations en matière d'abus de substances. Nous examinons l'importance d'adapter les services offerts aux besoins des jeunes pendant leur transition de l'enfance à l'adolescence et nous analysons certaines des lacunes et des déficiences dans les services offerts aux jeunes et la façon de les combler. Nous nous penchons par la suite sur la nécessité, pour les spécialistes des toxicomanies et des domaines connexes, d'avoir accès à une formation améliorée et de travailler en collaboration plus étroite. Enfin, nous faisons ressortir la valeur de la recherche continue sur les facteurs de risque et de protection liés à l'abus de substances chez les jeunes et le besoin d'améliorer l'évaluation des programmes contre la toxicomanie.



La consommation de substances, les méfaits et les jeunes

Angela Paglia-Boak, M.A. (psych.)

Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)

Edward Adlaf, Ph.D.

Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH)

Révisé par

Stéphane Racine, M.Ps., et Jillian Flight, M.A.

Programme de la Stratégie antidrogue et des substances contrôlées, Santé Canada

C'est vendredi et Jean, âgé de 17 ans, se rend à une fête en compagnie de quelques amis. Même si ces derniers ont emmené de la bière, Jean ne l'a pas fait, car il est le conducteur désigné et il ne veut pas boire. Pendant la fête, certaines personnes se passent des joints de cannabis. Jean se mêle à leur groupe. Un peu plus tard dans la soirée, Jean et ses amis quittent la fête. N'ayant pas bu, Jean se croit en état de conduire et prend donc le volant. Peu de temps après, sa voiture en frappe une autre. Jean et ses amis ne sont que légèrement blessés, mais le passager de l'autre voiture subit un grave traumatisme crânien. Jean est considéré comme responsable de l'accident, et des accusations de conduite avec facultés affaiblies sont portées contre lui.

AUTEURS

Angela Paglia-Boak, M.A. (psych.), travaille comme coordonnatrice de la recherche au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). Elle est chargée de coordonner le Ontario Student Drug Use and Health Survey, la plus longue enquête scolaire sur les adolescents au Canada, qui permet de suivre l'évolution de la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario. Elle est auteure et coauteure d'articles et de chapitres de livres sur la consommation de substances, les politiques et la prévention.

Edward Adlaf, Ph.D., est scientifique principal et cochef de l'Unité de santé publique et des politiques de réglementation au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). Chercheur principal pour l'Enquête sur les campus canadiens, il dirige actuellement le Ontario Student Drug Use and Health Survey et le CAMH Monitor (sondage annuel auprès d'adultes ontariens). M. Adlaf est professeur agrégé aux Départements des sciences de la santé publique et de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Toronto, où il enseigne les méthodes d'enquêtes.

Prévalence de la consommation de substances chez les jeunes

Le phénomène de la consommation de substances chez les jeunes évolue constamment, au gré de la drogue du moment. Selon des enquêtes réalisées récemment au Canada, le tabac, l'alcool et le cannabis sont les substances de prédilection des jeunes. En fait, à l'échelle internationale, le Canada figure parmi les pays présentant les taux les plus élevés de prévalence et de fréquence de consommation d'alcool et de cannabis chez les jeunes^{1,2}.

L'alcool est de loin la substance la plus consommée par les jeunes : une enquête nationale récente d'élèves de la 7^e à la 9^e année montre en effet qu'environ les deux tiers d'entre eux en avaient déjà bu³. Un autre sondage national réalisé auprès de jeunes Canadiens de 15 à 24 ans indique que 83 % buvaient au moment du sondage (ou l'avaient fait au cours de la dernière année), et que le mode de consommation le plus fréquent était « boire peu et rarement »* (39 %) ⁴. De même, des enquêtes provinciales auprès d'élèves du

* Se définit comme boire moins d'une fois par semaine, habituellement moins de cinq verres chaque fois. Cette typologie comprend d'autres modes de consommation, dont boire peu mais souvent, boire beaucoup mais rarement et boire beaucoup et souvent; dans ce cas, « beaucoup » signifie boire 5 verres ou plus en une journée et « souvent », boire toutes les semaines.



À L'ÉCHELLE NATIONALE, PLUS D'UN TIERS DES ÉLÈVES DE LA 7^E À LA 9^E ANNÉE ONT DÉJÀ CALÉ DE L'ALCOOL, ET PLUS DE 40 % DES 15 À 19 ANS L'ONT FAIT AU MOINS UNE FOIS AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE. EN OUTRE, PLUS DU QUART DES BUVEURS ÂGÉS DE 12 À 19 ANS ONT CALÉ DE L'ALCOOL 12 FOIS OU PLUS AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE.

secondaire montrent qu'entre la moitié et les deux tiers d'entre eux boivent actuellement de l'alcool, de façon peu fréquente pour la plupart⁵⁻¹¹.

La consommation excessive d'alcool (signifie généralement boire cinq verres ou plus en une seule occasion) survient fréquemment chez les adolescents et les jeunes adultes. À l'échelle nationale, plus d'un tiers des élèves de la 7^e à la 9^e année ont déjà calé de l'alcool³, et plus de 40 % des 15 à 19 ans l'ont fait au moins une fois au cours de la dernière année¹². En outre, plus du quart des buveurs âgés de 12 à 19 ans ont calé de l'alcool 12 fois ou plus au cours de la dernière année¹³. D'après une enquête nationale réalisée récemment auprès de jeunes de 15 à 24 ans, près de la moitié (46 %) des buveurs de la dernière année ingéraient beaucoup d'alcool au moins une fois par mois et 14 %, au moins une fois par semaine⁴. Cette enquête a également permis de démontrer que plus d'un tiers des jeunes avaient une consommation d'alcool dangereuse¹⁴. De la même façon, de nombreux sondages provinciaux signalent qu'environ un quart des élèves du secondaire boivent beaucoup d'alcool au moins une fois par mois^{5-8,11} et qu'environ 15 % le font à un niveau dangereux^{6,7}.

Le cannabis est la deuxième substance la plus couramment consommée par les jeunes Canadiens – et leur substance illicite de prédilection. En effet, 17 % des élèves de la 7^e à la 9^e année déclarent avoir consommé du cannabis au cours de leur vie³. Environ 29 % des 15 à 17 ans et près de la moitié des 18 et 19 ans ont affirmé en avoir pris au cours de la dernière année¹⁴. Selon des enquêtes provinciales, entre un quart et un peu plus d'un tiers des élèves du secondaire consomment du cannabis⁵⁻¹¹ et entre 3 % à 5 % le font tous les jours^{6,8-10}, pratique que l'on constate depuis longtemps⁶. À l'échelle internationale, ce sont les garçons canadiens qui consomment le plus souvent du cannabis (plus de quarante fois au cours de leur vie)¹⁵.

En ce qui concerne le tabagisme, même si les taux ont diminué chez les jeunes et les adultes nord-américains, la situation reste tout de

même préoccupante. Une récente enquête nationale a permis de découvrir que 19 % des jeunes élèves (5^e à la 9^e année) avaient déjà essayé de fumer et qu'environ 2 % de ces élèves fumaient tous les jours³. Selon un autre sondage national similaire, 18 % des adolescents de 15 à 19 ans et 26 % des jeunes de 20 à 24 ans fumaient (tous les jours ou à l'occasion)¹⁶. En moyenne, les jeunes fumaient de 10 à 11 cigarettes par jour^{3,16}. D'après des enquêtes provinciales, les taux estimés de tabagisme (plus que quelques bouffées) au cours de la dernière année chez les élèves du secondaire varient de 14 % à 27 %^{6-9,11} et, dans la plupart des cas, sont inférieurs aux taux pour le cannabis pour la même période.

Après le cannabis, les drogues hallucinogènes, comme la psilocybine (« champignons magiques ») et la mescaline, sont les substances illicites les plus consommées (près de 10 % des élèves du secondaire)^{5-9,11}. La proportion d'adolescents ayant consommé d'autres drogues illicites comme l'ecstasy ou la cocaïne au cours de la dernière année s'élève à moins de 10 %^{5-9,11,14}. Si, dans plusieurs régions du Canada, l'abus de certaines drogues comme la méthamphétamine et l'OxyContin est préoccupant, les statistiques montrent que leur niveau de consommation au cours de la dernière année est relativement faible (environ 1 % chacun) chez les jeunes intégrés à la vie scolaire normale⁶.

La polytoxicomanie, c'est-à-dire la consommation de diverses substances lors d'une même ou de différentes occasions, est un phénomène courant, les jeunes consommant souvent de l'alcool, du tabac et du cannabis en combinaison ou avec d'autres drogues illicites^{6,11}. La consommation exclusive d'une seule substance se produit donc plutôt rarement.

Facteurs de risque de la consommation et de l'abus

La consommation de substances est un comportement complexe, qui a amené l'identification et le classement de divers facteurs de risque touchant l'individu, la famille, le groupe de pairs, l'école et l'environnement. Pour les spécialistes, c'est *l'accumulation* de ces facteurs, plutôt que la présence d'un seul facteur spécifique, qui

augmente la probabilité de consommer des substances ou d'en abuser. Voici un court résumé des principaux facteurs de risque.

Certains *traits caractéristiques individuels* sont invariablement associés à un risque accru de consommation et d'abus. Le déterminant le plus puissant est probablement l'âge car, en général, l'usage augmente pendant l'adolescence, atteint son maximum au milieu ou à la fin de la vingtaine, puis décroît lorsque des événements marquants de la vie, comme avoir un emploi à temps plein et se marier, se produisent¹⁷. Les substances inhalées font cependant exception, puisque leur usage diminue tout au long de l'adolescence. Un autre important facteur prédictif est le sexe, les hommes étant plus susceptibles que les femmes d'utiliser des substances et d'avoir une forte consommation. Par contre, selon certaines enquêtes récentes, l'écart entre les sexes serait en train de se resserrer, car les filles sont aussi susceptibles que les garçons de boire de l'alcool, d'être des buveurs excessifs, de se soûler, de fumer et de prendre des drogues illicites^{5,6,8,9,12,18}. Il existe d'autres facteurs de risque individuels, notamment les attitudes et les croyances sur les dangers de la consommation, l'impulsivité, la recherche de sensations fortes et les troubles psychologiques infantiles (p. ex. les troubles du comportement)¹⁹.

Certains *facteurs interpersonnels* touchant la famille, les pairs et l'école jouent également un rôle. La famille influence de différentes façons la consommation d'un enfant. Ainsi, on a établi une corrélation entre l'usage chez les jeunes et de mauvaises pratiques parentales, notamment une surveillance inadéquate, le manque de liens affectifs entre le parent et l'enfant, la violence, les conflits familiaux, les modèles familiaux de consommation et les attitudes laxistes des parents¹⁹.

La *consommation des pairs* revient constamment comme l'un des facteurs prédictifs les plus forts chez les jeunes¹⁹. Fréquenter des pairs inadaptés et sentir que ses pairs approuvent les comportements de consommation constituent aussi des facteurs de risque importants. Contrairement aux idées reçues, ce n'est pas nécessairement la pression exercée par les pairs qui pousse les jeunes à consommer; en fait, il s'agit souvent d'un choix fait par le jeune de fréquenter des amis qui prennent des substances et ont des attitudes semblables aux siennes^{20,21}.

Des *facteurs scolaires*, dont subir des échecs dès la fin du primaire, sont liés à la consommation, tout comme l'absence d'engagement envers l'école et le manque de liens affectifs avec les autres élèves et les enseignants¹⁹. D'autres éléments peuvent aussi jouer un rôle, comme la « culture de consommation d'alcool » en vigueur dans la population étudiante ou la désapprobation de l'usage^{22,23}.

Survol

- **L'alcool est de loin la substance la plus consommée par les jeunes, et le calage d'alcool est un phénomène courant. Le cannabis est la deuxième substance la plus couramment consommée par les jeunes Canadiens – et leur substance illicite de prédilection. Il est maintenant plus courant pour les élèves de fumer du cannabis que du tabac.**
- **La probabilité de consommer des substances ou d'en abuser augmente avec l'accumulation de facteurs de risque, plutôt qu'avec la présence d'un seul facteur spécifique. Si la multiplication de ces facteurs va de pair avec une hausse du risque et de la gravité des répercussions, les facteurs liés à la consommation diffèrent de ceux pour l'abus.**
- **La consommation de substances est liée à des méfaits sur la santé et la sécurité physique, tout autant que sur la société et l'économie. La gravité des méfaits et leurs types varient selon les habitudes de consommation, dont le mode d'administration, l'intoxication, l'usage régulier et la dépendance.**
- **L'usage précoce a toujours été associé à des répercussions négatives, comme la consommation forte et régulière, la dépendance et des problèmes d'ordre physique et social au début de l'âge adulte. Il est nécessaire de maintenir les stratégies permettant de retarder l'âge de la première consommation.**
- **Il faudrait que les administrations publiques, les organisations non gouvernementales, les universitaires et les éducateurs élaborent des stratégies axées sur les jeunes afin de mieux comprendre les effets néfastes de la consommation de cannabis sur la santé et la société.**
- **Il faudrait favoriser une culture de modération relativement à l'alcool en établissant des directives nationales concernant la consommation et en accordant une attention accrue à la consommation chez les mineurs et aux stades de développement des jeunes.**



CONTRAIREMENT AUX IDÉES REÇUES, CE N'EST PAS NÉCESSAIREMENT LA PRESSION EXERCÉE PAR LES PAIRS QUI POUSSE LES JEUNES À CONSOMMER; EN FAIT, IL S'AGIT SOUVENT D'UN CHOIX FAIT PAR LE JEUNE DE FRÉQUENTER DES AMIS QUI PRENNENT DES SUBSTANCES ET ONT DES ATTITUDES SEMBLABLES AUX SIENNES.

En dehors des facteurs de risque personnels et interpersonnels, le *milieu culturel et social* élargi exerce également une grande influence sur la consommation et la mauvaise utilisation de substances. De nombreuses recherches sur l'alcool et le tabac montrent que l'accessibilité accrue d'une substance, c'est-à-dire si elle est disponible en grandes quantités et à moindre coût, augmente le risque d'usage, en particulier chez les jeunes^{7,24}. Des normes sociales et des images médiatiques favorables à la consommation exercent également une influence considérable^{25,26}.

Si la multiplication des facteurs de risque va de pair avec une hausse du risque et de la gravité des répercussions, il importe de noter que les facteurs liés à la *consommation* diffèrent de ceux pour l'*abus*. L'initiation résulte davantage de facteurs sociaux et environnementaux, comme la consommation des pairs et l'accessibilité à la drogue, alors qu'on associe généralement consommation précoce, abus et forte consommation à des facteurs biologiques, comme la génétique et un tempérament difficile, et à des déterminants psychologiques, comme la violence subie pendant l'enfance, les traumatismes et les troubles psychologiques²⁷.

Méfais liés aux habitudes de consommation

La recherche indique qu'une part importante des décès, des maladies et des incapacités dans les pays développés est attribuable à la consommation d'alcool, de tabac et de drogues illicites^{28,29}. Au Canada, selon les dernières statistiques, ces substances jouent un rôle dans 21 % de tous les décès, 25 % des années potentielles de vie perdues et 19 % des journées d'hospitalisation chez les Canadiens de 15 ans et plus³⁰, le tabac étant la principale cause de chacun de ces résultats. Toutefois, si on ne tient compte que des jeunes, la plupart des méfaits graves, comme les blessures et les accidents, sont dus à l'alcool³¹.

À l'échelle individuelle, des chercheurs ont mis au point un système pour classer les habitudes de consommation qui risquent d'entraîner des conséquences néfastes sur la santé, la sécurité, la société et l'économie³². La première catégorie se

rapporte aux méfaits attribuables au *mode d'administration* de la substance. Fumer finit par entraîner des problèmes respiratoires. Ingérer une substance signifie qu'elle est absorbée lentement par le sang ou le système nerveux central, ce qui complique la mesure et l'ajustement des doses. L'injection permet l'absorption quasi-instantanée d'une grande quantité de la substance et peut causer des surdoses; de plus, l'injection favorise la propagation de virus transmissibles par le sang, comme le VIH et l'hépatite C. L'utilisation de drogues injectables chez les adolescents intégrés à la vie scolaire normale est un phénomène rare (entre moins de 1 % et 2 %)^{6,33}.

La deuxième habitude à risque est l'*intoxication*, souvent associée à de graves méfaits. De nombreux méfaits physiques en découlent directement, dont l'empoisonnement et la surdose, ainsi que des blessures intentionnelles et non intentionnelles, comme les accidents de la route et les chutes. D'ailleurs, la conduite sous l'influence de l'alcool ou d'autres drogues reste problématique au Canada. En 2001, 25 % des conducteurs de 19 ans et moins qui sont décédés au volant et dont le sang a été analysé présentaient un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise¹³. D'après des enquêtes provinciales récentes, entre 9 % et 19 % des élèves titulaires d'un permis de conduire ont reconnu avoir pris le volant après avoir bu; pour ce qui est du cannabis au volant, le taux variait entre 16 % et 26 %^{5,6,9,11,13,34}.

Les personnes sous l'influence de l'alcool ou de la drogue risquent davantage d'avoir des relations sexuelles non protégées³⁵, et l'intoxication est souvent considérée comme un facteur de risque dans la victimisation sexuelle des adolescentes³⁶. Environ 10 % des élèves du secondaire risquent d'avoir des relations sexuelles imprévues après avoir bu de l'alcool, et une proportion similaire est susceptible de le faire sous l'influence de la drogue^{8,11}.

Endommager des biens et se blesser ne sont que deux exemples des méfaits qui surviennent le plus fréquemment chez les élèves qui prennent de l'alcool et de la drogue^{5,8,9,11}. L'intoxication à

répétition pourrait causer des difficultés scolaires, comme l'absentéisme et l'échec, et des problèmes familiaux. Des enquêtes en milieu scolaire indiquent que moins de 10 % de tous les élèves ont subi des problèmes à l'école en raison de leur consommation d'alcool ou de drogues^{8,10}. Selon un sondage national de 2004, plus d'un buveur de 15 à 24 ans sur cinq avait subi au moins un méfait (physique, social, juridique) en raison de sa propre consommation au cours de la dernière année, alors que chez les usagers de drogues illicites de 15 à 19 ans, ce taux s'élevait à environ 30 %¹⁴.

Il existe une corrélation entre l'intoxication alcoolique, l'agressivité et la violence, particulièrement chez les jeunes hommes³⁷⁻³⁹. Des enquêtes provinciales montrent qu'environ 5 % des élèves du secondaire ont eu des démêlés avec la police en raison de leur consommation d'alcool ou de drogues^{5,6,8,9}.

L'usage régulier et prolongé de substances engendre de nombreuses conséquences à long terme sur la santé. On connaît évidemment le lien entre le tabagisme prolongé et de nombreuses maladies, dont le cancer et les maladies respiratoires et vasculaires. Une forte et fréquente consommation d'alcool, quant à elle, peut causer le cancer, des maladies du foie, l'hypertension, des lésions cérébrales et la dépendance, entre autres. L'exposition chronique du cerveau à de grandes quantités d'alcool chez l'adolescent pourrait entraver le développement cérébral et entraîner des pertes de mémoire et d'autres déficits cognitifs^{40,41}. Les adolescents qui boivent régulièrement de façon excessive ont tendance à être en mauvaise santé (surplus de poids, hypertension) dès la mi-vingtaine⁴² et risquent grandement de développer une dépendance⁴³. Il existe un lien entre la consommation excessive et fréquente d'alcool au cours de l'adolescence et la perpétration de crimes violents au début de l'âge adulte⁴⁴.

La consommation régulière et prolongée de cannabis, quant à elle, est associée à diverses conséquences physiques néfastes, dont une déficience cognitive et des maladies respiratoires^{45,46}. La présence ou non d'un lien entre l'usage régulier de cannabis et le cancer suscite un certain débat^{47,48}. Chez les élèves, le fait de fumer régulièrement du cannabis est associé à l'échec scolaire et au décrochage⁴⁹⁻⁵¹. Des données de plus en plus nombreuses montrent que, chez les personnes prédisposées à la schizophrénie et à la psychose, une forte consommation chronique pendant l'adolescence entraîne parfois une aggravation des symptômes^{32,49}; il ne faut cependant pas voir là de relation de cause à effet⁵². Certains travaux de recherche font ressortir un lien entre l'usage fréquent de cannabis et la consommation ultérieure d'autres drogues illicites⁴⁹ et, même si les données à ce sujet ne sont pas probantes, certains chercheurs croient qu'il pourrait y avoir là un rapport de causalité⁵³.

La quatrième habitude est la *dépendance*. Si elle est parfois considérée comme un méfait résultant de la consommation régulière, il s'agit également d'une habitude associée à une grande détresse. Une étude récente a révélé qu'environ 6 % des jeunes Canadiens âgés de 15 à 19 ans pourraient être dépendants de l'alcool et environ 3 %, d'une drogue illicite⁵⁴. Des enquêtes provinciales indiquent qu'environ 6 % à 8 % des élèves consommateurs de cannabis présentaient des signes de dépendance^{6,7}. Chez l'adolescent, la dépendance alcoolique peut causer des déficits cognitifs, de l'anxiété ou de la dépression⁵⁵. Les problèmes de santé physique et mentale peuvent s'aggraver au cours du sevrage si l'approvisionnement de drogues est réduit. La dépendance entraîne diverses conséquences sociales comme des problèmes familiaux, professionnels et financiers et la perpétration d'actes criminels pour se procurer la substance nécessaire.

