

L'abus de drogue chez les jeunes

Questions épistémologiques soulevées par une évaluation des modes de prévention et de traitement au Québec

Drug abuse in youth

Line Beauchesne et Georges Létourneau

Volume 9, numéro 2, novembre 1984

Regards sur les jeunes adultes

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030244ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030244ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Beauchesne, L. & Létourneau, G. (1984). L'abus de drogue chez les jeunes : questions épistémologiques soulevées par une évaluation des modes de prévention et de traitement au Québec. *Santé mentale au Québec*, 9(2), 99–105. <https://doi.org/10.7202/030244ar>

Résumé de l'article

Lors d'une recension des écrits traitant de l'évaluation des interventions en toxicomanie auprès des jeunes, les auteurs ont relevé une évolution récente des concepts de base dans ce domaine qui se caractérise par une extension de la notion de dépendance et une approche systémique de la toxicomanie. Un examen du rapport entre la consommation de drogues chez les jeunes et les images psychosociales est suivi d'une présentation de deux approches évaluatives sous-tendues par des critères divergents : l'approche moraliste a priori et l'approche sociale empirique. S'interrogeant sur les stratégies à considérer pour un modèle efficace de prévention de l'abus de drogues chez les jeunes, ils proposent qu'une action préventive primaire au niveau de la demande se conjugue avec une action préventive secondaire au niveau de l'offre.

L'abus de drogues chez les jeunes*

Questions épistémologiques soulevées par une évaluation des modes de prévention et de traitement au Québec

Line Beauchesne**
Georges Létourneau***

Lors d'une recension des écrits traitant de l'évaluation des interventions en toxicomanie auprès des jeunes, les auteurs ont relevé une évolution récente des concepts de base dans ce domaine qui se caractérise par une extension de la notion de dépendance et une approche systémique de la toxicomanie. Un examen du rapport entre la consommation de drogues chez les jeunes et les images psychosociales est suivi d'une présentation de deux approches évaluatives sous-tendues par des critères divergents : l'approche moraliste *a priori* et l'approche sociale empirique. S'interrogeant sur les stratégies à considérer pour un modèle efficace de prévention de l'abus de drogues chez les jeunes, ils proposent qu'une action préventive primaire au niveau de la demande se conjugue avec une action préventive secondaire au niveau de l'offre.

Tenter de faire une évaluation des modes de prévention et de traitement de la toxicomanie, c'est d'abord s'interroger sur les critères de définition de la toxicomanie. Dès que nous tentons de cerner ce terme, il nous glisse entre les doigts, et se lie à une multitude d'autres facteurs environnementaux. C'est ainsi que l'évaluation des modes de prévention et de traitement de l'abus de drogues¹ chez les jeunes au Québec sera étroitement rattachée à la capacité d'inclure ces facteurs environnementaux dans la définition de la toxicomanie.

La question est d'importance car, à l'heure actuelle, dans la pratique, seuls les cas limites reçoivent une certaine attention. Est-ce que traiter la toxicomanie veut strictement dire «désintoxiquer»? Comme le souligne un récent rapport de l'AITQ (Association des Intervenants en Toxicomanies du Québec), la «désintoxication relève d'une pratique tout d'abord médicale»; mais cette définition d'une

action thérapeutique comme une visée de «retour à un équilibre satisfaisant de la condition physique générale» est par trop étroite, disent-ils. C'est attendre qu'une personne en soit à un point de détérioration physique tel, que son cas relève des hôpitaux. L'AITQ pense que la désintoxication doit sortir de la philosophie strictement médicale et être réfléchie à l'intérieur de programmes de réadaptation psychosociale. Une récente étude de la problématique de la consommation de drogues chez les jeunes du Montréal métropolitain révèle qu'aucun des 21 organismes consultés n'offre de moyens spécifiques d'aide aux jeunes surconsommateurs et qu'aucun n'a pu identifier une stratégie d'intervention quant au problème de surconsommation:

«Présentement, les surconsommateurs sont laissés pour compte à moins qu'ils n'adoptent des comportements anti-sociaux ou qu'ils présentent des problèmes de santé. Est-ce là un choix que notre société veut faire?» (CRSSMM, 1983, 58).

