

COLLECTION

TOXICOMANIES

Tabac, alcool, drogues, jeux de hasard et d'argent

Sous la direction de

Louise Guyon

Nicole April

Sylvia Kairouz

Élisabeth Papineau

Lyne Chayer

Institut national de santé
publique du Québec



*À l'heure de l'intégration
des pratiques*

pul

**TABAC, ALCOOL, DROGUES,
JEUX DE HASARD ET D'ARGENT**

À l'heure de l'intégration des pratiques

Page laissée blanche intentionnellement

TABAC, ALCOOL, DROGUES, JEUX DE HASARD ET D'ARGENT

À l'heure de l'intégration des pratiques

Sous la direction de

Louise Guyon

Nicole April

Sylvia Kairouz

Élisabeth Papineau

Lyne Chayer

Institut national de santé publique du Québec

Les Presses de l'Université Laval

2009

Les Presses de l'Université Laval reçoivent chaque année du Conseil des Arts du Canada et de la Société d'aide au développement des entreprises culturelles du Québec une aide financière pour l'ensemble de leur programme de publication.

Nous reconnaissons l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise de son Programme d'aide au développement de l'industrie de l'édition (PADIÉ) pour nos activités d'édition.

Mise en pages et conception de la couverture : Hélène Saillant

ISBN 978-2-7637-8740-4

© Les Presses de l'Université Laval 2009
Tous droits réservés. Imprimé au Canada
Dépôt légal 3^e trimestre 2009

Les Presses de l'Université Laval
Pavillon Maurice-Pollack
2305, rue de l'Université, bureau 3103
Québec (Québec) G1V 0A6
CANADA
www.pulaval.com

Table des matières

Notes sur les auteurs et auteures	XI
Remerciements.....	XVII
Avant-propos.....	XIX

PREMIÈRE PARTIE

Les problématiques en questions

1 L'USAGE DU TABAC	3
Monique Lalonde Direction de santé publique de Montréal	
2 Y AURA-T-IL UN LENDEMAIN DE VEILLE À LA MODÉRATION ?	43
Andrée Demers, Catherine Paradis et Elyse Picard Université de Montréal	
3 COMPRÉHENSION DU PHÉNOMÈNE DE CONSOMMATION DE DROGUES ILLICITES AU QUÉBEC	65
Serge Brochu, Valérie Beauregard, Marc-André Ally Université de Montréal	

4 ÉLÉMENTS D'UNE SOCIOLOGIE DES JEUX D'ARGENT 101

Serge Chevalier

Direction de santé publique de Montréal

DEUXIÈME PARTIE

Concomitance et comparaisons

5 INTERVENIR SUR LE TABAGISME EN MILIEU DE THÉRAPIE SUR LES DÉPENDANCES À L'ALCOOL ET AUX DROGUES 139

Ann Royer, Michael Cantinotti et Marc Caya

**Direction de santé publique de la Capitale-Nationale
et Maison de l'Alcôve de St-Hyacinthe**

6 LA PRÉVENTION DES PROBLÈMES LIÉS AU JEU : ÉVOLUTION, PRATIQUES ET ACQUIS DES AUTRES DÉPENDANCES 167

Élisabeth Papineau et Fabienne Richer

Institut national de santé publique du Québec

TROISIÈME PARTIE

Vers une intégration des pratiques

7 LES ENJEUX ET LES DÉFIS DE LA PRÉVENTION FACE À LA CONCOMITANCE DES CONDUITES ADDICTIVES ET DÉLINQUANTES À L'ADOLESCENCE 221

Frank Vitaro

Université de Montréal

8 ABUS DE TABAC, D'ALCOOL, DE DROGUES, ET JEUX DE HASARD : VERS UNE APPROCHE EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE	251
Thomas F. Babor University of Connecticut	
LE LONG CHEMIN VERS L'INTÉGRATION DES PRATIQUES	271
Sylvia Kairouz, Élisabeth Papineau et Lyne Chayer Institut national de santé publique du Québec	

Page laissée blanche intentionnellement

Notes sur les auteurs et auteures

Nicole April (M.D., M.P.H., FRCPC) est médecin spécialiste en santé communautaire et exerce à l'Institut national de santé publique du Québec. Elle est aussi professeure de clinique au Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université Laval, à Québec. Ses travaux portent sur la promotion de la santé ainsi que sur l'alcool et la santé publique, la prévention des problèmes dus à l'alcool, les politiques publiques en matière d'alcool et la prévention de l'alcoolisation fœtale.

Marc-André Ally (B.Sc. en psychologie) est étudiant à la maîtrise à l'École de criminologie de l'Université de Montréal. Il est également agent de surveillance auprès des individus judiciairisés de Montréal pour le YMCA centre-ville. Ses travaux de recherche ont porté sur l'impact communautaire des cliniques de prescription médicale d'héroïne, implantées à Montréal et à Vancouver.

Thomas Babor (Ph.D. en psychologie sociale, M.P.H.) est professeur et directeur du département de médecine communautaire et de soins de santé à l'école de médecine de l'Université du Connecticut. Il est titulaire d'une chaire en santé publique et en médecine communautaire. Il est éditeur en chef associé et éditeur régional de la revue *Addiction*. Ses intérêts de recherche incluent le dépistage, le diagnostic, les interventions précoces, le traitement et les enjeux politiques reliés à l'alcool et aux drogues.

Serge Brochu (Ph.D. en psychologie) occupe actuellement les fonctions de directeur exécutif du Forum international des universités publiques. Il est professeur à l'École de criminologie de l'Université de Montréal depuis 1986. Il est également codirecteur du groupe Recherche et interventions sur les substances psychoactives - Québec (RISQ) depuis sa fondation en 1991. Ses travaux de recherche ont permis de mieux saisir les liens entre drogue et délinquance.

Valérie Beauregard (M.Sc. en criminologie) est étudiante au doctorat à l'École de criminologie de l'Université de Montréal. Elle est également coordonnatrice de projets de recherche et chargée de cours à l'École de criminologie. Ses activités de recherche portent sur les habitudes de jeu de hasard et d'argent parmi les personnes incarcérées dans les établissements correctionnels du Québec.

Michael Cantinotti (Ph.D. en psychologie) est boursier postdoctoral (Université McGill, Montréal) du Programme de formation transdisciplinaire en recherche en santé publique et en santé des populations des IRSC et du RRSPQ. Il effectue ses recherches à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (équipe Habitudes de vie/ Maladies chroniques) ainsi qu'à l'Institut national de santé publique du Québec (secteur de la lutte au tabagisme).

Marc Caya est directeur des programmes à la Maison l'Alcôve de Saint-Hyacinthe depuis 2001, un organisme communautaire qui traite les gens aux prises avec des problèmes de toxicomanie et de jeu. Il possède un diplôme de formation professionnelle en relation d'aide ainsi qu'un D.E.S.S en toxicomanie de l'Université de Sherbrooke et travaille auprès des toxicomanes depuis plus de quatorze ans.

Lyne Chayer (M.Sc. en criminologie) est étudiante au doctorat à l'École de criminologie de l'Université de Montréal. Elle est également agente de planification, de programmation et de recherche à l'Institut national de santé publique du Québec et agente de relations humaines au centre de réadaptation en dépendance Le Virage. Ses travaux de recherche portent sur les dépendances chez les personnes incarcérées.

Serge Chevalier (M.Sc. en administration des services de santé) concentre, depuis plus d'une décennie, ses travaux de recherche autour de la sociologie des jeux d'argent ainsi que sur les répercussions de ce type d'activités sur la santé publique. Il occupe un poste à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal où il contribue à l'analyse sociopolitique de grands dossiers de santé publique.

Andrée Demers (Doctorat de 3^e cycle en économie des ressources humaines) est professeur au département de sociologie de l'Université de Montréal et Directrice du Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention. Depuis plus de quinze ans, ses travaux de recherche portent sur les aspects sociaux et collectifs de la consommation d'alcool. Elle s'est notamment intéressée aux dimensions relationnelles et contextuelles de la consommation.

Louise Guyon (M.A. en anthropologie) occupe le poste de chef de l'équipe de recherche, évaluation et surveillance en tabagisme à l'Institut national de santé publique du Québec. Elle a mené des travaux de recherche depuis de nombreuses années, d'abord au ministère de la Santé et des Services sociaux, à Santé Québec et avec l'équipe du RISQ. Ses intérêts en recherche portent sur les liens entre la santé et l'environnement, particulièrement dans les domaines des habitudes de vie et des dépendances ainsi que sur la santé des femmes.

Sylvia Kairouz (Ph.D. en psychologie sociale) est professeure adjointe au département de sociologie et d'anthropologie de l'Université Concordia et chercheure à l'institut universitaire sur les dépendances. Son programme de recherche porte principalement sur l'épidémiologie des conduites addictives et de leur concomitance chez les jeunes et les adultes dans la population générale ainsi que la modélisation des prédicteurs psychosociaux de leurs déterminants dans une perspective de santé des populations. Ses travaux sont soutenus par le Fond québécois de la recherche sur la société et la culture et les Instituts de recherche en santé du Canada.

Monique Lalonde (M.Sc. en santé communautaire) travaille présentement auprès des jeunes dans le secteur Écoles et milieux en santé, à la direction de santé publique de l'Agence de la Santé et des Services sociaux de Montréal. Depuis une dizaine d'années, elle collabore avec l'Institut national de santé publique du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux à l'élaboration de lignes directrices en matière de prévention du tabagisme chez les jeunes. Elle se penche présentement sur la conception d'interventions de lutte contre le tabagisme qui font appel à l'engagement social et à la mobilisation des jeunes.

Elisabeth Papineau (Ph. D. en anthropologie) est chercheure à l'Institut national de santé publique du Québec. Ses activités de recherche portent notamment sur les problèmes liés aux jeux de hasard et d'argent et leur prévention, la santé publique et l'offre de jeu, les appareils de loterie vidéo et le jeu dans les communautés culturelles.

Catherine Paradis (M.Sc. en sociologie) est doctorante en sociologie de la santé à l'Université de Montréal. Depuis plus de 10 ans, elle cumule les fonctions de recherche traitant des enjeux de santé et de société. Elle est la consultante scientifique d'Éduc'alcool.

Élyse Picard est titulaire d'une maîtrise en statistique de l'Université de Montréal.

Fabienne Richer (M.Sc. en santé publique) est agente de planification, de programmation et de recherche à l'Institut national de santé publique du Québec. Ses travaux de recherche portent sur la prévention des problèmes associés aux jeux de hasard et d'argent et sur la prévention du tabagisme chez les jeunes.

Ann Royer (Ph.D. en physiologie) est responsable de l'évaluation dans l'équipe Habitudes de vie/Maladies chroniques de la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, professeure associée au Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université Laval et chercheure au CSSS de la Vieille-Capitale - Centre affilié universitaire. Son domaine de recherche est centré sur l'évaluation des interventions de cessation tabagique pour les populations vulnérables et l'évaluation de politiques, de programmes et d'interventions en santé publique.

Frank Vitaro (Ph.D. en psychologie) est professeur titulaire à l'École de Psycho-éducation de l'Université de Montréal et chercheur au sein du GRIP (Groupe de recherche sur l'inadaptation psycho-sociale chez l'enfant). Il s'intéresse en particulier à la prédiction et à la prévention des problèmes de comportement et de prise de risque chez les jeunes.

Page laissée blanche intentionnellement

Remerciements

Cette publication est le fruit de la collaboration de plusieurs personnes et organismes que nous tenons à remercier chaleureusement.

Lors de la préparation du colloque

L'Institut national de santé publique du Québec qui a lancé et soutenu cette démarche dans le cadre des 11^e Journées annuelles de santé publique.

Le comité scientifique:

Nicole April, Institut national de santé publique du Québec.

Magali Dufour, Université de Sherbrooke.

Louise Guyon, Institut national de santé publique du Québec.

Richard Kègle, Centre de Santé et de Services sociaux de Charlevoix.

Monique Lalonde, Direction de santé publique de Montréal.

Élisabeth Papineau, Institut national de santé publique du Québec.

Marie Lecavalier, Centre Dollard-Cormier

Sylvia Kairouz, Université Concordia.

Marthe Hamel, Direction de la santé et du bien-être, MSSS.

Lors du colloque

L'Unité des communications de l'Institut national de santé publique du Québec pour son soutien technique.

Les conférenciers et conférencières, les personnes qui ont présenté une affiche et les participants et participantes, qui ont enrichi les discussions.

Lors de la préparation de la publication

Isabelle Denis, Johanne Laguë, Marie Lecavalier, Magali Dufour, Réal Morin et Yves Payette qui ont révisé et commenté avec nous les différents chapitres.

Ce projet a reçu le soutien financier de l'Institut national de santé publique du Québec.

Avant-propos

La consommation de tabac, celle d'alcool et celle de drogues constituent des facteurs de risque de multiples problèmes sociaux et de santé. À ces comportements s'ajoute la pratique des jeux de hasard et d'argent qui, à maints égards, peut être considérée comme un phénomène de consommation. L'usage et l'abus de ces produits ainsi que la dépendance qu'ils peuvent engendrer est la cause de nombreux problèmes de santé, d'accidents et de problèmes psychosociaux pour les individus et leur entourage. Par leur fréquence et leur gravité, ils ont un impact majeur sur la santé des populations. En Occident, le tabagisme est la première cause de décès et d'incapacité, la consommation d'alcool la troisième et la consommation de drogues la huitième. Les conséquences de ces comportements engendrent des coûts sociaux élevés, qu'ils soient directs, par exemple pour les soins, ou indirects pour les pertes de productivité associées aux décès et maladies précoces.

Ce sont également des comportements qui partagent plusieurs facteurs de risque communs. Ceux-ci sont liés aux caractéristiques des produits et des individus qui les consomment ainsi qu'aux milieux et aux sociétés dans lesquelles ils vivent. La concomitance, soit la présence d'au moins deux de ces comportements à la fois, est fréquente, tant chez les adolescents que chez les adultes. Les liens entre ces comportements et entre leurs causes sont complexes, mais de mieux en mieux connus grâce aux recherches récentes.

Les interventions pour prévenir ces comportements et les problèmes qui en découlent sont basées sur les connaissances de ces déterminants individuels, contextuels et sociaux. Pourtant, jusqu'à maintenant, elles

sont souvent planifiées et réalisées de façon parallèle, pour l'un ou l'autre des produits de consommation : tabac, alcool, drogues et jeu de hasard et d'argent.

Ces connaissances sur les facteurs communs ainsi que la comparaison entre les approches de prévention utilisées à ce jour permettraient de tirer des leçons utiles dans la planification d'interventions préventives et pourraient aider à intégrer certaines actions dans la pratique. C'est à la fois pour rendre compte des recherches récentes sur les facteurs communs et pour réunir les expériences d'intervention en cours au Québec que nous avons proposé la tenue d'une journée sur le thème *Tabac, alcool, drogues, jeux de hasard et d'argent, à l'heure de l'intégration des pratiques*. Ce symposium, tenu au cours des Journées annuelles de santé publique de novembre 2007, proposait une démarche en trois étapes :

La première était consacrée à une mise en commun des connaissances sur chacune de ces problématiques, prises de façon individuelle. Les experts invités mettaient à jour les connaissances sur :

- L'évolution du phénomène, le statut du produit, le fardeau de la maladie ou les coûts associés ;
- La situation épidémiologique actuelle : prévalence et variations selon les groupes sociodémographiques ;
- Les aspects sociaux et environnementaux ;
- Le statut et l'évolution des types de produits ;
- Les interventions efficaces de prévention et l'évolution des approches comme l'adoption de lois, le changement de normes sociales, les interventions précoces chez les enfants, les interventions dans les milieux de vie, l'éducation à la santé, la prévention clinique et la réduction des méfaits ;
- Les perspectives d'avenir en matière d'intervention préventive.

La deuxième étape visait une analyse et une meilleure compréhension des éléments communs à ces problématiques :

- Par la mise à jour des connaissances sur la concomitance entre les comportements ;
- Par la comparaison des approches efficaces en termes de promotion de la santé, de prévention et de soutien aux personnes qui ont développé une consommation problématique ;

- À travers l'analyse de la pertinence d'utiliser les expériences de prévention d'un comportement qui ont eu des succès à la prévention d'autres comportements.

Enfin, la troisième étape était consacrée à l'évaluation de la pertinence d'intégrer certaines approches de prévention. Certaines questions étaient posées aux experts invités :

- Peut-on utiliser ces connaissances et cette réflexion pour planifier et mettre en place des mesures de prévention qui ciblent plus d'un comportement à la fois ?
- Quel bilan peut-on faire des interventions qui ont cours au Québec ?
- Quelles seraient les conditions nécessaires et les premiers pas à faire pour changer les pratiques dans les secteurs d'intervention actuels ?

Le présent ouvrage réunit les textes des conférenciers du symposium, remaniés pour les besoins d'une publication et enrichis des commentaires des participants et des discussions avec eux. La première partie se rattache à la première de nos questions et présente, de façon parallèle, les bilans comparatifs des quatre problématiques. La seconde partie s'attaque à la question de la concomitance à travers des expériences récentes d'intervention et de prévention alors que la troisième aborde les enjeux et des défis des approches intégrées. Enfin la conclusion reprend, à travers les propos des auteurs, le fil conducteur de l'intégration des pratiques et tente de dégager des pistes prometteuses, tout en soulignant les obstacles de diverses natures (scientifiques, administratifs, humains et sociaux).

En nous attaquant à la question de l'intégration des pratiques appliquées à des questions de dépendances, nous savions au départ qu'elle répondait à un besoin clairement identifié chez les différents acteurs engagés en intervention ou en définition de politiques ou de programmes. Nous savions également que les interrogations seraient plus nombreuses que les solutions proposées; que les obstacles seraient plus spontanément identifiés que les conditions favorables. C'est pourquoi il convient de souligner le travail de défricheurs des auteurs de cet ouvrage; ils ont accepté avec générosité (et courage) d'apporter leur contribution à un aspect de notre système de santé que nous remettons de plus en plus en question : l'approche unilatérale des questions sociales et de santé, « l'approche en silo ».

Nous espérons que cette première tentative contribuera à une meilleure connaissance de cette question complexe et facilitera la poursuite de la réflexion en vue des changements souhaités. Il nous paraît évident que l'intervention et la recherche devront poursuivre leur collaboration à cet effet.

Nicole April
Louise Guyon

PREMIÈRE PARTIE

*Les problématiques
en questions*

Page laissée blanche intentionnellement

CHAPITRE 1

L'usage du tabac

Monique Lalonde

Le présent article fait un tour d'horizon des principaux éléments de la problématique du tabagisme au Québec. Il présente d'abord les pratiques commerciales de l'industrie du tabac, ces pratiques influençant la stratégie d'action des acteurs antitabac. En effet, l'usage des produits du tabac constitue à la fois un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale (Mackay, Ericksen, Shafey, 2006) et une activité commerciale très lucrative pour l'industrie du tabac (Mackay et coll., 2006). C'est pourquoi, la lutte contre le tabagisme implique d'intervenir pour réduire l'usage du tabac et les coûts socio-sanitaires considérables y étant associés tout en prenant les mesures nécessaires pour freiner une industrie dont les intérêts économiques et politiques constituent le principal obstacle à la mise en œuvre de politiques efficaces en matière de tabac (Anderson, 2000 ; Carter, 2002 ; US Department, 2000).

Après un bref regard sur l'usage du tabac dans le monde, l'article se poursuit avec une description de la situation du tabagisme au Québec, que nous comparons à celle du Canada. La deuxième partie est complétée par quelques données importantes sur l'exposition de la population québécoise à la fumée de tabac secondaire et sur la prévalence du tabagisme en fonction du niveau socioéconomique des fumeurs.

La troisième partie de l'article s'attarde sur les conséquences du tabagisme : après avoir discuté brièvement du développement de la dépendance, nous examinons les effets du tabagisme et de la fumée de tabac secondaire sur la santé et les coûts sociaux du tabagisme. En quatrième et cinquième parties, nous nous penchons sur les interventions de lutte contre le tabagisme ciblant la population générale et sur celles qui visent plus particulièrement les jeunes. Les déterminants de l'usage du tabac et la mondialisation de l'épidémie du tabagisme nous amènent à discuter des approches d'intervention privilégiées et nous portons une attention particulière aux mesures efficaces recommandées. Avant de conclure, nous discutons brièvement de la stratégie de lutte contre le tabagisme au Québec et des phénomènes en émergence.

LES PRATIQUES COMMERCIALES DE L'INDUSTRIE DU TABAC

L'usage du tabac a connu un essor fulgurant à la fin du XIX^e siècle avec l'invention de la machine à rouler la cigarette et l'allumette de poche sécuritaire. « La cigarette toute faite », peu coûteuse et simple à consommer, est ainsi devenue disponible à toutes les couches de la société. Puis, les soldats - à qui les cigarettes ont été fournies gratuitement pendant les deux Grandes Guerres mondiales - ont répandu l'usage du tabac et l'ont popularisé davantage. Mais, l'essor massif du tabagisme n'a été possible que par les efforts importants et continus de marketing des compagnies de tabac (Cunningham, 1997).

Comme pour tout autre produit de consommation, pour créer de la demande pour ses produits, l'industrie du tabac effectue un ciblage et une segmentation de marché des consommateurs potentiels. À l'aide d'activités publicitaires et promotionnelles élaborées, une image de marque est créée pour la plupart des produits mis en vente en fonction des résultats des études de marché (National Cancer Institute, 2008). Jusqu'à maintenant, les thèmes majeurs utilisés dans les efforts de marketing ont été : la satisfaction (en termes de goût, de fraîcheur, de légèreté, etc.), l'atténuation des inquiétudes quant au danger du tabagisme et la création d'associations entre le fait de fumer et des effets séduisants (comme l'indépendance, la réussite

sociale, l'attrait sexuel, la minceur, etc.). Ainsi, bien qu'il s'agisse de produits cancérogènes, l'industrie les a systématiquement associés à des images proposant une vision positive du produit ou du style de vie des fumeurs, tout en donnant le minimum d'informations sur le produit et tout en occultant les effets nocifs pour la santé (National Cancer Institute, 2008).

Actuellement, trois grands manufacturiers de tabac dominent le marché canadien des cigarettes (ADNF- Association des droits des non-fumeurs, 2007a) :

- Imperial Tobacco Canada dont les principales marques sont Du Maurier, Player's et Matinée;
- Rothmans Inc. dont les marques sont Benson & Hedges, Craven "A" et Rothman's;
- JTI-Macdonald Corp. qui fabrique les marques Export "A" et Vantage.

Jusqu'à il y a quelques années, si on soustrait les taxes provinciales qui varient d'une province à l'autre, à peu près toutes les marques de cigarettes au Canada étaient vendues au même prix (ADNF, 2007a). Depuis quelques années cependant, le nombre croissant de petites compagnies de tabac a changé la donne en introduisant de la concurrence dans le marché canadien du tabac. En effet, ces compagnies ont mis en marché des marques à rabais, forçant les grands manufacturiers à faire de même (ADNF, 2007a). Ainsi, alors qu'en 2001 seulement 2 % des ventes de cigarettes pouvaient être considérées comme faites à rabais, en 2003 ces mêmes ventes représentaient 14 %. Aujourd'hui, une part substantielle du marché canadien, soit environ 40 %, est composée de marques à rabais, offrant la cartouche de cigarettes de 10 à 12 \$ moins chère (de 1,25 \$ à 1,50 \$ de moins par paquet de 25 cigarettes) que les marques à prix normal («premium») (ADNF, 2007a; Santé-Canada, 2006).

Le commerce des cigarettes est extrêmement rentable pour l'industrie. Une cigarette coûte à peine 1¢ à 2¢ à produire et elle peut se vendre avec un important profit (Cunningham, 1997). Malgré l'augmentation des marques à rabais, qui coupe la marge de profits de l'industrie, et la baisse de la prévalence du tabagisme observée au Québec au cours des dernières années, les compagnies continuent à réaliser des profits records parce

qu'elles augmentent leur prix lorsque les gouvernements haussent les taxes. Ainsi, en 2003-2004, les profits nets des compagnies de tabac se sont chiffrés à 2,493 milliards de dollars au Canada et à 573 millions au Québec (ADNF, 2007a).

Selon Cunningham (1997), les énormes profits générés par le commerce du tabac constituent pour les cigarettiers un incitatif puissant à poursuivre leurs activités. Leurs importantes liquidités leur permettent de recourir aux services de lobbyistes, d'avocats, de spécialistes des relations publiques, d'agences de publicité, de scientifiques complaisants et de groupes de façade (Cunningham, 1997). Toutes ces ressources servent l'objectif premier de l'industrie consistant à maintenir son bassin de fumeurs. Ainsi, plusieurs stratégies sont mises en œuvre pour éviter que les fumeurs arrêtent de fumer et pour recruter de nouveaux fumeurs (Cunningham, 1997).

Se basant sur différentes sources d'informations, telles que les documents internes de l'industrie du tabac, rendus accessibles dans le cadre des procès intentés contre elle, plusieurs groupes de chercheurs ont analysé les stratégies des fabricants de tabac afin de mieux les contrer (Saloojee et Dagli, 2000; Landman, Ling et Glantz, 2002 US Department, 2000). Cunningham (1997, p.162) en fait le résumé suivant :

- « 1. Nier les conséquences du tabagisme sur la santé;
2. Tromper les consommateurs sur la vraie nature des cigarettes par la publicité et les relations publiques;
3. Discréditer les opposants;
4. Cibler la publicité vers les femmes et les jeunes;
5. Faire échouer les efforts de réglementation de l'industrie et de l'usage du tabac;
6. Retarder la législation s'il est impossible de la faire échouer;
7. Contrer la législation adoptée soit en essayant de la faire rejeter par les tribunaux, soit en lui désobéissant ou en tirant parti des échappatoires;
8. Défendre l'industrie lorsque des poursuites sont engagées contre elle;
9. Développer de nouveaux marchés dans le monde entier. »

Comme nous le verrons ultérieurement, plusieurs facteurs entrent en jeu dans l'adoption ou non du tabagisme. Mais, l'industrie du tabac, en travaillant de manière persistante à promouvoir ses produits et à retarder les efforts de réduction et de prévention du tabagisme, exerce une influence déterminante sur la situation du tabagisme ici et dans le monde (US Department, 2000; OMS, 2003a). Depuis la mise en marché de la cigarette, les stratégies de l'industrie, en particulier son marketing, ont permis de développer et de soutenir une norme sociale favorable au tabagisme (National Cancer Institute, 2008; Jacques, Hubert et Laguë, 2004; US Department, 2000), mais cette tendance commence à se renverser (Jacques, Hubert et Laguë, 2004; Mackay, Eriksen et Shafey, 2006).

LA SITUATION ACTUELLE DU TABAGISME AU QUÉBEC

Aujourd'hui notre planète compte plus d'un milliard de fumeurs (Banque mondiale, 2000). Malgré les progrès en matière de contre le tabagisme, la consommation de cigarettes augmente régulièrement en raison surtout de la croissance de la population mondiale et du recrutement de nouveaux fumeurs (Banque mondiale, 2000). Au cours des dernières décennies, l'industrie du tabac a considérablement intensifié ses efforts sur les marchés émergents d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine (Mackay, Eriksen et Shafey, 2006). En conséquence, dans les pays en développement, la consommation de cigarettes progresse alors que dans de nombreux pays industrialisés, comme le Canada, les taux de tabagisme diminuent depuis plusieurs dizaines d'années (Mackay, Eriksen et Shafey, 2006).

L'usage du tabac au Québec

La situation de l'usage du tabac au Québec, dans la population en général et chez les jeunes, est suivie régulièrement grâce aux nombreuses enquêtes réalisées tant au Canada qu'au Québec. L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), réalisée en 2005 auprès d'un échantillon comprenant 29 165 répondants québécois de 12 ans et plus, permet d'estimer avec un bon degré de précision la prévalence des fumeurs actuels soit les fumeurs quotidiens et occasionnels (Dubé, Berthelot et Provençal, 2007).

Ainsi, au Québec, la prévalence de l'usage de la cigarette dans la population de 12 ans et plus est de 24,4 %. Par ailleurs, Dubé, Berthelot et Provençal (2007) ont tiré des données de cette enquête, la prévalence du tabagisme chez les adultes de 18 ans et plus qui est de 25,6 %. Les hommes (27 %) fument plus que les femmes (24 %) et le groupe parmi lequel se retrouvent le plus de fumeurs se situe dans la tranche d'âge de 18 à 24 ans (32 %). Le tableau 1 illustre ces statistiques.

TABLEAU 1
PRÉVALENCE DU TABAGISME AU QUÉBEC SELON LE SEXE
ET L'ÂGE, POPULATION DE 18 ANS ET PLUS, 2005.

	Fumeurs %
Sexe	
Hommes	26,9
Femmes	24,3
Âge	
18 – 24 ans	32,0
25 – 44 ans	29,4
45 – 64 ans	25,4
65 ans et plus	12,6
Total	25,6

Source : Dubé, Berthelot et Provençal, (2007).

L'enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire se penche sur le tabagisme chez les jeunes (Dubé et Camirand, 2007). La dernière enquête, menée en 2006, a rejoint un échantillon de 4 571 élèves répartis par niveau secondaire parmi l'ensemble des jeunes inscrits dans les écoles secondaires du Québec, publiques et privées, francophones et anglophones (Dubé et Camirand, 2007). Tel que le présente le tableau 2, la prévalence de l'usage de la cigarette chez les jeunes est de 15 %, comprenant 6 % de fumeurs débutants¹, 6 % de fumeurs quotidiens et 3 % de fumeurs occasionnels. Au secondaire, les filles (17 %)

1. Fumeurs débutants : élèves qui ont fumé entre 1 et 99 cigarettes au cours de leur vie et qui ont fumé au cours des trente jours précédant l'enquête.

fument plus que les garçons (13 %). Le tabagisme progresse de la 1^{re} à la 5^e secondaire passant de 7 % à 22 % (Dubé et Camirand, 2007).

TABLEAU 2
PRÉVALENCE DE L'USAGE DE LA CIGARETTE CHEZ LES ÉLÈVES
DU SECONDAIRE AU QUÉBEC, 2006

Fumeurs %		
Total 14,9		
Garçons	13,0	Débutants 6,5
Filles	16,8	Occasionnels 2,7
		Quotidiens 5,7
1 ^{re} secondaire	6,8	
2 ^e secondaire	10,8	
3 ^e secondaire	17,5	
4 ^e secondaire	19,7	
5 ^e secondaire	21,9	

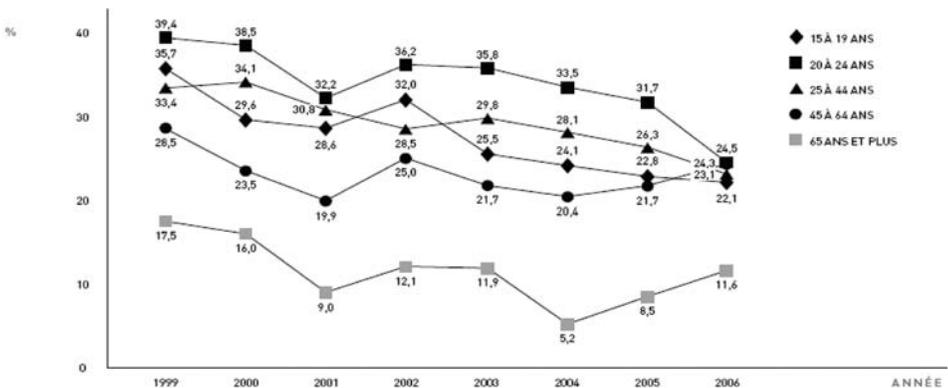
Source : Dubé, G. et Camirand, J. (2007).

Le Québec s'est fixé comme objectif de ne compter que 18 % de fumeurs de 15 ans et plus, en 2012 (MSSS, 2003). Nous nous rapprochons de cet objectif puisque la prévalence des fumeurs actuels (quotidiens et occasionnels) diminue graduellement depuis plusieurs années. En effet, dans la population de 15 ans et plus, la proportion de fumeurs est passée de 30 % en 1999 à 22 % en 2005 (Kairouz, Payette, Nguyen et Guyon, 2008a). Comme le montre la figure 1, cette diminution concerne tous les groupes d'âge. Il en va de même chez les jeunes du secondaire, où l'usage de la cigarette est passé de 30 % en 1998 à 15 % en 2006 (Loiselle, 1999 ; Dubé et Camirand, 2007). Toutefois, comme le montre la figure 2, ces progrès sont nettement atténués par la montée progressive de l'usage de cigarillos chez les jeunes. Le marketing de cigarillos aromatisés aux saveurs de fruits, déployé par l'industrie du tabac, a en effet fait passer la prévalence de l'usage de cigares, de cigarillos et de petits cigares de 14 % en 1998 à 22 % en 2006 (Dubé et Camirand, 2007).

L'usage du tabac au Québec par rapport au Canada

Plusieurs enquêtes collectent des données sur l'usage du tabac à travers l'ensemble du Canada, permettant ainsi des comparaisons entre provinces et avec la moyenne canadienne. À cet effet, l'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada, réalisée en 2007 auprès d'un échantillon de 20 900 Canadiens de 15 ans et plus, indique qu'au Québec le taux de prévalence se situe parmi les plus élevés au Canada, mais que ce taux n'est pas significativement différent de celui des autres provinces canadiennes à l'exception de la Colombie-Britannique (Statistique Canada, 2008a). Ainsi, alors que la moyenne canadienne se situe à 19 %, la prévalence du tabagisme au Québec² est de 22 %. En comparaison, la Colombie-Britannique affiche le taux le moins élevé parmi les provinces canadiennes soit 14 % (Statistiques Canada, 2008a). L'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes indique toutefois des taux très préoccupants de tabagisme pour le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut. En 2005, ces régions présentaient en effet des taux respectifs de 30 %, 36 % et 53 % (Statistique Canada, 2006a).

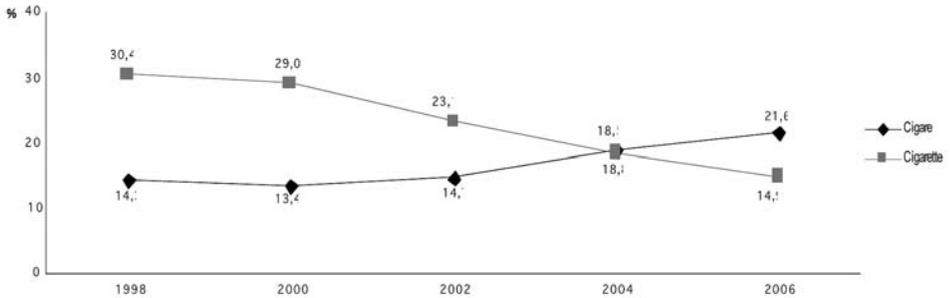
FIGURE 1
PRÉVALENCE DES FUMEURS ACTUELS DU QUÉBEC, DE 15 ANS ET PLUS, SELON LES GROUPES D'ÂGE, DE 1999 À 2006



Source : Kairouz, Payette, Nguyen et Guyon (2008)

2. Prévalence des fumeurs actuels qui englobe les fumeurs quotidiens et les fumeurs occasionnels.

FIGURE 2
ÉVOLUTION DE L'USAGE DE LA CIGARETTE ET DU CIGARE
CHEZ LES ÉLÈVES DU SECONDAIRE DU QUÉBEC,
DE 1998 À 2006



Source: Dubé et Camirand (2007)

Enfin, du côté des jeunes, l'Enquête canadienne sur la santé des jeunes recueille des données chez les élèves canadiens d'âge scolaire de la 5^e année du primaire à la 5^e année du secondaire et de leurs parents. Cette enquête montre qu'en 2006-2007 parmi les élèves de la 5^e année du primaire à la 2^e année du secondaire, c'est le Québec qui compte la proportion la plus importante de jeunes qui ont déjà essayé la cigarette, le pourcentage allant de 13% en Ontario à 29 % au Québec, avec une moyenne canadienne de 18 % (Statistique Canada, 2008b). Ainsi, il n'est pas étonnant de constater que, dans ce groupe scolaire, on compte deux fois plus de fumeurs actuels (quotidiens et occasionnels) chez les jeunes du Québec (4 %) par rapport à la moyenne canadienne (2 %) (Statistique Canada, 2008c).

L'exposition à la fumée de tabac secondaire

Considérant l'impact de l'exposition à la fumée de tabac secondaire (FTS) sur la santé de la population, les différentes enquêtes fournissent des données sur l'exposition des enfants, des jeunes et des adultes du Québec. Depuis les lois qui interdisent l'usage du tabac dans les milieux de travail et les lieux publics intérieurs, une proportion significative de la population n'est plus exposée à la FTS. Dans les pays industrialisés comme le Québec et le Canada, les fumeurs passifs sont surtout les enfants et les conjoints de fumeurs, principalement au domicile familial et dans la voiture (Banque mondiale, 2000; Croteau, 2008).

L'enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada de 2007 montre que 14% des enfants âgés de 0 à 11 ans et 22 % des jeunes de 12 à 17 ans sont exposés régulièrement à la FTS à la maison (Statistique Canada, 2008d). Tout comme pour le tabagisme, la situation au Canada (Statistique Canada, 2006a, 2006b) et au Québec (Kairouz et autres, 2008b) s'améliore d'année en année, mais le Québec demeure la province où les enfants et les jeunes sont les plus exposés à la FTS à domicile, la moyenne canadienne étant respectivement de 7 % et 13 % (Statistique Canada, 2008d).

Ce n'est pas seulement au domicile que les jeunes peuvent être exposés. Selon l'ESCC, en 2005, environ un jeune québécois sur quatre, âgé de 12 à 17 (25 %), était exposé chaque jour ou presque à la fumée des autres à l'intérieur d'un véhicule privé et 35 % l'ont été dans des lieux publics. La proportion de non-fumeurs de cette tranche d'âge exposés à la FTS dans les lieux publics était, dans le reste du Canada, d'environ 19 % (Dubé, Berthelot et Provençal, 2007). En juin 2005, le gouvernement du Québec a renforcé sa Loi sur le tabac pour offrir à la population une meilleure protection contre la FTS. L'interdiction de fumer a été élargie à tous les espaces publics intérieurs incluant notamment les restaurants et les salles où se déroulent des activités culturelles, sportives, artistiques ou de loisir. Ces nouvelles dispositions devraient favoriser une baisse de l'exposition des jeunes et des autres groupes de la population à la FTS.

Enfin, chez les adultes québécois âgés de 18 ans et plus (en excluant les fumeurs réguliers ou occasionnels vivant seuls), l'ESCC indique une exposition à la FTS à l'intérieur de leur domicile dans une proportion de 1 sur 5 (21%). La proportion est de 12 % chez les personnes de 65 ans et plus, mais s'élève à près de 33 % pour celles de 18 à 24 ans (Dubé, Berthelot et Provençal, 2007).

Le tabagisme et le niveau socioéconomique

L'usage du tabac et ses effets nocifs sur la santé sont associés à la pauvreté et à un faible niveau socioéconomique (Leaune, de Grosbois et Guyon, 2006). Dans les pays développés, les populations de faible statut socioéconomique, d'après le revenu, la classe sociale ou le niveau d'édu-

cation, présentent des niveaux plus élevés de tabagisme que les catégories plus favorisées. Les populations défavorisées fument par ailleurs plus longtemps, réussissent moins à arrêter et souffrent en plus forte proportion de maladies reliées au tabac (Barbeau, Krieger et Soobader, 2004; Siahpush, Borland, Taylor et autres, 2006).

Au Québec, en 2005, la prévalence des fumeurs actuels (quotidiens et occasionnels) dans la population de 15 ans et plus est près de deux fois plus élevée dans les populations disposant des revenus les plus faibles par rapport aux populations disposant des revenus les plus élevés (36 % vs 20 %) (Kairouz et autres, 2008c). Les enfants de milieux défavorisés sont particulièrement exposés au risque associé à l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement (Dubé et autres, 2007) et sont plus susceptibles de s'initier à la cigarette (Barbeau et autres, 2004).

LES CONSÉQUENCES DU TABAGISME

Le développement de la dépendance à la nicotine

C'est généralement à l'adolescence qu'on commence à fumer, particulièrement entre 11 et 15 ans (US Department, 2000). Au Québec, les jeunes déclarent avoir fumé leur première cigarette en moyenne vers l'âge de 12,5 ans (Dubé et Camirand, 2007). Alors que le mode de consommation du tabac des adultes varie peu quotidiennement, celui des jeunes, en particulier celui des jeunes débutants, est sporadique et irrégulier (O'Loughlin et Kishchuk, 2007). À travers des trajectoires individuelles variables de tabagisme, un grand nombre d'entre eux se rendront à une consommation quotidienne (O'Loughlin et Kishchuk, 2007). Selon l'enquête de 2006 sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, environ 40 % des élèves qui fument l'ont fait tous les jours. Les jeunes fumeurs quotidiens consomment en moyenne de 6 à 10 cigarettes par jour, mais 25 % en consomment plus de 11 par jour (Dubé et Camirand, 2007).

La première bouffée de cigarette n'est pas inoffensive puisqu'elle enclenche un processus physiologique conduisant à l'apparition de symptômes d'accoutumance et à l'usage croissant de la cigarette (O'Loughlin

et Kishchuk, 2007). Comme le montre le tableau 3, la dépendance à la nicotine s'installe très rapidement chez les adolescents. Pour bon nombre d'entre eux, la dépendance psychologique survient 2,5 mois après la première bouffée de cigarette alors que la dépendance physique apparaît au bout de seulement 5,4 mois. On constate ainsi que les symptômes de la dépendance à la nicotine apparaissent bien avant le tabagisme hebdomadaire (19,5 mois) et quotidien (23,1 mois) ou la consommation de 100 cigarettes dans une vie qui définit ce qu'est un fumeur (19,5 mois) (Gervais, O'Loughlin, Meshefedjian et autres, 2006).

TABLEAU 3
DÉVELOPPEMENT DE LA DÉPENDANCE À LA CIGARETTE
CHEZ LES JEUNES DU QUÉBEC

Étapes	Nombre de mois après la 1 ^{re} bouffée	
Première inhalation	1,5	
Dépendance psychologique		1,5
Cigarette entière	2,5	
Fortes envies de fumer		4,5
Dépendance physique		5,4
Symptômes de sevrage		11,0
Tabagisme hebdomadaire	19,4	
Tabagisme quotidien	23,1	

Source: Gervais, O'Loughlin et coll. (2006)

Une fois la dépendance installée – environ 8 personnes sur 10 qui commencent à fumer deviennent dépendantes – il sera difficile de s'en défaire. En effet, pour y arriver, il faudra généralement plusieurs tentatives et beaucoup de motivation tant chez les jeunes que chez les adultes (US Department, 1988; O'Loughlin, Gervais, Dugas et Meshefedjian, 2008). Comme on verra dans les prochains paragraphes, les fumeurs qui n'arrêteront pas de fumer s'exposent à des risques majeurs pour leur santé.

Les effets du tabagisme sur la santé

Les fumeurs de cigarettes inhalent plusieurs milliers de produits chimiques dont au moins 50 sont des cancérrogènes reconnus (Santé Canada, 2007 ; US Department 1989). La toxicité de la fumée de tabac inhalée par les fumeurs touche presque tous les organes du corps humain, causant de nombreuses maladies et affectant la santé des fumeurs (US Department, 2004). La consommation de tabac augmente le risque de maladies cardiovasculaires, de cancer et de maladies respiratoires (US Department, 2004). Par ailleurs, il n'est pas nécessaire de fumer un paquet de cigarettes par jour pour affecter sa santé. En effet, une enquête norvégienne a montré que les personnes fumant de 1 à 4 cigarettes par jour depuis en moyenne 18,7 ans augmentaient de façon significative leur risque de développer un cancer du poumon et/ou de décéder de problèmes cardio-vasculaires (Bjartveit et Tverdal, 2005).

En 2002, le professeur Pollay de l'Université de Colombie Britannique indiquait que les consommateurs ne connaissent généralement pas la composition des cigarettes (y compris les additifs et les saveurs que les compagnies y ajoutent), ni les produits toxiques qu'ils absorbent en fumant. Ils sous-estiment souvent le risque de cancer et savent peu que les maladies et les crises cardiaques comptent parmi les causes principales de décès dus au tabagisme (Pollay, 2002).

Cinquante pour cent de tous les fumeurs réguliers mourront des suites du tabagisme, la moitié à l'âge mûr (35-69 ans) et l'autre moitié à un âge avancé (>70 ans) (Doll, Peto, Wheatley, et autres, 1994; Peto, 1994). Selon les données disponibles, en 1998, au Canada, l'usage du tabac est responsable de 47 581 décès annuellement alors qu'au Québec ce sont 13 296 décès qui lui sont attribuables, ce qui représente le quart de tous les décès (Makomaski Illing et Kaiserman, 2004). Une mort prématurée attend ceux qui fument durant leur vie active (Peto, Lopez, Boreham et Thun, 2006). Ainsi, en moyenne, les fumeurs nord-américains meurent 14 années plus tôt que les non-fumeurs (CDC -Centers for Disease Control and Prevention, 2002).

Les effets sur la santé de l'exposition de la fumée de tabac secondaire

Les fumeurs nuisent non seulement à leur propre santé, mais également à celle de leur entourage. Le bilan des recherches scientifiques montre sans équivoque que la fumée de tabac secondaire (FTS) affecte la santé des fumeurs et des non-fumeurs. Composée de substances toxiques et cancérogènes, la FTS cause des dommages au système respiratoire, à la santé cardiovasculaire, au développement du fœtus et à la santé périnatale, de même qu'à la fonction reproductive. La FTS occasionne aussi d'autres problèmes de santé et d'inconfort plus ou moins sévères tels que l'irritation des yeux et de la gorge, la migraine, les difficultés respiratoires et l'asthme (Guérin, Guyon, Fournier et autres, 2006; CQCT - Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, 2004). En ne tenant compte que de l'exposition à domicile, l'exposition à la FTS aurait fait 359 victimes en 1998, la majorité des décès étant causés par des problèmes cardiaques (Makomaski Illing et Kaiserman, 2004).

Les coûts sociaux du tabagisme

Le tabagisme occasionne des coûts sociaux particulièrement élevés : en 2002, les coûts attribuables au tabagisme ont été évalués à 17 000 millions de dollars au Canada et à 3,960 millions au Québec (Rehm, Baliunas, Brochu, et autres, 2006). Cette évaluation inclut les coûts directs reliés aux soins de santé, aux programmes de prévention et aux incendies de même que les coûts indirects liés à la perte de productivité. Les revenus en taxes du gouvernements fédéral et des gouvernements provinciaux ne compensent jamais ces coûts. Les données de 2004-2005 montrent en effet que les taxes fédérales et provinciales perçues par le gouvernement fédéral rapportent 7 600 millions de dollars au Canada, alors qu'au Québec la taxe provinciale rapporte 913 millions de dollars (Rehm et autres, 2006).

LA STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME VISANT LA POPULATION GÉNÉRALE

Les approches d'interventions privilégiées

L'usage du tabac est un phénomène multidimensionnel résultant d'un ensemble de facteurs individuels, interpersonnels et environnementaux. Les principaux facteurs de risque et de protection qui influencent l'initiation et le maintien de l'usage du tabac comprennent (Lalonde et Heneman, 2004) :

- les facteurs démographiques et génétiques (âge, sexe, composition de la famille, revenu);
- l'environnement social (parents, amis, professeurs fumeurs, pratiques éducatives);
- les facteurs personnels d'ordre psychosocial (estime de soi, rendement scolaire, efficacité personnelle, avantages et inconvénients perçus du tabagisme);
- l'accès aux produits du tabac et les normes entourant l'usage (coût, publicité, interdiction de fumer à l'école, au travail et dans les endroits publics).

Compte tenu des nombreux déterminants du tabagisme et de leurs interrelations, des programmes nationaux de contrôle du tabagisme basés sur une approche globale et concertée comportant des stratégies et des niveaux multiples d'intervention se sont imposés (CDC, 2007; Jacobson, Lantz, Warner et autres 2001; Gilbert et Cornuz, 2003; Santé Canada, 1999).

Par ailleurs, devant la mondialisation de l'épidémie, le tabagisme étant propagé et amplifié par un ensemble de facteurs agissant au-delà des frontières tels que la libéralisation du commerce et les réseaux internationaux de contrebande, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté, en mai 2003, la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Après avoir été ratifié par 40 pays, ce premier traité international de santé publique est entré en vigueur en février 2005. Il instaure une approche transnationale de lutte contre le tabagisme qui s'ajoute aux programmes nationaux (WHO, 2008a).

La Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac comporte des dispositions fixant des normes internationales sur tous les aspects importants de la lutte antitabac (publicité, promotion et parrainage, prix et taxe, vente, tabagisme passif, environnement sans tabac, traitement de la dépendance tabagique, commerce illicite) (WHO, 2008a). Elle prévoit aussi une coopération et un soutien aux pays en développement, de même que le transfert de connaissances et de compétences entre Parties. Enfin, la Convention reconnaît la responsabilité de l'industrie dans l'épidémie du tabagisme et engage à surveiller ses tentatives pour contrer les mesures de santé publique (Ratte, 2008; OMS, 2003; WHO, 2008b). À l'instar des 159 autres pays qui ont ratifié la Convention jusqu'à ce jour, le Canada, appuyé par le Québec, s'engage à mettre en œuvre les mesures comprises dans le traité (WHO, 2008a; MSSS, 2006). Ces mesures se basent sur les meilleures pratiques en matière de contrôle du tabagisme (WHO, 2008a,b).

Les mesures efficaces recommandées

Au cours des dix dernières années, s'appuyant sur les connaissances scientifiques acquises en matière de lutte contre le tabagisme, de grandes organisations de santé publique nationales et internationales ont statué sur les éléments les plus efficaces à inclure dans de tels programmes (CDC, 1999,2007; Anderson, 2000; WHO 2008a,b; Gilbert et Cornuz, 2003). Selon le bureau européen de l'Organisation de la santé (Gilbert et Cornuz, 2003), les stratégies de contrôle du tabac les plus efficaces et les plus rentables seraient :

- l'augmentation régulière du prix ;
- l'interdiction complète de la publicité et de la promotion des produits du tabac ;
- les campagnes d'éducation et de contre-marketing ;
- l'interdiction de fumer dans les lieux de travail et les lieux publics ;
- l'inscription d'avertissements sur les dangers du tabac sur les paquets de cigarette ;
- l'augmentation de l'accès aux services de soutien et d'aide à la cessation tabagique.

Il existe un consensus général parmi les experts selon lequel la combinaison de ces stratégies conduit aux meilleurs résultats pour ralentir l'épidémie de tabagisme dans une population (Gilbert et Cornuz, 2003, WHO, 2008b).

- *L'augmentation régulière du prix de tous les produits du tabac*

L'augmentation régulière du prix des produits du tabac par l'imposition de taxes ajustées selon le taux d'inflation constitue la mesure la plus efficace pour réduire l'usage de la cigarette (Gilbert et Cornuz, 2003). Les études montrent qu'une augmentation du prix de 10 % produit, à court terme, une réduction du tabagisme de 2,5 % à 5 %. À long terme, cette réduction peut atteindre jusqu'à 10 % (Gilbert et Cornuz, 2003). Chez les jeunes, l'effet est encore plus important, le tabagisme pouvant baisser de 2 à 3 fois plus que le taux des adultes (Gilbert et Cornuz, 2003). Cette mesure doit cependant être accompagnée d'un programme efficace de contrôle de la contrebande (ADNF, 2007b; Coalition canadienne pour l'action sur le tabac, 2007).

- *L'interdiction complète de la publicité et de la promotion des produits du tabac*

L'interdiction de la publicité et de la promotion des produits du tabac impose des limites indispensables aux stratégies sophistiquées des compagnies de tabac qui incitent les différents groupes de la population à consommer leurs produits (National Cancer Institute, 2008). La réduction de la publicité est associée à une baisse de l'usage du tabac mais seulement si la réduction de la publicité est importante (Saffer et Chaloupka, 1999, 2000; Joossens, 1997). Les interdictions partielles ont en effet peu d'effets parce que les compagnies de tabac déplacent leurs efforts vers les formes de publicité autorisée (Saffer et Chaloupka, 1999).

- *L'interdiction de fumer dans les lieux de travail et les lieux publics*

En plus d'éliminer le risque d'exposition aux effets nocifs de la fumée de tabac et d'apporter un soutien aux fumeurs qui souhaitent arrêter de

fumer, l'interdiction de fumer dans les lieux de travail et les lieux publics intérieurs réduit la consommation de tabac et la prévalence du tabagisme (US Department, 2000; Hopkins et Fielding, 2001). Un milieu de travail sans tabac voit en effet la prévalence du tabagisme diminuer de près de 4 % (Fichtenberg et Glantz, 2002) et cette diminution peut aller jusqu'à 10 % (Yurekli et Zhang, 2000; Evans, Farrelly et Montgomery, 1999). Ces interdictions de fumer et les répercussions positives qu'elles produisent chez les adultes créent des conditions plus favorables au non-usage du tabac chez les jeunes (Tworek, Giovino, Yang et autres, 2003). De plus, l'interdiction de fumer sur les terrains des écoles, en vigueur au Québec depuis septembre 2006, constitue une mesure de prévention efficace chez les jeunes (Moore, Roberts et Tudor-Smith, 2001; Pinilla, Gonzalez et autres, 2002).

- *Les campagnes d'éducation et de contre-marketing des produits du tabac*

Pour être pleinement conscient des dangers du tabac et pour contrer l'image attrayante qu'en véhicule l'industrie du tabac, le public doit être informé des risques sanitaires associés à la consommation de tabac et à l'exposition à la fumée de tabac, aux avantages du sevrage tabagique et aux modes de vie sans tabac ainsi qu'aux pratiques de l'industrie du tabac (WHO, 2008a).

Le recours à des interventions d'éducation et d'information publiques est fréquent, mais il convient de se rappeler qu'à elles seules elles n'auront vraisemblablement pas d'effets importants (Anderson, 2000). Ces interventions doivent être appuyées par des politiques publiques et des modifications de l'environnement et, chez les groupes à risque, par le développement d'habiletés individuelles (Anderson, 2000).

En décembre 2000, le Canada a été le premier pays à obliger les fabricants à imprimer sur 50 % des surfaces des paquets de cigarettes des représentations graphiques sur les effets du tabagisme sur la santé (Aubin, R., 2003). La recherche et les résultats d'évaluation montrent que tant les fumeurs que les non-fumeurs de tout âge appuient cette mesure et que celle-ci est efficace (Santé Canada, 2004). Les consommateurs considèrent que les avertissements sont visibles, qu'ils constituent une source majeure

d'informations et une source de motivation pour arrêter et, enfin, qu'ils rendent le tabagisme moins attirant (Santé Canada, 2004).

Le contre-marketing constitue une composante essentielle d'une stratégie de lutte contre le tabagisme : il sert à contrecarrer la publicité et les activités de promotion de l'industrie du tabac (CDC, 2003). Un programme efficace de contre-marketing des produits du tabac combine plusieurs éléments : la publicité de dissuasion aussi appelée contre-publicité ou démar-marketing, les relations publiques, le plaidoyer (médiatique, communautaire et politique), le marketing populaire et l'éducation aux médias (CDC, 2003). L'expérience de plusieurs États américains a démontré que les activités de contre-marketing peuvent contribuer à prévenir l'usage du tabac, à augmenter la cessation tabagique et à réduire l'exposition des non-fumeurs à la fumée de tabac (CDC, 2003). Les messages de contre-marketing peuvent influencer substantiellement le soutien de l'opinion publique en faveur de mesure de contrôle du tabagisme et appuyer les efforts communautaires et scolaires de lutte contre le tabagisme (CDC, 2003). Les messages de contre-marketing fonctionnent mieux cependant quand ils sont reliés aux programmes communautaires (CDC, 2003).

• *L'augmentation de l'accès aux services de soutien et d'aide à la cessation tabagique*

Il est bénéfique d'arrêter de fumer à tout âge, mais si à 50 ans cesser de fumer réduit les risques de mortalité due au tabagisme de moitié, à 30 ans l'abandon du tabagisme élimine tous les risques (Doll, Peto, Boreman et Sutherland, 2004). L'arrêt tabagique devrait donc être encouragé en augmentant l'accessibilité des services et du soutien.

Les interventions de counseling pour traiter la dépendance au tabac, effectuées par des professionnels de la santé ou des services sociaux, sont efficaces, augmentant les taux annuels d'abandon de façon significative par rapport aux groupes témoins (Tremblay et Ben Amar, 2007). Plus l'intervention individuelle avec un fumeur est prolongée, plus elle est efficace (Tremblay et Ben Amar, 2007). Par ailleurs, parmi toutes les interventions de soins de santé connues, les interventions de courte durée pour traiter la

dépendance sont celles qui présentent le meilleur rapport coût-efficacité (Anderson, 2000).

Les taux d'abandon sont doublés lorsqu'on utilise des produits thérapeutiques (Tremblay et Ben Amar, 2007). Le counseling téléphonique pro-actif, c'est-à-dire lorsqu'un intervenant appelle un fumeur pour le soutenir dans sa démarche et pour renforcer sa motivation, est également efficace. Plus le nombre d'appels faits par l'intervenant de la ligne téléphonique est important, plus l'efficacité augmente (Tremblay et Ben Amar, 2007). Enfin, le counseling de groupe est deux fois plus efficace que l'absence d'intervention (Tremblay et Ben Amar, 2007).

LA STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME VISANT LES JEUNES

Le prix élevé des produits du tabac, les restrictions de la publicité et de l'usage du tabac, le contre-marketing et le soutien à l'abandon tabagique, toutes ces interventions de contrôle du tabagisme visant la population en général ont des répercussions positives sur les jeunes puisqu'elles diminuent le tabagisme dans la population en général et créent des conditions favorables au non-usage du tabac. Cependant, pour prévenir l'initiation au tabagisme, des mesures à l'intention des jeunes ont été développées : les programmes scolaires et la réglementation leur limitant l'accès aux produits du tabac.

• *Les programmes scolaires*

Des investissements considérables ont été engagés dans les programmes d'éducation en milieu scolaire (Lalonde et Heneman, 2004). Bien que les résultats des recherches sur l'efficacité de ces programmes soient partagés, la plupart des experts continuent à les recommander (Lalonde et Heneman, 2004). Selon les meilleures pratiques en matière de prévention du tabagisme chez les jeunes, un programme scolaire doit comporter les éléments suivants (Lalonde et Laguë, 2007) :

- des activités permettant la mise en place d'une politique scolaire sur l'usage du tabac;
- des activités préventives impliquant activement les élèves;
- des activités complémentaires de prévention du tabagisme impliquant les parents et d'autres groupes de la communauté;
- des activités impliquant l'école dans la promotion et le soutien à l'utilisation de services de cessation tabagique par les élèves et les membres du personnel qui fument;
- un devis et des mesures d'évaluation du programme.

Les activités destinées aux jeunes doivent, d'une part, leur enseigner comment acquérir des habiletés pratiques pour résister aux influences sociales incitant au tabagisme et, d'autre part, les engager à réaliser eux-mêmes des projets d'action sociale et de plaider en faveur de politiques antitabac, en leur fournissant la formation nécessaire (Lalonde et Laguë, 2007).

L'éducation en milieu scolaire au sujet du tabac doit être intégrée à l'approche des écoles promotrices de la santé (Anderson, 2000). Cette approche permet de travailler à créer un milieu social et matériel favorable à la santé et à la réussite éducative, tout en nouant des liens efficaces avec les familles et les collectivités (Anderson, 2000). L'école et ses partenaires doivent adopter une approche globale et intégrée à la promotion de la santé et l'école doit lui accorder une bonne priorité dans son projet éducatif (Anderson, 2000). Au Québec, une telle approche (qui se concrétise par l'approche « École en santé ») est mise de l'avant depuis 2003 par le ministère de la Santé et des Services Sociaux et par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (Comité national d'orientation École en santé, Arcand, Martin et autres, 2005). Un ensemble d'interventions en promotion de la santé touchant les facteurs-clés du développement des jeunes (estime de soi, compétences sociales, saines habitudes de vie, comportements sains et sécuritaires, environnements favorables, services préventifs) est ainsi recommandé pour l'ensemble des écoles primaires et secondaires du Québec (Comité national d'orientation École en santé, Arcand, Martin et autres, 2005).

• *La réglementation limitant l'accès aux produits du tabac pour les jeunes*

En constituant un obstacle à l'approvisionnement de cigarettes pour les mineurs, la réglementation limitant l'accès au tabac fait partie d'un ensemble d'actions visant à décourager le tabagisme chez les jeunes (Lalonde et Heneman, 2004). Au Québec, la Loi sur le tabac restreint sévèrement l'accès aux cigarettes pour protéger les jeunes : elle interdit la vente de cigarette à l'unité, en paquet de moins de 20 unités, en libre-service, par courrier, par livraison et à distance (L.R.Q., Chapitre T-0.01, art.14.1). Dans ce champ d'intervention, la recherche a porté essentiellement sur l'efficacité de l'interdiction de la vente directe aux mineurs. L'efficacité de cette mesure est faible, car elle dépend de deux conditions qu'il est difficile de remplir : en effet, il faut que la très grande majorité des détaillants respectent la Loi, ce qui exige la surveillance d'un nombre important de points de vente (Lalonde et Heneman, 2004). De plus, les jeunes ne doivent pas pouvoir se tourner vers d'autres sources d'approvisionnement (parents et amis), ce qui demande la mobilisation de la communauté (Lalonde et Heneman, 2004). Enfin, le nombre important de points de vente autour des écoles ne peut qu'augmenter la probabilité d'achat par les jeunes (Chuang, Cubbin, Ahn et Winkleby, 2005).

LA STRATÉGIE DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME DU QUÉBEC

En matière de lutte contre le tabagisme, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec poursuit trois objectifs principaux : (MSSS, 2001 MSSS 2006)

- Prévenir l'adoption du tabagisme chez les jeunes (prévention) ;
- Promouvoir et soutenir l'abandon du tabagisme (cessation) ;
- Protéger la population contre la fumée de tabac dans l'environnement (protection).

Pour atteindre ces objectifs, le Québec dispose, depuis la fin des années 1990, de plans d'action de lutte contre le tabagisme dont les orientations découlent des principes et des mesures mondialement reconnus pour combattre le tabagisme (MSSS, 2001; MSSS 2006). Ces plans d'action, dont le

plus récent couvre la période de 2006 à 2010, s'appuient sur une approche globale qui fait appel à quatre stratégies complémentaires :

- Politique et législation ;
- Information, sensibilisation, éducation et soutien ;
- Mobilisation et concertation des différents acteurs ;
- Connaissance et surveillance, recherche et évaluation.

Pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, la législation constitue un moyen de premier plan pour contrer le tabagisme, protéger les non-fumeurs et créer un environnement favorisant des changements sociaux majeurs en faveur de normes antitabac au Québec (MSSS, 2005). Ainsi, la Loi sur le tabac (L.R.Q., Chapitre T-0.01) constitue le cœur du programme québécois de lutte contre le tabagisme (MSSS, 2005).

La Loi sur le tabac a été adoptée en juin 1998, au terme d'une mobilisation efficace du réseau de santé publique, des organisations non gouvernementales de lutte contre le tabagisme et du public (Breton, Richard, Gagnon et autres, 2008; Rathjen, 1998). Cette loi comporte un large éventail de mesure visant l'usage, l'accessibilité et la promotion des produits du tabac. Elle comprend notamment (CQCT, 2008a) :

- l'interdiction de fumer dans les milieux de travail ;
- la quasi-interdiction de la publicité du tabac de type « style de vie » ;
- l'interdiction de la commandite de tabac ;
- de meilleurs contrôles pour empêcher la vente de tabac aux mineurs.

De 2003 à 2005, une campagne nationale coordonnée par la Coalition québécoise sur le contrôle du tabac a été menée en vue de renforcer la Loi sur le tabac au Québec (CQCT, 2005). En janvier 2005, le ministre de la Santé et des Services sociaux a lancé une consultation publique et plusieurs groupes ont présenté leur mémoire en commission parlementaire. Les efforts concertés des groupes et des individus qui œuvrent pour une meilleure protection de la population contre le tabagisme ont été récompensés par l'adoption en juin 2005 de nouvelles dispositions consolidant la Loi sur le tabac. Ces nouvelles dispositions comprennent (CQCT, 2008a) :

- l'interdiction de l'usage du tabac dans **tous** les lieux de travail y compris les restaurants et les bars ;
- l'interdiction de l'usage du tabac dans certains lieux extérieurs dont les terrains des écoles et des garderies ;
- l'interdiction des étalages et des présentoirs aux points de vente ;
- l'établissement de critères pour définir un point de vente de tabac et d'un registre de tous les points de vente.

Parallèlement à la mise en œuvre et à la révision de la Loi sur le tabac de 1998, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a élaboré et soutenu le Plan québécois d'abandon du tabagisme (PQAT). L'objectif est d'inciter les fumeurs à arrêter de fumer et de les appuyer dans leur démarche. Ce plan comprend deux grands volets (MSSS, 2006) :

- la promotion de l'abandon tabagique par des campagnes de communication, le concours annuel de cessation *Défi J'arrête j'y gagne* et la mobilisation des professionnels de la santé ;
- des services complémentaires de soutien à l'abandon tabagique : ligne téléphonique gratuite et site Internet *J'arrête*, service de consultation individuel ou de groupe disponible à travers un réseau de quelque cinquante centres d'abandon du tabagisme répartis dans toutes les régions du Québec et couverture des aides pharmacologiques pour l'abandon du tabagisme par le régime d'assurance médicaments.

En matière de cessation tabagique, le Plan de lutte contre le tabagisme 2006-2010 prévoit, pour les prochaines années, le maintien de la gratuité des services de soutien à la cessation tabagique et la mise en place de ressources adaptées aux jeunes de 11 à 17 ans.