Conclusions et répercussions pour le Canada

Le présent chapitre fait ressortir la nécessité de mettre en œuvre des stratégies permettant de prévenir les habitudes de consommation dangereuses et les méfaits qui en découlent, en particulier en ce qui concerne l'alcool et le cannabis chez les jeunes. Pour ce faire, l'une des mesures à prendre consiste à déterminer les facteurs de risque de la toxicomanie et à y répondre. Une attention spéciale devrait être accordée à la phase d'initiation à la consommation qui survient au début de l'adolescence, c'est-à-dire avant 13 ou 14 ans, en raison de ses répercussions permanentes. Des études longitudinales révèlent invariablement qu'un usage précoce, peu importe la substance, augmente les risques de consommation forte et régulière, de méfaits connexes et de dépendance⁵⁶⁻⁵⁹.

Dans la même veine, l'analyse de données tirées d'une enquête canadienne réalisée en 2004 montre qu'il existe une corrélation entre le fait de commencer à prendre de l'alcool ou du cannabis à un jeune âge, une consommation forte et régulière chez les jeunes et un taux de prévalence accru des méfaits déclarés (tant sociaux, physiques que juridiques)⁴. De plus, selon certaines données, l'usage précoce d'une substance augmente le risque d'en consommer une autre⁶⁰⁻⁶². L'usage précoce entraîne également des répercussions négatives sur le fonctionnement social et entrave la capacité à effectuer les transitions qui marquent habituellement le passage de l'adolescence à l'âge adulte, p. ex. faire des études supérieures et se marier⁶³. Divers méfaits vécus au début de l'âge adulte découlent d'une initiation précoce, notamment des problèmes avec la justice, la violence, les blessures et des problèmes de santé mentale^{64,65}.

Des études canadiennes démontrent que l'âge moyen pour fumer sa première cigarette est 12 ans, pour prendre son premier verre et sa première cuite est 13 ans et pour prendre du cannabis et d'autres drogues est habituellement d'environ 14 ans^{6,18,66}. Certaines études

américaines signalent une diminution de l'âge de la première consommation au fil du temps⁶⁷; par contre, des données de l'Ontario semblent indiquer que l'âge moyen d'initiation au tabac, à l'alcool et au cannabis est demeuré stable ou a augmenté au cours des dernières années⁶. Les responsables des programmes de prévention ont donc de grands défis à relever, compte tenu des perceptions répandues dans la culture nord-américaine voulant qu'il soit normal de consommer et des opinions selon lesquelles la consommation

« récréative » constitue un rite de passage. De plus, les facteurs de risque ont tendance à se regrouper, et les personnes qui consomment de façon précoce sont susceptibles d'être confrontées à des facteurs de risque additionnels. Si les jeunes en général ne semblent pas être exposés à des risques nombreux, certains sous-groupes sont plus enclins à développer des problèmes de toxicomanie. Ces populations spéciales sont le thème du chapitre suivant.

Références

1. ter Bogt, T., A. Fotiour et S. Nic Gabhainn. Cannabis use. Dans C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal et V. Barnekow-Rasmussen (éd.), *La santé des jeunes en contexte. Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants en âge scolaire (HBSC) : rapport international de l'enquête réalisée en 2001/2002*, 2004. Danemark : Organisation mondiale de la Santé.
2. Vega, W.A., S. Aguilar-Gaxiola, L. Andrade, R. Bijl et coll. Prevalence and age of onset for drug use in seven international sites: Results from the international consortium of psychiatric epidemiology. *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 68, 2002, p. 285–297.
3. Santé Canada. *Sommaire des résultats de l'Enquête de 2004-2005 sur le tabagisme chez les jeunes*, 2006. Ottawa : Santé Canada. Consulté en septembre 2006 sur http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/survey-sondage/2004-2005/result_f.html
4. Flight, J. (sous presse). Canadian Addiction Survey (CAS): A National Survey of Canadians' Use of Alcohol and Other Drugs. Substance Use by Youth. Ottawa : Santé Canada.
5. Liu, J., B. Jones, C. Grobe, C. Balram et coll. *Enquête de 2002 sur la consommation de drogues par les élèves du Nouveau-Brunswick : points saillants*, 2002. Fredericton (N.-B.) : ministère de la Santé et du Mieux-être, Nouveau-Brunswick.
6. Adlaf, E.M. et A. Paglia-Boak. *Consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario 1977-2005 : Rapport complet du SCDEO*, 2005. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale.
7. Commission albertaine contre l'alcool et les toxicomanies. *The Alberta Youth Experience Survey 2002 (TAYES): Summary Report*, 2003. Edmonton (Alb.) : AADAC.
8. Poulin, C. et B. Wilbur. *Nova Scotia Student Drug Use Survey 2002: Technical Report*, 2002. Halifax (N.-É.) : Services de toxicomanie du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse et Université Dalhousie.
9. Poulin, C., D.S. Martin et M. Murray. *Newfoundland and Labrador Student Drug Use Survey 2003: Summary Report*, 2005. St. John's (T.-N.) : ministère de la Santé et des Services communautaires.
10. Patton, D., T.L. Mackay et B. Broszeit. *Alcohol and Other Drug Use by Manitoba Students*, 2005. Winnipeg (Man.) : Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances.
11. Van Til, L. et C. Poulin. *Enquête de 2002 sur la consommation de drogues par les élèves de l'Î.-P.-É. : rapport technique*, 2002. Charlottetown (Î.-P.-É.) : ministère de la Santé et des Services sociaux et ministère de l'Éducation de l'Î.-P.-É. et Université Dalhousie.
12. Tjepkema, M. *Consommation de cannabis et d'autres drogues illicites*, Rapports sur la santé (Statistique Canada, catalogue 82-003, vol. 15, 2004, p. 43–47).

13. Thomas, G. *Méfaits liés à l'alcool et politique régissant la consommation au Canada*, 2004. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
14. Adlaf, E.M., P. Begin et E. Sawka (éd.). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits, rapport détaillé*, 2005. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
15. ter Bogt, T., H. Schmid, S. Nic Gabhainn, A. Fotiou et coll. Economic and cultural correlates of cannabis use among mid-adolescents in 31 countries. *Addiction*, vol. 101, 2006, p. 241–251.
16. Santé Canada. *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2005*, 2006. Consulté en septembre 2006 sur http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc/2005/index_f.html
17. Schulenberg, J., P.M. O'Malley, J.G. Bachman, K.N. Wadsworth et coll. Getting drunk and growing up: Trajectories of frequent binge drinking during the transition to young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 57, 1996, p. 289–304.
18. Boyce, W. (éd.). *Les jeunes au Canada : leur santé et leur bien-être*, 2004. Ottawa : Santé Canada.
19. Hawkins, J.D., R.F. Catalano et J.Y. Miller. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance use prevention. *Psychological Bulletin*, vol. 112, 1992, p. 64–105.
20. Bauman, K.E. et S.T. Ennett. Peer influence on adolescent drug use. *American Psychologist*, vol. 49, 1994, p. 820–822.
21. Simons-Morton, B. et R.S. Chen. Over time relationships between early adolescent and peer substance use. *Addictive Behaviors*, vol. 31, 2006, p. 1211–1223.
22. Rehm, J., N. Monga, E. Adlaf, B. Taylor et coll. School matters: Drinking dimensions and their effects on alcohol-related problems among Ontario secondary school students. *Alcohol and Alcoholism*, vol. 40, 2005, p. 569–574.
23. Kairouz, S. et E.M. Adlaf. Schools, students and heavy drinking: A multi-level analysis. *Addiction Research and Theory*, vol. 11, 2003, p. 427–439.
24. Hawks, D., K. Scott, N. McBride, P. Jones et coll. *Prevention of psychoactive substance use: A selected review of what works in the area of prevention*, 2002. Genève : Organisation mondiale de la Santé.
25. Gunther, A.C., D. Bolt, D.L.G. Borzekowski, J.L. Liebhart et coll. Presumed Influence on Peer Norms: How Mass Media Indirectly Affect Adolescent Smoking. *Journal of Communication*, vol. 56, 2006, p. 52–68.
26. Johnston, L.D., P.M. O'Malley, J.G. Bachman et J.E. Schulenberg. *Monitoring the Future National Survey Results on Drug Use, 1975-2005: Volume 1, Secondary School Students*, 2006 (publication des NIH n° 06-5883). Bethesda (MD) : National Institute on Drug Abuse.
27. Glantz, M.D. et R.W. Pickens. Vulnerability to drug abuse: Introduction and overview. Dans M. Glantz et R. Pickens (éd.), *Vulnerability to drug abuse*. Washington (DC) : American Psychological Association, 1992, p. 1–14.
28. Ezzati, M., A.D. Lopez, A. Rodgers, S. Vander-Hoorn et coll. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet*, vol. 360, 2002, p. 1347–1360.
29. Room, R., T. Babor et J. Rehm. Alcohol and public health. *Lancet*, vol. 365, 2005, p. 519–530.
30. Rehm, J., D. Ballunas, S. Brochu, B. Fischer et coll. *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 : points saillants*, 2006. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
31. Rehm, J., B. Taylor et J. Patra. Volume of alcohol consumption, patterns of drinking and burden of disease in the European region 2002. *Addiction*, vol. 101, 2006, p. 1086–1095.
32. Loxley, W., J. Toumbourou, T.R. Stockwell, B. Haines et coll. *The Prevention of Substance Use, Risk and Harm in Australia: A Review of the Evidence*, 2004. Canberra : ministère de la Santé et du Vieillessement de l'Australie.

33. Miller, C.L., S.A. Strathdee, T. Kerr, K. Li et coll. Factors associated with early adolescent initiation into injection drug use: Implications for intervention programs. *Journal of Adolescent Health*, vol. 38, 2006, p. 462–464.
34. Asbridge, M., C. Poulin et A. Donato. Motor vehicle collision risk and driving under the influence of cannabis: Evidence from adolescents in Atlantic Canada. *Accident Analysis and Prevention*, vol. 37, 2005, p. 1025–1034.
35. Cooper, M.L. Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: Evaluating the evidence. *Journal of Studies on Alcohol Suppl.*, vol. 14, 2002, p. 101–117.
36. Champion, H.L., K.L. Foley, R.H. DuRant, R. Hensberry et coll. Adolescent sexual victimization, use of alcohol and other substances, and other health risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, vol. 35, 2004, p. 321–328.
37. Brewer, R.D. et M.H. Swahn. Binge drinking and violence. *Journal of the American Medical Association*, vol. 294, 2005, p. 616–618.
38. Kodjo, C.M., P. Auinge et S.A. Ryan. Prevalence of, and factors associated with, adolescent physical fighting while under the influence of alcohol or drugs. *Journal of Adolescent Health*, vol. 35, 2004, p. 346–357.
39. Swahn, M.H., T.R. Simon, B.J. Hamming et J.L. Guerrero. Alcohol-consumption behaviors and risk for physical fighting and injuries among adolescent drinkers. *Addictive Behaviors*, vol. 29, 2004, p. 959–963.
40. Brown, S.A., S.F. Tapert, E. Granholm et D.C. Delis. Neurocognitive functioning of adolescents: Effects of protracted alcohol use. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, vol. 24, 2000, p. 164–171.
41. Brown, S.A. et F.T. Susan. Adolescence and the trajectory of alcohol use: Basic to clinical studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1021, 2004, p. 234–244.
42. Oesterle, S., K.G. Hill, J.D. Hawkins, J. Guo et coll. Adolescent heavy episodic drinking trajectories and health in young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 65, 2004, p. 204–212.
43. Bonomo, Y.A., G. Bowes, C. Coffey, J.B. Carlin et coll. Teenage drinking and the onset of alcohol dependence: a cohort study over seven years. *Addiction*, vol. 99, 2004, p. 1520–1528.
44. Wells, J.E., L.J. Horwood et D.M. Fergusson. Drinking patterns in mid-adolescence and psychosocial outcomes in late adolescence and early adulthood. *Addiction*, vol. 99, 2004, p. 1529–1541.
45. Hall, W. et N. Solowij. Adverse effects of cannabis. *Lancet*, vol. 352, 1998, p. 1611–1616.
46. Kalant, H. Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, vol. 28, 2004, p. 849–863.
47. Hall, W., M. Christie et D. Currow. Cannabinoids and cancer: causation, remediation, and palliation. *Lancet Oncology*, vol. 6, 2005, p. 35–42.
48. Hashibe, M., K. Straif, D. Tashkin, H. Morgenstern et coll. Epidemiologic review of marijuana use and cancer risk. *Alcohol*, vol. 35, 2005, p. 265–275.
49. Hall, W.D. Cannabis use and the mental health of young people. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 40, 2006, p. 105–113.
50. Lynskey, M. et W. Hall. The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: A review. *Addiction*, vol. 95, 2000, p. 1621–1630.
51. Lynskey, M.T., C. Coffey, L. Degenhardt, J.B. Carlin et coll. A longitudinal study of the effects of adolescent cannabis use on high school completion. *Addiction*, vol. 98, 2003, p. 685–692.
52. Macleod, J., R. Oakes, A. Copello, I. Crome et coll. Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet*, vol. 363, 2004, p. 1579–1588.
53. Fergusson, D.M., J.M. Boden et L.J. Horwood. Cannabis use and other illicit drug use: Testing the cannabis gateway hypothesis. *Addiction*, vol. 101, 2006, p. 556–569.

54. Tjepkema, M. *Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites*. Supplément aux Rapports sur la santé (Statistique Canada, catalogue 82-003, vol. 15, 2004, p. 9–63).
55. Clark, D.B. The natural history of adolescent alcohol use disorders. *Addiction*, vol. 99, 2004, p. 5–22.
56. DeWit, D.J., J. Hance, D.R. Offord et A. Ogborne. The influence of early and frequent use of marijuana on the risk of desistance and of progression to marijuana-related harm. *Preventive Medicine*, vol. 31, 2000, p. 455–464.
57. Grant, B.F., F.S. Stinson et T.C. Harford. Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol abuse and dependence. A 12-year follow-up. *Journal of Substance Abuse*, vol. 13, 2001, p. 493–504.
58. Hingson, R.W., T. Heeren et M.R. Winter. Age at drinking onset and alcohol dependence: Age at onset, duration, and severity. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 160, 2006, p. 739–746.
59. Warner, L.A. et H.R. White. Longitudinal effects of age at onset and first drinking situations on problem drinking. *Substance Use and Misuse*, vol. 38, 2003, p. 1983–2016.
60. Agrawal, A., J.D. Grant, M. Waldron, A.E. Duncan et coll. (sous presse). Risk for initiation of substance use as a function of age of onset of cigarette, alcohol and cannabis use: Findings in a Midwestern female twin cohort. *Preventive Medicine*.
61. Ellickson, P.L., E.J. D'Amico, R.L. Collins et D.J. Klein. Marijuana use and later problems: When frequency of recent use explains age of initiation effects (and when it does not). *Substance Use and Misuse*, vol. 40, 2005, p. 343–359.
62. Lynskey, M.T., A.C. Heath, K.K. Bucholz, W.S. Slutske et coll. Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs. co-twin controls. *Journal of the American Medical Association*, vol. 289, 2003, p. 427–433.
63. Newcomb, M.D. et P.M. Bentler. *Consequences of Adolescent Drug Use: Impact on the Lives of Young Adults*, 1988. Thousand Oaks (CA) : Sage.
64. Flory, K., D. Lynam, R. Milich, C. Leukefeld et coll. Early adolescent through young adult alcohol and marijuana use trajectories: Early predictors, young adult outcomes, and predictive utility. *Development and Psychopathology*, vol. 16, 2004, p. 193–213.
65. Hingson, R.W., T. Heeren, A. Jamanka et J. Howland. Age of drinking onset and unintentional injury involvement after drinking. *Journal of the American Medical Association*, vol. 284, 2000, p. 1527–1533.
66. Hotton, T. et D. Haans. Alcohol and drug use in early adolescence. *Health Reports*, vol. 15, 2002, p. 9–19.
67. Dennis, M., T.F. Babor, M.C. Roebuck et J. Donaldson. Changing the focus: The case for recognizing and treating cannabis use disorders. *Addiction*, vol. 97, 2002, p. 4–15.



La consommation de substances chez les jeunes marginalisés

Elizabeth M. Saewyc, Ph.D., inf. aut., ISP

Université de la Colombie-Britannique, McCreary Centre Society
et Centre for Community Child Health Research

Révisé par

Valerie Gideon, Ph.D.

Directrice principale de la santé et du développement social,
Assemblée des Premières nations

Sarah a 15 ans et vit dans une petite collectivité rurale du Nord. Au cours de la dernière année, elle a commencé à remarquer qu'elle est attirée par les filles, et non par les garçons. Tous ses amis font des commentaires négatifs sur les « gouines » et les « pédés », et elle connaît un garçon un peu plus vieux qu'elle qui faisait constamment l'objet de plaisanteries et qui a même été battu une fois, uniquement parce que tout le monde croyait qu'il était gai. Elle n'ose se confier à qui que ce soit. Elle fréquente même un des garçons de son école pour que personne ne se doute de rien, mais elle se sent de plus en plus isolée et déprimée. Avant, elle ne buvait qu'à l'occasion, lors de fêtes avec des amis, mais dernièrement, elle boit plus souvent et se soûle à chaque fois. Certains jours, elle pense au suicide et, quand les choses sont trop difficiles, elle fume du cannabis pour ne plus rien ressentir.

AUTEURE

Elizabeth M. Saewyc, Ph.D., inf. aut., ISP, est chercheure-boursière de la Fondation Michael Smith pour la recherche en santé, professeure agrégée à l'École des soins infirmiers et à la Division de médecine des adolescents du Département de pédiatrie, à l'Université de Colombie-Britannique, ainsi que directrice de la recherche à la McCreary Centre Society et scientifique chevronnée au Centre for Community Child Health Research. Elle possède de l'expertise clinique dans les services infirmiers de santé publique auprès des adolescents, et ses travaux de recherche sont axés sur le risque et la résilience des jeunes stigmatisés, notamment les adolescents agressés ou exploités sexuellement, les jeunes de la rue et les jeunes gais, lesbiennes et bisexuels.

Les jeunes ne courent pas tous le même risque

La majorité des adolescents canadiens ne présentent pas de problèmes d'alcool ou de drogue. En fait, moins d'un adolescent sur cinq fréquentant l'école a déjà essayé une drogue autre que l'alcool et le cannabis, à peu près la même proportion consomme régulièrement de l'alcool ou du cannabis et une encore plus petite proportion a déjà pris des drogues illicites comme l'héroïne, la cocaïne ou la méthamphétamine en cristaux¹⁻⁶. Les adolescents plus âgés sont plus susceptibles de boire et d'essayer des drogues que les plus jeunes; par contre, ceux qui s'initient de façon précoce risquent davantage de développer des problèmes personnels et sociaux, notamment l'abus de substances ou des troubles de dépendance tels que définis cliniquement.

De nombreuses études nord-américaines ont permis de cerner des groupes précis de jeunes qui ont un risque accru de forte consommation, de polytoxicomanie et d'abus de substances. L'examen des expériences et des caractéristiques communes à ces groupes nous aident à comprendre leurs facteurs de risque potentiels. À son tour, cette compréhension favorise l'adoption de méthodes de prévention et de traitement plus efficaces, dont l'acquisition de meilleures aptitudes à la prise de décisions et à la gestion de soi. Mais qui sont ces groupes de jeunes à risque et qu'ont-ils en commun?



LES JEUNES DE CES GROUPES TENTENT PEUT-ÊTRE, PAR L'ABUS DE SUBSTANCES, DE FAIRE FACE AU STRESS INTENSE AUQUEL ILS SONT EXPOSÉS ET AUX MILIEUX TOXIQUES DANS LESQUELS ILS VIVENT, ET DE S'ADAPTER AUX EFFETS PHYSIOLOGIQUES DU STRESS CHRONIQUE ET AUX RÉPERCUSSIONS PSYCHOLOGIQUES DÉCOULANT DE TRAUMATISMES NON TRAITÉS SURVENUS À RÉPÉTITION PAR LE PASSÉ.

Jeunes fugueurs et jeunes de la rue. Les enquêtes réalisées auprès de jeunes fugueurs, de la rue et sans-abri ont constamment démontré que ces groupes affichaient des taux beaucoup plus élevés de consommation de substances et de répercussions négatives que les jeunes qui vont à l'école⁷⁻⁹. Ces groupes sont très souvent confrontés à la violence dans la rue et ont des antécédents d'agressions physiques et sexuelles, de dépression et d'autres problèmes de santé mentale. Ils commencent parfois à prendre des drogues illicites pour survivre dans la rue (implication dans des gangs, trafic de stupéfiants, travail du sexe) ou ils les découvrent par l'entremise d'autres jeunes de la rue.