Il faut considérer que le terme «surconsommation» signifie un «abus de substances toxiques» (que ce soit les stupéfiants, l'alcool, le tabac ou les médicaments) qui peuvent conduire à une certaine dépendance. Si nous voulons sortir de la philosophie médicale et d'une attention sélective restreinte aux cas limites auxquels s'appliquent les interventions actuelles, la première question qu'il faut se poser est celle que fait ressortir Stanton Peele (1981, 1982) dans ses études sur la dépendance: «*How much is too much?*»

* Cet article est produit dans le cadre d'une revue de littérature en ce domaine commanditée par le Conseil Québécois de la Recherche Sociale que nous tenons à remercier pour sa contribution financière.

** Assistante de recherche au CICC (Centre International de Criminologie Comparée), chargée de cours à la FEP (Faculté de l'Éducation Permanente) de l'Université de Montréal aux Certificats de Toxicomanies et de Criminologie, membre de l'équipe internationale de rédaction de la revue *Psychotropes*.

*** Coordonnateur du GIRAME (Groupe Interuniversitaire de Recherche en Anthropologie Médicale et en Ethnopsychiatrie), assistant de recherche au CICC, chargé de cours à l'Université de Montréal et à l'Université de Sherbrooke, administrateur responsable de la production de la revue *Psychotropes*.

DÉCLOISONNEMENT DE LA NOTION DE DÉPENDANCE

Partant du point de vue que les habitudes de vie sont élaborées comme moyens d'adaptation à l'environnement, Stanton Peele (1982) explique que tous les aspects d'une dépendance ne sont pas nécessairement néfastes. Ainsi, pour le surconsommateur de drogues c'est dans une démarche d'adaptation à son environnement qu'il prend la voie d'une dépendance à une ou plusieurs substances psychotropes, ce qui peut entraîner des dysfonctions d'ordre psychosocial et physique.

Depuis quelques années, plusieurs études utilisent le terme de dépendance à des substances jugées toxiques en les décloisonnant de son cadre médical; la dépendance est considérée dans une approche globale qui intègre quatre plans d'analyse: biomédical, psychologique, social et éducatif. On s'entend de plus en plus pour situer le processus d'apprentissage que font les jeunes de la consommation de différentes drogues – licites ou illicites – dans son environnement socio-culturel et psychologique.

Au delà de l'aspect strictement toxique de la dépendance, les facteurs bio-physiques sont alors extensionnés dans un concept de «santé globale». Le concept de «santé globale» permet de ne plus isoler l'effet d'un produit des habitudes générales de vie d'une personne. La plupart des études récentes que nous avons consultées, situent la problématique de l'abus des drogues dans le cadre d'une approche globale de la santé. Selon la Commission d'enquête sur l'usage de drogues à des fins non médicales (1973), c'est dans l'action conjuguée de la personnalité du sujet et de son milieu qu'il faut chercher une explication à la toxicomanie. Nous retrouvons cette interaction entre l'individu et son milieu bien en évidence dans la récente étude sur la santé des Québécois (publiée par le Conseil des affaires sociales et de la famille) où l'on fait état de l'incidence de l'usage de drogues chez les jeunes; après avoir estimé les conséquences de la consommation de drogues en termes de risques pour la santé des jeunes, l'auteur de cette étude conclut ainsi:

«Dans le contexte social actuel, combattre la consommation de drogues chez les adolescents et les jeunes adultes sans s'attaquer aux problèmes socio-économiques devient une tâche particulièrement difficile. Le taux élevé de chômage, l'in-

certitude quant à l'avenir, l'instabilité de la famille, les changements sociaux rapides et les tensions qui en résultent sont autant de facteurs qui peuvent conduire à un usage abusif de drogues. De plus, la publicité omniprésente qui incite à la consommation d'alcool en particulier ne facilite pas l'intervention préventive» (Levasseur, 1983, 54.)