Enfin, parmi les principales réalisations de lutte contre le tabagisme au Québec, au cours des dernières années, on compte plusieurs travaux complémentaires effectués en vue d'établir des lignes directrices pour la prévention du tabagisme chez les jeunes :

- Un avis scientifique examinant les composantes les plus efficaces ou prometteuses pour réduire le tabagisme chez les jeunes et formulant des recommandations dans les principales sphères d'intervention : législative, fiscale, éducative, médiatique et communautaire (Lalonde et Heneman, 2004) ;

- Une analyse du potentiel d'efficacité des programmes scolaires et communautaires de prévention du tabagisme implantés au Québec, par rapport aux meilleures pratiques de santé publique en matière de lutte contre le tabagisme (Lalonde et Laguë, 2008) et une analyse des programmes de prévention du tabagisme en fonction de leur cohérence et de leur contribution par rapport à l'approche École en santé (Choinière, Roberge, Arcand, Martin, 2006). Ces deux analyses conduisent à un ensemble de recommandations visant l'amélioration des programmes et des pratiques de prévention du tabagisme au Québec (Lalonde et Laguë, 2008).

Les recommandations provenant de l'avis de prévention du tabagisme chez les jeunes et celles résultant des deux démarches d'analyse des programmes constituent des outils d'aide à la décision pour les intervenants et les décideurs intéressés à accroître l'efficacité de leurs interventions. C'est notamment avec ces outils en main qu'un comité de travail mandaté par la Table de concertation nationale en promotion/prévention du Québec (TCNPP, 2005) s'est réuni à plusieurs reprises au cours des derniers mois pour élaborer un premier Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes (Manceau, 2007).

LES PHÉNOMÈNES EN ÉMERGENCE

Les données d'enquêtes de même que les observations des groupes antitabac et des groupes de santé constituent de précieuses sources d'information pour mettre en lumière des phénomènes en émergence. Les données de recherches peuvent aussi attirer l'attention sur des problèmes qui, mieux documentés et mieux compris, révèlent toute leur importance. Ainsi, les recherches récentes sur la dépendance et le sevrage chez les jeunes du Québec, qui ont déterminé le moment précis d'apparition des principales étapes de l'usage de la cigarette et des tentatives d'abandon chez ce groupe de la population, soulignent la nécessité, d'une part, de promouvoir la cessation très tôt dans le parcours des jeunes expérimentateurs de tabac et, d'autre part, de concevoir des interventions de cessation adaptées à cette clientèle (Gervais et autres, 2006; O'Loughlin et autres, 2008; O'Loughlin et Kishchuk, 2007).

L'Enquête québécoise sur le tabac, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire de 2006 (Dubé et Camirand, 2007) montre, par ailleurs, que l'usage de la cigarette seul ou en combinaison avec un deuxième compor-

tement à risque (alcool, drogue ou jeux d'hasard et d'argent) constitue un phénomène marginal chez les élèves du secondaire. Les résultats confirment plutôt ce que nous connaissons des jeunes de ce groupe d'âge : une bonne proportion d'entre eux multiplie les comportements à risque (Dubé et Camirand, 2007). Ainsi, parmi les 15 % de fumeurs au secondaire, 12 % combinent l'usage de la cigarette avec la consommation d'alcool et de drogue ou avec la consommation d'alcool, de drogue et le jeu. Il apparaît donc pertinent d'envisager la question de l'arrêt tabagique dans une perspective plus large de dépendance à plusieurs produits (Dubé et Camirand, 2007).

Enfin, tel qu'il a été indiqué précédemment, une augmentation rapide de la proportion des consommateurs de cigares et de cigarillos chez les adolescents a été identifiée par les enquêtes réalisées au cours des dernières années (Dubé et Camirand, 2007). Ainsi, alors que l'usage de la cigarette continue de diminuer chez les jeunes, le taux d'usage des produits du tabac dans son ensemble augmente (Dubé et Camirand, 2007). Pour expliquer cette situation, il faut se tourner vers le marketing des compagnies de tabac (CQCT, 2006, 2007; Loiselle, 1999). En effet, profitant d'une réglementation moins sévère pour les cigarillos, ces dernières ont mis en marché des cigarillos très attrayants et très accessibles à l'intention des jeunes. Ces cigarillos, qui ont toutes les caractéristiques d'une cigarette, sauf leur couleur foncée, ont en effet été vendus à l'unité ou par petits paquets. De plus, des arômes et des saveurs ont été ajoutés au tabac et l'emballage aux couleurs vives rappelle des crayons feutres ou des bâtonnets de baume pour les lèvres (Médecins pour un Canada sans fumée, 2008).

Selon la Coalition québécoise pour le contrôle du tabac qui surveille les pratiques de l'industrie et l'application de la Loi sur le tabac, depuis l'interdiction de la publicité du tabac de type « style de vie », le marketing de l'industrie s'est tourné vers les produits eux-mêmes. Plusieurs innovations ont ainsi été commercialisées : nouveaux produits tels que les cigarillos ou le *snus*³, nouvelles saveurs, nouveaux emballages, nouvelles techniques « révolutionnaires » (biofiltres, LSS « *Less Smoke Smell* ») etc. (CQCT, 2008b).

3. Le *snus* est un tabac sans fumée, fabriqué et principalement consommé en Suède et en Norvège. Ressemblant à de minuscules poches de thé, le *snus* est un tabac en poudre humide et parfumé que les utilisateurs s'insèrent entre la lèvre et la gencive, sans le mastiquer et sans le cracher, au contraire du tabac à chiquer.

Pour contrer cette nouvelle offensive de l'industrie du tabac, la Coalition estime qu'il est maintenant nécessaire de se concentrer sur le produit et réclame les mesures suivantes :

- l'emballage neutre (couleur et information standard);
- l'emballage standardisé (minimum d'unités, format standard);
- l'interdiction de saveurs et d'arômes;
- un moratoire sur les nouveaux produits.

Parallèlement aux nouvelles stratégies de marketing de l'industrie, on observe une résurgence du marché du tabac de contrebande qui donne accès à des cigarettes à bas prix (Coalition canadienne pour l'action sur le tabac, 2007; ADNf, 2007b). Or, le prix jouant un rôle crucial dans la consommation de tabac, la contrebande risque de compromettre le travail accompli par les intervenants de la santé au cours des dix dernières années (Coalition canadienne pour l'action sur le tabac, 2007). La contrebande actuelle provient essentiellement des manufactures illégales situées dans des réserves autochtones qui chevauchent le Canada et les États-Unis. Pour résoudre le problème, les compagnies de tabac prônent de baisser les taxes, ce qui pourrait faire augmenter leurs ventes (ADNF, 2007b). Or, le problème peut se résoudre sans toucher aux taxes, à l'aide de meilleurs contrôles et en faisant respecter les lois existantes (ADNF, 2007b).

Enfin, au cours des dix dernières années, la Loi sur le tabac et son renforcement ont permis de limiter considérablement l'usage du tabac dans les lieux publics. Tel qu'il a été indiqué précédemment, ces mesures de protection des non-fumeurs présentent de nombreux effets positifs : amélioration de la qualité de l'air intérieur, réduction de la consommation et de la prévalence du tabagisme, environnement favorisant l'abandon tabagique (U.S. Department, 2000; Hopkins et Fielding, 2001). Cependant, elles peuvent comporter des effets non souhaités tels que l'isolement et la stigmatisation des fumeurs (Kim, 2003). Ces questions éthiques devraient être davantage débattues alors que des chercheurs proposent d'étendre l'interdiction de fumer à des lieux extérieurs tels que les parcs, les terrains de golf, les plages etc. (Chapman, 2008; Repace, 2008) et que le statut de fumeur peut restreindre l'accès au logement (Hamelin, 2007).

Considérant que le tabagisme se concentre davantage chez les populations défavorisées et vulnérables, les politiques antitabac devraient être élaborées en accordant une attention particulière aux moyens de contrer les effets négatifs possibles que de telles politiques peuvent entraîner sur ces populations (Bayer et Stuber, 2006).

CONCLUSION

Le tabagisme est une toxicomanie associée à une morbidité et à une mortalité importante. Son usage est légal et largement répandu dans la population. Chaque année, l'industrie du tabac déploie un ensemble de stratégies pour recruter de nouveaux fumeurs et éviter que les fumeurs arrêtent. Elle dépense en autres des millions de dollars au Québec et partout dans le monde pour commercialiser ses produits de manière efficace, en faisant appel à un maximum de moyens. Pour contrer ces pratiques et réduire le tabagisme, le Québec a mis en place une batterie de mesures législatives, fiscales, éducatives, médiatiques et communautaires. Ainsi, depuis plus d'une décennie, le nombre de fumeurs a considérablement diminué et les normes sociales entourant le tabagisme ont évolué.

Bien que nous ayons réalisé d'importantes avancées au chapitre de la réduction du tabagisme, l'usage du tabac demeure néanmoins très présent dans les classes les plus défavorisées et chez les premières nations. Une recrudescence du tabagisme est par ailleurs observée chez les jeunes en raison de la mise en marché de cigarillos aromatisés. Les activités de contrebande et les marques de cigarettes à rabais de plus en plus répandues menacent aussi les progrès réalisés. Les efforts de lutte contre le tabagisme devront donc se poursuivre.

Pour endiguer l'épidémie de tabagisme, tant les chercheurs, les groupes de santé, les groupes de pression, les gouvernements et la société civile doivent agir de façon résolue et concertée. En entérinant la Convention cadre de lutte contre le tabagisme de l'Organisation mondiale de la Santé, le Québec s'est engagé à mettre en place les mesures recommandées, notamment éliminer toute forme de marketing des produits du tabac et combattre toute stratégie donnant accès à des produits à bon marché. De plus, pour

améliorer l'efficacité des actions, il sera nécessaire dans l'avenir de mieux comprendre et de faire connaître les pratiques et le rôle de l'industrie du tabac pour mieux la neutraliser.

RÉFÉRENCES

- Anderson, P. (2000). Tabac, alcool et drogues illicites. Dans UIPES (Union internationale de Promotion de la Santé et d'Éducation pour la Santé). *L'efficacité de la promotion de la santé: Agir sur la santé publique dans une nouvelle Europe*. Partie 2: Données probantes. UIPES, 2^e Édition. Bruxelles; Luxembourg: ECSC-EC-EAEC. 190 p.
- Aubin, R. (2003). Des fumeurs bien informés. Présentation des 16 mises en garde apposées sur les paquets de cigarettes canadiens. *Info-tabac, 47 Supplément*: p.1-16.
- ADNF - Association pour les droits des non-fumeurs (2007a). *Backgrounder on the Canadian Tobacco Industry and Its Market* (2006/2007 edition). ADNF. 36 p. (pages consultées le 16 avril 2008, [En ligne], adresse URL: http://www.nsr-aadnf.ca/cms/file/pdf/Backgrounder_2006_07_final.pdf)
- ADNF - Association pour les droits des non-fumeurs. (2007b). *La contrebande du tabac: il est temps d'agir*. Association pour les droits des non-fumeurs 12 p. (pages consultées le 16 avril 2008., [En ligne], adresse URL: http://www.cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2007/UNE%20GRAVE%20MENACE%20POUR%20LA%20TAXATION.pdf)
- Banque mondiale (Banque internationale pour la reconstruction et le développement). (2000). *Maîtriser l'épidémie: L'État et les aspects économiques de la lutte contre le tabagisme*. Banque mondiale. Washington, D.C.
- Barbeau, E.M., Krieger, N. et M.-J. Soobader (2004). Working class matters: socioeconomic disadvantage, race/ethnicity, gender, and smoking in NHIS 2000. *Am J Public Health, 94*(2): 269-278. Erratum in: *Am J Public Health, 2004; 94*(8):1295
- Bayer, R. et J. Stuber (2006). Tobacco control, stigma, and public health: rethinking the relations. *American Journal of Public Health, 96* (1): p. 47-50
- Bjartveit, K. et A. Tverdal (2005). Healthy consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tobacco Control, 14*: 315-320.
- Borland, R. (2003). A strategy for controlling the marketing of tobacco products: a regulated market model. *Tobacco Control, 12* (4): 374-382. <http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/content/full/12/4/374?ijkey=aZqZlSxmmzeio&keytype=ref&siteid=bmjournals>
- Breton, E., Richard, L., Gagnon, F., Jacques, M. et P. Bergeron, P. (2008). Health promotion research and practice require sound policy analysis models: The case of Québec's Tobacco Act. *Social Science and Medicine, 67*(11): 1679-1689

- Callard, C., Thompson, D. et N. Collishaw (2005). *Curing the addiction to profits: a supply-side approach to phasing out tobacco*. Ottawa. Canadian Center for Policy Alternatives, 170 p.
- Carter, S.M. (2002). Mongoven, Biscoe et Duchin: destroying tobacco control activism from the inside. *Tobacco Control*, 11 : 112-118.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). (1999). *Best practices for comprehensive tobacco control programs*. Atlanta, Georgia. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/index.htm
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). (2002). Annual Smoking-Attributable Mortality, Years of Potential Life Lost, and Economic Costs—United States, 1995–1999. *Morbidity and Mortality Weekly Report* [serial online]. 51(14): 300–303. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5114a2.htm>
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). (2003). Designing and implementing an effective tobacco counter-marketing campaign. Atlanta, Georgia: U.S. Department of Health and Human Services; Centers for Disease Control and Prevention; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; Office on smoking and Health. First Edition. http://www.cdc.gov/tobacco/media_communications/countermarketing/campaign/00_pdf/Tobacco_CM_Manual.pdf
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). (2007). *Best practices for comprehensive tobacco control programs- 2007*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. http://www.cdc.gov/tobacco/tobacco_control_programs/stateandcommunity/best_practices/
- Chapman, S. (2008). Going too far? Exploring the limits of smoking regulations. *William Mitchell Law Review*, 34 (4): 1605-1620. <http://www.abc.net.au/unleashed/stories/s2112277.htm>
- Choinière, C., Roberge, M.-C., Arcand, L. et C. Martin (2006). *Analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention en milieu scolaire au regard de leur cohérence et leur contribution à l'approche École en santé / Volet Habitudes de vie*. Institut national de santé publique du Québec. Document préliminaire, 130 p.

- Chuang, Y.-C., Cubbin, C., Ahn, D. et M.A.Winkleby (2005). Effects of neighbourhood socioeconomic status and convenience store concentration on individual level smoking. *Journal of epidemiology and Community Health*, 59: 568-573.
- Coalition canadienne pour l'action sur le tabac. (2007). *Des groupes de santé lancent une campagne pour obtenir de l'action sur la contrebande de tabac*. Coalition canadienne pour l'action sur le tabac. Ottawa, Ontario, 2 p. (pages consultées le 28 octobre 2008, [En ligne], adresse URL http://www.cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2007/CATCS%20communiqu%20de%20presse%20070424.pdf)
- Comité national d'orientation École en santé, Arcand, L, Martin, C. et autres (2005). *École en Santé – Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*. Québec. Gouvernement du Québec, 64 p. <http://www.mels.gouv.qc.ca/DGFJ/csc/promotion/ecoleensante.html>
- CQCT - Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. (2004). *Aperçu des effets néfastes sur la santé: La fumée de tabac secondaire (FTS)*. Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. Montréal, Québec. (pages consultées le 20 octobre 2008, [En ligne], adresse URL : http://www.cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2005/DOCU_04_10_31_sante_final.pdf)
- CQCT - Coalition québécoise pour le contrôle du tabac (2005). *Bulletin spécial de liaison: Renforcement de la Loi sur le tabac*. Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. Montréal, Québec. (pages consultées le 20 octobre 2008, [En ligne], adresse URL : http://www.cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2005/BULL_05_08_15_VICTOIRE.pdf)
- CQCT - Coalition québécoise pour le contrôle du tabac (2006). *Augmentation de l'usage des cigarillos chez les jeunes: La Coalition québécoise pour le contrôle du tabac demande à Québec d'intervenir*. Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. Montréal, Québec. (pages consultées le 20 octobre 2008, [En ligne], adresse URL : http://www.cqct.qc.ca/Communiqués_docs/2006/PRSS_06_10_18_cigarillos.htm)
- CQCT - Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. (2007). *La consommation de cigarillos a dépassé celle de cigarettes chez les jeunes: Le Gouvernement doit combattre la mise en marché de nouveaux produits attrayants pour les jeunes*. Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. Montréal, Québec. (pages consultées le 20 octobre 2008, [En ligne], adresse URL : http://www.cqct.qc.ca/Communiqués_docs/2007/PRSS_07_11_21_EnqueteSecondaireCigarillos.htm)

- CQCT (Coalition québécoise pour le contrôle du tabac). (2008a). *Qui sommes-nous?* Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. Montréal, Québec. (pages consultées le 22 octobre 2008, [En ligne], adresse URL: <http://www.cqct.qc.ca/qui/qui.asp>)
- CQCT - Coalition québécoise pour le contrôle du tabac. (2008b). Lettre au ministre de la santé Yves Bolduc. 7 octobre 2008. Coalition québécoise pour le contrôle du tabac, Montréal, Québec. 2 p.
- Croteau, P. (2008). Après la Nouvelle-Écosse, l'Ontario projette d'interdire de fumer dans une automobile s'il y a une personne mineure à bord. *Info-Tabac*, 73: 10-11. <http://www.info-tabac.ca/pdf/bull73.pdf>
- Cunningham, R. (1997). *La guerre du tabac. L'expérience canadienne*. Ottawa: Centre de recherches pour le développement international. 404 p.
- Doll, R., Peto, R., Boreham, J. et I. Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 328 (7455): p. 1519-1528.
- Doll, R., Peto, R., Wheatley, K., Gray, R. et I. Sutherland (1994). Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*, 309: p. 901-911.
- Dubé, G., Berthelot, M. et D. Provençal (2007). *Aperçu des habitudes tabagiques et de l'exposition à la fumée de tabac dans l'environnement des enfants, des jeunes et des adultes québécois*. Zoom santé. Gouvernement du Québec. Institut de la statistique du Québec. (page consultée le 16 avril 2008) [En ligne], adresse URL: http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2007/zoom_sante_janv07.pdf
- Dubé, G. et J. Camirand (2007). Usage du tabac. Dans: Dubé, G. et autres (2007) *Enquête québécoise sur le tabac, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire*, 2006. Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 3, p.39-82. http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2007/Tabac_Alcool2006.pdf
- Evans, W.N., Farrelly, M.C. et E. Montgomery (1999). Do workplace smoking bans reduce smoking? *American Economic Review*, 89: p. 728-747.
- Fichtenberg, C.M. et S. A. Glantz (2002). Effect of smoke-free workplaces on smoking behavior: systematic review. *British Medical Journal*, 325: p. 188-194.

- Guérin, D., Guyon, L., Fournier, M., Gillet, M., Payette, Y. et J. Laguë (2006). *La fumée de tabac secondaire. Effets sur la santé et politiques de contrôle de l'usage du tabac dans les lieux publics*. Institut national de santé publique du Québec. Montréal, Québec. 236 p.
<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/487-FumeeTabacSecondaire.pdf>
- Gervais, A., O'Loughlin, J., Meshefedjian, G., Bancej, C., et M. Tremblay (2006). Milestone in the natural course of onset of cigarette use among adolescents. *Canadian Medical Association Journal*, 175 (3): p. 255-261.
- Gilbert, A. et J. Cornuz (2003). *Which are the most effective and cost-effective interventions for tobacco control?*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/document/e82993.pdf>)
- Hamelin, J. (2007). Appartements fumeurs ou non-fumeurs: le choix appartient aux propriétaires. *Info-tabac*, 70: p. 12-13.
- Hopkins, D. P. et J.E. Fielding (2001). Task Force on Community Preventive Services. The guide to community preventive services: Tobacco use prevention and control. Reviews, recommandations, and expert commentary. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(2): p.1-87.
- Jacques, M., Hubert, F. et J. Laguë (2004). Intégration de la dénormalisation dans la lutte antitabac au Québec. Institut national de santé publique du Québec. Montréal, Québec. 84 p.
<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/315-AvisDenormalisationLutteAntiTabac.pdf>
- Jacobson P.D., Lantz P.M., Warner K.E., Wasserman J., Pollack H.A. et A.K. Ahlstrom (2001). *Combating teen smoking: research and policy strategies*. Chapitre: Conclusion et recommandations, p. 227-259. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2001.
- Joossens, L. (1997). *The effectiveness of banning advertising for tobacco products*. <http://www.globalink.org/gteu-docs/9710joos.htm>
- Kairouz, S., Payette, Y., Nguyen, C.T. et L. Guyon (2008a). *Monitoring du Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2007*. Tableau 7. Prévalence des fumeurs actuels selon les provinces, population de 15 ans et plus, Québec, 1999-2006. Institut national de santé publique du Québec, Montréal. 115 p.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/752_MonitorageTabac.pdf
- Kairouz, S., Payette, Y., Nguyen, C.T. et L. Guyon, L. (2008b). *Monitoring du Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2007*. Graphique 27. Proportion de la population qui rapporte être exposée à la FTE dans les foyers selon les groupes

- d'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1999 à 2006. Institut national de santé publique du Québec, Montréal. 115 p.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/752_MonitorageTabac.pdf
- Kairouz, S., Payette, Y., Nguyen, C.T. et L. Guyon (2008c). *Monitorage du Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2007*. Graphique 44. Prévalence des fumeurs actuels (quotidiens et occasionnels), selon le revenu, population de 15 ans et plus, Québec, 2001 à 2005. Institut national de santé publique du Québec, Montréal. 115 p.
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/752_MonitorageTabac.pdf
- Kim, S.-H.(2003). Stigmatizing smokers: Public sentiment toward cigarette smoking and its relationship to smoking behaviors. *Journal of Health Communication*, 8: p. 343-367.
- Lalonde, M. et B. Heneman (2004). *La prévention du tabagisme chez les jeunes*. Institut national de santé publique du Québec, Montréal, Québec, 187 p.
<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/324-AvisPreventionTabagismeJeunes.pdf>
- Lalonde, M. et J. Laguë (2008). *Analyse du potentiel d'efficacité des programmes de prévention du tabagisme chez les jeunes implantés au Québec*. Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Institut national de santé publique du Québec, Montréal, Québec. 187 p.
<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/324-AvisPreventionTabagismeJeunes.pdf>
- Landman, A., Ling, P.M. et S. A. Glantz (2002). Tobacco Industry Youth Smoking Prevention Programs: Protecting the Industry and Hurting Tobacco Control. *American Journal of Public Health*, 92 (6) : p. 917-930.
- Leaune, V., de Grosbois, S. et L. Guyon, L. (2006). *Programmes québécois de remboursement des aides pharmacologiques à l'arrêt tabagique. Phase I: Recension des écrits scientifiques sur l'efficacité et l'efficience des aides pharmacologiques et survol du fonctionnement du programme depuis sa mise en place*. Institut national de santé publique du Québec, Montréal, Québec.
<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/468-ProgrammeRembAidesPharmacArretTabac-PhaseI.pdf>
- Loiselle, J. (1999). *Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 1998*. Québec. Institut de la Statistique du Québec.
http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/tabac01_pdf.htm
- Mackay, J., Eriksen, M. et O. Shafey O. (2006). *L'atlas du tabac*. American Cancer Society. Atlanta, Georgia. 2e édition (complètement révisée et mise à jour). Myriad Éd. Limited. Royaume-Uni. 128 p.

- Makomaski Illing, E.M. et M.J. Kaiserman, M.J. (2004). Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1998. *Revue Canadienne de Santé publique* 95 (1): p. 38-44.
- Manceau, L.M. (2007). Compte rendu de la rencontre annuelle des intervenants tabac, 14-15 mai 2007. Ministère de la santé et des Services sociaux du Québec. Service de lutte contre le tabagisme. 51 p.
- Médecins pour un Canada sans fumée (2008). *Québec ne fait pas assez pour contrer la hausse en popularité des produits de tabac aromatisés*. Médecins pour un Canada sans fumée. Montréal, Québec. 6 p.
- Moore L., Roberts C. et C. Tudor-Smith (2001). School smoking policies and smoking prevalence among adolescents: multilevel analysis of cross-sectional data from Wales. *Tob Control*, 10(2):117-123. <http://tobaccocontrol.bmj.com/cgi/reprint/10/2/117.pdf>
- MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Le Programme national de santé publique 2003-2012*. Gouvernement du Québec. Direction générale de la santé publique. Québec. 126 p.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2002/02-216-01.pdf>
- MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux, SLT -Service de lutte contre le tabagisme. (2001). *Plan québécois de lutte contre le tabagisme 2001-2005 (PQLT)*. Gouvernement du Québec. Direction générale de la santé publique. 29 p.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-006-05.pdf>
- MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux, SLT - Service de lutte contre le tabagisme. (2005). *Rapport de mise en œuvre de la Loi sur le tabac*. Gouvernement du Québec. Direction générale de la santé publique, Direction des communications. 190 p. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-006-06-MiseOeuv.pdf>
- MSSS - Ministère de la Santé et des Services sociaux, SLT - Service de lutte contre le tabagisme. (2006). *Plan de québécois de lutte contre le tabagisme 2006-2010 (PQLT)*. Gouvernement du Québec, Direction générale de la santé publique. 53 p.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-006-17.pdf>
- National Cancer Institute. (2008). *The Role of the Media in Promoting and Reducing Tobacco Use*. Tobacco Control Monograph No. 19. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute of Health, National Cancer Institute. NIH Pub. No 07-6242. http://www.cancercontrol.cancer.gov/tcrb/monographs/19/m19_complete.pdf

- O'Loughlin, J., Gervais, A., Dugas, E. et G. Meshefedjian, G. (2008). Milestones in the process of cessation among novice adolescent smokers. *American Journal of Public Health*, 98 (9): p. 1-9.
- O'Loughlin J. et N. Kishchuk (2007). Repenser et recadrer la recherche sur le tabagisme chez les jeunes: réflexions fondées sur une enquête longitudinale auprès d'adolescents québécois. *Drogues, santé et société*, 6 (1): p. 49-72.
- OMS - Organisation mondiale de la Santé (2003). Rapport sur la santé dans le monde 2003. *Façonner l'avenir*. Genève, Suisse.
- Peto, R. (1994). Smoking and death: the past 40 years and the next 40. *British Medical Journal*, 309: p. 937-939.
- Peto, R., Lopez, A.D., Boreham, J. et M. Thun (2006). *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000*. (Deuxième édition, révisée en juin 2006. www.deathsfromsmoking.net). Main tables and population risks: smoking-attributed & total deaths. (page consultée le 25 septembre 2008) [En ligne], adresse URL : http://www.ctsu.ox.ac.uk/~tobacco/SMK_P5_6.pdf
- Pinilla J, Gonzalez B, Barber P. et Y. Santana (2002). Smoking in young adolescents: an approach with multilevel discrete choice models. *J Epidemiol Community Health*, 56(3): p. 227-232.
- Pollay R. (2002). *How Cigarette Advertising Works: Rich Imagery and Poor Information*. Toronto, ON, Ontario Tobacco Research Unit, Special Report Series.
- Rathjen, H. (1998). Projet de loi 444: la réussite est à portée de main, mais un dernier effort est nécessaire. *Info-tabac*, 19:1. <http://www.info-tabac.ca/pdf/bull19.pdf>
- Ratte, S. (2008). *Contrôle du tabac dans la politique de lutte contre le cancer. Convention cadre de lutte antitabac (CCLAT –OMS)*. Institut national du cancer. Département de prévention. (page consultée le 25 septembre 2008) [En ligne], adresse URL : <http://www.prn-addictions.org/pro/medias/1>
- Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., Popova, S., Sarnocinska-Hart, A. et B. Taylor (2006). *Les coûts de l'abus de substance au Canada 2002 : points saillants*. Centre canadien de lutte contre le tabagisme et les toxicomanies. http://www.ccsa.ca/CCSA/FR/Research/Costs_of_Substance_Abuse_in_Canada/TheCostsofSubstanceAbuseinCanada.htm
- Repace, J.L. (2008). Benefits of smoke-free regulations in outdoor settings: beaches, golf courses, parks, patios, and in motor vehicles. *William Mitchell Law Review*, 34(4): p. 1621-1638.

- Saffer, H. et F. Chaloupka (1999). *Tobacco advertising: economic theory and international evidence*. National Bureau of Economic Research Working Paper 6958. <http://www.uic.edu/~fjc/Presentations/Papers/w6958.pdf>
- Saffer, H. et F. Chaloupka (2000). The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. *J Health Econ*, 19(6): p. 1117-1137.
- Saloojee, Y. et E. Dagli (2000). Tobacco industry tactics for resisting public policy on health. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (7): p. 902-910.
- Santé Canada (1999). *Nouvelles orientations pour le contrôle du tabac au Canada: Une stratégie nationale*. Gouvernement du Canada. (page consultée le 24 septembre 2008) [En ligne], adresse URL: <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/ns-sn/index-fra.php>
- Santé Canada (2004). *A proposal for New Health-related Information on Tobacco Product Labels. Building on Success / A Consultation Paper*, août 2004. http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/advert-publicite/index_e.html
- Santé Canada. (2006). *Aller vers l'Avant – Rapport d'étape 2005 sur la lutte contre le tabagisme*. Préparé par le Comité de liaison sur la lutte contre le tabagisme du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population et la sécurité de la santé en collaboration avec les organismes non gouvernementaux de lutte antitabac. (page consultée le 24 septembre 2008) [En ligne], adresse URL: <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/tobac-tabac/prtc-relct-2006/part1-fra.php#1>
- Santé Canada. (2007). *Effets de la cigarette sur la santé/ Une habitude toxique*. (page consultée le 24 septembre 2008) [En ligne], adresse URL: <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/body-corps/habit-fra.php>
- Siahpush, M., Borland, R., Taylor, J., Singh, G.K., Ansari, Z. et A. Serraglio (2006). The association of smoking with perception of income inequality, relative material well-being, and social capital. *Social Science & Medicine*, 63: p. 2801-2812.
- Statistiques Canada. (2006a). Le Quotidien, mardi 13 juin 2006. (page consultée le 16 avril 2008) [En ligne], adresse URL: <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/060613/q060613a.htm>
- Statistique Canada. (2006b). *Votre collectivité, votre santé : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)*. Usage du tabac et soins pour le diabète: résultats tirés du cycle 3.1 de l'ESCC (2005). Ministre de l'Industrie, Ottawa. <http://www.statcan.ca/francais/research/82-621-XIF/82-621-XIF2006002.pdf>

- Statistique Canada (2008a). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* (ESUTC), 2007. Tableau 2 / Catégories de tabagisme et nombre moyen de cigarettes fumées par jour, par province, selon le groupe d'âge et le sexe chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus, Canada, Annuel 2007. (page consultée le 20 octobre 2008) [En ligne], adresse URL : http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2007/ann-table2-fra.php
- Statistique Canada (2008b). *Enquête sur le tabagisme chez les jeunes, 2006-07*. Tableau 6. Jeunes ayant déjà essayé de fumer la cigarette, selon la province et les regroupements de niveaux de scolarité, Canada, 2006-07. (page consultée le 20 octobre 2008) [En ligne], adresse URL : http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/_survey-sondage_2006-2007/table-06-fra.php
- Statistique Canada (2008c). *Enquête sur le tabagisme chez les jeunes, 2006-2007*. Tableau 4a. Catégories de tabagisme, par province (5e - 9e année), Canada, 2006-2007. (page consultée le 20 octobre 2008) [En ligne], adresse URL : http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/_survey-sondage_2006-2007/table-04-fra.php
- Statistique Canada (2008d). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada* (ESUTC) 2007. Tableaux supplémentaires. Tableau 9. Exposition des enfants à la fumée secondaire du tabac à la maison, par province et selon le groupe d'âge, Canada, 2007. (page consultée le 22 septembre 2008) [En ligne], adresse URL : http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2007/ann-table9-fra.php
- TCNPP - Table de concertation nationale en promotion/prévention du Québec. (2005). Nomination de représentants provenant des Agences de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux pour la mise sur pied d'un comité de consultation pour la réalisation du Plan québécois de prévention du tabagisme. TCNPP / Fiche-synthèse du 27 mai 2005. Montréal.
- Tremblay, M. et M. Ben Amar, M. (2007). Les interventions efficaces pour aider les fumeurs à renoncer au tabac. *Drogues, santé et société*, 6 (1) : p. 241-281.
- Tworek C., Giovino G., Yang J., Wakefield M., Cummings K.M. et F. Chaloupka (2003). *Exploring the relationship between cigarette smoking among adolescents and adults in the United States*. Chicago, IL, University of Illinois. Impact teen working papers series no 26. http://www.impactteen.org/generalarea_PDFs/youthadult_tworek042303.pdf

- U.S. Department of Health and Human Services. (1988). *The health consequences of smoking: nicotine addiction. A report of the Surgeon General*. Rochville (MD). U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Health Promotion and Education, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 88-8406 http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/Z/D/_/nnbbzd.pdf
- U.S. Department of Health and Human Services. (1989). *Reducing the health consequences of smoking: 24 years of progress*. A report of the Surgeon General. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. DHHS Publication No. (CDC) 88-8411. http://profiles.nlm.nih.gov/NN/B/B/X/S/_/nnbbxs.pdf
- U.S. Department. of Health and Human Services. (2000). *Reducing tobacco use: a report of the Surgeon General*. Washington, D.C.: U.S. Dept. of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_2000/index.htm
- U.S. Department of Health and Human Services. (2004). *The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General*. U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health. http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/index.htm
- Yurekli, A. Zhang, P. (2000). The impact of clean indoor-air laws and cigarette smuggling on demand for cigarette: an empirical model. *Health Economics*, 9: p. 159-170.
- WHO - World Health Organisation (2008a). WHO Framework Convention on Tobacco Control & Full list of signatories and Parties to the WHO Framework Convention on Tobacco Control. <http://www.who.int/fctc/en/index.html>
http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_french.pdf
- WHO - World Health Organisation (2008b). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008 : the MPOWER package. Geneva, World Health Organisation. http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf

CHAPITRE 2

Y aura-t-il un lendemain de veille à la modération ?

Andrée Demers, Catherine Paradis, Elyse Picard

Associée au plaisir, à la détente et aux célébrations, la consommation d'alcool apparaît comme un comportement normal et attendu dans maintes circonstances. Au Québec, les consommateurs d'alcool jugent acceptable et apprécient prendre un verre dans des circonstances qui renvoient à la convivialité, aux événements heureux et aux repas (Éduc'alcool, 2007). Si la modération peut être source de bienfaits, la consommation abusive épisodique et la dépendance constituent par ailleurs des facteurs de risque à la santé et au bien-être des individus et des populations. L'abus épisodique est associé aux accidents, aux relations sexuelles non protégées, à la violence domestique, aux actes suicidaires, aux désordres physiques et psychiatriques aigus ainsi qu'aux querelles qui peuvent fragiliser ou rompre les liens sociaux, ce qui entraîne parallèlement une kyrielle de conséquences dans la vie familiale, sociale et professionnelle (Bobak et autres, 2004; Grant, 1998; Heath, 2000; Rehm et autres, 1996). Lorsqu'il s'agit de dépendance à l'alcool, ces risques sont multipliés. Aussi, consommer de l'alcool sur une période de temps prolongée, même si ce ne sont que deux verres par jour (25 grammes d'alcool), risque d'endommager l'ensemble du corps humain et de causer l'apparition de maladies graves telles que les maladies cardia-

ques, certains types de cancers, la psychose et la cirrhose alcooliques (Center for Addiction and Mental Health, 2005 ; Corrao, Bagnardi, Zambon et La Vecchia, 2004). En 2002, au Québec, les coûts associés à la consommation abusive d'alcool étaient estimés à plus de trois milliards de dollars, soit plus de 500 \$ CA par habitant, ce qui inclut notamment les coûts attribuables aux soins de santé, à l'application de la loi et aux pertes de productivité (Rehm et autres, 2006). Ces coûts nous sensibilisent au fardeau que représente l'abus d'alcool pour notre société.

Depuis une quinzaine d'années, la consommation par personne des Québécois a augmenté de façon importante, ce qui inquiète sérieusement les professionnels de la santé publique. Des travaux ont mis en évidence le lien entre l'augmentation de la consommation par personne et les problèmes associés à l'alcool (Edwards et autres, 1995). Ce lien positif a également été observé au Canada. Des études ayant porté sur les ventes canadiennes d'alcool par habitant âgé de 15 ans et plus entre 1950 et 2000 ont montré que, en règle générale, les sommets atteints relativement à la mortalité par accident et par cirrhose du foie coïncident avec les sommets de vente d'alcool (Ramstedt, 2004 ; Skog, 2003).

Ces études reposent sur le postulat que tous les buveurs augmentent leur consommation lorsque la consommation par personne augmente; l'augmentation serait ainsi également répartie entre tous les buveurs. Ce postulat est toutefois loin d'être démontré. La consommation par habitant est une donnée agrégée traduisant indistinctement le taux de buveurs, la fréquence annuelle de consommation et la quantité consommée par occasion. La consommation d'alcool par habitant peut varier selon l'une ou l'autre de ces dimensions du profil de consommation, ou de leur effet cumulé. Pour que l'augmentation de la consommation par habitant entraîne une augmentation des problèmes qui y sont associés, il faut aussi que les comportements de consommation à risque tels que les comportements d'intoxication ou encore un volume excessif de consommation augmentent. Or, des travaux constatent une relative indépendance dans l'évolution des différentes dimensions de la consommation (Demers, 2000). L'augmentation de la consommation par personne peut résulter de l'augmentation de la fréquence de consommation, de la quantité consommée par occasion ou de la fréquence de grande consommation, chez tous les buveurs ou parmi

certaines sous-groupes spécifiques. En ce qui concerne le Québec, Demers et Kairouz (2003) ont montré que l'augmentation de la consommation par personne, entre 1992 et 1998, était attribuable à l'augmentation de la fréquence de consommation et des quantités consommées par occasion sans que la fréquence d'intoxication augmente. Par ailleurs, si cette tendance se poursuit, il est à craindre que les occasions d'abus épisodiques deviennent de plus en plus fréquentes.

L'objectif du présent chapitre est double : d'une part, examiner l'évolution de la consommation d'alcool au Québec et exposer la nature des changements survenus depuis le début des années 1990; d'autre part, examiner la relation entre la fréquence de consommation et la fréquence d'intoxication. Spécifiquement, on tentera dans le présent chapitre de dégager des profils de consommation dont les conséquences pourraient être malheureuses et auxquels les chercheurs en alcoologie et les professionnels de la santé devraient porter attention afin d'éviter que la population québécoise se réveille d'ici peu avec des airs de lendemain de veille.

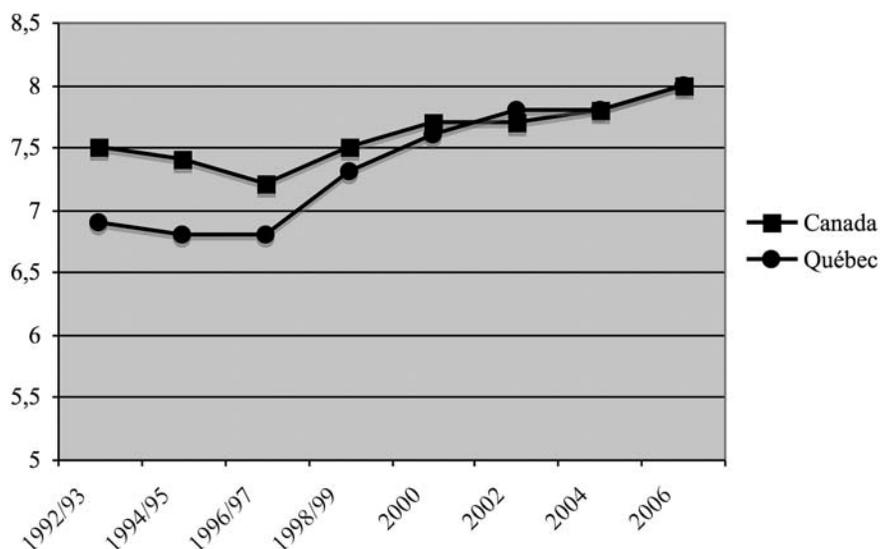
LA CONSOMMATION D'ALCOOL : UN PHÉNOMÈNE EN CROISSANCE

Au début des années 1990, bon nombre de rapports scientifiques encourageaient davantage le développement de stratégies de réduction de la consommation d'alcool visant l'ensemble des buveurs, plutôt que la mise en place de stratégies plus spécifiques, ciblées sur certains contextes ou certains comportements (Edwards et autres, 1995). C'est dans ce contexte qu'en 1992 dans le cadre de la *Politique de la santé et du bien-être* du ministère de la Santé et des Services Sociaux, le gouvernement du Québec se donnait comme objectif de réduire la consommation d'alcool de 15 % pour 2002 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992). Une quinzaine d'années plus tard, force est de constater que cet objectif n'a pas été atteint, au contraire. À partir du volume des ventes, il est possible d'estimer que, au Québec, entre 1992 et 2006, la consommation par habitant de 15 ans et plus a augmenté de 16 %. Certes, en 1992, la consommation d'alcool était à son niveau le plus bas enregistré, mais il n'en demeure pas moins que, si à cette époque, les Québécois consommaient en moyenne 6,9 litres d'alcool

absolu par année, cette quantité a augmenté à 7,6 litres en 1999-2000 pour finalement atteindre 8 litres en 2006.

Alors qu'en 1992-1993, les Québécois consommaient par personne en moyenne 6,9 litres d'alcool absolu par année, cette quantité a augmenté à 7,6 litres en 1999-2000 pour finalement atteindre 8 litres en 2006 (Statistique Canada, 2007 ; 2001 ; 1998) (Figure 1).

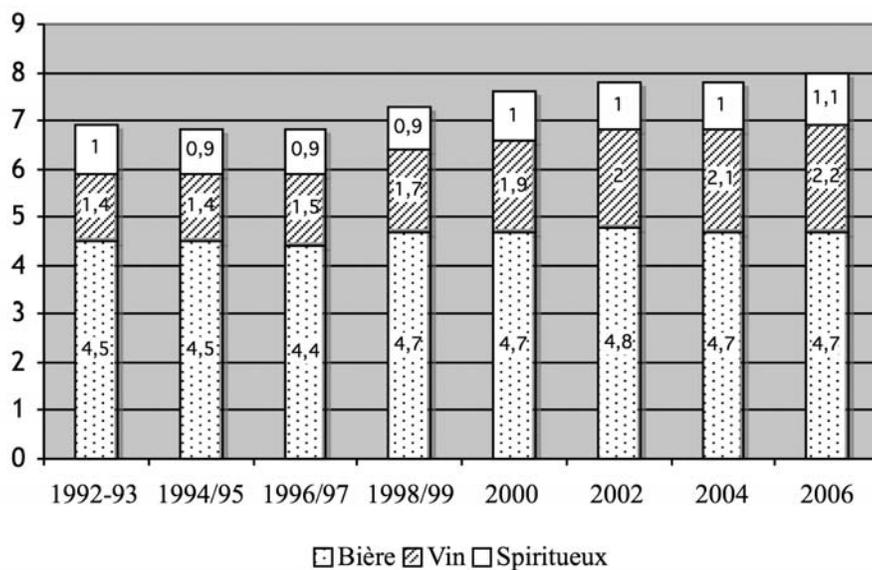
FIGURE 1
ÉVOLUTION DU VOLUME DES VENTES DE BOISSONS
ALCOOLISÉES PAR HABITANT DE 15 ANS ET PLUS
AU CANADA ET AU QUÉBEC ENTRE 1992 ET 2006,
EN LITRES D'ALCOOL ABSOLU



Source : Statistique Canada, *Le contrôle et la vente des boissons alcooliques au Canada, 1992-1993 - 2006*.

Selon les données de Statistique Canada, cette augmentation résulte largement d'une augmentation significative de la consommation de vin. Alors que la consommation annuelle de bière des Québécois est restée relativement stable (augmentation de 4%), celle de spiritueux a augmenté de 10 % respectivement, et celle de vin de 57 %, soit de 1,4 litre en 1992/93 à 2,2 litres en 2006 (Statistique Canada, 2007 ; 2001 ; 1998) (Figure 2).

FIGURE 2
ÉVOLUTION DU VOLUME DES VENTES DE BOISSONS
ALCOOLISÉES PAR TYPE DE BREUVAGES ET PAR HABITANT
DE 15 ANS ET PLUS AU QUÉBEC ENTRE 1992 ET 2006,
EN LITRES D'ALCOOL ABSOLU



Source : Statistique Canada, *Le contrôle et la vente des boissons alcooliques au Canada, 1992-1993 - 2006*.

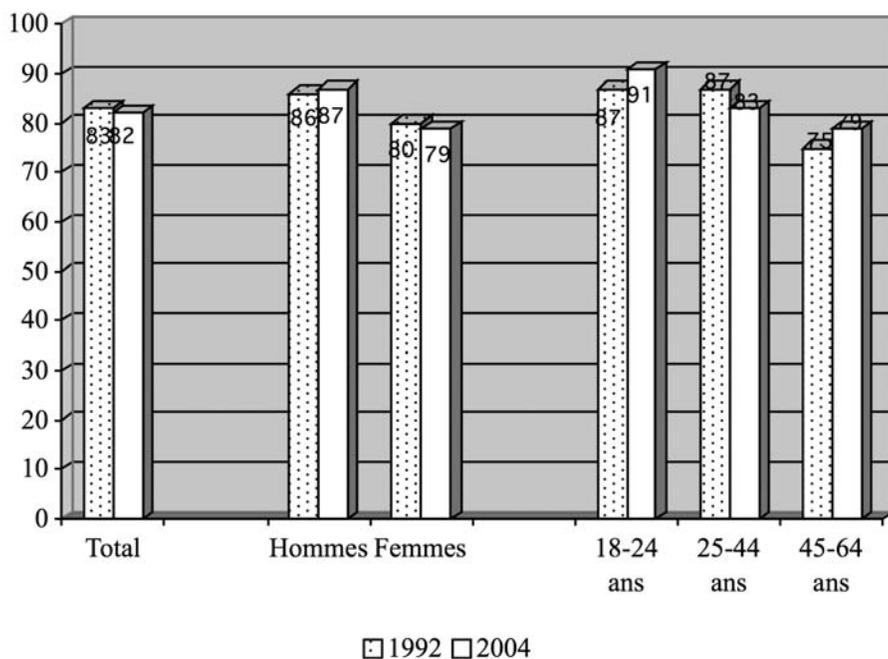
En alcoologie, le volume est souvent considéré comme le meilleur prédicteur de certains problèmes de santé physique tels que la cirrhose du foie, les hémorragies cérébrales, les gastrites, les pancréatites dans leur forme chronique, certains cancers, notamment le cancer du sein et le cancer colorectal. Par ailleurs, la quantité par occasion et la fréquence des intoxications prédiraient mieux les problèmes sociaux ainsi que des problèmes de santé aigus tels que les saignements gastro-intestinaux, l'arythmie cardiaque ou les accidents cérébrovasculaires aigus (Bobak et autres, 2004; Bondy, 1996; Grant, 1998; Rehm et autres, 1996; Tolstrup, Jensen, Tjonneland, Overvad et Gronbaek, 2004). Or, ce qu'il faut ici souligner, c'est que plusieurs études ont aussi montré que les quantités par occasion et la fréquence des intoxications ne varient pas nécessairement de concert avec la consommation par habitant (Demers et Kairouz, 2003). Par conséquent, dans une perspective de santé publique, il est essentiel que les changements relatifs à la consommation d'alcool soient non seulement examinés au regard de l'évolution

de la consommation par habitant, mais aussi en fonction de l'évolution récente des profils de consommation des Québécois.

Évolution des profils de consommation des Québécois

L'examen comparé des profils de consommation des Québécois pour la période 1992-2004, tant pour les femmes que pour les hommes, révèle une stabilité dans la proportion de buveurs (Figure 3). Les variations observées ne sont que de l'ordre de 1%. La proportion de buveurs masculins est passée de 86 % à 87 % alors que celle des femmes est passée de 80 % à 79 %.

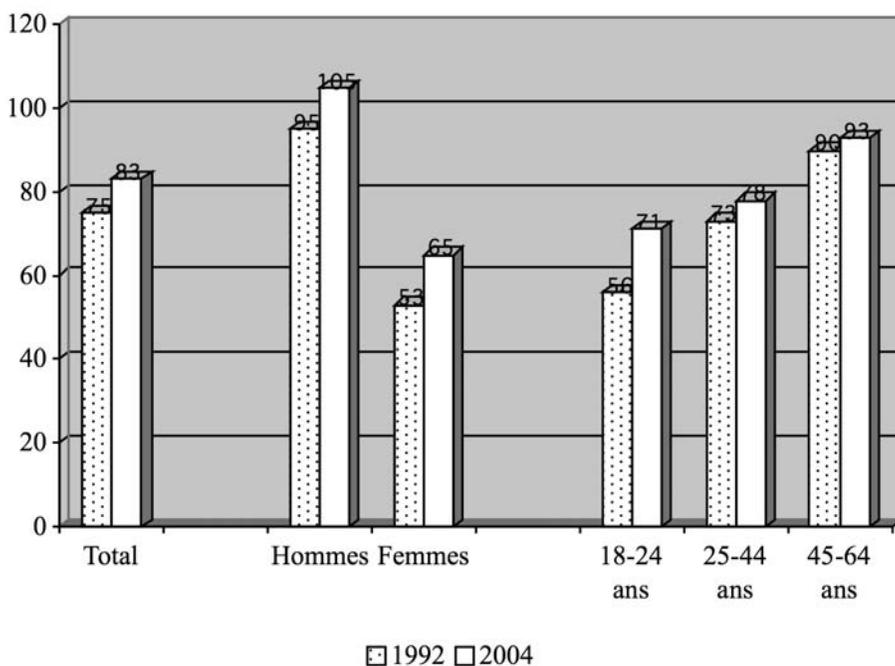
FIGURE 3
PROPORTIONS DE BUVEURS SELON LE SEXE ET L'ÂGE,
QUÉBEC, 1992 ET 2004



Source: *Enquête sociale et de santé de 1992* (Enquête Santé-Québec), MSSS, Québec;
Gender, Alcohol and Culture: An International Study (GENACIS), Canada.

Par ailleurs, en ce qui a trait à la fréquence de consommation, tant les hommes que les femmes ont significativement augmenté leur fréquence de boire (Figure 4). La fréquence des hommes est passée de 95 à 105 occasions par année, alors que celle des femmes est passée de 53 à 65 occasions. Dans l'ensemble, sur une période de 12 ans, les Québécois ont ajouté une dizaine d'occasions à leur fréquence annuelle de consommation.

FIGURE 4
MOYENNE DE LA FRÉQUENCE ANNUELLE
SELON LE SEXE ET L'ÂGE, QUÉBEC, 1992 ET 2004



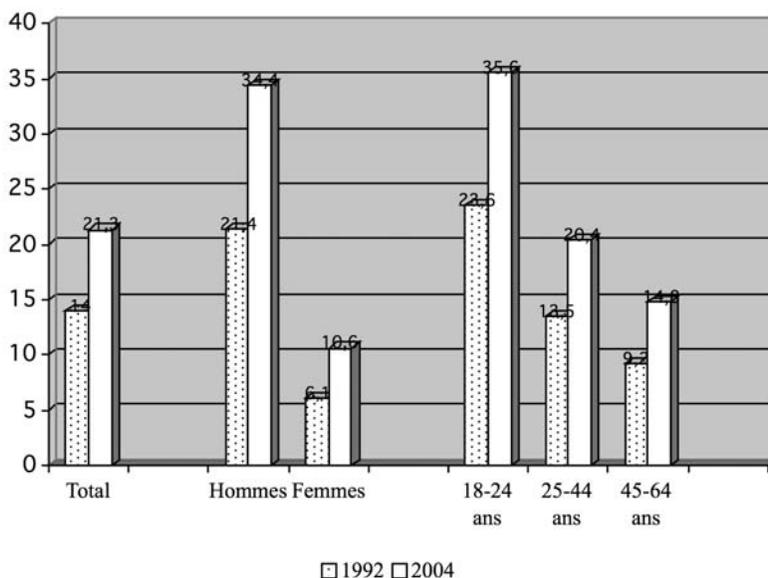
Source: *Enquête sociale et de santé de 1992* (Enquête Santé-Québec), MSSS, Québec;
Gender, Alcohol and Culture: An International Study (GENACIS), Canada.

Il importe de mentionner qu'au regard des figures 3 et 4 il apparaît aussi que ces tendances relatives à la proportion de buveurs et à la fréquence de boire varient significativement selon l'âge. En effet, les changements sont significativement plus marqués chez les 18-25 ans qu'au sein des autres groupes d'âge. Comparativement à ceux qui avaient entre 18 et 25 ans en 1992, ceux qui avaient cet âge en 2004 sont plus nombreux à consommer

de l'alcool (91 % versus 87 %) et ils consomment plus souvent (71 versus 56 occasions).

L'étude des profils de consommation met aussi en lumière les changements à la hausse qui sont survenus entre 1992 et 2004 relativement à la consommation de 5 verres ou plus par occasion (Figure 5). La proportion de buveurs ayant rapporté au moins une occasion lors de laquelle ils ont consommé 5 verres ou plus a augmenté parmi toutes les catégories de buveurs : les femmes, les hommes et l'ensemble des groupes d'âge. En 1992, 14 % des buveurs rapportaient au moins une occasion par année de 5 verres ou plus; en 2002, cette proportion a augmenté à 21 %. Chez les hommes, la proportion est passée de 21 % à 34 % et chez les femmes, elle a presque doublé pour passer de 6 à 11 %. Si, en 1992, 24 % des 18 à 25 ans rapportaient au moins une occasion de 5 verres ou plus, ils étaient 36 % à rapporter une telle occasion en 2004. Chez les 26 à 45 ans, la proportion est passée de 14 % à 20 % et chez les 46 à 65 ans, elle a fait un bond de 9 à 15 %.

FIGURE 5
PROPORTION DE BUVEURS RAPPORTANT UNE OCCASION
DE 5 VERRES ET PLUS AU COURS DE 12 DERNIERS MOIS
PAR SEXE ET PAR ÂGE, QUÉBEC, 1992 ET 2004



Comment expliquer cette augmentation de la consommation abusive épisodique ? D'autant plus que, au cours de cette période, la population québécoise s'est fait marteler que « La modération a bien meilleur goût ». Au Québec, ce slogan d'Éduc'alcool trône au zénith de la notoriété, c'est-à-dire que 85 % des Québécois et 94 % des Québécois francophones le connaissent et près de la moitié des Québécois croient que ce slogan contribue à ce que les gens consomment avec équilibre et modération (Éduc'alcool, 2007). De plus, durant la période de 1992 à 2004, le gouvernement du Québec a mis en place une succession de campagnes-chocs dénonçant l'alcool au volant, la violence et l'alcool ainsi que d'autres faisant la promotion de saines habitudes de vie. Marquis (2005) rappelle que, depuis au moins 30 ans, les Canadiens sont informés du fait que le risque associé à la consommation d'alcool n'est pas confiné aux alcooliques. Finalement, la Société des Alcools du Québec (SAQ), qui est responsable d'une large part des ventes d'alcool au Québec, lance régulièrement des campagnes publicitaires vantant les mérites des accords mets et vins. Comment alors une société de plus en plus éduquée en matière de consommation d'alcool, tant en ce qui a trait à ses effets sur la santé et à ses risques sociaux qu'en ce qui a trait à la culture du goût, peut-elle afficher une tendance à augmenter son nombre de comportements de boire abusifs ? Comment se fait-il que sur une période de 12 ans, la proportion de buveurs ayant rapporté des épisodes de consommation abusive ait augmenté de 7 % dans la population générale et d'au moins 12 % chez les hommes et chez les jeunes adultes ?

BOIRE RÉGULIÈREMENT DE PETITES QUANTITÉS : UNE UTOPIE ?

À la lumière des résultats présentés jusqu'ici, une question s'impose : est-il réaliste de penser que les gens puissent boire plus souvent sans boire davantage par occasion ? En 1987, Knupfer (1987) démontrait que la majorité des buveurs fréquents n'étaient pas des buveurs modérés. Il y a donc lieu de s'interroger quant à la possibilité d'un lien entre la fréquence de consommation et la quantité usuelle consommée par occasion.

Une étude financée par les Instituts de recherche en santé du Canada et réalisée par les auteurs du présent article a récemment tenté de répondre à

cette question en analysant les pratiques de consommation des Canadiens. Cette étude démontre que la fréquence d'intoxication tend à augmenter avec la fréquence de consommation (Paradis, Demers, Picard et Graham, 2009). Toutefois, les statistiques disponibles en matière de consommation d'alcool tendent généralement à montrer que les Québécois ont une culture de boire différente de celle de leurs concitoyens canadiens et que l'augmentation de la consommation par personne est plus marquée au Québec que dans les autres provinces (Adlaf, Begin et Sawka, 2005; Demers et Poulin, 2005; Statistique Canada, 2008). Par conséquent, il apparaît pertinent et nécessaire d'examiner la situation particulière des Québécois à cet égard.

Les données utilisées ont été recueillies dans le cadre de l'enquête GENACIS-Canada, réalisée en 2004 et financée par les Instituts de recherche en santé du Canada. Au total, 14 067 Canadiens et Canadiennes, sélectionnés aléatoirement, ont participé à cette enquête (pour plus de détails techniques, voir : Elsbett-Koeppen, 2005). Les analyses présentées ci-dessous portent sur les résidentes et résidents du Québec, âgés de 25 ou plus, qui rapportent avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédant l'enquête, soit 1208 femmes et 904 hommes¹.

Le premier constat est que les buveurs réguliers et modérés, c'est-à-dire ceux qui consomment un ou deux verres par occasion sur une base quasi quotidienne existent, mais sont peu nombreux². Les données présentées dans le tableau 1 indiquent que parmi les buveurs, 8,7 % des hommes et 4,7 % des femmes présentent ce profil. Si usuellement consommer un ou deux verres par occasion est commun (55 % des hommes et 78 % des femmes), ces buveurs sont surreprésentés dans les catégories de buveurs occasionnels et sous-représentés parmi ceux qui consomment le plus fréquemment.

1. Pour une description détaillée de la méthodologie, voir (Paradis et autres, 2009)

2. Le tableau 1 ainsi que les figures 6 à 9 présentent les résultats d'analyses de tableaux croisés permettant de déterminer la relation entre la fréquence annuelle de consommation et la quantité usuelle, la prévalence annuelle ainsi que la prévalence hebdomadaire d'un épisode de 5 verres ou plus lors d'une même occasion selon le genre. Ces analyses ont été faites à partir de données pondérées et ont été obtenues à l'aide de Stata 9.0.

TABLEAU 1
DISTRIBUTION DES BUVEURS MASCULINS ET FÉMININS
SELON LEUR FRÉQUENCE ANNUELLE DE CONSOMMATION
ET LA QUANTITÉ USUELLE RAPPORTÉE, QUÉBEC, 2004

		<i>Quantité usuelle par occasion</i>			
	<i>Fréquence annuelle de consommation</i>	1-2 verres	3-4 verres	5 verres ou plus	Total
Hommes	< 1 jour/mois	9,4_%	2,5_%	1,9_%	13,7_%
	1-3 jours par mois	12,7_%	6,0_%	2,0_%	20,8_%
	1-2 jours par semaine	16,2_%	13,8_%	6,1_%	36,0_%
	3-4 jours par semaine	7,6_%	5,3_%	1,2_%	14,1_%
	5-7 jours par semaine	8,7_%	3,8_%	3,0_%	15,4_%
	Total	54,5_%	31,3_%	14,2_%	100_%
Femmes	< 1 jour/mois	23,9_%	3,4_%	0,6_%	28,0_%
	1-3 jours par mois	21,2_%	3,7_%	0,6_%	25,5_%
	1-2 jours par semaine	23,6_%	7,3_%	1,3_%	32,3_%
	3-4 jours par semaine	4,8_%	2,8_%	0,5_%	8,0_%
	5-7 jours par semaine	4,7_%	1,5_%	0,1_%	6,2_%
	Total	78,2_%	18,7_%	3,2_%	100_%

Le deuxième constat est que la consommation usuelle augmente avec la fréquence de consommation. En effet, au regard des figures 6 et 7, on observe que plus la fréquence de consommation est élevée, plus les quantités usuelles par occasion augmentent. Alors que 14 % des hommes rapportent 5 verres ou plus par occasion, la proportion est de 19 % chez les buveurs les plus fréquents. Tant pour les hommes que pour les femmes, c'est parmi les buveurs occasionnels que s'observent les plus grandes proportions d'hommes rapportant un ou deux verres pas occasion et c'est parmi les buveurs hebdomadaires, soit ceux qui consomment au moins une fois par semaine, que se trouvent les proportions les plus élevées de buveurs rapportant des quantités usuelles de 3 et 4 verres, ou 5 verres et plus par occasion, soit des quantités supérieures à celles susceptibles d'avoir des effets bénéfiques sur la santé, notamment sur le plan cardiovasculaire.

FIGURE 6
QUANTITÉ USUELLE DE CONSOMMATION SELON
LA FRÉQUENCE DE CONSOMMATION CHEZ LES HOMMES
QUÉBÉCOIS DE 25 ANS ET PLUS, QUÉBEC 2004

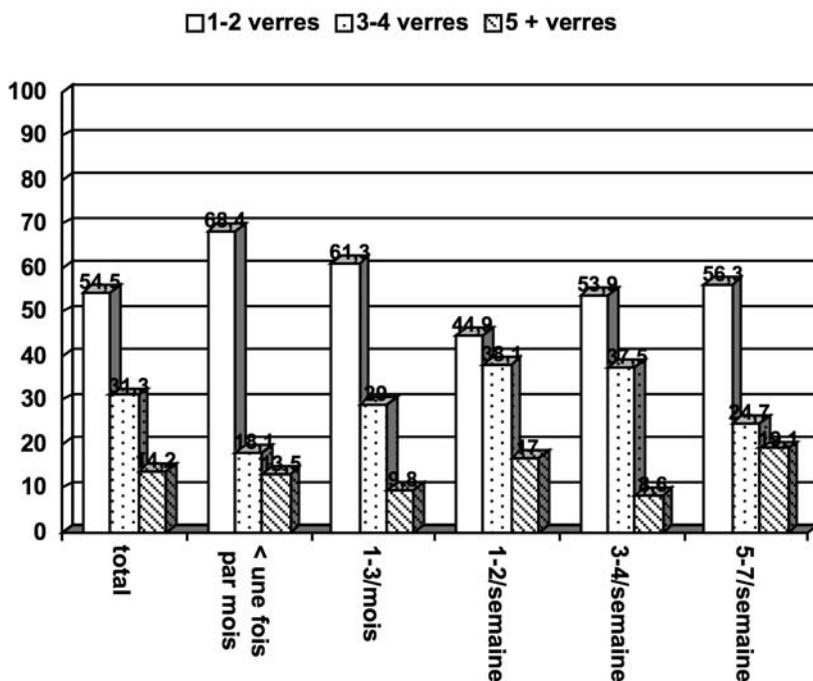
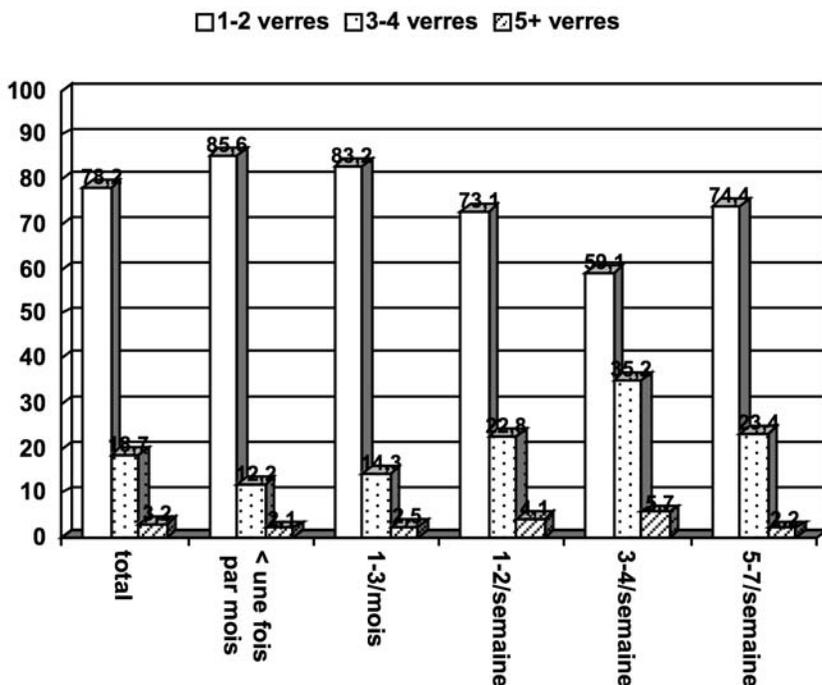


FIGURE 7
QUANTITÉ USUELLE DE CONSOMMATION SELON
LA FRÉQUENCE DE CONSOMMATION CHEZ LES FEMMES
QUÉBÉCOISES DE 25 ANS ET PLUS, QUÉBEC 2004

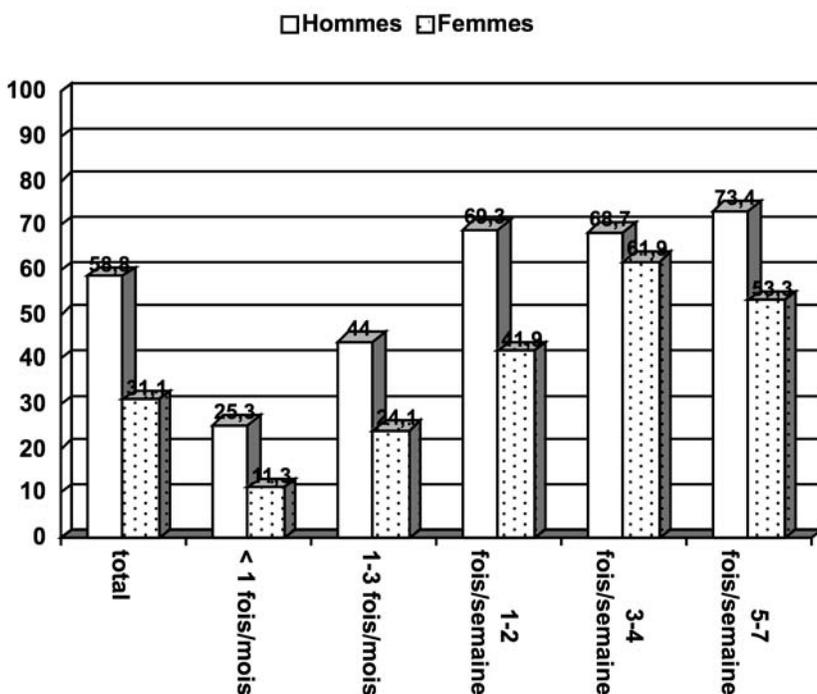


Source : *Gender, Alcohol and Culture : An International Study (GENACIS)*, Canada.