Jeunes en placement sous garde. Les jeunes qui passent par le système judiciaire forment un autre groupe à risque élevé de consommation problématique de substances¹⁰. De nombreux jeunes en placement sous garde ont grandi dans le système de protection de l'enfance et ont fait des fugues ou vécu dans la rue à un moment donné au cours de leur adolescence. Tout comme leurs pairs qui vivent dans la rue, ils risquent davantage de subir de la violence physique et sexuelle que l'ensemble des adolescents et ils souffrent plus fréquemment du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ou de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), entre autres. En Colombie-Britannique, les professionnels de la santé ont diagnostiqué des problèmes de toxicomanie ou de dépendance chez plus d'un jeune en placement sous garde sur cinq¹⁰.

Adolescents ayant des troubles concomitants. De nouvelles recherches indiquent que les jeunes souffrant de TDAH et d'autres troubles du contrôle des impulsions sont plus susceptibles de développer des problèmes de toxicomanie¹¹. Des études ont mis en évidence des différences dans les structures cérébrales et les rythmes cérébraux des jeunes qui finissent par avoir des problèmes de consommation. Ces rythmes sont également associés au TDAH et aux troubles du comportement, entre autres¹². Cette prédisposition a un caractère héréditaire¹³, mais les jeunes souffrant du TDAH, d'un trouble du comportement ou d'autres troubles semblables sont aussi plus susceptibles de faire des fugues, de vivre dans la

rue¹⁴ et, bien sûr, de se retrouver en placement sous garde¹⁰. De plus, ils présentent un risque accru d'agressions physiques et sexuelles en raison de leur impulsivité et de leur difficulté à prévoir les conséquences^{15,16}. Ils leur arrivent aussi parfois de prendre des substances pour améliorer leur concentration et régulariser leur humeur : d'ailleurs, certaines études ont démontré que les adolescents souffrant du TDAH sont plus susceptibles de fumer la cigarette¹⁷. D'autres études révèlent que les jeunes TDAH qui prennent des stimulants comme le méthylphénidate (Ritalin) pendant leur enfance et leur adolescence risquent deux fois moins de développer une dépendance¹⁸, ce qui semble indiquer qu'une partie de leur consommation viserait à contrôler leurs symptômes.

Jeunes exploités ou agressés sexuellement. On sait depuis longtemps que l'abus de substances est une réaction courante aux agressions sexuelles subies pendant l'enfance ou l'adolescence^{19,20}. Certaines données indiquent que les changements qui se produisent dans le cerveau suite à cette violence augmentent les risques de toxicomanie²¹. Les adolescents qui vivent du stress post-traumatique, ressentent de la dépression ou ont des pensées suicidaires après avoir subi de la violence sexuelle ont parfois recours à la drogue pour régulariser leur humeur¹¹. Lorsque les agressions ont été commises par un membre de la famille, il arrive que le jeune fugue et se retrouve dans la rue, où il est de nouveau victime de violence²². Les jeunes fugueurs forcés ou persuadés par la ruse à se prostituer et les jeunes de la rue qui échangent des faveurs sexuelles contre de la nourriture ou un abri sont initiés à la drogue, car elle fait partie intégrante de leur exploitation²³. Ils continuent parfois à consommer pour faire face à la honte et à la stigmatisation vécues en raison de leur travail et pour affronter les événements survenant dans les milieux toxiques où ils tentent de survivre^{24,25}.

Jeunes gais, lesbiennes, bisexuels et en questionnement. Selon un nombre croissant d'études démographiques, les jeunes de minorités sexuelles sont plus susceptibles que leurs pairs de fumer²⁶, de boire et de prendre du cannabis²⁷⁻²⁹ ainsi que d'avoir des problèmes de consommation et d'abus de substances^{30,31}. De plus, ils présentent un risque très élevé de violence, que ce soit le

rejet de leur famille ou des conflits en raison de leur orientation^{32,33}, des agressions physiques et sexuelles à l'intérieur ou à l'extérieur de la famille³⁴, le harcèlement ou la victimisation à l'école ou dans leur milieu³⁵. En effet, une étude provinciale menée auprès d'élèves du secondaire de la région du Nord-Ouest du Pacifique a montré que les jeunes bisexuels, gais ou lesbiennes présentaient des taux plus élevés d'utilisation de drogues injectables que les jeunes hétérosexuels. Par contre, ce risque s'explique davantage par leurs antécédents d'agressions sexuelles que par leur seule orientation sexuelle³⁶. De la même façon, une proportion plus élevée de jeunes fugueurs et de jeunes sans-abri sont gais, lesbiennes ou bisexuels que chez les jeunes qui vont à l'école^{7,8} et les jeunes de la rue membres de minorités sexuelles semblent avoir un risque accru de violence et de consommation de substances par rapport aux jeunes sans-abri hétérosexuels³⁷.

Jeunes inuits, métis et des Premières nations. Les répercussions historiques et actuelles de la colonisation, de la pauvreté et de stratégies d'acculturation forcée, comme les pensionnats, ont entravé la santé et la survie des Premières nations, des Inuits et des Métis sur plusieurs générations. Certaines de ces répercussions offrent des pistes pour expliquer les risques accrus d'usage et d'abus de substances chez les peuples autochtones en général³⁸, ainsi que chez les jeunes inuits, métis et des Premières nations^{38,39,40}. On remarque chez les jeunes des Premières nations des taux inquiétants de traumatisme⁴¹, notamment d'agressions sexuelles et physiques, de discrimination raciale et de harcèlement en milieu scolaire. De plus, ils sont surreprésentés parmi les jeunes fugueurs et les jeunes de la rue⁷⁻⁹, dans le système de protection de l'enfance, notamment en placement sous garde¹⁰, et parmi les adolescents exploités sexuellement³⁹. Les jeunes Autochtones d'Amérique du Nord qui sont gais, lesbiennes, bisexuels ou bispirituels subissent aussi davantage de violence³⁴ et font plus de fugues⁴² que leurs pairs hétérosexuels. Même si la culture des Premières nations et des Inuits comporte souvent des modèles non hétérosexuels positifs^{34,43}, la colonisation et l'effort missionnaire ont modifié les attitudes traditionnelles envers les gens de minorités sexuelles dans de nombreuses collectivités. Des données montrent d'ailleurs que cette situation a exacerbé le traumatisme historique des Autochtones de minorités sexuelles, qui vivent davantage de violence et de traumatisme et affichent des taux accrus de consommation et d'usage problématique⁴³.

Nouvelles données sur le traumatisme, la stigmatisation, le stress et l'adaptation

Le chevauchement d'expériences de ces groupes de jeunes, qui présentent tous un risque accru de toxicomanie, sont révélatrices, comme en fait foi leur taux élevé de traumatisme et de perte, leur vécu d'agressions sexuelles et physiques et d'autres formes de violence, ainsi que leurs expériences de première main de la stigmatisation et du racisme. Ces jeunes courent aussi le risque d'avoir des

Survol

- **La majorité des jeunes Canadiens ne présentent pas de problèmes d'alcool ou de drogue. Moins d'un adolescent sur cinq a déjà essayé une drogue autre que l'alcool et le cannabis, et une proportion analogue consomme régulièrement de l'alcool ou du cannabis.**
- **Certains groupes de jeunes sont plus susceptibles d'avoir une forte consommation, d'être polytoxicomanes ou d'abuser de substances. Ces populations spéciales sont notamment les jeunes fugueurs et les jeunes de la rue, les jeunes en placement sous garde, les adolescents ayant des troubles concomitants, les jeunes exploités ou agressés sexuellement, les jeunes gais, lesbiennes, bisexuels et en questionnement et les jeunes inuits, métis et des Premières nations.**
- **Ces populations présentent un risque accru en raison de facteurs tels des taux élevés de traumatisme et de perte, des vécus d'agressions sexuelles et physiques et d'autres formes de violence, ainsi que la stigmatisation et le racisme.**
- **Les interventions en toxicomanie devraient viser les facteurs à la base de ce comportement, comme la violence sexuelle et physique, la stigmatisation et la discrimination.**
- **Au-delà de la prévention, nous avons besoin d'interventions pertinentes du point de vue culturel qui permettront aux adolescents de se remettre des traumatismes vécus, de découvrir de saines façons de s'adapter au stress chronique et à la détresse et de compter sur la présence de personnes-ressources de confiance dans leur vie.**



D'AUTRES TRAVAUX DE RECHERCHE DOIVENT ÊTRE RÉALISÉS AFIN DE FAIRE RESSORTIR LES MÉCANISMES COMPLEXES ET LES CAUSES POSSIBLES, MAIS NOUS DISPOSONS DÉJÀ DE DONNÉES SUFFISANTES POUR DÉFINIR DE NOUVELLES ORIENTATIONS QUANT À LA PRÉVENTION ET AU TRAITEMENT.

troubles psychologiques, ce qui accroît leur risque de victimisation et complique le processus d'adaptation aux traumatismes qui en découlent. Que les données soient de nature neurobiologique^{11,19,21} ou démographique^{17,22,28,36}, les jeunes de ces groupes tentent peut-être, par l'abus de substances ou la dépendance, de faire face, bien que de façon inefficace, au stress intense auquel ils sont exposés et aux milieux toxiques dans lesquels ils vivent, et de s'adapter aux effets physiologiques du stress chronique et aux répercussions psychologiques découlant de traumatismes non traités survenus à répétition par le passé¹¹.

Heureusement, ce ne sont pas tous les jeunes à risque qui développent des problèmes d'abus chronique ou de dépendance. Selon des données de plus en plus nombreuses, la présence de facteurs de protection et d'atouts dans la vie des jeunes, même les plus vulnérables, permettrait d'atténuer leur niveau de risque et de renforcer leur résilience et leur rétablissement^{1,8,10,40,41,44}. Il semble que des éléments tels l'implication dans la vie scolaire, l'établissement de relations positives avec des adultes bienveillants à l'intérieur ou à l'extérieur de la famille et le soutien des amis réduisent la probabilité que les jeunes ressentent de la détresse ou vivent des difficultés d'adaptation qui pourraient les amener à consommer de façon problématique. D'autres influences populationnelles, comme l'autonomie gouvernementale et la continuité culturelle des collectivités autochtones, contribueraient également à diminuer le niveau de détresse ressentie et à renforcer la résilience des jeunes⁴⁵. Toutefois, les travaux à ce sujet n'en sont qu'à leurs débuts, et les voies menant de la vulnérabilité à la résilience sont complexes.

Conclusions et répercussions pour le Canada

Les approches populationnelles en prévention les plus répandues reposent souvent sur une perspective spécifique des voies menant les jeunes à la consommation et à l'abus, perspective fondée sur des normes et des influences sociales. Selon ce point de vue, une attitude laxiste de la société, combinée au contact de membres de la famille ou d'amis qui consomment, pourrait amener les jeunes vers l'expérimentation (souvent avec le tabac et l'alcool, des substances « d'introduction » à des drogues illicites plus dangereuses), puis

une consommation accrue, l'essai d'autres drogues, des problèmes d'usage régulier et, finalement, l'abus et la dépendance. Selon cette approche de la prévention, chaque personne court à peu près le même risque de souffrir de dépendance et d'abus chronique une fois qu'elle a commencé à consommer. C'est pourquoi la prévention vise principalement à modifier l'acceptabilité de tout niveau de consommation (normes sociales) par la promotion de l'évitement et de l'abstinence et par le renforcement de techniques visant à empêcher la première prise de drogues. Cette opinion constitue souvent l'assise de programmes, comme le populaire programme DARE, et de campagnes de marketing social en santé publique.

Par contre, cette approche populationnelle est-elle la plus précise ou la plus efficace? Si le nombre de jeunes qui font l'expérience de l'alcool ou d'autres drogues augmente de façon constante tout au long de l'adolescence, très peu d'entre eux vont développer un problème d'abus ou de dépendance. En effet, les jeunes qui rapportent une consommation mensuelle ou plus fréquente (même d'alcool) sont minoritaires, et seule une faible proportion affirme consommer régulièrement^{1-6,44}. Plusieurs éléments permettant d'évaluer la consommation problématique, comme le calage, prennent de l'ampleur avec l'âge au cours de l'adolescence, mais le taux de prévalence de la consommation à risque d'alcool diminue ensuite chez les 18 à 24 ans⁴⁶. La dépendance aux autres drogues est un phénomène encore plus rare : d'après l'Enquête sur les toxicomanies au Canada de 2004⁴⁶, si l'on fait abstraction des problèmes liés à l'alcool, environ 1 % seulement des Canadiens âgés de 15 ans et plus manifestent des symptômes d'abus grave, ce qui est beaucoup moins élevé que le pourcentage de jeunes ayant déjà pris une drogue illicite autre que l'alcool ou le cannabis au cours de leur vie. Il semblerait donc que pour la majorité des adolescents, l'expérimentation et la consommation de substances « d'introduction » n'aboutissent pas à l'abus chronique, à la dépendance, ni même à des méfaits connexes intermittents. Ainsi, il est possible que les efforts de prévention déployés soient en grande partie axés sur des jeunes qui ne sombreront jamais dans la toxicomanie, alors que nous ne nous attaquons pas aux problèmes des jeunes les plus à risque.

Pourquoi cette approche demeure-t-elle si prisée et pourquoi les données sur les groupes à risque restent-elles relativement méconnues? Cette situation est due en partie au fait qu'il est difficile d'effectuer, à l'échelle de la population, des recherches sur l'abus chronique et la dépendance auprès de populations vulnérables comme les jeunes de la rue. De même, il est rare que les enquêtes démographiques sur les jeunes incluent des questions sur l'orientation sexuelle, la stigmatisation, les traumatismes, les agressions sexuelles et physiques ou les troubles concomitants, comme le TDAH^{22,47}.

Ainsi, pour diminuer la consommation problématique d'alcool et de drogues, il faut tenir compte des fortes influences exercées par les traumatismes, la violence, la stigmatisation et la vulnérabilité neurophysiologique sur le risque d'abus chronique. D'autres travaux de recherche doivent être réalisés afin de faire ressortir les mécanismes complexes et les causes possibles, mais nous disposons déjà de données suffisantes pour définir de nouvelles orientations

quant à la prévention et au traitement. Nos efforts de prévention devraient être axés sur la résolution des problématiques sous-jacentes, plutôt qu'être limités aux comportements d'adaptation qui en résultent. Il serait possible d'accroître l'efficacité des efforts de prévention déployés à l'échelle de la population s'ils ne portaient pas exclusivement sur l'usage de drogues en tant que tel, mais plutôt sur la prévention de la violence sexuelle et physique, la diminution de la stigmatisation et de la discrimination, la détection et le traitement précoces des troubles psychologiques, la promotion de la continuité culturelle et de l'autodétermination des collectivités autochtones et l'aide à tous les jeunes pour qu'ils trouvent des milieux sécuritaires et stimulants. Mais au-delà de la prévention, nous avons besoin d'interventions pertinentes du point de vue culturel qui permettront aux adolescents de se remettre des traumatismes vécus, de découvrir de saines façons de s'adapter au stress chronique et à la détresse et de compter sur la présence de personnes-ressources de confiance dans leur vie.

Références

1. Tonkin, R., A. Murphy, Z. Lee, E. Saewyc et McCreary Centre Society. *British Columbia youth health trends: A retrospective, 1992–2003*, 2005. Vancouver (C.-B.) : McCreary Centre Society.
2. Commission albertaine contre l'alcool et les toxicomanies. *AADAC Profile: Adolescent substance and gambling use*, 2003. Gouvernement de l'Alberta.
3. Adlaf, E. et A. Paglia-Boak. *Consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario 1977-2005 : Rapport complet du SCDEO*, 2005. Série de documents de recherche n° 17. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale.
4. Poulin, C., D. Martin et M. Murray. *Newfoundland and Labrador Student Drug Use Survey 2003 (Summary Report)*. St. Johns (T.-N.-L.) : Resource Centre, ministère de la Santé et des Services communautaires, Terre-Neuve-et-Labrador, avril 2005.
5. Poulin, C. *Nova Scotia Student drug use 2002. Highlights Report*, 2002. Halifax : ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse.
6. Perron, B. et J. Loiselle. *Portrait de la situation en 2002 et principales comparaisons avec 2000, Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2002 (résultats sommaires)*. Québec : Institut de la statistique du Québec, juin 2003.
7. Laye, A., A. Murphy et McCreary Centre Society. *Between the cracks: Homeless youth in Vancouver*, 2002. Burnaby (C.-B.) : McCreary Centre Society.
8. Murphy, A, C. Poon, M. Weigel et McCreary Centre Society. *No place to call home: A profile of street youth in British Columbia*, 2001. Burnaby (C.-B.) : McCreary Centre Society.
9. Agence de santé publique du Canada. *Les jeunes de la rue au Canada : constatations découlant de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada 1999-2003*, mars 2006. Agence de santé publique du Canada. Consulté le 26 janvier 2007 sur http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/reports_06/pdf/street_youth_f.pdf.

10. Murphy, A., M. Chittenden et McCreary Centre Society. *Time Out II: A Profile of BC Youth in Custody*, 2005. Vancouver (C.-B.) : McCreary Centre Society.
11. Brady, K. et R. Sinha. Co-occurring mental and substance use disorders: The neurobiological effects of chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, vol. 162, 2005, p. 1483–1493.
12. Carlson, S.R., J. Katsanis, W.G. Iacono et A.K. Mertz. Substance dependence and externalizing psychopathology in adolescent boys with small, average or large P300 event-related potential amplitude. *Psychophysiology*, vol. 36, 1999, p. 583–590.
13. Krueger, R.F., B.M. Hicks, C.J. Patrick, S.R. Carlson, W.G. Iacono et M. McGue. Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: Modeling the externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 111(3), 2002, p. 411–424.
14. Whitbeck, L.B., K.D. Johnson, D.R. Hoyt et A.M. Cauce. Mental disorder and comorbidity among runaway and homeless adolescents. *Journal of Adolescent Health*, vol. 35, 2004, p. 132–140.
15. Ford, J.D., R. Racusin, C.G. Ellis, W.B. Daviss, J. Reiser, A. Fleischer et J. Thomas. Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment*, vol. 5, 2000, p. 205–217.
16. Edinburgh, L., E. Saewyc et C. Levitt (sous presse). Gender differences in extra-familial abuse experiences among very young adolescents. *Journal of School Nursing*.
17. Tercyak, K.P., C. Lerman et J. Audrain. Association of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms with levels of cigarette smoking in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 41, 2002, p. 799–805.
18. Wilens, T.E., S.V. Faraone, J. Biederman et S. Gunawardene. Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*, vol. 111, 2003, p. 179–185.
19. DeBellis, M.D. Developmental traumatology: the psychological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Development and Psychopathology*, vol. 13, 2001, p. 539–564.
20. Holmes, W.C. et G. Slap. Sexual abuse of boys: Definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *JAMA*, vol. 280(21), 1998, p. 1855–1862.
21. Anderson, C.M., M.H. Teicher, A. Polcari et P.F. Renshaw. Abnormal T2 relaxation time in the cerebellar vermis of adults sexually abused in childhood: Potential role of the vermis in stress-enhanced risk for drug abuse. *Psychoneuroendocrinology*, vol. 27, 2002, p. 231–244.
22. Saewyc, E.M., L.L. Magee et S.L. Pettingell. Teenage pregnancy and associated risk behaviors among sexually abused adolescents. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 36(3), 2004, p. 98–105.
23. Edinburgh, L., E. Saewyc, T. Thao et C. Levitt. Sexual exploitation of very young Hmong girls. *Journal of Adolescent Health*, vol. 39, 2006, p. 111–118.
24. Saewyc, E. Influential life contexts and environments for out-of-home pregnant adolescents. *Journal of Holistic Nursing*, vol. 21(4), 2003, p. 343–367.
25. Dufour, M.H. et L. Nadeau. Sexual abuse: A comparison between resilient victims and drug-addicted victims. *Violence and Victims*, vol. 16(6), 2001, p. 655–672.
26. Austin, S.B., N. Ziyadeh, L.B. Fisher, J.A. Kahn, G.A. Colditz et A.L. Frazier. Sexual orientation and tobacco use in a cohort study of US adolescent girls and boys. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, vol. 158, 2004, p. 317–322.
27. Rostosky, S.S., G.P. Owens, R.S. Zimmerman et E.D.B. Riggle. Associations among sexual attraction status, school belonging, and alcohol and marijuana use in rural high school students. *Journal of Adolescence*, vol. 26, 2003, p. 741–751.
28. Robin, L., N. D. Brener, S. F. Donahue, T. Hack, K. Hale et C. Goodenow. Associations between health risk behaviors and opposite-, same-, and both-sex sexual partners in representative samples of Vermont and Massachusetts high school students. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, vol. 156, 2004, p. 349–355.
29. Russell, S.T., N. L. Truong et A. K. Driscoll. Adolescent same-sex romantic attractions and relationships: Implications for substance use and abuse. *American Journal of Public Health*, vol. 92(2), 2002, p. 198–202.