Ceci dit, revenons à notre question initiale: Que veut dire toxicomanie? Qu'est-ce que surconsommer? Reprenons la récente définition de Dollard Cormier qui nous semble réunir les différents éléments précités:

La toxicomanie, c'est le *style de vie* de la personne par lequel elle exprime, dans tous les éléments qui constituent sa vie, la solution apportée à sa propre existence. Tout y a joué; tout y a concouru: les interactions sociales dont elle a été à la fois l'agent et l'objet, un mode personnel de voir les choses, déterminé lui-même par le potentiel de l'organisme et les possibilités de l'environnement. A point nommé de cette conjonction, l'abus de l'alcool ou le recours aux psychotropes illicites lui est apparu, de façon plus ou moins délibérée, préférable à tout autre modèle de vie possible. C'est alors une part de déterminisme, une part d'interprétation individuelle, une part de préférence et de choix. (Cormier, 1984, 2)

Nous voilà bien loin des désignations de «maladie» ou de «vice» pour qualifier les toxicomanes. Cet élargissement de perspective dans la définition de la toxicomanie aura ses répercussions dans l'approche de la prévention et du traitement.

CONSOMMATION DE DROGUES CHEZ LES JEUNES ET IMAGES PSYCHOSOCIALES

Partant de cette définition systémique de la toxicomanie, nous devons maintenant chercher à répondre à une autre question: qu'est-ce qui distingue, chez les jeunes, la dépendance à la consommation de drogues de la dépendance à la consommation alimentaire, par exemple?

Du point de vue «style de vie», la différence entre ces deux types de dépendance n'est pas si grande. Mais du point de vue des images psychosociales, la motivation à la consommation de drogues ne dépend pas de la même symbolique que la consommation alimentaire. Comme le souligne Stanton Peele, cité plus haut, la production de la dépendance

n'est pas essentiellement le résultat d'un lien causal aux effets du produit consommé. Les images psychosociales liées à la consommation du tabac, de l'alcool, des médicaments ou de certaines drogues illicites entrent pour une grande part dans la dépendance à un produit donné, autant sinon plus que les effets physiques qu'il peut entraîner. Les expériences de substitution de certaines drogues par des produits placebo chez un grand nombre de consommateurs l'ont amplement démontré. Ces derniers présentent souvent les mêmes symptômes réactionnels que s'ils avaient consommé leur drogue habituelle, en autant *qu'ils ont la conviction* de consommer leur drogue habituelle.

Ainsi, les images psychosociales liées à la consommation de drogues pouvant entraîner des dépendances doivent être prises en compte pour comprendre, d'une part, les causes de l'abus de drogues chez les jeunes et, d'autre part, pour développer des moyens de prévention et de traitement efficaces. De plus, il faudra tenir compte de la spécificité culturelle de certaines de ces images. Les compagnies de bière, par exemple, l'ont bien compris. Dans leur publicité télévisée, elles opèrent différemment selon que leur clientèle visée est francophone ou anglophone, distinguant les images psychosociales qui motivent la consommation chez l'un ou l'autre groupe. (Germain, 1984, 52 à 56)

LES CRITÈRES D'ÉVALUATION DES MODES DE PRÉVENTION ET DE TRAITEMENT

L'approche systémique permet de préciser certains critères fondamentaux pour l'évaluation des modes de prévention et de traitement. Étant donné le court espace de cet article, sans nuancer, nous proposons une polarisation entre deux grandes catégories de critères d'évaluation.

Nous appellerons la première catégorie : critères moraux *a priori* d'évaluation. Divers auteurs produisent des évaluations moralistes des modes de prévention et de traitement; ils considèrent que les jeunes qui «touchent» à un ou plusieurs produits jugés «dangereux» à leur âge font preuve de tendances déviantes qu'il faut corriger non seulement pour leur bien-être physique mais aussi pour leur bien-être moral. Il faut ainsi les amener à se rallier aux valeurs morales que ces mêmes auteurs attri-

buent aux non-consommateurs. Ce qu'ils évaluent ici est un degré de conformité aux normes et valeurs de la société. L'usage juvénile de drogues, et particulièrement de drogues illicites, est avant tout considéré comme une forme de délinquance.