Le troisième constat appelle à une hausse de vigilance de la part des spécialistes et des intervenants en santé publique. En effet, les résultats de l'enquête GENACIS présentés dans la figure 8 indiquent que la probabilité de rapporter au moins un épisode de consommation abusive au cours de l'année précédant l'enquête augmente avec la fréquence de consommation. Les buveurs qui ne prennent jamais plus de 5 verres ou plus par occasion sont surreprésentés chez les consommateurs occasionnels alors que, au contraire, ceux qui ont rapporté au moins un épisode de consommation abusive au cours des 12 mois précédant l'enquête sont surreprésentés au sein des buveurs hebdomadaires. Alors que seulement 25 % des hommes qui consomment moins d'une fois par mois ont rapporté un épisode de consommation abusive, 74 % de ceux qui boivent entre 5 et 7 jours par semaine en ont rapporté un. Chez les femmes, 11 % de celles qui consom-

ment moins d'une fois par mois ont rapporté un épisode de consommation abusive, 53 % et 62 % de celles qui boivent respectivement entre 5 et 7 jours et entre 3 et 4 jours par semaine en ont rapporté un.

FIGURE 8
PRÉVALENCE D'UN ÉPISODE DE 5 VERRES OU PLUS
SELON LA FRÉQUENCE DE CONSOMMATION CHEZ
LES HOMMES ET LES FEMMES DE 25 ANS ET PLUS, QUÉBEC 2004

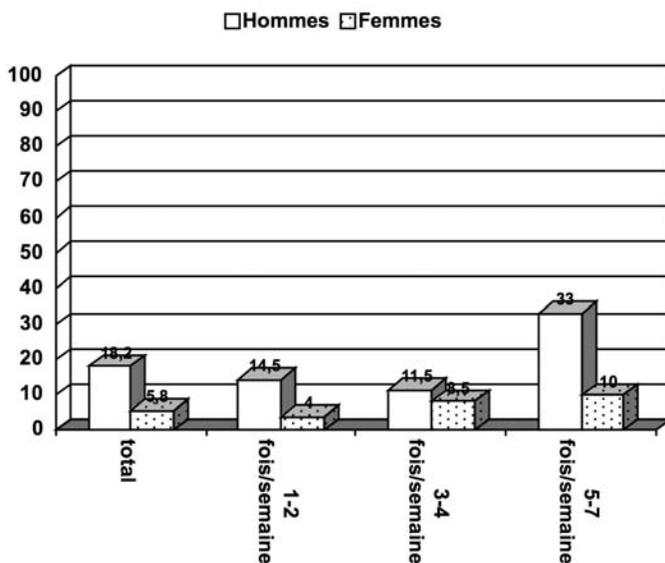


Source: *Gender, Alcohol and Culture: An International Study (GENACIS)*, Canada.

Étant donné le type de résultats obtenus, des analyses supplémentaires ont été réalisées à partir du sous-échantillon des buveurs hebdomadaires, afin de vérifier si, chez ces consommateurs réguliers, il y avait un lien entre leur fréquence de consommation et le fait qu'ils rapportent au moins un épisode de consommation abusive par semaine, ce qui se traduit par un minimum de 52 épisodes par année. Les résultats présentés dans la figure 9 montrent que, parmi les buveurs hebdomadaires, la proportion de ceux qui consomment 5 verres ou plus au moins une fois par semaine augmente

avec la fréquence globale de consommation, passant de 15 % pour les hommes qui consomment une ou deux fois par semaine à 33 % chez ceux qui consomment 5 à 7 fois par semaine. Pour les femmes, ces proportions passent respectivement de 4 % à 10 %.

FIGURE 9
PRÉVALENCE D'UN ÉPISODE HEBDOMADAIRE DE 5 VERRES
OU PLUS SELON LA FRÉQUENCE HEBDOMADAIRE
DE CONSOMMATION CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES
DE 25 ANS ET PLUS, QUÉBEC 2004



Source: *Gender, Alcohol and Culture: An International Study (GENACIS)*, Canada.

EXPLICATIONS ET IMPLICATIONS RELATIVES AU LIEN ENTRE LA FRÉQUENCE DE CONSOMMATION ET LA CONSOMMATION ABUSIVE

Les résultats présentés ci-dessus mettent en évidence un lien entre la fréquence de consommation et la fréquence des intoxications. Ce lien peut s'expliquer de différentes façons. Une première explication est d'ordre culturel. Dans la culture canadienne, la consommation d'alcool est associée au « time-out » (Cheung et Erickson, 1995). Elle marque symbolique-

ment la rupture entre la semaine et la fin de semaine, entre le travail et le jeu, entre la routine et les loisirs (Gusfield, 1996; Single, 1993). Si, chez les buveurs occasionnels, un ou deux verres suffisent pour marquer la rupture, ceux qui prennent régulièrement un ou deux verres ont besoin d'en prendre davantage pour marquer cette rupture. Dans de tels cas, consommer excessivement risque de devenir ce marqueur. Simultanément, une deuxième explication renvoie aux propriétés psychoactives de l'alcool. En effet, il est bien documenté que la tolérance s'accroît avec la fréquence de consommation (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 1995). Par conséquent, les buveurs réguliers ont besoin de consommer de plus grandes quantités pour ressentir les effets désinhibants de l'alcool et obtenir cette sensation d'être gais et légèrement ataxiques qui est la bienvenue et parfois recherchée. Ainsi, les caractéristiques psychoactives de l'alcool, doublées de la perception culturelle que revêt actuellement l'alcool dans la société québécoise, tendent à rendre utopique que la consommation régulière et modérée d'alcool soit une réalité répandue chez les buveurs Québécois³.

L'augmentation de l'abus épisodique constitue une menace importante à la santé publique. Une myriade de problèmes aigus de santé et la vaste majorité des problèmes sociaux reliés à la consommation d'alcool sont associés à ce type de profil. Or, les résultats présentés dans le présent chapitre montrent clairement que, dans une large mesure, la fréquence d'usage et l'abus épisodique sont indissociables. Par conséquent, dans une perspective de santé publique, il est certes nécessaire mais insuffisant d'élaborer des politiques, des programmes et des campagnes qui ciblent uniquement l'abus épisodique. Les professionnels de la santé publique doivent aussi accorder de l'importance à la fréquence à laquelle les Québécois consomment de l'alcool et s'en soucier. Si les Québécois sont régulièrement assaillis de messages selon lesquels la consommation modérée et régulière puissent avoir des effets bénéfiques sur la santé, il est peut-être temps de sensibiliser la population au fait qu'il peut aussi y avoir des risques associés à la consommation régulière.

3. La même interprétation a été apportée aux résultats des buveurs canadiens qui sont, à toutes fins utiles, identiques. Pour consulter cette interprétation dans son intégralité, voir (Paradis et autres, 2009).

Or, force est de constater que le Québec fait très peu en matière de prévention, et la prévention est orientée vers les comportements d'abus. Dès 1997, le Comité permanent de la Lutte à la Toxicomanie remettait en question la pertinence de réduire la consommation par habitant et proposait plutôt de « réduire le nombre de personnes qui adoptent une consommation d'alcool à risque et réduire les méfaits associés à cette consommation à la fois pour les usagers eux-mêmes, leur entourage et l'ensemble de la société » (Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie, 1997: 13). Certes, des campagnes telles que celles de la Société d'assurance automobile du Québec et de Nez Rouge ciblent l'abus d'alcool dans un contexte particulier, c'est-à-dire au volant d'un véhicule moteur, mais rien n'est dit quant à la consommation abusive en général. Sur ce chapitre, au Québec, l'essentiel de la prévention est réalisée par Éduc'alcool dont les actions sont louables et estimables à plusieurs égards. On peut notamment penser aux brochures de la collection « Alcool et santé », aux dépliants destinés aux femmes enceintes, aux campagnes anticalages dans les cégeps et les universités, mais cela est insuffisant. Ces actions tendent principalement à informer la population et s'il est vrai que l'éducation est une composante essentielle de l'adoption de conduites appropriées, il faut faire davantage.

Cela est d'autant plus vrai que les Québécois sont exposés de façon croissante à des informations sur les effets bénéfiques de l'alcool pour la santé. À titre d'exemple, une étude a montré que selon 57 % des Canadiens âgés d'au moins 12 ans, boire modérément a des effets bénéfiques sur la santé (Ogborne et Smart, 2001) et 87 % des Ontariens croient que prendre un ou deux verres par jour réduit le risque de maladies cardiovasculaire (Smart et Ogborne, 2002). La situation est similaire au Québec puisque selon la récente enquête d'Éduc'alcool, 66 % des Québécois appuient l'opinion que « pris modérément, l'alcool est bon pour la santé ». Cette proportion était de 51 % en 1991 (Éduc'alcool, 2007). De pair avec cette promotion du boire-santé qui est dans l'air du temps, le marketing de la SAQ mise sur le bien-boire, mais qui n'en incite pas moins à boire en traitant l'alcool comme un bien de consommation ordinaire. Les multiples occasions de rabais que la Société d'État offre aux consommateurs invite à acheter davantage.

En termes de prévention, rien n'est fait pour mettre la population en garde contre le risque de transformer petit à petit ses habitudes de consommation en buvant de plus en plus fréquemment. Les effets sont déjà perceptibles sur l'augmentation de la fréquence des épisodes d'abus, peut-être le seront-ils demain sur les problèmes associés à l'alcool. Le lendemain de veille risque d'être difficile pour les Québécois.

RÉFÉRENCES

- Adlaf, E. M., Begin, P. et E. Sawka (2005). Enquête sur les toxicomanies au Canada : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : Rapport détaillé.
- Bobak, M., Room, R., Pikhart, H., Kubinova, R., Malyutina, S., A. Pajak, A. et autres (2004). « Contribution of drinking patterns to differences in rates of alcohol related problems between three urban populations ». *J Epidemiol Community Health*, 58(3), p. 238-242.
- Bondy, S. J. (1996). « Overview of studies on drinking patterns and consequences ». *Addiction*, 91(11), p. 1663-1674.
- Center for Addiction and Mental Health (2005). *Background paper for the National Alcohol Strategy Working Group. Alcohol and chronic disease: Implications for policies and prevention strategies in Canada*. Toronto, Ontario.
- Cheung, Y. W. et E. Erickson (1995). « Canada » dans D. B. Heath (Ed.), *International Handbook on Alcohol and Culture*. (p. 20-30). Greenwood Press.
- Comité Permanent de Lutte à la Toxicomanie (1997). *Avis sur l'Objectif de la Politique de la santé et du bien-être de 1992 qui porte sur l'alcoolisme et l'usage abusif de psychotropes au Québec*. Québec, QC.
- Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A. et C. La Vecchia, C. (2004). « A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases ». *Prev Med*, 38(5), p. 613-619.
- Demers, A. (2000). « Les Québécois et l'alcool: mesures du phénomène et implications pour la prévention » dans P. Brisson (éd.), *L'Usage des drogues et la toxicomanie, volume 3*. Montréal, G. Morin, p. 229-243.
- Demers, A. et S. Kairouz (2003). « A multilevel analysis of change in alcohol consumption in Quebec, 1993-1998 ». *Addiction*, 98(2), p. 205-213.
- Demers, A. et C. Poulin (2005). « Alcohol Use » dans Adlaf, E., Begin, P. et E. Sawka (éds), *Canadian survey of Canadians' use of alcohol and other drugs: Prevalence of use and related harm*. Ottawa, Canadian Centre on Substance Abuse, p. 20-32.
- Éduc'alcool. (2007). *Les Québécois et l'alcool*, 2007, 55 p.
- Edwards, G., Anderson, P., Babor, T. F., Casswell, S., Ferrence, R., N. Giesbrecht et autres (1995). *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford University Press, USA.
- Elsbett-Koeppen, R. (2005). *The Gender, Alcohol, Culture, an International Study (GENACIS): Technical documentation*. York University.

- Grant, M. et J. Litvak (1998). *Introduction: Beyond per capita consumption, dans* M. Grant, Litvak, J. (éd.), *Drinking patterns and their consequences*. Florence, KY: Taylor & Francis Group.
- Gusfield, J. (1996). Passage to play: Rituals of drinking in American society, dans J. Gusfield (éd.), *Contested Meanings: The Construction of Alcohol problems*. (pp. 57-74). Wisconsin: The University of Wisconsin Press.
- Heath, D. B. (2000). *Drinking Occasions: Comparative Perspectives on Alcohol and Culture*. New-York: Brunner/Mazel, Taylor & Francis Group.
- Knupfer, G. (1987). «Drinking for health: the daily light drinker fiction». *Br J Addict*, 82(5), p. 547-555.
- Marquis, G. (2005). «From Beverage to Drug: Alcohol and Other Drugs in 1960^s and 1970^s Canada». *Journal of Canadian Studies*, 39(2), p. 51-79.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1992). La Politique de la Santé et du Bien-être.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1995). Alcohol and tolerance. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa28.htm>
- Ogborne, A. C. et R.G. Smart (2001). «Public opinion on the health benefits of moderate drinking: results from a Canadian National Population Health Survey». *Addiction*, 96 (4), p. 641-649.
- Paradis, C., Demers, A., Picard, E. et K. Graham (2009). «The importance of drinking frequency in evaluating individuals' drinking patterns: Implications for the development of national drinking guidelines» *Addiction*, 104 (7), p. 1179-1184.
- Ramstedt, M. (2004). «Alcohol consumption and alcohol-related mortality in Canada, 1950-2000». *Can J Public Health*, 95(2), p. 121-126.
- Rehm, J., Ashley, M. J., Room, R., Single, E., Bondy, S., R. Ferrence, R. et autres (1996). «On the emerging paradigm of drinking patterns and their social and health consequences». *Addiction*, 91(11), p.1615-1621.
- Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., J. Patra, J. et autres (2006). *Les coûts de l'abus de substance au Canada en 2002*. CCLAT, Ottawa, Ontario.
- Single, E. et S. Worthley. «Drinking in various settings as it relates to demographic variables and level of consumption: Findings from the national survey in Canada». *Journal of Studies on Alcohol*, 54(5), p. 590-599.
- Skog, O. J. (2003). «Alcohol consumption and fatal accidents in Canada, 1950-1998». *Addiction*, 98(7), p. 883-893.

- Smart, R. G. et A.C. Ogborne (2002). Beliefs about the cardiovascular benefits of drinking wine in the adult population of Ontario. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 28(2), p. 371-378.
- Statistique Canada (1998). *Le contrôle et la vente des boissons alcoolisées au Canada Exercice financier clos le 31 mars, 1997*. Ottawa, ON.
- Statistique Canada (2001). *Le contrôle et la vente des boissons alcoolisées au Canada Exercice financier clos le 31 mars, 2000*. Ottawa, ON.
- Statistique Canada (2007). *Le contrôle et la vente des boissons alcoolisées au Canada Exercice financier clos le 31 mars, 2006*. Ottawa, ON.
- Statistique Canada (2008). *Le contrôle et la vente des boissons alcoolisées au Canada Exercice financier clos le 31 mars, 2007*. Ottawa, ON.
- Tolstrup, J. S., Jensen, M. K., Tjonneland, A., Overvad, K. et M. Gronbaek, (2004). « Drinking pattern and mortality in middle-aged men and women ». *Addiction*, 99(3), p. 323-330.

Page laissée blanche intentionnellement

CHAPITRE 3

Compréhension du phénomène de consommation de drogues illicites au Québec

Serge Brochu, Valérie Beauregard, Marc-André Ally

La consommation de drogues de diverses natures, légales ou illégales, prescrites ou contrôlées, constitue un phénomène bien présent dans la société canadienne. Toutefois, beaucoup plus que pour les drogues légales, l'usage de substances illicites est souvent associé à des termes tels que fléau, enfer, guerre. La situation actuelle de la consommation de drogues illicites au Québec justifie-t-elle l'association à des termes aussi chargés symboliquement? Le présent chapitre s'appuiera sur les statistiques les plus récentes, notamment sur les coûts associés à l'usage, de même que sur l'évolution des habitudes de consommation de la population générale et des groupes marginalisés, afin de fournir un portrait le plus précis possible de la réalité contemporaine. Une toute nouvelle hypothèse sera également présentée en vue de décrire la consommation représentative de la grande majorité des jeunes québécois, soit celle de la normalisation de l'usage de drogues illicites; bien sûr, cette hypothèse ne s'applique pas à tous les utilisateurs et certaines consommations relèvent davantage de l'abus que de l'activité ludique. Nous analyserons alors les facteurs de risque qui favorisent le pas-

sage de certaines personnes vers l'abus. Finalement, les stratégies qui apparaissent les plus efficaces pour prévenir et traiter cette trajectoire d'abus seront examinées.

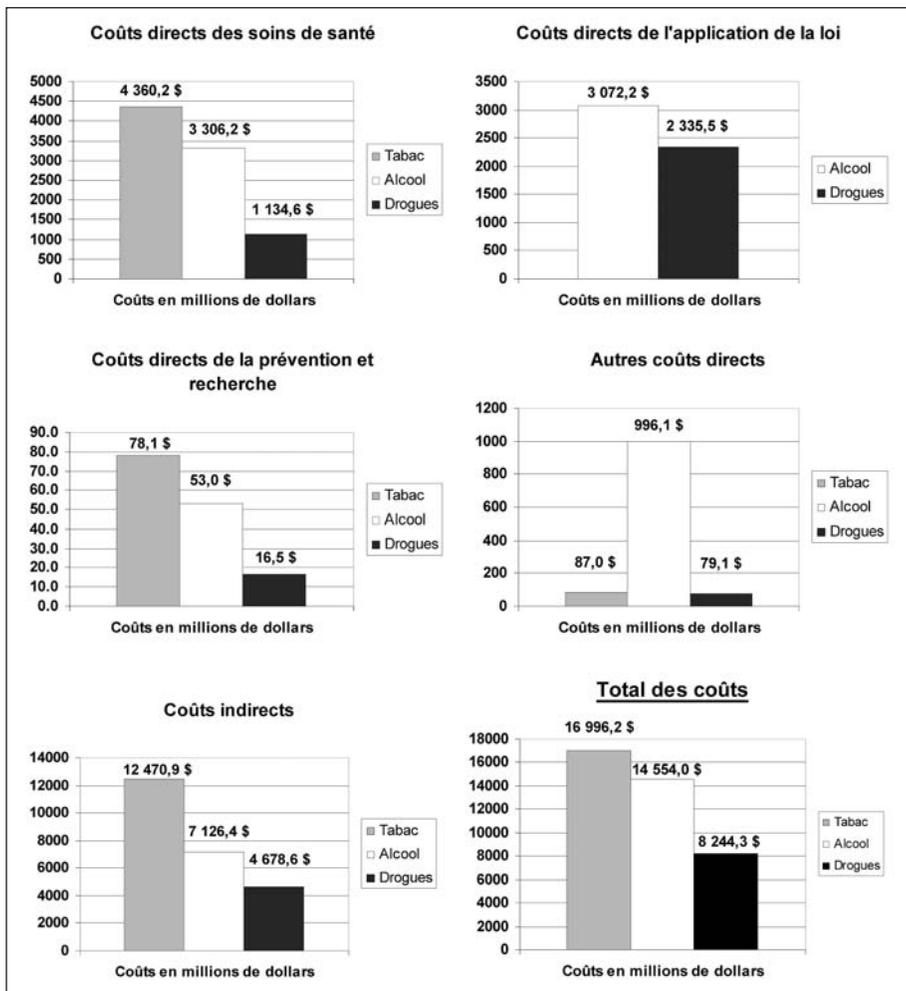
1. LES STATISTIQUES SUR LA CONSOMMATION DE DROGUES ILLICITES

1.1 Coûts associés à l'abus de substances psychoactives

Les drogues illicites, bien qu'ayant des propriétés diverses et se présentant sous des puissances variées, ne constituent pas des produits sans risque d'abus. Certains excès sont ponctuels, sous l'effet de l'intoxication, alors que d'autres deviennent chroniques et sont le fruit d'une dépendance. Toutefois, un fait demeure constant : l'abus de drogues illicites s'avère néfaste pour la santé physique du consommateur ainsi que générateur de problèmes d'ordre social et psychologique pour l'utilisateur et son entourage. Chaque année, l'abus de drogues illicites occasionne plusieurs séjours dans les centres hospitaliers. À ce propos, l'étude effectuée par Rehm et ses collaborateurs (2006) indique qu'en 2002 le Canada a consacré 352 121 \$ pour des soins de courte durée offerts à des personnes ayant abusé de drogues illicites. Cet indicateur, combiné aux coûts des traitements, des soins ambulatoires et des médicaments, donne lieu à des dépenses considérables, soit de l'ordre de 1 134,6 M\$. Toutefois, il importe ici de mettre ces statistiques en perspective en comparant ces coûts directs en soins de santé à ceux causés par l'abus d'alcool ou le tabagisme, qui sont respectivement trois et quatre fois plus élevés.

Ces coûts directement liés aux soins de santé prodigués aux personnes abusant de produits illicites ne représentent cependant pas l'unique volet générant des dépenses étatiques élevées. En fait, pour les drogues illicites, les coûts directs associés à l'application de la loi (2 335,5M\$: services de police, tribunaux et services correctionnels) correspondent au double des coûts directs relatifs aux soins de santé (1 134,6 M\$), et s'avèrent 141 fois plus imposants que les coûts directs imputables à la prévention et à la recherche (16,5 M\$: salaires et fonds de fonctionnement) (figure 1).

FIGURE 1
COÛTS LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES (EN MILLIONS DE DOLLARS – 2002)



(Rehm et autres, 2006)

De plus, en considérant divers autres coûts directs (79,1M \$: dommages causés par les accidents de la route, pertes associées au milieu du travail, aide sociale et indemnités) et indirects (4 678,6 M\$: périodes d'invalidité de longues et de courtes durées ou mortalités précoces) imputables aux SPA illicites, l'abus de drogues illicites aurait coûté, en 2002, plus de 8 milliards de dollars au gouvernement du Canada. Bien que considérable, ce montant demeure toutefois moins élevé que celui associé à l'abus d'alcool (14,5 milliards en dollars canadiens) ou de tabac (17 milliards en dollars canadiens) (Rehm et autres, 2006).

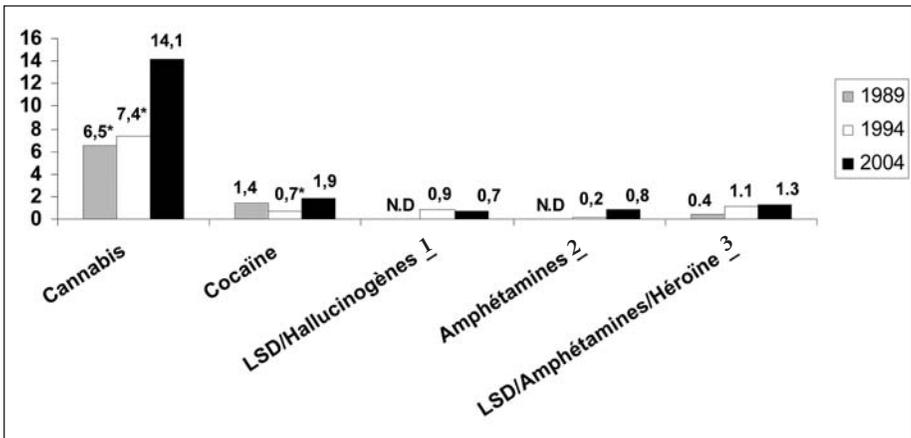
Responsable de près de 20 % de l'ensemble des dépenses attribuables à la consommation de SPA, l'abus de drogues prohibées apparaît vraisemblablement moins onéreux pour l'État que celui du tabac ou de l'alcool. Malgré ces conséquences économiques moindres du côté des drogues illégales, il ne faut tout de même pas prétendre que leur abus soit dénué de tout impact néfaste pour l'utilisateur. En effet, il demeure possible que certains méfaits, spécifiquement liés à l'abus de drogues illicites, s'avèrent difficiles à estimer. Par exemple, dans une première mouture, l'étude des coûts des drogues ne tenait compte ni de la violence ni de la criminalité associées à l'abus de ces substances. Bien que le rapport de 2002 portant sur l'évaluation des *coûts associés à l'abus de substances au Canada* ait tenté de remédier à ce problème, il utilise néanmoins des évaluations conservatrices. Toutefois, en se fiant aux chiffres disponibles, la mauvaise réputation accordée aux drogues illicites ne semble pas découler des coûts qu'elles engendrent. Cela dit, voyons maintenant ce que révèlent les statistiques de consommation.

1.2 Évolution de la consommation des drogues prohibées

L'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) s'appuie sur un important sondage téléphonique réalisé en 2004 auprès de 13 700 Canadiens âgés de 15 ans et plus, impliquant un minimum de 1 000 entrevues dans chacune des provinces (Adlaf, Begin et Sawska, 2005). Cette étude nationale sur la prévalence de la consommation d'alcool et de drogues montre que le cannabis représente le psychotrope illicite le plus consommé : un peu plus de 14 % des participants en ont fait usage à au moins une occasion, comparativement à 2 % pour la cocaïne, qui se classe pourtant au deuxième rang

parmi les drogues les plus utilisées au Canada. Cet écart important indique que le cannabis demeure largement la drogue de choix des Canadiens de 15 ans et plus (figure 2).

FIGURE 2
ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE DE CONSOMMATION
DE DROGUES ILLICITES CHEZ LES PERSONNES DE 15 ANS
ET PLUS AU CANADA (PÉRIODE DE 12 MOIS
SELON L'ANNÉE D'ÉTUDE)



* Significativement différent de l'étude de 2004 (ETC)
(Adlaf, Begin et Sawka, 2005)

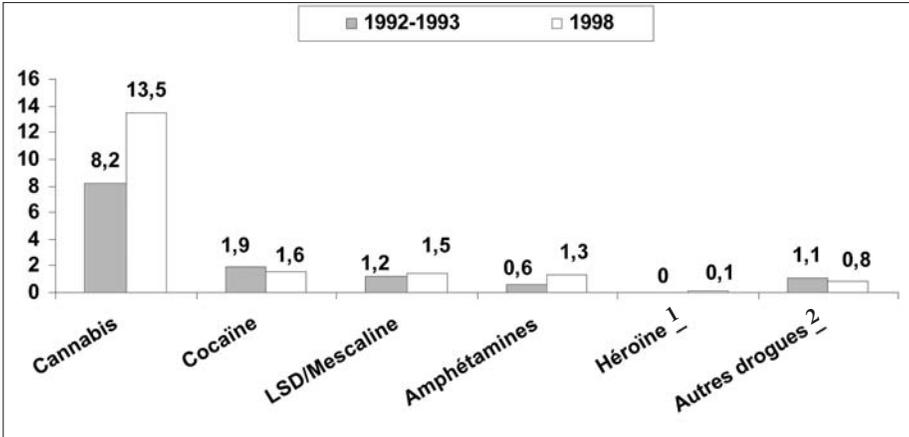
1. Dans l'étude de 1989 (ENAD) et de 1994 (ECCAD), cette catégorie fait uniquement référence à l'usage de LSD, tandis que pour l'étude de 2004 (ETC), cette catégorie inclut non seulement le LSD, mais également d'autres hallucinogènes, notamment le PCP.
2. La forte variabilité d'échantillonnage entre l'étude de 1994 (ECCAD) et de 2004 (ETC) limite la comparaison des données en provenance de ces deux études
3. Dans l'étude de 1989 (ENAD), les résultats sur le LSD, les amphétamines et l'héroïne ont été comptabilisés en une même catégorie. Dans le dessein de procéder à une comparaison entre les trois années en question, ces mêmes substances ont été regroupées pour les années 1994 et 2004.

Suivant cette popularité marquée auprès des adultes canadiens, le cannabis apparaît également comme une des substances psychoactives illégales ayant connu le plus grand accroissement en ce qui concerne le nombre

d'utilisateurs entre 1989 et 2004. En 1989, environ 6,5 % des personnes âgées d'au moins 15 ans rapportaient avoir consommé cette drogue au moins une fois au cours des douze mois précédant l'enquête. Quinze ans plus tard, cette proportion a plus que doublé. Bien qu'une augmentation de la prévalence de consommation se remarque également du côté des autres drogues prohibées, ni la cocaïne ni les hallucinogènes ne présentent un changement aussi considérable. Par ailleurs, malgré la forte variabilité d'échantillonnage qui limite la comparaison de la prévalence de consommation d'amphétamines entre 1994 et 2004, les données avancées semblent néanmoins illustrer une importante accentuation de l'usage de ce psychotrope pendant ces dix années, laissant même présager un accroissement supérieur au cannabis. Cependant, l'usage d'amphétamines demeure un phénomène marginal en 2004, comptant moins de 1 % d'adeptes canadiens âgés de 15 ans et plus (Adalf et autres, 2005 ; Bellerose, Lavallée et Camirand, 1994 ; Chevalier et Lemoine, 2001).

Au Québec, le portrait de la consommation de SPA s'appuie sur des chiffres plutôt anciens (figure 3). En 1998, le cannabis apparaissait comme la substance psychoactive illicite la plus consommée par la population québécoise des 15 ans et plus, avec un taux de 13,5 % d'utilisateurs au cours des 12 mois précédant l'étude (Chevalier et Lemoine, 2001). Quant aux autres psychotropes prohibés, moins de 5 % des individus d'âge équivalent ou supérieur à 15 ans rapportaient en avoir consommé au moins une occasion lors de l'année précédant l'étude. Tout comme la tendance observée au Canada, le cannabis présente la plus forte croissance de prévalence de consommation, passant de 8,2 % d'utilisateurs en 1992-1993 à 13,5 % en 1998. Bien que l'accroissement de la prévalence de consommation d'amphétamines demeure plus importante entre 1992-1993 et 1998 que celle du cannabis, cette substance psychoactive est en fait consommée par une très faible proportion de gens au Québec (Bellerose et autres, 1994 ; Chevalier et Lemoine, 2001).

FIGURE 3
POURCENTAGE DE GENS DE 15 ANS ET PLUS AYANT
CONSOMMÉ UNE DROGUE ILLICITE À AU MOINS
UNE OCCASION AU QUÉBEC EN 1992-1993 ET EN 1998
(PÉRIODE DE 12 MOIS)



(Bellerose et autres., 1994; Chevalier et Lemoine, 2001).

1. Puisque le coefficient de variation est supérieur à 25 %, les chiffres avancés représentent des estimations imprécises et sont fournis uniquement à titre indicatif
2. Cette catégorie se réfère principalement à la consommation de champignons hallucinogènes, de Tylenol, de codéine, de colle ou de gaz divers

La consommation de substances psychoactives illicites fluctue selon les différentes strates d'âge de la population. Selon Chevalier et Lemoine (2001), la plupart des utilisateurs de drogues prohibées sont âgés de 15 à 24 ans. Une fois la mi-vingtaine atteinte, la prévalence de consommation tend à diminuer significativement, alors que cette tendance se maintient avec les années. Une décroissance constante et marquée de l'usage est effectivement observée chez les individus âgés de 25 à 64 ans. Par contre, tandis que cette évolution régressive se poursuit chez les aînés de 65 ans et plus, enregistrant une consommation de cannabis pour ainsi dire inexistante, une légère augmentation est observée du côté des autres drogues, passant à 5 % d'utilisateurs¹. Il convient néanmoins de noter que ces données datent

1. Les personnes âgées présentent le plus important profil de consommation d'antidépresseurs, d'anxiolytiques et de sédatifs hypnotiques comparativement à tout autre groupe d'âge. En s'appuyant sur les données de l'Enquête canadienne sur la consommation d'alcool

d'une décennie et qu'il demeure possible que la situation ait évolué depuis. Malheureusement, aucune nouvelle étude de cette envergure n'est actuellement disponible.

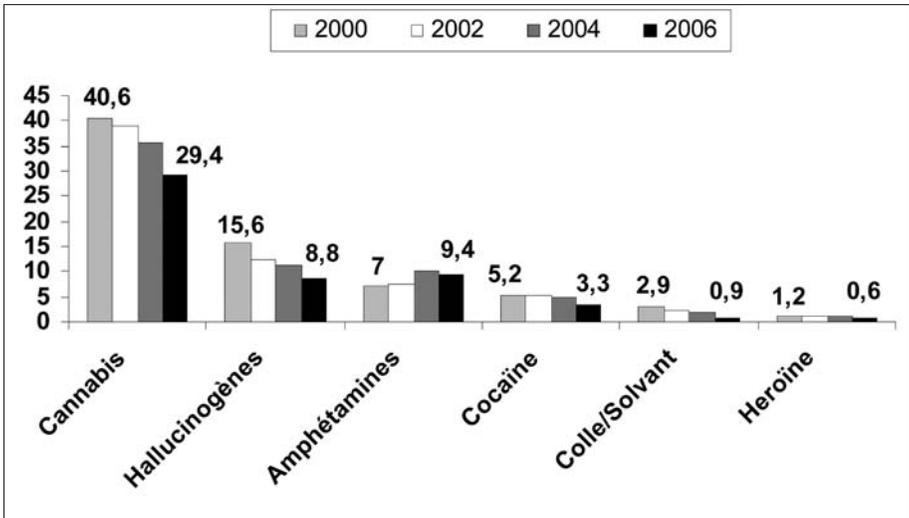
Tout compte fait, une grande ressemblance subsiste entre le Québec et l'ensemble du Canada quant à l'usage de drogues illicites parmi la population âgée de 15 ans et plus. Bien qu'intéressant, le portrait tracé précédemment date de 1998, alors qu'en une décennie, il apparaît fort probable que le phénomène de la consommation de drogues illicites ait fortement fluctué. De plus, les enquêtes nationales qui ciblent la population générale âgée de 15 ans et plus arrivent difficilement à fournir une description précise des adolescents qui, pourtant, constituent le groupe de consommateurs le plus actif.

En ce qui concerne les jeunes Québécois, l'enquête bisannuelle réalisée par l'Institut de la statistique du Québec depuis 2000² (Dubé et Fournier, 2007) indique, notamment, que plus de deux jeunes sur cinq affirment avoir consommé du cannabis à au moins une occasion en 2000, faisant de cette drogue le psychotrope privilégié de ces adolescents. Alors que cette estimation peut paraître élevée, les données de Dubé et Fournier (2007) montrent toutefois que ce ratio tend à s'amenuiser avec les années, passant à moins d'un jeune sur trois en 2006. Quant aux autres stupéfiants illicites, les jeunes rapportent consommer davantage d'hallucinogènes et d'amphétamines que de cocaïne. Néanmoins, à l'exception de l'usage d'amphétamines, la consommation générale de drogues illicites a diminué continûment depuis 2000 chez les jeunes qui fréquentent une école secondaire (figure 4).

et d'autres drogues (ECCAAD) réalisée en 1993 -1994 auprès de plus de 12 000 sujets de 15 ans et plus, Collin (2001) remarque que la proportion de Québécois consommant ces médicaments psychotropes croît graduellement en fonction de la tranche d'âge étudiée, passant de 7 % chez les individus âgés de 15 à 34 ans à 14 % chez les gens de 35 à 54 ans pour atteindre 25 % chez les personnes d'âge supérieure à 54 ans. Bien souvent, ces individus justifient leur consommation d'antidépresseurs et de benzodiazépines par la présence d'un trouble physique ou psychologique, chez eux ou chez leur partenaire de vie, de même que par le décès de leur conjoint ou conjointe (Collin, 2001). La probabilité d'apparition de ces événements s'accroît avec l'âge, l'observation d'une hausse de la consommation de certaines drogues autres que le cannabis chez les individus de 65 ans et plus s'avère logique.

2. Cette enquête sur le tabac, l'alcool, les drogues et les jeux de hasard et d'argent, effectuée auprès d'un échantillon représentatif d'élèves des écoles secondaires du Québec, a permis d'obtenir la prévalence et l'évolution de la consommation auto-rapportée de près de 5 000 élèves, et ce, à chaque collecte de données.

FIGURE 4
ÉVOLUTION DE LA PRÉVALENCE DE CONSOMMATION
DE DROGUES ILLICITES CHEZ LES JEUNES DU SECONDAIRE
AU QUÉBEC, PAR PRODUIT (PÉRIODE DE 12 MOIS
SELON L'ANNÉE D'ÉTUDE)



(Dubé et Fournier, 2007)

Pour les adolescents, l'usage des drogues, à l'instar des autres substances, augmente avec l'âge. Ainsi, en 2006, les données de l'Institut de la statistique du Québec (Dubé et Fournier, 2007) indiquaient que moins de 10 % des élèves de première secondaire affirmaient avoir consommé une drogue illicite à au moins une occasion lors des 12 mois précédant l'étude, comparativement à plus de 50 % des adolescents de cinquième secondaire. Il semble donc que plus les jeunes progressent dans leur cheminement scolaire, plus la probabilité qu'ils utilisent une substance psychoactive illicite s'accroît.

La consommation d'un produit illicite n'est cependant pas toujours synonyme d'abus. En fait, il s'avère possible qu'une proportion considérable de jeunes utilisateurs de substances psychoactives n'en fasse qu'un usage récréatif. Dans l'optique de déterminer l'importance de la consommation des adolescents, le questionnaire DEP-ADO a été utilisé dans les différen-

tes enquêtes de l'Institut de la statistique du Québec sur la consommation de SPA chez les adolescents d'âge scolaire. Créé par le RISQ (Recherche et Intervention sur les Substances psychoactives – Québec), cet instrument permet d'évaluer l'usage d'alcool et de drogues chez les adolescents et d'effectuer un premier dépistage de la consommation problématique (Guyon et Desjardins, 2005). En cumulant un score pour chaque jeune, cet outil actuariel situe les répondants dans une catégorie reflétant l'importance de leurs problèmes de consommation. Ainsi, les adolescents qui obtiennent un score faible se retrouveront dans le groupe « Feu vert », indiquant qu'il n'y a pas de problèmes évidents de consommation. Les répondants qui reçoivent un score supérieur seront associés au groupe « Feu jaune », désignant que certains problèmes liés à l'usage de substances psychoactives semblent émerger. Quant à la catégorie « Feu rouge », elle demeure réservée aux adolescents qui présentent un score élevé et dont la consommation s'avère problématique (Dubé et Fournier, 2007).

Parmi les élèves de 12 à 18 ans qui ont été évalués à partir de la grille DEP-ADO durant l'enquête de l'Institut de la statistique du Québec (Chevalier et Fournier, 2007), plus de 86% ne montraient aucun problème de consommation de drogues. Seule une minorité de jeunes consommateurs, soit 6,5 %, présentait un usage nécessitant une aide thérapeutique; à ceux-ci se sont ajoutés une proportion semblable de jeunes présentant une consommation à risque (7,3 %).

Somme toute, le cannabis demeure la drogue illégale la plus fréquemment utilisée, tant chez la population adulte que chez les adolescents fréquentant une école secondaire. Parmi cette catégorie d'individus d'âge mineur, seulement une faible proportion des élèves de première secondaire consomme des SPA illicites. Toutefois, cette prévalence semble augmenter graduellement pour atteindre son paroxysme chez les adolescents de cinquième secondaire. Malgré le pourcentage considérable de jeunes qui ont déjà fait usage au moins une fois d'une SPA illicite, il est à noter que la très grande majorité ne présente aucun signe de dépendance. De manière générale, moins de 15% de ces élèves nécessiteraient une aide.

1.3 Populations à risque de présenter une consommation abusive de drogues illicites

1.3.1 *La population correctionnelle*

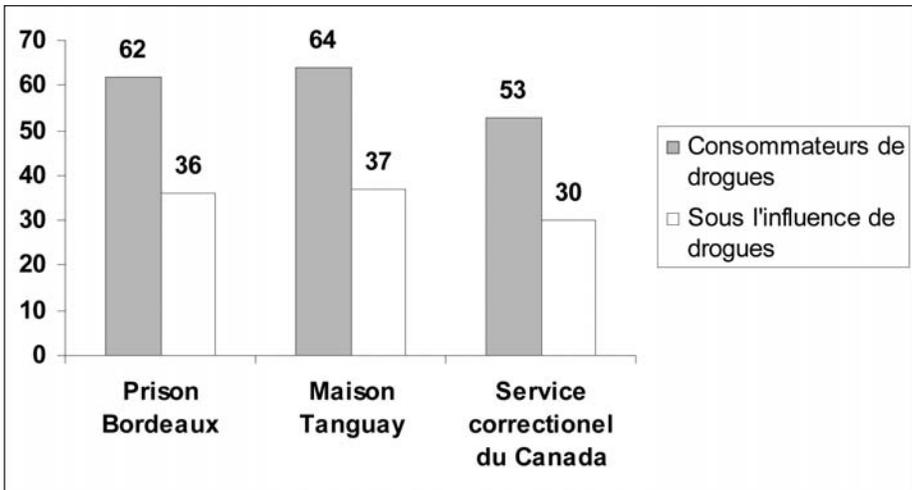
Certains groupes d'individus, souvent les plus marginalisés, sont davantage attirés par la consommation de drogues illicites (Brochu, 2005). Les contrevenants comptent habituellement au nombre de ces personnes. Plusieurs études rapportent d'ailleurs que les personnes détenues présenteraient de très hauts risques d'abus et de dépendance envers les substances psychoactives prohibées (Belenko, Peugh, Califano, Usdansky et Foster, 1998; Kassebaum et Chandler, 1994). Au Québec, une étude effectuée auprès de cette clientèle montre que plus de 50 % des détenus adultes rapportent avoir fait usage de drogues illicites dans les six mois précédant leur incarcération (Pernanen, Cousineau, Brochu et Sun, 2002) (figure 5).

La situation enregistrée dans l'établissement provincial Bordeaux, destiné à une clientèle masculine purgeant une peine d'emprisonnement maximale de deux ans moins un jour, ressemble considérablement à celle observée dans la prison provinciale Tanguay, hébergeant une clientèle féminine condamnée à un même type de sentence. Dans les deux cas, plus de 6 détenus sur 10 rapportent avoir consommé une drogue illicite au moins une fois dans les six mois antérieurs à leur incarcération. Cette réalité n'est pas exclusive aux détenus provinciaux, puisque la majorité des individus condamnés à purger une peine de deux ans et plus dans un pénitencier fédéral du Québec (Service correctionnel du Canada) rapportent eux aussi avoir fait usage d'un psychotrope prohibé au cours des six mois précédant leur détention (Pernanen et autres, 2002).

Selon Pernanen et ses collègues (2002), il apparaît que l'usage de psychotropes fait partie intégrante de la réalité de la majorité des détenus québécois, tant sous juridiction provinciale (sentences de moins de deux ans) que fédérale (sentences de deux ans et plus). Bien plus, il semble que plusieurs comportements criminels se produisent alors que l'auteur est intoxiqué. À cet effet, au moins 30 % des personnes incarcérées affirment avoir été sous l'influence d'une drogue illicite au moment de commettre le crime

le plus grave pour lequel elles ont été condamnées; c'est du moins ce qui ressort d'une étude réalisée auprès d'hommes détenus dans les pénitenciers fédéraux du Québec de même que dans la prison provinciale Bordeaux et de femmes incarcérées dans l'établissement provincial québécois Tanguay (figure 11) (Pernanen et autres, 2002).

FIGURE 5
PROPORTION DE DÉTENUS DU QUÉBEC AYANT CONSOMMÉ
DES DROGUES SIX MOIS AVANT LEUR INCARCÉRATION
OU ÉTANT SOUS L'INFLUENCE DE DROGUES
AU MOMENT DU CRIME LE PLUS GRAVE
POUR LEQUEL ILS ONT ÉTÉ CONDAMNÉS



(Pernanen et autres, 2002)

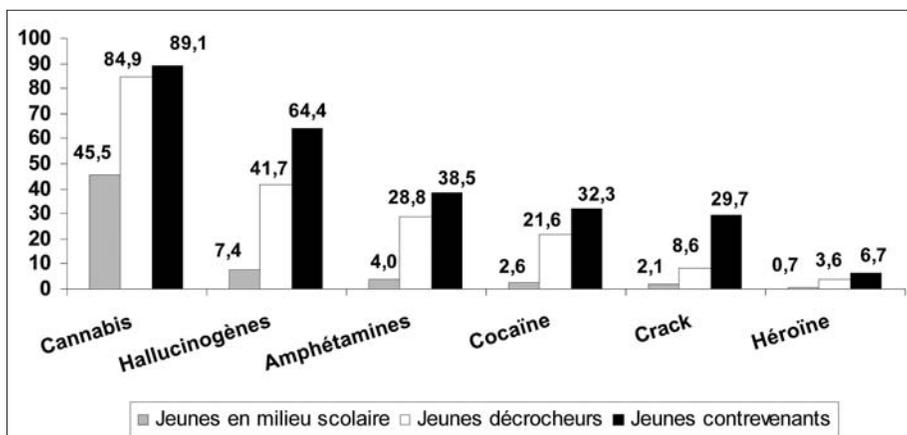
Bien que la consommation de SPA illicites soit populaire parmi les délinquants, il aurait été légitime de croire que l'incarcération agit comme un frein à cette habitude. Une étude effectuée par Plourde et Brochu (2002), auprès de 317 détenus fédéraux du Québec, montre effectivement que l'incarcération « empêche » la grande majorité des détenus de consommer une drogue illicite durant leur incarcération. Toutefois, il n'en demeure pas moins que 29 % du même échantillon ont révélé avoir uti-

lisé une SPA illicite en détention dans les trois mois précédant l'entrevue. De façon générale, ceux qui consomment le font moins fréquemment que lorsqu'ils étaient en liberté et utilisent de plus petites quantités. Bien que la consommation de cannabis se détecte plus facilement que d'autres drogues par son odeur et par la durée de sa demi-vie dans les urines, il s'agit tout de même de la drogue de choix des détenus. Ainsi, parmi les détenus qui ont avoué avoir consommé en pénitencier, la très grande majorité (98 %) dit avoir fait usage de cannabis, alors que seule une minorité mentionne avoir consommé de l'héroïne (17 %), de la cocaïne (13 %), des hallucinogènes (11 %) ou des benzodiazépines (6 %) (Plourde et Brochu, 2002). Parmi ce même groupe, si l'on compare la prévalence de consommation avant et pendant la détention, c'est la cocaïne qui enregistre la plus forte baisse de popularité à l'intérieur des institutions carcérales québécoises. À cet effet, on peut penser que les propriétés stimulantes de cette substance, causant parfois la paranoïa, s'avèrent plus ou moins appropriées dans un endroit fermé et contrôlé comme le milieu carcéral, ce qui expliquerait la diminution de son usage par les détenus fédéraux.

1.3.2 Les jeunes contrevenants et les jeunes décrocheurs

Tel qu'il a été mentionné antérieurement, l'adolescence constitue la période de vie la plus à risque en termes de consommation de drogues prohibées. Toutefois, chez certains jeunes les probabilités semblent plus élevées. À ce propos, l'étude de Brochu, Cousineau, Sun et Tétrault (2007) distingue trois catégories d'adolescents : les jeunes fréquentant un établissement scolaire (n = 995), les adolescents décrocheurs (n = 139) ayant abandonné leurs études et les jeunes contrevenants pris en charge par les Centres jeunesse (n = 239). La figure 6 compare chacun de ces trois groupes sur le plan de leur consommation de substances psychoactives illicites au cours d'une période de 12 mois.

FIGURE 6
PRÉVALENCE DE CONSOMMATION DE DROGUES ILLICITES
CHEZ LES JEUNES FRÉQUENTANT UN MILIEU SCOLAIRE,
CHEZ LES JEUNES DÉCROCHEURS ET CHEZ LES JEUNES
CONTREVENANTS AU QUÉBEC (PÉRIODE DE 12 MOIS)



Brochu et autres, 2007

Peu importe le type de drogue illégale, les jeunes contrevenants demeurent ceux qui présentent la plus forte consommation auto-révlée, tandis que les élèves forment le groupe affichant le plus faible taux d'utilisateurs. Par ailleurs, la plupart des consommateurs québécois du milieu scolaire ont préféré le cannabis au cours des 12 mois précédant l'étude tout en étant très peu nombreux à rapporter l'utilisation d'un deuxième produit. De leur côté, les jeunes décrocheurs et les jeunes contrevenants semblent eux aussi privilégier cette substance, malgré le fait qu'ils demeurent néanmoins beaucoup plus nombreux à avoir consommé d'autres psychotropes. Or, bien que l'adolescence représente, de façon générale, une période propice à la consommation de drogues, il semble que les jeunes décrocheurs et les jeunes contrevenants se distinguent particulièrement à ce sujet.

Les jeunes décrocheurs et les jeunes contrevenants s'avèrent non seulement plus nombreux à consommer, mais ils se différencient également en fonction de leur fréquence d'utilisation. La consommation de substances psychoactives demeure effectivement moins régulière chez les jeunes consommateurs du milieu scolaire, et ce, même lorsqu'il est question de

cannabis. En fait, parmi les adolescents ayant révélé un usage de drogues illicites, une consommation quotidienne ou quasi quotidienne de cannabis est observée chez moins de 40 % des élèves, mais chez plus de 70 % des jeunes contrevenants. Toujours parmi les participants qui ont déclaré avoir utilisé au moins une drogue, les jeunes contrevenants présentent le profil de consommation le plus régulier, et ce, pour toutes les substances illicites à l'exception de l'héroïne (60,0 % des jeunes décrocheurs, 25,0 % des élèves et 9,1 % des jeunes contrevenants),

En somme, la consommation de substances psychoactives constitue un phénomène qui semble bien présent à l'adolescence. Bien que la majorité des jeunes auront utilisé au moins une drogue illicite avant la fin de leur cinquième année du secondaire, la plupart se seront limités à un usage récréatif de cannabis ne leur causant aucun problème important et ne nécessitant aucunement une intervention professionnelle. La situation apparaît toutefois différente pour les populations plus marginalisées (décrocheurs, contrevenants) parmi lesquelles la consommation de plusieurs drogues de façon régulière semble faire partie intégrante d'un style de vie à risque.

2. LE POINT SUR LA CONSOMMATION DE DROGUES AU QUÉBEC

2.1 Normalisation à l'égard de la consommation de drogues illicites

Selon Cheung et Cheung (2006) et Parker, Williams et Aldridge (2002), les données statistiques relatives au phénomène de la consommation de drogues illicites tendent à démontrer qu'un processus de normalisation se développe dans un nombre important de nations. Par normalisation, ces auteurs se réfèrent aux comportements qui, autrefois associés à la déviance et à la marginalisation, deviennent graduellement intégrés à la vie de tous les jours, à un point tel qu'ils deviennent parfois acceptés. De leur côté, Brochu et Orsi (sous presse) expliquent qu'un tel phénomène de normalisation à l'égard de la consommation de drogues est observé lorsque ce comportement est perçu comme normal par la société en général. En ce

sens, le simple fait de discuter ouvertement de consommation récréative prouve l'émergence d'un processus de normalisation. Plusieurs autres indices sociaux doivent néanmoins être pris en considération avant d'avancer qu'un tel phénomène est réellement présent. Parmi ces indicateurs figurent la disponibilité accrue des produits, l'adaptation des pairs non consommateurs, le taux important de consommation de drogues illicites, ainsi que la prévalence de l'usage récréatif (Cheung et Cheung, 2006; Parker et autres, 2002). La section suivante présentera un bref bilan de chacun de ces indicateurs pour la province de Québec.

2.1.1 Disponibilité des produits et adaptation des pairs non consommateurs

Parmi les indices annonçant l'opérationnalisation d'un processus de normalisation de la consommation de drogues illicites dans la société, la disponibilité importante des drogues illégales (incluant une facilité d'accès) et l'adaptation des pairs non consommateurs constituent des facteurs de premier plan. Brochu et ses collaborateurs (2007) révèlent que les jeunes élèves, décrocheurs et contrevenants ayant participé à leur étude semblent en mesure d'obtenir du cannabis à l'intérieur d'une période d'une heure. En général, les consommateurs disent se procurer leur drogue au domicile du fournisseur, dans les parcs ou à l'école. Par ailleurs, le fait de consommer des drogues ne s'avère en aucun cas un critère essentiel pour connaître les endroits propices à l'approvisionnement de ces produits. Plusieurs jeunes de cette étude, utilisateurs de drogues ou non, ont affirmé être fréquemment témoins de transactions de stupéfiants dans leur entourage. Par exemple, la moitié des jeunes élèves et la presque totalité des jeunes décrocheurs (90 %) et des jeunes contrevenants (95 %) rapportent avoir aperçu au moins une transaction de drogues à l'intérieur de leur quartier au cours des 12 mois précédant l'étude. Dans le même sens, environ 10 % des jeunes élèves, près de la moitié des jeunes décrocheurs et autours de 55 % des jeunes contrevenants affirment avoir observé ce comportement à au moins 50 occasions durant cette même période. En outre, ce sont 89 % des jeunes décrocheurs, 83 % des jeunes contrevenants et 63 % des élèves qui déclarent avoir vu des gens échanger de la drogue sur les lieux d'un établissement scolaire au moins une fois; d'autant plus que 36 % des jeunes décrocheurs, 38 % des

jeunes contrevenants et 10 % des élèves l'ont observé plus de 50 fois. Bien que les élèves semblent représenter la catégorie d'adolescents la moins à l'affût des transactions de substances psychoactives illicites, il demeure tout de même que beaucoup d'entre eux se sont révélés témoins de ces transactions sur le territoire même de leur établissement scolaire.

2.1.2 Taux élevé de consommation de drogues illicites

Il demeure ardu de définir précisément ce que représente un taux élevé de consommation. Toutefois, les données énoncées précédemment indiquent fort bien que la moitié des adolescents consommeront une drogue illicite, habituellement du cannabis, avant la complétion de leur cinquième année du secondaire (Dubé et Fournier, 2007). Au même âge, ce sont presque 90 % des jeunes décrocheurs et des jeunes contrevenants qui auront fait l'expérience d'une drogue illicite (Brochu et autres, 2007). Bien que l'on ne puisse garantir hors de tout doute que ces chiffres représentent un taux réel de prévalence élevé ou non, il demeure toutefois possible d'affirmer que la consommation de drogues illicites touche maintenant une grande partie des adolescents.

2.1.3 Usage récréatif

Bien que l'usage de psychotropes illégaux s'insère dans la réalité d'un nombre important d'adolescents, cette consommation ne s'avère pas nécessairement problématique. Au moyen du questionnaire DEP-ADO, il devient possible de vérifier si l'usage de substances psychoactives illicites d'un jeune de 12 à 18 ans s'effectue dans un contexte récréatif ou non. À la suite de son étude effectuée en 2006 et basée sur l'administration de ce questionnaire à 4 571 élèves québécois du secondaire, l'Institut de la statistique du Québec (Dubé et Fournier, 2007) tire deux conclusions majeures. Tout d'abord, plus de la moitié des jeunes qui ont mentionné avoir consommé du cannabis ne présentait aucun trouble apparent, alors qu'un peu moins du quart de ces adolescents souffrait de problèmes de consommation de drogues (feu rouge) au moment de l'enquête. La seconde conclusion met toutefois en relief le fait que la situation se révèle fort différente pour les autres dro-

gues illicites. De façon générale, moins du quart de ces consommateurs s'est retrouvé dans la catégorie non problématique (feu vert), ce qui laisse croire qu'il semble plus difficile, pour les adolescents, de maintenir une consommation récréative lorsqu'il s'agit d'autres drogues que le cannabis.

Somme toute, on remarque que les drogues illicites ne constituent pas des objets tabous pour les adolescents. Les drogues font au contraire partie du quotidien des consommateurs aussi bien que des abstinents, qui en entendent parler par les médias et sont en contact avec elles dans les lieux qu'ils fréquentent. Bien sûr, la drogue la plus populaire demeure le cannabis et c'est probablement avec cette substance que la majorité des adolescents se trouvent en contact. D'ailleurs, les autres drogues illicites présentent des indices de consommation problématique beaucoup plus élevés que le cannabis. En outre, si, en nous appuyant sur les données scientifiques actuellement disponibles, nous devons conclure en un processus de normalisation pour l'ensemble des adolescents du Québec, ce serait exclusivement à l'endroit du cannabis. Bien qu'un grand nombre d'individus consomment de manière récréative, il ne faut toutefois pas omettre le fait que certains utilisateurs sont aux prises avec une consommation abusive. La prochaine section traitera donc des différents facteurs de risque et de protection accélérant ou freinant le développement d'un usage problématique de substances psychoactives illégales.

3. LES FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION

3.1 Facteurs de risque

Les vingt dernières années ont été témoins d'un engouement pour l'étude des facteurs de risque pouvant mener à la délinquance ou à l'abus d'alcool et de drogues. Comme le mentionne Brochu (2006), la grande majorité de ces facteurs ne sont pas spécifiques, mais constitueraient plutôt des éléments d'un terreau fertile au développement de comportements déviants, parmi lesquels la consommation **problématique** de psychotropes se trouve incluse. Ces facteurs peuvent être regroupés en quatre catégories : les facteurs biologiques, les facteurs psychologiques, les facteurs contextuels et les facteurs sociaux.

A) Facteurs biologiques

Certains auteurs croient que l'hérédité peut être considérée comme un facteur biologique pouvant favoriser le développement d'une consommation excessive de drogues prohibées, voire l'apparition d'une dépendance. Comme le mentionnent Brochu (2006) ainsi que Cadoret, Troughton, O'Gorman et Heywood (1986), certains facteurs transmis génétiquement peuvent avoir un impact sur le développement d'une consommation abusive. En fait, selon Merikangans et ses collègues (1998), le génotype influencerait entre autres sur le métabolisme, la sensibilité à l'égard des diverses drogues, ainsi que la rapidité à développer une tolérance envers des substances psychoactives. Dans cette optique, certains gènes, en ayant un impact direct sur la vulnérabilité des gens par rapport à la consommation de différentes drogues, favoriseraient ou réduiraient le risque de basculer vers une consommation problématique (Tsuang et autres, 1996). Précisément, la sévérité de la dépendance aux divers psychotropes serait influencée, entre autres, par le gène DRD4 responsable de l'encodage des récepteurs dopaminergiques D4 (Lusher, Chandler et Ball, 2001 ; Lusher, Ebersole et Ball, 2000).

Par ailleurs, certains facteurs tératogènes, dont la consommation de drogues illicites par la mère biologique, risquent de produire un impact direct sur le développement du fœtus (Léonard et Ben Amar, 2002). Avec les années, cela peut se traduire chez l'enfant par l'apparition de nombreux déficits d'attention, d'une pauvreté cognitive menant à des problèmes d'apprentissage évidents, ainsi que par des difficultés importantes en termes de sociabilité (Berger et Waldfogel, 2000). Comme il sera mentionné ultérieurement, ces aspects constituent des facteurs de risques pouvant favoriser le développement d'une consommation problématique de psychotropes prohibés. En ajout à cela, certaines maladies mentales ayant des composantes génétiques, dont la schizophrénie et les troubles bipolaires, peuvent également avoir un rôle à jouer dans le développement d'une consommation problématique de drogues (Brochu, 2006 ; Ripple et Luthar, 1996 ; Cadoret et autres, 1986).

B) Facteurs psychologiques

Avant toute chose, soyons très clair, les recherches n'ont jamais pu identifier une personnalité spécifique aux individus qui abusent de drogues (Cormier, 1984), ce qui fait que la littérature scientifique abandonne graduellement le vocable toxicomanie au profit de celui d'addiction ou de dépendance. Toutefois, on associe très souvent l'abus de psychotropes illégaux à la recherche de sensations fortes, au contrôle de l'anxiété et à la compensation pour une trop faible estime de soi (Henderson, Galen et Deluca, 1998). D'autres traits tels que l'impulsivité et la rébellion (Brochu et Parent, 2005; Brook et autres, 2001; Newcomb, 1997), ont été identifiés comme des facteurs de risque pour le développement futur de problèmes de consommation de drogues. Ripple et Luthar (1996), ainsi que Dejong, Van den Brink, Harteveld et Van der Wielen (1993) poussent plus loin en affirmant que les personnes qui présentent certains troubles de personnalité, dont une configuration antisociale, sont davantage à risque de développer une consommation problématique de drogues comparativement à la population générale. D'ailleurs, Nace, Davis et Gaspari (1991) ont remarqué la présence d'une forte comorbidité entre l'abus de psychotropes illégaux et certains troubles de la personnalité, notamment la personnalité limite (*bordeline*), histrionique et passive-agressive. À cette liste, Dejong et ses collaborateurs (1993) ajoutent la personnalité schizotypique ainsi que la personnalité dépendante.

C) Facteurs contextuels

Certains facteurs contextuels, principalement présents dans la famille, peuvent également jouer un rôle dans l'apparition d'une consommation problématique de psychotropes illicites chez l'adolescent. En effet, la famille peut faciliter ou freiner le processus d'intégration sociale de l'enfant. Dans bien des cas, elle fournit un exemple que les enfants cherchent à imiter. Lorsque l'un des parents ou les deux abusent de substances psychoactives illégales, la famille devient un modèle d'intégration déviante (Brunelle, Cousineau et Brochu, 2002; Brook et autres, 2001; Cormier, Brochu et Bergevin, 1991; Hammersely, Marsland et Reid, 2003). Par exemple, Brochu (2006) mentionne que le milieu familial à risque, par exemple, offre à l'adolescent un encadrement inadéquat, caractérisé par le désengagement et l'absence

des parents, où règne la violence familiale et dans lequel un membre de la famille abuse de psychotropes.

Après la famille, l'école constitue le deuxième lieu de socialisation important pour la transmission de valeurs sociales. Une mauvaise intégration scolaire nuit à l'acceptation de valeurs socialement recherchées et constitue un facteur de risque de premier plan pour une implication dans la consommation abusive de drogues illicites ou pour d'autres comportements déviants (Bryant Schulenberg, O'Malley, Bachman et Johnston, 2003; Grapendaal, Leuw et Nelen, 1995; Normand et Brochu, 1993).

La fréquentation de pairs déviants est généralement perçue comme un facteur de risque favorisant une consommation abusive de drogues illicites (Brochu, 2006; Claes, 2003; Wasserman et autres, 2003). En effet, à l'adolescence, les amis prennent une place importante dans la vie des jeunes et remplacent alors la famille ou l'école pour la transmission de valeurs (Hotton et Haans, 2003). La fréquentation de pairs déviants, l'acceptation des valeurs qu'ils véhiculent et la difficulté de résister à la pression du groupe forment des facteurs de risque pour l'adoption future d'un style de consommation abusif de psychotropes illégaux (Brunelle et autres, 2002; Bryant et autres, 2003; Curran, White et Hansell, 2000; DeWit, Silverman, Goodstadt et Stoduto, 1995; Farrington, 2003; Grapendaal et autres, 1995).

D) Facteurs sociaux

Des conditions de vie familiales inadéquates ainsi qu'une mauvaise intégration scolaire se remarquent davantage dans les quartiers où les ressources sociales ou économiques se révèlent déficientes (Farrington, 2003; Hawkins, Catalano et Miller, 1992; Lorch et Chien, 1988; Windle, 1990). Il ne faut donc pas négliger certains indicateurs sociaux, tels que le chômage et la pauvreté, parmi les facteurs de risque importants (Brochu, 2006). Bref, toutes les caractéristiques sociales qui placent l'individu dans des conditions de vie difficiles peuvent être considérées comme des facteurs de risque pouvant mener la personne vers une consommation abusive de substances psychoactives illégales.

3.2 Facteurs de protection

Contrairement aux facteurs de risque, les facteurs de protection jouent un rôle important en ce qui concerne la résilience, c'est-à-dire la capacité de la personne à résister à l'abus de drogues en dépit de la présence de facteurs de risque. Ces derniers éléments se regroupent en trois catégories, soit les facteurs familiaux, les facteurs scolaires ainsi que les facteurs individuels (Bernard et Marshall, 2001).

A) Facteurs familiaux

Selon Claes (2003) et Brochu (2006), l'attachement aux parents demeure un facteur de protection de premier plan. Les adolescents qui passent plus de temps avec leur famille sont moins enclins à développer une utilisation problématique de drogues illégales (Brochu, 2006). Par exemple, Bernard et Marshall (2001) suggèrent que les adolescents qui participent à de nombreuses activités variées avec leurs parents ont significativement moins de risque de présenter une consommation abusive de drogues.

B) Facteurs scolaires

L'engagement à l'école peut aussi être considéré comme un puissant facteur de protection (Brochu, 2006). Tel que l'ont mentionné Bernard et Marshall (2001), une intégration du jeune dans son milieu scolaire, une valorisation des acquis scolaires de la part de l'adolescent, ainsi qu'une présence quotidienne en classe constituent les principaux indicateurs relatifs au milieu scolaire qui favorisent la résilience. Bien sûr, le fait de présenter de bonnes compétences scolaires agit également comme un facteur de protection efficace (Brochu, 2006).