30. Lampinen, T.M., D. McGhee et I.M. Martin. Increased risk of “club” drug use among gay and bisexual high school students in British Columbia. *Journal of Adolescent Health*, vol. 38, 2006, p. 458–461.
31. Smith, A.M., J. Lindsay et D.A. Rosenthal. Same-sex attraction, drug injection and binge drinking among Australian adolescents. *Australia & New Zealand Journal of Public Health*, vol. 23(6), 1999, p. 643–646.
32. D’Augelli, A.R., S.L. Hershberger et N.W. Pilkington. Lesbian, gay, and bisexual youth and their families: Disclosure of sexual orientation and its consequences. *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 68(3), 1998, p. 361–371.
33. Murphy, A., A. Sidhu et R. Tonkin. *Being out: Lesbian, gay, bisexual & transgender youth in BC, an adolescent health survey*, 1999. Burnaby (C.-B.) : McCreary Centre Society.
34. Saewyc, E.M., C.L. Skay, E. Reis, S.E. Pettingell, L.H. Bearinger, M.D. Resnick, A. Murphy et L. Combs. Hazards of stigma: The sexual and physical abuse of gay, lesbian, and bisexual adolescents in the U.S. and Canada. *Child Welfare*, vol. 58(2), 2006, p. 196–213.
35. Bontempo, D.E. et A.R. D’Augelli. Effects of at-school victimization and sexual orientation on lesbian, gay, or bisexual youths' health risk behavior. *Journal of Adolescent Health*, vol. 30, 2002, p. 364–374.
36. Saewyc, E., K. Richens, C.L. Skay, E. Reis, C. Poon et A. Murphy. Sexual orientation, sexual abuse, and HIV-risk behaviors among adolescents in the Pacific Northwest. *American Journal of Public Health*, vol. 96(6), 2006, p. 1104–1110.
37. Cochran, B.N., A.J. Stewart, J.A. Ginzler et A.M. Cauce. Challenges faced by homeless sexual minorities: Comparison of gay, lesbian, bisexual, and transgender homeless adolescents with their heterosexual counterparts. *American Journal of Public Health*, vol. 92, 2002, p. 773–777.
38. Walters, K., J. Simoni et T. Evans-Campbell. Substance use among American Indians and Alaska Natives: Incorporating culture in an “indigenist” stress-coping paradigm. *Public Health Reports* [suppl. 1], vol. 117, 2002, p. S104–S117.
39. Comité des sous-ministres adjoints sur la prostitution et l’exploitation sexuelle des jeunes. *Sexual exploitation of youth in British Columbia*, 2000. Victoria (C.-B.) : gouvernement de la Colombie-Britannique.
40. Centre des Premières nations. *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002–2003. Results for adults, youth and children living in First Nations communities*, novembre 2005. Ottawa : Organisation nationale de la santé autochtone. Consulté le 26 janvier 2007 sur http://www.naho.ca/firstnations/french/regional_health.php.
41. van der Woerd, K.A., B.L. Dixon, T. McDiarmid, M. Chittenden, A. Murphy et McCreary Centre Society. *Raven’s Children II: Aboriginal Youth Health in BC*, 2005. Vancouver (C.-B.) : McCreary Centre Society.
42. Saewyc, E.M., C.L. Skay, L.H. Bearinger, R.W. Blum et M.D. Resnick. Demographics of sexual orientation among American Indian adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 68(4), 1998, p. 590–600.
43. Balsam, K.F., B. Huang, K.C. Fieland, J. Simoni et K. Walters. Culture, trauma, and wellness: A comparison of heterosexual and lesbian, gay, bisexual, and Two-Spirit Native Americans. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, vol. 10(3), 2004, p. 287–301.
44. Saewyc, E., N. Wang, M. Chittenden, A. Murphy et McCreary Centre Society. *Building Resilience in Vulnerable Youth*, 2006. Vancouver (C.-B.) : McCreary Centre Society.
45. Chandler, M.J. et C.E. Lalonde. Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada’s First Nations. *Transcultural Psychiatry*, vol. 35(2), 1998, p. 191–219.
46. Adlaf, E.M., P. Begin et E. Sawka (éd.). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d’alcool et d’autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l’usage et les méfaits, rapport détaillé*, 2005. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l’alcoolisme et les toxicomanies.
47. Sell, R.L. et J.B. Becker. Sexual orientation data collection and progress toward Healthy People 2010. *American Journal of Public Health*, vol. 91, 2001, p. 876–882.



Nos réponses face à l'abus de drogues chez les jeunes

Serge Brochu, Ph.D.

Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ)
Centre international de criminologie comparée, Université de Montréal

Révisé par

Catherine McPherson-Doe

Directrice exécutive, Alternatives for Youth



Pierre est père d'une fille de douze ans qui fréquente une petite école rurale faisant partie d'une vaste régie régionale qui, elle, englobe plusieurs écoles en milieu urbain. Selon certaines rumeurs, la consommation de drogues sévirait dans certaines des écoles des villes. Pour trouver une solution au problème, le conseil scolaire a décidé de rédiger une « politique de prévention ». Comme Pierre siège au comité d'école, on lui a demandé son avis sur la politique, qui s'appliquera à toutes les écoles de la régie régionale, y compris celle de sa fille.

En vertu de la politique, des mesures disciplinaires pourront être appliquées aux élèves pris en possession d'armes à feu ou de drogues à l'école. Pour Pierre, il est étrange que la possession d'un joint de marijuana soit traitée sur le même pied que le port d'une arme de poing. Il s'interroge également sur la pertinence de la sanction applicable dans chacun des cas, soit la suspension temporaire ou permanente de l'école, étant donné que pour certains élèves, l'école constitue le seul élément stable de leur vie. Plus loin dans la politique, il voit que la régie souhaite inviter des policiers en uniforme à l'école pour discuter de la drogue. Il se demande de quelle façon cette démarche affectera sa fille.

Lors d'une rencontre du comité d'école, Pierre soulève certaines de ses préoccupations, mais d'autres parents semblent apprécier l'approche sévère adoptée. De plus, un représentant du conseil scolaire affirme que les nouvelles mesures reposent sur des résultats de recherche probants. Pierre décide donc de garder ses opinions pour lui.

AUTEUR

Serge Brochu, Ph.D. (psychologie clinique), est vice-doyen des ressources humaines et de la gestion à la Faculté des arts et des sciences ainsi que professeur titulaire à l'École de criminologie de l'Université de Montréal. Ancien directeur du Centre international de criminologie comparée (1996-2004), il occupe actuellement le poste de co-directeur du groupe Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec (RISQ). Ses travaux de recherche portent notamment sur la relation entre la drogue et la criminalité, le traitement des délinquants toxicomanes et l'évaluation de programmes. Il est l'auteur de 77 articles de revues scientifiques, sept livres, 32 chapitres et 165 exposés présentés lors de conférences scientifiques.

Programmes de prévention

Les programmes de prévention ont comme objectif de prévenir, de retarder ou de diminuer la consommation de substances des jeunes. Idéalement, il faudrait adapter l'intensité des efforts de prévention au niveau de risque de la population concernée.

La prévention *universelle* vise une vaste population d'enfants et de jeunes par l'entremise d'initiatives de promotion de la santé de faible intensité, dont des campagnes de sensibilisation, des programmes de sensibilisation aux drogues à l'école et diverses initiatives communautaires. Les écoles sont de toute évidence un lieu propice à la prévention universelle et, en fait, la majorité des programmes de prévention sont offerts en milieu scolaire.

La prévention *sélective* s'adresse à des sous-groupes de jeunes et à leur famille. Elle vise ceux qui présentent des risques spécifiques relatifs, entre autres, à de mauvais résultats scolaires, à la pauvreté ou à des antécédents de dysfonctionnement familial ou d'abus de substances. Les programmes tentent d'amoindrir l'influence de ces risques en tirant parti des points forts de la personne et en favorisant l'adoption de stratégies d'adaptation à la vie quotidienne.

La prévention *ciblée*, quant à elle, vise des groupes relativement restreints, notamment les jeunes marginalisés, qui consomment



AU CANADA, LE NOMBRE DE PERSONNES DE MOINS DE 18 ANS ACCUSÉES DE POSSESSION DE STUPÉFIANTS A TRIPLÉ AU COURS DE LA DERNIÈRE DÉCENNIE. DANS BIEN DES CAS, CES JEUNES NE SONT PAS QUE DES EXPÉRIMENTATEURS MALCHANCEUX, MAIS D'IMPORTANTES USAGERS QUI ÉPROUVENT DES PROBLÈMES À GÉRER LEUR CONSOMMATION.

éventuellement déjà des substances de façon régulière, mais qui ne répondent pas aux critères de dépendance. Dans le cadre de cette approche plus intensive, divers services de soutien, comme l'aiguillage vers des services de counseling, sont offerts en vue de réduire les méfaits attribuables à un mode de vie problématique.

Les méta-analyses, qui rassemblent les résultats de plusieurs recherches afin de déterminer l'impact global d'un programme, indiquent communément que les programmes de prévention présentent une incidence positive sur la promotion de l'abstinence et découragent l'usage précoce de substances psychoactives^{1,2}. Toutefois, certains programmes sont d'une efficacité supérieure aux autres^{3,4}. Malheureusement, les programmes mis en œuvre à grande échelle ne sont pas nécessairement les plus efficaces. Les programmes de prévention les plus souvent appliqués en Amérique du Nord s'appuient sur le modèle DARE (Drug Abuse Resistance Education), qui est offert par des policiers spécialement formés et expérimentés. Le programme DARE vise non seulement à fournir de l'information fiable sur les drogues, mais aussi à permettre aux jeunes d'identifier les pressions les incitant à consommer et de les contrer. Près d'un milliard de dollars a été investi dans ce programme aux États-Unis et, selon le site Web officiel de DARE, 36 millions d'élèves à travers le monde y ont été initiés; au Canada, il est aussi fréquemment offert par les forces policières. Les programmes comme DARE, qui ont pour objectif principal de fournir de l'information sur les drogues, permettent véritablement d'accroître les connaissances des participants^{1,5}. Par contre, l'idée voulant que le seul apport d'information pousse à adopter une attitude négative par rapport aux drogues et, ainsi, en évite la consommation se révèle non fondée. Les méta-analyses indiquent que le programme DARE n'a pas d'incidence statistiquement significative à long terme sur la prévention de la consommation de drogues illicites par les jeunes³.

La prévention de la toxicomanie chez les jeunes ne vise pas simplement à les empêcher de développer des problèmes ou de subir des méfaits connexes et ne se limite pas aux comportements négatifs. Elle vise aussi à favoriser un développement en santé et à donner aux jeunes les outils dont ils ont besoin pour faire des

choix sains et éclairés. Par exemple, il faut encourager les jeunes qui décident de ne pas consommer et qui adoptent des modes de vie sains et font des choix positifs. Il s'agit là de mettre en valeur les atouts afin de diversifier les facteurs de protection dans la vie du jeune et ainsi d'accroître sa résilience. Le terme résilience fait référence à l'aptitude d'un jeune à faire face à une situation qu'il ne peut facilement changer (par exemple, vivre avec un parent alcoolique). Les facteurs de protection, quant à eux, sont des éléments présents dans la vie du jeune qui le rendent moins susceptible à l'abus de substances. Les facteurs de protection sont notamment la réussite scolaire, les habiletés de lecture, les liens avec un adulte compréhensif, le sentiment d'appartenance au milieu scolaire et la participation à des activités parascolaires⁸⁻¹⁰.

Plutôt que de se concentrer uniquement sur les connaissances sur les drogues, les programmes de prévention devraient donc employer des techniques qui s'adressent directement aux attitudes des participants, afin de leur permettre d'acquérir des habiletés pour résister à l'abus de drogues². Les programmes de prévention les plus efficaces s'appuient habituellement sur une participation active des pairs aux ascendants positifs¹. Ils permettent un recadrage des perceptions et l'apprentissage de stratégies de refus, tout en demeurant interactifs et axés sur des apprentissages rationnels et comportementaux^{1,6,7}. Les jeux de rôle, la rétroaction, les stratégies de résolution de problèmes et le renforcement positif des comportements recherchés apparaissent alors comme des ingrédients importants d'une prévention efficace² : ils permettent non seulement d'acquérir des connaissances en rapport avec les drogues, mais ils améliorent la prise de décisions et augmentent à la fois l'estime de soi et la résistance aux pressions des pairs¹.

Programmes de traitement de la toxicomanie

Il s'avère difficile de comparer l'efficacité des programmes de traitement de la toxicomanie puisque rares sont les études qui leur sont consacrées. Toutefois, de façon générale, le traitement est supérieur à l'absence complète d'intervention thérapeutique^{14,15}.

Les écrits scientifiques font ressortir certaines variables liées au succès du traitement : un faible niveau initial de problèmes de toxicomanie,

une bonne intégration scolaire, le soutien des pairs et de la famille en faveur des objectifs du traitement ainsi que le fait de terminer le programme^{14,15}. Les études d'impact, généralement positives envers ces programmes, ne nous permettent toutefois pas de déterminer clairement les approches thérapeutiques supérieures aux autres¹⁵. Les facteurs les plus prometteurs sont notamment la prestation de services adaptés aux besoins des jeunes (scolarisation, orientation professionnelle, activités récréatives), l'intégration de modules motivationnels et de thérapie familiale à l'intérieur des programmes, ainsi que l'offre de services post-traitement^{15,16,17}.

L'incapacité de la recherche à séparer les outils en fonction de leur efficacité thérapeutique est encore plus criante lorsqu'on examine des populations spécifiques de jeunes toxicomanes, notamment les Autochtones et les jeunes de la rue. Toutefois, pour les jeunes Autochtones, il semble prometteur d'inclure aux programmes de traitements des pratiques traditionnelles qui tiennent compte de leurs besoins spirituels. Pour ce qui est des jeunes de la rue, une mesure efficace consisterait à mettre à leur disposition un endroit sécuritaire¹⁷.

Le traitement des jeunes présente divers défis, notamment la conciliation des objectifs des organismes d'aiguillage et ceux des centres de traitement. De nombreux jeunes présentant des problèmes de toxicomanie sont maintenant dirigés vers des centres de traitement par divers intervenants œuvrant notamment dans des écoles et à l'intérieur du système judiciaire, ce qui ne va pas sans poser d'importants problèmes de coordination. D'entrée de jeu, les différents systèmes en place ne partagent pas nécessairement la même conception des problèmes de drogues. Par exemple, pour certaines administrations scolaires, la consommation en soit est problématique puisque illégale. Pourtant, peu de programmes de réadaptation en toxicomanie vont accepter de traiter un usager expérimentateur.

Application de la loi

Les démarches axées sur la répression et la réglementation ont comme objectif de limiter la disponibilité des substances et d'augmenter leur prix de façon à ce que les jeunes n'aient pas les moyens de se les procurer^{18,19}. Pour ce faire, il est possible de criminaliser la consommation, d'imposer des taxes et un âge minimum légal et de mettre en place un système d'attribution de permis par étape progressive. Ces mesures n'obtiennent qu'un succès partiel et ne constituent pas une réponse suffisante à la consommation chez les jeunes.

Ainsi, en plus d'avoir à observer ces mesures, la plupart des jeunes doivent aussi se conformer à des politiques scolaires qui font appel à la répression pour préserver le caractère sûr et sain du milieu scolaire. Il est de pratique relativement courante que les directions d'écoles collaborent avec les services policiers afin de réprimer la consommation et le trafic de drogues au sein des institutions

scolaires. Cette collaboration revêt de multiples visages, mais il n'est pas rare que la loi soit appliquée en effectuant une descente pour arrêter quelques petits revendeurs et de petits consommateurs de cannabis, en remettant aux mains des policiers des élèves qui se sont fait épingleur par le personnel ou en favorisant la délation entre élèves. Ces interventions répressives visent d'abord à fournir un message de non-tolérance aux élèves et à reconforter les parents sur l'attitude de la direction envers la drogue. Si la collaboration avec les services policiers permet en général d'atteindre ces objectifs, bien peu de trafiquants ou de consommateurs sont ainsi arrêtés.

Certaines provinces canadiennes ont adopté des lois sur la désintoxication obligatoire pour les jeunes aux prises avec de graves problèmes de toxicomanie. Ces mesures légales n'ayant pas encore fait l'objet d'une évaluation, il est difficile d'en déterminer l'impact. Toutefois, même en l'absence de cadre législatif forçant les adolescents toxicomanes à suivre un traitement, de plus en plus de jeunes sont dirigés vers les centres spécialisés en toxicomanie par le système de justice en tant qu'alternative à une peine privative de liberté. La *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* prévoit une gamme de mesures extrajudiciaires applicables aux adolescents accusés d'une infraction.

Au Canada, le nombre de personnes de moins de 18 ans accusées de possession de stupéfiants a triplé au cours de la dernière décennie (1047 en 1993, et 3294 en 2003, selon le Centre canadien de la statistique juridique)²⁰. Dans bien des cas, ces jeunes ne sont pas que des expérimentateurs malchanceux, mais d'importants usagers qui éprouvent des problèmes à gérer leur consommation²¹. Plusieurs jeunes consommateurs se présentent donc en traitement de façon plus ou moins involontaire^{22,23}. Les données de suivi indiquent que de nombreux jeunes abandonnent le processus de réadaptation. De plus, il semble que les pressions judiciaires pour entrer en traitement ne sont pas liées au succès ou à l'incapacité de terminer le programme²². Parmi les pratiques les plus prometteuses pour contrer cet abandon prématuré, mentionnons l'utilisation des principes de l'entrevue motivationnelle^{24,25}, de même que l'établissement d'une alliance thérapeutique²².

Programmes de réduction des méfaits (RDM)

Au cours des 25 dernières années, l'approche de la réduction des méfaits a influencé les stratégies antidrogue. La RDM accepte comme inévitable, et même comme « normale », un certain usage de drogues dans la société. Les tenants de la réduction des méfaits offrent au toxicomane des services afin de réduire les méfaits liés à sa consommation. On associe généralement la réduction des méfaits à des stratégies comme l'accès à des seringues stériles et la mise sur pied de centres d'injection, la prescription de méthadone ou d'autres médicaments, la diffusion d'information fiable et l'élaboration de programmes de sensibilisation^{26,27}. Elle comprend cependant d'autres stratégies touchant tous les aspects de la



LES INITIATIVES DE PRÉVENTION LES PLUS FRUCTUEUSES SONT AXÉES SUR LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION ET SONT MISES EN ŒUVRE SELON LE PRINCIPE D'INTERACTIVITÉ.

consommation, y compris la prévention et le traitement. En fait, les services de prévention et de traitement ayant pour objet la RDM existent depuis longtemps²⁷.

L'un des débats entourant la réduction des méfaits qui fait actuellement rage est de savoir si cette philosophie convient aux programmes universels offerts en milieu scolaire. En vertu de cette approche, un programme universel se caractériserait par sa neutralité relativement à l'abstinence et serait plutôt axé sur la lutte contre les méfaits découlant de la consommation²⁸. Par exemple, les programmes de réduction des méfaits se préoccuperaient des habitudes de consommation d'alcool à risque élevé, comme le calage, plutôt que de prôner l'abstinence. Doit-on encourager l'abstinence ou adopter une philosophie de RDM dans les écoles canadiennes? Il est difficile de répondre clairement à cette importante question. Des études concluent que des objectifs de RDM sont acceptables uniquement dans les programmes de prévention universelle destinés aux élèves les plus âgés qui risquent davantage de consommer que les plus jeunes. Cependant, les auteurs ne s'objectent pas aux programmes de RDM²⁹. Par exemple, des stratégies de RDM visant particulièrement les jeunes consommateurs de drogues par voie intraveineuse, notamment des campagnes d'éducation sur l'injection sécuritaire et des programmes d'échange de seringues, constituent des mesures sanitaires efficaces^{30,31}.

Mobiliser les collectivités pour offrir des services coordonnés

L'école est souvent le point central des initiatives de lutte contre la consommation de substances chez les jeunes, car la majorité d'entre eux peuvent y être rejoints. Il s'agit d'une excellente tribune pour la prestation de programmes universels. Le milieu scolaire offre un lieu et un moment privilégiés pour rejoindre les jeunes. Ainsi, non seulement la plupart des jeunes sont scolarisés dans des établissements reconnus, mais, au primaire du moins, les élèves n'ont généralement pas intégré de fortes croyances ou d'attentes particulières par rapport aux drogues. Toutefois, la recherche indique clairement que l'abus de drogues se développe en relation avec l'exposition à des facteurs de risque de différents ordres, dont individuels, interpersonnels et culturels. Tous ces facteurs ne peuvent

pas être contrecarrés par les seuls programmes dispensés à l'école. Il arrive aussi que les jeunes les plus à risque décrochent de l'école. Le milieu scolaire ne permet donc pas de rejoindre un grand nombre des consommateurs à risque; la prestation de programmes spécialisés pourrait davantage convenir à d'autres cadres.

Les services spécialisés et les organismes communautaires sont en mesure d'offrir des programmes plus individualisés, comme adapter l'intensité et la durée du service aux besoins du jeune concerné. Par contre, la coordination de ces services représente un défi, car les organismes ont parfois des philosophies contradictoires et des objectifs distincts. De plus en plus de centres de traitement préconisent une approche de réduction des méfaits, alors que plusieurs organismes d'aiguillage préfèrent un objectif d'abstinence. En outre, durant le traitement, la confidentialité nécessaire pour l'établissement d'un lien thérapeutique rend parfois difficile le travail des organismes d'aiguillage qui ont besoin d'accéder à l'information sur le traitement. Ces carences dans la communication et la coordination des efforts font en sorte que les services destinés aux jeunes ne sont pas toujours exploités de façon efficace.