D'autres facteurs s'appuient sur des critères sociaux empiriques d'évaluation; ceci constitue l'autre pôle où s'inscrivent des critères d'évaluation. Ces auteurs considèrent généralement que consommateurs et non-consommateurs de drogues n'ont pas nécessairement des valeurs et besoins différents. Par contre, les «consommateurs à problèmes», les surconsommateurs, se distinguent par des motifs de comportement, voire des styles de vie, associés à des profils de consommation particuliers (Lamontagne *et al.*, 1979; Bilodeau *et al.*, 1981; Smart, 1983). Pour ces auteurs, consommation et surconsommation de drogues ne sont pas confondues; ils cherchent à comprendre, avant de parler d'abus, si le phénomène de consommation de drogues – licites ou illicites – n'est qu'un phénomène passager lié à une simple curiosité ou à un ensemble d'autres facteurs d'apprentissage. Ils évaluent le traitement par sa capacité d'accroître chez le jeune consommateur son pouvoir d'autonomie, ses moyens de choisir un style de vie lui permettant de mieux s'adapter à son environnement. Ceci ne signifie pas nécessairement l'abstinence face à tous les produits présumés toxiques. Cette prise de position entraînera nombre de controverses avec les tenants de l'approche moraliste, particulièrement sur le contenu des modèles de prévention.

QU'IMPLIQUE UN MODÈLE DE PRÉVENTION EFFICACE?

Dans une approche moraliste *a priori*, il est difficile de concevoir d'autres modes de prévention que ceux institués par la loi ou la discipline institutionnelle. Le jeune surconsommateur se voit accolé les étiquettes de «déviant», de «voyou», etc. Il est le «méchant» que l'on doit isoler, punir et possiblement traiter pour éviter la «contamination». (Campbell, 1973, 240 à 262).

Mais qui contamine qui? Une étude effectuée en 1975 dans les écoles secondaires de la CECM établit à 25 % la proportion des élèves qui consommaient au moins une drogue à tous les jours ou presque; 69 % des élèves faisaient un usage régulier

ou occasionnel de l'alcool; 42 % de la cigarette et près de 20 % de produits dérivés du cannabis (Poissant et Crespo, 1976). Plus récemment, une enquête menée par le ministère de la Santé et du Bien-être social auprès des jeunes de 12 à 19 ans révèle que, en 1982, 52 % des jeunes Québécois avaient consommé de l'alcool au cours du mois précédant l'entrevue, 25 % fumaient la cigarette quotidiennement et 13 % avaient fait usage de marijuana au cours de l'année précédente. Les jeunes Québécois commencent à consommer de l'alcool et à fumer la cigarette vers l'âge de 12 ans, l'usage de la marijuana débutant vers l'âge de 14 ans (The Canadian Gallup Poll, 1982).

En fait, cette question de la contamination des jeunes doit être posée au niveau de l'environnement symbolique qui motive la consommation de drogues.

Dans une approche sociale empirique, si l'on s'interroge sur les critères de prévention efficace, il faut d'abord préciser ce qu'il faut prévenir: la consommation ou la surconsommation de drogues? Il faut ensuite trouver les moyens à mettre en oeuvre pour modifier l'environnement symbolique.

Pour ce faire, il faut tenter d'harmoniser les activités préventives à deux niveaux:

- au niveau primaire, c'est-à-dire au niveau de la demande de ces produits. Cet aspect concerne principalement le domaine éducatif.
- au niveau secondaire, c'est-à-dire au niveau de l'offre. Cet aspect concerne principalement les lois qui interdisent le trafic, réglementent la distribution et contrôlent la publicité de certains produits.

Cette harmonie est loin d'être acquise à l'heure actuelle.

1. Une prévention primaire au niveau de la demande

En prévention primaire, quatre modèles ont été principalement utilisés auprès des jeunes:

- a) le modèle de l'abstinence;
- b) le modèle de la transmission d'informations;
- c) le modèle du développement des valeurs;
- d) le modèle social.

Chacun de ces modèles se distingue par les différents facteurs d'explication causale de la toxicomanie qu'il met en évidence. Dans le premier modèle,

les substances elles-mêmes sont perçues comme nocives; dans le second, c'est le manque d'informations sur la nocivité de ces produits; dans le troisième, ce sont les répercussions de la consommation de certains produits sur le développement de la personnalité; enfin, dans le dernier modèle, l'accent porte sur la signification sociale des différents modes de consommation (une sensibilisation aux incitations sociales que le jeune pourra recevoir dans certains milieux lui permet de mieux comprendre que certains types de consommation y seront encouragés, tout en présentant certains dangers de dépendance).