C) Facteurs individuels

Finalement, Bernard et Marshall (2001), de même que Brochu (2006) sont d'avis que plusieurs caractéristiques individuelles, telles que le fait de présenter une estime de soi positive ou encore de posséder une identité religieuse, peuvent être considérées comme des facteurs de protection efficaces. Ainsi, les adolescents qui possèdent ces caractéristiques sont moins susceptibles de consommer des drogues de manière abusive. Par ailleurs,

il convient de noter que le fait d'avoir acquis plusieurs compétences sur le plan social, tout comme l'adhésion aux normes et aux valeurs dominantes de la société, représentent d'autres facteurs de protection importants (Brochu, 2006).

Néanmoins, la présence de plusieurs facteurs de protection n'empêche pas systématiquement le développement d'une consommation abusive de substances psychoactives prohibées. Afin de prévenir ou de traiter l'usage problématique ou à risque, plusieurs programmes ont été mis au point au Québec. La prochaine section présente différents types d'intervention préventive.

4. PRÉVENTION ET TRAITEMENT

4.1 Programme de prévention de l'abus de drogues pour les adolescents

D'entrée de jeu, il importe de clarifier que, pour les auteurs du présent chapitre, les programmes de prévention devraient viser non pas l'abstinence totale de consommation, mais plutôt la prévention de l'usage abusif de substances psychoactives. Bien que la prévention puisse favoriser l'abstinence, l'étude de Hawkins, Catalano, Kosterman, Abbo et Hill (1999) montre bien qu'elle demeure particulièrement efficace pour réduire la précocité de la consommation de drogues, élément crucial dans la prévention de la consommation abusive. Les différentes stratégies de prévention peuvent être appliquées de manière universelle ou de manière spécifique.

A) Prévention universelle

Comme son appellation l'indique, la prévention universelle, bien qu'étant généralement de faible intensité, s'adresse à l'ensemble de la population adolescente. Les programmes de cet ordre visent principalement à sensibiliser les jeunes aux dangers de la consommation de drogues, jouant ainsi un rôle majeur dans la promotion de la santé. Au Québec, le programme DARE (*Drogue Abus Résistance Éducation contre la consommation de drogues*) constitue le modèle sur lequel un grand nombre de program-

mes se sont calqués. Présenté par des policiers, il a pour mandat d'informer les jeunes élèves sur les différents psychotropes (Brochu, 2007). Bien que l'étude de Williams et Chang (2000) révèle que les adolescents présentent généralement une meilleure connaissance des drogues à la suite du programme DARE, une méta-analyse, réalisée par West et O'Neal (2004), indique toutefois une faible taille d'effets à long terme en ce qui a trait à l'usage de drogues prohibées parmi les jeunes exposés à ce type de programme. Cette conclusion laisse croire que la prévention n'est réellement utile que lorsqu'elle enseigne aux jeunes une prise de décisions plus efficace quant à leur choix de vie. Plutôt que de se concentrer uniquement sur les connaissances relatives aux effets des drogues, les programmes de prévention doivent intégrer des techniques qui s'adressent directement aux attitudes des adolescents, afin de leur permettre d'acquérir des habiletés concrètes et spécifiques pour résister à l'abus de drogues (Tobler et autres, 2000). Les jeux de rôle, la rétroaction, les stratégies de résolution de problèmes et le renforcement positif des comportements recherchés apparaissent comme des ingrédients importants d'une prévention efficace, sans oublier la participation des pairs, qui vient généralement renforcer le succès de ces programmes (Faggiano, et autres, 2006).

B) Prévention sélective

Certains adolescents présentent de nombreux facteurs de risque qui les placent dans une situation précaire. On l'a vu précédemment, les jeunes présentant un rendement scolaire piteux, vivant dans un milieu marqué par un faible niveau socioéconomique ou provenant d'une famille dysfonctionnelle se révèlent généralement plus enclins à s'adonner à une consommation abusive de substances psychoactives. Afin de réduire l'influence de ces facteurs, la prévention sélective tente de valoriser les points forts de ces jeunes au moyen de stratégies d'adaptation applicables dans la vie quotidienne (Brochu, 2007).

4.2 Traitements en toxicomanie au Québec

D'entrée de jeu, il existe deux grandes écoles de pensée afin de traiter l'abus de drogues. Tout d'abord, le modèle médical considère la dépendance

aux psychotropes comme une maladie chronique et involontaire qui affecte les individus sur le plan physique, mental et spirituel. Selon cette perspective, seule l'abstinence peut conduire le consommateur de drogues à une éventuelle guérison (Pearce et Holbrook, 2002). Selon Pearce et Holbrook (2002), les traitements les plus populaires dans cette catégorie, mais toutefois jugés plus ou moins efficaces selon les études, se rapportent aux programmes basés sur les douze étapes (Alcooliques Anonymes ou Narcotiques Anonymes) ainsi qu'aux autres groupes d'entraide. La pauvreté des études sur le sujet, autant en ce qui concerne le nombre que la qualité, empêche les chercheurs de se positionner sur la capacité de l'approche en douze étapes à réduire la consommation de SPA (Ferri, Amato et Davoli, 2006). En revanche, les programmes de type « facilitation des douze étapes » montreraient une efficacité supérieure à celle des autres programmes de prévention de la rechute, lorsqu'ils sont offerts en postcure, à condition qu'ils soient bien structurés et adéquatement supervisés. Si ces dernières caractéristiques sont respectées, ils conviendraient généralement à la plupart des clients (Brown, Seraganian et Tremblay, 2001).

Le deuxième modèle de traitement s'appuie sur les principes de l'apprentissage social, selon lesquels l'abus de drogues découlerait de l'apprentissage de comportements inadaptés, notamment des pensées et des actions antisociales, maintenus par des renforcements internes, comme des sensations d'excitation, de plaisir et de gratifications immédiates. Le traitement vise donc à modifier ces comportements appris socialement à travers l'enseignement, dans le dessein d'améliorer le fonctionnement du consommateur dans la société. Parmi les programmes les plus populaires se trouvent les interventions cognitivo-comportementales et les communautés thérapeutiques, qui varient considérablement en durée, en intensité et en modalité (Pearce et Holbrook, 2002).

La plupart des chercheurs éprouvent une difficulté marquée à identifier les composantes essentielles à l'efficacité des traitements. Comme il a été démontré précédemment dans le présent chapitre, la toxicomanie constitue un phénomène complexe qui découle d'un ensemble de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, augmentant tous autant que l'autre les risques pour un individu de développer des problèmes d'abus de SPA illicites. L'hérédité, les problèmes familiaux, une mauvaise intégration sociale

et scolaire, la pression des pairs ainsi que des conditions de vie précaires représentent tous des facteurs qui entraînent parfois l'individu vers une perte de contrôle de sa consommation de drogues. À ce sujet, Landry (2001) ajoute que l'importance relative de chacun de ces éléments, de même que leur interaction dans le développement d'une toxicomanie sont susceptibles de varier considérablement d'un individu à l'autre. En outre, il appert que l'abus de SPA survient rarement seul. Que le problème de drogues soit le précurseur ou la conséquence, ce type de problème s'accompagne habituellement de troubles mentaux, de comportements criminels, de tentatives de suicides, de violence familiale, de négligence parentale, d'itinérance ou de maladies infectieuses. Il devient alors inévitable de traiter l'abus de SPA conjointement avec l'ensemble des autres dimensions individuelles et sociales dans la vie de la personne.

Qu'il s'agisse de programmes basés sur le modèle médical ou psychosocial, il se révèle aisé de trouver dans la littérature scientifique au moins une étude faisant état de l'efficacité de chacun des traitements existants. D'entrée de jeu, la plupart des chercheurs diront que les personnes qui entreprennent une démarche d'aide en toxicomanie au Québec améliorent généralement leur situation (Brochu, 2007; Landry, Brochu et Nadeau, 2001). Bien qu'il faille se réjouir de ce constat, il ne faut tout de même pas tenir pour acquis que tous les services d'aide sont efficaces pour autant. Pour certaines personnes, la motivation entourant la recherche d'une demande d'aide en toxicomanie peut s'avérer suffisante pour régler leur problème d'abus. À ce propos, un phénomène est bien établi dans la communauté scientifique, c'est-à-dire celui de la « rémission naturelle », selon lequel une personne dépendante des drogues réussit à se libérer de son addiction sans avoir recours à un traitement. Il semble donc que des éléments externes au traitement interviennent dans la réduction ou la cessation de la consommation de la personne (Landry, Brochu et Nadeau, 2001). Bien entendu, ces derniers constats ne signifient pas qu'il faille retirer les traitements en toxicomanie des services publics, de la même façon qu'ils ne discréditent pas leur efficacité.

Ajoutés à l'importance d'intervenir sur une multitude de facteurs liés directement ou indirectement aux problèmes d'abus, les derniers résultats laissent croire que le traitement miracle et infaillible n'existe pas, mais qu'il

importe de trouver le programme qui convient le mieux à chaque individu. Pour reprendre les mots de Gendreau et Ross (1987), la clé n'est pas de savoir quel type de traitement fonctionne le mieux en général, mais plutôt de connaître le programme le plus efficace pour un client en particulier, à un moment précis de sa trajectoire de consommation.

CONCLUSION

La consommation de drogues, sans distinction à l'égard des substances, est souvent dépeinte comme un phénomène problématique qu'il faut craindre. Bien que l'usage de SPA soit effectivement en constante évolution dans la société québécoise, il convient de préciser que, autant chez les adultes que chez les adolescents, le cannabis constitue le produit ayant connu l'accroissement le plus important. Alors que certains usagers connaîtront une consommation abusive, la grande majorité maintiendra un usage purement récréatif. Les données statistiques sur la consommation des adolescents nous permettent de dégager deux grands profils d'utilisateurs de drogues illicites. Le premier profil est constitué des adolescents qui fréquentent une école secondaire, qui sont bien intégrés socialement et qui, lorsqu'il y a usage de drogues illicites, se limitent au cannabis et à une consommation récréative. Ces jeunes, de par leurs fréquentations, sont toutefois régulièrement exposés aux drogues, qui semblent même s'intégrer dans une « normalité » sociale. Cette « normalisation » de la consommation de certaines drogues illicites, essentiellement le cannabis, fait craindre l'apparition d'un phénomène de banalisation par rapport à l'abus de SPA. Le maintien des programmes universels pour prévenir l'abus de drogues prend ici tout son sens. Même si la plupart de ces adolescents ne développeront aucun lien pathologique envers la drogue, l'exposition à des programmes de prévention universels pourrait néanmoins les aider à renforcer leurs attitudes à l'égard des psychotropes illicites et à ne pas se laisser séduire par une banalisation de la consommation abusive.

Par ailleurs, un second profil se démarque, formé par des jeunes qui ont été exposés à une multitude de facteurs de risque durant leur enfance. Ces adolescents, qui n'ont généralement établi que peu de liens familiaux positifs, abandonnent généralement l'école de façon précoce, s'associent à des

pairs qui ont vécu des expériences semblables et adoptent une trajectoire de vie dans laquelle plusieurs comportements excessifs et déviants font bon ménage (Brochu et Parent, 2005). Ces jeunes ne se limitent habituellement pas à une consommation récréative de cannabis et les excès sont généralisés (Brochu et autres, 2007). Ayant évolué dans un terreau fertile pour les abus de toutes sortes, ils ne demeurent pas pour autant condamnés à une vie de parias, surtout s'ils ont été dépistés et qu'ils ont bénéficié de services adéquats à leurs besoins. Leur exposition à des facteurs de risque passés et présents permet de les détecter et de leur offrir rapidement des programmes de prévention ciblés, non stigmatisants et qui renforcent leurs facteurs de protection.

Les divers types de programmes de prévention se mettent souvent en place dans les écoles, puisque c'est à cet endroit que se trouve le plus grand bassin de jeunes. Néanmoins, la prévention ne devrait pas se limiter exclusivement aux milieux scolaires. Comme il a été vu précédemment, ce sont généralement les adolescents les plus marginalisés, c'est-à-dire les jeunes décrocheurs ou les jeunes contrevenants, qui présentent une consommation de drogues plus importante et régulière. Considérant ces faits, il convient d'offrir des services spécialisés destinés à rejoindre cette clientèle. Dans cette optique, les organismes communautaires, en ayant la possibilité d'offrir des programmes personnalisés variant en intensité et en durée selon l'adolescent, préviennent plus efficacement le développement d'une consommation problématique de psychotropes chez les jeunes les plus à risque que les programmes mis en œuvre à grande échelle. C'est pourquoi Brochu (2007) insiste sur l'importance de mobiliser la collectivité, dans le dessein d'assurer un service de prévention adéquat.

Une fois l'âge adulte atteint, l'usage de drogues illicites prend moins d'importance, et ce, pour la grande majorité des gens qui trouvent dans leur implication sociale des défis qui les détournent de la consommation. Ceux qui choisissent d'entretenir une consommation intégrée optent habituellement pour le cannabis. Bien entendu, d'autres atteindront malheureusement un stade de consommation hors de proportion pour leurs moyens financiers, qui handicapera probablement leur vie sociale, sans parler de leur santé. C'est d'ailleurs le cas des personnes prises en charge par le sys-

tème de justice, qui se retrouvent parmi les populations les plus à risque de souffrir de problèmes d'abus de drogues.

Qu'ils soient adolescents ou adultes, ceux qui ont franchi le seuil de la toxicomanie doivent recevoir des traitements appropriés à leur condition. De façon générale, les programmes en toxicomanie devraient intervenir non seulement sur l'abus de drogues, mais également sur les divers facteurs individuels et sociaux qui y sont souvent associés, comme la pauvreté, la violence ou encore les troubles de santé mentale. Enfin, il importe d'adapter le plus possible le traitement à chaque individu, notamment lorsqu'il s'agit d'une clientèle particulière comme la population judiciairisée.

Les dépenses liées à l'abus de substances psychoactives illicites au Canada, généralement engendrées par les problèmes de santé et la perte de productivité, demeurent très importantes. En réponse à ces problèmes d'abus, le gouvernement canadien a mis sur pied une série de mesures, dont les plus dispendieuses sont destinées à la répression des drogues, dépassant largement les coûts liés à la prévention et au traitement de la dépendance. À la lumière des résultats précédents, pouvons-nous qualifier ce choix de judicieux? Sans toutefois prétendre que les drogues illicites s'avèrent sans dangers, il n'en demeure pas moins que la majorité des consommateurs adultes et adolescents privilégie le cannabis et que la plupart d'entre eux n'en deviendront jamais dépendants. En outre, nombreuses sont les recherches qui démontrent des résultats encourageants autant en ce qui a trait à la prévention qu'aux traitements de la toxicomanie.

RÉFÉRENCES

- Adlaf, E. M., Begin, P. et E. Sawska (éds) (2005). *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*. Ottawa: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT).
- Belenko, S., Peugh, J., Califano, J. A., Usdansky, M. et S.E. Foster (1998). Substance Abuse and the Prison Population: a Three-Year Study by Columbia University Reveals Widespread Substance Abuse Among the Offender Population. *Corrections Today*, 60 (6), p. 82-89.
- Bellerose, C., Lavallée, C. et J. Camirand (1994). *Enquête sociale et de santé 1992-1993: faits saillants*. Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Berger, L. et J. Waldfogel (2000). Prenatal Cocaine Exposure: Long-Run Effects and Policy Implications. *The Social Science Review*, 74(1), p. 28-54.
- Bernard, B. et K. Marshall (2001). *Protective Factors in Individuals, Families and Schools: National Longitudinal Study on Adolescent Health Findings*. Minneapolis, University of Minnesota, p. 1-6.
- Brochu, S. (2006). *Drogue et criminalité: une relation complexe (2^e édition)*. Montréal, Les presses de l'Université de Montréal.
- Brochu, S. (2007). *Nos réponses face à l'abus de drogue chez les jeunes*. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), p. 22-29.
- Brochu, S., Cousineau, M.-M., Sun, F. et M. Tétrault (2007). *Jeunes, drogues et violence. Points saillants*. Communication présentée dans le cadre de la Tournée des partenaires du RISQ, Montréal, Québec.
- Brochu, S. et I. Parent (2005). *Les flambeurs: trajectoires d'usagers de cocaïne*. Ottawa, Les presses de l'Université d'Ottawa.
- Brochu, S. et M. Orsi, M. (sous presse). Les substances psychoactives au Canada. *Déviance et Société*.
- Brook, J. S., Brook, D. W., De La Rosa, M., Whiteman, M., Johnson, E. et I. Montoya (2001). Adolescent Illegal Drug Use: The Impact of Personality Family and Environmental Factors. *Journal of Behavioral Medicine*, 24(2), p. 183-203.
- Brown, T., Seraganian, P. et J. Tremblay (2001). « Postcure dans le traitement des problèmes d'abus de substances » dans M. Landry, L. Guyon et S. Brochu (dir.), *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie. Études québécoise* (p. 17-45). Québec, Les Presses de l'Université Laval.

- Brunelle, N., Cousineau, M.-M. et S. Brochu (2002). « La famille telle que vécue par des jeunes consommateurs de drogues et trajectoires types de déviance juvénile ». *Drogue, santé et société*, 1(1), p. 21.
- Bryant, A. L., Schulenberg, J. E., O'Malley, P. M., Bachman, J. G. et L.D. Johnston (2003). « How Academic Achievement, Attitudes and Behaviors Relate to the Course of Substance Use During Adolescent: A 6-year Multiwave National Longitudinal Study ». *Journal of Research on Adolescence*, 13(3), p. 361-397.
- Cadoret, R. J., Troughton, E., O'Gorman, T. W. et E. Heywood, E. (1986). « An Adoption Study of Genetic and Environmental Factors in Drug Abuse ». *Archives of General Psychiatry*, 43, p. 1131-1136.
- Cheung, N. W. T. et Y. W. Cheung (2006). « Is Hong Kong Experiencing Normalization of Adolescent Drug Use? Some Reflections on the Normalization Thesis ». *Substance Use and Misuse*, 41(14), p. 1967-1990.
- Chevalier, S. et O. Lemoine (2001). « Consommation de drogues et autres substances psychoactives » dans Institut de la statistique du Québec (éd.), *Enquête sociale et de santé 1998. 2^e édition* (p. 135-147). Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Claes, M. (2003). *L'univers social des adolescents*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- Collin, J. (2001). « Médicaments psychotropes et personnes âgées : une socialisation de la consommation ». *Revue québécoise de psychologie*, 22 (2), p. 1-24.
- Cormier, D. (1984). *Toxicomanies: styles de vie*. Chicoutimi, Éditions Gaëtan Morin.
- Cormier, D., Brochu, S. et Bergevin, J. P. (1991). *Prévention primaire et secondaire de la toxicomanie*. Montréal: Éditions du Méridien.
- Cuffel, B. J. (1996). « Comorbid Substance Use Disorder: Prevalence, Patterns of Use and Course » dans R. E., Drake et K.T. Mueser (dirs.), *Dual Diagnosis of Major Mental Illness and Substance Disorder: Recent Research and Clinical Implications*. San Francisco, Jossey-Bass, p. 93-105.
- Curran, G. M., White, H. R. et S. Hansell (2000). « Personality, Environment and Problem Drug Use », *Journal of Drug Issues*, 30 (2), p. 375-405.
- DeJong, C. A. J., Van den Brink, W., Harteveld, F. M. et G. M. Van der Wielen (1993). « Personality Disorders in Alcoholics and Drug Abusers ». *Comprehensive Psychiatry*, 34, p. 87-94.

- DeWit, D. J., Silverman, G., Goodstadt, M. et G. Stoduto (1995). The Construction of Risk and Protective Factor Indices for Adolescent Alcohol and Other Drug Use. *Journal of Drug Issues*, 25(4), p. 837-863.
- Dubé, G. et C. Fournier (2007). « Consommation d'alcool et de drogues » dans Institut de la statistique du Québec (éd.), *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire 2006*. Montréal, Direction Santé Québec, p. 82-113.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F. D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A. et P. Lemman (2006). *School-Based Prevention for Illicit Drugs Use*. Italie, Bibliothèque Cochrane 1.
- Farrington, D. P. (2003). « Developmental and Life-Course Criminology: Key Theoretical and Empirical Issues – The 2002 Sutherland Award Address ». *Criminology*, 41(2), p. 221-255.
- Ferri, M., Amato, L. et M. Davoli (2006). « Alcoholics Anonymous and Other 12-step Programmes for Alcohol Dependence (Review) ». *Cochrane Database of Systematic Review*, 3.
- Grapendaal, M., Leuw, E. et H. Nelen (1995). *A World of Opportunities. Lifestyle and Economic Behavior of Heroin Addicts in Amsterdam*. New-York, State of University of New York Press.
- Guyon, L. et L. Desjardins (2005). « L'alcool et les drogues chez les élèves québécois de 12 à 18 ans » dans L. Guyon, S. Brochu et M. Landry (dirs.), *Les jeunes et les drogues*. Québec, Les Presses de l'Université Laval, p.1-37.
- Hammersley, R., Marsland, L. et M. Reid. *Substance Use by Young Offenders: The Impact of the Normalization of Drug Use in the Early Years of the 21st Century*. London, Home Office Research Study.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R., Abbo, R. et K.G. (1999). « Preventing Adolescent Health Risk Behaviors by Strengthening Protection During Childhood ». *Archives of Paediatrics and Adolescent Medicine*, 153, p. 226-234.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. et J. Y. Miller (1992). « Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implication for Substance Abuse Prevention ». *Psychological Bulletin*, 112(1), p. 64-105.
- Henderson, M., Galen, L. et J. Deluca (1998). « Temperament Style and Substance Abuse Characteristics ». *Substance Abuse*, 19(2), p. 61-70.
- Kassebaum, G. et S. M. (1994). Polydrug Use and Self Control Among Men and Women in Prisons. *Journal of Drug Education*, 24(4), p. 333-350.

- Landry, M. (2001). «L'effet global du traitement dans les centres de réadaptation en toxicomanie» dans M. Landry, L. Guyon et S. Brochu (dir.), *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie. Études québécoises*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 189-209.
- Landry, M., Brochu, S. et L. Nadeau, L. (2001). «L'évaluation du traitement en alcoolisme et toxicomanie portée: limites et conséquences», dans M. Landry, L. Guyon et S. Brochu (dirs), *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie. Études québécoises* Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 210-220.
- Leonard, L. et M. Ben Amar (2002). *Les psychotropes: pharmacologie et toxicomanie*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Lorch, B. D. et C. Y. Chien (1988). An Exploration of Race and its Relationship to Youth Substance Use and Other Delinquent Activities. *Sociological Viewpoints*, 4(2), p. 86-110.
- Lusher, J.M., Chandler, C. et D. Ball (2001). «Dopamine D4 Receptor Gene (DRD4) is Associated with Novelty Seeking (NS) and Substance Abuse: The Saga Continues...» *Molecular Psychiatry*, 6 (5), p. 497-499.
- Lusher, J.M., Ebersole, L. et D. Ball (2000). «Dopamine D4 Receptor Gene and Severity of Dependence». *Addiction Biology*, 5, p. 469-472.
- Merikangas, K. R., Stolar, M., Stevens, D. E., Goulet, J., Preisig, M. A., Fenton, B., Zhang, H., O'Malley, S. S. et B.J. Rounsaville (1998). «Familial Transmission of Substance Use Disorders». *Archives of General Psychiatry*, 55, p. 973-979.
- Nace, E. P., Davis, C. W. et J.P. Gaspari (1991). «Axis II Comorbidity in Substance Abusers». *American Journal of Psychiatry*, 148, p. 118-120.
- Newcomb, M. D. (1997). «Psychosocial Predictors and Consequences of Drug Use – A Developmental Perspective Within a Prospective Study». *Journal of Addictive Diseases*, 16(1), p. 51-89.
- Normand, N. et S. Brochu (1993). *Adolescents, psychotropes, activité criminelle, contexte environnemental*. Montréal, Centre international de criminologie comparée.
- Parker, H., Williams, L. et J. Aldridge (2002). «The Normalization of "Sensible" Recreational Drug Use: Further Evidence From the North West England Longitudinal Study». *Sociology*, 36(4), p. 941-964.
- Pearce, S. et D. Holbrook (2002). *Research Findings and Best Practices in Substances Abuse Treatment for Offenders. A Review of Literature*. North Carolina, Substance Abuse Advisory Council, 23.

- Pernanen, K., Brochu, S., Cousineau, M.-M. et F. Sun (2002). *Proportion des crimes associés à l'alcool et aux autres drogues au Canada*. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), p. 1-153.
- Plourde, C. et S. Brochu. *Drug Use During Incarceration: Prevalence, Patterns and Motivations for Canadian Inmates*. Communication présentée à la Third National Harm Reduction Conference, Miami, Floride.
- Plourde, C. et S. Brochu (2002). Drogue et alcool durant l'incarcération : examen de la situation des pénitenciers québécois. *Revue Canadienne de Criminologie*, 44(2), p. 209-240.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd L. L. et F. K. Goodwin (1990). « Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse: Results From the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study ». *Journal of American Medical Association*, 264, p. 2511-2518.
- Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fisher, B., Gnam, W., Patra, J., Popova, S., Samocinska-Hart, A. et B. Taylor (2006). *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002*. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT).
- Ripple, C. H. et S. S. Luthar, (1996). « Familial Factors in Illicit Drug Abuse: an Interdisciplinary Perspective ». *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 22, p. 1-17.
- Serman, N., Johnson, J. G., Geller, P. A., Kanost, R. E. et H. Zacharapoulou (2002). « Personality Disorders Associated with Substance Use Among American and Greek Adolescents ». *Adolescence*, 37, p. 1-11.
- Spooner, C., Howard, J. et R. Mattick (1996). *The Nature and Treatment of Adolescent Substance Abuse: Final Report of the Adolescent Treatment Research Project*. Nouvelle-Galles du Sud, National Drug and Alcohol Research Centre.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V. et K. M. Stackpole (2000). « School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis ». *Journal of Primary Prevention*, 20(4), p. 275-336.
- Tsuang, M. T., Lyons, M. J., Eisen, S. A., Goldberg, J., True, W., Lin, N., Meyer, J. M., Toomey, R., Faraone, S. V. et L. Eaves (1996). « Genetic Influences on DSM-III-R Drug Abuse and Dependence: A Study of 3,372 Twin Pairs ». *American Journal of Medical Genetics*, 67, p. 473-477.
- Wasserman, G. A., Keenan, K., Tremblay, R. E., Coie, J. D., Herrenkohl, T. I., Loeber, R. et D. Petechuk (2003). « Risk and Protective Factors of Child Delinquency ». *Child Delinquency*, Bulletin Series, avril, p.1-15.

- West, S. L. et K.K. O'Neal (2004). Project D.A.R.E. Outcome Effectiveness Revisited. *American Journal of Public Health*, 94 (6), p.1027–1030.
- Williams, R. J. et S. Y. Chang (2000). A Comprehensive and Comparative Review of Adolescent Substance Abuse Treatment Outcome. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, p. 138–166.
- Windle, M. (1990). «A Longitudinal Study of Antisocial Behaviors in Early Adolescence as Predictors of Late Adolescent Substance Use: Gender and Ethnic Group Differences». *Journal of Abnormal Psychology*, 99(1), p. 86-91.

Page laissée blanche intentionnellement

CHAPITRE 4

Éléments d'une sociologie des jeux d'argent

Serge Chevalier

INTRODUCTION

Dans le présent chapitre, nous traitons des jeux d'argent selon plusieurs facettes sociales et sanitaires et en adoptant une perspective résolument québécoise. Bien sûr, l'espace étant limité, des choix et des arbitrages difficiles ont dû être faits : aucun thème ne sera creusé à fond et certains sujets ne feront l'objet que d'une esquisse ne pouvant leur rendre justice. Dans tous les cas, nous avons tenté de fournir les références qui permettent aux lecteurs intéressés de forer davantage. Le texte représente la version écrite et augmentée d'une conférence commandée pour les Journées annuelles de santé publique de 2007. L'articulation du texte reflète la structure alors proposée par les organisateurs.

Le lecteur sera d'abord convié à une présentation des jeux d'argent. Que sont-ils ? Qu'en est-il des abus et des problèmes attribuables à la pratique des jeux d'argent ? Quel est le statut légal des différentes formes de jeu ? Et,

quel est le fardeau, pour la société québécoise en général, des problèmes de jeu et des coûts qui y sont associés ?

Avec le deuxième volet, il s'agit de décrire la situation actuelle selon trois axes: a) la participation aux jeux et aux problèmes qui s'ensuivent, b) les représentations sociales des jeux d'argent dans la population et c) l'évolution et les perspectives d'avenir des différents types de jeux d'argent. Nous verrons, dans le cadre du premier, à décortiquer notre objet selon qu'il s'applique à la population générale ou à des populations spécifiques, notamment identifiées à cause de leur plus grande propension à jouer ou à développer des conséquences délétères: les élèves du secondaire, les communautés autochtones et les communautés culturelles feront ainsi l'objet d'une attention particulière.

Dans la section suivante sera abordée toute la question des déterminants tant du jeu que des problèmes qui y sont liés. Le déterminant clé est la disponibilité des jeux tant par leur nature que par leur ampleur. C'est seulement une fois les jeux présents dans une population qu'entrent en action les trois autres déterminants: l'accessibilité des jeux, leur dangerosité et les caractéristiques des joueurs.

Pour clore l'exposé, une brève section traite des approches d'intervention.

D'emblée, le lecteur doit être informé que l'étude scientifique des jeux d'argent est tout à fait récente. L'appareillage théorique et conceptuel n'est pas encore parvenu à maturité, loin s'en faut. La communauté scientifique travaille encore à élaborer un paradigme explicatif et prédictif inclusif qui apparaîtrait convaincant et dominant à la majorité des chercheurs du domaine.

PRÉSENTATION DU PHÉNOMÈNE

Les jeux d'argent constituent d'abord et avant tout, et depuis fort longtemps, une famille d'activités ludiques associées au temps de loisir. Seules deux caractéristiques relient l'ensemble des jeux d'argent: d'une part, tous

les joueurs contribuent à une mise soit en argent, soit en « nature » à laquelle une valeur économique ou symbolique est attribuée (notamment, la face, voir à ce sujet Goffman, 1967, p. 9-43) et, d'autre part, au moins un des joueurs croit que l'issue du jeu est partiellement ou totalement déterminée par le hasard.

Les différences entre les jeux sont largement plus nombreuses et la théorisation des dimensions sociopsychologiques des jeux restent à faire. Il est cependant possible de déterminer certaines caractéristiques qui influent sur le nombre et le type de joueurs ainsi que sur leurs comportements de jeu. Ainsi, par exemple, l'accessibilité des jeux varie-t-elle selon le type de jeu : le Québec offre trois casinos, le bingo est disponible dans 268 salles (RACJ, 2007) et les produits de loteries sont écoulés dans 9 648 points de vente (Loto-Québec, 2007, p. 14). La durée des parties ainsi que la durée entre les parties varie d'environ 5 secondes dans le cas des loteries vidéo à deux tirages par semaines dans le cas du Lotto 6/49[®]. Certains jeux nécessitent des lieux aménagés spécifiquement, les loteries vidéo sont surtout localisées dans des bars. Les paris sur les courses de chevaux représentent davantage une activité sociale que la pratique des loteries vidéo, alors que le jeu sur Internet ne nécessite pas de sortir de chez soi. La relation entre la mise et les gains potentiels sont aussi d'une extrême variabilité : une mise de 2 \$ au Lotto 6/49[®] permet d'espérer un retour de l'ordre de 25 millions \$, une mise d'un dollar dans une loterie instantanée permet d'accéder à un gros lot qui ne dépasse pas 10 000 \$, le black jack permet de gagner une fois et demie la mise consentie, une mise de 2,50 \$ aux loteries vidéo donne accès à un gros lot de 500 \$. Bref, les disparités entre les jeux d'argent rendent virtuellement inutiles les données et les statistiques portant sur l'amalgame de l'ensemble des jeux. Le plus souvent, il convient, le plus souvent de traiter et d'analyser séparément chacun des jeux.

Abus et problèmes de jeu

Sur le plan socio-épidémiologique les jeux d'argent s'assortissent de deux formes d'abus : abus de jeu tant sur le plan de l'ampleur des mises engagées que sur celui du temps consenti à l'activité et abus des gogos notamment par la tricherie (le lecteur intéressé par ce deuxième type d'abus se référera à Chevalier, 2005).

Les problèmes de jeu que peuvent représenter les abus de mise ou de temps consacré à l'activité, à l'instar d'autres problèmes dits sociaux, sont médicalisés avec l'apparition en 1980 d'une première définition du jeu pathologique dans le DSM-III (Castellani, 2000, p. 52-53). Avec la révision du DSM-III en 1987 et davantage encore en 1994 avec la sortie du DSM-IV, le jeu pathologique est classé parmi les autres problèmes du contrôle des impulsions cependant que les manifestations et les critères diagnostiques retenus calquent ceux des dépendances (Castellani, 2000, p. 53-57). En ce moment, les problèmes de jeu n'incluent pas la notion d'abus, telle qu'on la trouve dans le cas de la consommation d'alcool ou de différentes drogues.

Au Québec, dans les milieux de santé publique, le concept de problème de jeu est celui le plus fréquemment observé. Sont inclus parmi les personnes qui ont un problème de jeu les joueurs pathologiques probables (selon la nomenclature du SOGS – Lesieur et Blume, 1987) ainsi que les joueurs à risque élevé (selon la nomenclature de l'ICJE – Ferris et Wynne, 2001). À ces deux catégories extrêmes, il est convenu d'ajouter les joueurs à risque (SOGS) et les joueurs à risque modéré (ICJE).

Statut du produit

Les jeux d'argent sont légalement définis et délimités dans le Code criminel (Gouvernement du Canada, 2008). Essentiellement, les paris sont permis tant et aussi longtemps qu'une tierce partie (quelqu'un d'autre que les parieurs) ne tire pas profit de l'activité. Le Code prévoit une dérogation dans le cas des provinces qui peuvent organiser, selon certains paramètres, des jeux d'argent pour le bénéfice de leurs trésors respectifs. Ainsi il existe trois types de jeux légaux : ceux directement organisés par l'État (au Québec, par Loto-Québec), ceux encadrés par l'État et pour lesquels un permis d'opération a été émis (au Québec, par la Régie des alcools, des courses et des jeux) et les jeux privés où aucune tierce partie ne tire de revenus. Toutes les autres formes de jeux d'argent sont illégales, incluant l'ensemble des jeux d'argent sur Internet. Plusieurs gouvernements autochtones estiment que la dérogation au Code criminel s'applique aussi à eux et qu'ils sont légitimés d'organiser, sur leurs territoires, des jeux d'argent selon les mêmes paramètres que ceux applicables aux provinces.

Plusieurs restrictions s'appliquent à la participation aux jeux d'argent au Québec, la principale est qu'il est interdit de laisser participer ou de vendre des jeux d'argent aux moins de 18 ans.

Fardeau de la maladie et coûts associés

Très peu d'informations sont disponibles à propos du fardeau des problèmes de jeu. Au Québec, de 1999 à 2005, le Bureau du Coroner a dénombré 211 cas de suicides associés aux jeux d'argent – une moyenne annuelle de 30 suicides (Bureau du Coroner, transmission spéciale). Toujours au Québec, en 2002-2007, 25 000 personnes ont été traitées pour un problème de jeu (Papineau, 2008). En 2002, la proportion des joueurs traités par rapport aux joueurs pathologiques dénombrés s'établit à 3,9 % (Chevalier et autres, 2005, p. 28). La mesure des coûts associés aux problèmes de jeu est à l'ordre du jour depuis 2000 (voir le numéro spécial de juin 2003 du *Journal of Gambling Studies* consacré au Symposium de Whistler tenu précisément sur ce thème) mais, pour l'instant, il ne se dégage aucun consensus sur les méthodes à utiliser. Les travaux théoriques se poursuivent et des avancées récentes permettront sans doute, dans un univers temporel pas trop éloigné, de mieux mesurer ces aspects (Anielski Management Inc., 2008). Au Québec, malgré l'offre de subventions de recherche spécifiquement destinées à estimer les coûts des problèmes de jeu, aucune publication n'est parue à ce jour.

DESCRIPTION DE LA SITUATION ACTUELLE

Notre description de la situation québécoise actuelle des jeux d'argent s'articule selon trois axes. Tous d'abord, nous traitons de la participation aux jeux et des problèmes de jeux. Quatre groupes retiennent tout particulièrement notre attention soit la population générale et trois sous-populations davantage vulnérables : les élèves du secondaire, les communautés autochtones et les communautés culturelles. Ensuite nous aborderons la question des représentations sociales relatives aux jeux d'argent pour clore cette section avec un aperçu de l'évolution, incluant les perspectives d'avenir, des jeux d'argent au Québec.

Prévalence du phénomène dans la population générale

Au Québec en 2002, 81 % des adultes ont participé à une forme ou à une autre de jeux d'argent. Ce sont 73 % des Québécois âgés de 18 ans et plus qui ont pratiqué des jeux étatisés et 48 % des jeux privés (figure 1). Les jeux étatisés les plus populaires sont les loteries : les deux tiers (65 %) des adultes ont acheté des loteries ordinaires et environ le tiers (37 %) ont gratté le latex des loteries instantanées. Les autres jeux n'atteignent pas ce niveau de popularité, les machines à sous dans les casinos ont attiré 16 % des Québécois et aucun autre jeu n'a éveillé l'intérêt de plus de 10 % de la population y incluant le bingo (9 %) et les loteries vidéo (8 %). Environ la moitié (48 %) des Québécois se sont adonnés à des jeux privés (figure 2) : les tirages sont de loin l'activité la plus populaire (40 %), les parties de carte en famille (11 %) sont les seuls autres jeux présentant un attrait substantiel (pour des raisons d'espace, nous limiterons les développements suivants aux seuls jeux étatisés).

FIGURE 1
PARTICIPATION DE LA POPULATION SELON LE JEU
– JEUX ÉTATISÉS (%), QUÉBEC, 2002

Courses de chevaux	1,9
Casino – roulette	2,4
Loterie sportive	2,4
Casino – poker	2,7
Casino – blackjack	2,9
Casino – keno	3,1
Loterie vidéo	7,8
Bingo	9,0
Loterie quotidienne	9,2
Casino - machine à sous	16,3
Loterie instantanée	37,0
Loterie ordinaire	65,3
Jeux étatisés	73,1

FIGURE 2
PARTICIPATION DE LA POPULATION SELON LE JEU
– JEUX PRIVÉS (%), QUÉBEC, 2002

Sport « <i>bookie</i> »	0,2
Internet	0,3
Autres paris sportifs	1,4
Pools sportifs	1,6
Bourse	2,2
Cartes (autres)	3,0
Jeux d'habileté	6,0
Cartes (familles)	10,5
Tirages	39,6
Jeux privés	47,7

Source : Chevalier et al., 2004

FIGURE 3
FRÉQUENCE DE PARTICIPATION DES JOUEURS
SELON LE JEU – (%), QUÉBEC, 2002

Casino - machines à sous	1,4
Casino - tables	3,0
Courses de chevaux	10,7
Loterie vidéo	14,1
Bingo	19,8
Loterie sportive	22,1
Loterie instantanée	22,1
Loterie quotidienne	35,7
Loterie ordinaire	45,8
Loterie - Total	47,8

Source : Chevalier et al., 2004

L'assiduité au jeu varie selon les jeux. Ainsi une proportion élevée des joueurs de loterie participent hebdomadairement atteignant 46 % dans le cas des loteries ordinaires (figure 3). Très peu de joueurs au casino s'y présentent à cette fréquence. Dans le cas des casinos, le phénomène s'explique sans doute par l'accessibilité géographique réduite, le Québec compte trois casinos. Dans le cas des autres jeux, aucune explication n'a encore été avancée pour expliquer la situation.

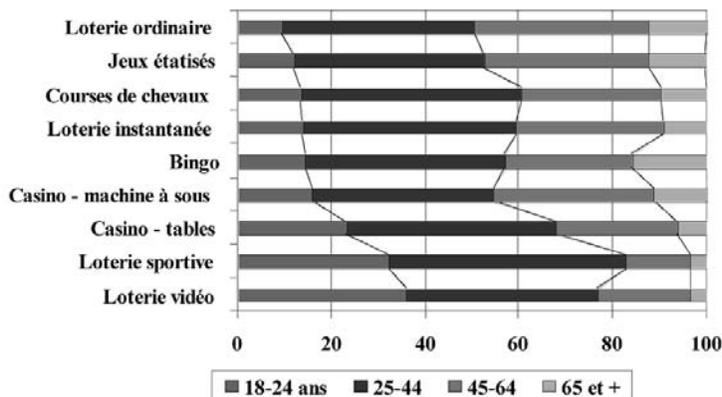
La participation aux différents jeux d'argent est typée selon le sexe, deux jeux seulement s'avèrent aussi populaire auprès des femmes que des hommes : les loteries ordinaires et les machines à sous dans les casinos (figure 4). Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à fréquenter les salles de bingo et à gratter les loteries instantanées. Les hommes sont davantage susceptibles que les femmes de parier sur les courses de chevaux, de s'asseoir aux tables de jeux des casinos, de s'installer devant les loteries vidéo dans les bars et ils sont résolument majoritaires dans la pratique des loteries sportives.

FIGURE 4
RÉPARTITION DES JOUEURS SELON LE JEU ET LE SEXE
– JEUX ÉTATISÉS (%), QUÉBEC, 2002

	homme	femme
Loterie sportive	88,6	11,4
Loterie vidéo	69,7	30,3
Casino - tables	61,5	38,5
Courses de chevaux	60,4	39,6
Casino - machine à sous	50,2	49,8
Jeux étatisés	48,9	51,1
Loterie ordinaire	48,7	51,3
Loterie instantanée	42,1	57,9
Bingo	32,0	68,0

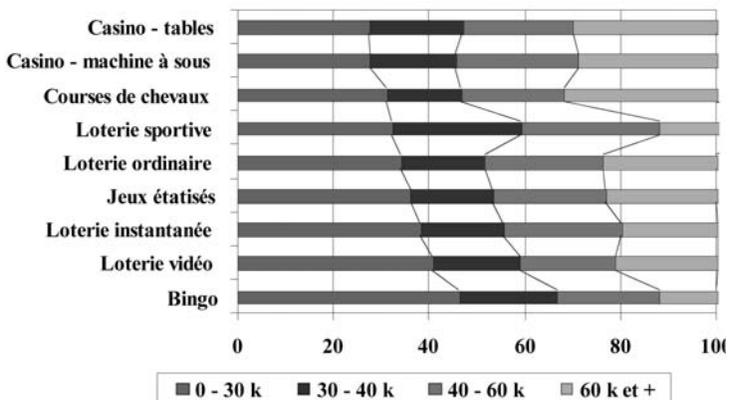
Source : Chevalier et al., 2004

FIGURE 5
RÉPARTITION DES JOUEURS SELON LE JEU
ET L'ÂGE (%) QUÉBEC, 2002



Source : Chevalier et al., 2004

FIGURE 6
RÉPARTITION DES JOUEURS SELON LE JEU
ET LE REVENU DU MÉNAGE(%) QUÉBEC, 2002



Source : Chevalier et al., 2004

L'âge représente aussi un fort déterminant de la participation aux différents types de jeux (figure 5). Les jeunes âgés de 18 à 24 ans sont largement surreprésentés dans la participation aux loteries vidéo, aux loteries sportives et autour des tables de jeux dans les casinos. Toutes proportions gardées, les 45-64 ans ne sont pas particulièrement attirés par les loteries sportives, mais affectionnent les machines à sous des casinos et les loteries ordinaires. Toujours relativement à leur poids démographiques, les 65 ans et plus sont particulièrement friands du bingo.

Les données relatives à la participation aux jeux selon le niveau socio-économique (tant le niveau de scolarisation que le revenu des ménages) révèlent des disparités considérables (figure 6). Nous retrouvons les personnes les moins favorisées économiquement (seules les données portant sur les revenus seront présentées ici) en plus grand nombre, proportionnellement, au bingo, assises devant les loteries vidéo et achetant des loteries instantanées. Ceux qui présentent un niveau de revenu moyen sont nombreux à parier sur les loteries sportives et à fréquenter les casinos (autant les machines à sous que les tables de jeux) et s'intéressent moins aux loteries vidéo que leur poids démographique ne le suggérerait. Les personnes dont le revenu du ménage est élevé sont davantage enclines à parier sur les courses de chevaux et à visiter les casinos; elles évitent par ailleurs les loteries sportives et le bingo.

Pour l'instant l'état d'avancement des connaissances ne nous permet que de constater les différences souvent frappantes de participation aux différents jeux d'argent selon plusieurs variables du domaine social. Nous fait encore défaut une théorie validée nous permettant de comprendre ou d'expliquer pourquoi les salles de bingo sont davantage fréquentées par des femmes, pourquoi les plus jeunes sont particulièrement attirés par les loteries sportives ou comment il se fait que les plus fortunés sont plus nombreux à miser sur les courses de chevaux.

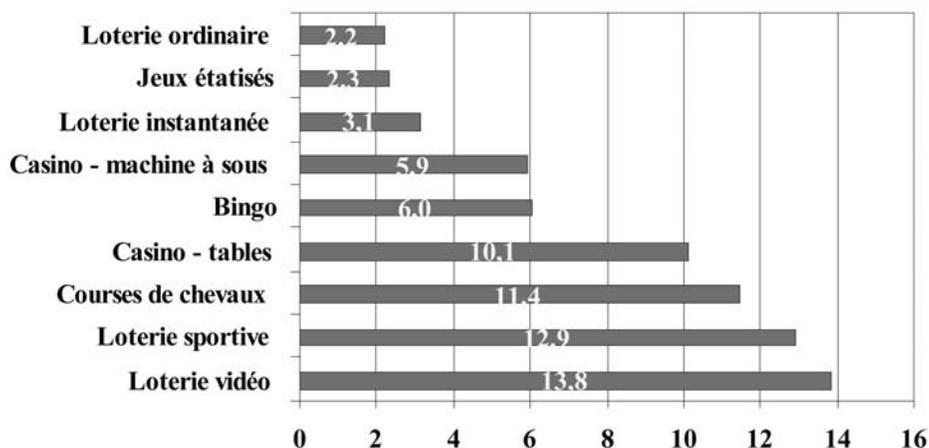
Une seule étude mesurant les comportements selon le jeu a été réalisée à jour, il ne nous est donc pas possible de traiter de l'évolution de la situation chez les adultes québécois.

Problèmes de jeu dans la population générale

Il est important d'insister, dans le cas des problèmes de jeu, seules les analyses selon le jeu sont totalement pertinentes. L'amalgame des jeux induit des biais et rend difficilement interprétables les données. Ainsi donc, il convient de rendre compte des problèmes de jeu seulement pour les personnes qui s'adonnent à un jeu.

Bien que, comme nous l'avons vu déjà, les loteries ordinaires soient les jeux les plus populaires au Québec, force est de constater que c'est parmi les joueurs de ce type de jeu que nous observons la proportion la moins élevée de personnes aux prises avec un problème de jeu (2,2 % – figure 7). Les loteries instantanées, deuxième jeu en popularité, regroupent aussi parmi ses aficionados un faible taux de personnes qui ont un problème de jeu (3,1 %). À l'autre bout du spectre de dangerosité, nous trouvons les loteries vidéo (13,8 %), les loteries sportives (12,9 %), les courses de chevaux (11,4 %) et les jeux de table des casinos (10,1 %) qui affichent des taux particulièrement élevés de problèmes de jeu parmi leurs participants respectifs. L'explication de ces disparités considérables est imparfaitement connue, nous y reviendrons plus loin.

FIGURE 7
PROBLÈME DE JEU CHEZ LES PARTICIPANTS DE DIFFÉRENTS
JEUX - JEUX ÉTATISÉS (%), QUÉBEC, 2002



Populations particulières – les élèves du secondaire

Les jeunes, particulièrement les élèves du secondaire, sont considérés comme des populations vulnérables eu égard au développement d'un problème de jeu. La participation des élèves du secondaire aux jeux d'argent se distingue souvent de celle des adultes et est en pleine évolution.

Parmi les jeux étatisés, en 2006, quatre sont pratiqués par un nombre conséquent de jeunes (figure 8) : les loteries instantanées (17 %), le bingo (10 %), les loteries ordinaires (8 %) ainsi que les loteries vidéo (4,5 %). À comparer aux adultes québécois, les élèves du secondaire participent autant au bingo et leur présence devant les loteries vidéo est essentiellement du même ordre de grandeur. Les élèves participent environ à moitié moins que les adultes aux loteries instantanées; les loteries ordinaires présentent la disparité la plus notable. Rappelons au passage qu'au Québec, il est interdit de vendre des produits de loteries aux mineurs, qu'il est illégal aussi de laisser jouer ces même mineurs aux loteries vidéo et au bingo. À cet égard, la participation des jeunes à des activités qui normalement devraient leur être inaccessibles demeure importante même si, pour tous les jeux susmentionnés, cette participation a largement décrû depuis 2002 (figure 9). La décroissance la plus radicale s'observe pour les loteries instantanées alors que la proportion des joueurs a chuté de 37 % en 2002 au seuil de 17 % en 2006.

FIGURE 8
PROBLÈMES DE JEU CHEZ LES PARTICIPANTS
DE DIFFÉRENTS JEUX – JEUX ÉTATISÉS (%), QUÉBEC, 2002

	Élèves	Adultes
Loterie vidéo	4,5	7,8
Loterie ordinaire	8,4	65,3
Bingo	9,7	9,0
Loterie instantanée	16,9	37,0

Source : Chevalier et al., 2004

FIGURE 9
PARTICIPATION DES ÉLÈVES DU SECONDAIRE
SELON LE JEU – JEUX ÉTATISÉS (%), QUÉBEC

	2006	2004	2002
Loterie vidéo	4,5	7,1	8,1
Loterie ordinaire	8,4	9,8	14,2
Bingo	9,7	13,2	14,0
Loterie instantanée	16,9	26,4	37,3

Source : Martin et al., 2004, Chevalier et al., 2004

A *contrario* des jeux étatisés, il n'est pas illégal pour les mineurs de participer aux jeux privés qui ne sont pas illégaux en soi (comme les jeux d'argent sur Internet). Ces sont les jeux de cartes que les jeunes affectionnent le plus (21 % – figure 10), suivis des paris sur les jeux d'habiletés (14 %), des paris sportifs (13 %) et des jeux d'argent sur Internet (3,4 %). Par rapport aux adultes les jeunes sont tout aussi nombreux, en proportion, à parier sur les événements sportifs. Les jeunes sont environ deux fois plus nombreux que les adultes à jouer aux cartes pour de l'argent ainsi qu'à miser sur des jeux d'habileté. Bien que faible en soi, la proportion d'élèves du secondaire à participer à des jeux d'argent sur Internet surpasse considérablement celle des adultes – il faut cependant noter que l'estimation du comportement des adultes provient de données colligées en 2002 et qu'en matière d'Internet la situation a pu évoluer notablement depuis lors. La participation des jeunes aux jeux d'argent privés n'a que très peu changé de 2002 à 2006 (figure 11).

FIGURE 10
PARTICIPATION DES ÉLÈVES DU SECONDAIRE
ET DES ADULTES SELON LE JEU – JEUX PRIVÉS (%), QUÉBEC

	Élèves	Adultes
Jeux d'argent sur Internet	3,4	0,3
Paris sportifs privés	12,6	12,4
Jeux d'habiletés	14,2	6,0
Jeux de cartes	20,8	11,4

Source : Martin et al., 2004, Chevalier et al., 2004

FIGURE 11
PARTICIPATION DES ÉLÈVES DU SECONDAIRE
SELON LE JEU – JEUX PRIVÉS (%), QUÉBEC

	2006	2004	2002
Jeu d'argent sur Internet	3,4	4,7	3,7
Paris sportifs privés	12,6	13,9	12,6
Jeux d'habiletés	14,2	19,5	17,7
Jeux de cartes	20,8	23,2	21,0

Source : Martin et al., 2004, Chevalier et al., 2004

Il est dommage de ne pas disposer d'une mesure directe des problèmes de jeu chez les jeunes au Québec. Il est plus ennuyeux encore que les données disponibles soient agrégées plutôt que présentées selon chacun des jeux. Selon tout état de fait, la proportion des joueurs habituels, ceux qui jouent au moins une fois par semaine à l'un ou à l'autre des jeux d'argent, représente un indicateur tout à fait adéquat de la proportion de jeunes qui ont un problème de jeu (Chevalier et autres, 2005). Au Québec, en 2006, 6 % des élèves du secondaire atteignent les critères des joueurs habituels. En reportant cette proportion sur les seuls jeunes qui participent à un jeu d'argent ce sont 17 % des joueurs parmi les élèves du secondaire qui auraient un problème de jeu. Il s'agit là d'une proportion largement supérieure à celle observée chez les adultes (2,1 %). Il faut cependant noter que la situation semble s'améliorer depuis 2002, alors que l'on dénombre moins de joueurs habituels; la proportion des joueurs habituels par rapport au total des joueurs est, quant à elle, demeurée stable.

Populations particulières – les communautés autochtones

Les membres des communautés autochtones sont considérés comme plus à risque de développer des problèmes de jeu (Chevalier, 2008a, p. 7-8). Deux études menées auprès des populations autochtones du Québec nous permettent de documenter partiellement les comportements reliés aux jeux d'argent. En 2003, 64 % des Cris de la Baie James (Iiyiyiu Aschii) ont participé à l'un ou l'autre des jeux d'argent (Chevalier, 2008a, p. 15); une proportion comparable des Inuits du Nunavik (60 %) ont fait de même

(Chevalier, 2008b). Trois jeux sont particulièrement prisés par les Cris: le bingo (45 %, les loteries instantanées (43 %) et les loteries ordinaires (39 %) (figure 13). Chez les Inuits, seule la participation à deux jeux a été mesurée: les loteries instantanées (42 %) et le bingo (36 %) (figure 12). Les pratiques de jeux apparaissent sensiblement disparates selon les différentes communautés; bien que les loteries instantanées semblent convenir autant à tous, le bingo est nettement plus populaire dans les communautés nordiques que dans le sud du Québec; cela à l'instar des loteries vidéo qui sont environ trois fois plus populaires chez les Cris (25 %) que dans le sud (8 %). Inversement, les loteries ordinaires sont davantage appréciées dans le sud (65 %) qu'au nord (39 % chez les Cris). Le cas de la fréquentation des casinos mérite une attention particulière: alors que 16 % des Québécois du sud fréquentent un casino, nous observons au taux similaire de fréquentation (16 %) chez les Cris alors que la distance avec le plus proche casino est d'au moins 1000 km; Couchees (2005) fournit l'hypothèse que la plupart des visites au sud sont assorties d'une visite au casino, site touristique incontournable pour les Cris en visite à Montréal.

Sur le chapitre des problèmes de jeu, nous dénombrons 2,1 % des joueurs du sud aux prises avec un problème de jeu, cette proportion s'élève à 14,3 % chez les Cris (la taille échantillonnale ne permet pas d'analyse selon chacun des jeux) alors que 22 % des Inuits estiment passer trop de temps ou dépenser trop d'argent au jeu (aucun instrument mesurant les problèmes de jeu n'a été utilisé dans cette étude).

FIGURE 12
NIVEAU DE PARTICIPATION DES ÉLÈVES DU SECONDAIRE
AUX JEUX D'ARGENT (%), QUÉBEC

	2006	2004	2002
Non-joueurs	63,9	54,9	48,9
Joueurs occasionnels	30,1	36,1	43,0
Joueurs habituels	6,0	9,0	8,1

Source : Martin et al., 2004, Chevalier et al., 2004

FIGURE 13
PARTICIPATION DES ÉLÈVES DU SECONDAIRE
SELON LE JEU – JEUX PRIVÉS (%), QUÉBEC

	Québec	Cris	Inuits
Loterie vidéo	7,8	25	
Bingo	9,0	45	36,0
Casino - machine à sous	16,0	16	
Loterie instantanée	37,0	43	41,5
Loterie ordinaire	65,3	39	

Source : Chevalier et al., 2004, Chevalier 2008a et 2008b

Populations particulières – les communautés culturelles

Le plus souvent, les communautés culturelles, immigrantes ou minoritaires affichent globalement des proportions plus élevées de personnes présentant un problème de jeu (Papineau et autres, 2005, p. 6-9). Une étude récente auprès des communautés immigrantes d'origine maghrébine, centre-américaine, haïtienne et chinoise de Montréal nous permet de lever un tant soit peu le voile sur certaines pratiques de jeu. Le premier constat est que les représentations et les pratiques des jeux varient amplement selon la communauté de référence. Un deuxième résultat transnational est que les pratiques des jeunes ont tendance à se distinguer de celles de leurs aînés.

Pour les Maghrébins, le plus souvent des musulmans, le jeu est, selon la doctrine, une activité improductive et, en tant que telle, s'apparente au péché. Lorsque les mises sont peu importantes, il ne s'agit plus alors d'un jeu d'argent. Ainsi, le jeu est-il toléré, sinon permmissible. Bon nombre s'adonnent aux jeux de cartes, aux loteries ordinaires et même aux loteries vidéo. Le jeu représente aussi une manière de socialiser et de communiquer avec les membres de la société d'accueil en vue de réduire l'exclusion. Pour les Chinois, les jeux traditionnels conservent leur attrait chez les plus âgés, mais les pratiques incluent désormais les jeux de casinos – notamment les tables de jeux. Les plus jeunes miseront autour des tables de jeu des casinos, mais aussi sur les loteries vidéo et sur certains jeux d'habileté. Pour les Chinois on joue pour gagner de l'argent ou, dans une moindre mesure, pour le plaisir, pour tenter sa chance ou pour relever des défis stratégiques.

Dans la communauté haïtienne, les loteries sont populaires sous toutes leurs déclinaisons; il en de même des jeux de cartes (notamment le poker) et de la fréquentation du casino. Inexplicablement, la pratique des dominos, fréquente en Haïti, semble pratiquement absente ici. La motivation des Haïtiens à jouer provient surtout de valeurs de convivialité, même dans le cas des loteries qui, chez les moins jeunes, peuvent associer une saveur sur-naturelle. L'enrichissement apparaît aussi au haut de la liste des motifs de participation au jeu. Les communautés centro-américaines semblent avoir les activités les plus diversifiées et préfèrent, pour leur part, les loteries, le bingo, les loteries vidéo, les dominos et les cartes. Les jeux se pratiquent sous l'égide des passions; il s'agit d'activités associées à la famille et aux festoiments. (Le matériel présenté dans ce paragraphe provient de Papineau et collègues, 2005, p. 19-29.)

Représentations sociales

Une étude quelque peu complète des représentations sociales autour des jeux d'argent nécessiterait plusieurs tomes. Ici encore, il faut réitérer que, bien qu'il existe certaines perceptions qui puissent être partagées pour tous les jeux d'argent, les représentations s'appliquent davantage à chacun des jeux spécifiques. Ainsi, si pour certains le poker est associé aux cow-boys ou à une certaine faune marginale et criminalisée, on associe rarement le bingo au Far-West ou aux milieux de la pègre. On associera les casinos, ou le baccara en particulier, à James Bond ou au jet-set de ce monde alors que les « gratteurs » (les loteries instantanées) n'évoquent pas fréquemment ces images et ces mythes. Pour l'instant nous limiterons nos propos aux motifs de la participation au jeu (cf. Chevalier et autres, 2002).

Gagner de l'argent – Il s'agit d'un des motifs les plus courants de la participation aux jeux. Plus les mises sont importantes, davantage gagner de l'argent sera au cœur des raisons de jouer.

Mécanisme financier – Lorsque les mises sont minimales et que les lots sont petits, le jeu sera utilisé par certains comme un mécanisme financier de redistribution de la richesse (Light, 1977; Drake et Cayton, 1993).

Moyen de socialisation – Plusieurs jeux permettent à des personnes de se regrouper et à des groupes de se retrouver, de se reconnaître entre eux et de partager certaines expériences de jeux ou des espaces sociaux. Il en va notamment ainsi dans le cas du bingo (Chapple et Nofziger, 2000), dans celui des paris sur les courses de chevaux (Newman, 1968) ou encore dans celui des combats de chiens (Evans et autres, 1998).

Expérimenter des émotions – L'incertitude est la première source d'émotion associée aux jeux d'argent et a été documentée dans la littérature scientifique il y a déjà plus d'un siècle (France, 1902). Tous les jeux peuvent être source d'émotions pour certains même si l'image projetée semble paisible comme dans le cas du bingo (Dixey, 1987).

Jouer à des fins caritatives – Le jeu privé le plus populaire est le tirage sous toutes ses formes. Qui de nous n'a jamais été sollicité pour participer à un tirage en vue de financer le club social au bureau, la Loto-Pompier, une activité scolaire ou un club sportif quelconque.

Essayer ou expérimenter – L'expérimentation se retrouve en deux familles de circonstances : en situation de socialisation surtout chez les jeunes (Geoffrion, 2001) ou lorsque l'offre de jeu se développe : lorsque s'ouvre un casino, lorsqu'une nouvelle loterie instantanée est mise en marché voire en situation d'immigration alors que de nouvelles occasions deviennent accessibles aux néo-arrivants (Chevalier, 2005).

Divertissement, occupation, passe-temps – Les jeux d'argent s'inscrivent, pour la plupart et comme leur nom l'indique, dans le domaine ludique et la sphère des loisirs. On joue pour s'amuser et l'énoncé s'applique à bon nombre des participants aux jeux d'argent (Crespi, 1956 ; Martignoni-Hutin, 1994). Le passe-temps peut se transformer en passion, le divertissement en fuite.

Développer ou utiliser des habiletés – En soi, les jeux d'habiletés sur lesquels on parie entrent dans cette catégorie : les gageures sur les parties de billard. Certains jeux où le hasard joue un plus grand rôle possèdent aussi des facettes faisant appel à la connaissance ou à la stratégie ; la maîtrise de ces facettes intéresse plusieurs joueurs : les aspects psychologiques du poker, l'analyse consciencieuse des entrées d'une course de chevaux, etc.

Consommer – Étant donné les efforts de publicité déployés autour des casinos, une visite dans ces espaces ludiques et touristiques peut s'inscrire dans un contexte d'hyperconsommation (Ritzer, 2001, p. 222-235). Les stratégies de mise en marché des loteries instantanées, les « gratteurs », en font aussi des objets de consommation impulsive.

Esthétisme – Certains joueurs vont gratter leurs loteries instantanées selon une méthode ritualisée, avec lenteur et application, sans jamais dépasser un périmètre qu'ils se sont eux-mêmes fixé. Des joueurs assidus de bingo sont susceptibles d'être outillés d'un équipement idoine de tampons encreurs aux couleurs expressément sélectionnées, rangés dans un sac particulier contenant aussi certaines figurines auxquelles on associe ou non une valeur de gri-gri. L'esthétisme dans les jeux d'argent fait aussi référence au coup bien joué dans certains jeux où les habiletés sont nécessaires ; le bluff au poker représente un lieu d'esthétisme.

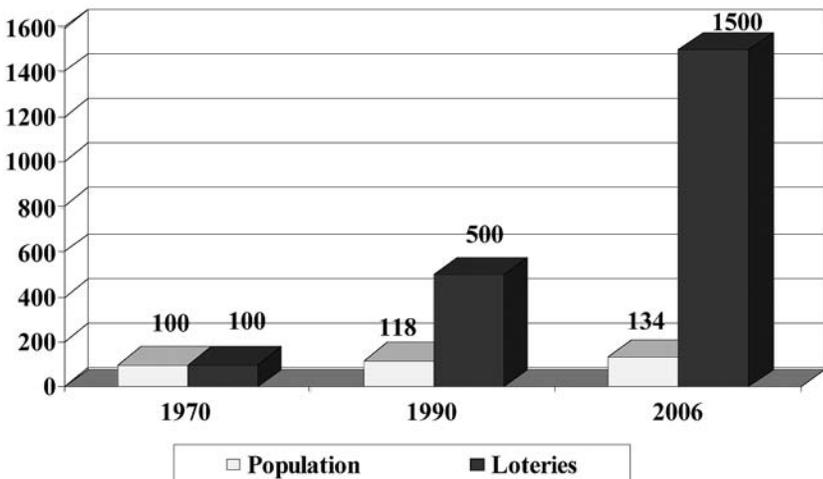
Expérience religieuse ou spirituelle – Gagner à un jeu d'argent signifie pour certains joueurs être un élu ; il faudra jouer de nouveau pour savoir si l'on fait encore partie de ces élus ; dans le cas d'une perte, il faudra aussi rejouer afin de vérifier si les insondables voies des déités se sont modifiées en notre faveur (Chevalier, 2005). La sélection des numéros de loterie peut aussi être étayée spirituellement avec l'aide d'une communication codée, par l'intermédiaire de nos rêves, avec certains de nos chers disparus (Chevalier, 2005).

Évolution des types de produits

Depuis la création de Loto-Québec en 1969 et les premiers tirages en 1970, l'offre de jeux étatisés a rapidement crû et s'est considérablement diversifiée. Sur le chapitre des loteries ordinaires (désormais dites sur terminal), Loto-Québec propose, en 1970, des tirages sur une base de 156 par an. En 2006 nous en dénombrons 2185 (tableau 1). De 1970 à 2006, et pour fournir une idée de l'augmentation de cette offre spécifique de jeu, la population adulte du Québec a crû de 34 % alors que la croissance du nombre de tirages s'élève à 1400 % (figure 14). En 1970, Loto-Québec ne proposait ni loterie quotidienne, ni loterie sportive, ni loterie télévisée, ni loterie

instantanée non plus que de loterie multimédia. Ces produits sont apparus au fil des années et, en 2006, nous comptons cinq loteries quotidiennes, trois loteries sportives, deux loteries télévisées, trois loteries multimédias et plus de 50 loteries instantanées différentes qui sont mises en marché annuellement – à tout moment de l'année une trentaine de ces loteries sont disponibles sur le marché.