L'intégration des services devrait faire l'objet d'efforts supplémentaires, comme le montre le réseau intégré de services Mécanisme d'accès jeunesse en toxicomanie (MAJT) en place dans certaines régions du Québec et lauréat de plusieurs prix³². Le MAJT vise à fournir des services efficaces de dépistage, d'intervention précoce et de réadaptation aux jeunes ayant des problèmes de consommation de substances, en partenariat notamment avec des écoles, des Centres de santé et des services sociaux (CSSS), des Centres jeunesse, des milieux judiciaires ainsi que des centres de traitement de la toxicomanie. Les organismes apprennent à mieux communiquer entre eux grâce à la formation et à l'utilisation des mêmes instruments de dépistage et d'évaluation de l'abus d'alcool et de drogues. Ils se sont également entendus sur une façon de coordonner les services qui classe les besoins des jeunes en trois catégories : feu vert, feu jaune et feu rouge. Les jeunes classés dans la catégorie « feu vert » n'ont pas besoin d'intervention. Ceux associés au « feu jaune » sont dirigés vers un CSSS ou un intervenant social de l'école pour recevoir une intervention brève. Enfin, les « feux rouges » sont

orientés vers un centre de traitement de la toxicomanie, où un indice de la gravité de la toxicomanie pour les adolescents (IGT ADO)³³ permettra aux intervenants de les diriger vers le centre de traitement le plus approprié. Ce MAJT est maintenant imité dans plusieurs autres régions du Québec³⁴.

Après la mobilisation des collectivités pour coordonner les services, le défi qui se pose consiste à choisir les programmes qui conviennent pour s'attaquer à la toxicomanie chez les jeunes. Certains organismes se spécialisent dans le travail auprès des collectivités et les aident à cerner les besoins des jeunes et à choisir et mettre en œuvre des programmes factuels évalués scientifiquement. Les collectivités qui se sont mobilisées et ont collaboré avec des organismes ont obtenu des résultats positifs¹¹⁻¹³. Le processus débute souvent par une évaluation des facteurs de risque et de protection auxquels sont exposés les jeunes dans leur collectivité, ce qui fournit les assises nécessaires pour l'élaboration d'un plan d'action énonçant les initiatives et programmes que la collectivité pourrait mettre en place pour répondre aux besoins des jeunes. La collectivité choisit les programmes à instaurer, puis les organismes fournissent le soutien et la formation nécessaires à leur mise en œuvre. Il reste du travail à faire pour déterminer les composantes des programmes permettant d'obtenir les meilleurs résultats pour certains jeunes et certaines collectivités, mais de façon générale, l'efficacité de ces approches de lutte contre la consommation chez les jeunes a été démontrée¹¹⁻¹³.

Les collectivités n'ont pas à dépendre d'organisations externes pour se mobiliser et coordonner leurs réponses face à la consommation de substances chez les jeunes. Par exemple, les régions sanitaires du Nouveau-Brunswick ont mis sur pied des comités multidisciplinaires ayant le mandat de recueillir de l'information pertinente sur la consommation et d'établir des priorités. Ces comités sont formés de représentants des services policiers, de groupes communautaires, d'organismes de santé mentale, des districts scolaires et du collège des médecins de la province. La région sanitaire de Campbellton organise un rallye du mieux-être à chaque rentrée scolaire afin d'informer les élèves de 8^e année des ressources et services auxquels ils ont accès. Lors de ces rallyes, où sont notamment organisées des activités comme le patinage et la danse hip hop, les organismes communautaires ont l'occasion de faire des présentations et des expositions. D'autres initiatives analogues se tiennent partout au Nouveau-Brunswick.

Conclusions et répercussions pour le Canada

Les initiatives de prévention les plus fructueuses sont axées sur les facteurs de risque et de protection et sont mises en œuvre selon le principe d'interactivité. Les participants aux programmes de prévention ne doivent pas être perçus comme un public passif, mais bien comme des acteurs principaux. Il faudrait donc mettre en place à grande échelle des programmes de prévention intégrant

Survol

- **Les réponses face à l'abus de drogues chez les jeunes reposent sur quatre piliers : la prévention, le traitement, l'application de la loi et la réduction des méfaits. Concilier ces diverses approches présente un défi de taille pour la mise en œuvre d'une stratégie qui permet véritablement de lutter contre l'abus de drogues.**
- **Les programmes de prévention les plus utilisés en Amérique du Nord visent principalement à informer les jeunes sur les drogues. Pourtant, les programmes les plus efficaces sont ceux qui, grâce à l'interaction, permettent aux participants de déterminer quelles sont les pressions qui les incitent à consommer et leur enseignent des aptitudes pour y résister.**
- **Même s'il est difficile de comparer l'efficacité de divers types de traitement, on peut affirmer, de façon générale, que le traitement est supérieur à l'absence complète d'intervention thérapeutique. Cependant, il importe de répondre aux besoins des jeunes par la scolarisation, l'orientation professionnelle et les activités récréatives, ainsi que grâce à la thérapie motivationnelle et familiale et les services post-traitement.**
- **De plus en plus de jeunes sont dirigés vers les centres spécialisés en toxicomanie par le système de justice, ce qui veut dire que les jeunes consommateurs se présentent en traitement de façon plus ou moins involontaire, puis abandonnent. Parmi les pratiques prometteuses pour contrer cet abandon prématuré, mentionnons le recours à l'entrevue motivationnelle et l'établissement d'une alliance thérapeutique.**
- **Certaines collectivités ont réussi à former des coalitions en vue d'évaluer les facteurs de risque locaux et de mettre sur pied des stratégies pour contrer ces risques.**

ces éléments d'efficacité, plutôt que le programme DARE. Du côté des programmes de réadaptation, la poursuite du traitement jusqu'à la fin semble être l'élément qui est le plus souvent associé au succès thérapeutique chez les jeunes.

Certaines questions de base demeurent : devrions-nous, avant tout, appuyer l'abstinence dans nos efforts de prévention et de réadaptation ou, à l'instar des adultes, accepter des objectifs de réduction des méfaits? Le peu d'études disponibles semblent nous indiquer que la réponse dépend de l'âge des participants et de leurs expériences précédentes avec l'alcool et les drogues. Un autre domaine pour des recherches subséquentes est l'impact différentiel des programmes de prévention ou de traitement sur les jeunes

adolescents (11 à 14 ans) et les plus vieux (15 ans et plus). Le développement mental, physique et autres est différent selon l'âge, mais la recherche faite sur l'incidence des programmes n'établit pas de liens entre l'efficacité des outils et l'âge des adolescents¹².

Les recherches indiquent que les programmes de prévention et de traitement peuvent avoir des répercussions considérables sur la consommation des jeunes. Pourtant, pour que ces programmes améliorent la vie des jeunes, il faut tout mettre en place pour en faciliter l'accès, grâce entre autres à la mobilisation des collectivités et à l'intégration des services, ce qui n'est pas toujours facile à faire, mais des histoires de réussite provenant de partout au Canada nous montrent qu'il est possible d'y arriver.

Références

1. Faggiano, F., F.D. Vigna-Taglianti, E. Versino, A. Zambon, A. Borraccino et P. Lemman. *School-based prevention for illicit drugs use*, 2006. Bibliothèque Cochrane, 1.
2. Tobler, N.S., M.R. Roona, P. Ochshorn, D.G. Marshall, A.V. Streke et K.M. Stackpole. School-based adolescent drug prevention programs: 1998 Meta-Analysis. *Journal of Primary Prevention*, vol. 20(4), 2000, p. 275–336.
3. West, S.L. et K.K. O'Neal. Project D.A.R.E. outcome effectiveness revisited. *American Journal of Public Health*, vol. 94(6), 2004, p. 1027–1030.
4. Wilson, D.B., D.C. Gottfredson et S.S. Najaka. School-based prevention of problem behaviors: a meta-analysis. *Journal of Criminology*, vol. 17(3), 2001, p. 247–272.
5. Botvin, J.G., M.E. Botvin et H. Ruchlin. *School-Based Approaches to Drug Abuse Prevention: Evidence for Effectiveness and Suggestions for Determining Cost-Effectiveness*. NIDA Research Monograph, 1998. Washington : National Institute on Drug Abuse.
6. Tobler, S.N. et H.H. Stratton. Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention*, vol. 18(1), 1997, p. 71–128.
7. Tobler, S.N. Lesson learned. *Journal of Primary Prevention*, vol. 20(4), 2000, p. 261–274.
8. Fergus, S. et M.A. Zimmerman. Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, vol. 26, 2005, p. 399–419.
9. Jessor, R., J. Van Den Bos, J. Vanderryn, F.M. Costa et M.S. Turbin. Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, vol. 31, 1995, p. 923–933.
10. Crosnoe, R. Academic and health related trajectories in adolescence: The intersection of gender and athletics. *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 43, 2002, p. 317–335.
11. Whitlock, J.L. et S.F. Hamilton. The role of youth surveys in community youth development initiatives. *Applied Developmental Science*, vol. 7, 2003, p. 39–51.
12. Hawkins, J.D., R.F. Caralano, R. Kosterman, R. Abbo et K.G. Hill. Preventing adolescent health risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 153, 1999, p. 226–234.
13. Scales, P.C. Reducing risks and building developmental assets: Essential actions for promoting adolescent health. *Journal of School Health*, vol. 69, 1999, p. 113–119.

14. Spooner, C., J. Howard et R. Mattick. *The Nature and Treatment of Adolescent Substance Abuse: Final Report of the Adolescent Treatment Research Project*, 1996. Nouvelle-Galles du Sud (Australie) : National Drug and Alcohol Research Centre.
15. Williams, R.J. et S.Y. Chang. A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical Psychology: Science and Practice*, vol. 7, 2000, p. 138–166.
16. Teyyaw, T.O. et P.M. Monti. Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations. *Addiction*, vol. 99 (suppl. 2), 2004, p. 63–75.
17. Currie, J.C. *Meilleures pratiques - Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*, 2001. Ottawa : Santé Canada.
18. Paglia, A. et R. Room. Preventing substance use problems among youth: A literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention*, vol. 20, 1999, p. 3–50.
19. Reuter, P. et H. Pollack. How much can treatment reduce national drug problems? *Addiction*, vol. 101, 2006, p. 241–347.
20. Centre canadien de la statistique juridique. *Nombre d'accusations, de causes et de jeunes, 1991/92–2001/02*, 2004. Ottawa : Statistique Canada.
21. Brochu, S. *Drogue et criminalité. Une relation complexe (2^e édition, révisé)*, 2006. Montréal : Presses de l'Université de Montréal.
22. Battjes, R.J., M.S. Gordon, K.E. O'Grady et T.W. Kinlock. Predicting retention of adolescents in substance abuse treatment. *Addictive Behaviors*, vol. 29, 2004, p. 1021–1027.
23. Hser, Y.I., C.E. Grella, R.L. Hubbard, S.C. Hsieh, B.W. Fletcher, B.S. Brown et M.D. Anglin. An evolution of drug treatments for adolescents in 4 US cities. *Archives of General Psychiatry*, vol. 58, 2001, p. 689–695.
24. Dennis, M., S.H. Godley, G. Diamond, F.M. Tims, T. Babor, J. Donaldson, H. Liddle, J.C. Titus, Y. Kaminer, C. Webb, N. Hamilton et R. Funk. The cannabis youth treatment (CYT) study: Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 27(3), 2004, p. 197–213.
25. Miller, W.R. et S. Rollnick. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviors*, 1991. New York : Guilford.
26. Gillet, M. et S. Brochu. Institutionnalisation des stratégies de réduction des méfaits au sein de l'agenda politique canadien : les enjeux et les limites de la conceptualisation actuelle. *Drogues, santé et société*, vol. 4(2), 2006, p. 79–139.
27. MacMaster, S.A., L.K. Holleran et K. Chaffin. Empirical and Theoretical Support for the Inclusion of Non-Abstinence-Based Perspectives in Prevention Services for Substance Using Adolescents. Dans Hilarski, Carolyn (éd.), *Addiction, assessment, and treatment with adolescents, adults, and families*, 2005, p. 91–111. Binghamton (NY) : Haworth Social Work Practice Press.
28. Poulin, C. *Politiques et programmes de réduction des méfaits pour les jeunes*, 2006. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
29. Poulin, C. et J. Nicholson. Should harm minimization as an approach to adolescent substance use be embraced by junior and senior high schools? Empirical evidence from an integrated school- and community-based demonstration intervention addressing drug use among adolescents. *International Journal of Drug Policy*, vol. 16(6), 2005, p. 403–414.
30. Bonomo, Y. et G. Bowes. Putting harm reduction into an adolescent context. *Journal of Paediatrics & Child Health*, vol. 37(1), 2001, p. 5–8.
31. Weiker, R.L., R. Edgington et M.D. Kipke. A collaborative evaluation of a needle exchange program for youth. *Health Education & Behavior*, vol. 26(2), 1999, p. 213–224.
32. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec. *Programme accès jeunesse en toxicomanie*, 2000. Québec.
33. Landry, M., J. Tremblay, L. Guyon, J. Bergeron et N. Brunelle. La Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO) : développement et qualités psychométriques. *Drogues, santé et société*, vol. 3(1), 2004. Consulté le 26 février 2007 sur <http://www.drogues-sante-societe.org/>.
34. Landry, M., L. Guyon, J. Bergeron et G. Provost. Développement et validation d'un instrument d'évaluation de la toxicomanie chez les adolescents. *Alcoologie et addictologie*, vol. 24(1), 2002, p. 7–13.



Abus de drogues, toxicomanie et jeunes : un point de vue neuroscientifique

Franco Vaccarino, Ph.D.

Université de Toronto

Révisé par

Marco Leyton, Ph.D.

Professeur agrégé au Département de psychiatrie de l'Université McGill et chaire William Dawson en recherche sur les toxicomanies

Sébastien a 32 ans et est programmeur. À bien y penser, il trouve cela étrange. Il n’a pas pris de cocaïne depuis des années. Et pourtant, le voici, en train de ressentir un manque intense, comme tant d’autres fois au cours des derniers mois et des dernières années. Comme si quelque chose lui rappelait sans cesse ce sentiment. Un peu comme un souvenir qui ne veut pas partir, un souvenir de manque. Il a pensé y résister, mais cette fois, et il ne sait pas pourquoi, il a tout simplement cédé. Et maintenant, les effets de la drogue sont encore plus forts que la dernière fois qu’il a consommé. Sébastien ne peut s’empêcher de penser que ses expériences passées avec la cocaïne doivent avoir causé des changements dans son cerveau. Sinon, comment expliquer ce qu’il ressent, même s’il n’avait pas consommé depuis des années? Pour se débarrasser de cet état de manque, son défi sera de vaincre ces changements.

AUTEUR

Franco Vaccarino, Ph.D., est professeur titulaire de psychologie et professeur titulaire au Département de psychiatrie de l’Université de Toronto. Ses travaux de recherche interdisciplinaire dans les domaines de la neuroscience, de la toxicomanie et des systèmes de l’humeur et de l’anxiété sont reconnus à l’échelle internationale. L’Organisation mondiale de la Santé (OMS) a également reconnu Franco Vaccarino comme une sommité du domaine pour son travail à titre de rédacteur en chef principal du rapport *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence*, publié récemment par l’OMS.

Introduction

Le présent chapitre donne un aperçu des fondements biologiques de l’abus de drogues et de la toxicomanie. Même si on croit souvent qu’il s’agit de comportements découlant d’un choix individuel fait de plein gré—l’autoanalyse et la prise de conscience personnelle favorisent le rétablissement—il est vrai que les drogues modifient certaines composantes physiques et chimiques du cerveau, ce qui complique l’arrêt de la consommation. On croit qu’au départ, les systèmes cérébraux ont évolué de façon à veiller, entre autres, à ce que nous cherchions et ingérons de la nourriture et que nous répétions les comportements qui nous apportent de la satisfaction. Les drogues toxicomanogènes passent en fait par ces systèmes pour envoyer de faux signaux motivationnels. De plus, l’abus de substances à long terme entraîne une érosion progressive des mécanismes cérébraux liés à la résistance aux drogues. Le présent chapitre vise donc avant tout à mettre en évidence les conséquences qu’entraînent ces changements cérébraux sur le comportement, avant de passer en revue des données récentes selon lesquelles les drogues toxicomanogènes affectent différemment les adolescents et les adultes.



SI LE CERVEAU A BESOIN DE PLUSIEURS MOIS OU MÊME DE QUELQUES ANNÉES POUR RÉPARER OU INVERSER LES CHANGEMENTS ATTRIBUABLES À LA DROGUE, ALORS LES ASPECTS COMPORTEMENTAUX DU TROUBLE (CHERCHER À SE PROCURER DE LA DROGUE) DEVRAIENT ÉGALEMENT PERSISTER ET ÊTRE PRÉSENTS POUR LA MÊME DURÉE.

L'adolescence est une période de croissance pendant laquelle le cerveau prend sa forme adulte et complète son réseau d'interconnexions complexes. Le cerveau en développement est toutefois plus sensible aux effets de certaines drogues et résiste mieux à d'autres^{2,4,5,6,7,13}. Le fait que l'adolescence est une période où l'on adopte davantage de comportements à risque vient également aggraver la situation. Ainsi, à l'origine, le centre de récompense du cerveau s'est probablement développé pour stimuler des comportements comme la recherche de nourriture, tout comme le grand attrait envers certains événements nouveaux et stimulants nous permet sans aucun doute de nous adapter à certaines circonstances, comme nous inciter à essayer de nouvelles choses et à découvrir le monde. Cependant, ces mêmes tendances à la recherche de nouveautés et de sensations fortes peuvent aussi pousser les adolescents à faire preuve de mauvais jugement et à avoir une conduite insouciante. Cette situation fait ressortir la nécessité de cibler les jeunes dans les politiques antidrogue et les programmes connexes. L'exposition à la drogue a des conséquences biologiques involontaires à court et à long terme qui peuvent causer des méfaits et entraîner une vulnérabilité aux futurs effets de la drogue. Ces changements à long terme peuvent être à l'origine de problèmes de toxicomanie à l'âge adulte.

Recherche neuroscientifique : incidence sur la compréhension de l'abus de drogues et la toxicomanie

De nombreuses découvertes scientifiques importantes ont été réalisées sur la nature de la toxicomanie et ses répercussions sur le cerveau. Presque toutes les techniques scientifiques sur le sujet soulignent que les drogues agissent sur certains « récepteurs » cérébraux spécifiques, produisant ainsi un sentiment de récompense¹. Les premières prises de drogues semblent avoir des effets durables qui accroissent la vulnérabilité à une consommation future et à l'apparition de troubles psychiatriques comme la dépression. Ces changements comportementaux et psychologiques semblent refléter les transformations survenues dans la façon dont le cerveau réagit aux récompenses et aux risques, transformations qui ne se situent pas uniquement au niveau des récepteurs et

impliquent des altérations complexes du mécanisme interne des cellules¹⁰. Des facteurs environnementaux, comme des expériences précoces traumatiques, peuvent exacerber le développement de ces changements^{3,6,7,8,9}. Combinées, ces connaissances fondamentales constituent la pierre angulaire de la neuroscience de la toxicomanie.

Si nombre de nos vues actuelles sur les effets de la drogue sur le cerveau résultent de recherches sur les animaux, de récents travaux sur l'imagerie du cerveau humain indiquent que la prise répétée de drogues entraîne des modifications évidentes dans les propriétés biochimiques du cerveau humain^{1,10}. Les conclusions de ces travaux vont en grande partie dans le même sens que les théories issues de la recherche animale antérieure¹. La recherche neuroscientifique commence à mettre à jour la nature exacte des conséquences des expériences précoces avec la drogue sur le plan neurobiologique. Ce domaine de recherche offre de grandes promesses pour l'élaboration de futures politiques antidrogue, car il nous permettra d'adopter une approche holistique en matière de prévention et de traitement de la toxicomanie grâce à l'intégration d'un solide volet biologique dans les futurs cadres d'action.

Les changements survenus dans le cerveau peuvent subsister pendant plusieurs mois ou même quelques années après l'arrêt complet de la consommation, ce qui est d'une grande pertinence en ce qui concerne les jeunes. La nature de ces changements offre des pistes pour expliquer pourquoi la toxicomanie est un trouble chronique récurrent : en effet, si le cerveau a besoin de plusieurs mois ou même de quelques années pour réparer ou inverser les changements attribuables à la drogue, alors les aspects comportementaux du trouble (chercher à se procurer de la drogue) devraient également persister et être présents pour la même durée.

Neurobiologie de l'abus de drogues et récompense

Les raisons pour lesquelles les gens consomment des drogues toxicomanogènes semblent parfois évidentes. Leur utilisation entraîne un sentiment de bien-être, et nous avons tendance à répéter les comportements qui nous procurent des sensations agréables.