Dans une revue de littérature concernant l'évaluation des modèles de prévention, Globetti (1983) met en évidence leurs difficultés d'application. Le modèle de l'abstinence se révèle peu efficace auprès des jeunes car il ne correspond pas aux images psychosociales qu'ils reçoivent. En effet, dans la publicité, la consommation d'alcool et de tabac symbolise très souvent une sorte de «passage initiatique» entre le monde de l'enfance et le monde adulte. Les autres drogues – stupéfiants et médicaments utilisés à des fins non médicales – servent souvent de moyens pour s'intégrer à des réseaux d'identification tout en répondant à la simple curiosité.

Le second modèle, celui de la transmission d'informations, se révèle, lui aussi, peu efficace. En premier lieu, les informations ne traitent généralement que des produits licites alors que ce sont les produits illicites qui sont les moins connus. En second lieu, c'est supposer que le *mésusage* de drogues dépend uniquement de la *méconnaissance* de leur nocivité. Bref, on néglige toute autre motivation à faire usage de drogues.

Les troisième et quatrième modèles, particulièrement lorsqu'ils sont conjugués (et sous certaines autres conditions sur lesquelles nous reviendrons), ont rencontré certains succès, mais non sans provoquer des tollés de protestations. En effet, plusieurs groupes reprochent à ces modèles de prévention d'enseigner aux jeunes *comment* consommer; cependant, il ne faut pas négliger que la plupart de ces modèles proposent des alternatives à la consommation. Conséquemment, dans les écoles, ces modèles de prévention ont porté très rarement sur d'autres produits que l'alcool et le tabac. Nombreux sont les groupes sociaux qui estiment que parler

d'autres produits, les drogues illicites surtout, c'est alarmer inutilement les jeunes et la communauté en leur fournissant des informations avant même que le problème n'existe. Pire encore, l'évaluation de certains de ces programmes expérimentaux d'information sur les drogues suggère que ceux-ci peuvent être parfois associés à un accroissement de la consommation: par exemple, les consommateurs de marijuana semblent avoir eu accès à plus d'informations sur cette substance que les non-consommateurs! Ces observations ont été largement diffusées et elles ont contribué à former des zones de réticence à l'élaboration de programmes préventifs basés principalement sur la transmission d'informations. Il ne faut cependant pas se méprendre: la mise en évidence d'une corrélation ne constitue pas une démonstration d'un lien causal; rien ne prouve que ce sont les connaissances transmises qui poussent les jeunes à s'adonner aux drogues (Smart, 1983, 180). Dans une méticuleuse analyse des programmes expérimentaux rapportant des effets négatifs de ce genre, Goodstadt (1980) souligne que ceux-ci sont relativement rares, soit environ 15 % des programmes; en plus de lacunes méthodologiques généralisées, ceux-ci présentent tous des résultats mitigés, c'est-à-dire des effets positifs pour certains sous-groupes et des effets négatifs pour d'autres. Finalement, il se peut bien que les effets négatifs soient attribuables à des procédures d'évaluation inadéquates. Par ailleurs, le niveau élevé des taux de consommation indique que l'ensemble des jeunes, à un moment ou à un autre, a eu à choisir de consommer ou pas un ou plusieurs produits jugés dangereux et souvent illicites, et que leurs informations étaient très faibles à ce sujet, même sur les produits licites (Groupe d'évaluation des programmes sociaux de l'Université Queen's pour le compte de Santé et Bien-Être social Canada, 1984).

C'est ainsi qu'une stratégie de prévention primaire auprès de jeunes doit s'insérer dans une perspective de «santé globale», dans le cadre de leurs modes d'apprentissage des rapports sociaux. Depuis trop longtemps la loi constitue le principal mode d'intervention et de prévention pour contrôler la consommation des drogues illicites, de l'alcool, des médicaments, avec tous les aspects coercitifs qu'elle implique et les conséquences souvent tragiques de stigmatisation de nombreux jeunes. Comment traiter les toxicomanes et prévenir les toxicomanies

quand le jeune est confronté avec un modèle aussi peu pédagogique que des lois qui permettent ou interdisent certaines drogues sur la base de critères tout autres que leur danger pour la santé? (Bertrand, 1973, 231). En somme, le modèle basé sur le contrôle par le droit pénal a plutôt des effets contraires au but recherché par la prévention primaire en ce qu'il contribue à mythifier l'usage de certains produits: d'une part, en marginalisant les consommateurs de produits illicites et, d'autre part, en cautionnant légalement les consommateurs de drogues licites.