FIGURE 14
ÉVOLUTION RELATIVE DE L'OFFRE DE JEU
(TIRAGES DE LOTERIE) ET DE LA POPULATION
– QUÉBEC, 1970 À 2006

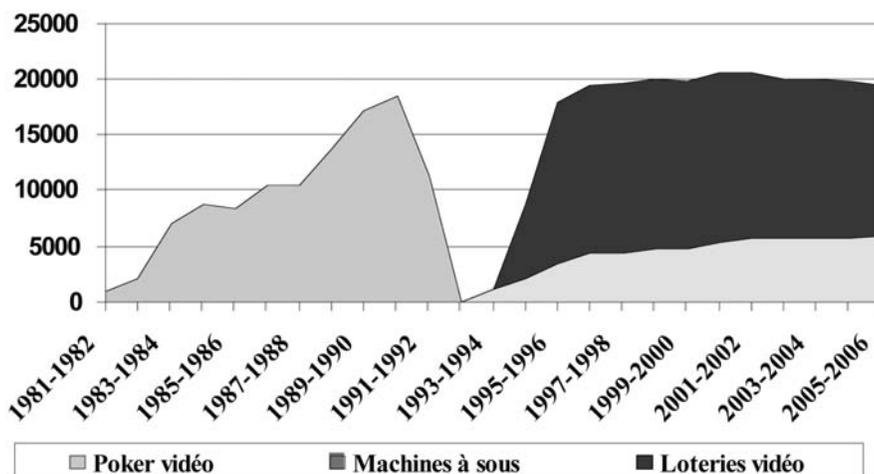


Sources : Loto-Québec, www.loto-quebec.com.

En 1970, le seul autre jeu étatisé offert est le pari sur les courses de chevaux; le Québec dispose alors de cinq hippodromes d'envergure. En 2006, il ne reste plus en opération que quatre de ces hippodromes, mais 18 salons de paris sur les courses de chevaux avaient vu le jour. Par ailleurs, la société d'État a ouvert trois casinos dont la capacité totale atteint les 8000 places de jeu – environ 5800 machines à sous et 220 tables de jeu. Entre-temps aussi, Loto-Québec a commencé à offrir du bingo à hauteur de 730 parties par année en 2006. Mais le type de jeu étatisé qui a connu le plus grand essor est celui des loteries vidéo. De 1980 à 1991, le Québec a émis des licences pour

des appareils de divertissement bien connus sous le nom de vidéo poker. Ces machines ont essaimé et le nombre de licences émises a atteint près de 20 000 au début des années 1990 (figure 15). Ces appareils ne devaient pas offrir aux gagnants de prix en argent (seulement des parties gratuites), or, plusieurs d'entre eux ont été détournés de leur fonctionnement prévu et ont été utilisés illicitement. Parallèlement, a fleuri un marché d'appareils illégaux, en opération sans licences. Le nombre total des machines légales et illégales aurait atteint de 25 000 à 30 000 unités. Le gouvernement a décidé de retirer du marché ce type d'appareil et a mandaté Loto-Québec pour développer ce marché. Celle-ci a commencé à occuper cette niche en 1993 ; l'offre antérieure en appareil électronique de jeu était égale après quelques mois seulement d'opération et a été dépassée après deux ans à peine. En 2001, l'offre de jeu atteignait 21 000 unités environ. De 2001 à 2004, le nombre d'appareils est resté sensiblement le même au Québec, alors que la réduction du nombre d'appareils de loterie vidéo disponibles dans les bars était compensée par l'augmentation de la quantité des machines à sous offertes dans les casinos.

FIGURE 15
APPAREILS ÉLECTRONIQUES DE JEUX LÉGALEMENT
EN SERVICE



En 2006, Loto-Québec prévoyait l'ouverture de quatre salons de jeux, deux ont vu le jour en 2008, un a vu sa vocation modifiée en casino dont l'ouverture est prévue pour 2009, le sort du quatrième est inconnu au moment d'écrire ces lignes.

Une autre façon de mesurer l'essor des jeux étatisés consiste à analyser les dépenses engagées par les joueurs dans les différents jeux. Dans les années 1960, au Québec, les dépenses de jeu ne dépassent pas 100 000 millions de dollars (figure 16); en 2006, ces dépenses atteignent trois milliards de dollars – le tout calculé en dollars courants. Des années 1960 au début des années 1980, le pari mutuel, c'est-à-dire sur les courses de chevaux, constitue la plus grande part des dépenses de jeu. De 1980 à 1992, la popularité des courses de chevaux régresse constamment (cette tendance se poursuit d'ailleurs jusqu'à aujourd'hui) alors que celles des loteries est en constante augmentation. En 1993, les casinos apparaissent dans l'offre de jeu québécoise, le succès est immédiat, mais n'affecte nullement le rendement des loteries dont les revenus continuent de croître jusqu'en 2005. En 1995, les loteries vidéo complètent l'offre de jeu. Le succès économique se fait aussi sentir très rapidement. L'apparition de ce « nouveau » jeu ne produit aucun recul dans les ventes de loteries et les casinos rapportent davantage encore d'argent. Bref, l'offre additionnelle de jeu durant la période allant de 1993 à 2003 correspond tout simplement à de nouvelles dépenses de jeu. À partir de 2004, les dépenses de jeux stagnent tant pour les loteries et les loteries vidéo que pour les casinos. En 2007, les dépenses pour les loteries vidéo ont périclité d'environ 15 % suite à l'adoption d'une loi interdisant de fumer, notamment dans les bars et autres lieux où sont logés les appareils (Loto-Québec, 2007, p. 5).

Perspectives d'avenir

À ce moment, l'industrie du bingo et plus encore celle des courses de chevaux connaissent des difficultés d'importance. La loi sur le bingo a été modifiée en 2008 afin notamment de relancer cette activité. Les hippodromes québécois ont été privatisés en 2007 et le sort des courses sur piste au Québec est désormais incertain (Couture, 2008). Les paris hors pistes sur les courses de chevaux semblent aussi péricliter.

Parmi les jeux étatisés, les loteries, les loteries vidéo et les casinos semblent stagner. Loto-Québec a récemment implanté plusieurs mesures en vue d'augmenter les revenus. La Lotto 6/49® a doublé de prix à l'achat en 2007 afin de permettre des gros lots plus substantiels atteignant plus souvent la barre des 20 000 000 \$; le nombre de billets vendus de cette loterie particulière a décliné mais les revenus ont augmenté. Loto-Québec a aussi lancé une nouvelle loterie en 2005, Joker®, en lieu et place d'une loterie récente qui n'a pas fonctionné selon les attentes de la société d'État – L'ours chanceux®. En 2005, Loto-Québec crée une filiale, la Société des salons de jeux du Québec, sabordée en 2008. Les salons de jeux étant un concept de regroupement selon lequel un nombre important d'appareils de loteries vidéo (au moins une centaine et jusqu'à 1500) sont regroupés sous un même toit; trois des quatre Ludoplex®, le nom commercial choisi pour ce concept, devaient être joints à des hippodromes. Tout cela faisant suite à une tentative de déménagement du Casino de Montréal sur l'île de Montréal même (Chevalier, et autres, 2006). Tout récemment, au début de 2008, les casinos du Québec ainsi que les deux Ludoplex® ont commencé à offrir du poker de type Texas Hold'em. Le futur proche sera sans doute émaillé d'autant de nouvelles tentatives de mise à jour des produits et sans doute même du lancement de produits inédits.

Deux développements récents d'importance dont on peut subodorer l'essor sont apparus: le poker et les jeux d'argent sur Internet.

Le poker a connu depuis le début des années 2000 une extraordinaire croissance dans le monde occidental. Bien que nous ne disposions pas de données globales et complètes pour le Québec, certains indicateurs nous permettent d'estimer l'engouement actuel pour ce jeu. En 2007, l'Association des joueurs de tournois de poker a vu le jour; le nombre de membres est passé de 1800 joueurs en septembre 2007 à plus de 15 000 en mai 2008 (Chevalier et Pastinelli, 2008) – cela évidemment sans compter les joueurs qui ne font pas partie de cette association. Du 25 octobre 2007 au 22 avril 2008, la Ligue de tournoi de poker du Québec a tenu sous son égide 8880 tournois à travers le Québec (Chevalier et Pastinelli, 2008) – les tournois de poker étaient essentiellement inouïs avant 2005. Il existe aussi plusieurs autres ligues au Québec et plusieurs bars offrent du poker de manière autonome. Les casinos du Québec ont ajouté le poker à leur offre de jeu en

janvier 2008; les Ludoplex® ont emboîté le pas en mai à Québec et en juin à Trois-Rivières. Depuis 2007, plusieurs salons de poker ont ouvert leurs portes sur les territoires autochtones de Kahnawake, Uashat et Maliotenam ainsi que Pessamit (Chevalier et Pastinelli, 2008). Il est permis de soutenir l'hypothèse que le poker ne représenterait pas qu'une vogue éphémère. Métaphore de la vie et de la société occidentale, le poker correspond bien aux valeurs dominantes dans nos sociétés dont l'individualisation des comportements et la dissipation des valeurs de solidarité (Chevalier et Pastinelli, 2008). Le poker fournit aussi l'occasion de remédier à la perte de sens observée dans nos sociétés postmodernes, que ce soit par la prise de risque monétaire ou autre ou encore par la théâtralisation et les rituels associés au poker : l'adoption de surnoms de joueurs ou la création d'un avatar dans le cas du poker sur Internet n'en sont que deux exemples (Chevalier et Pastinelli, 2008).

Les jeux d'argent sur Internet constituent une deuxième avenue de développement probable. Sur le plan de l'offre de jeu, nous constatons déjà que toutes les formes de jeux d'argent y sont offertes. Sur le plan technique, il existe de moins en moins de freins à l'envolée de cette manière de jouer : les logiciels de jeux sont à point, ils sont diversifiés pour convenir à plusieurs types de clientèle, les logiciels de gestion de transactions monétaires sont disponibles et relativement sécuritaires. Une proportion croissante de la population possède un accès à un ordinateur et à un branchement Internet. Sur le plan symbolique, une portion significative de la population hésite encore à transiger de l'argent sur Internet, mais cette proportion décroît avec le temps. Sur le plan légal, peu de pays autorisent présentement l'implantation de jeux sur Internet sur leur territoire – la situation évolue rapidement à cet égard dans la zone Euro. Cette situation légale influe à son tour sur le plan symbolique en posant avec acuité la question de la confiance dans le fournisseur de jeux : peu de compagnies traditionnellement associées aux jeux d'argent et de réputation impeccable offrent leurs services sur la toile.

DÉTERMINANTS

Les déterminants de la participation aux jeux d'argent sont essentiellement les mêmes que ceux des problèmes de jeu. La nature et l'ampleur des jeux disponibles en conjonction avec leur accessibilité et leur dangerosité concourent avec les caractéristiques personnelles de joueurs à favoriser la participation aux jeux et à augmenter la probabilité de développer un problème de jeu (tous les développements de cette section sont tirés de Chevalier et Papineau, 2007). La prévention des problèmes de jeu peut cibler chacun de ces déterminants.

Nature et ampleurs des jeux disponibles

À la limite, si un jeu n'est pas disponible dans une société ou une région donnée, nul ne peut jouer et, *a fortiori*, développer un problème de jeu. Inversement, et jusqu'à la saturation du marché, plus l'offre de jeu est substantielle, plus la proportion de joueurs augmente dans une population. Les problèmes de jeu sont liés à la nature et à l'ampleur de l'offre de jeu.

Accessibilité

La participation et le développement de problèmes de jeu sont associés à l'accessibilité des jeux : plus l'accessibilité croît, plus grande sera la participation et plus nombreuses seront les personnes à développer un problème de jeu. En matière de jeux d'argent, et même si l'accessibilité varie d'un jeu à un autre, nous pouvons identifier cinq dimensions à ce construit : les accessibilités géographique, temporelle, économique, légale et symbolique.

L'*accessibilité géographique* fait référence à la distance à parcourir, à la disponibilité des moyens de transport et à la difficulté de se déplacer. Étant donné qu'il y a trois casinos au Québec et plusieurs milliers de points de vente de produits de loterie, la distance moyenne à parcourir pour jouer au casino sera plus grande et, découlant, l'accessibilité géographique moindre. Les autobus nolisés vers les casinos visent à fournir un moyen de transport à une portion de la clientèle pour qui l'accessibilité géographique serait un

frein à la participation. Les conditions climatiques particulièrement défavorables (les canicules ou les tempêtes) sont aussi des facteurs inhibant l'accessibilité géographique. Ce sont les jeux d'argent pratiqués sur Internet par les personnes équipées à leur domicile d'un ordinateur et d'un accès Internet qui sont les plus accessibles d'un point de vue géographique.

L'accessibilité temporelle s'attarde à trois éléments : le temps de transport, le temps de jeu et les horaires de disponibilité des différents jeux. Dans un milieu urbain, le temps de transport nécessaire pour avoir accès à un appareil de loterie vidéo est probablement court, cela n'est pas forcément le cas pour quelqu'un qui veut parier sur les courses de chevaux. Le temps de loisir étant limité pour la plupart d'entre nous, de longs déplacements freinent la participation de certains. La durée de jeu varie aussi selon le jeu : gratter une loterie instantanée prend de quelques secondes à deux ou trois minutes tout au plus et un programme de bingo se déroule sur une période de deux à trois heures. Les horaires d'ouverture diffèrent aussi selon les jeux : deux des trois casinos du Québec sont ouverts 24 heures par jour, 365 jours par année; les loteries vidéo sont disponibles selon les heures d'ouverture des commerces qui les hébergent jusqu'à concurrence d'une période allant de 8 h à 3 h le lendemain matin; les tournois de poker se déroulent sur plusieurs heures, mais la plupart ne sont accessibles que pendant une période qui n'excède pas de 30 minutes avant à 30 minutes après l'heure du début du tournoi – en d'autres termes, ce type de tournoi n'est accessible que pendant 60 minutes.

L'accessibilité économique a trait indubitablement aux coûts de participation aux jeux eux-mêmes. De façon triviale, il en coûte deux dollars pour acheter un billet de Lotto 6/49® et il en coûte 25 \$ pour jouer sur la plupart des tables de black jack dans les casinos québécois; un joueur peut budgéter 100 \$ pour jouer aux loteries vidéo. Des sommes afférentes doivent être dépensées pour certaines participations : des frais de déplacement (voire d'hébergement) et des frais de stationnement. La plupart des personnes assistant à un programme de courses de chevaux consommeront breuvage ou nourriture. Si la durée du jeu ou du transport vers le jeu est substantielle, il se pourrait aussi que le joueur se trouve dans une situation de manque à gagner sur le plan professionnel.

L'*accessibilité légale* se traduit, au Québec, par une ségrégation générationnelle, comme nous l'avons vu précédemment, où la loi prescrit l'exclusion des mineurs. D'autres catégories de personnes sont aussi exclues de certaines activités de jeu; parmi une longue liste, citons que les croupiers des casinos québécois ne peuvent jouer dans ces casinos, le personnel des bars qui hébergent des loteries vidéo ne peuvent jouer à ce type de jeu dans l'établissement où ils travaillent; lorsque un cheval court, son propriétaire ne peut miser sur aucune autre monture. Il est aussi permis de croire que plusieurs personnes déclineront de participer à des jeux illégaux, justement à cause du fait qu'elles ne veulent pas contrevenir à la loi.

L'*accessibilité symbolique* concerne l'acceptabilité pour les personnes de jouer à un certain jeu ou dans un certain lieu. Ainsi la publicité, les commandites et les autres formes de mise en marché de jeux ou des promoteurs de jeux visent à rendre plus acceptable et plus désirable la participation à ces jeux. L'aura de sécurité entourant les casinos favorise la fréquentation de certaines personnes alors que l'heure tardive de la fin d'un programme de bingo augmente l'insécurité chez d'autres, freinant ainsi leur participation. Un aîné pourrait être moins tenté de jouer à la loterie vidéo dans un bar principalement fréquenté par des jeunes; un amateur de jazz pourrait être moins enclin à jouer à ces mêmes appareils dans un bar diffusant de la musique country.

Dangerosité

La dangerosité peut se mesurer, pour chacun des jeux d'argent, par la proportion de joueurs à présenter un problème de jeu (voir la figure 6). La dangerosité peut être intrinsèque à un jeu ou encore extrinsèque, c'est-à-dire provenant de l'environnement dans lequel le jeu se retrouve.

La *dangerosité intrinsèque* varie selon le jeu, sauf pour un élément: la gratification intermittente (voir Skinner, 1958). Il s'agit d'un mécanisme par lequel une personne aura tendance à cesser une activité qui ne fournit aucune gratification; une personne tendrait aussi à délaisser une activité qui systématiquement procure une gratification; la poursuite de l'activité est plus probable dans le cas d'une gratification occasionnelle dont

la fréquence est imprévisible. Ce qui est le cas de tous les jeux d'argent. La durée de jeu est associée au développement des problèmes de jeu. Les modalités par lesquelles s'exprime cette dangerosité incluent la durée des parties ou des sessions de jeu, la durée entre les parties, la taille des mises, la taille des lots et celle du gros lot. Il existe plusieurs formes de renforcement à la poursuite du jeu. Le cas des machines à sous dans les casinos est patent : des renforcements auditifs particuliers lors de gains ou de pertes des mises contribuent à faire continuer le jeu; ainsi un joueur en viendra à attribuer une valeur positive aux musiques ou aux sons émis lors des gains et recherchera à entendre de nouveau ces éléments sonore, *a contrario*, le joueur accordera une valence négative aux bruits émis lorsqu'il perd – en soi, ces bruits et ces musiques n'ont évidemment pas de valeur négative ou positive. Des renforcements visuels et olfactifs sont aussi documentés. Les presque gains (quand un joueur est sous l'impression d'avoir passé près de gagner) représentent aussi un mécanisme utilisé pour faire perdurer le jeu : ainsi les loteries instantanées qui nécessitent, par exemple, de découvrir trois figures similaires pour gagner le gros lot présenteront-elles fréquemment deux de ces figures; il en va de même pour les jeux en ligne sur les loteries vidéo, si trois figures identiques sont nécessaires, deux apparaîtront avec une grande régularité.

La *dangerosité extrinsèque* se décline sous plusieurs formes. La consommation d'alcool sur les lieux de jeu constitue un de ces éléments; l'alcool étant un désinhibiteur, sa consommation durant le jeu est associée à la perduration du temps de jeu. La possibilité d'obtenir du crédit (ce qui au Québec est illégal) ou encore des fonds supplémentaires (par un guichet automatique) augmente aussi la probabilité d'étendre la durée de jeu. Finalement, les programmes de fidélisation, notamment disponibles dans les casinos du Québec, visent à stimuler le jeu des joueurs notamment dans sa persistance : plus un joueur joue, plus il accumule des « points » échangeables en différents objets ou encore en argent.

Les caractéristiques personnelles des joueurs

Nous avons vu précédemment que des éléments comme le sexe, l'âge, le niveau socioéconomique ou le statut migratoire sont associés à la pré-

sence de problèmes de jeu. D'autres caractéristiques sont aussi reliées à une probabilité accrue de développer un problème de jeu : avoir des parents qui ont vécu des problèmes de jeu, avoir ou avoir déjà eu des problèmes avec l'alcool ou les drogues; certains problèmes de santé mentale, notamment la dépression, sont aussi associés avec la présence d'un problème de jeu chez une personne (Chevalier et Allard, 2001). Un dérèglement des mécanismes dopaminiques chez un individu peut le rendre plus susceptible à vouloir éprouver les émotions ressenties en situation de jeu (Chevalier et Allard, 2001). Si le jeu est utilisé comme mécanisme de fuite, l'insuffisance des mécanismes d'adaptation d'une personne peut alors être un déterminant du développement d'un problème de jeu.

APPROCHES D'INTERVENTION

Les approches publiques d'intervention sont tributaires des orientations gouvernementales ainsi que des budgets consacrés pour les réaliser. Ainsi les politiques et les plans d'action provenant du gouvernement sont centraux à l'intervention. Autrement, l'intervention en matière de jeu se décline par des mesures globales visant la sensibilisation des populations ainsi que l'amélioration des connaissances générales en matière des problèmes attribuables aux jeux d'argent. Les mesures panquébécoises proviennent essentiellement du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de Loto-Québec. Les initiatives régionales, qui s'étendent de la promotion de la santé aux traitements, sont généralement attribuables à des établissements du réseau de la santé ou à des groupes communautaires désignés et financés régionalement par les Agences de santé et de services sociaux à partir des enveloppes budgétaires distribuées par le (MSSS).

Le Québec ne dispose pas encore d'une politique des jeux d'argent, bien qu'une telle politique soit demandée depuis plusieurs années par de multiples intervenants du milieu de la santé publique et des traitements.

Depuis 2002, il existe un plan d'action interministériel visant à contrer l'apparition des problèmes de jeu dans la population québécoise (MSSS, 2002). Ce travail a été réalisé grâce à la collaboration de plusieurs instances : le ministère de la Santé et des Services sociaux, le ministère des Finances,

le ministère de la Sécurité publique, la Régie des alcools, des courses et des jeux ainsi que Loto-Québec. Le plan d'action est ambitieux à certains égards et propose plus d'une centaine de pistes d'action. Malheureusement, la tendance générale des propositions s'oriente vers les joueurs et délaisse trop souvent les éléments structuraux que sont l'accessibilité et la dangerosité des jeux. Personne à ce jour n'a répertorié les éléments de plan d'action qui ont été mis en place, ni n'en a mesuré les effets. Présentement, une recherche est en cours et les résultats obtenus par ce plan d'action ne sont pas encore connus, mais devraient être évalués d'ici 2010.

En contrepartie des efforts de mise en marché des fournisseurs de jeu du milieu étatique ou privé, les efforts de contre-marketing sont limités. Il nous est impossible d'estimer précisément l'ampleur ou les investissements monétaires de l'industrie du jeu dans les publicités, les commandites, les promotions de toutes sortes incluant les programmes de fidélisation qui passent par tous les canaux de diffusion de masse dont Internet, la télévision, la radio ou les panneaux publicitaires. Il est cependant aisé de constater la disproportion des moyens mis en action. Le budget du MSSS pour contrer les effets délétères du jeu et qui incluent le traitement, la prévention, la promotion de la santé et la recherche est de l'ordre de 20 millions de dollars annuellement, pour les mesures nationales et régionales. Loto-Québec dispose d'un budget de publicité du même ordre de grandeur qui s'ajoute à un budget de commandites à peine moins élevé, sans compter les sommes investies dans les mesures de promotion sur les sites de vente (affiches, écran télé et autres) et leur site Internet institutionnel. À ce jour, les mesures de contre-marketing se limitent aux activités d'un groupe de pression (la coalition EMJEU – www.emjeu.com), la publication de quelques avis de santé publique : Chevalier et ses collègues publient en 2006 un avis régional portant sur le déménagement du Casino de Montréal; Houle et Paradis produisent en 2007 un avis national sur les salons de jeu (quatre autres régions ont aussi publié des avis régionaux sur le même sujet).

En matière d'éducation à la santé, le Québec a connu des campagnes nationales destinées tant à la population générale que spécifiquement aux élèves du secondaire. Un nombre important d'initiatives régionales ont aussi vu le jour en matière de prévention. Il existe plusieurs sites Internet dont celui du ministère de la Santé et des Services sociaux, celui de certaines

Agences de la santé et des services sociaux (direction de santé publique), celui de plusieurs centres de traitement et celui d'au moins deux centres de recherche universitaire qui proposent à la population générale et à certains segments de cette population des informations générales sur le jeu et la prévention des problèmes de jeu. Il convient d'ajouter à ce portrait plusieurs autres initiatives dont le Centre de jeu au Casino de Montréal où la clientèle a le loisir d'accéder à des informations sur le hasard auprès d'un animateur spécifiquement formé et selon un horaire étendu. Les autres casinos et les salons de jeu disposent d'une borne informatisée où un joueur peut accéder à des informations sur le hasard.

En matière de prévention, les interventions sont, le plus souvent, communautaires et régionalisées. Les initiatives sont nombreuses, se présentent souvent comme des projets pilotes de durée éphémère et leurs effets ne sont que rarement évalués. Lorsqu'ils le sont, typiquement, les connaissances des personnes exposées augmentent et, dans une certaine mesure, perdurent; les comportements en matière de jeu ne sont pas affectés (Papineau et Chevalier, 2003).

La ligne téléphonique Jeu : aide et référence fait figure de charnière (www.jeu-aidereference.qc.ca). Il s'agit d'un organisme sans but lucratif mandaté par le MSSS pour diriger les appelants, joueurs, proches de joueurs ou intervenants, vers les ressources les plus appropriées à leur situation. Cet organisme peut aussi fournir des services en ligne auprès de joueurs le requérant et sont à l'origine de plusieurs campagnes médiatiques de sensibilisation. Une première évaluation de cette organisme a déjà été réalisée (Chevalier et Papineau, 2003).

Le traitement ou la prise en charge des problèmes de jeu repose, pour la plus grande partie sur l'autoguerison. Les groupes d'aide sont nombreux et actifs au Québec – Gambling anonymes est implanté sur tout le territoire. Des traitements institutionnels sont aussi disponibles, à l'interne ou à l'externe, sur tout le territoire québécois. L'implantation d'un traitement à l'échelle du Québec est récent, des ajustements s'avèrent encore nécessaires. Les traitements ont déjà subis quelques éléments d'évaluation (Chevalier et autres, 2005 Ladouceur et autres, 2004). Les taux d'abandon, au moment des évaluations, se révélaient particulièrement élevés pour les traitements à

l'externe, de l'ordre de 70 %, mais des efforts considérables ont depuis été consacrés pour améliorer la situation.

Des traitements privés sont aussi offerts, soit dans des centres de traitement privés soit auprès de professionnels de la santé.

RÉFÉRENCES

- Anielski Management Inc. (2008). *The Socio-Economic Impact of Gambling (SEIG) Framework: An assessment framework for Canada: In search of a gold standard*. Prepared for the Inter-Provincial Consortium for the Development of Methodology to Assess the Social and Economic Impact of Gambling. Edmonton, Anielski Management Inc.
- Castellani, B. (2000). *Pathological gambling. The making of a medical problem*. Albany State University of New York Press.
- Chapple, C. et S. Nofziger, S. (2000). « Bingo!: Hints of deviance in the accounts of sociability and profit of bingo players ». *Deviant Behavior* 21, p. 489-517.
- Chevalier, S. (2003). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Rapport 4 - Cadre théorique de la participation aux jeux de hasard et d'argent et du développement de problèmes de jeu - version préliminaire*. Montréal, Institut national de santé publique du Québec.
- Chevalier, S. (2005). *Jeux d'argent, délinquances et criminalités chez les jeunes – Une recension des écrits*. Montréal, Centre international d'étude sur le jeu et les comportements à risque chez les jeunes - Université McGill.
- Chevalier, S. (2005). *Rebat kat la [Rebattre les cartes] – Les jeux d'argent dans la communauté haïtienne montréalaise*. Montréal, Conférence « Étude exploratoire sur les perceptions et les habitudes de quatre communautés culturelles de Montréal en matière de jeux de hasard et d'argent » - 26 mai.
- Chevalier, S. (2008a). « Gambling » dans G. Légaré, M.-A. Kimpton, et M. Anctil (dir.), *Canadian Community Health Survey, Cycle 2.1 - Iiyiyiu Aschii, 2003 - Lifestyles related to alcohol consumption, drugs, and gambling* (p. 12-16). Québec, Cree Board of Health and Social Services of James Bay et Institut national de santé publique du Québec.
- Chevalier, S. (2008b). « Gambling » dans M.A. Dupont, É. Papineau, et M. Anctil (dir.), *Alcohol, drug use and gambling among the Inuit of Nunavik: epidemiological profile* (p. 7-17). Québec: Institut national de santé publique du Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik.
- Chevalier, S. et D. Allard (2001). *Jeu pathologique et joueurs problématiques. Le jeu à Montréal*. Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique.
- Chevalier, S., Allard, D., Kimpton, M.-A., Audet, C., Hamel, D., et D. St-Laurent (2005). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique - Monitoring évaluatif - Indicateurs d'implantation - mai 2001 - décembre 2003*. Québec, Institut national de santé publique du Québec.

- Chevalier, S., Geoffrion, C., Allard, D. et C. Audet (2002). *Motivation for gambling as tools for prevention and treatment of pathological gambling*. Barcelona, European Association for the Study of Gambling, 5th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues, 2-5 October 2002.
- Chevalier, S., Hamel, D., Ladouceur, R., Jacques, C., Allard, D. et S. Sévigny (2003). *Comportements de jeu et jeu pathologique selon le type de jeu au Québec en 2002*. Montréal et Québec, Institut national de santé publique du Québec et Centre québécois d'excellence sur la prévention et le traitement du jeu.
- Chevalier, S., Martin, I., Gupta, R. et J. Derevensky J. (2005). « Jeux de hasard et d'argent » dans G. Dubé (dir.), *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004. Quoi de neuf depuis 2002 ?* Montréal, Institut de la statistique du Québec.
- Chevalier, S., Montpetit, C., Biron, J.-F., Dupont, M. A. et C. Caux (2006). *Avis sur la modification de l'offre de jeu à Montréal. La construction d'un casino au bassin Peel*. Montréal, Direction de santé publique de Montréal.
- Chevalier, S. et É. Papineau (2003). *Évaluation du Programme expérimental sur le jeu pathologique - Rapport 9: Les lignes téléphoniques dédiées aux jeux de hasard et d'argent*. Montréal, Institut national de santé publique du Québec.
- Chevalier, S. et É. Papineau (2007). *Analyse des effets sur la santé des populations des projets d'implantation de salons de jeux et d'hippodromes au Québec*. Montréal, Direction de santé publique de Montréal, Institut national de santé publique du Québec.
- Chevalier, S. et M. Pastinelli (2008). *L'offre de jeu de poker sous toutes ses coutures ou la sociologie du poker*. Québec, Congrès de l'ACFAS, 9 mai.
- Couchees, F. (2005). « *Gambling in Eeyou Istchee: preliminary fact-finding* ». Montréal, Cree Board of Health and Social Services of James Bay.
- Couture, P. (2008 – 31 mai). « Attractions hippiques manque de fonds ». *Le Soleil*.
- Crespi, I. (1956). « The social significance of card playing as a leisure time activity ». *American Sociological Review* 21[6], p. 717-721.
- Dixey, R. (1987). « It's a great feeling when you win: Women and bingo ». *Leisure Studies* 6, p. 199-214.
- Drake, S. C. et H.R. Cayton (1993). « Business under a cloud. "Policy": Poor man's roulette » dans S.C. Drake et H. R. Cayton (dir.), *Black Metropolis*. Chicago, University of Chicago Press, p. 470-494.
- Evans, R., Gauthier, D. K. et C. J. Forsyth (1998). « Dogfighting: Symbolic expression and validation of masculinity ». *Sex Roles* 39[11/12], p. 825-838.

- Ferris, J. et H.J. Wynne (2001). *The Canadian Problem Gambling Index: Final Report*. Ottawa, Canadian Centre for substance Abuse.
- France, C. J. (1902). « The gambling impulse ». *American Journal of Psychology* 12, p. 364-407.
- Geoffrion, C. (2001). *Les significations que donnent des jeunes à leur expérience de pratique de jeux de hasard et d'argent. Mémoire de maîtrise*. Rimouski, Université du Québec à Rimouski.
- Goffman, E. (1967). *Les rites d'interaction*. Paris, Les éditions de minuit.
- Gouvernement du Canada (1999). *Lois codifiées du Canada - C - Code criminel. Partie VII Maisons de désordre, jeux et paris. Jeux et paris*. Ottawa, gouvernement du Canada.
- Houle, V. et I. Paradis (2007). *Avis de santé publique sur l'implantation des salons de jeux au Québec*. Québec, Les directeurs régionaux de santé publique.
- Journal of Gambling Studies, *The Socioeconomic Impact of Gambling: The Whistler Symposium* 19, 2, p. 111-256.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Chevalier, S., Sévigny, S., Hamel, D. et D. Allard (2003). *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002*. Québec, Centre québécois d'excellence sur la prévention et le traitement du jeu et Institut national de santé publique du Québec.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Sévigny, S., Poirier, L., Brisson, L., Dias, C., Dufour, C. et P. Pilote (2004). *Caractéristiques des joueurs excessifs selon le mode de traitement*. Québec, Université Laval [En ligne] http://gambling.psy.ulaval.ca/docs/Rapport_Etude_Interne-externe2.pdf
- Lesieur, H. et S.B. Blume (1987). « The South Oaks gambling screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers ». *American Journal of Psychiatry* 144, 9, p. 1184-1188.
- Lesieur, H. et R. Rosenthal (1991). « Pathological gambling: A review of the literature (prepared for the American Psychiatric Association task force on DSM-IV committee on disorders of impulse control not elsewhere classified) ». *Journal of Gambling Studies* 7, 1, p. 5-39.
- Light, I. (1977). « Numbers gambling among blacks: A financial institution ». *American Sociological Review* 42, p. 892-904.
- Loto-Québec (2007). *Nouvelle donne nouveaux défis. Rapport intérimaire 1^{er} trimestre 2007-2008, du 1^{er} avril au 25 juin 2007*. Montréal, Loto-Québec.
- Loto-Québec (2008). *Nouvelle donne nouveaux défis. Rapport annuel 2007*. Montréal, Loto-Québec.

- Martignoni-Hutin, J.-P. (1994). L'aventure ludique. *Loisir et société* 17[1], p. 125-142.
- Martin, I., Gupta, R. et J. Derevensky (2007). « Participation aux jeux de hasard et d'argent » dans G.Dubé, R. Tremblay, I. Troaré, et I. Martin (Sous la direction de), *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue, le jeu chez les jeunes*. Montréal, Institut de la statistique du Québec, p. 125-144.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002). *Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005*. Québec, gouvernement du Québec.
- Newman, O. (1968). « The sociology of the betting shop ». *British Journal of Sociology* 19, p. 17-33.
- Papineau, É. (2008). *Normalisation et numérisation du poker: enjeux de santé publique*. Québec, Congrès de l'ACFAS, 9 mai.
- Papineau, É. et S. Chevalier, S. (2003). *Évaluation du Programme expérimental sur le jeu pathologique - Rapport 3: Revue critique de la littérature portant sur les évaluations d'interventions préventives*. Montréal, Institut national de santé publique du Québec.
- Papineau, É., Chevalier, S., Belhassen, A., Sun, F., Campeau, L., Y. Boisvert et autres (2005). *Étude exploratoire sur les perceptions et les habitudes de quatre communautés culturelles de Montréal en matière de jeux de hasard et d'argent*. Montréal, Institut national de recherche scientifique (INRS).
- Régie des alcools, des courses et des jeux. (2007). *Évolution du nombre des principaux permis, licences et attestations*. Montréal, Régie des alcools, des courses et des jeux.
- Skinner, B.F. et W.H. Morse (1958). « Some factors involved in the stimulus control of operant behavior ». *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 1, p.103-107.
- Zola, I. (1972). « Medicine as an institute of social control: The medicalizing of society ». *Sociological Review*, 20, p. 487-504.

DEUXIÈME PARTIE

Concomitance et comparaisons

Page laissée blanche intentionnellement

CHAPITRE 5

Intervenir sur le tabagisme en milieu de thérapie sur les dépendances à l'alcool et aux drogues

Ann Royer, Michael Cantinotti et Marc Caya

ENRACINER LA CESSATION TABAGIQUE DANS LE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES

CONTEXTE

À la suite d'un appel de propositions lancé en décembre 2002 par Santé Canada, la Maison l'Alcôve a soumis un projet d'intervention de cessation tabagique pour sensibiliser sa clientèle à la problématique de la dépendance à la nicotine et pour encourager, sur une base volontaire, l'arrêt tabagique pendant le traitement résidentiel à l'interne et durant le suivi à l'externe. Conçu en 2003 par un groupe d'experts de l'Université Laval, le programme de cessation tabagique a été nommé « *J'Tabac maintenant!* ». C'est ce programme qui fait l'objet de la présente évaluation.

LA MAISON L'ALCÔVE

Fondée en 1985, la Maison l'Alcôve de Saint-Hyacinthe au Québec se présente comme un organisme communautaire qui s'est donné comme mission de « maintenir et opérer un centre de thérapie avec ou sans hébergement selon les principes de mouvement AA pour les personnes alcooliques, toxicomanes et souffrant d'autres dépendances » (Maison l'Alcôve, 2004). La Maison l'Alcôve héberge dans ses murs des personnes âgées de 18 ans et plus.

Les caractéristiques démographiques de la clientèle ($N = 503$) pour les années 2002 à 2004 étaient les suivantes :

- 71 % sont des hommes et 29 % des femmes ;
- la majorité de la clientèle se situe dans la tranche d'âge entre 25 et 44 ans ;
- 42 % de la clientèle est célibataire ;
- plus des deux tiers de la clientèle provient du territoire Richelieu-Yamaska ou d'autres sous-régions de la Montérégie.

Le profil général des problèmes de consommation de cette clientèle était le suivant :

- 75 % consomment plus d'une substance ;
- 93 % consomment de l'alcool, 61 % du cannabis et 59 % de la cocaïne. Parmi les autres substances mentionnées, on trouve également les médicaments prescrits, les substances hallucinogènes, l'héroïne et d'autres substances pouvant engendrer de la dépendance ;
- pour plus de 90 % des usagers, la consommation de substances s'étire sur une période de plus de 10 ans.

L'intérêt de notre organisme à intégrer la cessation tabagique dans les soins offerts à notre clientèle reposait sur trois objectifs prioritaires. Premièrement, il s'agissait d'offrir une aide thérapeutique aux clients qui souhaitaient cesser de fumer. Deuxièmement, il nous paraissait important d'informer notre clientèle des méfaits du tabagisme sur leur santé et sur celle de leurs proches. Troisièmement, dans une perspective de prévention de la rechute, nous souhaitions sensibiliser les personnes en traitement à la

relation néfaste entre le tabagisme et les autres substances psychotropes et donc, favoriser la cessation tabagique.

Pour atteindre ces buts, notre stratégie d'intervention a été basée sur deux séries de mesures, individuelles et environnementales. D'une part, nous avons conçu un projet de cessation tabagique intégré aux activités thérapeutiques préexistantes des intervenants. Pour cela, il devenait essentiel de changer les perceptions de notre communauté thérapeutique relativement au tabagisme. Une formation structurée et reposant sur les meilleures pratiques en cessation tabagique a permis aux intervenants de prendre conscience du fait que la dépendance au tabac constitue une toxicomanie sévère comportant d'importants symptômes de sevrage. La formation a largement contribué à déboulonner un mythe existant dans notre milieu, à savoir qu'il est préférable de ne pas cesser de fumer lors du traitement d'arrêt de substances psychotropes. D'autre part, il importait de diffuser un message cohérent au milieu, en modifiant notre environnement de travail pour qu'il soutienne le message véhiculé lors des interventions. Ainsi, à la suite des recommandations provenant du rapport d'évaluation, nous avons mis en place une politique sans fumée en lieux intérieurs à la Maison l'Alcôve.

Pour mener à bien un tel projet, la direction de notre organisme a misé sur trois éléments essentiels :

- Rechercher l'expertise nécessaire pour la mise en place de la formation, ainsi que pour l'élaboration et l'évaluation du programme de cessation tabagique ;
- Assurer un suivi rigoureux, tant en ce qui a trait à l'implantation du programme qu'à la coordination avec les responsables de l'évaluation (collecte de données) ;
- Exercer un leadership fort et proactif pour mobiliser l'équipe d'intervention envers la cessation tabagique.

Nous avons relevé certains facteurs qui ont vraisemblablement facilité l'implantation du programme de cessation tabagique. Tout d'abord, la présence d'une équipe d'intervention composée essentiellement de non-fumeurs a contribué à crédibiliser le programme auprès des clients fumeurs. Ensuite, l'adhésion volontaire au programme a contribué à désamorcer certaines résistances initiales de la part des clients et a permis de développer chez eux une ouverture envers la cessation tabagique. Enfin, la disponibilité

de timbres transdermiques pour atténuer le sevrage a permis de soutenir les fumeurs dans leur démarche de cessation tabagique.

Une fois l'évaluation du programme terminée, nous avons pu constater certains changements à plus long terme concernant le tabagisme dans notre milieu. Par exemple, nous avons remarqué une augmentation significative de la clientèle de non-fumeurs depuis la mise en place du programme « *J'Tabac maintenant!* ». Avant la mise en place du programme de cessation tabagique, les non-fumeurs représentaient une part marginale de notre clientèle, alors qu'en 2006, ils en représentaient 29 %. De plus, dans le passé, plusieurs non-fumeurs rapportaient qu'ils devenaient fumeurs au centre de thérapie pour mieux s'intégrer au groupe. Actuellement, les non-fumeurs exercent une influence positive auprès des clients qui tentent de cesser de fumer et contribuent à dénormaliser l'usage du tabac dans notre milieu.

En 2006, nous avons joint 67 % des usagers qui avaient adhéré au programme. Parmi ceux-ci, 41 % affirmaient demeurer abstinents de tabac un an après la fin de leur thérapie. Nos plus récentes statistiques (2008) nous indiquent un taux de participation au programme « *J'Tabac maintenant!* » de 47 % parmi les résidents fumeurs.

Le programme « *J'Tabac maintenant!* » parvient à inciter un pourcentage important de personnes à cesser de fumer ou à diminuer leur consommation de tabac lors de leur séjour en thérapie. Il encourage également les non-fumeurs à maintenir leur statut durant cette même période. Cela constitue un progrès majeur si l'on considère qu'il y a quelques années la majorité des usagers augmentaient leur consommation quotidienne de cigarettes durant leur séjour. Nous sommes également convaincus que le fait de cesser de fumer en thérapie ne nuit aucunement à l'arrêt d'autres substances. Au contraire, les rétroactions des usagers nous confirment que leur séjour en traitement résidentiel constitue un moment propice pour intervenir sur le tabagisme.

Les résultats de l'évaluation du programme nous ont convaincus que nous travaillions dans la bonne direction et nous ont encouragés à intensifier et à diversifier nos efforts. En effet, depuis quelques mois nous profitons de la participation de la famille et des amis de nos clients à nos activités

thérapeutiques pour les sensibiliser aux méfaits du tabac et au soutien qu'ils peuvent apporter à leurs proches en démarche de cessation. Nous envisageons également d'ajouter d'autres aides pharmacologiques à celles que nous utilisons déjà.

Pour conclure, nous jugeons que l'intégration de la cessation tabagique à nos activités thérapeutiques bonifie l'ensemble de nos services. Nous sommes également d'avis que le traitement du tabagisme deviendra progressivement un élément incontournable dans le traitement des dépendances.

Marc Caya
Directeur des programmes
Maison l'Alcôve Inc.

INTRODUCTION

Depuis 1965, l'implantation de mesures préventives et législatives pour contrer le tabagisme a contribué de réduire le taux de prévalence de 50 % à 19 % chez les personnes de plus de 15 ans au Canada (Santé Canada, 2005, 2006). Cette baisse du tabagisme ne s'est toutefois pas généralisée aux milieux de la santé mentale, de la toxicomanie et du traitement de l'alcoolisme, où entre 70 % à 100 % de la clientèle est encore composée de fumeurs (McCool et Richter, 2003 ; Richter, Ahluwalia, Mosier, Nazir et Ahluwalia, 2002; Williams et autres, 2005). On remarque également que la majorité des programmes thérapeutiques offerts dans ces milieux abordent rarement la dépendance tabagique des clients. En effet, une étude datant de 2001 a établi qu'au Canada sur une liste de 477 programmes résidentiels de thérapie 11 % seulement offraient un traitement spécifique de cessation tabagique, et sur 676 programmes de thérapie en externe, seulement 22 % offraient ce service (Fogg et Borody, 2001). Dans un sondage subséquent effectué par Currie, Nesbitt, Wood et Lawson (2003), seuls 10 % des 223 programmes canadiens de désintoxication recensés rapportaient offrir des services de cessation tabagique.

POURQUOI LES PROGRAMMES RÉSIDENTIELS DE TRAITEMENT DE L'ALCOOLISME ET DES AUTRES TOXICOMANIES N'OFFRENT-ILS PAS DE SERVICES DE CESSATION TABAGIQUE ?

L'argument évoqué dans plusieurs centres sur le traitement des problèmes de consommation d'alcool est qu'inciter les fumeurs à cesser leur consommation tabagique entraînerait un stress additionnel qui pourrait mettre en péril le succès de leur traitement (Bobo et Gilchrist, 1983). Pourtant, plusieurs études rapportent que la cessation tabagique n'a pas d'effet négatif sur le traitement des problèmes de consommation d'alcool ou d'autres drogues. Au contraire, elle semble améliorer le taux d'abstinence chez les personnes qui vivent des problèmes de consommation d'alcool (Shiffman et Balabanis, 1995 ; Stuyt, 1996) ou d'autres drogues (Lemon, Friedmann et Stein, 2003). Dans une étude examinant l'impact d'un counseling tabagique sur le taux d'abstinence des alcooliques, Bobo, McIlvain, Lando, Walker et Leed-Kelly (1998) rapportent que le groupe de clients ayant bénéficié de l'intervention était plus susceptible d'être abstinent à l'alcool que le groupe contrôle aux suivis de 6 et 12 mois.

Une autre raison qui expliquerait le peu d'empressement à offrir des services de cessation tabagique provient d'un manque de soutien administratif et de formation des intervenants à cette problématique. En effet, la majorité des intervenants en toxicomanie rapportent avoir des connaissances limitées sur la dépendance au tabac et ne pensent pas avoir les compétences requises pour offrir ce type d'intervention (Currie et autres, 2003).

La présence de fumeurs parmi le personnel pourrait aussi constituer une barrière à l'offre d'intervention en cessation tabagique. En effet, les intervenants fumeurs semblent davantage réticents à offrir du counseling en cessation tabagique (Bobo et Gilchrist, 1983). Toutefois, d'autres études ne font pas le lien entre le statut de fumeur des intervenants et la participation de la clientèle au programme de cessation tabagique (Bernstein et Stoduto, 1999).

ATTITUDES DES PERSONNES TOXICOMANES FACE À L'ABANDON DU TABAC

Plusieurs études rapportent qu'approximativement 75 % des personnes toxicomanes désireraient cesser de fumer (Ellingstad, Sobell, Sobell, Cleland et Agrawal, 1999; Irving, Seidner, Burling, Thomas et Brenner, 1994; Kozlowski, Skinner, Kent et Pope, 1989). Cela correspond à peu près à la proportion de fumeurs voulant cesser de fumer dans la population générale, soit 70 % (Santé Canada 2004). Or, les personnes avec des problèmes de dépendance semblent posséder des attitudes reliées au tabagisme semblables à celles des fumeurs de la population générale. Cela suggère qu'elles pourraient bénéficier de traitements similaires (Seidner, Burling, Gaither et Thomas, 1996). Les deux groupes évoquent la santé comme principale raison pour cesser de fumer et partagent les mêmes inquiétudes à l'égard des symptômes de sevrage (Burling, Ramsey, Seidner et Kondo, 1997). Selon Flach et Diener (2004), les personnes en traitement résidentiel sont ouvertes à recevoir un traitement de cessation tabagique lors de leur thérapie, bien que leur désir de cesser de fumer soit plus faible que leur désir d'arrêter leur consommation d'alcool.

L'IMPLANTATION D'UN PROGRAMME DE CESSATION TABAGIQUE

Les auteurs ont mené une étude sur les facteurs qui pourraient faciliter ou nuire à l'implantation d'un programme de cessation tabagique dans un centre résidentiel de traitement de substances. Les résultats de cette étude ayant déjà fait l'objet d'une publication dans la revue *Drogues, santé et société* (Royer et Cantinotti, 2007), seuls les principaux résultats sont rapportés ici. Avant l'implantation du programme :

- Les administrateurs prévoient des difficultés dans la mise en œuvre d'un tel programme (perception de manque d'intérêt de la part des clients et des intervenants, difficultés à gérer la séparation des aires pour fumeurs et non-fumeurs, crainte d'un incendie dû au tabagisme clandestin et perte de clientèle).
- Les intervenants en toxicomanie rapportaient avoir des connaissances limitées sur la dépendance au tabac et ne pensaient pas avoir les compétences requises pour offrir ce programme. Plusieurs étaient d'avis que l'arrêt tabagique pourrait

nuire au traitement des autres dépendances et craignaient que les clients n'acceptent pas l'intervention. De plus, ils croyaient ne pas avoir suffisamment de temps disponible pour intégrer une nouvelle intervention à leur pratique lors du séjour résidentiel des clients.

- Les clients rapportaient une augmentation de leur consommation de cigarette lors de leur séjour dans le centre (2 à 3 fois leur consommation habituelle). Parmi les raisons évoquées pour justifier cette hausse, on retrouvait le stress, l'ennui, le malaise lié au manque, l'influence des pairs et la présence d'un fumoir. Malgré cela, la majorité des clients sondés désiraient cesser de fumer, étaient réceptifs à l'intervention et prêts à respecter une interdiction de fumer à l'intérieur du centre de traitement.

Après la formation des intervenants et la mise en place du programme :

- Les administrateurs ont exprimé le désir de poursuivre le projet, adopté une politique d'interdiction de fumer dans tout l'établissement, transformé le fumoir en salle d'activités physiques et projetaient de participer à l'introduction de programmes similaires dans d'autres établissements.
- Les intervenants sont devenus plus sensibles aux problèmes liés à la dépendance au tabac.
- Les intervenants ont accepté que le programme de cessation soit intégré dans leurs outils thérapeutiques pour réduire les dépendances de la clientèle. Cependant, plusieurs ont éprouvé de la difficulté à se départir de la vision qui consistait à traiter les dépendances « une à la fois ».
- Consécutivement à la formation, les intervenants se percevaient compétents pour offrir le programme de cessation tabagique.

LE PROGRAMME « *J'TABAC MAINTENANT!* » : IMPLANTER LA CESSATION TABAGIQUE EN MILIEU DE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES

Le programme « *J'Tabac maintenant!* » a été conçu dans une optique de changement des habitudes de vie d'une clientèle qui entreprend une thérapie pour le traitement des dépendances. Ce programme s'intègre au traitement thérapeutique et se déroule sur une période de 13 semaines (3 semaines de traitement en centre résidentiel et 10 semaines de suivi à l'externe). La participation au programme s'effectue sur une base volontaire. Néanmoins, les intervenants informent l'ensemble des clients

fumeurs sur les méfaits qu'entraîne le tabac sur leur santé et sur le cours de leur traitement des dépendances (ex. : risque accru de rechute) et les sensibilisent à ces méfaits.

Le programme est composé des volets suivants :

1. À l'admission au centre de traitement, tous les clients bénéficient d'une évaluation incluant une brève intervention en cessation tabagique. Cette intervention dure entre 5 et 10 minutes et vise à :
 - a) évaluer le statut tabagique et déterminer l'étape de changement à laquelle se situe le client par rapport au tabagisme ;
 - b) informer et orienter l'intervention tabagique selon la motivation du client ;
 - c) présenter le programme « *J'Tabac maintenant!* » ;
 - d) discuter des avantages à participer au programme lors du séjour en centre de traitement.
2. Par la suite, les résidents sont invités à s'inscrire au programme de façon volontaire. Au moment de l'inscription, un journal de bord est remis aux participants. Le client doit y décrire ses attentes relatives à l'intervention en cessation tabagique et établir son profil de fumeur. Un guide des ressources communautaires pour cesser de fumer, ainsi que des documents écrits et des outils audio et vidéo sont distribués ou prêtés aux participants pour soutenir leur démarche. De plus, une aide pharmacologique est offerte sous forme de timbres de nicotine pour atténuer les symptômes de sevrage au tabac. Il est à noter que la gomme de nicotine n'a pas été distribuée, en raison des difficultés fréquemment éprouvées lors de son utilisation (mauvais placement de la gomme, problèmes de mastication, posologie non respectée). Une autre aide pharmacologique, le bupropion, aussi commercialisé sous le nom de Zyban®, n'a pas été offerte comme aide à la cessation tabagique. En effet, celui-ci est catégorisé comme un antidépresseur. Or, un certain nombre de clients de la Maison l'Alcôve faisaient déjà usage d'antidépresseurs, ce qui aurait pu entraîner des effets d'interaction médicamenteuse indésirables. En ce qui concerne les résidents qui décident de ne pas s'inscrire au programme, les intervenants sont tenus de les relancer brièvement à chacune des rencontres thérapeutiques.
3. Le programme « *J'Tabac maintenant!* » comporte six rencontres individuelles avec un intervenant attitré durant les 21 jours du traitement en interne. L'intervention intensive personnalisée en cessation tabagique vient se greffer à l'intervention thérapeutique sur les dépendances à l'alcool et aux drogues. Des outils d'évaluation sur les dépendances à l'alcool, au tabac et aux autres drogues sont utilisés à l'accueil et à la sixième rencontre pour effectuer un bilan de la situation de chaque client.

4. Un atelier de groupe sur la cessation tabagique est prévu pour tous les résidents, inscrits ou non au programme « *J'Tabac maintenant!* ». Cet atelier vise à renforcer les messages brefs ou intensifs de l'intervenant lors des rencontres individuelles, à prévenir les rechutes, à créer un réseau interne de soutien à la cessation tabagique et à répondre aux questions des clients.
5. Lors du traitement à l'externe, tous les clients du centre doivent, de façon obligatoire, assister à des rencontres de groupe hebdomadaires, durant dix semaines. Ces rencontres n'ont pas pour thème spécifique la cessation tabagique, mais abordent l'ensemble des dépendances. Leur but est d'amener les clients à échanger sur les expériences qu'ils ont vécues depuis leur départ du centre de thérapie. La question du tabagisme est abordée lors de chacune de ces rencontres. L'accent est mis sur les bénéfices du maintien de l'arrêt tabagique et sur les aides à la cessation pour les clients fumeurs qui ne sont pas encore parvenus à arrêter de fumer.
6. Après les dix rencontres à l'externe, les clients inscrits au programme « *J'Tabac maintenant!* » reçoivent un suivi individuel par l'intermédiaire de lettres et d'appels téléphoniques.
7. Après 1 an, les personnes qui sont toujours abstinentes du tabac reçoivent un diplôme d'ex-fumeur. Les personnes qui ont recommencé à fumer sont encouragées à poursuivre le processus d'abandon du tabac à l'aide des ressources régionales, provinciales ou nationales.

ÉVALUATION DES EFFETS DU PROGRAMME « J'TABAC MAINTENANT! » SUR LES HABITUDES TABAGIQUES DES CLIENTS

Un devis quasi expérimental prospectif avec questionnaires a été utilisé pour évaluer les effets du programme de cessation tabagique. À cet effet, un second centre de traitement n'offrant aucune intervention tabagique a été utilisé à titre de comparaison. L'évaluation visait principalement à mesurer l'apport d'un programme pour modifier les habitudes tabagiques des clients d'un centre de traitement pour dépendances.

Le programme de cessation tabagique comportait un volet d'intervention sous forme d'un suivi intensif individuel pour les clients inscrits au programme « *J'Tabac maintenant!* ». Dans le centre de comparaison, aucune intervention éducative ou autre sur le tabagisme n'a eu cours.

Objectifs

Les trois principaux objectifs de l'étude visaient à documenter l'intérêt de la clientèle envers un programme de cessation tabagique, à évaluer ses habitudes tabagiques et à mesurer les effets de l'implantation sur ses habitudes tabagiques.

Hypothèses

Les habitudes tabagiques (consommation et dépendance) des participants au programme « *J'Tabac maintenant!* » diminueront durant leur participation au programme et comparativement aux clients du centre de comparaison sans intervention tabagique.

MÉTHODE

PARTICIPANTS

Description des milieux d'intervention

Les deux centres de thérapie évalués dans cette étude sont des organismes privés à but non lucratif, reconnus et subventionnés par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. La structure du plan d'intervention offert dans les deux centres est similaire, soit un traitement à l'interne de 3 semaines, auquel s'ajoute un suivi en externe de 5 à 10 semaines (seul le centre avec intervention tabagique offrait un suivi de 10 semaines à l'externe). La philosophie d'intervention utilisée auprès de la clientèle est semblable dans les deux centres et s'insère dans des perspectives bio-psycho-sociales et motivationnelles. L'approche en 12 étapes des Alcooliques Anonymes est aussi intégrée dans les programmes d'intervention. Dans les deux centres, l'alcool constitue le principal motif de consultation, suivi par les drogues.

Nombre de participants et période de collecte des données

Au total, 230 personnes du Centre avec intervention tabagique et 102 personnes du centre de comparaison ont accepté de participer à la collecte de données pour cette étude, soit des taux de réponse respectifs de 84,4 % et de 57,4 %. Dans le Centre avec intervention tabagique, 62 % ($n = 101$) des répondants fumeurs ont accepté de participer au programme « *J'Tabac maintenant!* ». La collecte de données a été effectuée entre juillet 2004 et octobre 2005. Au Centre de comparaison, sans intervention en cessation tabagique, la collecte de données a eu lieu entre octobre 2004 et avril 2006. Cette différence dans la période de collecte des données est due à des raisons administratives. En effet, dans le Centre de comparaison, la participation à l'étude n'a pu être proposée durant certaines périodes. Néanmoins, la collecte de données dans les deux centres s'est terminée avant l'entrée en vigueur, en mai 2006, de la nouvelle réglementation sur le tabac¹.

PROCÉDURE DE COLLECTE DE DONNÉES ET D'ANALYSE

La clientèle de deux centres de traitement a été systématiquement invitée à participer à la collecte de données lors de l'entrevue d'évaluation initiale dans chacun des centres de traitement. Les personnes qui ont accepté de participer à la recherche remplissaient un formulaire de consentement garantissant la confidentialité de leur participation.

La collecte des données était effectuée selon le calendrier figurant dans le Tableau 1. Tel qu'il est indiqué par des « x », le Centre de comparaison a servi de groupe de comparaison pour cette étude en ce qui concerne les temps de mesure T1, T2 et T3.

La clientèle du Centre avec intervention a été suivie durant une plus longue période, principalement pour vérifier comment les habitudes tabagiques ont évolué à moyen terme, une fois le traitement personnalisé achevé. Étant donné que le programme de cessation tabagique n'était offert qu'au Centre avec intervention, les répondants de ce centre ont dû répondre à des

1. Pour plus de détails sur cette réglementation, veuillez consulter : ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2006.

questions spécifiques en rapport avec le programme « *J'Tabac maintenant!* » qui n'ont pas été posées aux répondants du Centre de comparaison.

TABLEAU 1
PROCÉDURE D'ADMINISTRATION DES QUESTIONNAIRES
AUX RÉPONDANTS DES DEUX CENTRES.

Instrument						
Centre avec intervention tabagique (C _{int})	Temps de mesure					
	T1	T2	T3	T4	T5	T6
QBDA	X					
ÉSD	X					
CDS-12	X	X	X	X		
Questionnaire habitudes tabagiques	X	X	X	X	X	X
Centre sans intervention tabagique (C _{comp})						
QBDA	X					
ÉSD	X					
CDS-12	X	X	X			
Questionnaire habitudes tabagiques	X	X	X			

Notes: QBDA = *Questionnaire Bref de Dépendance à l'Alcool* (Davidson, Bunting et Raistrick, 1989; Raistrick, Dunbar et Davidson, 1983); ÉSD = *Échelle de Sévérité de la Dépendance* (Gossop et autres, 1995), CDS-12 = *Cigarette Dependence Scale* (Etter et autres, 2003). T1 = Entrée en traitement interne, T2 = Fin du traitement interne (3^e semaine), T3 = 1^{er} suivi externe (8^e semaine), T4 = 2^e suivi externe (13^e semaine), T5 = suivi téléphonique à 6 mois, T6 = suivi téléphonique à 12 mois.

INSTRUMENTS

Divers instruments ont été utilisés lors de la collecte des données, principalement pour mesurer le niveau de dépendance aux cigarettes, à l'alcool et aux drogues :

- a) La dépendance à la cigarette a été évaluée à l'aide du questionnaire *Cigarette Dependence Scale*, comprenant 12 items (CDS-12) (Etter, Le Houezec et Perneger,

2003). Cet instrument, validé en français, couvre les principales composantes de la dépendance telles qu'elles sont définies dans le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) et l'ICD-10 (World Health Organization, 1992).

- b) La sévérité de la dépendance à l'alcool a été mesurée avec le *Questionnaire Bref de Dépendance à l'Alcool* (QBDA), qui est la version traduite en français par Tremblay, Dupont et Sirois (1999) du *Short Alcohol Dependence Data* (SADD) (Davidson, Bunting et Raistrick, 1989; Raistrick, Dunbar et Davidson, 1983). Le QBDA comprend 15 questions.
- c) La sévérité de la dépendance aux drogues a été évaluée avec l'*Échelle de Sévérité de la Dépendance* (ÉSD), qui est la version traduite en français du *Severity of Dependence Scale* (Gossop, Darke, Griffiths, Hando, Powis, Hall et autres (1995). L'ÉSD comprend 5 questions.
- d) Hormis la dépendance à la cigarette, d'autres aspects en rapport avec le tabagisme ont été évalués à l'aide d'un questionnaire couvrant les sujets suivants : perception du tabagisme, motivations à changer ses habitudes tabagiques et évaluation de divers comportements tabagiques (entre 10 et 26 questions, selon le temps de mesure).

RÉSULTATS

Taux de prévalence du tabagisme de la clientèle des deux centres²

Le taux de fumeurs au Centre avec intervention (85 %) est similaire à celui observé au Centre de comparaison (91 %). Les clients des deux centres fumaient en moyenne depuis environ 20 ans. Dans les deux centres, de 76 à 78 % des fumeurs indiquaient avoir déjà tenté de cesser de fumer (Tableau 2).

2. Ces données, ainsi que celles du paragraphe suivant, proviennent de l'ensemble des répondants du Centre avec intervention, y compris les personnes n'ayant pas été soumises à l'intervention. En effet, 100 % des personnes ayant participé à l'intervention en cessation tabagique étaient des fumeurs.



TABLEAU 2
CHARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES CLIENTS DES CENTRES DE TRAITEMENT

	C _{int}	(N)	C _{comp}	(N)	Test comparant C _{int} et C _{comp}
Proportion sondée dans les centres					
Proportion fumeurs	85,3 %	(204)	91,4 %	(93)	Non significatif
Années de tabagisme	19,5	(173)	19,6	(68)	Non significatif
Proportion de cesser de fumer par le passé	73,8 %	(173)	76,2 %	(72)	Non significatif
Proportion à l'étude ^a					
Proportion de femmes	35,4	(101)	35,8	(84)	Non significatif
Proportion de niveau scolaire égale ou inférieure au secondaire	24,0 %	(100)	55,3 %	(76)	$\chi^2 (1, N = 176) = 18,01; p < ,0$
Proportion de dépendance moyenne ou forte à l'alcool ^b	74,3 %	(101)	76,2 %	(84)	Non significatif
Proportion de dépendance moyenne ou forte aux drogues ^b	74,2 %	(101)	68,1 %	(69)	Non significatif
Proportion de dépendance moyenne ou forte au tabac ^b	75,3 %	(101)	82,6 %	(69)	Non significatif
Proportion de dépendance moyenne ou forte au tabac ^b	98,0 %	(101)	92,7 %	(82)	Non significatif

C_{int} = Centre avec intervention tabagique, C_{comp} = Centre de comparaison.

Par sous-catégorie, les données présentées pour le C_{int} comprennent uniquement les personnes ayant participé au programme d'intervention sur le tabagisme. ^b La dépendance à l'alcool est mesurée par le QBDA (Raistrick *et al.*, 1983), la dépendance aux drogues est mesurée par l'ÉSD (Gossop *et al.*, 1995) et la dépendance au tabac est mesurée avec par le CDS-12 (Etter *et al.*, 2003). Les niveaux de dépendances cliniques sont testés dans ce tableau.



Comparaison du statut tabagique de la clientèle des deux centres

Le Tableau 3 indique le statut tabagique des personnes ayant répondu au questionnaire dans les deux centres de traitement. Lorsqu'on compare les centres de traitement, ceux-ci ne diffèrent ni au T1, ni au T3. Cependant, au T2, la proportion de fumeurs est plus faible dans le centre avec intervention³.

TABLEAU 3
PROPORTION DE FUMEURS SELON LES CENTRES
ET LES TEMPS DE MESURE

Centre de traitement	T1 (N)	T2 (N)	T3 (N)
C _{int}	85,3 % (204)	61,8 % (191)	72,8 % (169)
C _{comp}	91,4 % (93)	90,2 % (82)	86,1 % (36)

Notes C_{int} = Centre offrant l'intervention en cessation tabagique, C_{comp} = Centre de comparaison sans intervention en cessation tabagique, T1 = entrée en traitement, T2 = 3^e semaine (interne), T3 = 8^e semaine (externe).

PROFIL DÉMOGRAPHIQUE DES PARTICIPANTS DES DEUX CENTRES

Au Centre avec intervention tabagique, l'âge moyen était de 35,4 ans et le dernier niveau de scolarité complété le plus fréquent était le secondaire ou un niveau inférieur (74,3 %). Au Centre de comparaison, l'âge moyen était de 35,8 ans et le dernier niveau de scolarité complété le plus fréquent était également le secondaire ou un niveau inférieur (76,2 %). La seule différence entre les centres concernait la proportion de clientèle féminine, celle-ci étant moins élevée au Centre avec intervention (24 %) qu'au Centre de comparaison (55,3 %) (voir Tableau 2). Cette situation correspondait au profil habituel de la clientèle de chacun des établissements.

3. $\chi^2(1) = 20,93; p < ,01$.