Cette situation constitue le principe de base de la théorie du renforcement et permet d'expliquer pourquoi les humains (et d'autres animaux ayant fait l'objet d'analyses jusqu'à maintenant) s'auto-administrent volontiers des drogues toxicomanogènes et revisitent les endroits qu'ils associent aux effets agréables de la drogue. L'aspect « récompense » de la drogue énoncé dans la théorie du renforcement nous aide à mieux comprendre les raisons poussant les gens à consommer. La notion de « récompense » réside dans les propriétés neurochimiques des drogues toxicomanogènes. Quant aux psychotropes, que ce soient des médicaments ou des drogues, ils agissent sur le comportement en influençant l'activité de certaines substances chimiques, appelées neurotransmetteurs, produites par les cellules cérébrales.

Si les drogues se distinguent des autres en fonction de leurs diverses propriétés pharmacologiques, elles stimulent toutes l'activité d'un neurotransmetteur spécifique, la dopamine, dans une région clé du cerveau appelée système « mésolimbique ». L'augmentation de cette activité neurochimique intensifie les effets agréables des drogues, alors qu'une diminution produit des effets contraires^{1,10,11,12,14,15}.

Dans des conditions naturelles, certains comportements fondamentaux liés à la survie, comme la recherche de nourriture et les relations sexuelles, sont activés par le système mésolimbique dopaminergique. Ce système est probablement l'un des plus importants mécanismes de survie du cerveau. Quand des psychotropes activent cette voie, c'est comme s'ils « trompaient » le cerveau et lui faisaient croire que la consommation est une activité essentielle à la survie, et donc, qui doit être répétée. Ainsi, on croit que par l'activation de ces zones, le cerveau « apprend » que la consommation est un comportement tellement « essentiel » qu'il nous faut le reproduire encore et encore. En résumé, les drogues semblent contrôler nos comportements parce qu'elles influent sur les mécanismes cérébraux qui régulent nos impulsions et nos désirs les plus puissants.

Ainsi, la consommation répétée peut être expliquée par la disponibilité continue des drogues et les sensations agréables qu'elles procurent de façon régulière. Dans ce cas, la drogue est un important catalyseur de la consommation continue en raison de ses effets neurochimiques qui renforcent le comportement (autrement dit, une activité dopaminergique accrue). En fait, les utilisateurs de drogues ont tendance, au fil du temps, à contrôler leur consommation, et on peut généralement comprendre leurs habitudes de consommation en fonction de la présence ou de l'absence à court terme de drogues dans leur système et des changements ainsi produits dans l'activité dopaminergique de leur cerveau. Par contre, la situation est tout à fait différente en ce qui concerne les effets à long terme des drogues.

Survol

- **Les drogues ont des effets à court et à long terme sur les fonctions cérébrales.**
- **Les effets à long terme sur les fonctions cérébrales sont à la base des propriétés toxicomanogènes des drogues et nous aident à comprendre le désir persistant de consommer, même après de longues périodes d'arrêt.**
- **En raison des changements qui se produisent dans le cerveau en développement et de certains comportements adoptés pendant l'adolescence, cette période de croissance mérite qu'une attention spéciale soit accordée à la consommation et à l'abus de drogues.**
- **Pour véritablement comprendre la consommation de drogues et ses méfaits connexes, il faut connaître pleinement leurs effets sur les fonctions cérébrales.**
- **Des facteurs environnementaux et des interactions sociales (liens drogue-milieu) modifient les effets de la toxicomanie sur les fonctions cérébrales.**
- **Connaître les effets des drogues sur le cerveau nous permet de mieux comprendre les caractéristiques sociales, sociétales et psychologiques de l'abus de drogues et de la toxicomanie.**
- **Le point de vue neuroscientifique est une composante fondamentale de tout cadre d'action antidrogue, et le savoir acquis grâce à la neuroscience devrait jouer un rôle crucial pour guider et orienter les politiques antidrogue et les pratiques exemplaires.**



D'UN POINT DE VUE NEUROSCIENTIFIQUE, IL EST PRATIQUEMENT IMPOSSIBLE DE CONCEVOIR LE FONDEMENT BIOLOGIQUE DE LA TOXICOMANIE SANS COMPRENDRE DANS QUEL CONTEXTE ENVIRONNEMENTAL OU SITUATION ELLE ÉVOLUE.

Effets à long terme des drogues toxicomanogènes – sensibilisation, adaptation cellulaire et développement neurologique des adolescents

La tendance et la compulsion incessantes à s'auto-administrer des drogues et les envies tenaces ressenties longtemps après avoir arrêté de consommer (en dépit des méfaits psychologiques, biologiques et sociaux) constituent un mystère sur le plan scientifique et clinique. Cette tendance persistante se situe au cœur même des raisons faisant de l'abus de drogues et de la dépendance un grave problème sanitaire et social. Si les effets gratifiants des drogues sur le système mésolimbique permettent d'expliquer la consommation à court terme, l'envie continue de prendre de la drogue ressentie plus tard, même lorsqu'elles ne produisent plus de sensations directes, indique qu'un processus biologique différent est en jeu. Certains travaux de recherche récents sur la *sensibilisation* et l'*adaptation cellulaire* permettent d'expliquer ce défi scientifique et thérapeutique.

L'expression « sensibilisation induite par les drogues » fait référence au processus par lequel les premières expériences de consommation entraînent une réaction exagérée aux effets agréables de la drogue (ou d'une substance connexe) à un moment ou à un autre. Au niveau cellulaire, la sensibilisation est considérée comme un processus d'adaptation aux effets répétés d'une drogue¹, ce qui est particulièrement pertinent en ce qui concerne les jeunes, et ce, pour deux raisons. Tout d'abord, des données montrent que les régions cérébrales ne se développent pas toutes au même rythme et que, pendant l'adolescence, certaines zones se développent plus rapidement que d'autres. Ensuite, l'incidence accrue de l'expérimentation au cours de l'adolescence accroît le risque d'activation involontaire des processus de sensibilisation.

En ce qui concerne le premier de ces deux volets, des découvertes récentes indiquent que, pendant l'adolescence, ce sont principalement des zones cérébrales associées à la motivation, à l'impulsivité et à la toxicomanie qui se développent, ce qui fournit un cadre biologique permettant de comprendre la recherche de nouveautés et l'impulsivité souvent associées à l'adolescence^{2,4,6,7}. Si ce développement sélectif constitue vraisemblablement une base

neuronale pour le développement de la motivation, du comportement et de l'apprentissage chez l'adulte, il favorise davantage l'abus de drogues chez l'adolescent. Cette caractéristique du développement neurologique de l'adolescent correspond aux données des études épidémiologiques selon lesquelles l'expérimentation de drogues et l'apparition de la toxicomanie se produisent souvent pendant l'adolescence et au début de l'âge adulte.

D'un point de vue neurochimique, si les effets stimulateurs de la dopamine et les sensations agréables que procurent les drogues expliquent la consommation continue, ils ne permettent pas de comprendre de façon satisfaisante pourquoi un désir puissant et irrationnel subsiste longtemps après l'élimination de la substance. En fait, à bien des égards, il s'agit là d'un trait distinctif de la toxicomanie.

Selon certains travaux de recherche, le caractère persistant de la toxicomanie découle principalement des adaptations cellulaires survenues dans les voies neuronales qui se projettent dans différentes régions du cerveau¹⁰. Ces adaptations cellulaires produisent certains de leurs effets continus et de longue durée par l'établissement de liens avec des situations et des signaux environnementaux liés aux effets agréables des drogues¹⁰. Ces liens s'intègrent graduellement à la perception qu'a la personne de son milieu par l'entremise de « l'apprentissage associatif », qui repose sur la capacité du cerveau à créer des liens entre les effets psychobiologiques de la drogue et les caractéristiques environnementales entourant la consommation. Il est à noter que les stimuli associés à la consommation déclenchent également la libération de dopamine, ce qui jouerait un rôle important dans la capacité des signaux environnementaux à provoquer une rechute. Les effets gratifiants (sur le plan neurochimique et psychologique) de ces drogues sont très puissants (beaucoup plus que ceux des récompenses naturelles) et les liens formés avec l'environnement sont parfois très vastes et donc difficiles à éviter (p. ex. fêtes, réunions mondaines, endroits précis, amis et habitudes sociales, qui ont tous un lien avec la consommation qui doit être rompu). Comme il existe beaucoup de déclencheurs environnementaux et conjoncturels impossible à éviter, ces liens sont difficiles à

rompre et prennent parfois la forme d'un besoin ou d'un désir qui semble sortir de nulle part.

Maladie mentale et dépendance

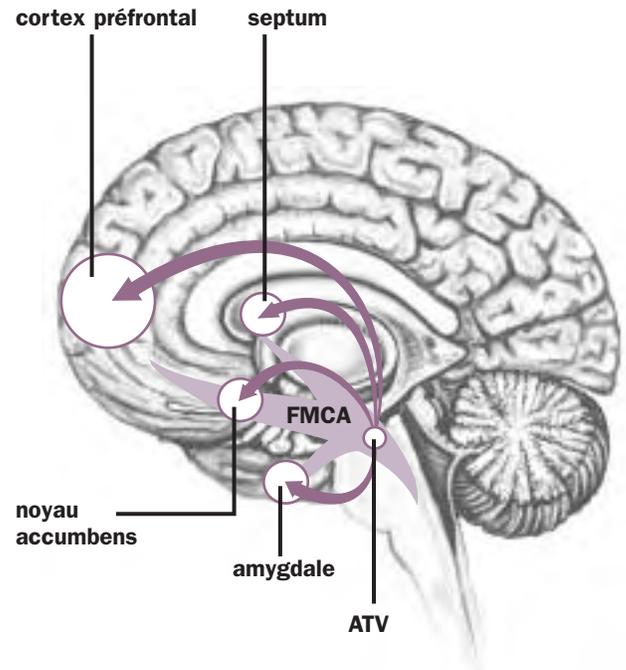
Même s'il ne s'agit pas du thème central du présent chapitre, il convient de mentionner le degré élevé de comorbidité (concomitance chez la même personne) entre la maladie mentale et la toxicomanie, ce qui semble indiquer qu'il existe un lien entre la dépendance et certaines maladies mentales dû à des anomalies neurobiologiques ou comportementales communes¹. Chose intéressante, les anomalies liées à la dopamine ont été invoquées pour expliquer diverses maladies mentales. Le parallèle avec la dopamine établi entre la toxicomanie et la maladie mentale s'intègre bien au concept de base biologique commune. Si de nombreux scientifiques et cliniciens s'ont d'accord avec ce concept pour les troubles concomitants, ses facteurs causaux demeurent imprécis.

La comorbidité entre maladie mentale et dépendance présente un intérêt particulier en ce qui concerne le développement des adolescents et l'expérimentation précoce avec les drogues. De nombreux troubles mentaux se déclarent entre la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte, et l'expression de la maladie mentale plus tard dans la vie résulte parfois d'expériences traumatiques précoces. Ces caractéristiques développementales de la maladie mentale, combinées à la discussion antérieure sur les effets neuronaux des drogues, constituent un important domaine de l'abus de substances et de la toxicomanie chez les jeunes qui doit faire l'objet d'une attention accrue et où les connaissances doivent être approfondies.

La documentation scientifique indique, d'après des données sur l'augmentation de l'activité neurodéveloppementale dans les zones cérébrales liées à la motivation pendant l'adolescence, qu'il s'agit d'une période sensible au plaisir que procure la drogue, à la comorbidité, à la motivation et à la consommation de drogues. Comme les adaptations cellulaires associées aux processus toxicomanogènes se produisent dans les régions cérébrales qui se développent rapidement pendant l'adolescence, cette dernière doit être considérée comme une période de vulnérabilité particulière aux effets des drogues et à l'apparition de futurs problèmes de consommation.

Conclusions et répercussions pour le Canada

La neuroscience considère le comportement comme une fonction du système nerveux, plus particulièrement du cerveau, et admet l'existence de lois systématiques du comportement. Elle reconnaît également que les comportements anormaux s'expliquent parfois par des modifications cérébrales, ce qui signifie que la toxicomanie, sous sa forme complète, s'apparente à un trouble bio-comportemental. Plus précisément, la toxicomanie est un trouble de la motivation et des systèmes motivationnels du cerveau. Ainsi, il faut tenir compte des altérations biologiques pour véritablement comprendre



Ce diagramme montre le circuit mésolimbique dopaminergique de récompense du cerveau. Quand un stimulus de récompense est détecté, l'**aire tegmentale ventrale (ATV)**, située dans le mésencéphale, reçoit de l'information provenant d'autres zones cérébrales. L'ATV se sert alors de la dopamine pour envoyer des messages au **noyau accumbens**, à l'**amygdale**, au **septum** et au **cortex préfrontal**. Ces régions associées à la peur et à la récompense jouent un rôle important dans le traitement et la régulation des émotions, des souvenirs et des pulsions. Elles sont reliées par le **faisceau médian du cerveau antérieur (FMCA)** qui, une fois activé, entraîne la répétition de comportements gratifiants, renforçant ainsi ces voies cérébrales.

Dans des conditions naturelles, certains comportements fondamentaux liés à la survie, comme la recherche de nourriture et les relations sexuelles, sont activés par le système mésolimbique dopaminergique. Ce système est donc l'un des plus importants mécanismes de survie du cerveau. Quand des psychotropes activent cette voie, c'est comme s'ils « trompaient » le cerveau et lui faisaient croire que la consommation est une activité essentielle à la survie. Ainsi, on croit que par l'activation de ces zones, le cerveau « apprend » que la consommation est un comportement tellement « essentiel » qu'il nous faut le reproduire encore et encore. En résumé, les drogues semblent contrôler nos comportements parce qu'elles influent sur les mécanismes cérébraux qui régulent nos impulsions et nos désirs les plus puissants.

ce trouble, comme pour tout autre problème de santé. Le présent chapitre a mis en évidence certaines altérations précises qui permettent d'expliquer la consommation de drogues et ses liens avec l'abus et la dépendance. Il a aussi eu recours à la neuroscience pour mettre en évidence le caractère sensible de l'adolescence, période particulièrement vulnérable à l'abus de drogues.

Par ailleurs, d'un point de vue neuroscientifique, il est pratiquement impossible de concevoir le fondement biologique de la toxicomanie sans comprendre dans quel contexte environnemental ou situation elle évolue. Ainsi, on ne peut véritablement comprendre les effets biologiques des drogues gratifiantes que grâce à l'analyse du contexte environnemental et conjoncturel. C'est pourquoi, à l'avenir, l'élaboration d'une approche de lutte contre la toxicomanie plus efficace passera par une meilleure compréhension du lien potentiel entre les traitements pharmacologiques qui affectent le système cérébral et nerveux, d'une part, et les traitements psychologiques comme la thérapie cognitivo-comportementale qui tiennent compte des facteurs conjoncturels et cognitifs, d'autre part.

Le présent chapitre se penche sur la neuroscience de la toxicomanie, ou le lien entre la toxicomanie et le cerveau. Évidemment, pour

dresser un portrait complet de l'abus de drogues et de la toxicomanie, il faut tenir compte de ces connaissances spécialisées, mais il est tout aussi évident que l'aspect neuroscientifique doit faire partie du contexte élargi des politiques sociales et de santé publique. Les apports de la société et de la culture à la toxicomanie, de même que ses répercussions sociales, ne sauraient être sous-estimés et, de fait, la neuroscience contemporaine reconnaît qu'elle doit maintenir un lien étroit avec des domaines comme la psychologie sociale. Le nouveau secteur de la « neuroscience sociale » illustre bien ce type de liens, car il s'agit d'un secteur où sont prises en compte et étudiées les interactions complexes entre les divers processus sociaux, environnementaux et neuronaux. Ce secteur, même s'il en est à ses balbutiements, est grandement susceptible de contribuer à une compréhension vraiment holistique de l'abus de substances chez les jeunes.

Comprendre la gravité des effets neurobiologiques de l'abus de drogues et de la toxicomanie et reconnaître les liens entre la neurobiologie et l'environnement indispensables à l'initiation et au maintien de la toxicomanie constituent les points de départ d'une vaste plateforme visant à adopter une approche globale de santé publique axée sur la toxicomanie.

Références

1. WHO Report on the Neuroscience of Substance Use and Abuse, 2004
2. Galvan A., T. Hare, H. Voss, G. Glover et B.J. Casey. Risk-taking and the Adolescent Brain: Who is at risk? *Developmental Science*, vol. 10(2), 2007, p. F8–F14.
3. De Bellis, M. D., G. P. Chrousos et L. D. Dorn. Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis dysregulation in sexually abused girls. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, vol. 78, 1994, p. 249–255.
4. Chambers, R.A., J.R. Taylor et M.N. Potenza (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: A critical period of addiction vulnerability. *American Journal of Psychiatry*, vol. 160, 2003, p. 1041–1052.
5. Levin, E. D., A. H. Rezvani, D. Montoya, J. E. Rose et H. S. Swartzwelder. Adolescent-onset nicotine self administration modeled in female rats. *Psychopharmacology*, vol. 169, 2003, p. 141–149.
6. Carlezon, W.A. et C. Konradi. Understanding the neurobiological consequences of early exposure to psychotropic drugs: Linking behavior with molecules. *Neuropharmacology*, vol. 47, 2004, p. 47–60.
7. Izenwasser, S. Differential effects of psychoactive drugs in adolescents and adults. *Critical Review of Neurobiology*, vol. 17, 2005, p. 51–68.

8. Brady, K.T. et R. Sinha. Co-occurring mental and substance use disorders: The neurobiological effects of chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, vol. 162, 2005, p. 1483–1493.
9. Wilens, T. E. et J. Biederman. Alcohol, drugs, and attention-deficit/hyperactivity disorder: a model for the study of addictions in youth. *Journal of Psychopharmacology*, vol. 20, 2006, p. 580–588.
10. Kalivas, P. W. et N. D. Volkov. The neural basis of addiction: A pathology of motivation and choice. *American Journal of Psychiatry*, vol. 162, 2005, p. 1403–1413.
11. Kreek, M. J., D. A. Nielsen, E. R. Butelman et K. S. LaForge. Genetic influences of impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nature Neuroscience*, vol. 8, 2005, p. 1145–1457.
12. Barry J. Everitt et Trevor W. Robbins. Neural systems of reinforcement for drug addiction: from actions to habits to compulsion. *Nature Neuroscience*, vol. 8, 2005, p. 1481–1489.
13. Hingson, R.W., T. Heeren et M.R. Winter. Age at drinking onset and alcohol dependence: Age at onset, duration, and severity. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 160, 2006, p. 739–746.
14. Gianluigi Tanda et Steven R. Goldberg. Cannabinoids: reward, dependence, and underlying neurochemical mechanisms—a review of recent preclinical data. *Psychopharmacology*, vol. 169, 2003, p. 115–134.
15. Koob, G. F. et M. Le Moal. Plasticity of reward neurocircuitry and the ‘dark side’ of drug addiction. *Nature Neuroscience*, vol. 8, 2005, p. 1442–1444.



Lacunes dans nos approches en matière de consommation et d'abus de substances chez les jeunes

Grant Charles, Ph.D.

Université de la Colombie-Britannique

Carla Alexander, M.S.S.

SHARE Family and Community Services

Révisé par

Jane Fjeld, M.A. (criminologie)

Centre de toxicomanie et de santé mentale

Marie voyait sa fille Joanne, âgée de 16 ans, aux prises avec des sautes d’humeur depuis sa puberté. Vers la fin du secondaire, les sautes d’humeur de Joanne s’étaient intensifiées. Elle rentrait de plus en plus tard le soir et au cours du dernier mois, elle avait même disparu pour des périodes de quelques jours. Elle revenait à la maison l’air épuisé, mais tendue et irritable, et refusait de dire où elle était allée. Marie savait que Joanne buvait et se doutait qu’elle consommait également de la drogue. Cependant, depuis que Joanne avait exclu sa mère de sa vie, Marie ne savait rien sur les amis de sa fille ni sur leurs activités.

Un voisin suggéra à Marie de téléphoner au centre local de ressources pour les familles et d’inciter Joanne à voir un conseiller. Le centre des ressources remit à Marie des feuillets d’information, mais ne lui donna aucun conseil sur ce qu’elle devait faire concrètement. Joanne refusa d’aller au rendez-vous avec le conseiller et après l’affrontement avec sa mère qui suivit son refus, elle quitta la maison. Marie n’a pas eu de nouvelles de sa fille depuis une semaine et elle est morte d’inquiétude. Plus le temps passe et plus elle s’inquiète que sa fille soit en train de se faire du mal et de se perdre dans un mode de vie destructeur. Marie se sent impuissante et souhaite désespérément agir avant que la santé de sa fille ne soit gravement atteinte, ou même avant de perdre sa fille à tout jamais.

AUTEURS

Grant Charles, Ph.D., est chargé de recherche principal associé au Collège des sciences de la santé et professeur adjoint à l’École de service social et d’études de la famille de l’Université de la Colombie-Britannique. Ses recherches sont principalement axées sur les jeunes à risque et la collaboration interprofessionnelle.