Mais l'élaboration d'un modèle de prévention primaire sur les drogues n'est pas chose facile. Sous certains aspects, cela présente les mêmes difficultés que pour l'élaboration de programmes d'éducation sexuelle dans les écoles.

Concevoir une présentation systémique des différents éléments pouvant conduire à une surconsommation de drogues demeure prématuré, car il existe encore trop peu d'enquêtes au Québec décrivant adéquatement les caractéristiques des jeunes surconsommateurs (CRSSMM, 1983, 58).

À qui doit avant tout s'adresser cette prévention? Si l'on se base sur les expériences de prévention primaire dans d'autres pays, un programme efficace de prévention doit commencer à l'*élémentaire*, car c'est alors que se forment les principaux modèles et systèmes de valeurs (Globetti, 1983).

Qui doit donner cette information? Plusieurs études montrent qu'au primaire, les enseignants se sentent très mal à l'aise pour donner cette information; au niveau secondaire, ce sont les jeunes qui trouvent peu crédible l'information donnée par leurs professeurs habituels. L'évaluation d'expériences américaines et européennes montre que les informations les plus appréciées par les jeunes proviennent d'individus non identifiés à l'école, tout en étant membres de leur collectivité; connaissant le milieu de vie des jeunes concernés, ceux-ci savent transmettre une information adaptée aux situations immédiates et aux expériences vécues par ces jeunes.

En somme, la prévention primaire de la surconsommation de drogues doit s'insérer dans un programme de formation sur les bonnes habitudes de santé, les modes d'interaction avec autrui, incluant l'apprentissage de la sexualité. De plus, bien que les instruments de prévention primaire doivent se fonder sur une base technique certaine, ils doivent

surtout correspondre au milieu de vie de la population de jeunes concernés par ces programmes. Cela implique, comme il a été mentionné, la participation d'intervenants issus de milieux proches des jeunes : parents, travailleurs de milieu, ex-toxicomanes, etc.

Au Québec, une action préventive est en cours d'élaboration ; intégrant les ressources de plusieurs organismes (dont le Centre Alternatives de Montréal, le ministère de l'Éducation du Québec, l'Office National du Film et le ministère de la Santé et du Bien-Être Social du Canada) ce programme préventif devrait comporter divers instruments de sensibilisation et d'animation bien adaptés au vécu des jeunes Québécois. À l'intérieur de ces travaux, il demeure encore beaucoup de points à préciser, à savoir : qui donnera cette information, les clientèles visées, les produits abordés, etc.

2. Une prévention secondaire au niveau de l'offre

Une prévention primaire doit se prolonger dans une prévention secondaire appropriée. S'en tenir uniquement à minimiser la demande est insuffisant. Les messages préventifs doivent être cohérents avec les stratégies d'offre des différentes drogues. C'est là un objet privilégié de prévention secondaire.

Les messages extérieurs au milieu scolaire, s'adressant aux adultes et surtout aux parents, doivent renforcer l'information présentée en milieu scolaire. On se retrouve face à la question fondamentale : quelle information et quel type de publicité doit-on encourager ? Par exemple, que faut-il penser des messages publicitaires sur la bière et le vin au Québec ? Ces messages n'encouragent-ils pas le jeune à voir l'usage de ces produits comme une affirmation de soi, une composante essentielle des loisirs ou même une récompense d'un travail bien accompli ? Et que penser des messages parentaux sur les drogues licites ? Ne surconsommement-ils pas souvent des médicaments pour le moindre malaise ?

En somme, une prévention primaire au niveau de la demande ne peut être efficace que si elle est appuyée par une prévention secondaire au niveau de l'offre. Ceci implique que les programmes de prévention doivent déborder des cadres exigus des institutions scolaires et hospitalières. Le traitement des surconsommateurs sera grandement facilité par une telle approche communautaire de la prévention.

CONCLUSION

Ce survol des principes directeurs de prévention et de traitement efficace de l'abus des drogues chez les jeunes nous amène à préciser les critères d'évaluation.