DÉPENDANCE À LA CIGARETTE, À L'ALCOOL ET AUX DROGUES À L'ENTRÉE EN TRAITEMENT CHEZ LES PARTICIPANTS FUMEURS

Par rapport à la dépendance à la cigarette, telle qu'elle est mesurée par le CDS-12 (Etter et autres, 2003), les clients fumeurs du Centre avec intervention ne différaient pas statistiquement des clients fumeurs du Centre de comparaison⁴. Selon les scores cliniques de cet instrument, on constate qu'approximativement 7 fumeurs sur 10 dans chacun des centres de traitement avaient une dépendance forte à la cigarette.

En ce qui concerne la dépendance à l'alcool, telle qu'elle est mesurée par le QBDA (Davidson et autres, 1989 ; Raistrick et autres, 1983) il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les deux centres⁵. En ce qui concerne la dépendance aux drogues, telle qu'elle est mesurée par l'ÉSD (Gossop et autres, 1995), les deux centres étaient également comparables⁶. Le Tableau 2 présente également la proportion de répondants de chaque centre selon les scores cliniques de dépendance à l'alcool, aux drogues et au tabac.

Dans l'ensemble, ces résultats indiquent qu'il y a une forte similarité entre les résidants fumeurs du Centre avec intervention et ceux du Centre de comparaison par rapport aux variables relatives au tabac et aux autres dépendances lors de l'entrée en traitement. Cela constitue une base nécessaire pour que les inférences sur le plan des comparaisons entre les centres soient valides.

PROPORTION DE PARTICIPANTS AU PROGRAMME « J'TABAC MAINTENANT! »

Au total, 62 % des clients fumeurs du Centre avec intervention, soit 101 personnes, ont participé au suivi individuel intensif du programme « J'Tabac maintenant! ». Parmi ces personnes, 79,8 % rapportent avoir fixé

4. C_{int} ($M = 46,99$, $\hat{E}-T = 8,28$), C_{comp} ($M = 46,52$, $\hat{E}-T = 11,24$), $F(1, 145) = 0,098$; $p = ,755$.

5. C_{int} ($M = 16,70$, $\hat{E}-T = 10,07$), C_{comp} ($M = 17,36$, $\hat{E}-T = 12,08$), $F(1, 128) = 0,139$; $p = ,709$.

6. C_{int} ($M = 7,69$, $\hat{E}-T = 4,92$), C_{comp} ($M = 8,17$, $\hat{E}-T = 4,84$), $F(1, 168) = 0,397$; $p = ,529$.

une date d'arrêt tabagique et 62,2 % rapportent avoir cessé de fumer à un moment ou un autre durant les 3 semaines de thérapie à l'interne⁷. En comparaison, seuls 4 % des clients ont spontanément arrêté de fumer lors de leur séjour dans le Centre de comparaison (sans intervention tabagique)⁸.

ATTITUDES ET COMPORTEMENTS RELATIFS À LA CESSATION TABAGIQUE

À l'entrée en traitement, une proportion plus élevée de participants du Centre avec intervention affirme avoir déjà tenté de cesser de fumer (88,0 %), comparativement aux répondants du Centre de comparaison (76,4 %)⁹. Cependant, le nombre des tentatives d'arrêt est similaire pour les répondants des deux centres (Tableau 4)¹⁰.

TABLEAU 4
NOMBRE DE TENTATIVES DE CESSATION TABAGIQUE (À VIE)

Centre de traitement	1-2 tentat.	3-4 tentat.	5 et + tentat.
C _{int} (N = 86)	58,1 %	26,7 %	15,1 %
C _{comp} (N = 49)	61,2 %	24,5 %	14,3 %

Note: tentat. = tentative(s).

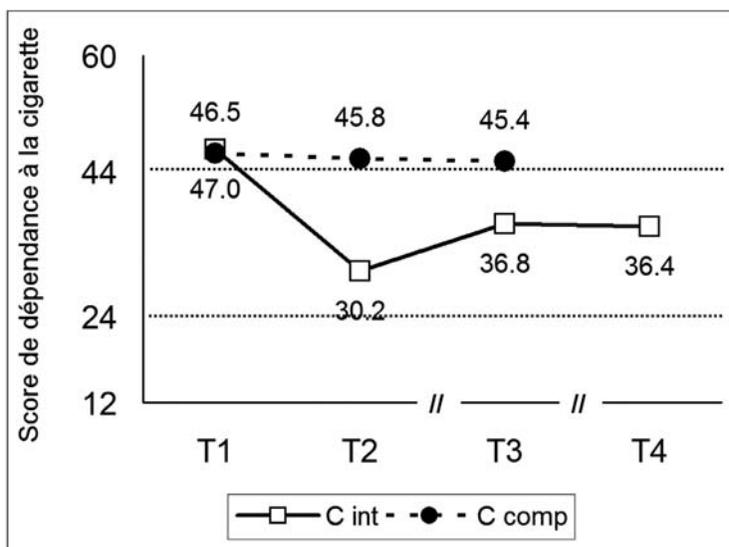
ÉVOLUTION DE LA DÉPENDANCE À LA CIGARETTE

Un modèle de régression mixte (*SPSS Linear Mixed Model*, SPSS inc., 2004), aussi connu sous le nom d'analyses multiniveaux, a été utilisé pour évaluer l'effet d'une mesure répétée (trois administrations du CDS-12: à T1, T2 et T3, soit l'effet Temps) croisée avec les deux centres de traitement (effet Centre)¹¹.

7. Ce résultat consiste en une autoévaluation et le fait d'avoir cessé de fumer peut ne porter que sur une durée de quelques jours.
8. $\chi^2(1, N = 165) = 60,37; p < ,05$
9. $\chi^2(1, N = 172) = 4,03; p < ,05$.
10. $\chi^2(3, N = 164) = 5,068; p = ,167$.
11. Les modèles linéaires généraux présupposent l'indépendance des observations entre les temps de mesure T1, T2 et T3, condition qui est systématiquement violée dans le cas de mesures répétées. En effet, les temps de mesures subséquents sont généralement corrélés entre eux. L'avantage d'un modèle linéaire mixte consiste à pouvoir spécifier la matrice de variance-covariance pour modéliser la corrélation entre les mesures répétées. De plus, ce

Les effets simples concernant le groupe en suivi intensif indiquent que le score de dépendance à la cigarette à la fin du traitement résidentiel (3^e semaine) est statistiquement inférieur à celui du Centre de comparaison¹². À la 8^e semaine, le score du Centre avec intervention est toujours statistiquement inférieur à celui du Centre de comparaison¹³.

FIGURE 1
ÉVOLUTION DE LA DÉPENDANCE À LA CIGARETTE (CDS-12)



Notes C_{int} = Centre avec intervention tabagique, C_{comp} = Centre de comparaison sans intervention.

T1 = Entrée en traitement, T2 = 3^e semaine (interne), T3 = 8^e semaine (externe), T4 = 13^e semaine). La première ligne pointillée à partir du bas indique le score limite pour une dépendance modérée, la deuxième ligne indique le score limite pour une dépendance moyenne et la zone au-delà de cette dernière ligne indique une dépendance forte, selon le CDS-12 (Etter et autres, 2003).

C_{int}: n_{T1} = 101, n_{T2} = 97, n_{T3} = 65; C_{comp}: n_{T1} = 82, n_{T2} = 68, n_{T3} = 26.

Des analyses post-hoc¹⁴ pour le Centre avec intervention mettent en évidence des différences statistiquement significatives entre tous les temps de mesure¹⁵. Pour le Centre de comparaison, le score de dépendance à la

modèle permet d'inclure dans les analyses les participants n'ayant pas participé à toutes les étapes de la recherche, ce qui permet de conserver une puissance statistique supérieure au modèle linéaire général (Norušis, 2004).

12. C_{int} (M = 30,21, ES = 1,36); C_{comp} (M = 45,77, ES = 1,60); F(1, 173) = 55,05; p < ,05.

13. C_{int} (M = 36,77, ES = 1,39); C_{comp} (M = 45,39, ES = 2,04); F(1, 114) = 12,23; p < ,05.

14. La procédure séquentielle descendante de Bonferroni-Holm a été utilisée pour ajuster le niveau alpha par contraste (Holm, 1979).

15. T1 (M = 46,99, ES = 0,97), T2 (M = 30,21, ES = 1,36) et T3 (M = 36,77, ES = 1,39).

cigarette ne change pas de façon statistiquement significative entre les temps de mesure.

La Figure 1 indique que pour le Centre avec intervention, la baisse du score de la dépendance à la cigarette mesurée à la suite de l'intervention à l'interne est suivie par une hausse du score de dépendance à la cigarette. Toutefois, le niveau de dépendance à la 8^e semaine demeure statistiquement et cliniquement inférieur à celui de l'entrée en traitement. En comparaison, le niveau de dépendance à la cigarette demeure stable dans le Centre de comparaison.

ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CIGARETTES CONSOMMÉES QUOTIDIENNEMENT

Un modèle de régression mixte (*SPSS Linear Mixed Model*, SPSS inc., 2004) a été utilisé pour analyser l'effet d'une mesure répétée (consommation quotidienne auto-rapportée de cigarettes lors de la semaine précédant la première rencontre, la 3^e semaine à l'interne et la 8^e semaine à l'externe) croisée avec les deux centres de traitement.

À la fin du traitement résidentiel (3^e semaine), la consommation quotidienne de cigarettes des fumeurs du Centre avec intervention ($M = 13,87$, $ES = 1,33$) est statistiquement inférieure à celle du Centre de comparaison ($M = 20,60$, $ES = 1,27$).¹⁶ À la 8^e semaine, la consommation de cigarettes du Centre avec intervention ($M = 14,79$, $ES = 1,09$) est toujours statistiquement inférieure à celle du Centre de comparaison ($M = 19,92$, $ES = 1,48$)¹⁷.

À tous les temps de mesure, les analyses indiquent que la consommation de cigarettes au Centre de comparaison ne change pas de façon significative. Par contre, la consommation de cigarettes évolue de façon statistiquement significative au Centre avec intervention.¹⁸ Les analyses post-hoc réalisées avec une correction de Bonferroni-Holm (Holm, 1979) indiquent une différence statistiquement significative entre le T1 ($M = 21,31$, $ES = 0,99$)

16. $F(1, 130) = 13,35$; $p < ,05$.

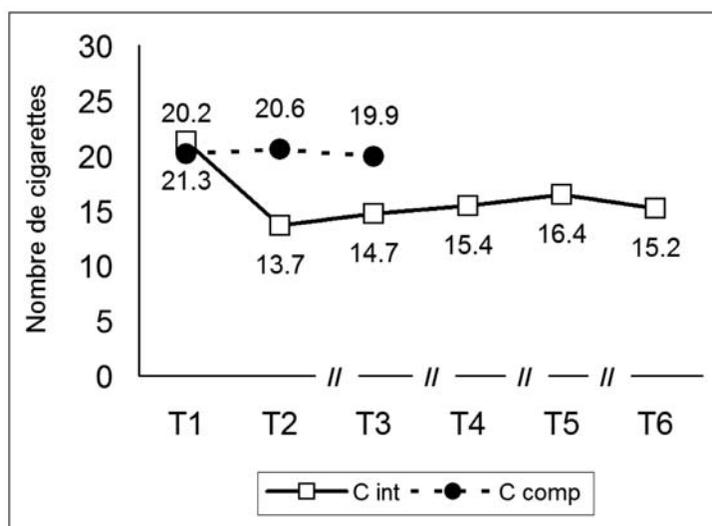
17. $F(1, 91) = 7,76$; $p < ,05$.

18. $F(2, 102) = 21,07$; $p < ,05$.

et le T2 ($M = 13,87$, $ES = 1,33$), ainsi qu'entre le T1 et le T3 ($M = 14,79$, $ES = 1,09$) pour ce centre.

En résumé, la consommation quotidienne de cigarettes diminue après trois semaines de traitement pour les personnes qui ont suivi le programme « *J'Tabac maintenant!* ». De plus, ce niveau se maintient entre la fin du traitement à l'interne et la 8^e semaine à l'externe. Par contre, il n'y pas de changement dans la consommation quotidienne de cigarettes au Centre de comparaison. La Figure 2 décrit ces patrons de consommation pour les deux centres de traitement.

FIGURE 2
ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CIGARETTES
CONSOMMÉES QUOTIDIENNEMENT



Notes: C_{int} = Centre avec intervention tabagique, C_{comp} = Centre de comparaison.

T1 = Entrée en traitement interne, T2 = Fin du traitement interne (3^e semaine), T3 = 1^{er} suivi externe (8^e semaine), T4 = 2^e suivi externe (13^e semaine), T5 = suivi à téléphonique à 6 mois, T6 = suivi téléphonique à 12 mois.

C_{int}: n_{T1} = 100, n_{T2} = 58, n_{T3} = 54, n_{T4} = 46, n_{T5} = 35, n_{T6} = 16.

C_{comp}: n_{T1} = 72, n_{T2} = 66, n_{T3} = 27.

ANALYSE DU PATRON DE DONNÉES MANQUANTES

Pour vérifier si les personnes ayant abandonné l'étude diffèrent de celles qui ont continué à participer à la collecte de données, les participants ont été divisés en deux catégories (présents *vs.* absents) lors de la mesure du

CDS-12 (Etter et autres, 2003) à T2, T3 et T4¹⁹. Cette variable a par la suite été croisée avec les variables « sexe », « âge », « scolarité » et « dépendance à la cigarette » mesurées lors de l'entrée en traitement. Les analyses ont été effectuées séparément pour chacun des centres de traitement.

Il ressort des analyses sur le sexe, sur l'âge et sur la scolarité que l'attrition n'est différentielle pour aucun des centres à aucun des temps de mesure.

Étant donné que la proportion de femmes était plus élevée au départ dans le Centre de comparaison, une analyse a été effectuée pour vérifier si le sexe est associé au score au CDS-12 (Etter et autres, 2003). Cela n'est le cas ni au Centre avec intervention, ni au Centre de comparaison. En d'autres termes, la différence de proportion entre les sexes, selon les centres, ne semble pas constituer un facteur confondant quant à la dépendance à la cigarette.

Par rapport à la dépendance à la cigarette telle qu'elle est mesurée par le CDS-12 (Etter et autres, 2003) à T2, les personnes du Centre avec intervention qui continuent à participer à la collecte de données ont un score de dépendance plus fort ($M = 47,4$) que celles qui l'abandonnent ($M = 36,0$)²⁰. C'est l'inverse au Centre de comparaison, où les personnes qui restent dans l'étude présentent une dépendance à la cigarette plus faible ($M = 45,3$) que celles qui abandonnent ($M = 52,6$)²¹. Ce résultat indique que les comparaisons effectuées à T2 pourraient sous-estimer les différences observées entre les centres. En effet, ce sont les personnes les plus dépendantes aux cigarettes qui tendent à recevoir l'intervention en cessation tabagique, alors que le groupe de comparaison a davantage de probabilité d'être constitué de personnes avec une dépendance comparativement plus faible. Il est donc possible que les résultats à la fin du traitement à l'interne (3e semaine) présentés dans cette étude soient des évaluations conservatrices des effets associés à un programme d'intervention sur le tabagisme en centre de traitement des dépendances.

19. À T4 (soit la 13^e semaine en externe), seuls les participants du centre avec intervention ont été évalués.

20. $t(99) = -2,80$; $p < ,01$.

21. $t(44) = 3,67$; $p < ,01$.

À T3, il n'y a plus d'attrition différentielle par rapport à la dépendance aux cigarettes, ni au Centre avec intervention, ni au Centre de comparaison. C'est également le cas à T4, où il n'y a aucune différence statistiquement significative sur la dépendance aux cigarettes entre les personnes qui continuent à participer à la collecte de données au Centre avec intervention et celles qui abandonnent²².

DISCUSSION

Cette étude a évalué la clientèle de deux centres de traitement qui possédaient des politiques similaires sur le tabagisme et celles-ci sont demeurées inchangées tout au long de la collecte de données. Dans les deux centres de traitement, plus de 85 % de la clientèle était composée de fumeurs. Ces derniers fumaient depuis 20 ans en moyenne et avaient déjà tenté de cesser de fumer à plusieurs reprises dans le passé. De plus, la clientèle des deux centres présentait des niveaux similaires de dépendance à l'alcool et aux drogues. Le fait que les participants des deux centres soient comparables à l'entrée en traitement sur des variables clefs liées aux dépendances (alcool, drogue, tabac) suggère qu'il est possible d'attribuer au programme de cessation tabagique les différences qui sont apparues au niveau des habitudes tabagiques des clients²³.

Dans le centre où s'est déroulé le programme de cessation tabagique, la majorité des clients fumeurs (62 %) se sont révélés intéressés à entreprendre une thérapie pour cesser de fumer. Plus des trois quarts de ces participants ont fixé une date d'arrêt et la majorité a rapporté avoir cessé de fumer durant le traitement à l'interne. Le programme a également entraîné une baisse du niveau de dépendance à la cigarette et de la consommation quotidienne de cigarettes. Cette réduction de la consommation de cigarettes pourrait contribuer à augmenter la motivation à cesser de fumer.

22. À titre de rappel, il n'y avait pas de T4 pour le Centre de comparaison.

23. Il n'est toutefois pas possible de déterminer quels sont les « ingrédients actifs » du programme.

Ces résultats confirment ceux déjà obtenus dans d'autres études (Ellingstad et autres, 1999; Irving et autres, 1994; Kozlowski et autres, 1989) qui indiquent que la grande majorité des personnes en traitement de dépendances sont des fumeurs qui souhaitent cesser de fumer et ont déjà tenté de le faire.

Il faut aussi noter qu'une personne effectue généralement plusieurs tentatives avant d'arriver à une cessation tabagique définitive (Fiore et autres, 2000). Pour cette raison, il est utile de considérer d'autres avenues que la seule cessation tabagique comme critère de succès des interventions tabagiques en milieu de thérapie sur les dépendances. Entre autres, mentionnons: le fait d'être davantage informé sur les méfaits des dépendances croisées, être davantage motivé à cesser de fumer, avoir effectué une ou plusieurs tentatives d'arrêt et avoir diminué sa consommation de tabac.

De nombreux milieux de traitement utilisent des interventions basées sur la philosophie des Alcooliques Anonymes. Cette vision du traitement favorise l'abstinence plutôt que la réduction de la consommation. Il est donc possible que ces milieux aient une perception négative d'interventions qui ne visent pas l'abstinence. Pourtant, d'un point de vue empirique, la diminution de consommation quotidienne de cigarettes chez les clients des centres de traitement diminue la probabilité de rechute avec l'alcool (Friend et Pagano, 2004). Il est donc important de diffuser ces connaissances à la clientèle des centres de traitement.

Il convient de relever un certain nombre de limites concernant cette étude. Tout d'abord, le taux de rétention dans l'étude s'est révélé faible pour les suivis à 6 mois et à 1 an, en raison de la difficulté à retracer la clientèle une fois le traitement des dépendances à l'externe terminé. Cela limite les inférences qu'il est possible de tirer sur les effets du programme de cessation tabagique à plus long terme. Il est également nécessaire de rappeler que les résultats sont basés sur des données autorapportées qui n'ont pas été contre-validées par des mesures objectives (ex.: cotinine salivaire). Une procédure de ce type serait utile pour renforcer la validité des résultats observés. Finalement, dans des études ultérieures, il serait intéressant de connaître les répercussions du programme de cessation tabagique sur le cours du traitement des autres dépendances et de voir si l'arrêt tabagique facilite le maintien de la sobriété par rapport à l'alcool et aux drogues.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^e éd.). Washington, DC, Auteur.
- Bernstein, S. M. et G. Stoduto (1999). « Adding a choice-based program for tobacco smoking to an abstinence-based addiction treatment program ». *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(1-2), p.167-173.
- Bobo, J. K. et L. D. Gilchrist (1983). « Urging the alcoholic client to quit smoking cigarettes ». *Addictive Behaviors*, 8(3), p. 297-305.
- Bobo, J. K., McIlvain, H. E., Lando, H. A., Walker, R. D. et A. Leed-Kelly (1998). « Effect of smoking cessation counseling on recovery from alcoholism: Findings from a randomized community intervention trial ». *Addiction*, 93(6), p. 877-887.
- Burling, T. A., Ramsey, T. G., Seidner, A. L. et C.S. Kondo (1997). « Issues related to smoking cessation among substance abusers ». *Journal of Substance Abuse*, 9, p. 27-40.
- Currie, S. R., Nesbitt, K., Wood, C. et A. Lawson (2003). « Survey of smoking cessation services in Canadian addiction programs ». *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24(1), p. 59-65.
- Davidson, R., Bunting, B. et D. Raistrick (1989). « The homogeneity of the alcohol dependence syndrome: A factor analysis of the SADD questionnaire ». *British Journal of Addiction*, 84(8), p. 907-915.
- Ellingstad, T. P., Sobell, L. C., Sobell, M. B., Cleland, P. A. et S. Agrawal,(1999). « Alcohol abusers who want to quit smoking: Implications for clinical treatment ». *Drug and Alcohol Dependence*, 54(3), p. 259-265.
- Etter, J.-F., Le Houezec, J. et T.V. Perneger (2003). « A self-administered questionnaire to measure dependence on cigarettes: The Cigarette Dependence Scale ». *Neuropsychopharmacology*, 28(2), p. 359-370.
- Flach, S. D. et A. Diener (2004). « Eliciting patients' preferences for cigarette and alcohol cessation: An application of conjoint analysis ». *Addictive Behaviors*, 29(4), p. 791-799.
- Fiore, M. C., Bailey, W. C., S. J. Cohen et coll. (2000). « Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline ». Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service.
- Fogg, B. et J. Borody. (2001). *The impact of facility no smoking policies and the promotion of smoking cessation on alcohol and drug rehabilitation program outcomes, a review of the literature*. Ottawa, The Canadian Centre on Substance Abuse, Addictions Policy Working Group.

- Friend, K. B. et M. E. Pagano (2004). « Smoking initiation among nonsmokers during and following treatment for alcohol use disorders ». *Journal of Substance Abuse*, 26, p. 219-224.
- Gossop, M., Darke, S., Griffiths, P., Hando, J., Powis, B. W. Hall et autres (1995). « The Severity of Dependence Scale (SDS): Psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users ». *Addiction*, 90(5), p. 607-614.
- Holm, S. (1979). « A simple sequentially rejective multiple test procedure ». *Scandinavian Journal of Statistics*, 6, p. 65-70.
- Irving, L. M., Seidner, A. L., Burling, T. A., Thomas, R. G. et G. F. Brenner (1994). « Drug and alcohol abuse inpatients' attitudes about smoking cessation ». *Journal of Substance Abuse*, 6(3), p. 267-278.
- Kozłowski, L. T., Skinner, W., Kent, C. et M. A. Pope (1989). « Prospects for smoking treatment in individuals seeking treatment for alcohol and other drug problems ». *Addictive Behaviors*, 14(3), p. 273-278.
- Lemon, S. C., Friedmann, P. D. et M. D. Stein (2003). « The impact of smoking cessation on drug abuse treatment outcome ». *Addictive Behaviors*, 28(7), p. 1323-1331.
- McCool, R. M. et K. P. Richter (2003). « Why do so many drug users smoke? ». *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(11), p. 43-49.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2006). *Loi modifiant la loi sur le tabac. Faits saillants des principales mesures*. [En ligne], Consulté le 23 septembre 2008, <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/tabac/download.php?f=1731852fd1cdde8cadfbb79b86ac1dcf>
- Norušis, M. J. (2004). *SPSS 13.0 Advanced statistical procedures companion*. Saddle River, NJ, Prentice Hall.
- Raistrick, D., Dunbar, G. et R. Davidson (1983). « Development of a questionnaire to measure alcohol dependence ». *British Journal of Addiction*, 78(1), p. 89-95.
- Richter, K. P., Ahluwalia, H. K., Mosier, M. C., Nazir, N. et J. S. Ahluwalia (2002). « A population-based study of cigarette smoking among illicit drug users in the United States ». *Addiction*, 97(7), p. 861-869.
- Royer, A. et M. Cantinotti (2007). « Intégrer la cessation tabagique au traitement des dépendances: Obstacles, défis et solutions ». *Drogues, santé et société*, 6(1), p. 211-240.

- Santé Canada. (2004). *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) - Sommaire des résultats de la première moitié de 2004 (de février à juin)*. Ottawa, Auteur.
- Santé Canada. (2005). *La stratégie nationale : Aller de l'avant - Rapport d'étape 2005 sur la lutte contre le tabagisme*. Ottawa, Auteur.
- Santé Canada. (2006). Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2005 [En ligne] Consulté le 19 avril 2008 http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc_2005_f.html
- Seidner, A. L., Burling, T. A., Gaither, D. E. et R. G. Thomas (1996). « Substance-dependent inpatients who accept smoking treatment ». *Journal of Substance Abuse*, 8(1), p. 33-44.
- Shiffman, S. et M. Balabanis (1995). « Associations between alcohol and tobacco ». Dans J. B. Fertig et J. P. Allen (dirs), *Alcohol and tobacco: From basic science to clinical practice*, Bethesda, MD, National Institutes on Health, p. 17-36.
- SPSS inc. (2004). *SPSS 13.0 for Windows*. Chicago, IL, Auteur.
- Stuyt, E. B. (1996). « Recovery rates after treatment for alcohol/drug dependence: Tobacco users vs. non-tobacco users ». *American Journal of Addiction*, 6(2), p. 159-167.
- Williams, J. M., Foulds, J., Dwyer, M., Order-Connors, B., Springer, M., P. Gadde et autres (2005). « The integration of tobacco dependence treatment and tobacco-free standards into residential addictions treatment in New Jersey ». *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(4), p. 331-340.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Genève, Auteur.

Page laissée blanche intentionnellement

CHAPITRE 6

La prévention des problèmes liés au jeu¹ : évolution, pratiques et acquis des autres dépendances

Élisabeth Papineau et Fabienne Richer

INTRODUCTION

La prévention des problèmes liés aux jeux de hasard et d'argent pose aux chercheurs et aux praticiens des défis particuliers. C'est une probléma-

1. Les jeux de hasard et d'argent (ci-après JHA) sont des jeux où de l'argent ou tout autre objet ou action de valeur est misé sur le résultat et où le résultat est basé en totalité ou en partie sur le hasard. L'appellation « appareils électroniques de jeu » (AÉJ) regroupe deux catégories relativement similaires:
 - Les machines à sous (MAS), au Québec, sont exploitées uniquement dans les casinos sous la juridiction de la Société des casinos du Québec. On peut généralement y jouer un seul jeu, souvent au moyen d'un bras mécanique. Les gains sont remboursés en argent. Plusieurs machines à sous peuvent être reliées entre elles de manière à faire augmenter, au fil des plus petits gains, un lot beaucoup plus important. De tels « lots progressifs » sont interdits lorsqu'il est question de loteries vidéo (Loto-Québec, 2006).
 - Les appareils de loteries vidéo (ALV) sont exploités dans des bars, brasseries et tavernes et restaurants licenciés de permis d'alcool ainsi que dans les hippodromes et les Ludoplex. Ils sont sous le contrôle de la SLVQ et de la SCQ. Il s'agit d'appareils multi jeux, munis d'un écran tactile. Les crédits sont remboursés au moyen d'un coupon de remboursement ou enregistrés dans une carte à puce et remboursés à un comptoir.

tique relativement récente, pour laquelle divers modèles interprétatifs se sont développés, mais qui n'a pas encore donné lieu à des pratiques de prévention s'appuyant sur des données probantes (Williams, West, et Simpson, 2007a). Pour pallier le manque de données robustes, différents chercheurs ont évoqué la pertinence de s'inspirer de principes et de connaissances issus des champs de la dépendance à l'alcool, aux drogues ou au tabac (Marotta et Hynes, 2003; Messerlian et Derevensky, 2006; Byrne, Dickson, Derevensky, Gupta, et Lussier, 2005). Nos recherches étayent l'hypothèse qu'à déterminants et facteurs de risque communs (Dickson, Derevensky, et Gupta, 2002; Clarke, 2005), certaines pratiques de prévention observées dans le champ des dépendances seraient souhaitables pour la prévention des problèmes de jeu au Québec. Par ailleurs, ces pratiques s'inscrivent résolument dans une perspective de santé publique et de promotion de la santé comme, nous le verrons, c'est de plus en plus le cas pour les problèmes de jeu.

À partir d'un survol de la réalité épidémiologique du jeu au Québec, de l'évolution des concepts relatifs aux problèmes de jeu et des grands constats issus de la recension des initiatives de prévention québécoises et mondiales dans le champs du jeu et des autres dépendances, le présent article se veut une réflexion sur les grandes orientations de prévention prometteuses.

LA PRÉVALENCE DES PROBLÈMES DE JEU AU QUÉBEC ...

La nécessité de réfléchir à la prévention repose sur la reconnaissance de l'existence de problèmes de jeu importants au Québec. En santé publique, il est acquis que la prévention ne s'adresse pas qu'aux seules personnes qui éprouvent des problèmes à cause de leur propre comportement de jeu, mais à l'entourage de ces personnes et à toute la population, par l'entremise des trois types de prévention universelle, sélective et indiquée (Institute of Medecine, 1994). Selon Politzer, Yesalis et Hudak (1992), les joueurs entraîneraient des répercussions négatives sur 10 à 17 personnes de leur entourage immédiat (famille, collègues, amis, employeurs, etc.). On conçoit donc aisément que ces mêmes personnes doivent faire l'objet d'initiatives de prévention particulières, tout comme la population générale, qui est largement exposée à la sollicitation médiatique au jeu. La prochaine section fait état des données québécoises de prévalence des problèmes de jeu ainsi que des déterminants de ces problèmes.

...CHEZ LES JEUNES

Dans une étude réalisée en 2006 auprès de 4 571 élèves du Québec, 36 % d'entre eux rapportent avoir participé à au moins une forme de jeu de hasard et d'argent, à au moins une occasion au cours d'une période de douze mois : « En 2006, environ 3,8 % des élèves du secondaire (soit 17 800 élèves) sont à risque de développer un problème de dépendance² au jeu (JÀR) et approximativement 2,1 % d'entre eux (soit 9 500 élèves) sont considérés comme des joueurs pathologiques probables (JPP), c'est-à-dire qu'ils sont dépendants aux jeux de hasard et d'argent. » (Martin, Gupta et Derevensky, 2007) Parmi les seuls joueurs, environ 11 % démontrent les critères diagnostiques du jeu à risque, et approximativement 6 % démontrent ceux du jeu pathologique probable. (Martin et autres, 2007)

Plusieurs autres recherches ont porté sur la prévalence des problèmes de jeu chez les adolescents (Chevalier, Martin, Gupta et Derevensky, 2005b; Derevensky, Lussier, Ellenbogen, Gupta, Wynne et Messerlian, 2005; Gupta et Derevensky, 1998; Gagnon, Hickey, Hugrom et Racine, 2006; Deschênes, Demers et Finès 2003). Selon celles-ci, entre 2,8 % et 8,4 % des adolescents sont des joueurs à risque et entre 1,8 % et 4,7 % sont des joueurs pathologiques probables. La proportion d'adolescents qui présentent un problème relié à leurs activités de jeu serait de 2 à 4 fois plus élevée que celle des adultes (Derevensky, Gupta, Dickson et Deguire, 2001).

Selon Derevensky et son équipe, la plupart des jeunes qui jouent ont commencé par consommer des billets de loterie avant de progresser vers d'autres formes de jeu comme les loteries sportives et les paris sportifs (Derevensky et autres, 2001; Gupta et Derevensky, 1998).

2. Le jeu pathologique ou la dépendance au jeu est caractérisé par une perte de contrôle périodique ou continue relative au jeu d'argent, une préoccupation constante pour le jeu d'argent et pour l'obtention d'argent pour parier, des pensées irrationnelles, et une continuation du comportement en dépit de conséquences négatives (American Psychiatric Association, 1994).

...ET CHEZ LES ADULTES

En 2002, au Québec, 81 % de la population adulte pratique des jeux de hasard et d'argent et 1,7 % des Québécois éprouvent des problèmes de jeu (0,8 % sont des joueurs pathologiques probables et 0,9 % sont des joueurs à risque) (Ladouceur et autres, 2004b).

La prévalence chez les seuls adultes joueurs est une mesure beaucoup plus juste des impacts des JHA. Parmi l'ensemble des joueurs québécois interrogés en 2002 dans l'étude de Chevalier et de ses collègues (2004a), 2,1 % d'entre eux présentent un problème de jeu au cours des 12 mois précédant l'entrevue téléphonique (1 % sont des joueurs pathologiques probables et 1,1 % sont des joueurs à risque). (Chevalier et Allard, 2001b)

Entre 1989 et 1996, la prévalence à vie des joueurs pathologiques probables dans la population générale adulte était passée de 1,2 % en 1989 à 2,1 % en 1996 (Ladouceur, 1991; Ladouceur, Jacques, Ferland, et Giroux, 1999). Cette évolution pourrait s'expliquer en partie par l'augmentation de l'exposition au jeu générée par l'ouverture des casinos de Montréal et de Charlevoix en 1993-1994 et par la mise en service des appareils de loterie vidéo. On ne dénote pas de grande variation entre 1996 et 2002: « En 1996, 1,4 % de la population québécoise est considérée être des joueurs à risque alors que 1,0 % est estimée être des joueurs pathologiques probables. Lorsque ces taux sont comparés à ceux obtenus en 2002, nous observons une prévalence courante qui n'est pas statistiquement différente ($X^2(2, N = 10\ 086) = 4,05; p > 0,05$) » (Ladouceur et autres, 2004b; Chevalier et Allard, 2001b)³.

Cependant, plusieurs études de prévalence indiquent que la proportion de joueurs problématiques aux appareils de loterie vidéo, à certains jeux de casino, aux loteries sportives et aux courses de chevaux est généralement plus élevée que la proportion de joueurs problématiques à d'autres formes de jeux de hasard et d'argent. Dans la métropole québécoise, 42 % des joueurs d'appareils de loterie vidéo et de machine à sous (AEJ) pré-

3. L'étude réalisée par Ladouceur et ses collaborateurs en 2002 et publiée en 2004 a mesuré les problèmes de jeu grâce au SOGS (Lesieur & Blume, 1987) et à l'Indice canadien du jeu excessif (ICJE) (Ladouceur & al., 2004b). Chevalier et Allard (2001a, b, c) ont, quant à eux, mesuré le jeu excessif à Montréal avec le Diagnostic Interview Schedule (DIS) for DSM-IV.

sentent des symptômes relatifs au jeu pathologique (Chevalier et Allard, 2001c). Parmi les joueurs d'appareils de loterie vidéo du Québec, 13,8 % sont des joueurs problématiques. En ce qui concerne les jeux de casino, les joueurs problématiques représentent 8,9 % des joueurs de roulette, 12,3 % des joueurs de poker, 12,4 % des joueurs de black jack et 14,6 % des joueurs de Kéno. On trouve également 11,4 % de joueurs problématiques chez les amateurs de courses de chevaux et 12,8 % chez les joueurs de loteries sportives (Chevalier et autres, 2004a).

Les données précédentes mettent en relief le fait que certains jeux représentent des facteurs de risques et des propriétés toxicomanogènes supérieurs à d'autres.

LES DÉTERMINANTS DES PROBLÈMES DE JEU AU QUÉBEC

L'observation des caractéristiques des joueurs ajoute un élément d'information sur les déterminants des problèmes de jeu et devrait orienter les initiatives de prévention.

Sexe et âge

Les hommes sont plus à risque que les femmes de développer des problèmes de jeu aussi bien chez les adultes que chez les jeunes (Ladouceur, 1991 ; Ladouceur et autres, 2004b ; Chevalier et Allard, 2001b ; Chevalier, Allard et Audet, 2002 ; Chevalier et autres, 2005b ; Gupta et Derevensky, 1998 ; Derevensky et autres, 2005 ; Derevensky, Gupta et Gillespie, 2006).

L'âge est également un facteur déterminant : les joueurs les plus jeunes ont tendance à développer plus de problèmes de jeu que les joueurs des autres groupes d'âge (Chevalier et Allard, 2001b ; Ladouceur, 1991 ; Ladouceur et autres, 2004b). En fait, plus l'initiation au jeu est précoce, plus il est probable de devenir joueur problématique surtout si les jeunes possèdent un montant d'argent de poche hebdomadaire supérieur à 50 \$ (Ladouceur, 1991 ; Gupta et Derevensky, 1998 ; Chevalier et autres, 2002 ; 2005b ; Roy et Tremblay, 2004).

Comportement et santé mentale

Des problèmes de comportement de certains adolescents sont associés à leur dépendance au jeu : l'hyperactivité, les problèmes de déficit d'attention, la fréquentation de pairs déviants (Vitaro, Wanner, Carbonneau et Tremblay, 2007). Les jeunes garçons qui ont des difficultés à contrôler leur impulsivité montrent aussi plus de problèmes de jeu que les autres adolescents d'après des études effectuées par Vitaro et son équipe (Vitaro, Arseneault et Tremblay, 1997 ; Vitaro et autres, 2007). Des difficultés affectives telles que des symptômes dépressifs, l'hyper-sensibilité, l'isolement social pourraient également prédire une possible dépendance au jeu chez les jeunes (Vitaro et al., 2007).

Des problèmes de santé mentale tels que des troubles de la personnalité ou de l'humeur, des symptômes dépressifs, de l'anxiété sont constatés chez certains joueurs problématiques (Chevalier et Allard, 2001b ; Chevalier, Allard, Kimpton, Audet, Hamel et St-Laurent, 2005a ; Ladouceur et autres, 2004c). Il est cependant difficile de déterminer dans quelle mesure il s'agit de déterminants ou de comorbidités.

La dépendance au jeu et en particulier aux appareils électroniques de jeu semble s'enraciner dans des facteurs de risque communs avec la dépendance à l'alcool et aux drogues. Les adultes qui sont joueurs problématiques présentent plus fréquemment (ou ont présenté au cours de leur vie) une dépendance à l'alcool ou à des drogues illicites, voire à des médicaments (Chevalier et Allard, 2001b ; Ladouceur et autres, 2004c ; Jacques et Ladouceur, 2007). Les données du programme expérimental québécois (Allard et Papineau, 2006) nous apprennent que 49 % des joueurs problématiques déclarent avoir été traités pour un ou des troubles de santé concomitants au cours des douze (12) mois précédant leur inscription aux services, 19 % des joueurs problématiques ont une dépendance à l'alcool et 9 % des joueurs problématiques ont une dépendance liée aux drogues. Chez les joueurs d'ALV, 40 % affirment consommer des drogues ou de l'alcool quand ils jouent (Chevalier et autres, 2004b).

Quant aux jeunes joueurs ayant des problèmes de jeu, il est fréquent qu'ils consomment des produits psycho-actifs tels que l'alcool ou des dro-

gues illicites (Gupta et Derevensky, 1998 ; Loiselle et Chevalier, 2002 ; Vitaro et autres, 2005).

Éducation, conditions de vie et milieux de vie

Les personnes qui risquent de devenir des joueurs problématiques ont généralement un niveau de scolarité moins élevé que les autres joueurs (Chevalier et Allard, 2001b ; Ladouceur, 1991 ; Ladouceur et autres, 2004b ; Lachance et Payre, 2005). Parmi les gens qui n'ont terminé que le primaire ou le secondaire, on trouve davantage de joueurs pathologiques probables (68 %) que d'individus sans problème de jeu (49 %) ou de joueurs à risque (58 %) (Ladouceur et autres, 2004b). La majorité des joueurs problématiques déclarent avoir un emploi, le plus souvent à temps plein (Ladouceur et autres, 2004b ; Allard et Papineau, 2006 ; Lachance et Payre, 2005 ; Jacques et Ladouceur, 2007). Cependant, chez un grand nombre de ces joueurs, le revenu du ménage est de moins de 40 000 \$ par année (Chevalier et Allard, 2001b ; Ladouceur, 1991 ; Ladouceur et autres, 2004b). Selon Kairouz, les jeunes à risque modéré et élevé se différencient significativement des jeunes qui sont à faible risque sur la plupart des variables socioéconomiques et familiales : ils proviennent dans une plus grande proportion de familles monoparentales, de familles dont le niveau de scolarité des parents est moins élevé et rapportent une moins bonne qualité de la relation avec leurs parents (Kairouz, Nadeau, Lo Siou, Fiset-Laniel, Adlaf et Ladouceur, 2006).

La marginalisation linguistique et sociale créée par le fait d'être néo-Québécois serait aussi déterminante dans les problèmes de jeu (Papineau et autres, 2005). L'étude de Chevalier et Allard (2001b) démontre que les adultes qui ne parlent ni le français ni l'anglais à la maison sont plus susceptibles de développer des problèmes de jeu que les autres adultes. D'autres recherches auprès des jeunes tendent à corroborer ces résultats surtout si le jeu est accepté socialement dans la culture d'origine et que les membres de ces communautés éprouvent des difficultés d'acculturation (Derevensky et autres, 2005 ; Chevalier et autres, 2005b).

La proportion de joueurs problématiques est plus importante chez les joueurs ayant un membre de leur famille qui a ou qui a eu des problèmes de jeu (Ladouceur et autres, 2004b; Chevalier et autres, 2005a; Jacques et Ladouceur, 2007; Gupta et Derevensky, 1998; Derevensky et autres, 2005). Il en est de même pour ceux qui ont des proches qui manifestent une dépendance à l'alcool ou à des drogues illicites (Ladouceur et autres, 2004b). Cet état de fait est possiblement lié soit à des facteurs génétiques, soit à l'influence des normes et des habitudes familiales relatives au comportement.

Accessibilité des jeux

Il a été clairement démontré que, plus l'accessibilité aux jeux de hasard et d'argent est facilitée, plus le nombre de personnes qui éprouvent des problèmes augmente (Productivity Commission, 1999; Abbott et Volberg, 1994; Ladouceur, 1996; Shaffer et autres, 2004; Welte et autres, 2004; Harrison Health Research, 2006).

Dangerosité des jeux

Il existe une grande variété de jeux de hasard et d'argent et tous ne présentent pas le même risque d'engendrer des problèmes, dont la dépendance. La dangerosité des jeux s'articule autour de deux dimensions. Pour ce qui est de la dangerosité intrinsèque, spécifique des caractéristiques des machines, différents types de jeux présentent des caractéristiques variées qui les rendent plus ou moins susceptibles de générer ou d'accélérer l'apparition de problèmes de jeu. La dangerosité extrinsèque, quant à elle, correspond à l'environnement dans lequel le jeu est offert (Chevalier et Papineau, 2007).

Les ALV sont les produits qui causent le plus de problèmes et constituent le jeu pour lequel la dépense annuelle est la plus élevée par personne. Deux facteurs prépondérants ressortent de la recension des écrits : l'accessibilité des appareils (Chevalier et Papineau, 2007; Abbott, 2006, Welte et autres, 2004) et la dangerosité liée à leurs caractéristiques intrinsèques (Griffiths, 1996; Leblond, 2004; 2007). Selon Griffiths, les ALV :

- provoquent, en situation de perte, des expériences psychologiques gratifiantes en simulant des expériences de quasi-gains, qui incitent à rejouer pour récupérer les pertes. C'est le principe de renforcement positif intermittent de Skinner (1953), qui postule que l'ajout d'un stimulus comme conséquence d'un geste va augmenter la probabilité que cette action soit répétée ;
- ont des intervalles de récompense courts, de quelques secondes seulement (c.-à-d. fréquence accélérée des événements), ne permettant ni la réflexion, ni le retour à la réalité ;
- ne sont pas coûteux de manière trompeuse, les parties coûtant de 5¢ à 2,50 \$. Mais chaque partie ne dure que quelques secondes et les machines acceptant dorénavant des billets plutôt que les pièces de monnaie, la dépense devient rapidement importante. Les appareils fonctionnant avec des cartes magnétiques produisent un phénomène de désensibilisation à l'argent ;
- donnent l'impression erronée que le joueur peut en arriver à maîtriser le jeu : certaines caractéristiques comme la possibilité d'arrêter le jeu manuellement et le fait que des jeux de cartes (théoriquement de stratégie) soient couplés à des jeux de pure chance induisent le joueur à penser qu'il a un contrôle sur les résultats, et que plus il joue, plus il peut améliorer ses performances ;
- offrent la possibilité de jouer de manière continue et répétitive : cette caractéristique et les renforcements intermittents procurés par de petits gains procurent une stimulation de la dopamine et de la noradrénaline, deux antidépresseurs connus. Très rapidement le joueur va chercher à reproduire cet effet euphorisant et développe ainsi une dépendance d'origine neurophysiologique (Sader, 2005).

Les couleurs, les sons⁴, la cohabitation de jeux de hasard et de jeux d'adresse, les probabilités de gains sont autant de facteurs supplémentaires qui induisent une perte de distanciation à l'égard du jeu, d'autant plus s'il s'agit d'un jeu qui exclut la socialisation proximale. En raison de leur rapidité, les ALV agissent sur le cerveau comme des neurostimulants tels que la cocaïne ou les amphétamines ;

La rapidité du développement de la dépendance aux ALV devance de loin celle attribuée aux autres jeux tels que les cartes, les loteries, les paris sportifs et à l'hippodrome (1,1 année vs 3,6 années -Breen et Zimmerman, 2002). Les personnes qui ont recours le plus fréquemment aux services des

4. "I.G.T. spends \$120 million each year and employs more than 800 designers, graphic artists, script writers and video engineers to find ways to surround the unromantic chips with a colorful matrix of sounds, chrome, garishly-painted glass and video effects"(...) "It's not just push the red button and watch the wheels spin. Make people want to sit there. Use sight and sound and everything at our disposal to get people's juices going." (Rivlin, 2004).

centres de traitement sont dans 90 % des cas des joueurs d'appareils électroniques de jeu (Chevalier et autres, 2005a). De plus, 77 % des appels à la ligne téléphonique « Jeu : aide et référence » pour lesquels un jeu est mentionné sont relatifs à un problème aux appareils de loterie vidéo (Centre de référence du Grand Montréal, 2008). On estime à 431 400 le nombre de joueurs d'ALV au Québec, qui y misent en moyenne 884 \$ par année (Ladouceur et autres, 2004b, Chevalier et Allard, 2001c).

Les autres jeux apparemment les plus dangereux, c'est-à-dire où l'on trouve la plus grande proportion de joueurs problématiques, sont les suivants (parmi les jeux auxquels au moins 2 % de la population joue) : Kéno (casino) 14,6 %, loterie sportive 12,8 %, black jack (casino) 12,4 %, poker (casino) 12,3 % et courses de chevaux 11,4 % (Chevalier et autres, 2004a).

L'ÉVOLUTION DE LA CONCEPTUALISATION DES PROBLÈMES DE JEU

La médicalisation des problèmes de jeu

Ce survol de la réalité épidémiologique des problèmes de jeu au Québec démontre que ceux-ci constituent un phénomène dont les manifestations sont complexes, et cette complexité se reflète aussi dans les différentes lectures et interprétations du phénomène. Selon le paradigme largement utilisé dans le monde anglo-saxon, la dépendance au jeu relève théoriquement d'un diagnostic médical et est reconnue comme un désordre mental par son inclusion en 1977 dans la Classification Internationale des Maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé. En 1980, il est inclus dans le DSM-III (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) de l'Association américaine de psychiatrie (APA, 1980 ; 1994). Il y est caractérisé « par une perte de contrôle périodique ou continue relative au jeu d'argent, une préoccupation constante pour le jeu d'argent et pour l'obtention d'argent pour parier, des pensées irrationnelles, et une continuation du comportement en dépit de conséquences négatives⁵ ».

5. Dans le présent document, le terme problèmes de jeu ou problèmes liés aux JHA est utilisé et le terme « jeu pathologique » n'est utilisé que lorsqu'il est mentionné comme tel dans les documents auxquels nous faisons référence.

Il existe cependant peu de données sur les modalités et les raisons du passage de joueur récréatif à joueur problématique. Custer (1984) a tout au plus estimé que le joueur problématique passe par quatre phases : 1) l'essai, sans attentes particulières ; 2) la phase de gains, qui génère chez lui des fortes attentes ; 3) la phase de pertes, accompagnée d'isolement et de tentatives de récupération des pertes ; 4) et la phase de désespoir où le joueur s'enlise dans la perte de contrôle sur les dépenses. Surviennent alors des dysfonctionnements d'ordre social, familial ou professionnel ou encore des problèmes de santé.

Le passage par ces phases est conditionné par de multiples facteurs. Le National Research Council suggère que les recherches et les interventions sur le jeu pathologique doivent tenir compte de l'ensemble des dimensions du joueur, de sa personnalité, de son expérience avec le jeu, de ses attitudes à l'endroit du risque, de ses motivations à jouer, de son histoire familiale et de ses attributs génétiques, et qu'aucune explication théorique ne devrait être totalement exclue lors de l'examen des causes des problèmes de jeu (National Research Council, 1999). Griffiths (1996) confirme : « Des processus sociaux, psychologiques et biologiques sont impliqués d'une façon interactive et complexe dans l'étiologie des problèmes de jeu. » Dans la foulée de la médicalisation des problèmes de jeu (Castellani, 2000), différentes hypothèses relatives aux fondements génétiques ou neurobiologiques des problèmes de jeu ont aussi cours, notamment en ce qui concerne l'implication des neurotransmetteurs dans la dépendance (Potenza, 2001).

Le modèle de Reno

Cependant, Blaszczynski (2000) estime que toutes les théories échouent à différencier des typologies spécifiques des joueurs : selon lui, ces modèles postulent tous que les joueurs constituent une population homogène. Il a donc élaboré une approche conceptuelle des joueurs, pour lesquels il identifie trois sous-groupes : les joueurs normaux, les joueurs émotionnellement vulnérables et les joueurs pathologiques impulsifs. Cette catégorisation en trois types, basée sur des observations cliniques, entraîne selon l'auteur des interventions distinctes.

Même si, en 2001, Blaszczynski reconnaît le poids prépondérant qu'occupent les facteurs écologiques, soit la disponibilité et l'accessibilité du jeu dans le modèle de développement des problèmes, il met de l'avant en 2004 le « modèle de Reno ». Celui-ci permettra l'adoption par l'industrie et de nombreux chercheurs du concept de « Responsible gaming », qui postule que l'individu est tenu responsable de ses choix individuels. Cela sous-tend qu'en termes de prévention on doit avant tout s'assurer de fournir au joueur les informations nécessaires pour faire des choix de jeux libres et éclairés (Blaszczynski, Ladouceur et Shaffer, 2004).

Contrepoids au modèle de Reno

Plusieurs chercheurs réagiront à cette conceptualisation du joueur « pathologique » comme consommateur dysfonctionnel et aux implications que cela peut avoir sur la prévention des problèmes. Korn propose une critique du modèle de Reno, où la recherche et la prévention sur le jeu devraient s'orienter graduellement d'un modèle d'explication psychologisant à un modèle de santé publique, qui tienne compte des logiques sociales de la consommation des jeux de hasard et d'argent (Korn, Reynolds et Skinner, 2006). Par ricochet, les répercussions des politiques publiques relatives à l'offre de jeu sur les problèmes de jeu sont mises en relief, de même que la nécessité d'agir sur celles-ci (Korn, Gibbons et Azmier, 2003 ; Livingstone et Wooley, 2007). Le fait que certains jeux représentent des facteurs de risques et des propriétés toxicomanogènes supérieurs à d'autres, une évidence généralement peu mise de l'avant par les tenants du concept de responsable gaming, est également soulevé (Livingstone et Wooley, 2007). Par rapport à l'interprétation médicale de l'American Psychological Association, cette évolution est déterminante dans la définition des problèmes de jeu et offre de nouvelles perspectives à l'action et à la recherche en santé publique, puisque sont désormais pris en considération les principaux déterminants de santé concernant non seulement les personnes mais aussi le produit et l'environnement.

Au Québec, dans une remise en question du concept de responsable gaming qui prédomine généralement dans le discours et qui guide les initiatives de traitement et de prévention, Chevalier et Allard établissaient en

2001 l'impact et la dangerosité différentielle des différents jeux en analysant les montants misés dans les différentes activités légales disponibles au Québec (Chevalier et Allard, 2001a). Des travaux théoriques sur l'analyse et la mesure de l'offre de jeu ont ensuite permis de consolider. D'une part, l'idée que l'offre ne se limite pas à des indicateurs quantitatifs (nombre de places de jeu ou nombre de casinos) et, d'autre part, que l'ampleur de cette offre est déterminante des problèmes de jeu (Chevalier et Papineau, 2004).

Plusieurs recherches mondiales ont clairement établi le lien entre l'accessibilité au jeu et les problèmes qui en découlent (Abbott et Volberg, 1994; Ladouceur, 1996; Lesieur, 1994; Welte et autres, 2004). Chevalier et Papineau précisent la définition de l'accessibilité au jeu selon cinq dimensions : l'accessibilité géographique, qui se réfère à la capacité d'une personne ou d'une population à parcourir la distance nécessaire pour participer à une activité de jeu ou au temps requis pour parcourir cette distance. L'accessibilité temporelle, qui fait référence au temps requis pour participer à une activité de jeu ainsi qu'aux périodes pendant lesquelles les activités de jeu sont disponibles : le nombre d'heures par jour et le nombre de jours par année où un jeu est accessible. L'accessibilité économique correspond à la capacité d'une personne ou d'une population de payer les coûts directs et indirects inhérents à la participation à une activité de jeu. Les coûts directs incluent le coût des mises et éventuellement du restaurant, des consommations et du spectacle (dans le cas d'un casino). L'accessibilité symbolique tient davantage de l'acceptabilité sociale et du degré de normalisation d'une activité. Toutes les formes de mise en marché contribuent à rendre le jeu plus accessible symboliquement auprès des populations. Finalement, l'accessibilité légale est définie par les lois et la réglementation interdisant ou limitant la participation de certaines catégories de personnes à certaines activités de jeu. De multiples dispositions légales ont été adoptées. Par exemple, il est interdit aux moins de 18 ans de participer à des jeux d'argent étatisés et les manufacturiers d'appareils de loterie vidéo ne peuvent jouer à ce type spécifique de jeu (Chevalier et Papineau, 2007).

CONCEPTUALISATION DE LA PRÉVENTION DANS LE CONTEXTE QUÉBÉCOIS

L'établissement de la dangerosité des jeux et la définition des cinq dimensions de l'accessibilité comme déterminants majeurs des problèmes de jeu, complémentaires aux déterminants individuels, constituent les fondements du cadre conceptuel de santé publique dans lequel ont pris place une série de travaux, déterminants pour les politiques publiques au Québec (Houle et Paradis, 2007; Chevalier et Papineau, 2007; Papineau, 2007; Chevalier, Montpetit, Biron, Dupont, et Caux, 2006; Papineau, 2006, MSSS, 2006)⁶. Cette conceptualisation a de nombreuses implications pour la prévention: partant de la démonstration que l'offre de jeu ou l'accessibilité à un produit entraîne généralement une augmentation des problèmes liés au jeu dans la société, leur réduction passe par le réaménagement de cette accessibilité et la réduction de l'offre afin de retarder ou de prévenir les problèmes de jeu. De la même façon, étant reconnu que les jeux les plus dangereux exacerberont davantage les problèmes de jeu (ex.: ALV vs bingo), l'action préventive doit viser la réduction de la dangerosité, sinon viser une augmentation de l'innocuité des jeux proposés. Finalement, les actions de type sensibilisation, information, éducation à la santé, peu efficaces prises isolément, ont le potentiel de contribuer à réduire les problèmes associés au jeu lorsqu'elles sont combinées aux mesures visant l'accessibilité et de la dangerosité (Chevalier et Papineau, 2007, Wooley et Livingstone, 2007).

Cependant, malgré les réflexions théoriques de ces dernières années, la revue des tendances en prévention des problèmes de jeu au Québec démontre l'absence d'une vision structurée et systémique de la prévention⁷. Pour la

6. L'usage de ce cadre conceptuel s'est clairement dégagé des travaux du Colloque sur les jeux de hasard et d'argent: *Pour une réflexion sur les risques et les impacts sur la communauté*, tenu le 11 décembre 2007 à Laval.

7. Un inventaire des initiatives de prévention au Québec, réalisé en 2006 auprès des Agences de santé et de services sociaux, a permis de recenser quelque 230 actions. Des entrevues ont été effectuées auprès des répondants en prévention et/ou en organisation des services de seize Agences régionales de santé et des services sociaux du Québec. Différents documents ont aussi été obtenus auprès des Agences de santé et des services sociaux et auprès du MSSS (plans d'action, bilans de plans d'action, campagnes de communication, etc.). Ces données rassemblées ont ensuite fait l'objet d'une validation auprès de ces mêmes répondants. Une revue des initiatives mondiales a aussi été menée par l'INSPQ, avec une emphase accordée à quatre juridictions-type, soit la Suisse, l'Oregon, le New-South-Wales et la Nouvelle-Ecosse.

majeure partie, elles visent l'information aux joueurs et aux proches, s'inscrivant résolument dans le courant du « modèle de Reno » (Blaszczynski, Ladouceur et Shaffer, 2004). Le fait que certains jeux présentent des facteurs de risques et des propriétés toxicomanogènes supérieurs à d'autres n'est que très peu pris en considération dans ces programmes de prévention de nature strictement éducative.

On constate aussi que la prévention s'installe souvent dans une logique réactive, en réaction soit à l'augmentation de l'offre de jeu, soit à un questionnement médiatique ou populaire. Par ailleurs, certaines mesures préventives sont parfois parallèles à d'autres mesures susceptibles d'en minimiser les effets préventifs. Ainsi, lors de la première vague de réduction du nombre d'ALV sur le territoire québécois, le fait que les appareils retirés figurent parmi les moins rentables et que le nombre de machines à sous soit augmenté d'autant est contreproductif. De même, le gouvernement annonce, en mai 2001, que le budget accordé à la publicité du secteur des loteries sera diminué de 10 %⁸ tandis que la RACJ annonce que toute forme de promotion et de publicité relative aux ALV sera limitée : cependant, l'augmentation parallèle des commandites de la société d'État, le raffinement du marketing aux points de ventes de loterie, la hausse de l'accessibilité du bingo, la disponibilité de jeux sur Internet ainsi que l'introduction de la publicité des JHA sur Internet et dans les radios commerciales ne permettent pas d'atteindre l'objectif visé de restriction de la visibilité et de l'incitation au jeu. Finalement, si ces initiatives de prévention sont diversifiées, elles ont en commun de n'être que rarement évaluées, et les fondements scientifiques qui sous-tendent ou justifient leur mise en œuvre sont rarement explicités ou rendus disponibles. Cet état de fait ne facilite pas l'identification de mesures de prévention démontrées comme étant efficaces ou à tout le moins prometteuses.

Le défi de l'absence de données probantes

On exige de plus en plus des initiatives de prévention qu'elles s'appuient sur une démonstration claire de leur efficacité, de leur innocuité et

8. Conférence de presse de Mme Agnès Maltais, ministre déléguée à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse, de Mme Pauline Marois, ministre d'État à l'Économie et aux Finances et de M. Serge Ménard, ministre de la Sécurité publique. La position du gouvernement à l'égard du jeu pathologique (Marois, Maltais, Ménard, 2001).

de leur faisabilité. Une analyse des mesures de prévention mises en œuvre dans plusieurs juridictions a permis de conclure à l'absence de certitudes scientifiques sur l'efficacité de la majorité de celles-ci (Williams, West, et Simpson, 2007a).

L'état de situation de la prévention de Williams et autres (2007a) confirme la grande diversité des mesures implantées dans différentes juridictions et la volonté d'agir sur les problèmes causés par le jeu ces dernières années. Mais il met aussi en relief les incertitudes relatives à l'efficacité de nombreuses initiatives individuelles ainsi que le fait que les mesures de prévention les plus communément implantées tendent à être les options les moins efficaces (comme les campagnes d'information, les dispositifs responsables sur les AEJ ou les programmes d'auto-exclusion). Les mesures potentiellement efficaces sont quant à elles implantées de façon si superficielle ou à si petite échelle qu'elles sont assurées de n'avoir que peu d'effets (restrictions mineures de l'accès à l'argent ou du nombre d'appareils et de sites). Williams arrive aussi à la conclusion que les actions touchant les politiques publiques ont vraisemblablement un plus grand potentiel d'efficacité que celles relevant de l'éducation/information (Williams et autres, 2007a; Williams, West, et Simpson, 2007b).

On relève aussi que, si certaines mesures sont plus pertinentes que d'autres, il n'en n'existe pas qui soient suffisantes pour prévenir les problèmes de jeu. Les initiatives se doivent donc de relever d'efforts coordonnés, généralisés et durables, concernant tout à la fois les politiques publiques et l'éducation. Finalement, un dernier principe émerge des constats de William, selon lequel les initiatives exigent des efforts plus prolongés et soutenus, puisque les changements de comportements à l'échelle de toute une population prennent beaucoup de temps.

TABLEAU 1
POTENTIEL D'EFFICACITÉ ESTIMÉ DES INITIATIVES
DE PRÉVENTION DES PROBLÈMES DE JEU

Potentiel d'efficacité estimée des initiatives de prévention des problèmes de jeu					
	haut	modérément haut	modéré	modérément bas	bas
INITIATIVES ÉDUCATIVES					
Interventions en amont		✓			
Campagnes d'information/sensibilisation				✓	
Initiatives éducatives plus dirigées et soutenues			?		
Formation sur les statistiques/probabilités				✓	
Programmes globaux			?		
Centres d'information et de counselling sur les sites			?		
INITIATIVES POLITIQUES					
Restrictions de l'accessibilité générale au jeu					
Restrictions sur le nombre de sites de jeu (casinos/racinos)		✓ ¹			
Restrictions des formes les plus dangereuses de jeu		✓ ¹			
Limitation des opportunités de jeu aux seuls sites dédiés au jeu			?		
Restrictions sur la localisation des sites de jeu		✓			
Limitations des heures d'ouverture des sites de jeu				? ²	
Restrictions sur la clientèle					
Prohibition du jeu chez les mineurs				? ³	
Restrictions de l'entrée aux non-résidents		? ⁴			
Restrictions de l'entrée aux personnes de classe socioéconomique plus élevée				?	
Auto-exclusion des casinos				✓ ⁵	
Restrictions sur la commercialisation du jeu					
Formation sur le jeu problématique aux employés des sites de jeu			?		
Interventions automatisées pour les joueurs à risque			✓		
Modifications des paramètres des appareils électroniques de jeu				✓ ⁶	
Limites sur les pertes maximum admises				?	
Restrictions sur l'accès à l'argent			?		
Restrictions sur la consommation concomitante de tabac et d'alcool		✓			
Restrictions de la publicité et des activités promotionnelles				?	
Actions sur l'environnement et design des sites de jeu					?
Augmentation des coûts du jeu				?	
Indépendance entre les régulateurs des jeux et les exploitants des jeux			?		

1 – Si les réductions sont substantielles

2 – Seulement si la réduction est vraiment substantielle

3 – A vraisemblablement un meilleur potentiel pour la prévention des problèmes chez les jeunes

4 – Cette mesure ne bénéficie qu'aux résidents

5 – Si cela est fait de façon appropriée.

6 – Primairement réduire la vitesse de jeu, éliminer les gros gains précoces (peut-être en réduisant le montant du gain maximum), réduire la fréquence des quasi-gains, réduire le nombre de lignes de paris, réduire le nombre de dispositifs interactifs, éliminer les accepteurs de billets, et présenter des messages « pop-up » à l'écran.

? = Évidences insuffisantes.

PERSPECTIVES GÉNÉRALES DE PRÉVENTION

L'INSPQ a mené sa propre revue des initiatives mondiales en matière de prévention des problèmes liés aux JHA, en mettant l'accent sur quatre juridictions types, soit la Suisse, l'Oregon, la New South Wales et la Nouvelle-Écosse⁹ (Papineau et Richer, à paraître). Nous avons dégagé de cette revue des orientations prometteuses et concordantes avec notre cadre conceptuel, que nous présentons en six grands axes qui répondent tous à des déterminants des problèmes de jeu. Ces axes sont la réduction de l'accessibilité; la réduction de la dangerosité intrinsèque; les modifications de l'environnement de jeu; la dénormalisation du jeu et la sensibilisation; l'intervention précoce auprès des joueurs à risque et les actions préventives auprès des jeunes.

Les quatre premiers axes reposent principalement sur la promotion et le soutien à l'adoption de politiques publiques et de réglementation, dans une perspective surtout nationale, tandis que les deux derniers axes trouvent d'avantage leur application à l'échelle régionale ou locale. Ces axes ne sont évidemment pas mutuellement exclusifs, au contraire, et il est des cas où des communautés locales décideront de fonder leur prévention sur des actions et revendications concernant l'accessibilité, la dangerosité, l'environnement de jeu et la dénormalisation, de même que les actions sur les politiques publiques et la réglementation permettent de soutenir les deux derniers axes, notamment en termes de ressources humaines et financières.

Réduction de l'accessibilité

Il a été clairement démontré que plus l'accessibilité aux jeux de hasard et d'argent est facilitée, plus le nombre de personnes qui éprouvent des problè-

9. Une première revue globale nous a dicté la nécessité de comparer des juridictions relativement semblables soit sur le plan de l'offre de jeu soit sur le plan des paradigmes de prévention, ce qui a mené à focaliser sur quelques juridictions. Celles-ci constituent en effet, comme le Québec, des pays industrialisés d'économie de marché et dont les systèmes judiciaires sont semblables. Ajoutons que les jeux de hasard et d'argent y sont très populaires, qu'ils fournissent à leur gouvernement des revenus imposants et que les problèmes de jeu y suscitent une considération grandissante dans une perspective de santé publique. Cependant, sur le défaut de comparabilité des différentes juridictions en matière de jeux de hasard et d'argent, lire l'article de Borrell (2008).

mes augmente (Productivity Commission, 1999; Abbott et Volberg, 1994; Ladouceur, 1996; Shaffer et autres, 2004; Welte et autres 2004; Harrison Health Research, 2006). En conséquence, dans une optique préventive en amont des problèmes, quelques initiatives agissent sur les déterminants que sont l'accessibilité géographique, temporelle, économique et légale. Celles-ci englobent une série de paramètres tels que le ratio offre de jeu/population, la localisation de l'offre, sa concentration par site, quartier ou région, les heures d'accès, les coûts pour jouer ainsi que les dispositions légales permettant ou restreignant l'accès au jeu (Chevalier et Papineau, 2007).