Carla Alexander, M.S.S., occupait jusqu’à tout récemment le poste de superviseuse du développement communautaire à SHARE Family and Community Services, à Port Moody (Colombie-Britannique). Elle travaille notamment avec des personnes marginalisées et établit des partenariats intervenant-collectivité pour répondre localement aux besoins des familles et des voisinages. Elle fait actuellement son doctorat à la Faculté de service social de l’Université de Calgary.

Interventions : un aperçu des lacunes

Au Canada, la portée et la qualité des services de lutte contre l’abus de substances peuvent varier grandement d’une province ou d’un territoire à l’autre. Cependant, toutes les régions ont un point en commun : le manque de fonds pour des services adaptés aux jeunes et à leur famille. Si on les compare aux services de santé généraux, les services en santé mentale et en toxicomanie ont longtemps été laissés pour compte dans nos systèmes de services de santé et de services à la personne. Les services en santé mentale et en toxicomanie pour les jeunes sont négligés par rapport à ceux offerts aux adultes. Les services d’intervention et de prévention de la toxicomanie destinés aux jeunes reçoivent une part infime du budget total consacré aux services de santé et aux services à la personne, ce qui conduit à une fragmentation des services, limite leur accessibilité et crée une rupture dans le continuum de services nécessaires pour offrir des programmes complets.

Le manque de financement est renforcé par la taille du territoire et la distribution de la population¹. Comme c’est le cas pour la majorité des enveloppes budgétaires consacrées aux services de santé et aux services à la personne, le financement tend à être concentré dans les villes, tout comme le personnel hautement qualifié. Par



LES ENJEUX TRÈS MÉDIATISÉS COMME CELUI DE LA CONSOMMATION DE MÉTHAMPHÉTAMINE EN CRISTAUX ATTIRENT BEAUCOUP PLUS L'ATTENTION QUE CEUX CONCERNANT L'ALCOOL OU LE CANNABIS, MALGRÉ LE NOMBRE RELATIVEMENT PEU ÉLEVÉ DE JEUNES QUI SOUFFRENT DE DÉPENDANCE.

conséquent, les personnes qui vivent dans les grands centres urbains reçoivent un meilleur service que celles qui vivent dans les villes de moindre envergure ou les collectivités rurales ou éloignées². Les citoyens des villes se plaignent parfois qu'ils reçoivent de mauvais services, mais la situation est beaucoup plus grave pour les jeunes vivant dans d'autres régions du pays.

Ajoutons que la façon dont nous conceptualisons les programmes a également une incidence négative sur les services. Un trop grand nombre de services offerts aux jeunes ne sont que des versions modifiées de programmes de longue date destinés aux adultes¹. De plus, trop de gens s'imaginent encore à tort que les interventions conçues pour les adultes sont aussi efficaces pour les adolescents. Ces derniers ont des besoins précis qui doivent être comblés de manière spécifique³. Souvent, nous ne portons pas suffisamment attention aux variations dans le niveau de développement des jeunes qui bénéficient de nos programmes.

Un autre problème à souligner est notre tendance à fournir des services aux jeunes comme s'ils étaient tous identiques⁴. Cette attitude ne tient pas compte de l'incroyable diversité de notre pays et du fait que les différences de culture familiale, de genre, d'origine ethnique, d'âge et d'expérience de vie peuvent influencer la manière dont les jeunes accèdent aux services, les perçoivent et les utilisent. Il serait essentiel d'offrir des services qui ne sont pas seulement adaptés à l'âge, mais aussi aux autres caractéristiques des jeunes¹. Pour des raisons de philosophie ou de financement, nous sommes toujours pris au piège et obligés d'élaborer des programmes « taille unique », même si nous savons que ce n'est pas la méthode à suivre. Il faut cependant admettre que des efforts sont déployés au pays pour élaborer des programmes qui tiennent compte de la diversité, mais ces derniers sont loin d'être universels.

La tendance à la « taille unique » signifie que de nombreux jeunes ne reçoivent pas le type d'intervention ou de soutien dont ils ont besoin. Cette affirmation est encore plus vraie pour les jeunes qui vivent en marge de la société. Nous savons grâce à notre expérience avec les jeunes que les programmes pour les jeunes marginalisés

doivent être différents de ceux destinés aux jeunes qui vivent dans un milieu plus conventionnel¹. Les jeunes souffrant de handicaps ou ceux qui font partie de cultures minoritaires, les jeunes de la rue, les jeunes de minorités sexuelles et d'autres aussi ont besoin de recevoir des services adaptés à leur situation^{5,6,7,8}. De plus, nous devons mettre l'accent sur l'importance de concevoir des programmes ciblant les familles, les jeunes souffrant de maladie mentale ainsi que les adolescents et les enfants évoluant dans les systèmes de justice pénale et de protection de l'enfance, et nous devons agir en conséquence^{1,7,9,10,11}. Il arrive encore trop souvent que des services soient offerts à l'intérieur de chaque système plutôt que de manière transversale.

Dans certains cas, on observe aussi un manque flagrant de coordination entre les divers fournisseurs de services ainsi que dans l'ensemble des systèmes¹. Nos services ont tendance à être des programmes indépendants qui sont en concurrence les uns avec les autres pour des raisons de territoire, de compétences ou de philosophie. Cette situation provoque des failles importantes dans la façon dont les services sont conceptualisés et offerts. Au lieu d'offrir une réponse coordonnée à l'abus de substances et un continuum de services bien étoffé et accessible, nous faisons face à des intérêts divergents qui nous empêchent de voir qu'il existe d'autres méthodes pour fournir les services. Il en résulte un mélange hétéroclite de programmes qui offrent les mêmes services de façon inefficace et inefficace⁴.

La situation décrite plus haut a pour effet de créer un écart entre la recherche et la pratique¹². Plus nous raffinons nos méthodes d'évaluation des résultats de la prévention et des traitements, plus nous pouvons voir quelles interventions sont efficaces. Par exemple, nous avons fait de grands progrès dans le domaine du dépistage et de l'évaluation, de l'adaptation du traitement au client et des cadres cliniques. Cependant, malgré l'enrichissement de nos connaissances, il existe des programmes qui continuent à appliquer des approches inefficaces¹³. En plus de gaspiller des fonds très sollicités, ces programmes donnent l'illusion d'une action en cours, ce qui peut en fait causer plus de torts que l'absence d'intervention¹³. Nous

devons nous engager à adhérer à des pratiques factuelles et à intégrer des mesures du succès à tous les programmes. Cela signifie qu'il faut s'entendre sur ce qui constitue un succès en termes de prévention et d'intervention. Malheureusement, ce type de consensus n'existe pas encore ou il est si général qu'il ne tient pas la route. Pour faire des pratiques factuelles une réalité, les organismes de financement doivent fournir les ressources nécessaires pour acquérir et appliquer de nouvelles connaissances et pour élaborer des mesures appropriées des résultats¹⁴, ce qui est loin d'être le cas la plupart du temps.

Ajoutons que des lacunes existent aussi dans la formation du personnel et le soutien dont il dispose^{15,1}. Les programmes sont souvent exécutés de façon inadéquate, car le personnel ne reçoit pas une formation suffisante et n'a pas d'accès à de la formation continue. Au Canada, il existe seulement quelques programmes postsecondaires spécialisés dans le traitement de la toxicomanie, ce qui crée une pénurie de travailleurs qualifiés pouvant offrir des services aux jeunes et à leur famille. Cette affirmation s'applique également au personnel de première ligne et aux psychothérapeutes et aux psychiatres qui travaillent avec des enfants et des adolescents, particulièrement dans le domaine de l'abus de substances. Leur travail nécessite un niveau d'expertise qui n'est pas toujours transmis dans les établissements postsecondaires et qui n'est pas reflété dans les programmes de prévention et d'intervention. Parmi les autres secteurs négligés et sous-financés, mentionnons également la supervision clinique, la formation mutuelle et les possibilités d'apprentissage interprofessionnel pour le personnel.

Le manque de formation adéquate sur l'abus de substances touche également divers professionnels de domaines connexes comme les policiers, les professeurs, les travailleurs sociaux, les infirmières et les médecins qui entrent en contact avec des jeunes^{4,16}. Ces lacunes dans la formation empêchent le dépistage précoce des problèmes et retardent l'aiguillage des personnes en difficulté vers les ressources appropriées. Il existe d'excellentes possibilités de formation pour le personnel des services directs et les spécialistes, mais généralement, le niveau de connaissances de base présenté dans les programmes de formation professionnelle postsecondaires et la formation spécialisée offerte à un niveau plus avancé sont insuffisants.

La nécessité d'offrir une formation avancée vient aussi du besoin de démystifier nos solutions aux problèmes d'abus de substances. En tant que spécialistes, notre réponse doit être éclairée et professionnelle, mais nous devons également nous assurer que nous n'isolons pas les jeunes de leur collectivité en leur portant une attention spéciale. L'abus de substances est un problème humain qui nécessite une réponse humaine au sein de la collectivité. Nous devons nous affranchir des méthodes classiques utilisées auprès des jeunes qui luttent contre la dépendance aux drogues. Par

Survol

- **Les services d'intervention pour les jeunes sont encore sous-financés et fragmentés et reposent trop souvent sur des modèles de traitement destinés aux adultes ne fonctionnant pas avec les jeunes.**
- **Les services professionnels d'intervention contre l'abus de substances chez les jeunes ont tendance à exclure la famille et la collectivité, dont la diversité n'est pas pleinement reconnue. La formation offerte aux spécialistes en toxicomanie est limitée.**
- **Nous devons mieux comprendre pourquoi certains jeunes développent des problèmes de toxicomanie et d'autres non, et quelles sont les composantes des modèles thérapeutiques fructueux qui ont des effets réels dans la vie des jeunes.**
- **Nous devons comprendre l'influence de la génétique, du comportement des parents et de la maladie mentale sur l'abus de substances et nous devons étudier le lien entre la neurobiologie, le milieu social et les dépendances.**
- **Les niveaux de financement et les types de programmes offerts varient selon les provinces et les territoires, et les décisions reposent souvent sur des conditions politiques et idéologiques, plutôt que sur des données probantes.**
- **Il faut véritablement répertorier et mettre en œuvre des pratiques factuelles, à commencer par des mécanismes améliorés de diffusion des connaissances. Chaque année, des ressources considérables sont gaspillées pour des interventions inefficaces ou néfastes.**



LES PROGRAMMES SONT SOUVENT EXÉCUTÉS DE FAÇON INADÉQUATE, CAR LE PERSONNEL NE REÇOIT PAS UNE FORMATION SUFFISANTE ET N'A PAS D'ACCÈS À DE LA FORMATION CONTINUE.

exemple, s'il était possible de former les professionnels de domaines connexes, comme les professeurs, pour leur permettre de reconnaître et de dépister les problèmes d'abus de substances chez les jeunes, nous pourrions améliorer le processus d'orientation. Cette démarche pourrait également permettre de décroître le recours à la tolérance zéro dans les écoles, qui sert surtout à isoler des jeunes qui ont vraiment besoin d'inclusion et de soutien, et contribuer à améliorer les stratégies de prévention dans notre système scolaire et notre collectivité.

Recherche : ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas

Au cours des dernières années, nous avons grandement amélioré notre compréhension de l'abus de substances chez les jeunes, mais il y a encore beaucoup de travail à accomplir¹⁷. Nous n'avons pas encore une idée précise du type de drogues consommées et de l'intensité de l'usage à l'échelle locale, provinciale et nationale¹⁵. Nous avons également besoin d'études à long terme pour nous aider à isoler les facteurs de risque chez les jeunes¹⁵. De plus, nous devons nous éloigner des groupes qui font habituellement l'objet d'études, car la plupart des travaux portent sur des groupes de jeunes facilement joignables dans les écoles ou les centres de traitement. Pour élaborer des stratégies de prévention et d'intervention efficaces, il faut mieux comprendre les groupes les moins connus, notamment les jeunes qui travaillent et ceux qui vivent dans la rue ou en marge de la société⁶. Il faut également se pencher sur les groupes provenant de différentes cultures et essayer de comprendre ce que les jeunes pensent de la consommation de substances, de la prévention et de l'intervention. L'une des méthodes pour obtenir des données à ce sujet est de procéder à des recherches narratives dans le cadre desquelles les jeunes doivent raconter leur histoire^{17,18}. Même si cette méthode n'est pas fondée sur des données probantes, elle peut contribuer à mieux nous faire comprendre les besoins des jeunes.

Il est possible que la contribution la plus importante de la recherche est de nous aider à déterminer quel type d'interventions fonctionne et pour quelles raisons¹⁷. Il nous faut aussi apprendre quelles interventions s'appliquent le mieux à des groupes de jeunes spécifiques. La plupart des travaux qui portent sur l'efficacité évaluent les

programmes ou les interventions dans leur ensemble, au lieu d'isoler leurs composantes et de comprendre leur fonctionnement. L'intégration de mécanismes d'évaluation dans chaque programme de prévention et d'intervention contribuerait grandement à une meilleure compréhension des critères d'efficacité. La recherche doit être une composante active de la pratique clinique dans tous les volets des programmes.

Il ne faut pas négliger le besoin d'en savoir davantage sur ce qui ne fonctionne pas et sur l'incidence potentiellement négative des interventions inefficaces sur les populations ciblées. Par exemple, un nombre croissant de travaux portent sur les possibles conséquences néfastes des thérapies et du counseling de groupe pour les jeunes^{10,13,18}. Nous devons mieux comprendre ce type de dynamiques afin de diriger une personne au service qui lui convient, au moment opportun. À l'inverse, il nous faut également mieux comprendre les avantages secondaires possibles de certaines interventions. Pouvons-nous contribuer plus généralement à la vie des jeunes au lieu de nous limiter à leur offrir un soutien dans leur lutte contre l'abus de substances?

De plus, il nous faut mieux comprendre les causes sous-jacentes de l'abus de substances et pour quelles raisons certaines personnes ont des problèmes et d'autres non⁹. Nous avons déjà une certaine connaissance des facteurs de risque et de protection et nous savons que les facteurs de risque élevé ne débouchent pas nécessairement sur l'abus de substances. Nous devons comprendre pourquoi deux personnes ayant des facteurs de risque et de protection semblables adoptent des attitudes totalement différentes face à la consommation de substances. Cette connaissance passe par une meilleure compréhension des interactions entre l'abus et d'autres facteurs, tels que le syndrome d'alcoolisme fœtal, l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, la santé mentale, le trouble déficitaire de l'attention, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et les troubles de comportement. En fait, il est urgent de mieux comprendre les aspects neurobiologiques de la consommation de substances, notamment le lien entre la neurobiologie, le milieu social et les comportements ultérieurs des adolescents. Nous devons

également nous pencher en profondeur sur le rôle de la victimisation et de l'oppression dans l'abus de substances et les problèmes de comportement et de santé mentale.

L'étude du lien entre les comportements précoces et la consommation ultérieure de substances est aussi une étape importante¹². Par exemple, nous pourrions tirer profit de meilleures connaissances sur le lien entre les problèmes scolaires précoces et la consommation de drogues dans les années qui suivent⁴. Ce savoir contribuerait grandement à l'élaboration de programmes d'intervention précoce plus efficaces que les stratégies actuelles de sensibilisation aux drogues et à l'alcool, très coûteuses en temps et en ressources.

Un autre aspect terriblement négligé est l'analyse coûts-avantages¹⁷. Même lorsqu'il est prouvé qu'une intervention est efficace, peu de travail est effectué pour déterminer si cette démarche peut permettre de servir une population donnée avec autant de succès et d'efficacité qu'un autre type de programme. S'il est évident qu'il faut établir une coopération et des partenariats entre les fournisseurs de services et les autres intervenants, il faut aussi se rendre à l'évidence que cette collaboration est coûteuse. En calculant les coûts réels de ces actions, nous éviterons peut-être de tomber dans le piège de former des partenariats pour le simple plaisir de le faire et de drainer des ressources qui auraient pu être consacrées à des services pour les enfants ou les jeunes.

Ajoutons qu'il est essentiel de mieux comprendre comment faire intervenir les parents, les familles et les collectivités dans les initiatives de prévention et d'intervention. Même si les mentalités ont évolué au cours des dernières années, de nombreux services reposent toujours sur un modèle hiérarchique centré sur les spécialistes, plutôt que sur une approche collaborative. Nous devons établir une collaboration efficace avec les parents et les collectivités à titre de participants actifs dans l'élaboration de services de prévention et d'intervention. Pour ce faire, nous devons mieux comprendre les concepts de collaboration et de coopération et élargir notre définition de la recherche sur les toxicomanies afin d'y intégrer tous les aspects de la dynamique individu-famille-collectivité qui favorisent ou limitent l'abus de substances chez les jeunes.

Nous devons aussi faire plus de recherches sur le rôle de la génétique dans la prédisposition aux problèmes de comportement, la dynamique des rechutes, le rôle du comportement des parents dans les problèmes de dépendance chez les jeunes et la relation entre certaines maladies mentales et l'abus de substances. Nous devons également étudier la progression des problèmes d'abus dans une perspective sociale élargie en explorant les autres déterminants sociaux de la santé. Ainsi, la compréhension de ces enjeux est essentielle pour prévenir et traiter les problèmes de dépendance et de toxicomanie chez les jeunes.

Politique : en quête d'un consensus

La plupart des politiques et des lois applicables aux jeunes et à l'abus de substances, si l'on exclut celles qui font partie de *Code criminel du Canada*, relèvent des gouvernements provinciaux et territoriaux. Cette situation permet une réponse plus localisée et souvent plus rapide aux problèmes d'abus de substances, si on compare avec le temps nécessaire pour élaborer une réponse nationale. Cependant, cela signifie également qu'il existe de grandes différences dans la façon dont les provinces et les territoires traitent les problèmes d'abus de substances et que l'élaboration des politiques dépend tout autant de considérations financières que des besoins précis des collectivités. Les régions qui disposent des ressources financières les plus importantes sont souvent celles qui ont la plus grande gamme d'options possibles.

Au Canada, l'élaboration des politiques et les questions connexes liées au financement et à l'intervention sont souvent assujetties au climat idéologique et politique du moment⁴, ce qui peut favoriser la prise de mesures essentielles, mais ce qui signifie également que le financement des programmes et de la recherche fluctue en fonction de l'attention des médias aussi bien qu'en fonction de décisions qui reposent sur des données probantes. Cette situation peut contribuer à la conception fragmentaire de services, phénomène souvent observé dans les collectivités, et peut également faire en sorte qu'il y ait un grand écart entre la gravité d'un problème et les réponses qui en découlent. Les enjeux très médiatisés comme celui de la consommation de méthamphétamine en cristaux attirent beaucoup l'attention, malgré le nombre relativement peu élevé de jeunes qui souffrent de dépendance, alors que des questions moins médiatisées comme celle de l'alcool reçoivent moins d'attention malgré le nombre beaucoup plus élevé de consommateurs.

Il y a également une incohérence fréquente et marquée entre les souhaits du grand public, particulièrement les parents de jeunes aux prises avec des problèmes de substances, et les législateurs et les décideurs politiques. Par exemple, l'une des plus grandes frustrations vécues par les parents est la nature volontaire de la plupart de nos services. Les jeunes doivent demander eux-mêmes de l'aide pour en recevoir, pendant que leurs parents les regardent s'enfoncer dans la dépendance. De nombreux parents réclament des interventions non volontaires depuis des années, mais leurs appels demeurent sans réponse. La nouvelle loi albertaine sur la protection des enfants qui abusent de drogues (*Protection of Children Abusing Drugs Act*) est l'une des rares exceptions. Cette loi, qui permet la détention des jeunes à court terme, bénéficie d'un appui solide de la part des parents et du grand public. Il est trop tôt pour savoir si ce type de programme sera efficace, mais il est essentiel de s'attaquer au manque de cohérence entre l'action des spécialistes et la volonté des collectivités.

Les solutions à l'abus de substances par les jeunes ont été formulées en grande partie par des spécialistes, et les politiques et les lois sont souvent élaborées sans grande participation communautaire. Par conséquent, les collectivités se sentent peu concernées par les problèmes d'abus de substances qui surgissent au quotidien, non seulement ceux qui affectent les jeunes et leur famille, mais également ceux qui pèsent sur les collectivités et les ressources. Au cours des dernières années, des efforts ont été déployés pour résoudre ce problème, mais ils ont été concentrés sur des thèmes précis. Il faut maintenant organiser de vastes consultations nationales, provinciales et territoriales au cours desquelles les membres des collectivités participeront activement à l'élaboration d'un consensus sur la façon de résoudre les questions en cause, dans tout le pays¹⁵.

En terminant, nous devons également élaborer des politiques offrant de nouvelles avenues pour diffuser les connaissances¹⁵. Il existe un écart entre ce que l'on sait et ce que l'on fait, et cela est dû en partie à la difficulté de fournir les nouvelles connaissances aux praticiens. La connaissance sans la pratique, bien que digne d'intérêt, est de peu d'utilité pour les jeunes.