Évitons les « opérations-dépistages » des « toxicomanes » qui risquent d'enfermer certains jeunes dans des styles de vie marginaux en raison de leurs réactions à ces opérations perçues comme répressives. Le dépistage devrait, en fait, consister en un auto-dépistage encouragé par les programmes d'intervention auprès des jeunes.

À notre avis, le meilleur moyen d'identifier les besoins des jeunes passe par une évaluation auto-gérée des programmes de prévention, incluant une évaluation des taux d'utilisation des différents services d'aide qui entourent ces programmes.

Qu'entend-on par l'évaluation auto-gérée des programmes de prévention ? Cela veut simplement dire intégrer à ces programmes des instruments qui, d'une part, permettent de mesurer objectivement l'acquisition des connaissances sur les drogues, sur leurs dangers, et sur les facteurs qui conditionnent leur usage ; et, d'autre part, ces instruments doivent aussi permettre d'estimer le degré de satisfaction des jeunes face à l'information reçue dans ces programmes.

Une telle démarche évaluative permettrait aux intervenants de modifier ou d'intensifier certaines parties du programme de prévention en fonction des besoins spécifiques des jeunes dans un milieu donné. De plus, et ceci nous semble essentiel, si un programme de prévention correspond aux besoins des jeunes et a su ouvrir un bon dialogue, on peut s'attendre à l'auto-dépistage chez les jeunes. En d'autres termes, si l'on s'entend pour ne plus intervenir auprès des jeunes uniquement lorsqu'ils se retrouvent gravement compromis sur les plans médical et/ou légal, il faudrait leur donner les moyens de repérer eux-mêmes les débuts d'une situation problématique. Si l'on a su créer un climat de confiance, et si des services de support adéquats prolongent les programmes de prévention, le jeune pourra de lui-même chercher des moyens de faire face à ses problèmes.

Ceci nous amène à l'évaluation des modes de traitement. La définition du traitement n'étant plus restreinte à ses composantes bio-médicales, c'est

donc en consultation avec des intervenants proches des jeunes, principalement en milieu scolaire, qu'il faudra mesurer l'efficacité des traitements. On peut présumer que le jeune qui s'interroge sur ses modes de consommation de drogues les inscrit dans son environnement, dans son vécu et qu'il cherche quelqu'un avec qui il se sent suffisamment en confiance pour discuter. Mais les intervenants en milieu scolaire ont-ils une formation suffisante pour offrir ce support aux jeunes qui vivent des difficultés associées à leur consommation de drogues? Et, s'il faut référer le jeune à des services extérieurs, pourra-t-il conserver dans son milieu scolaire une relation de support lui évitant d'être marginalisé?

Tant que les programmes de traitement ne s'adresseront qu'aux cas limites, il sera difficile d'évaluer leur efficacité auprès des jeunes. Tant que les programmes de prévention ne se prolongeront pas par des programmes de traitement au sein même des milieux où vivent les jeunes, les connaissances acquises au cours des programmes de prévention demeureront lettres mortes. L'auto-dépistage ne conduira pas à une relation d'aide; l'information ne débouchera pas sur une véritable autonomie.

Au terme de cette réflexion sur les critères d'évaluation des programmes de prévention et de traitement de l'abus des drogues chez les jeunes, nous affirmons que la prévention et le traitement seront toujours des canards boiteux l'un sans l'autre. Enfin, soulignons-le encore, s'ils ne sont pas évalués par rapport aux besoins des jeunes, ces programmes ratent leur but premier: l'auto-dépistage par les jeunes de leurs problèmes et la possibilité de partager leur univers.

NOTE

1. D'une manière générale, l'abus de drogues réfère à la surconsommation d'un ou plusieurs psychotropes, c'est-à-dire «toute substance toxique, naturelle ou synthétique qui agit sur la fonction, le comportement ou l'expérience psychique, quel que soit le type d'effet exercé (déprimeur, stimulant, perturbateur).» (CPMQ, 1976). Dans ce texte, le terme drogues réfère aux psychotropes licites et illicites, incluant l'alcool, le tabac et les médicaments. La notion d'abus ou de surconsommation désigne «une consommation de psychotropes jugée excessive soit d'un point de vue médical – et surtout – d'un point de vue social.» (Verbeke, 1978, 13).