À titre d'exemple, en Nouvelle-Écosse, des concessions économiques et la réduction du nombre d'ALV auraient favorisé une diminution de la durée du temps de jeu des joueurs ayant des problèmes de jeu (Corporate Research Associates Inc., 2006). Cependant, des données tendent à suggérer que le retrait sélectif est souvent biaisé en fonction de critères de profitabilité (Banks, 2002). Comme le mentionne Abbott (2006), les réductions régionales allant de 0 à 15 % du nombre d'ALV sont trop minimales pour en réduire la disponibilité. Buchanan confirme cet effet : dans les clubs et les hôtels de la New South Wales, les revenus des ALV sont en constante progression entre 2000 et 2005 malgré les restrictions et les diminutions d'appareils (Buchanan, 2006). La réduction du parc d'ALV semble donc devoir être substantielle pour porter des fruits.

Certaines juridictions y vont de mesures plus radicales comme le retrait total des appareils. Le 5 juin 2006, la Caroline du Nord vote le Bill 912 afin d'interdire graduellement la présence de video gaming machines (General Assembly of North Carolina, 2005); dans la foulée de la Caroline du Nord et du Sud, le Portugal et la Lettonie (Sychold, 2006), la Norvège (Honegger, 2006), les cantons suisses de Tessin et de Zurich (Künzi, Fritschi, Egger, 2004) ont éliminé tous leurs ALV. Il n'existe pas encore de données sur l'effet de ces retraits sur la santé des populations.

Outre le nombre d'appareils disponibles, la proximité des lieux et les périodes de temps pendant lesquelles ils sont accessibles contribuent à déterminer l'offre de jeu. Cherchant à réduire cette offre, la Suisse a interdit les AÉJ en dehors des maisons de jeu (Nowatzki et Williams, 2002). Dans le cadre de sa stratégie A Better Balance, la Nouvelle-Écosse a aussi prévu

que les AÉJ ne fonctionnent plus à partir de minuit. Cette mesure a favorisé une diminution des dépenses de 20 \$ à 300 \$ par semaine chez les joueurs qui avaient l'habitude de jouer après minuit, lesquels seraient surtout des joueurs qui ont des problèmes de jeu (Leblond, 2007). Les changements de comportements des joueurs ont eu des répercussions sur les revenus nets liés à ces appareils qui, par rapport à la même période l'année précédente, ont diminué de 8,7 % (Corporate Research Associates Inc., 2005).

Finalement, la réduction de l'accessibilité économique peut constituer une avenue pour la réduction des problèmes. Dans un effort pour éviter que les citoyens les plus pauvres de Singapour puissent fréquenter le nouveau casino, dont l'ouverture est prévue en 2009, un prix d'entrée de 69 \$ US sera exigé (Ling, 2007). Par ailleurs toutes les personnes qui ont déjà fait faillite ou qui ont recours à l'aide sociale sont exclues de jeu (Rutherford, 2008). Les implications éthiques des telles dispositions restrictives ont à être évaluées.

Réduction de la dangerosité intrinsèque

Un grand nombre d'initiatives de prévention ont trait à la réduction, non de l'accessibilité, mais de la dangerosité intrinsèque des jeux, au moyen de la modification de certaines de leurs caractéristiques (Chevalier et autres, 2004b; Griffiths, 1993b; 1995). Nous n'avons recensé aucun exemple de juridiction ayant tenté de modifier les caractéristiques de jeu autres que les ALV. Bien que les objectifs précis ne soient que rarement établis dans la littérature concernant les modifications qui ont été expérimentées, celles-ci devraient idéalement viser à réduire le potentiel toxicomanogène des AÉJ en favorisant le retour à la réalité, en diminuant la dépense au jeu et en diminuant le phénomène de renforcement positif (Leblond, 2007).

Des mesures à ce jour peu probantes ont été expérimentées telles que l'introduction des accepteurs de billets, des messages « pop-up », des horloges à l'écran, l'encaissement obligatoire, l'affichage en argent plutôt qu'en crédits, des cartes à puce, ainsi que des modifications relatives à l'aspect des appareils, aux lumières et aux sons (Leblond, 2007, Williams et autres, 2007a).

Certaines mesures sont plus prometteuses, comme la réduction de la vitesse du jeu (et donc de la fréquence des récompenses), de l'occurrence des quasi-gains, du nombre de lignes de jeu, de la taille des paris et du gain maximum. Parmi les dispositifs prometteurs, la Nouvelle-Écosse a introduit des appareils sur lesquels la vitesse de jeu est réduite et le bouton « Stop » est désactivé. Ces modifications auraient eu des effets importants sur la dépense de jeu (Corporate Research Associates Inc., 2006). L'affichage en argent de la valeur des crédits, des mises et des gains sur les écrans des AÉJ est une caractéristique présente sur les AÉJ de la New South Wales et qu'il est généralement recommandé de conserver puisque cet affichage favorise des choix mieux informés (Independent Pricing And Regulatory Tribunal of New South Wales, 2004). Il apparaîtrait aussi que la réduction de la fréquence des quasi-gains, des gains précoces importants, du nombre de lignes et de la nature interactive du jeu comme la présence significative de messages à l'écran sont des mesures prometteuses (William et autres, 2007a). Le gobeur de billets est un élément qui devrait être éliminé des AÉJ (Responsible Gambling Council, 2006; IPART, 2004). Selon une étude menée en Nouvelle-Écosse, il inciterait les joueurs à risque et ceux qui ont des problèmes de jeu à miser davantage dès le début d'une séance de jeu (Leblond, 2007). Une autre étude démontre que la limitation de la dénomination maximale des billets acceptés (petites coupures seulement) réduit significativement la dépense (Blaszczynski, Sharpe, Walker, 2001).

L'introduction des cartes à puce reste hautement sujette à caution (William et al., 2007) et ne devrait pas être généralisée sans des recherches supplémentaires. Sur les cartes électroniques pour AÉJ, le risque de perte de la notion d'argent et la possibilité de se procurer une seconde carte malgré la limite fixée sur la première en font un outil questionnable de contrôle des problèmes de jeu. Leur utilisation à des strictes fins de dépistage fait actuellement l'objet de recherches (O'Neil, 2007; Schellinck et Schrans, 2002). La Productivity Commission (1999) recommande que les établissements de jeu qui utilisent des cartes électroniques interdisent tout autre procédé de paiement et envoient aux joueurs par la poste un relevé de leurs dépenses. Le principal obstacle à la recherche sur l'efficacité de ces mesures est lié au fait que l'industrie met constamment au point de nouvelles générations de machines plus performantes afin de générer la dépense et la persistance au jeu. Les dispositifs évoqués restent donc entièrement subordonnés aux

développements technologiques de l'industrie et à l'exigence de rentabilité imposée par les exploitants (William et autres, 2007a). Idéalement, le contrôle, en amont, des caractéristiques intrinsèques des jeux et de leur innocuité constituerait une mesure souhaitable.

Modifications de l'environnement

Les environnements où l'on se procure le jeu (points de vente des loteries) et ceux où on le pratique (bars, Ludoplex, casinos, hippodromes) peuvent aussi présenter des caractéristiques aptes à favoriser la dépense et la perte de contrôle au jeu : sollicitation appuyée ; offre de gratuités, de privilèges ou de consommation d'alcool ; atmosphère propice à la perte de contact avec la réalité ; accès facilité à l'argent ou au crédit.

La disponibilité d'alcool dans les lieux de jeu est unanimement réputée nuire au contrôle des habitudes de jeu, car il s'agit d'un désinhibiteur reconnu (Crockford et el-Guebaly, 1998 ; Baron et Dickerson, 1999). Les mesures implantées à cet égard ne permettent pas de tirer des conclusions sur la mesure idéale (absence totale d'alcool, absence sur les aires de jeu). Cependant, comme les résultats de recherche démontrent que la consommation d'alcool prolonge la session de jeu, accentue la prise de risque et amplifie les pertes financières, des restrictions d'accès à l'alcool représentent une mesure préventive d'importance (Kyngdon et Dickerson, 1999).

La disponibilité de guichets bancaires automatiques sur les lieux de jeu d'AÉJ est reconnue favoriser des comportements impulsifs et une dépense accrue. Les joueurs qui ont des problèmes sont ceux qui les utilisent le plus (IPART, 2004). Au Québec, les distributeurs d'argent sont disponibles à proximité des AÉJ. Les manuels d'autocontrôle rendus disponibles par les exploitants de jeu suggérant toujours au joueur de se fixer une limite budgétaire avant de commencer à jouer, l'absence de guichets bancaires seraient cohérent. La Suisse a strictement interdits les distributeurs dans ses casinos.

En ce qui a trait au jeu sur Internet, on peut interpréter comme autre mesure apte à prévenir les excès de jeu celle qui a été imposée par les États-

Unis le 30 septembre 2006 aux exploitants de jeux en ligne et qui rend illégal tout paiement par carte de crédit américaine pour certaines catégories de jeu (Rose, 2006). Cependant, il n'existe aucune étude sur les programmes de prévention sur Internet. ECOGRA, un organisme de réglementation et de protection des joueurs sur le pari en ligne, « vise à accroître la protection des mineurs, à améliorer la formation des personnels des sites de jeux en ligne, à protéger les joueurs de la dépendance et à édicter des règles en matière de promotion/publicité des sites de jeux¹⁰ ». Les mesures proposées par cet organisme seraient prometteuses si l'adhésion était obligatoire pour tous les exploitants de jeu en ligne et si elles permettaient le dépistage et l'exclusion des joueurs qui compromettent leur santé financière.

Contrepoids à la normalisation/sensibilisation

Le jeu suit, comme l'a fait le tabac, un parcours de normalisation accélérée. Afin de déconstruire l'image d'innocuité accolée au jeu, trois stratégies de prévention prometteuses émergent de la recherche : l'action de dénormalisation médiatique, l'action sociale et communautaire et la sensibilisation de la population par le marketing social.

Ces dernières années, l'augmentation continue de l'offre de jeu a contribué à une lente modification des valeurs sociétales concernant la légitimité du jeu (Reith, 1999). Les techniques de marketing dans des milliers de points de vente des loteries gagnent en sophistication et en agressivité, rejoignant et familiarisant les personnes mineures. Il apparaît que les messages corporatifs récents au Québec et de type « Jouez avec modération pour que le jeu reste un jeu », « Avant qu'il ne soit trop tard... » se révèlent inefficaces car ils ne sont pas explicites en termes des dangers découlant des excès de jeu. Plus, ils atténuent et banalisent le fait de jouer (Chebat, 2007).

Dans le domaine de la prévention du tabagisme et des problèmes dus à l'alcool, il est reconnu que, outre l'adoption de lois et de règlements sur la publicité, la dénormalisation passe par l'association de la communauté à la planification et à l'organisation de programmes de prévention. L'action

10. Voir <http://www.ecogra.com/default.aspx>

communautaire à des fins de dénormalisation est faite par et pour les communautés (Roberts et autres, 2001 ; Stockwell, Gruenewald, Toumbourou et Loxley, 2005).

Selon ces principes, les programmes qui mettent à jour les pièges et les méfaits du jeu de façon à tenir compte des besoins des communautés sont considérés comme prometteurs, spécialement s'ils impliquent des organismes communautaires ou non gouvernementaux, dont l'atout principal est la connaissance en profondeur de la clientèle à laquelle ils s'adressent. Les programmes « De Facto » en tabagisme¹¹, l'activité « Sous l'emprise du hasard¹² », la campagne du Centre de Prévention du Suicide du Saguenay ou le travail de l'organisme « Action Gardien » dans Pointe-Saint-Charles constituent des bons exemples de travail de dénormalisation communautaire prometteur. Les programmes qui visent une sensibilisation d'acteurs de différentes sphères sociales, qui agissent à leur tour comme leaders ou courroies de transmission de l'information, sont aussi recommandés (Roberts et autres, 2001 ; Stockwell, et autres, 2005). Des initiatives de ce type ont été menées au Québec, comme dans le cas de formations fournies par l'entremise des milieux de travail (CSSS Rouyn-Noranda), les syndicats (Centre André-Boudreau), les travailleurs des milieux des services financiers (CSSS du Pontiac/Caisse Populaire de Fort-Coulonge).

Dans une moindre mesure, les initiatives universelles d'information de type campagnes médiatiques ou marketing social, visant à améliorer les connaissances, peuvent être utiles pour offrir un contrepoids à la publicité des jeux de hasard et d'argent, à condition qu'elles soient répétées périodiquement, qu'elles soient concrètes, qu'elles mettent en relief les dangers spécifiques des différents types de jeu et qu'elles proposent des solutions. Si les répercussions de ces campagnes sur les taux de prévalence ou sur les

11. Programme créé par L'Association régionale du sport étudiant de Québec et de Chaudières-Appalaches (ARSEQCA). De Facto, La vérité sans filtre, livre un message intelligent aux adolescents, révélant aux jeunes « la vérité » entourant l'industrie du tabac et ses produits, notamment comment l'industrie manipule les jeunes. Voir Trottier (2003). Santé Canada verse 893 000 \$ au projet De Facto du Sport Étudiant de Québec, Info-Tabac, 43. Voir aussi <http://www.defacto.ca/>

12. Voir la fiche « Sous l'emprise du hasard », dans Direction de santé publique de Montréal-Centre (2004).

comportements ne sont pas documentées, les campagnes ont été jugées efficaces pour donner une meilleure compréhension des problèmes de jeu et permettre d'adopter des attitudes plus positives concernant la recherche d'aide. Les campagnes contre le tabagisme et l'abus d'alcool ont été jugées efficaces spécialement lorsqu'elles étaient multimodales et soigneusement conçues pour s'adresser à des groupes particuliers (Gambling Research Center, 2005). Elles sont cependant unanimement considérées comme insuffisantes à modifier les comportements (William et autres, 2007a; 2007b).

Intervention précoce chez les joueurs à risque

Afin d'intervenir auprès des joueurs à risque avant que leur qualité de vie ne soit trop hypothéquée, il importe de pouvoir les identifier. Les manifestations physiques, psychologiques, financières et relatives au fonctionnement social sont autant d'indices permettant une identification précoce. Elle peut se faire dans les milieux de jeu et de travail, en première ligne dans les services de santé ou dans le contexte de l'offre de services financiers.

La province de la Saskatchewan utilise dans ses casinos le logiciel iCare¹³ qui permet, grâce à la carte de membre des joueurs, de les reconnaître physiquement, d'effectuer un monitoring de leur présence et de leurs comportements de jeu, menant le cas échéant à une prise de contact et à une offre d'aide (Davies, 2006).

À cet égard, alors que la formation du personnel des établissements de jeu apparaît relever d'une précaution minimale, les programmes de fidélisation et les différentes incitations à jouer relèvent d'une logique tout à fait opposée et contreproductive. L'utilisation de séances de counselling, d'entrevues motivationnelles, l'instauration de processus de limitation du nombre de visites, de mesures d'autoexclusion ou d'exclusion imposées aux joueurs à risque donnent des résultats prometteurs (Bes, 2002;

13. Rappelons que la prévention a des chances d'être moins efficaces si elle est menée par du personnel de l'Industrie du jeu que par des professionnels. Idéalement, des intervenants de la Santé gagnerait à assumer cette prévention (Shaffer & al, 1999; Williams & al, 2007a, 2007b, William & Wood, 2004).

Ladouceur et autres, 2004a; Oud, 2006; d'Hondt, 2007; Sani, 2003; Sani, Carlevaro et Ladouceur, 2005; Robson, Edwards, Smith et Colman, 2002; Robson, Edwards, Smith et Newman, 2006; Hodgins et autres, 2004; Meyer et Dickow, 2005).

Par ailleurs, un des premiers effets collatéraux de la perte de contrôle sur le jeu, parfois avant les problèmes physiques ou relationnels, est l'expérience de difficultés financières et l'impératif de trouver de nouvelles sources de financement. Pour cette raison, les personnes travaillant dans les banques, les caisses populaires et les services financiers sont fréquemment confrontées à des demandes de consolidation de dettes, de refinancement d'hypothèques ou d'emprunt « sans que le contexte économique le justifie » (Centre de santé de Pontiac, 2007). Les conseillers financiers et les gérants de banques ou de Caisses sont donc parmi les premiers à être en mesure de détecter un joueur à problèmes et de le diriger vers des ressources appropriées. Il est important d'outiller ces personnes au dépistage, de les informer des symptômes des problèmes de jeu et des ressources disponibles (Center for Addiction and Mental Health, 2005). Des raisons éthiques devraient aussi éventuellement appeler le personnel à mesurer avec prudence toute aide financière consentie à des personnes qui éprouvent manifestement des problèmes de jeu (Bacon, 2007).

PROMOTION DU DÉVELOPPEMENT OPTIMAL ET SENSIBILISATION DES JEUNES

Les problèmes de jeu sont souvent liés à une initiation précoce au jeu. Le développement sain dans l'enfance est un déterminant important de la santé et dépend lui-même de divers facteurs. Par exemple, des milieux de vie et des conditions de vie défavorables nuisent au développement de l'enfant et peuvent conduire à des difficultés d'adaptation sociale et à l'adoption de conduites à risque à l'adolescence et à l'âge adulte (Vitaro et al., 2007; Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2007).

Il ne faut jamais omettre les interventions visant à améliorer les conditions de vie et les milieux de vie, pierre angulaire des succès durables escomptés en promotion de la santé. Il a été maintes fois démontré que

les programmes éducatifs qui se concentrent uniquement sur la transmission de connaissances ont des bénéfices limités ou sont inefficaces (Babor et autres, 2003 ; Roberts et autres, 2001 ; Stockwell et autres, 2005). Par ailleurs, certains auteurs émettent des réserves quant au fait de mettre en place des programmes d'information aux jeunes sur les comportements à risque. On craint que les programmes éveillent la curiosité et finalement incitent à l'adoption des comportements que l'on veut prévenir (Babor et autres, 2003). Au Québec, on a déjà observé que les enfants exposés à un programme de prévention du tabagisme étaient davantage enclins à fumer que les jeunes non exposés (Déry et Renaud, 2000). La prévention plus spécifique de la problématique du jeu chez les jeunes donne des résultats ambivalents qui démontrent que, si en général les connaissances sur les probabilités, le jeu, et ses symptômes sont légèrement améliorées, on note une absence d'effets significatifs sur les comportements et les attitudes (Gaboury et Ladouceur, 1993 ; Williams, 2007a, 2007 b). Cependant, en raison du contrepois nécessaire à la publicité et à l'influence des pairs auxquels sont exposés les jeunes, la transmission de connaissances sur le jeu est nécessaire et complémentaire aux approches génériques de développement optimal des jeunes, dans la mesure où ces initiatives respectent certains principes.

À l'éducation préscolaire, sur la base des constatations précédentes, il existe un consensus scientifique dans la prévention des dépendances selon lequel des actions, dès l'enfance, bien avant que les problèmes ne se déclarent, peuvent entraîner des bénéfices à long terme (Roberts et autres, 2001 ; Stockwell et autres, 2005). Au Québec, une étude longitudinale évaluant l'efficacité du programme précurseur de Fluppy (Comeau, 1999), le « Montréal Prevention Program », met en évidence que des garçons de 7 à 9 ans ayant des problèmes d'agressivité et issus d'un milieu socioéconomique faible présentaient moins de problèmes de comportement et de difficultés scolaires à la préadolescence et au début de l'âge adulte que les garçons du groupe-contrôle (Vitaro et autres., 2007 ; Boisjoli, Vitaro, Lacourse et Tremblay, 2005). Il est donc considéré que des actions complémentaires auprès des enfants, des parents et des enseignants peuvent agir efficacement sur certains déterminants des comportements à risque, dont le jeu.

La prévention auprès des jeunes plus âgés en milieu scolaire préconise aussi de plus en plus d'agir simultanément sur l'ensemble des facteurs-clés du développement des jeunes que sont l'estime de soi, les compétences sociales, les saines habitudes de vie, les comportements sains et sécuritaires et les environnements favorables (Martin et Arcand, 2005). Cette approche, dite globale et intégrée, vise à promouvoir le développement optimal des jeunes. Elle contribue aussi à prévenir des problèmes d'adaptation sociale, le décrochage scolaire, la détresse psychologique, les comportements violents, la consommation de substances psychotropes et la grossesse précoce (Dryfoos, 1992).

Dans le cadre de cette approche de type École en santé, les types d'interventions préconisées sont :

- Établissement de politiques scolaires (projet éducatif, plan de réussite de l'école, menus santé à la cafétéria, etc.), de règles de vie et de sécurité dans l'école ;
- Création d'environnements favorables (installation d'équipements, d'aires de repos et de jeux; perfectionnement du personnel scolaire en termes de méthodes pédagogiques par exemple la pédagogie par projets, l'apprentissage coopératif, le tutorat par les pairs ; etc.) ;
- Réalisation d'actions au sein de la communauté (tutorat, groupes d'entraide, activités sportives et culturelles, etc.) ;
- Actions à des périodes charnières de transition telles que l'entrée au primaire, le passage du primaire au secondaire, l'entrée au cégep (Martin et Arcand, 2005 ; Hamel, Laverdure, Morin et Poirier, 1999) ;
- Développement des compétences individuelles :
 - Pour les jeunes : activités éducatives visant l'apprentissage de connaissances et de compétences personnelles et sociales (estime de soi, résolution de problèmes, communication interpersonnelle, relations sociales de qualité, etc.) ;
 - Pour les parents : lettres d'information, séances d'information, groupes d'entraide et de soutien aux habiletés parentales, participation aux activités de l'école, etc ;
- Accessibilité des services sociaux et de santé (orientation vers des programmes de cessation tabagique, services psychosociaux pour les enfants en difficulté, etc.).

Les évaluations ont mesuré un effet positif sur certaines habiletés personnelles et sociales des jeunes. L'amélioration de la concentration au

travail, la confiance en soi, le respect d'autrui, la communication avec les parents et les enseignants, etc., qui constituent des facteurs de protection reconnus contre les dépendances (Dickson et al, 2003), font d'École en santé un cadre scolaire préventif prometteur.

Ce bref aperçu des perspectives de prévention relatives à l'accessibilité, à la dangerosité, à l'environnement, à la dénormalisation, à l'intervention précoce et à la promotion du développement optimal offre des pistes d'actions pour des programmes de prévention plus systémiques, qui intègrent ces six dimensions. Cependant, l'on constate qu'en l'absence de données scientifiques robustes et sur des bases théoriques parfois discordantes, les législateurs, les autorités de santé publique et les promoteurs de jeu ont diversifié les tentatives et les initiatives de prévention des problèmes de jeu avec des résultats plus ou moins probants et en l'absence de principes directeurs et d'évaluation neutres et systématiques. Malgré cette profusion de mesures de prévention, en raison du caractère relativement récent de la problématique et de l'absence d'évaluations systématiques, nous constatons qu'il n'existe pas à ce jour de synthèse de programmes probants ou « best practices » en matière de prévention des problèmes liés aux JHA, sur laquelle faire reposer nos actions de prévention, mais plutôt des pratiques prometteuses. Les pratiques prometteuses, contrairement aux pratiques « probantes » dont l'évaluation démontre des certitudes scientifiques d'efficacité, sont des mesures et des programmes dont certaines données quantitatives démontrent des résultats positifs dans la capacité d'améliorer certains aspects des connaissances ou des pratiques, mais qui n'ont pas fait l'objet de suffisamment de recherche ou de répllication pour soutenir des résultats généralisables (Marotta et Hynes, 2003).

Cependant, selon plusieurs auteurs, des mesures peuvent aussi être jugées prometteuses en raison de leurs fondements théoriques inspirés de la pratique en prévention des autres dépendances, pour lesquels les facteurs de risque sont souvent similaires (Center for Substance Abuse Prevention 2001 ; Williams et autres, 2007a, Organisation mondiale de la santé, 2004).

L'INTÉGRATION DES ACQUIS DES AUTRES DÉPENDANCES

Au regard des connaissances épidémiologiques concernant leurs déterminants communs, il y a de fortes raisons de croire que des mesures optimales pour des produits légaux entraînant une dépendance comme le tabac et l'alcool puissent être applicables au jeu. En ce qui concerne la prévention chez les jeunes, Dickson rapporte que : «As such, commonalities of risk and protective factors amongst alcohol, tobacco and illicit drug have led to the integration of many prevention programs into more general substance abuse prevention programs.» (Dickson et autres, 2003) Dans le même ordre d'idées, Byrne a procédé à l'examen de l'applicabilité au domaine du jeu des principes de 25 programmes de prévention relatifs à l'alcool, aux drogues et au tabac destinés aux jeunes (Byrne et autres, 2005).

Certains éléments de comparaison et principes issus de ces champs d'intervention sont donc présentés dans la prochaine section, comme des éléments aptes à venir renforcer ou confirmer les orientations prometteuses qui se dégagent des pratiques actuelles en matière de prévention des problèmes liés aux jeux de hasard et d'argent.

Les connaissances issues des études portant sur la prévention des problèmes associés à l'alcool

Des parallèles ont été tracés au cours de ces dix dernières années entre les problèmes attribuables à la consommation d'alcool et ceux attribuables à la consommation excessive de jeux de hasard et d'argent. D'emblée, dans les deux cas, l'État tire de substantiels revenus de la commercialisation des ces produits dont la surconsommation peut causer de graves problèmes sanitaires (Morin, April et Bégin, 2003). Par conséquent, ils sont donc hautement régulés mais, en contrepartie, ils sont aussi largement commercialisés, faisant l'objet de multiples publicités et promotions qui en encouragent la consommation (Papineau et Chevalier, 2007). Les deux produits sont également légaux pour les adultes, mais prohibés pour les mineurs, situation qui entraîne des contradictions en matière d'accessibilité, puisque si la consommation est interdite aux mineurs, l'exposition et la légitimation sociale commencent bien avant l'âge requis pour consommer. En effet, le

statut social des deux types de produits a historiquement suivi une même légitimation et une normalisation progressive, l'alcool et le jeu traditionnellement associés avec la criminalité et l'immoralité, devenant symboles d'un mode de vie hédoniste. Les thématiques de commercialisation sont ludiques, les produits étant associés à la fête, à la détente, à la convivialité et à la liberté (Binde, 2007 ; Walsh et Gentile, 2002), ce qui a pour effet d'en banaliser l'usage et d'en maquiller les dangers.

Des données cliniques permettent d'établir des relations entre la consommation et les problèmes d'abus d'alcool et de jeu de hasard et d'argent. Selon les données du programme expérimental québécois, 19 % des joueurs problématiques ont une dépendance à l'alcool (Allard et Papineau, 2006). Par ailleurs, 40 % des joueurs d'ALV affirment consommer drogues ou alcool quand ils jouent (Chevalier et autres, 2004b).

Compte tenu de ces facteurs, mais surtout du fait qu'il s'agit de deux produits étatisés, les évidences issues de l'alcool relatives à l'action par les politiques publiques sur l'accessibilité semblent pertinentes. En effet, les actions et politiques publiques relatives à l'accessibilité physique, économique et légale à l'alcool sont des éléments majeurs de prévention de la consommation abusive d'alcool et des problèmes qui en découlent. Par exemple, les législations relatives à l'âge légal, au taux d'alcoolémie permis pour conduire, aux restrictions aux points de vente et à la taxation des produits se sont toutes révélées efficaces pour minimiser les problèmes liés à la consommation d'alcool (Cook et More, 2002 ; Babor et autres, 2003, OMS, 2004).

Les connaissances issues des travaux portant sur l'alcool nous apprennent aussi que le marketing social est effectivement apte à modifier les connaissances, mais à certaines conditions : les actions ont avantage à être interactives, à valoriser les connaissances, les expériences et les capacités des personnes, de même qu'à transmettre des informations scientifiquement exactes et objectives (Roberts et coll., 2001 ; Stockwell et coll., 2005).

Les connaissances issues des études portant sur la prévention des problèmes associés aux drogues

Des parallèles sont aussi observables entre les problèmes attribuables à la consommation abusive de drogues et ceux attribuables à la consommation excessive de jeux de hasard et d'argent, malgré le fait que l'un soit légal et l'autre non. Dans les deux cas, il y a eu ces dernières années une augmentation de la disponibilité et de la diversité des produits. À l'instar des différentes drogues, les différents types de jeux sont par ailleurs largement dissemblables dans leur capacité d'entraîner des problèmes. Si les jeux n'impliquent pas d'absorption chimique, ils créent notamment une stimulation neurobiologique typique de la dépendance à certaines drogues (Brewer, Potenza, Grant, 2007). Les normes sociales et le discours public sont relativement tolérants malgré une législation restrictive dans le cas des drogues (Reith, 1999; Hamel, 2001). À cet égard, l'initiation est précoce et l'on observe un taux important de consommation de cannabis et de produits de loterie au secondaire (Dubé, Tremblay, Traoré et Martin, 2007). Les données sur les consommateurs aux prises avec des problèmes font état de mêmes facteurs de risques biologiques, psychologiques, environnementaux et sociaux. Selon les données du programme expérimental québécois, 9 % des joueurs problématiques ont une dépendance liée aux drogues (Allard et Papineau, 2006).

En raison de ces parallèles et notamment de la variété des drogues, de la variabilité de leur dangerosité et de la force de l'influence des pairs dans ce type de comportement, certains principes issus de la prévention de l'usage de drogues pourraient être transférables à la prévention des problèmes de jeu. Par exemple, l'application de stratégies différenciées selon les jeux devrait être privilégiée pour des mesures de prévention ciblées, tout comme on n'utilise pas les mêmes stratégies pour les consommateurs d'héroïne, de cannabis ou d'amphétamines. Par ailleurs, dans une optique de prévention en amont des problèmes, la promotion du développement optimal dès l'enfance démontre des bénéfices à long terme et cela est pertinent pour tous les comportements à risque (Roberts et autres, 2001; Stockwell et autres, 2005). Dans cet ordre d'idées, l'éducation à la santé chez les jeunes doit être précautionneuse mais semble prometteuse: les actions gagnent à être implantées dans différents milieux (étudiants, contrevenants et décro-

cheurs), et doivent inclure des informations sur les conséquences immédiates des comportements plutôt que sur les effets à long terme (Roberts et autres, 2001 ; Stockwell et autres, 2005; Vitaro, 2005). Les principes découlant de la réduction des méfaits, soit d'agir avec les consommateurs dans les lieux de consommation, notamment par des interventions brèves a été jugée efficace autant pour le jeu, que les drogues, l'alcool et le tabac (Williams et al, 2007a, 2007b ; Brochu, Beauregard, 2007 ; Loxley et autres, 2004). Des données probantes convergent avec les données sur le jeu pour faire état de l'efficacité de l'utilisation des séances de counselling (interventions brèves, entrevues motivationnelles, etc.) (Lancaster et Stead, 2005; Kaner et autres, 2007 ; Toumbourou et autres, 2007 ; Williams et autres, 2007a, 2007b).

Les connaissances issues des études portant sur la dépendance au tabac

Le tabac est fabriqué et vendu légalement par des entreprises privées, tandis que les jeux de hasard et d'argent sont gérés par le gouvernement du Québec. Mais, à l'instar de l'alcool, ces produits ont connu une légitimation et une normalisation progressives et sont largement commercialisés. Dans le champ des dépendances, de nombreux travaux ont démontré le lien entre le marketing des produits du tabac et de l'alcool sur la consommation, et notamment sur la consommation chez les mineurs (Biener et Siegel, 2000). Malgré un âge légal d'achat de 18 ans, il y a également une très large exposition des mineurs, sinon une grande désirabilité sociale rattachées au fait de fumer ou de consommer du jeu. Si la publicité doit théoriquement éviter de s'adresser aux mineurs, cette clientèle est bel et bien ciblée par des thématiques et des produits hautement ludiques et attrayants. Ces dernières années, la mise au point de produits, la sophistication de la distribution et le marketing aux points de vente du tabac et des jeux sont en pleine expansion et posent de nouveaux défis à la prévention et à la législation. On assiste à une rivalité incessante entre les promoteurs de tabac, de bière et les loteries pour l'obtention de l'attention et la fidélisation de la clientèle dans les points de vente. Alors que le commerce consistait traditionnellement à ce que le consommateur aille chercher un produit, désormais, c'est le produit qui doit aller chercher le consommateur dans le point de vente (Dewhirst, 2004). L'industrie de l'alcool, du tabac et celle des loteries ont en commun

le fait que leurs revenus sont générés par une habitude pouvant mener à une dépendance, dont les produits sont publicisés par des campagnes qui les « glamourisent », et qui ciblent largement les jeunes et les mineurs afin de renouveler les clientèles et de créer précocement une fidélisation (Kindt, 2001). Malgré le fait que l'on accorde des primes aux détaillants par volume de vente, l'industrie se targue de faire de la prévention, tout en se gardant évidemment de rendre disponibles les informations sur la dangerosité des produits.

Dans le cas du tabac, pour contrer les effets délétères de ces offensives commerciales, les programmes communautaires ont notamment démontré une bonne efficacité (Centers for Disease Control and Prevention, 2007). La dénormalisation active est probante, que nous appellerions en nos termes la réduction de l'accessibilité symbolique, et elle est désormais indiquée dans le chapitre des actions pour contrer l'usage du tabac de la Stratégie nationale pour la réduction du tabagisme au Canada (1999). Elle vise à miner l'acceptabilité culturelle, à réfuter les allégations d'innocuité utilisées par l'industrie en divulguant la toxicité du tabac, à dénoncer la minimisation des dangers et à déconstruire les argumentaires et les stratégies de marketing, comme le recrutement des enfants et des jeunes (Desjardins, 1999; Centers for Disease Control and Prevention, 2007). Cette dénormalisation peut être intégrée à des projets pilotes, efficaces dans la mesure où l'encadrement et le financement sont adéquats, où est privilégié le développement du leadership des jeunes et des communautés et l'implication des réseaux sociaux (Centers for Disease Control and Prevention, 2007; Siegel, 2002; Sowden, Arblaster et Stead, 2003).

Plus probante encore est l'adoption de politiques publiques concernant le marketing, l'affichage, l'accessibilité géographique, économique et légale et les environnements de vie favorables. La dénormalisation du tabac est donc accompagnée d'interdictions légales relatives à la publicité, aux commandites, à l'accessibilité aux personnes mineures, et de l'obligation d'afficher les méfaits causés par le produit sur l'emballage du produit : « Contrairement à la croyance populaire, les normes sociétales sont plus influencées par les politiques de contrôle que par les campagnes médiatiques ou les approches éducatives. » (Hawks et autres, 2002; Canning et autres, 2004).

Les évidences et les preuves d'efficacité les plus éloquentes sont certainement celles du domaine du tabac, puisqu'il y a là un contexte facilitant où la prévention ne s'oppose pas à une industrie gouvernementale, où le législateur n'est pas le promoteur. Or, peu de mesures semblent s'être adressées à cet aspect de la normalisation de produits du jeu, alors que l'expérience du tabac est très probante à cet égard. L'adoption de ces politiques publiques non ambiguës relatives à l'accessibilité et à la légitimité a conduit à des résultats probants : le taux de tabagisme dans la population est passé de 25 % en 1999 à 19 % en 2005 (Statistique Canada, 2005). Dans le cas des jeux, et particulièrement des loteries, légiférer sur le contenu autant que sur la quantité de publicité dans les médias et aux points de vente apparaît prometteur. En fait, la littérature sur la prévention des problèmes liés aux trois autres problématiques, soit le tabagisme, l'alcool et les drogues, démontre qu'une des conditions probantes pour contenir les méfaits liés aux dépendances est la primauté de politiques publiques fermes relatives à l'accessibilité et à la dangerosité (Hopkins et autres, 2001 ; Babor et autres, 2003; Stockwell et autres, 2005). L'expérience du tabac et des drogues nous apprend aussi l'importance de travailler à modifier l'environnement, les attitudes et les normes sociétales envers les comportements à risque, de façon complémentaire aux actions visant les comportements individuels.

CONCLUSION

Nous avons effectué un survol de la réalité épidémiologique du jeu au Québec, qui met en relief les déterminants des problèmes de jeu. Les problèmes de jeu observés au Québec requièrent une politique de prévention structurée, qui repose sur une conceptualisation claire de ces déterminants et sur des données relatives aux initiatives de prévention souhaitables. Un survol des tendances en prévention des problèmes de jeu et une incursion dans les champs des autres dépendances offrent des éléments de convergence. Cet exercice vient confirmer la pertinence du cadre conceptuel de santé publique utilisé au Québec, qui postule que les déterminants des problèmes sont le fruit d'un rapport complexe entre l'accessibilité, la dangerosité et les facteurs personnels¹⁴. Il vient aussi renforcer le paradigme

14. L'application des évidences issues des autres problématiques doit évidemment tenir compte des objectifs différenciés de prévention. Pour chacune des problématiques, à pratique

selon lequel la prévention, c'est-à-dire les moyens d'empêcher ou de retarder l'adoption de comportements à risque et d'éviter les problèmes qui y sont liés, n'est pas pensable sans l'action sur les déterminants que sont les accessibilités géographique, temporelle, économique, symbolique, légale et la dangerosité. Cette action a pour levier le plus efficace l'adoption de politiques publiques audacieuses, qui sachent opposer à des arguments commerciaux des intérêts de santé. L'action doit aussi porter sur le transfert d'information, le développement global des personnes et le développement de milieux favorables, afin de minimiser le poids des déterminants sociaux dans les problèmes de jeu.

Un consensus se dégage aussi sur le fait que les programmes de prévention apparaissent plus efficaces lorsqu'ils regroupent plusieurs stratégies, s'adressent à plusieurs niveaux et poursuivent des activités continues sur plusieurs années (Babor et autres, 2003 ; Roberts et autres, 2001 ; Stockwell et autres, 2005). Cela nécessite d'obtenir des budgets récurrents afin de planifier la mise en place de ces actions de prévention à long terme. D'ailleurs, l'absence de financement durable en prévention des problèmes liés aux jeux de hasard et d'argent au Québec a été rapportée comme constituant un frein au développement durable d'actions dans les régions. La surveillance périodique des habitudes et des problèmes de jeu sur le plan national est aussi fondamentale relativement au principe de connaissance du milieu¹⁵.

préventive correspond des objectifs différents allant de l'abstinence à la réduction ou l'abandon de la substance, en passant par la réduction des méfaits ou le retard de l'initiation. Par ailleurs, l'action préventive doit respecter des conditions d'efficacité que sont la connaissance du milieu, l'indépendance, la cohérence et l'évaluation des processus, des résultats et des impacts (Papineau, à paraître).

15. À ces fins, l'accessibilité aux données susceptibles d'orienter les mesures de prévention (données joueurs dénominalisées, données financières des promoteurs de jeu, données d'utilisation des services de traitement par les joueurs et leur entourage, etc.) devrait être facilitée.

RÉFÉRENCES

- Abbott, M.W. (2006). «Do EGMs and problem gambling go together like a horse and carriage?» *Gambling Research*, 18 (1), p. 7-38.
- Abbott, R. et M. Volberg (1994). «Gambling and Pathological Gambling: Growth Industry and Growth Pathology of the 1990's». *Community Mental Health in New Zealand*, 9 (2), p. 22-31.
- Allard, D. et É. Papineau (2006). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique - Rapport synthèse*. Montréal, Institut national de santé publique du Québec.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)*.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III)*.
- Babor, T. F., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K., Grube, J., Gruenewald, P., Hill, L., Holder, H., Homel, R., Österberg, E., Rehm, J., Room, R. et I. Rossow (2003). *Alcohol: No Ordinary Commodity. Research and Public Policy*. Oxford et Londres, Oxford University Press.
- Bacon, C., Conseillère en éthique et déontologie (2007). Communication personnelle, Secrétariat général, MCD Fédération des caisses Desjardins du Québec.
- Banks, G. (2002). The Productivity Commission's Gambling Inquiry: 3 Years On. Productivity Commission Working Paper No. 1735. Peut être consulté à SSRN: <http://ssrn.com/abstract=401721> ou DOI: 10.2139/ssrn.401721
- Baron, E. et Dickerson, M.G. (1999). «Alcohol consumption and self-control of gambling behaviour». *Journal of Gambling Studies*, 15, p. 3-15.
- Bes, R. (2002). Ten years of Responsible Gambling Policy at Holland Casino: A study into the effectiveness of the Dutch casino RGP. Niagara Falls: Discovery conference 2002. http://www.responsiblegambling.org/articles/Rik_Bes_Discovery_2002.pdf (Page consultée le 17 octobre 2007).
- Biener L. et M. Siegel (2000). «Tobacco marketing and adolescent smoking: more support for a causal inference». *American Journal of Public Health*, 90, p. 407-411.
- Binde, P. (2007). «The good, the bad, and the unhappy: The cultural meanings of newspaper reporting on jackpot winners». *International Gambling Studies*.

- Blaszczynski A, Ladouceur R, et H. J. Shaffer (2004). «A science-based framework for responsible gambling: The Reno model». *Journal of Gambling Studies*, 20, p. 301-317.
- Blaszczynski, A. (2001). *Harm Minimization Strategies in Gambling: An Overview of International Initiatives and Interventions*, Australian Gaming Council, Retrieved 12 January 2004 from:www.austgamingcouncil.org.au/research/files/
- Blaszczynski, A., Sharpe, L. et M. Walker (2001). *The Assessment of the Impact Reconfiguration on Electronic Gaming Machines as Harm Minimisation Strategies for Problem Gambling, Final Report*, University of Sydney Gambling Research Unit.
- Blaszczynski, A. (2000). «Pathways to pathological gambling: Identifying typologies». *Electronic Journal of Gambling Issues*.
- Boisjoli, R., Vitaro, F., Lacourse, É. et R. E Tremblay (2005). *Impact and Clinical Significance of an Early Preventive Intervention for Disruptive Boys: A 15 year follow-up with Intent-to-treat Analyses*. Montréal, Université de Montréal.
- Borrell, J. (2008). «The "Public Accountability Approach": suggestions for a framework to characterise, compare, inform and evaluate gambling regulation». *International Journal of Mental Health and Addictions*, 6, p. 265-281.
- Breen, R. B. et M. Zimmerman (2002). «Rapid onset of pathological gambling in machine gamblers». *Journal of Gambling Studies*, 18(1), p. 31-44.
- Brewer, J.A., Grant, J.E., Potenza M.N. (2007). «The Neurobiology of Pathological Gambling». Dans Smith, G., Hodgins, D. et R. Williams (éds). *Research and Measurement Issues in Gambling studies*. United States, Elsevier, p. 345-369.
- Brochu, S. et V. Beaugregard. *Compréhension du phénomène de consommation des drogues illicites*. Conférence aux 11^{es} journées annuelles de santé publiques, Montréal.
- Buchanan, J. (2006). *The Impact Of New Gaming Laws On The Profitability And Management Of Gaming Establishments In New South Wales (NSW)*, Australia, Harrah's Lake Tahoe, Lake Tahoe, Nevada, 13th International Conference on Gambling & Risk Taking.
- Byrne, A., Dickson, L., Derevensky, J., Gupta, R. et I. Lussier (2005). «The application of youth substance use media campaigns to problem gambling: a critical evaluation». *Journal of health communication*, 10 (8), p. 681-700.
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. et D. Warm, (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, London.

- Castellani, B. (2000). *Pathological gambling - The making of a medical problem*. New-York, Suny Press.
- Center for Addiction and Mental Health (2005). *Problem Gambling: A Guide for Financial Counsellors*. Toronto, ON, Centre for Addiction and Mental Health, 56 p., appendices/handouts
- Center for Substance Abuse Prevention (2002). *Finding the Balance: Program Fidelity and Adaptation in Substance Abuse Prevention: A State-of-the-Art Review*, [En ligne] <http://modelprograms.samhsa.gov/pdfs/FindingBalance1.pdf>
- Center for Substance Abuse Prevention (2001). *Science based practices 3- Principles of substance abuse prevention*. [En ligne Consulté en février 2008 <http://captus.samhsa.gov/western/resources/bp/step6/documents/CSAPsPrinciplesofSAPrevention.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention (2007). *Best practices for comprehensive tobacco control programs*. Atlanta, GA, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2007). *Toxicomanie au Canada: Pleins feux sur les jeunes*. Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- Centre de santé de Pontiac (2007). *Jeux pathologique (sic)*. [En ligne] Consulté en février 2008 http://www.santepontiac.qc.ca/dossiers/dossier_73_jeux+pathologique.html
- Centre de référence du Grand Montréal (2008). *Rapport annuel Jeu : Aide et référence 2006-2007*.
- Chebat, J.-C. (2007). *Rapport professionnel présenté à Maître Jean-Paul Michaud dans le cadre du recours collectif contre Loto-Québec*. [En ligne] <http://www.jeu-compulsif.info/documents/Rapport-exper-Jean-Charles-Cheba-19-03-072.pdf> (Consulté en en mai 2007).
- Chevalier, S. et É. Papineau (2007). *Analyse des effets sur la santé des populations des projets d'implantation de salons de jeux et d'hippodromes au Québec*. Rapport déposé aux directeurs régionaux de santé publique.
- Chevalier, S., Montpetit, C., Biron, J.F., Dupont, M.A. et C. Caux (2006). *Avis sur la modification de l'offre de jeu à Montréal: La construction d'un casino au Bassin Peel*. Direction de la santé publique de Montréal.

- Chevalier, S., Allard, D., Kimpton, M-A., Audet, C., Hamel, D. et D. St-Laurent (2005a). *Évaluation du programme expérimental sur le jeu pathologique. Monitoring évaluatif-indicateurs d'implantation*, mai 2001-décembre 2003. Montréal, Institut national de santé publique du Québec.
- Chevalier, S., Martin, I., Gupta, R. et J.L. Derevensky (2005b). Jeux de hasard et d'argent. Dans G. Dubé et autres (dir.). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004. Quoi de neuf depuis 2002?* Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 131-146.
- Chevalier, S., Hamel, D., Ladouceur, R., Jacques, C., Allard, D. et S. Sévigny (2004a). Comportements de jeu et jeu pathologique selon le type de jeu au Québec en 2002. Montréal et Québec, Institut national de santé publique du Québec et Université Laval.
- Chevalier, S., Allard, D. et M.-A. Kimpton (2004b). *Les joueurs d'ALV et les problèmes associés*. Montréal, 72^e Congrès de l'ACFAS.
- Chevalier, S. et É. Papineau (2004). The measurement of gambling offer. Halifax: Insight Nova Scotia Conference.
- Chevalier, S., Papineau, É. et C. Geoffrion (2003). *Évaluation du Programme expérimental sur le jeu pathologique - Rapport 9: Les lignes téléphoniques dédiées aux jeux de hasard et d'argent*. Montréal, Institut national de santé publique du Québec.
- Chevalier, S., Allard, D. et C. Audet (2002). Les jeux de hasard et d'argent. Dans Loisel, J. et B. Perron (dirs). *L'alcool, les drogues, le jeu: les jeunes sont-ils preneurs? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000, volume 2*. Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 67-90.
- Chevalier, S. et D. Allard (2001a). *Pour une perspective de santé publique des jeux de hasard et d'argent. Estimation des montants misés par joueur selon le jeu*. Montréal, Institut national de santé publique du Québec.
- Chevalier, S. et D. Allard (2001b). *Jeu pathologique et joueurs problématiques. Le jeu à Montréal*. Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique.
- Chevalier, S. et D. Allard (2001c). *Les appareils électroniques de jeu. Données empiriques. Pour une perspective de santé publique des jeux de hasard et d'argent*. Montréal, Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé publique de Montréal-Centre.
- Clarke, D. (2005). « Factors leading to substance abuse, and implications for gambling in New Zealand. eCOMMUNITY ». *International Journal of Mental Health and Addiction*, 3(1), p. 41-52.

- Comeau, M. (1999). *État de situation sur l'implantation du programme Fluppy d'entraînement aux habiletés sociales dans la région de Québec et proposition de consolidation progressive du programme*. Québec, Direction de santé publique.
- Cook, P.J. et M.J. Moore (2002). *The economics of alcohol abuse and alcohol control policies*. *Health Affairs*, 21 (2), p. 120-133.
- Corporate Research Associates Inc. (2006). *Video Lottery Program Changes. Impact Analysis*. Nova Scotia Gaming Corporation.
- Corporate Research Associates Inc. (2005). *VLT Time Change. Findings Report*, Nova Scotia Gaming Corporation.
- Crockford, D. N. et N. el-Guebaly (1998). *Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, p. 43-50.
- Custer, R.L. (1984). «Profile of the pathological gambler». *Journal of Clinical Psychiatry*, 45 (12, 2), p. 35-38.
- Davies, B. (2006). *iCare: Integrating responsible gaming into casino operations*. Toronto: Discovery 2006 conference. [En ligne] http://www.responsiblegambling.org/articles/bill_davies_discovery_2006.pdf (Consulté le 18 octobre 2007).
- Derevensky, J. L., Gupta, R. et M. Gillespie. *Le jeu problématique chez les adolescents : Perception des risques et des bénéfices*. Montréal, Centre international d'étude sur le jeu et les comportements à risque chez les jeunes, Université McGill.
- Derevensky, J. L., Lussier, I., Ellenbogen, S., Gupta, R., Wynne, H. et C. Messerlian (2005). *L'identification des variables culturelles et des facteurs de risque et de protection associés aux problèmes de jeu chez les jeunes*. Montréal, Centre international d'étude sur le jeu et les comportements à risque chez les jeunes, Université McGill.
- Derevensky, J., Gupta, R., Dickson, L. et A.-E. Deguire (2001). *Prevention Efforts Toward Minimizing Gambling Problems*. Paper prepared for the National Council for Problem Gambling, Center for Mental Health Services (CMS) and the Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Washington, D.C.
- Déry, V. et L. Renaud (2000). *Réflexion critique sur la prévention du tabagisme en milieu scolaire primaire*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de santé publique.
- Deschênes, M., Demers, S. et P. Finès (2003). *Styles de vie des jeunes du secondaire de l'Outaouais, 1991, 1996, 2002*. Gatineau, Direction de la santé publique, RRSS de l'Outaouais.

- Desjardins, L. (1999). « La stratégie de la dénormalisation des produits du tabac est mise de l'avant ». *Info-tabac*, 29, novembre-décembre 1999.
- Dewhirst, T. (2004). « POP goes the wall? Taking aim at tobacco promotional strategies utilised at retail ». *Tobacco control*, 13, p. 209-221.
- d'Hondt, R. (2007). *Seventeen years of Responsible Gaming Policy at Holland Casino : What has been the response after A study into the effectiveness of the Responsible Gaming Policy*. Banff, Alberta: 6th Annual Alberta Gaming Research Institute Annual Conference, March 31, 2007. [En ligne] http://gaming.uleth.ca/agri_downloads/4234/d'Hondt.ppt (Consulté le 18 octobre 2007).
- Dickson, L., Derevensky, J., et R. Gupta, (2003). *Youth gambling problems: The identification of risk and protective factors*. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre, Ontario.
- Dickson, L., Derevensky, J., et R. Gupta (2002). « The prevention of gambling problems in youth: A conceptual framework ». *Journal of Gambling Studies*, 18, p. 97-159.
- Direction de santé publique de Montréal-Centre (2004). *La prévention dans les jeux de hasard et d'argent - Pour jouer gagnant: Répertoire et analyse des campagnes de sensibilisation, des programmes et des initiatives préventives québécoises et montréalaises (mars 2003)*. Montréal, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.
- Dryfoos, J. (1992). *Adolescents at risk*. New York, Oxford University Press.
- Dubé, G. (dir.), Tremblay, R., Traoré, I. et I. Martin (2007). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire*, 2006, Québec, Institut de la statistique du Québec.
- Gaboury, A. et R. Ladouceur (1993). « Evaluation of a prevention program for pathological gambling among adolescents ». *Journal of Primary Prevention*, 14, p. 21-28.
- Gagnon, S., Hickey, N., Hugrom, M. et P. Racine (2006). *Étude d'enquête sur les habitudes de jeu de hasard et d'argent des adolescents lanaudois*. Joliette, Centre Le Tremplin.
- Gambling Research Centre, Auckland University of Technology (2005). *Literature review to inform social marketing approach*. Auckland, Auckland University of Technology. Department of Internal Affairs.
- General Assembly of North Carolina. (2005). Senate Bill 912, Session 2005 [En ligne] <http://www.ncga.state.nc.us/EnactedLegislation/SessionLaws/PDF/2005-2006/SL2006-6.pdf>

- Griffiths, M. D. (2004). « Does advertising of gambling increase gambling addiction? » (3 parts). *Lottery Insights*, 5 (2, 3, 4).
- Griffiths, M.D. (1996). « Pathological gambling: A review of the literature ». *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 3, p. 347-353.
- Griffiths, M.D. (1995). « Scratch-card gambling: A potential addiction? » *Education and Health*, 13, p. 17-20.
- Griffiths, M.D. (1993a). « Factors in problem adolescent fruit machine gambling: Results of a small postal survey ». *Journal of Gambling Studies*, 9, p. 31-45.
- Gupta, R. et J. L. Derevensky (1998). « Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling ». *Journal of Gambling Studies*, 14 (4), p. 319-345.
- Hamel, M., Laverdure, J., Morin, R. et A. Poirier (1999). *Les campagnes de communication pour favoriser le développement et l'adaptation sociale des jeunes*. Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- Hamel, D. (2001). *Perceptions de la population québécoise en lien avec les programmes de prévention de la toxicomanie et du VIH*. Montréal, Institut national de santé publique du Québec.
- Harrison Health Research (2006). *Evaluation of 2004 Legislative Amendments to Reduce EGMs Research report*. Independent Gambling Authority, South Australia.
- Hawks, D., Scott, K. et M. McBride (2002). *Prevention of psychoactive substance use : a selected review of what works in the area of prevention*. Genève. World Health Organisation.
- Hodgins, D. C., Currie, S., el-Guebaly, N. et N. Peden (2004). « Brief Motivational Treatment for Problem Gambling : A 24-Month Follow-Up ». *Psychology of Addictive Behaviors*, 18 (3), p. 293-296.
- Honegger, R. (2006). *Norway: Gambling machines to be banned from next July*. 22 août 2006. [En ligne] <http://www.casinos.ch/newsflashartikel2.cfm?art=news7key=140925>
- Hopkins, D. P. , Briss, P.A. , Ricard, C. J. et autres (2001). « Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke ». *American Journal of Preventive Medicine*, 20 (1s), p. 16-66.
- Houle, V. et I. Paradis (2007). *Avis de santé publique sur l'implantation des salons de jeux au Québec*. Les directeurs régionaux de santé publique.
- Independent Pricing And Regulatory Tribunal of New South Wales (IPART). (2004). *Gambling: Promoting a culture of responsibility*, Final Report.

- Institute of Medicine (IOM) (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington DC, National Academy Press.
- Jacques, C. et R. Ladouceur (2007). *Facteurs de risque chez les joueurs de loterie vidéo: Résultats préliminaires*. Sherbrooke: 29^e Congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie, 30 mars 2007.
- Kairouz, S., Nadeau, L., Lo Siou, G. Fiset-Laniel, J., Adlaf, E.M. et R. Ladouceur (2006). *Approche intégrative des jeux de hasard et d'argent. Rapport de Recherche présenté au Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture*, ministère de la Santé et des Services Sociaux et Loto-Québec.
- Kaner, E. F. S., Beyer, F., Dickinson, H. O., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather, N., Saunders, J. et B. Burnand (2007). « Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations ». *Cochrane Database of Systematic Reviews 2007*, Issue 2. Art. No. : CD004148. DOI: 10.1002/14651858. CD004148. pub3.
- Kindt, J. (2001). « The Costs of Addicted Gamblers: Should the States Initiate Mega-Lawsuits Similar to the Tobacco Cases? ». *Managerial and Decision Economics*, 22(1-3), p. 17-63.
- Korn, D.A., Reynolds, J. et H.A. Skinner (2006). The Reno Model A Public Health Discussion. The 13th International Conference on Gambling and Risk Taking, Lake Tahoe, Nevada
- Korn, D., Gibbons, R., et J. Azmier (2003). « Framing public policy towards a public health paradigm for gambling ». *Journal of Gambling Studies*, 19, p. 235–256.
- Kunzi, K., Fritschi, T. et T. Egger (2004). *Les jeux de hasard et la pathologie du jeu en Suisse. Étude empirique de la pratique et du développement des jeux de hasard, de la dépendance au jeu et de ses conséquences*. Sur mandat de la Commission fédérale des maisons de jeu (CFMJ) et de l'Office fédéral de la justice (OFJ). [En ligne] <http://www.buerobass.ch/pdf/2004/ESBK-2004-Spielsucht-Zusammenfassung-fr.pdf> (Consulté en novembre 2007).
- Kyngdon, A. et M. Dickerson, M. (1999). « An experimental study of the effect of prior alcohol consumption on a simulated gambling activity ». *Addiction*, 94(5), p. 697-707.
- Lachance, N. et M.-T. Payre (2005). *État de situation sur les jeux de hasard et d'argent en Estrie*. Sherbrooke, Agence de services de santé et de services sociaux de l'Estrie, Direction de santé publique et de l'évaluation.

- Ladouceur, R., Boutin, C., Doucet, C., Dumont, M., Provencher, M., Giroux, I. et C. Boucher (2004a). « Awareness promotion about excessive gambling among video lottery retailers ». *Journal of Gambling Studies*, 20 (2), p. 181-85.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Chevalier, S., Sévigny, S., Hamel, D. et D. Allard, D. (2004b). *Prévalence des habitudes de jeu et du jeu pathologique au Québec en 2002*. Québec et Montréal, Université Laval et Institut national de santé publique du Québec.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Sévigny, S., Poirier, L., Brisson, L., Dias, C., Dufour, C. et P. Pilote. (2004c). *Caractéristiques des joueurs excessifs selon le mode de traitement*. Québec, Université Laval.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Ferland, F. et I. Giroux (1999). « Prevalence of problem gambling: A replication study 7 years later ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 44 (8), p. 802-804.
- Ladouceur, R. (1996). « The prevalence of pathological gambling in Canada ». *Journal of Gambling Studies*, 12, p. 129-142.
- Ladouceur, R. (1991). « Prevalence estimates of pathological gambling in Quebec ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 36 (10), p. 732-734.
- Lancaster, T. et L.F. Stead (2005). « Individual behavioural counselling for smoking cessation ». *Cochrane Database of Systematic Reviews 2005*, Issue 2. Art. No.: CD001292. DOI: 10.1002/14651858. CD001292. pub2.
- Leblond, J. (2007). *Dangerosité des appareils électroniques de jeu et mesures de protection*. Document d'analyse remis au Directeur de santé publique de la Capitale-Nationale dans le cadre des travaux de rédaction de l'Avis de santé publique sur l'implantation des salons de jeux au Québec, Québec.
- Leblond, J. (2004). *Évaluation de la dangerosité des ALV*. [En ligne]. http://www.jeu-compulsif.info/rapport-leblond-recours_collectif/cahier-1-comp.pdf (Consulté le 15 septembre 2005).
- Lesieur, H.R. (1994). Epidemiological surveys of pathological gambling: critique and suggestions for modification. *Journal of Gambling Studies*, 10, p. 385-397.
- Lesieur, H. R. et S. B. Blume (1987). « The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers ». *American Journal of Psychiatry*, 144, p. 1184-1188.
- Ling, W. L. (2007). « Asia's Growing Gambling Addiction ». Time, 1^{er} novembre 2007.

- Livingstone, C. et R. Woolley (2007). « Risky Business: A Few Provocations on the Regulation of Electronic Gaming Machines », *International Gambling Studies*, 7 (3), p. 361-376
- Loiselle, J. et S. Chevalier (2002). « Discussion ». Dans J. Loiselle et B. Perron, B. (dir.). *L'alcool, les drogues, le jeu: les jeunes sont-ils preneurs? Enquête québécoise sur le tabagisme chez les élèves du secondaire, 2000, volume 2*. Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 91-95.
- Loto-Québec. (2006). *Rapport annuel 2006: Divertir au profit de la collectivité*. Montréal, Loto-Québec.
- Loxley W., Toumbourou J., Stockwell T., Haines B., Scott K. et C. Godfrey (2004). *The prevention of substance use, risk and harm in Australia: a review of the evidence*, Melbourne. The National Drug Research Institute and the Centre for Adolescent Health.
- Maltais, A, Marois, P. et S. Ménard (2001). « La position du gouvernement à l'égard du jeu pathologique ». Conférence de presse de Mme Agnès Maltais, ministre déléguée à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse, de Mme Pauline Marois, ministre d'État à l'Économie et aux Finances et de M. Serge Ménard, ministre de la Sécurité publique, Le mercredi 30 mai 2001. [En ligne] Consulté en février 2007 <http://www.assnat.qc.ca/fra/conf-presse/2001/010530AM.HTM>
- Marotta, J. et J. Hynes (2003). *Problem Gambling Prevention Resource Guide for Prevention Professionals*, Oregon Department of Human Services.
- Martin, I., Gupta, R. et J. L. Derevensky (2007). « Participation aux jeux de hasard et d'argent ». Dans G. Dubé et autres (2007). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2006*. Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 5, p. 124-144.
- Martin, C. et L. Arcand (2005). *Guide à l'intention du milieu scolaire et de ses partenaires: Pour la réussite éducative, la santé et le bien-être des jeunes*. Québec, Montréal et Longueuil, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux.
- Messerlian, C. et J. Derevensky (2006). « Social marketing campaigns for youth gambling prevention: lessons learned from youth ». *International journal of mental health and addictions*, 4, p. 294-306.

- Meyer, G. et B. Dickow (2005). « Brief Interventions for Problem Gamblers ». Malmö: 6th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues, Work in Progress, 29 June - 2 July 2005.
[En ligne] Consulté le 17 octobre 2007 http://www.easg.org/files/malmo2005/presentations/Vrijdag/16.30-18.00/3/gerhard_meyer.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). « Projet de déplacement du casino de Montréal au Bassin Peel mis de l'avant par Loto-Québec et le Cirque du Soleil »- *Avis de la Direction générale des services sociaux. Comité interministériel chargé de l'évaluation du projet de relocalisation du casino de Montréal.* [En ligne] Consulté avril 2008 http://www.finances.gouv.qc.ca/documents/Autres/fr/reference_casino.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2001). *La prévention du jeu pathologique: Document de référence.* Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Morin, R., April, N., Bégin, C. et G. Quesnel (2003). *État de situation sur la consommation d'alcool au Québec et sur les pratiques commerciales de la Société des Alcools du Québec.* Perspective de santé publique. Institut national de santé publique.
- Nowatzki, N. R. et R. J. Williams (2002). « Casino Self-Exclusion Programmes : A Review of the Issues » . *International Gambling Studies*, vol. 2, juillet 2002.
- National Research Council. (1999). *Pathological Gambling, A Critical Review.* Washington.
- O'Neil, R. (2007). « Casino cards targeted for real time tracking. The Problem Gambling Foundation has identified two schemes it would like to see implemented ». *Computer World News*, 15 octobre 2007.
- Organisation mondiale de la santé (2004). *Global Status Report: Alcohol Policy.* Genève. [En ligne]. Consulté août 2007. http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Alcohol%20Policy%20Report.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986.* [En ligne] Consulté en novembre 2007 http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=French.
- Oud, R.C. (2006). *Prevention Policy Responsible Gaming.* Toronto, Discovery 2006 conference. http://www.responsiblegambling.org/articles/ronald_oud_discovery_2006.pdf , consultée le 18 octobre 2007).
- Papineau, E. et F. Richer (2008, à paraître). *Orientations pour un cadre de référence en prévention des problèmes liés aux jeux de hasard et d'argent.* Montréal, Institut national de santé publique du Québec.

- Papineau, E. et S. Chevalier (2007). *Augmentation de l'offre de jeu au Québec, à Laval et dans les Laurentides*. Colloque sur les jeux de hasard et d'argent, DSP Laval et Laurentides, Laval, 11 décembre 2007.
- Papineau, E. (2007). *Avis sur la situation des appareils de loterie vidéo au Québec*. Avis scientifique interne soumis au MSSS. Montréal, INSPQ.
- Papineau, E. (2006). *Avis scientifique interne sur le déménagement du casino au bassin Peel*. Soumis au MSSS, intégré dans le rapport Coulombe.
- Papineau, É., Chevalier, S., Helly, D., Belhassen, A., Sun, F. et L. Campeau. (2005). *Les jeux de hasard et d'argent dans les communautés maghrébine, centre-américaine, haïtienne et chinoise de Montréal : Faits saillants*. Montréal, Institut national de santé publique du Québec.
- Politzer R.M., Yesalis C.E. et C.J. Hudak (1992). «The Epidemiologic Model and the risk of legalized gambling: Where are we headed?» *Health Values*, 16(2) p. 20-27.
- Potenza, M. N. (2001). «The neurobiology of pathological gambling» *Seminar in Clinical Neuropsychiatry*, 6, 217-266.
- Productivity Commission (1999). *Australia's Gambling Industries*, Report n° 10, AusInfo, Canberra.
- Reith, G. (1999). *The Age of Chance: Gambling in Western Culture*, London, Routledge.
- Responsible Gambling Council. (2006). *Electronic Gaming Machines and Problem Gambling*, Rapport préparé pour la Saskatchewan Liquor and Gaming Authority, décembre 2006.
- Ritter, A. et J. Cameron (2006). «A review of the efficacy and effectiveness of harm reduction strategies for alcohol, tobacco and illicit drugs». *Drug and Alcohol Review*, 25 (6), p. 611-624.
- Rivlin, G. (2004). «The Tug of the Newfangled Slot Machines», *New-York Times*, 9 mai.
- Roberts, G., McCall, D., Stevens-Lavigne, A., Anderson, J., Paglia, A., Bollenbach, S., Wiebe, J. et L. Gliksmann (2001). *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes: Un compendium des meilleures pratiques*. Ottawa, Santé Canada, Bureau de la stratégie canadienne antidrogue.
- Robson, E., Edwards, J., Smith, G. et I. Colman (2002). «Gambling Decisions : An Early Intervention Program for Problem Gamblers». *Journal of Gambling Studies*, 18 (3), p. 235-255.