Conclusions et répercussions pour le Canada

De grands progrès ont été accomplis dans le domaine de l'abus de substances chez les jeunes. Certaines des interventions, des recherches et des politiques du Canada figurent parmi les meilleures dans le monde. Cependant, il existe toujours des lacunes importantes en raison du manque de financement, de l'immensité du territoire canadien et de la diversité de notre population. Nous devons élaborer des programmes en s'appuyant sur notre expérience de ce qui fonctionne et de ce qui ne fonctionne pas. Nous devons également accroître la participation des collectivités et des consommateurs dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, de la législation et des services. Il est aussi nécessaire d'abattre les frontières qui existent entre l'intervention, la recherche et les politiques, car elles sont source de gaspillage de ressources et empêchent l'élaboration de stratégies efficaces. De plus, nous devons combler les lacunes en matière de politiques et de connaissances en soutenant de nouveaux travaux de recherche et de vastes consultations publiques. Ce n'est qu'en combinant tous ces efforts que nous pourrions espérer limiter les effets désastreux de l'abus de substances chez les jeunes, et les répercussions négatives sur leur famille et leur collectivité.

Références

1. Currie, J. *Meilleures pratiques - Traitement et réadaptation des jeunes ayant des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*, 2001. Ottawa : Santé Canada.
2. Anderson, R.L. et J. Gittler. Child and adolescent mental health: Unmet need for community-based mental health and substance use treatment among rural adolescents. *Community Mental Health Journal*, vol. 41(1), 2005, p. 35-39.
3. Coleman, L.M. et S. Cater. Pathways for practice and policy to reduce adolescent alcohol abuse: Interpretations from a qualitative study. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, vol. 18(1), 2006, p. 37-41.
4. Covell, K. *Adolescents and Drug Use in Cape Breton: A Focus on Risk Factors and Prevention*, 2004. Sydney (Cap-Breton) : Children's Rights Centre, Collège universitaire du Cap-Breton.
5. Hollar, D. Risk behaviours for varying categories of disability. *Journal of School Health*, vol. 75(9), 2005, p. 350-358.
6. MacKenzie, K., G. Hunt et K. Joe-Laidler. Youth gangs and drugs: The case of marijuana. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, vol. 4(3/4), 2005, p. 99-134.
7. Slesnicka, N. et J.L. Prestopnikb. Ecologically based family therapy with substance abusing runaway adolescents. *Journal of Adolescence*, vol. 28(2), 2005, p. 277-298.
8. Brands, B., K. Leslie, L. Catz-Biro et S. Li. Heroin use and barriers to treatment in street-involved youth. *Addiction Research & Theory*, vol. 13(5), 2005, p. 477-487.
9. Esposito-Smythers, C. Adolescent substance use and suicidal behaviour: A review with implications for treatment research. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, vol. 28(5), 2004, p. 77-88.

10. Rhule, D.M. Take care to do no harm: Harmful interventions for youth problem behaviour. *Professional Psychology: Research & Practice*, vol. 20(6), 2005, p. 618–625.
11. Erickson, P.G. et J.E. Butters. How does the Canadian juvenile justice system respond to detained youth with substance use associated problems? Gaps, challenges, and emerging issues. *Substance Use & Misuse*, vol. 40(7), 2005, p. 953–973.
12. Armstrong, T.D. et E.J. Costello. Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 70(6), 2002, p. 1224–1239.
13. Cho, H., D.D. Halifors et V. Sanchez. Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 33(3), 2005, p. 203–374.
14. Charles, G., K. Ernst et J. Ponzetti. Ethics and outcome measures. Canada's Children, Canada's Future. *Journal of the Child Welfare League of Canada*, vol. 10(2), 2003, p. 5–11.
15. *Atelier des chercheurs canadiens en toxicomanie : Pour un plan d'action en vue de l'élaboration d'un programme national de recherche*, 2001. Ottawa : Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies des Instituts de recherche en santé du Canada, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Université Carleton.
16. Safer Scotland. *Hidden Harm: Next Steps Supporting Children—Working with Families*, 2006. Édimbourg : Scottish Executive.
17. Room, R. et J. Rehm. *Priorités de recherche sur l'alcool et les drogues illicites pour le Canada : Document de travail*, 2003. Kanata (Ontario) : Forum sur la recherche sur l'alcool et les drogues illicites au Canada.
18. Kaminer, Y. Challenges and opportunities of group therapy for adolescent substance abuse: A critical review. *Addictive Behaviours*, vol. 30(9), 2005, p. 1765–1774.



CONCLUSION : Un appel à l'action

En publiant *Toxicomanie au Canada : Pleins feux sur les jeunes*, le CCLAT voulait donner un aperçu des grands enjeux liés à la consommation et à l'abus de substances chez les jeunes et résumer nos connaissances sur la meilleure façon de contrer les menaces immédiates et à long terme que posent l'alcool et les autres drogues pour cette tranche vulnérable de la population. La lutte contre la toxicomanie chez les jeunes au moyen de diverses approches, dont favoriser un développement sain, doit être considérée comme une grande priorité par les Canadiens, et les mesures à prendre devraient s'exercer dès l'enfance et se poursuivre au-delà de l'adolescence. Cette approche exhaustive de l'intervention précoce et soutenue devrait tirer parti des réussites reconnues, tout en permettant l'intégration des nouvelles connaissances dans nos programmes de prévention et de traitement.

Dans le présent appel à l'action, nous reprenons certains des thèmes abordés dans les chapitres précédents et les mettons à profit pour entamer une discussion sur les futures orientations en matière

d'abus de substances. Nous commençons par examiner l'importance d'adapter les services offerts aux besoins des jeunes pendant leur transition de l'enfance à l'adolescence. Puis suit une analyse sur certaines des lacunes et des déficiences dans les services offerts aux jeunes et la façon d'utiliser les connaissances actuelles et nouvelles pour les combler. Nous nous penchons par la suite sur la nécessité, pour les spécialistes des toxicomanies et des domaines connexes, d'avoir accès à une formation améliorée et de travailler en collaboration plus étroite. Enfin, nous faisons ressortir la valeur de la recherche continue sur les facteurs de risque et de protection liés à l'abus de substances chez les jeunes et le besoin d'améliorer l'évaluation des programmes contre la toxicomanie.

Adapter les services selon l'âge et le développement

Tous les jeunes devraient avoir accès à des programmes et des services adéquats pendant leur transition de l'enfance vers l'adolescence et par la suite. La forme de ces programmes et services variera grandement en fonction de l'âge et des besoins des jeunes.

Cibler les enfants. Il est logique de commencer à fournir aux jeunes enfants les outils et les appuis dont ils auront besoin pour faire des choix de vie sains. De nombreux jeunes à risque, lorsqu'ils atteignent la mi-adolescence, ne vont déjà plus régulièrement à l'école, ce qui rend difficile leur aiguillage vers les services appropriés. De plus, la recherche a clairement mis en évidence que de nombreux facteurs de risque de la toxicomanie chez les adolescents prennent origine dans l'enfance, notamment les problèmes scolaires, les mauvais traitements, les troubles psychologiques infantiles comme le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et un manque de liens affectifs avec les parents. En cernant ces problématiques pendant l'enfance et en y répondant de façon appropriée, on peut grandement réduire le risque de futurs problèmes. Comme certaines données soulignent la pertinence de prévenir l'initiation précoce à la consommation, il s'agit là d'une raison supplémentaire de cibler les enfants à un jeune âge.

Déterminer les facteurs de risque des enfants et y répondre est un domaine où de grandes améliorations s'avèrent nécessaires, comme le montre notamment le TDAH. De nombreuses personnes croient que le TDAH est diagnostiqué trop fréquemment et que trop d'enfants et d'adolescents se font prescrire des traitements pharmaceutiques comme le méthylphénidate (Ritalin^{MD}), croyances que viennent infirmer de récents travaux de recherche. Selon une étude réalisée dans les provinces atlantiques, de nombreux jeunes qui répondent aux critères du TDAH ne se font pas traiter et, de plus, nombre de ces jeunes affirment prendre du Ritalin^{MD} sans avoir obtenu une ordonnance, ce qui semble indiquer qu'il faut améliorer le dépistage et le traitement de ces troubles pendant l'enfance.

Cibler les adolescents. Les programmes de prévention en milieu scolaire s'adressant aux adolescents devraient être axés sur les substances les plus consommées et causant le plus de méfaits au sein de cette population, soit d'abord l'alcool, suivi de près par le cannabis. Sachant cela, quels sont les objectifs et les messages à intégrer aux programmes de prévention ciblant ce groupe? Pour certains, le seul objectif valable est l'abstinence, alors que pour d'autres, il s'agit de la consommation à faible risque. Dans le chapitre sur la neuroscience, nous avons appris que le processus de sensibilisation fait en sorte que toute consommation faite par un jeune pourrait le rendre plus vulnérable plus tard dans son développement. Ces connaissances viennent clairement appuyer un objectif d'abstinence dans les programmes de prévention. D'un autre côté, il est possible qu'un message d'abstinence ne convienne pas aux jeunes qui ont déjà commencé à consommer ces substances. En pareil cas, les études ont bien démontré l'efficacité des programmes ciblant les habitudes risquées de consommation chez les élèves utilisateurs.

L'école permet de rejoindre une majorité de jeunes à un moment ou un autre de leur vie, ce qui en fait un milieu logique pour offrir

des programmes universels. Toutefois, les consommateurs à risque sont moins portés à fréquenter l'école et, même lorsqu'ils le font, la prestation de programmes spécialisés pourrait davantage convenir à d'autres cadres. Les organismes communautaires, par exemple, sont en mesure d'offrir des programmes individualisés dont l'intensité et la durée répondent aux besoins des jeunes. Certains sous-groupes de jeunes qui présentent un risque disproportionné de consommation problématique, notamment les jeunes gais, lesbiennes, bisexuels et en questionnement, les jeunes des Premières nations, les jeunes maltraités et les jeunes souffrant de troubles concomitants, recevront aussi un meilleur service à l'extérieur du milieu scolaire. Il est important de porter une attention particulière à ces différences et à leurs répercussions sur les facteurs de risque et de protection et sur la prestation de services.

Mettre en place des services efficaces

La lutte contre la toxicomanie chez les jeunes pose de nombreux défis. Certains services de prévention et de traitement ne sont étayés que par quelques normes et des données limitées. Les programmes d'évaluation sont rares, la formation du personnel est souvent inadéquate et le choix de programmes de prévention et de traitement se fait souvent alors que les connaissances et les lignes directrices sont insuffisantes. Ces limites accentuent les divergences dans la qualité des services offerts aux jeunes, et la prestation de services inefficaces entraîne un gaspillage de ressources et compromet l'atteinte des objectifs de prévention et de traitement.

Un pas dans la bonne direction consisterait à élaborer des normes d'agrément pour les programmes de prévention et de traitement et à ne verser le financement que lors de leur mise en œuvre et de leur évaluation. Un modèle d'agrément des programmes solide comporterait plusieurs volets, dont la consultation de spécialistes pour l'établissement de critères de programmes précis reposant sur le savoir contemporain et des techniques efficaces.

Il nous reste beaucoup de choses à apprendre sur l'interaction entre les processus biologiques, psychologiques et sociaux mis en jeu dans l'abus de substances, mais nous en savons suffisamment sur les facteurs à cibler et les méthodes d'intervention efficaces pour commencer à aller de l'avant. L'agrément ne signifie pas qu'il faut attendre d'avoir toutes les réponses avant d'agir; il s'agit plutôt d'un processus de perfectionnement des connaissances permettant l'évaluation continue des programmes et l'utilisation de l'information obtenue pour apporter des améliorations qui renforcent l'impact du programme. Pour obtenir des résultats optimaux, il faut procéder à une évaluation des composantes des programmes qui fonctionnent le mieux pour certains sous-groupes de jeunes.

Les fournisseurs de programmes doivent s'assurer que les services qu'ils offrent conviennent à la collectivité qu'ils desservent et

respectent sa diversité, y compris les services adaptés à la culture et d'autres qui tiennent compte des facteurs de risque et de protection des jeunes dans la collectivité. Une technique de plus en plus utilisée pour s'assurer que les programmes répondent aux besoins des jeunes est d'évaluer directement la prévalence et les habitudes de consommation. Dans certaines collectivités, il sera possible de recueillir ces renseignements à même des enquêtes déjà en place, y compris des sondages provinciaux sur la consommation de drogues chez les élèves. La collecte d'information sur des facteurs de risque et de protection spécifiques aidera aussi les fournisseurs de programmes à faire un choix parmi les divers programmes et services personnalisés offerts.

Deux organismes, Search Institute et Communities that Care, collaborent avec des collectivités canadiennes pour lutter contre la consommation de substances chez les jeunes. S'ils ont tous deux recours à des enquêtes communautaires pour mesurer les facteurs de risque et de protection, aucune stratégie ne semble avoir été mise en place pour veiller à ce que leur application tienne compte du facteur culturel. Par contre, on peut remédier à ce point négatif en impliquant la collectivité dans la mise en œuvre des programmes. Des évaluations supplémentaires de ces programmes pourraient préconiser des moyens favorisant une mise en œuvre adaptée à la culture.

Préparer les spécialistes

La conception de solutions efficaces contre l'abus de substances passe par des spécialistes compétents qui sont en mesure de dépister, de cerner et de traiter les problématiques liées à la consommation d'alcool et d'autres drogues d'un jeune. Certains intervenants jeunesse sont mieux placés que d'autres pour ce faire, et il est nécessaire d'accroître la coordination des services qu'ils offrent. Par exemple, une infirmière en santé publique travaillant dans une école est bien placée pour identifier un jeune ayant des problèmes de consommation; toutefois, lorsque le dépistage initial aura mis en évidence la problématique, le jeune aura besoin d'être aiguillé vers d'autres spécialistes du traitement de la toxicomanie. Ce type de coordination exige la prestation de services par une main-d'œuvre spécialisée et exige des professionnels de domaines connexes, comme les médecins de famille, les enseignants, les psychologues et les intervenants jeunesse, qu'ils soient sensibilisés à la problématique et qu'ils acquièrent des techniques de dépistage.

La coordination fait également partie intégrante de la prestation efficace de traitements. Par exemple, il est possible d'intégrer des traitements pharmacologiques pour contrer les envies et les effets des substances dans le cerveau à une approche cognitivo-comportementale qui s'attaque aux pensées et comportements inadaptés attribuables à l'abus de substances. Malheureusement, cette approche multidisciplinaire du traitement de la toxicomanie est rarement utilisée, même si elle est de pratique plus courante dans les centres de santé mentale en milieu hospitalier où des équipes interdisciplinaires travaillent de concert. Par contre, un grand

nombre de services de traitement de la toxicomanie sont offerts dans des centres communautaires n'ayant pas aussi facilement accès à une équipe de professionnels. En pareil cas, l'adoption d'une démarche multidisciplinaire suppose une coordination interservices et implique que les spécialistes disposent d'une structure claire pour les communications et qu'ils sachent qui est responsable du plan de traitement. Les professionnels œuvrant en toxicomanie et dans des domaines connexes peuvent et doivent répondre à ces exigences en suivant une formation interdisciplinaire.

L'un des domaines prioritaires du Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada est de promouvoir et d'appuyer le perfectionnement de la main-d'œuvre. C'est pourquoi le CCLAT a créé le site Web du Réseau canadien des professionnels en toxicomanie et de domaines connexes (www.rcptdc.ca), qui s'adresse expressément aux intervenants en toxicomanie. Le nouveau Réseau diffuse des pratiques factuelles et appuie la formation continue, et ce, en mettant l'accent sur les nouvelles tendances, l'assurance de la qualité et la collaboration transdisciplinaire. Le Réseau est également un lieu de rassemblement virtuel où les professionnels peuvent se renseigner sur les activités à venir, les possibilités de formation et de carrière et les derniers développements au Canada et dans le monde.

Enfin, il reste important d'intégrer des initiatives axées sur les jeunes au perfectionnement de la main-d'œuvre. Plus précisément, nous devons favoriser la sensibilisation et la formation en matière de dépistage précoce, d'intervention brève et d'aiguillage chez les divers professionnels qui œuvrent auprès des enfants et des adolescents et qui, en tant que premier point de contact, sont en mesure d'identifier les jeunes à risque. Nous savons que de nombreux jeunes qui entrent en contact avec les divers services sociaux et de santé, comme la protection de l'enfance, présentent un risque élevé de toxicomanie et que les prestataires de services doivent en être conscients et être en mesure de dépister les jeunes susceptibles de développer des problématiques de consommation. Même si le jeune ne présente aucun problème de toxicomanie, les fournisseurs de services devraient malgré tout prendre en note les divers facteurs de risque et de protection présents dans la vie de ce jeune, de façon à anticiper les nouveaux besoins ou les problématiques qui pourraient survenir.

Continuer à accroître les connaissances

Nous devons trouver les secteurs où nos connaissances font défaut et où des recherches supplémentaires sur les jeunes et l'abus de substances sont nécessaires, même si la conception et la mise en œuvre de telles recherches posent un défi de taille. Par exemple, pour s'attaquer aux importants liens entre les traumatismes précoces et l'adversité, d'une part, et l'abus de substances, d'autre part, nous devons questionner les jeunes sur des sujets délicats comme le comportement sexuel, la consommation de substances et les antécédents de victimisation. Ce type de discussion est difficile à

réaliser à grande échelle (dans des enquêtes provinciales auprès d'élèves, par exemple). On craint en effet que les jeunes répondent à ces questions sous l'effet de la pression ou que le fait de les questionner sur des comportements à risque, comme l'activité sexuelle ou la consommation, ne banalise les attitudes à l'égard de ces comportements et ne favorise leur dissémination. Ces préoccupations doivent donc être résolues pour répondre aux exigences des comités de déontologie et solliciter les commissions scolaires et les écoles de participer à des enquêtes.

La réalisation d'enquêtes incluant des questions sur ces types de comportements a permis d'obtenir un certain succès. Se faire demander de l'information délicate pourrait affliger certains élèves, mais il est possible de remédier à cette situation en dirigeant ces élèves vers des services d'urgence ou de counseling. Pour éviter de banaliser les comportements à risque, il faut concevoir l'enquête de façon à ne pas présumer que les élèves adoptent ces comportements. Il importe également de tirer parti de l'expérience de provinces qui procèdent régulièrement à ce genre d'enquêtes. En fait, on peut se servir des conclusions des enquêtes pour montrer aux élèves que seule une faible proportion de leurs pairs adoptent vraiment ces comportements à risque. Elles permettent également de sensibiliser les responsables des politiques aux comportements que les collectivités doivent prendre en main. Il ne faudrait pas par contre sous-estimer la difficulté de recueillir ce genre de données, tout comme il ne faudrait pas non plus minimiser les avantages considérables d'avoir recours à ces données pour mieux comprendre les risques liés à l'abus de substances et être en mesure de prévoir les nouvelles tendances problématiques et d'y réagir.

Il est largement reconnu qu'un élément clé à la base des stratégies d'intervention qui fonctionnent est d'évaluer les volets prévention, traitement et réduction des méfaits des programmes de lutte contre la toxicomanie. Des évaluations formelles nous permettront d'acquérir la plupart des connaissances dont nous avons besoin sur les composantes des programmes qui fonctionnent le mieux pour les jeunes en fonction de leur culture, de leur origine ethnique et de leur âge. De plus, des études coûts-avantages feront ressortir les avantages économiques de ces types de programmes et viendront ainsi justifier leur financement. Pourtant, ces évaluations bénéficient d'un soutien beaucoup plus théorique que pratique. Dans la réalité, de nombreux programmes d'intervention s'adressant aux jeunes ne disposent que de peu de ressources, et la réalisation d'évaluations formelles détournerait des fonds limités destinés à la prestation de programmes. Pour contrecarrer cette situation, l'un des moyens à envisager est l'établissement de partenariats avec des chercheurs dans des universités ayant la capacité et l'intérêt pour ce secteur de recherche.

Conclusion

Si un engagement résolu contre l'abus de substances chez les jeunes commande une attention et des ressources accrues, cet effort constant portera fruit et permettra de réduire les importants méfaits et coûts à court et à long terme attribuables à la consommation, à l'abus et à la dépendance. En outre, cibler les facteurs de risque et de protection sous-jacents à la toxicomanie pourrait contribuer à diminuer d'autres comportements néfastes, comme les activités criminelles et violentes, et à permettre aux jeunes d'obtenir des résultats positifs, notamment faire des études postsecondaires et trouver un emploi rémunérateur et gratifiant.

Lectures conseillées

Blyth, D.A. et N. Leffert. Communities as contexts for adolescent development: An empirical analysis. *Journal of Adolescent Research*, vol. 10, 1995, p. 64-87.

Botvin, G. J. et K. W. Griffin. Prevention youth violence and delinquency through a universal school-based prevention approach. *Prevention Science*, vol. 7, 2006, p. 403-408.

Poulin, C. From attention-deficit/hyperactivity disorder to medical stimulant use to the diversion of prescribed stimulants to non-medical stimulant use: Connecting the dots. *Addiction*, vol. 102, 2007, p. 740-751.

Réseau canadien des professionnels en toxicomanie et de domaines connexes (www.rcptdc.ca)

Whitlock, H. L. et S. F. Hamilton. The role of youth surveys in community youth development initiatives. *Applied Development Science*, vol. 7, 2003, p. 39-51.