RÉFÉRENCES

- BERTRAND, M.-A., 1973, Conclusions et recommandations, in *Rapport final de la Commission d'enquête sur l'usage de drogues à des fins non médicales*, Information-Canada, Ottawa.
- BILODEAU, L., RIVERIN, D., RUEL, G., TREMBLAY, D., TURCOTTE, D., 1981, *La Consommation des drogues chez les étudiants de onze écoles secondaires de la région Saguenay*

Lac Saint-Jean Chibougamau, Rapport de recherche, Centre de Services Sociaux Saguenay, Lac Saint-Jean, Chibougamau.

- CAMPBELL, I.L., 1973, Conclusions et recommandations, in *Rapport final de la Commission d'enquête sur l'usage de drogues à des fins non médicales*, Information-Canada, Ottawa.
- CANADIAN (the) Gallup Poll Limited, 1982, *Summary of Results Gallup, Youth Omnibus Study*, Department of National Health and Welfare/Health Services and Promotion Branch, Ottawa.
- COMITÉ régional en alcoolisme et autres toxicomanies, 1983, *Étude de la problématique de la consommation de drogue chez les jeunes du Montréal métropolitain*, Document de travail soumis au Conseil de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain.
- COMMISSION d'enquête sur l'usage de drogues à des fins non médicales, 1973, *Rapport final de la Commission d'enquête sur l'usage de drogues à des fins non médicales*, Information-Canada, Ottawa.
- CORMIER, D., 1984, *Toxicomanies: Styles de vie*, Gaëtan Morin, Chicoutimi.
- CPMQ (Corporation Professionnelle des Médecins du Québec), 1976, *Les toxicomanies autres que l'alcoolisme*, Montréal, La Corporation.
- CSSSMM, 1983, *Étude de la problématique de la consommation de drogue chez les jeunes dans la région du Montréal métropolitain*, Comité régional en alcoolisme et autres toxicomanies, Conseil de la Santé et des Services Sociaux, Document de travail.
- GERMAIN, G.H., 1984, Deux milliards de canettes à la recherche d'une nouvelle image, *L'Actualité*, 52-56.
- GLOBETTI, G., 1983, General considerations on prevention of alcohol abuse and alcohol problems on children and adolescents, Jeanneret O. (ed.), in *Alcohol and Youth*, Genève, 95 à 107.
- GOODSTADT, M.S., KRONITZ, R., 1980, Public service radio: development and evaluation of a campaign, *Journal of Drug Education*, 10, 89-99.
- LAMONTAGNE, Y., TÉTRAULT, L., BOYER, R., 1979, Consommation d'alcool et de drogues chez les étudiants, *L'Union Médicale du Canada*, tome 108, mars, 219-228 et avril, 408-411.
- LEVASSEUR, M., 1983, *Des problèmes prioritaires. La maladie selon les âges de la vie*, Conseil des Affaires sociales et de la famille, Québec.
- NADEAU, L., 1984, Les paradoxes de l'intervention auprès des toxicomanes, *Psychotropes*, vol. 1, n° 3, 45-47.
- PEELE, S., 1982, *L'expérience de l'assuétude*, PUM, Montréal.
- POISSANT, I., CRESPO, M., 1976, *La consommation des drogues chez les jeunes du secondaire*, CECM, Montréal.
- SMART, R.G., 1983, *Forbidden Highs, The Nature, Treatment, and Prevention of Illicit Drug Abuse*, Addiction Research Foundation, Toronto.
- VERBEKE, R., 1978, *Dictionnaire critique des drogues*, Christian Bourgeois, Paris.

SUMMARY

In an on-going review of the literature dealing with the assessment of drug abuse treatment and prevention programs, the authors indicate that changes are occurring in basic concepts: the concept of addiction has been expanded and a more systemic approach to drug use and abuse is more prevalent. An examination of the relationship between adolescent drug use and the related psychosocial images leads to an outline of two main evaluative approaches: the moralistic *a priori* approach and the empirical social approach. To efficiently prevent youthful drug abuse, they propose that primary preventive actions should focus on demand factors and be complemented with secondary preventive actions focused on supply factors.