- Robson, E., Edwards, J., Smith, G. et S. Newman, S. (2006). *Investigating the Efficacy of the Gambling Decisions Program in Three Alberta Communities: Report of the One Year Community Trial*. Edmonton, Capital Health.
- Rose, I. N. (2006). *The Unlawful Internet Gambling Enforcement Act of 2006 analyzed*. [En ligne] http://www.gamblingandthelaw.com/columns/2006_act.htm.
- Roy, L. et J. Tremblay (2004). *Enquête sur la consommation d'alcool, drogues et participation aux jeux de hasard et d'argent chez les élèves du secondaire de la région de la Chaudière-Appalaches* (2001). Sainte-Marie, ADRLSSCA.
- Rutherford, L. (2008). «Singapore to help curb gambling problems by banning bankrupts». *Casino Gambling Web*. [En ligne] Consulté février 2008 <http://www.casinogamblingweb.com/>
- Sader, J. (2005). Le jeu au XXI^e siècle, une distraction, un loisir, un antidépresseur, une quête spirituelle ou «toutes ces réponses sont vraies . Colloque «La prévention des jeux de hasard à Montréal», Direction de santé publique de Montréal.
- Sani, A., Carlevaro, T. et R. Ladouceur (2005). Impact of a Counselling Session on At-Risk Casino patrons: A Pilot Study.[En ligne] Consulté le 17 octobre 2007. http://www.jeu-excessif.ch/pdf/congres/2005/ressources/Sani_Carlevaro_Ladouceur.pdf consultée le 17 octobre 2007.
- Sani, A. (2003). The Social Concept: A Prevention Model in a Swiss Casino. Toronto, Discovery Conference 2003, September 2003. [En ligne] consulté le 17 octobre 2007 http://www.responsiblegambling.org/articles/Anna_Maria_Sani_discovery_2003.pdf
- Schellinck, T. et T. Schrans (2002). «Atlantic Lottery corporation VL responsible gaming features research final report». Focal Research Consultants Ltd., Halifax.
- Siegel, M. (2002). «The effectiveness of State-Level Tobacco Control Interventions: A Review Program Implementation and Behavioral Outcome». *Annual Review of Public Health*, 23, p.45-71.
- Shaffer, H. J., LaBrie, R. A. et D. LaPlante, D. (2004). «Laying the foundation for quantifying regional exposure to social phenomena: Considering the case of legalized gambling as a public health toxin». *Psychology of Addictive Behaviors*, 18 (1), p. 40-48.
- Shaffer, H.J., VanderBilt, J., et M.N. Hall, (1999). «Gambling, drinking, smoking, and other health risk activities among casino employees». *American Journal of Industrial Medicine*, 36, p. 365-378.

- Siegel, M. (2002). « The effectiveness of State-Level Tobacco Control Interventions: A Review Program Implementation and Behavioral Outcome ». *Annual Review of Public Health*, 23, p. 45-71.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and Human Behavior*. New York, Macmillan.
- Sowden, A., Arblaster, L., et Stead L. (2003). Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD001291.
- Statistique Canada. (2005). Indicateurs sociaux de la santé. [En ligne]. http://www.statcan.ca/francais/freepub/11-008-XIF/2006007/tables/soc_ind_health_spr06_f.htm (Consulté en novembre 2007).
- Stockwell, T., Gruenewald, P. J., Toumbourou, J. W. et W. Loxley (2005). *Preventing Harmful Substance Use: The Evidence Base for Policy and Practice*. Chichester, West Sussex, Angleterre, John Wiley and Sons.
- Sychold, M. (2006). « Study of gambling in the internal market of the European Union: Executive summary ». Préparé pour l'Institut suisse de droit comparé. [En ligne] Consulté en février 2008 http://ec.europa.eu/internal_market/services/gambling_fr.htm
- Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G. A., Sturge, J. et J. Rehm (2007). « Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use ». *Lancet*, 369 (9570), p. 1391-401.
- Trottier, M.-N. (2003). « Santé Canada verse 893 000 \$ au projet De Facto du Sport Étudiant de Québec », *Info-Tabac*, 43.
- Vitaro, F. Wanner, B., Carbonneau, R. et R. E. Tremblay (2007). Liens longitudinaux entre la criminalité et les jeux de hasard et d'argent : de l'adolescence au début de l'âge adulte. Montréal, Université de Montréal.
- Vitaro, F., Vachon, J., Wanner, B., Ladouceur, R., Roy, N., Paré, R. et L. Paré (2005). *Le jeu chez les jeunes : antécédents, corrélats et subséquents*, Montréal.
- Vitaro, F., Arseneault, L. et R. E. Tremblay (1997). « Dispositional predictors of problem gambling in male adolescents ». *American Journal of Psychiatry*, 154 (12), p. 1769-1770.
- Walsh, D. et D.A. Gentile (2002). « Slipping Under the Radar: Advertising and the Mind », *Proceedings of WHO Symposium: Marketing to young people*. 2002 Treviso, Italy, p. 1-19. [En ligne], Consulté avril 2008 <http://www.cust.educ.ubc.ca/wstudents/tsed2/TechEmotion/Advertising/walshpaper.pdf>

- Welte, J. W., Wiczorek, W. F., Barnes, G. M., Tidwell, M-C. et J. H. Hoffman, (2004). « The relationship of ecological and geographic factors to gambling behavior and pathology ». *Journal of Gambling Studies*, 20(4), p. 405-423.
- Williams, R. J., West, B. L., et R. Simpson (2007a). « Prevention of problem gambling: A comprehensive review of the evidence ». Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre, Guelph, Ontario, Canada. August 1, 2007.
- Williams, R.J., West, B. et R. Simpson (2007b). « Prevention of problem gambling ». Dans D. Hodgins, G. Smith et R. Williams (éds.) *Research and measurement issues in gambling*. New York, Elsevier, Inc., p. 400-435.
- Williams, R. J., et R. T. Wood (2004). « The proportion of gaming revenue derived from problem gamblers: Examining the issues in a Canadian context ». *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 4(1), p. 33-45.

Page laissée blanche intentionnellement

TROISIÈME PARTIE

Vers une intégration des pratiques

Page laissée blanche intentionnellement

CHAPITRE 7

Les enjeux et les défis de la prévention face à la concomitance des conduites addictives et délinquantes à l'adolescence

Frank Vitaro

Le présent texte¹ comporte trois parties. La première partie examine la signification de la concomitance de trois types de comportements problématiques prévalents à l'adolescence : la pratique des jeux de hasard et d'argent, la consommation de psychotropes et les conduites délinquantes (par exemple, la violence envers autrui, la fraude et le vol). La deuxième partie se penche sur les enjeux pour la prévention que les conclusions de la partie précédente sont susceptibles de soulever. Enfin, la troisième partie aborde certains défis auxquels les stratégies de prévention actuelles et futures ont à faire face.

1. Ce texte est basé sur une présentation faite dans le cadre des Journées annuelles en Santé publique en novembre 2007. Les données rapportées dans ce texte ont été recueillies à l'aide de subventions provenant du Fonds québécois de recherche sur la société et la culture (FQRSC), du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSHC) et des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

La concomitance² des conduites addictives et délinquantes à l'adolescence

Les liens concomitants entre la pratique des jeux de hasard et d'argent (dorénavant JHA), la consommation de psychotropes et la délinquance sont bien établis, peu importe les caractéristiques sociodémographiques des participants, la nature des instruments d'évaluation et la perspective épistémologique des chercheurs (Barnes, Welte, Hoffman et Dintcheff, 2005 ; Fisher, 1993 ; Gupta et Derevensky, 1998 ; Jacobs, 2000 ; Kassinove, Doyle et Milburn, 2000 ; Shaffer et Hall, 1996 ; Wanner, Vitaro, Ladouceur, Brendgen et Tremblay, 2006 ; Winters et Anderson, 2000). Par exemple, les résultats d'une étude longitudinale centrée sur les individus (voir la figure 1) montrent que 72,4 % des adolescents de milieu défavorisé qui sont « Précoces » par rapport aux JHA, l'alcool ou la marijuana, sont « Précoces » ou « Tardifs » par rapport à l'une ou l'autre des deux autres « substances » (Wanner et autres, 2006). Selon une perspective centrée sur les comportements (voir le Tableau 1), les coefficients de corrélation entre les problèmes de JHA, les problèmes de psychotropes et les problèmes de délinquance éprouvés par les mêmes adolescents à l'âge de 16 ans sont tous statistiquement significatifs et de force modérée à élevée selon les critères proposés par Cohen (1988). Ces résultats attestant d'une cooccurrence élevée entre les problèmes de JHA, de psychotropes et de délinquance ne sont pas propres aux adolescents. Par exemple, 73,2% des adultes américains aux prises avec un problème de jeu éprouvent aussi (ou ont éprouvé au cours de leur vie) un problème d'alcool alors que 38,1% éprouvent (ou ont éprouvé) un problème de drogue. Enfin, 60,4% éprouvent ou ont éprouvé un problème de dépendance à la nicotine (Petry, Stinson et Grant, 2005).

-
2. La concomitance fait référence à la simultanéité dans le temps de divers types de comportements. Dans les études transversales, la concomitance implique des corrélations élevées ou des tableaux de contingence significatifs, selon que l'approche utilisée se centre sur les comportements ou sur les personnes. Dans les études longitudinales, elle se traduit par des courbes de performance parallèles ou par des recouvrements élevés entre les individus chevauchant sur des trajectoires également parallèles selon, encore une fois, que les analyses se centrent sur les comportements (suivant une approche continue) ou sur les personnes (suivant une approche catégorielle). La notion de concomitance ne présume, ni n'interdit, une influence directe des comportements les uns sur les autres.

FIGURE 1
TRAJECTOIRES ILLUSTRANT L'ÉVOLUTION DE LA PRATIQUE
DES JHA ET DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL
ET DE MARIJUANA DE 11 À 16 ANS CHEZ UNE COHORTE
DE GARÇONS DE MILIEU DÉFAVORISÉ
(VOIR WANNER ET AUTRES, 2006, POUR LES DÉTAILS)

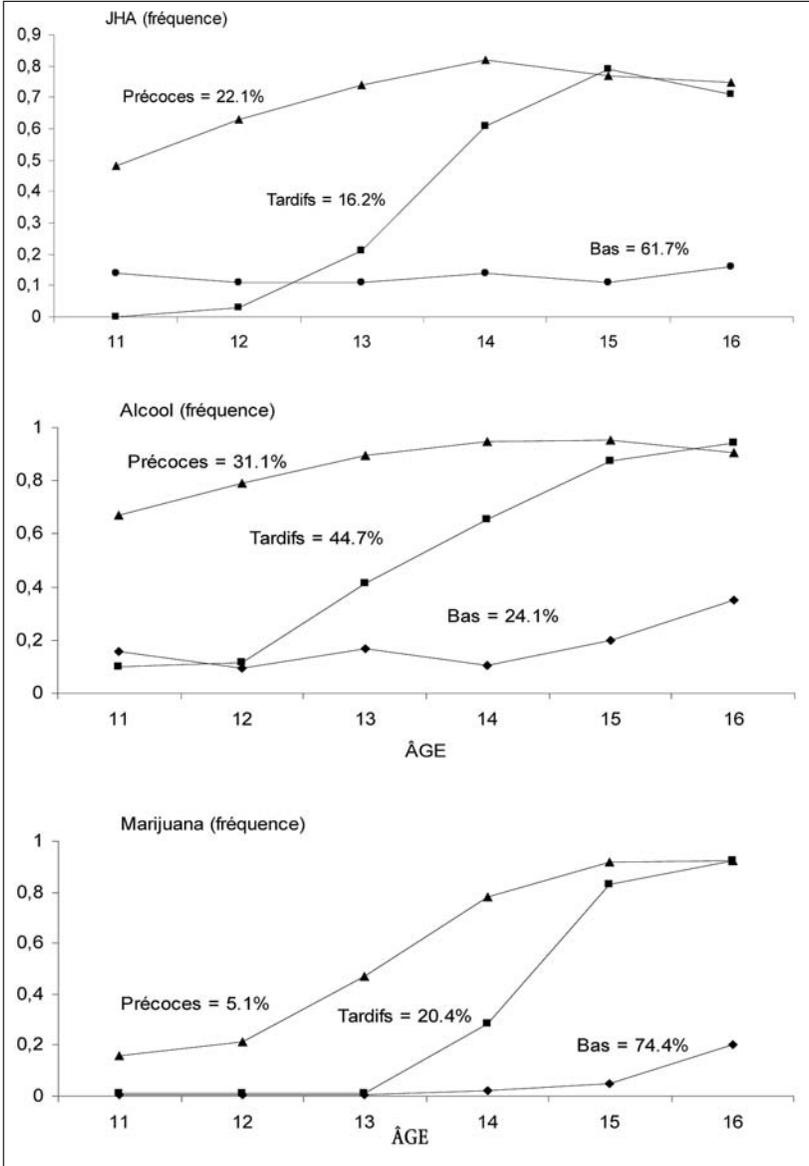


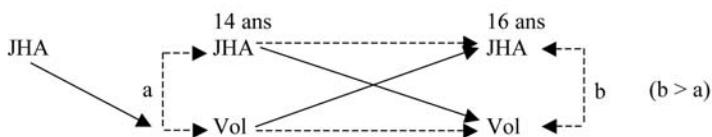
TABLEAU 1
COEFFICIENTS DE CORRÉLATION DE PEARSON ENTRE LES
PROBLÈMES DE JEU, DE PSYCHOTROPES ET DE DÉLINQUANCE
À 16 ANS CHEZ UNE COHORTE DE GARÇONS
DE MILIEU DÉFAVORISÉ (N = 503)

	1	2	3
1. JHA (problèmes)	-		
2. Psychotropes (problèmes)	.26	-	
3. Vol/Fraude	.34	.39	-
4. Violence	.42	.35	.55

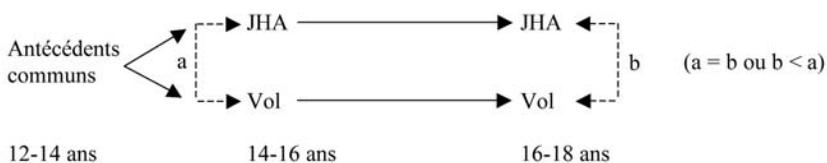
* Tous les coefficients significatifs, $p < .05$.

FIGURE 2
DEUX HYPOTHÈSES DIFFÉRENTES, QUOIQUE
POTENTIELLEMENT COMPLÉMENTAIRES, SUSCEPTIBLES
D'EXPLIQUER LES LIENS CONCOMITANTS ENTRE
LES PROBLÈMES DE COMPORTEMENT À L'ADOLESCENCE

1- Hypothèse transactionnelle (ou de l'influence mutuelle)



2- Hypothèse des antécédents communs et du développement parallèle



Explications possibles des liens concomitants

L'existence de liens concomitants commande une explication. Deux pistes explicatives s'offrent à nous : l'influence mutuelle et les antécédents communs. La piste de l'influence mutuelle (aussi appelée hypothèse transactionnelle) illustrée à la figure 2 suggère que les problèmes de comportement deviennent interreliés à la suite d'effets unidirectionnels ou bidirectionnels des uns sur les autres. Par exemple, les problèmes de JHA et le vol ou la fraude deviennent interreliés parce que la pratique abusive des JHA entraîne des besoins financiers qui incitent au vol ou à la fraude. Une fois les besoins financiers comblés (par les fruits du vol ou de la fraude), la pratique des JHA s'amplifie. Cette amplification de la pratique des JHA, à son tour, entraîne une escalade dans les conduites de vol et de fraude. Cette hypothèse d'une spirale transactionnelle entre les problèmes de comportement implique que les liens concomitants entre les problèmes s'amplifient au fur et à mesure de leur enchevêtrement croissant. Elle implique aussi que les liens concomitants ne dépendent pas de tierces variables comme le propose l'hypothèse des antécédents communs (également illustrée à la figure 2).

Selon cette seconde hypothèse, les liens entre la pratique des JHA, la consommation de psychotropes et les conduites délinquantes pourraient, du moins en partie, être expliqués par la présence d'antécédents communs. Ces antécédents communs font principalement référence aux caractéristiques personnelles des jeunes et à leur environnement sociofamilial, intra-familial et extrafamilial. Ils pourraient aussi être reliés à des variables plus distales d'origine culturelle ou sociétale. Cette hypothèse, qui est semblable à l'hypothèse du syndrome des conduites déviantes de Jessor et Jessor (1977), stipule que les liens entre les divers comportements devraient diminuer, voire disparaître, lorsque les antécédents communs sont pris en compte (de manière statistique, par exemple). Elle stipule aussi que ces liens devraient demeurer plus ou moins constants à travers l'adolescence ou même diminuer lorsque ces comportements deviennent moins prévalents, par exemple, au début de l'âge adulte. En effet, si un des comportements diminue avec le temps, son « effet » sur les autres comportements devrait s'atténuer.

VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES PAR DES ÉTUDES LONGITUDINALES

Une approche longitudinale est requise afin de contraster les deux hypothèses précédentes. À noter toutefois que celles-ci ne sont pas mutuellement exclusives. Cette approche longitudinale doit reposer sur au moins trois points de mesure, avec le premier point de mesure précédant l'émergence des problèmes de comportement. Les résultats présentés aux figures 3a et 3b illustrent l'application d'une telle démarche aux données recueillies auprès d'un large échantillon de garçons de milieu défavorisé (les mêmes dont il a été question précédemment). La figure 3a illustre les relations longitudinales croisées³ recueillies sur deux temps de mesure, 16 et 23 ans, entre les problèmes et la fréquence des JHA, les problèmes de consommation de substances psychotropes et deux comportements délinquants, la violence contre les personnes et le vol, en plus des liens de stabilité de 16 à 23 ans et des liens concomitants à 16 et à 23 ans. On constate une demi-douzaine de liens croisés dont la force varie de faible à moyenne selon les critères de Cohen (1988). Puisque les liens horizontaux (reflétant la stabilité) et les liens verticaux (reflétant la concomitance) sont pris en compte simultanément, les liens croisés, lorsqu'ils sont significatifs, laissent entendre que certains comportements à 16 ans sont responsables de l'augmentation⁴ d'autres comportements de 16 à 23 ans. Par exemple, la fréquence avec laquelle les adolescents s'adonnent aux JHA à 16 ans prédit une augmentation des problèmes de JHA de 16 à 23 ans. De même, les problèmes de JHA à 16 ans prédisent une augmentation des actes de vol et de fraude de 16 à 23 ans, et ainsi de suite pour les quatre autres liens croisés statistiquement significatifs. À noter aussi que chaque type de comportement est relativement stable, avec des autocorrélations qui varient entre .22 et .30 entre 16 et 23 ans. De plus, tel qu'il est attendu, tous les comportements sont reliés entre eux à 23 ans comme à 16 ans, mais les liens concomitants sont en général plus faibles à 23 ans qu'à 16 ans⁵. En somme, les résultats

3. Du comportement A au temps 1 au comportement B au temps 2 et vice-versa. Ce type de modélisation est connu sous le terme « *cross-lagged* » en anglais et ouvre la porte à des liens transactionnels entre les comportements.

4. Il est en effet permis de parler d'une *augmentation* puisque le niveau initial des comportements à 16 ans est pris en compte (c'est-à-dire contrôlé) dans les analyses.

5. Les coefficients de corrélation varient entre .20 et .51 à 16 ans alors qu'ils varient entre .12 et .37 à 23 ans. Pour plus d'informations, voir l'étude de Vitaro, Wanner, Carbonneau et Tremblay (2007).

actuels appuient à la fois l'hypothèse des antécédents communs et celle de l'influence mutuelle. La diminution des liens concomitants entre 16 et 23 ans est en ligne avec l'hypothèse des antécédents communs. En revanche, la présence de certains liens croisés abonde dans le sens de l'hypothèse de l'influence mutuelle, même si leur nombre restreint (six liens croisés significatifs sur une possibilité de 20) et leur valeur modeste (.18 en moyenne) commandent une certaine réserve à ce niveau. Mais, la possibilité que ces liens croisés découlent eux-mêmes d'antécédents communs n'est pas totalement écartée.

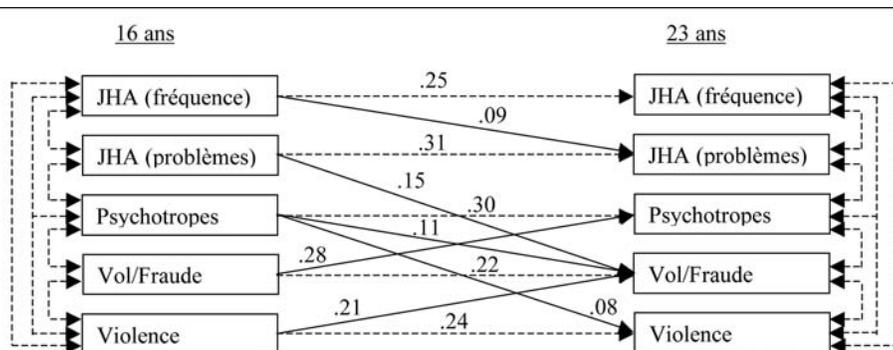
Trois catégories d'antécédents⁶ communs ont été examinées dans le présent contexte (voir la figure 3b). Ces trois catégories d'antécédents communs couvrent trois domaines, soit les dispositions personnelles (par exemple l'impulsivité), les pratiques familiales (par exemple la supervision parentale) et la déviance du groupe de pairs (par exemple la déviance des amis). Elles ont été retenues parce que chacune d'entre elles s'est révélée prédictive de chaque type de comportement problématique, à l'exception de la supervision parentale qui ne semble pas associée empiriquement aux JHA (Barnes et autres, 2005 ; Cooper, Wood, Orcutt et Albino, 2003 ; Vitaro et autres, 2007 ; Wickwire, Whelan, Meyers et Murray, 2007). Il ne s'agit toutefois pas des seuls facteurs de risque possibles, l'objectif ici étant d'illustrer la méthode pour tester les hypothèses précédentes plutôt que d'examiner tous les facteurs de risque possibles (dans quel cas, il aurait fallu, au minimum, ajouter des facteurs de risque liés au voisinage, à l'accessibilité ou à la disponibilité des produits, aux normes culturelles, aux dispositions biologiques des individus et aux caractéristiques personnelles des parents).

Tel qu'il est illustré à la figure 3b, la prise en compte des trois catégories d'antécédents communs précédents élimine les liens croisés entre les divers types de comportement, à l'exception de deux (la fréquence des JHA à 16 ans continue à prédire une augmentation des problèmes de JHA de 16

6. Nous préférons le terme « antécédents » à celui de « déterminants », car il s'agit en fait de facteurs de risque dont le rôle causal n'est pas clairement établi en raison de la nature corrélationnelle des études empiriques qui en ont fait l'examen (incluant les études de nature longitudinale qui permettent de clarifier la direction des liens, mais non leur nature causale). Pour une distinction entre « facteurs de risque » à présomption causale et « simples marqueurs », voir Kraemer (2003).

à 23 ans; les vols et les fraudes à 16 ans continuent à prédire une augmentation de la consommation de psychotropes de 16 à 23 ans).

FIGURE 3A
MISE À L'ÉPREUVE DE L'HYPOTHÈSE DE L'INFLUENCE
MUTUELLE (VOIR LES DÉTAILS DE L'ANALYSE
DANS VITARO ET AUTRES, 2007)



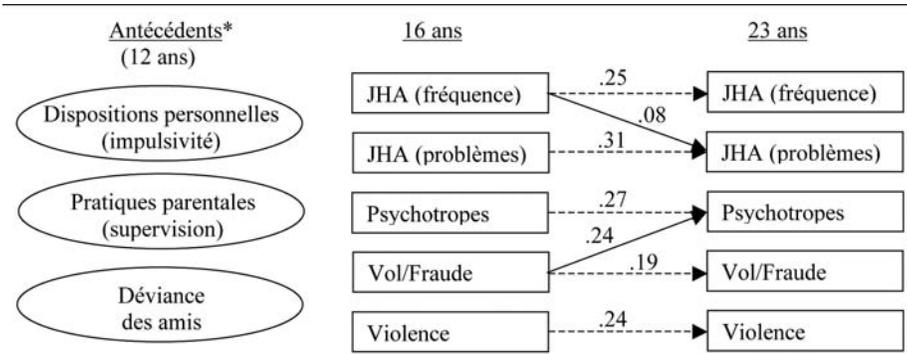
Note 1 : Tous les coefficients illustrés ici sont significatifs à $p < .05$

Note 2 : La force de chaque lien tient compte de la contribution possible de l'ensemble des autres facteurs présents dans le modèle, conformément à une approche multivariée par équations structurales

Note 3 : La nature longitudinale de l'étude et la prise en compte des liens transversaux à 16 et à 23 ans autorisent l'utilisation de liens directionnels (i.e. de flèches orientées) pour représenter les relations entre les variables à 16 ans et celles à 23 ans, tant pour les liens de stabilité (horizontaux) que pour les liens croisés (diagonaux)

La disparition des quatre autres liens croisés reliant les problèmes de JHA au vol et à la fraude, la consommation problématique de psychotropes à la violence et, enfin, la violence au vol et à la fraude indique qu'ils découlaient en fait de la présence de facteurs de risque communs plutôt que de l'influence d'un comportement problématique sur un autre. Qui plus est, les liens concomitants entre les divers comportements problématiques à 16 ans ont eux-mêmes diminué d'environ du tiers à la suite du contrôle des trois catégories de facteurs de risque communs (voir le Tableau 2). Ces résultats viennent clairement appuyer l'hypothèse des antécédents communs.

FIGURE 3B
MISE À L'ÉPREUVE DE L'HYPOTHÈSE
DES ANTÉCÉDENTS COMMUNS



* Chaque antécédent est relié à chaque comportement à 16 et à 23 ans, sauf pour la supervision parentale qui n'est pas reliée aux JHA à 23 ans.

Cette conclusion est toutefois assortie d'un bémol. En effet, la prise en compte des trois catégories de facteurs de risque communs n'élimine pas totalement les liens concomitants entre les comportements problématiques. Cela suggère deux choses: 1- Il existe d'autres facteurs de risque communs responsables des liens résiduels entre les comportements problématiques (par exemple ceux déjà mentionnés qui n'ont pas été inclus dans le modèle actuel); 2- Les comportements problématiques sont partiellement alimentés par des facteurs de risque qui leur sont propres, en plus d'être alimentés par des facteurs de risque communs. Tel qu'il est illustré à la figure 4, ces facteurs de risque spécifiques expliqueraient une portion de variance unique à chaque comportement problématique alors que les facteurs de risque communs expliqueraient le reste de leur variance commune.

Les résultats précédents qui découlent de nos travaux de recherche sont corroborés par d'autres études. Ainsi, Osgood, Johnston, O'Malley et Bachman (1988) concluent leur étude sur les interrelations au chapitre de la consommation de diverses substances psychotropes chez les jeunes Américains qu'il faut considérer à la fois des facteurs de risque communs et des facteurs de risque spécifiques afin de rendre compte de la variance totale dans les résultats. Il en va de même pour Welte et ses collaborateurs (Welte, Barnes et Hoffman, 2004) qui n'ont pas réussi à montrer qu'un facteur

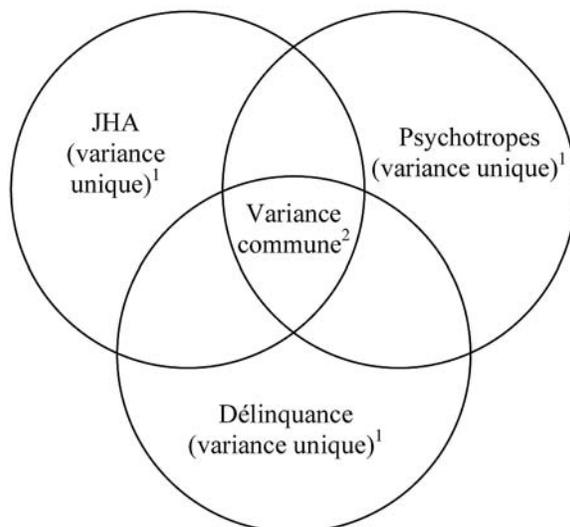
latent unique pouvait réussir à expliquer entièrement les liens concomitants entre les JHA, l'usage de psychotropes et les conduites délinquantes.

TABLEAU 2
LIENS CONCOMITANTS À 16 ANS ENTRE
LES COMPORTEMENTS PROBLÉMATIQUES,
AVANT ET APRÈS LA PRISE EN COMPTE DES FACTEURS
DE RISQUE COMMUNS

	1	2	3	4
1. JHA (fréquences)	-			
2. JHA (problèmes)	.43 (.31)	-		
3. Psychotropes (problèmes)	.14 (NS)	.26 (.16)	-	
4. Vol	.22 (.13)	.34 (.22)	.39 (.24)	-
5. Violence	.25 (.16)	.42 (.31)	.35 (.20)	.55 (.37)

* Tous les coefficients significatifs, $p < .05$

FIGURE 4
ILLUSTRATION DE LA VARIANCE COMMUNE ET DE
LA VARIANCE UNIQUE SUSCEPTIBLES D'ÊTRE EXPLIQUÉS
RESPECTIVEMENT PAR DES FACTEURS DE RISQUE COMMUNS
ET DES FACTEURS DE RISQUE SPÉCIFIQUES



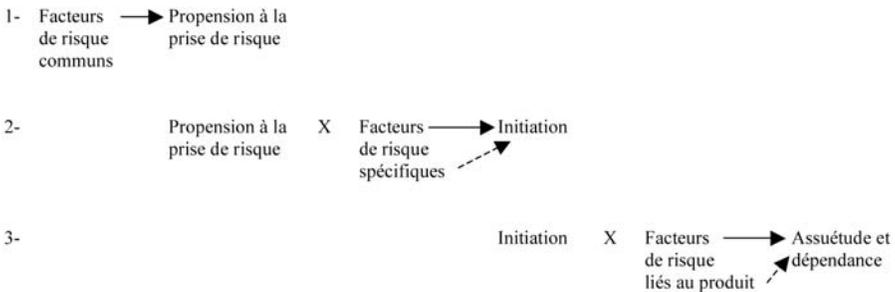
1. La variance unique est expliquée par des facteurs de risque spécifiques à chaque problème de comportement
2. La variance commune est expliquée par les facteurs de risque communs à l'ensemble des problèmes de comportement ou à deux d'entre eux à la fois

INTÉGRATION THÉORIQUE DES DONNÉES EMPIRIQUES

Les modèles théoriques proposés par Krueger et autres (2002) et par Cooper et autres (2003) peuvent aider à clarifier la situation actuelle. Selon ces modèles, une partie de la variance relative aux conduites addictives et délinquantes découle de la présence d'antécédents communs. Toutefois, le reste de la variance n'est pas expliquée par la présence d'antécédents communs, mais par des facteurs de risque propres à chaque catégorie de comportement. À noter que ce modèle permet d'expliquer pourquoi la concomitance des conduites addictives et délinquantes n'est jamais parfaite, tout en étant modérément élevée. À noter aussi que cette perspective théorique diffère de celle proposée par Jessor et Jessor (1977) qui, elle, est plutôt en ligne avec l'hypothèse des antécédents communs uniquement. Nonobstant des nuances importantes, ces auteurs s'entendent pour pointer du doigt deux grandes classes de facteurs : les facteurs d'ordre individuel et ceux d'ordre sociofamilial. Or, même lorsque tous ces facteurs sont réunis, les problèmes d'adaptation auxquels ils sont reliés ne se manifestent pas toujours. Autrement dit, la relation prédictive entre les facteurs de risque initiaux et l'adoption de comportements problématiques à l'adolescence demeure variable, même si les facteurs de risque communs *et* spécifiques sont simultanément pris en compte. Cette variabilité appelle la présence de facteurs modérateurs⁷ liés au contexte de vie des individus, à leurs caractéristiques personnelles ou aux propriétés mêmes des substances ou des comportements en jeu (voir la figure 5).

7. Contrairement à un facteur de risque (ou de promotion) qui exerce un effet principal qui lui est propre, un facteur modérateur modifie le lien entre un facteur de risque (ou de promotion) et sa résultante (c'est-à-dire un comportement), mais n'exerce pas nécessairement un effet qui lui est propre, quoique cela ne soit pas exclus d'emblée. Un facteur de protection correspond à un facteur qui atténue le lien entre un facteur de risque et un problème d'adaptation alors qu'un facteur de vulnérabilité l'exacerbe. Un facteur de protection qui bloque complètement le lien entre un facteur de risque et une conséquence indésirable est appelé « facteur tampon » alors qu'un facteur modérateur sans lequel le lien précédent n'existerait pas est appelé un facteur précipitant (Kraemer, 2003). À noter que l'usage de termes de causalité dans le contexte d'études corrélationnelles, incluant les études longitudinales, est abusif bien qu'il soit toléré.

FIGURE 5
MODÈLE À TROIS PALIERS ILLUSTRANT LE RÔLE
DES FACTEURS DE RISQUE COMMUNS ET SPÉCIFIQUES
DANS LE PASSAGE DE LA PROPENSION À LA PRISE DE RISQUE
AUX PROBLÈMES D'ASSUËTUDE ET DE DÉPENDANCE



Note : Même si les facteurs de risque communs et spécifiques sont indiqués à une seule reprise, ils peuvent se retrouver à tous les paliers successifs; leur nature particulière peut également évoluer avec le temps.

Interaction entre les facteurs de risque individuels et ceux liés à l'environnement et au produit

Tel qu'il est illustré à la figure 5, les facteurs de risque communs prédisent une propension générale à la prise de risque ou à la déviance. Cette propension à la prise de risque entre en interaction avec des facteurs contextuels ou des vulnérabilités personnelles susceptibles de modérer, à la hausse ou à la baisse, le lien entre la propension générale à la prise de risque et l'adoption initiale d'un comportement problématique. Certaines de ces variables modératrices peuvent également exercer un effet direct additionnel au regard de l'adoption de comportements problématiques particuliers. Cet effet direct leur confère alors un statut de facteurs de risque spécifiques. Pour illustrer ce type de facteurs, citons l'accessibilité des substances psychotropes ou la présence d'un groupe d'amis qui consomment des psychotropes. Ainsi, l'adoption initiale d'un comportement à risque peut se transformer en problème ou en dépendance en fonction de circonstances ou de vulnérabilités particulières ou des propriétés mêmes des substances ou des activités concernées. Dans le cas des effets modérateurs liés au produit ou à l'activité même, pensons, par exemple, à l'effet de la nicotine dans

les produits du tabac ou à celui des gains fréquents et immédiats auxquels les appareils de vidéo-loterie donnent accès pour illustrer comment les propriétés intrinsèques au « produit » peuvent transformer un comportement à risque en assuétude ou en dépendance. Ce modèle à paliers successifs implique à la fois des effets additifs liés aux facteurs de risque communs et spécifiques et des effets multiplicatifs engendrés par leur possible interaction. Malgré son caractère partiellement spéculatif, il peut aider à orienter nos efforts de prévention.

IMPLICATIONS POUR LA PRÉVENTION

ATTÉNUER LES RISQUES DE PROGRESSION D'UNE ÉTAPE À L'AUTRE : DES PROGRAMMES À VOCATION GÉNÉRIQUE

Deux implications en particulier découlent des propos précédents. Premièrement, il est possible de prévenir ou, du moins, d'atténuer le risque de « progression » d'une étape à la suivante (de l'étape de propension à l'étape d'initiation ou de l'étape d'initiation à l'étape des problèmes) en ciblant les facteurs précipitants propres à chaque étape. Sur le plan technique, ces facteurs précipitants sont en fait des facteurs modérateurs qui exacerbent la probabilité de passage d'une étape à l'autre; à l'occasion, ils peuvent aussi correspondre à des facteurs de risque qui exercent un effet additif propre. Deuxièmement, il peut s'avérer nécessaire de cibler les deux catégories de facteurs de risque (communs et spécifiques) et les deux catégories de facteurs modérateurs (liés au contexte et liés au produit) illustrés à la figure 5, si on veut espérer des effets préventifs optimaux. En effet, tel qu'il a été discuté précédemment, les comportements problématiques à l'adolescence ne semblent découler qu'en partie des facteurs de risque communs. Selon nos données, le tiers de la variance commune entre divers comportements problématiques est attribuable aux trois catégories de facteurs de risque communs les plus populaires dans les études de prédiction et dans les programmes de prévention, soit les facteurs d'ordre personnel (impulsivité), les facteurs d'ordre familial (supervision parentale) et les facteurs d'ordre social (déviance des amis). Par conséquent, un programme de prévention à vocation *générique* qui ciblerait uniquement les facteurs de risque communs permettrait d'atténuer le risque de plusieurs comportements

problématiques à la fois. Autrement dit, un programme de prévention à vocation générique qui ciblerait un ensemble de facteurs de risque semblables aux trois catégories précédentes diminuerait la propension générale à adopter une variété de comportements problématiques (mais n'écarterait pas les facteurs spécifiques susceptibles d'exercer respectivement un effet additif propre ou un effet modérateur et sur lesquels nous reviendrons plus loin). En somme, quoique insuffisant, un programme à vocation générique serait néanmoins nécessaire afin d'écarter avec efficacité un maximum de facteurs de risque communs à une variété de conduites addictives et déviantes. Les programmes de prévention à vocation générique pourraient prendre place tout au long du primaire et même au préscolaire, puisqu'ils visent avant tout à réduire la propension générale à la prise de risque en ciblant des facteurs de risque communs, souvent présents depuis longtemps.

Les programmes à vocation générique pourraient bénéficier d'une intégration *horizontale* des activités de prévention ou de promotion⁸ à l'échelle des individus, des familles et de la société. Une intégration horizontale implique que les stratégies et les objectifs de prévention ou de promotion transcendent divers contextes de vie des enfants et qu'ils soient liés les uns aux autres de manière cohérente. Ils pourraient aussi bénéficier d'une intégration *verticale*: si un programme de prévention à la période préscolaire est insuffisant pour éliminer certains facteurs de risque, alors des programmes au primaire sont mis en place afin d'assurer la poursuite du travail de prévention. Par contre, si les facteurs de risque sont écartés et les facteurs de promotion ou de protection sont solidement en place à la suite d'un programme à la période préscolaire, alors aucun programme additionnel ne serait nécessaire puisque l'objectif de prévention serait atteint. En somme, les programmes de prévention à vocation générique seraient organisés en modules successifs. Chaque module correspondrait à une phase de développement et comprendrait les stratégies les plus efficaces et les mieux adaptées pour contrer les facteurs de risque et favoriser les facteurs de promotion et de protection propres à cette phase de développement. Il va de soi que ces stratégies et ces programmes s'inspireraient des « meilleures pra-

8. Les activités de prévention visent à réduire les facteurs de risque alors que les activités de promotion visent à augmenter les facteurs bénéfiques ou promotionnels qui exercent un effet opposé aux facteurs de risque ainsi que les facteurs de protection susceptibles de modérer à la baisse les facteurs de risque.

tiques» en la matière appuyées par la recherche évaluative. Les modules seraient déployés jusqu'à ce que les facteurs de risque disparaissent ou que les facteurs de promotion et de protection atteignent des niveaux jugés suffisants et validés empiriquement.

AGIR SUR LES FACTEURS PROPRES À CHAQUE COMPORTEMENT PROBLÉMATIQUE : DES PROGRAMMES À VOCATION DIFFÉRENCIÉE

Quant aux facteurs de risque de nature spécifique, ils peuvent faire l'objet de programmes de prévention à vocation différenciée. Ces programmes de prévention à vocation différenciée sont temporaires et circonscrits à la période où les facteurs de risque de nature spécifique se manifestent, souvent à la préadolescence et à l'adolescence. Ils ciblent surtout les facteurs de risque spécifiques de chaque comportement problématique ou les facteurs contextuels susceptibles de modérer à la hausse l'adoption ou l'aggravation de comportements problématiques. Par exemple, ces programmes visent la prévention de la délinquance, de la consommation abusive de psychotropes ou de la pratique abusive des JHA et se centrent sur les facteurs de risque spécifiques de ces problématiques (fréquentation d'un gang déviant dans le cas de la délinquance, accessibilité des produits du tabac, de l'alcool et des drogues dans le cas des substances psychotropes et exposition aux activités de promotion des JHA sur Internet ou ailleurs dans le cas des JHA). Ils sont évidemment complémentaires aux programmes à vocation générique dont l'objectif général consiste à promouvoir la santé (dans un sens large) et à prévenir divers problèmes sans toutefois viser de problèmes particuliers. En somme, les programmes à vocation différenciée se pencheraient sur les facteurs de risque spécifiques alors que les programmes à vocation générique mettraient l'accent sur les facteurs de risque communs à une variété de problèmes. Une réduction des facteurs de risque généraux à l'aide de programmes de prévention à vocation générique (ou de programmes de promotion de la santé) au primaire ou au préscolaire pourrait ainsi réduire la propension à la prise de risque, alors que la réduction des facteurs de risque de nature spécifique à la préadolescence et à l'adolescence viserait à éviter l'adoption de patrons de comportements à risque particuliers, en plus d'atténuer le lien entre la propension générale et l'adoption de comportements

à risque ou l'escalade vers des niveaux problématiques. Les deux niveaux de programmes peuvent être de type universel ou de type ciblé. Cela dépendrait de la prévalence des facteurs de risque et des problèmes à prévenir ainsi que des ressources disponibles (voir Vitaro et Gagnon, 2003 et Vitaro et Tremblay, 2008, pour une discussion de l'interface souhaitable entre la prévention universelle et la prévention ciblée).

AGIR SUR LES PRODUITS OU LES ACTIVITÉS AYANT UN POTENTIEL ADDICTIF

En plus des actions préventives (et promotionnelles) à vocation générale et celles à vocation différenciée, il y a lieu de se tourner du côté des substances ou des activités pour les rendre les moins addictives possible. Pensons ici à certaines activités de JHA contrôlées par l'État comme les appareils de loterie-vidéo, communément appelés machines à sous. Selon Griffiths (1999, 2002), les propriétés qui rendent ces appareils « addictifs » sont semblables à celles qui rendent les animaux de laboratoire « accros » de certains appareillages de conditionnement opérant. Par exemple, certains animaux passent tout leur temps à peser sur un levier afin d'obtenir des décharges électriques au niveau de certaines zones cérébrales, appelées centres du plaisir et reliées au système dopaminergique, au risque de mourir de faim (voir Bozarth, 1994, pour plus de détails). Ces propriétés « addictives » peuvent se résumer ainsi : la possibilité de répéter fréquemment le comportement (de parier), la fréquence élevée des gains, leur caractère intermittent à taux variable et leur accessibilité immédiate. Cette analyse théorique est appuyée par plusieurs études empiriques, tant chez les jeunes que chez les adultes, démontrant le caractère addictif de ce type de jeu, en particulier chez les personnes vulnérables en raison de leurs caractéristiques personnelles ou sociofamiliales (Cox, Kwong, Michaud et Enns, 2000 ; Welte et autres, 2004; Welte, Barnes, Wiczorek, Tidwell et Hoffman, 2007; Wood et Griffiths, 1998).

Les appareils de loterie-vidéo sont utilisés ici pour illustrer comment les propriétés intrinsèques de l'activité elle-même peuvent rendre un comportement « dépendant » au point d'entraîner une variété de problèmes d'ordre personnel et social. L'exercice peut évidemment être repris avec une variété

d'autres activités et de substances. Par conséquent, s'il n'est pas possible de freiner l'adoption de comportements problématiques (en réduisant les facteurs de risque généraux et spécifiques ou en faisant la promotion d'activités incompatibles), alors il s'avère pertinent de réduire les risques d'assuétude et, par conséquent, les problèmes qui en découleraient en favorisant des activités (ou substances) les moins addictives possible. Devant la prévalence élevée de certains comportements de prise de risque, tels que les JHA et la consommation de certaines substances, cette option de « réduction des méfaits » par une offre d'activités et de substances moins nocives que d'autres s'avère une option raisonnable et nécessaire. Si ces activités et ces substances sont, de plus, encadrées par des normes sociales claires (par exemple dans le cas d'usage d'alcool au volant), alors les risques d'abus et de dépendance seraient substantiellement réduits.

Exemples de programmes de prévention à vocation générique et à vocation différenciée

Divers programmes de prévention à vocation générique sont présentés dans le Tableau 3. Certains de ces programmes ciblent des individus ou des groupes vulnérables en raison de leurs caractéristiques personnelles ou sociofamiliales défavorables alors que d'autres ciblent la population générale. Par conséquent, ils permettent d'illustrer autant des programmes de prévention de type ciblé que des programmes de prévention de type universel. Ils sont regroupés en fonction des périodes de développement et des facteurs de risque, de promotion ou de protection qu'ils ciblent. À noter que chacun de ces programmes vise plusieurs facteurs de risque ou de protection, comporte plusieurs composantes et diverses stratégies, mobilise plusieurs agents de socialisation, dure au moins deux ans et se déroule de manière intensive. Leur nature intégrative est multimodale, multicibles et multisites (contextes de vie). Leur but premier n'est pas de prévenir tel ou tel problème particulier, mais plutôt de réduire au minimum les facteurs de risque communs à plusieurs problématiques et à mettre en place le plus de facteurs de promotion (qui exercent un effet principal bénéfique inverse aux facteurs de risque) et de protection (qui modèrent à la baisse l'effet des facteurs de risque, sans nécessairement exercer un effet propre) possible. Fait intéressant, les résultats de ces programmes de prévention montrent

que différentes problématiques, allant de la délinquance et de la consommation abusive de psychotropes à l'abandon scolaire et à la maternité précoce ont été prévenues grâce à ces programmes, mais de manière partielle (voir Vitaro et Gagnon, 2003, pour un survol). Les programmes québécois « Jeunes Parents » (pour la période périnatale) et « Écoles en santé » (pour la période 6-12 ans) sont en ligne directe avec ce type de programmes de prévention à vocation générique.

TABLEAU 3
EXEMPLES¹ DE PROGRAMMES DE PRÉVENTION GÉNÉRIQUE

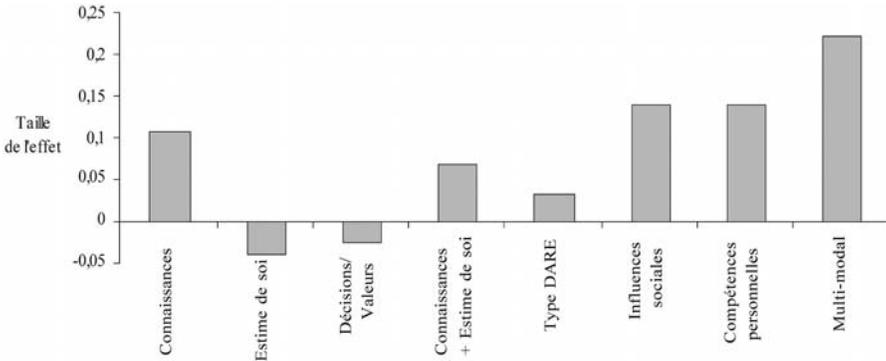
1-	0-2 ans :	Visites à domicile chez des jeunes mères de milieu défavorisé (Olds et autres, 1998a, 1998b).
2-	3-5 ans :	<i>Perry Preschool Program</i> (Schweinhart et autres, 1993).
3-	6-10 ans :	Programme expérimental de Montréal (Tremblay et autres, 1995). Fluppy (Capuano et autres, 1999) FAST TRACK (CPPRG, 1999) Early Risers (August et autres, 2001) The Incredible Years (Webster-Stratton et autres, 1989). Chicago Child-Parent Centers (Reynolds et autres, 2004)
4-	12-14 ans :	Adolescent Transition Program (Dishion et autres, 2002). Seattle Prevention Program (Hawkins et autres, 1992).

1. Ces programmes ont été sélectionnés parce qu'ils ont été évalués de manière rigoureuse, parfois sur une période de plusieurs années, et qu'ils ont produit des effets positifs dans différentes sphères de fonctionnement tant chez les parents que chez les enfants, conformément à la notion de programme « générique ». Il ne s'agit toutefois pas des seuls programmes disponibles avec de tels attributs.

Afin de compléter le survol précédent des programmes à vocation générique, nous présentons une synthèse de programmes à vocation différenciée destinés à prévenir la consommation de psychotropes (voir Tableau 4). Ces programmes partagent la particularité d'avoir été réalisés en milieu scolaire. Ils ont aussi la particularité d'avoir fait l'objet d'une méta-analyse réalisée par Tobler et ses collaborateurs (Tobler et autres, 2000). Les détails relatifs à chaque catégorie de programmes sont disponibles dans le texte de Tobler et autres.

Un examen du Tableau 4 permet de constater que certaines catégories de programmes produisent des effets plus faibles que d'autres. Plus important encore, certaines catégories de programmes semblent produire des effets iatrogènes (c'est-à-dire en sens opposé des objectifs visés).

TABLEAU 4



Attention aux effets iatrogènes

Le tiers des programmes de prévention des toxicomanies ou de la délinquance chez les jeunes au cours des 25 dernières années se sont soldés par des effets iatrogènes, c'est-à-dire qu'ils ont entraîné une augmentation de plusieurs sinon de la majorité des comportements qu'ils visaient à prévenir ou à faire diminuer (Lipsey, 2006 ; Macgowan et Wagner, 2005 ; Werch et Owen, 2002). Ce résultat inattendu contraste avec l'idée que la prévention, si elle ne produit pas toujours des résultats positifs, ne peut pas nuire (Whitaker, 2001). Il oblige aussi à nous interroger sur les caractéristiques et les conditions qui distinguent les programmes de prévention iatrogènes des autres. Avant d'aborder ces aspects, nous croyons utile de faire un petit *laïus* d'ordre historique et méthodologique.

La présence d'effets iatrogènes associés à des programmes de prévention des toxicomanies ou de la délinquance chez les jeunes n'est pas un phénomène nouveau. Il y a plus de 25 ans déjà, Goodstadt, un chercheur canadien, avait examiné les résultats de plusieurs programmes et avait constaté des effets iatrogènes dans un grand nombre d'entre eux (Goodstadt, 1980). Fait à noter, ce ne sont pas seulement des programmes à l'étranger qui semblent produire des effets iatrogènes. Par exemple, le programme PAVOT, qui était fort populaire au Québec au cours des années 1990 et dont le contenu, à première vue, semblait bien fondé sur le plan théorique fait aussi partie des

programmes à effets iatrogènes (Ross, Richard et Potvin, 1998). Rappelons aussi certains programmes de prévention du tabagisme sur le territoire montréalais qui ont fait l'objet d'une analyse minutieuse et instructive de leurs effets iatrogènes (Renaud, O'Loughlin et Déry, 2003).

Comment peut-on être sûrs de l'existence d'effets iatrogènes? Toutes les études qui ont rapporté des effets iatrogènes ont pris la peine de comparer les attitudes, les perceptions ou les comportements des jeunes qui participaient au programme de prévention aux attitudes, aux perceptions ou aux comportements de leurs collègues qui faisaient partie d'une condition de contrôle. Étant donné que les jeunes qui participaient au programme et ceux qui n'y participaient pas étaient répartis au hasard ou appariés, alors toute différence, favorable ou défavorable, entre les deux groupes après la fin du programme peut, en principe, être attribuée à la participation au programme. En fait, sans une telle méthodologie expérimentale ou quasi expérimentale, il serait impossible d'évaluer avec certitude l'existence d'effets iatrogènes, ou d'effets positifs par le fait même.

Quelques exemples de programmes de prévention ayant produit des effets iatrogènes clairement documentés. L'objectif consiste ici à décrire quelques programmes de prévention qui ont produit des effets iatrogènes afin de tenter d'en dégager les éléments communs.

Dans le cadre d'un programme de prévention ciblé, Dishion et ses collaborateurs (Dishion et Andrews, 1995; Poulin, Dishion et Burraston, 2001) ont réparti au hasard 119 adolescents à risque dans l'une des quatre conditions suivantes: 1) une condition avec intervention familiale seule, 2) une condition avec intervention en groupe, 3) une condition avec intervention familiale et intervention en groupe et 4) une condition de contrôle. À court terme, les trois premières conditions semblaient produire des résultats positifs comparativement à la condition de contrôle. À l'occasion de deux relances, un an et trois ans après la fin du programme, les auteurs constatèrent que la situation avait toutefois changé. De façon plus précise, les jeunes qui avaient participé aux conditions 2 et 3, soit aux deux conditions qui incluaient une intervention en groupe, fumaient davantage et affichaient plus de comportements délinquants que les jeunes des deux autres conditions.

Les résultats d'une étude de Palinkas, Atkins, Miller et Ferreira (1996) abondent dans le même sens. Après avoir réparti les participantes (des adolescentes avec des problèmes mineurs de comportement) dans une condition de contrôle ou un groupe de discussion et d'entraînement aux habiletés sociales, les auteurs constatent que les dernières fument davantage et consomment plus d'alcool et de marijuana que les premières, trois mois après la fin du programme de prévention.

Les programmes précédents s'adressaient à des jeunes à risque en raison de leurs caractéristiques personnelles. Par conséquent, ils peuvent être considérés comme des programmes de prévention de type ciblé-sélectif (Mrazek et Haggerty, 1994). Les programmes de prévention de type universel (qui ciblent l'ensemble des jeunes d'une école ou d'un quartier, sans sélection aucune) ne sont toutefois pas à l'abri d'effets iatrogènes. Par exemple, Hawthorne (1996) avec des élèves de 6^e année, Cho, Hallfors et Sanchez (2005) avec des élèves de la 9^e à la 11^e année, ou McCord (1992) avec des garçons de 10 ans ont tous constaté une consommation plus importante chez les jeunes du groupe expérimental comparativement à ceux du groupe de contrôle. En fait, la majorité des programmes à effets iatrogènes repérés par Werch et Owen (2002) sont de type universel.

Quelles sont donc les caractéristiques ou les conditions susceptibles d'avoir engendré des effets iatrogènes et quels sont les possibles mécanismes sous-jacents? Les réponses à ces questions complexes sont nécessairement spéculatives puisque aucune étude ne s'est précisément penchée sur la question de manière rigoureuse. Par conséquent, il s'agit plus d'hypothèses que de conclusions.

La presque totalité des études qui ont produit des effets iatrogènes ont utilisé un format de groupe (Mcgowan et Wagner, 2005). Ce format est en effet souvent associé à des effets iatrogènes. Par exemple, Lipsey (2006) constate que 42 % des programmes de prévention de la délinquance qui utilisent un format de groupe se soldent par des effets iatrogènes. De par leur format, ces programmes peuvent engendrer une dynamique entre les participants qui semble favorable à un « entraînement à la déviance ». Une série d'études de Dishion et de ses collaborateurs sert à illustrer ce point (Dishion et Andrews, 1995 ; Dishion, McCord et Poulin, 1999). Ces auteurs

ont observé les interactions entre les adolescents pendant les ateliers de prévention et ont mis en évidence un processus d'entraînement à la déviance en vertu duquel les participants plus jeunes ou moins expérimentés encourageaient (par des rires ou des approbations verbales) les plus vieux ou les plus expérimentés lorsque ces derniers exprimaient des opinions favorables à la consommation de certaines substances ou parlaient de leur expérience au regard de ces substances. Les plus vieux se trouvaient alors valorisés dans leur rôle de leaders et de modèles. Cela pourrait expliquer en partie pourquoi ce sont les jeunes qui consomment déjà au début du programme de prévention qui sont souvent les plus affectés par les programmes à effets iatrogènes (Werch, 2001; White et Pitts, 1998). Dishion et ses collaborateurs ont constaté que cette culture déviante était particulièrement prévalente dans les groupes où les animateurs manquaient d'expérience.

Comment prévenir la mise en place du processus d'entraînement à la déviance? En formant des groupes plus petits et, par conséquent, plus réceptifs aux messages de l'animateur-éducateur. En format aussi des groupes plus homogènes par rapport à leur expérience des psychotropes et en formant des animateurs vigilants par rapport au processus d'entraînement à la déviance et préparés à le déjouer. Certains auteurs vont jusqu'à proposer l'intégration de pairs prosociaux dans les activités de prévention afin de neutraliser ou même inverser le processus d'entraînement à la déviance. D'autres proposent l'intervention de jeunes bien adaptés et légèrement plus vieux à titre de co-animateurs (Black, Tobler et Sciacca, 1998). Ces stratégies ont été éprouvées avec des résultats souvent intéressants (Botvin et Griffin, 2005).

Et le contenu des programmes alors? En plus de partager un format en grand groupes, les programmes à effets iatrogènes se démarquent par certains contenus. Par exemple, la moitié des programmes à effets iatrogènes enseignent aux jeunes des stratégies de résistance aux influences sociales. Cette approche, utilisée dans plusieurs programmes « modernes » de prévention, n'est toutefois pas unique aux programmes à effets iatrogènes. De plus, elle est souvent confondue avec le format, de sorte qu'il est difficile de départager la responsabilité propre au contenu et celle propre au format. Il en va de même en ce qui concerne les stratégies de transmission des connaissances ou de raisonnement planifié qui caractérisent les autres

programmes à effets iatrogènes. Certaines études tendent à montrer que ce type de stratégies entraînerait des effets iatrogènes en piquant la curiosité des jeunes ou leur sens du risque (Kinder, Pape et Walfish, 1980). Enfin, Werch et Owen (2002) soulignent que les programmes à effets iatrogènes ont tendance à viser plusieurs substances à la fois plutôt qu'une seule. En effet, par un effet de contraste, certaines substances pourraient apparaître aux yeux des jeunes moins nocives lorsqu'elles sont comparées à d'autres, en particulier lorsqu'il s'agit de substances populaires comme l'alcool ou la marijuana (vs l'héroïne par exemple). S'il était confirmé par des études plus précises, ce résultat militerait contre une intégration horizontale des programmes de prévention qui cherchent à cibler plusieurs substances à la fois. L'alternative serait alors de continuer à morceler les efforts de prévention par rapport au tabac, à l'alcool, aux (autres) drogues et aux JHA en utilisant des microprogrammes différenciés en fonction des substances. Des études sont nécessaires afin de clarifier la situation et d'orienter le déploiement des programmes de prévention à vocation différenciée.

En résumé, les risques d'effets iatrogènes sont réels. Ils ne doivent toutefois pas nous décourager. Au contraire, ils peuvent nous aider à améliorer nos programmes de prévention à deux niveaux : 1- en exigeant de la part des chercheurs, des praticiens et des planificateurs une attention particulière et une vigilance accrue vis-à-vis les conditions de mise en œuvre des programmes et une évaluation systématique de leurs effets ; 2- en orientant les praticiens et les planificateurs vers des programmes de prévention qui ont fait l'objet d'une validation empirique rigoureuse, qui ont produit des tailles d'effets intéressants et dont les mécanismes d'action sont compatibles avec des modèles théoriques reconnus.

CONCLUSIONS

Le modèle des antécédents communs milite en faveur d'une intégration horizontale des efforts de prévention, c'est-à-dire d'utiliser une variété d'activités pour atteindre un même objectif et viser plusieurs objectifs à travers la même activité. Les données empiriques relatives aux effets iatrogènes commandent toutefois la vigilance par rapport à une intégration qui viserait plusieurs substances à la fois et plusieurs comportements de prise

de risque de front. Une façon de résoudre ce dilemme en attendant des études plus poussées sur ce sujet serait de viser l'intégration horizontale des programmes de prévention à vocation générique, mais pas des programmes de prévention à vocation différenciée. Ces derniers cibleraient des substances ou des activités en particulier et viseraient les facteurs de risque qui leur sont propres. Compte tenu des risques d'entraînement à la déviance, les programmes à vocation différenciée se dérouleraient dans des conditions qui minimisent ces risques, conformément aux suggestions précédentes. Cet aspect est particulièrement important pour les programmes qui s'adressent aux adolescents susceptibles de céder à un tel entraînement. Cette proposition, comme tout le reste, mérite d'être évaluée.

Par ailleurs, nous proposons une intégration verticale des programmes de prévention en fonction des stades de développement des enfants et des adolescents et, par conséquent, des facteurs de risque et de protection les plus proéminents aux différents âges. Nous proposons d'abord un programme pour la période périnatale. Ce programme s'adresserait en particulier aux jeunes parents dont les problèmes d'adaptation et les habitudes de vie placent les jeunes enfants à risque avant même leur naissance. Ce premier type de programme d'une durée de 2 à 3 ans s'inspirerait du programme de visites à domiciles de Olds et autres (Olds, Henderson, Cole et autres, 1998; Olds, Pettit et autres, 1998). Il viserait à améliorer les habitudes de vie des parents, leur capacité à fournir des soins appropriés à l'enfant et leur sentiment d'attachement vis-à-vis celui-ci. Au besoin, ce programme serait suivi d'un programme qui viserait l'amélioration des compétences parentales et l'enrichissement du répertoire social et cognitif de l'enfant. Un tel programme serait inspiré du *Perry Preschool Program* (Schweinhart, Barnes et Weikart, 1993). Ce deuxième programme couvrirait la période de 3 à 5 ans et serait déployé dans les Centres de la petite enfance fréquentés par une majorité d'enfants. Si cela était nécessaire, un troisième type de programme serait déployé à l'enseignement préscolaire et à l'école primaire. Ce troisième type de programme ciblerait les pratiques parentales, les apprentissages scolaires, les stratégies de gestion des comportements problématiques à l'école et les relations sociales. Il ciblerait particulièrement les enfants à risque en raison de leurs problèmes de comportement et de leur milieu sociofamilial perturbé. Plusieurs de ces programmes existent

et la plupart ont fait l'objet d'évaluations rigoureuses. Si cela était également nécessaire, des programmes de transition primaire-secondaire pourraient être déployés pour aider les jeunes les plus à risque qui n'auraient pas suffisamment bénéficié des programmes précédents. Les périodes de transition constituent les périodes les plus propices pour mettre en place ces divers modules de prévention : transition à la naissance, transition famille-milieu de garde, transition milieu de garde-école primaire, transition école primaire-école secondaire et transition école-travail.

Cette vision développementale des programmes de prévention appelle une intégration verticale des efforts de prévention, doublée d'une intégration horizontale lorsque les circonstances l'autorisent. Cette intégration appelle, dans certains cas, une intervention préventive continue dans le temps et selon les contextes de vie de l'enfant. Elle appelle aussi une démarche d'évaluation périodique afin de déterminer si une poursuite des efforts de prévention est requise. La mise en place d'un tel modèle intégré, tant sur le plan horizontal que sur le plan vertical, permettra à nos efforts de prévention d'être moins morcelés et possiblement plus efficaces.

RÉFÉRENCES

- August, G. J., Realmuto, G. M., Hektner, J. M. et Bloomquist, M. L. (2001). «An integrated components preventive intervention for aggressive elementary school children: The Early Risers Program», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, p. 614-626.
- Barnes, G. M., Welte, J. W., Hoffman, J. H. et Dintcheff, B. A. (2005). «Shared predictors of youthful gambling, substance use, and delinquency», *Psychology of Addictive Behaviors*, 19, p. 165-174.
- Black, D. R., Tobler, N. S. et Sciacca, J. P. (1998). «Peer helping/involvement: An efficacious way to meet the challenge of reducing alcohol, tobacco, and other drug use among youth?», *Journal of School Health*, 68, p. 87-93.
- Botvin, G. J. et Griffin, K. W. (2005). «Prevention science, drug abuse prevention, and Life Skills Training: Comments on the state of the science», *Journal of Experimental Criminology*, 1, p. 63-78.
- Bozarth, M. A. (1994). «Pleasure systems in the brain» dans D. M. Warburton (Ed.), *Pleasure: The politics and the reality*, New York, NY, John Wiley, p. 5-14.
- Capuano, F., Poulin, F., Vitaro, F. et Verlaan, P. (1999). «Fluppy: la prévention du trouble des comportements et du décrochage scolaire», *L'écho toxico*, 1, p. 2-5.
- Cho, H., Hallfors, D. D. et Sanchez, V. (2005). «Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth», *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, p. 363-374.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^e éd.). Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum.
- Cooper, M. L., Wood, P. K., Orcutt, H. K. et Albino, A. (2003). «Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescence», *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, p. 390-410.
- Cox, B. J., Kwong, J., Michaud, V. et Enns, M. W. (2000). «Problem and probable pathological gambling: Considerations from a community survey», *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, p. 548-553.
- Conduct Problems Prevention Research Group (1999). «Initial impact of the fast track prevention trial for conduct problems: I. The high-risk sample», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, p. 631-647.
- Dishion, T. J. et Andrews, D. W. (1995). «Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: Immediate and 1-year outcomes», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, p. 538-548.

- Dishion, T. J., Bullock, B. M. et Granic, I. (2002). « Pragmatism in modeling peer influence: Dynamics, outcomes, and change processes », *Development and Psychopathology*, 14, p. 969-981.
- Dishion, T. J., McCord, J. et Poulin, F. (1999). « When interventions harm: Peer groups and problem behavior », *American Psychologist*, 54, p. 755-764.
- Fisher, S. (1993). « Gambling and pathological gambling in adolescents », *Journal of Gambling Studies*, 9, p. 277-288.
- Goodstadt, M. S. (1980). « Drug education: A turn on or a turn off? », *Journal of Drug Education*, 10, p. 89-99.
- Griffiths, M. (1999). « Gambling technologies: Prospects for problem gambling », *Journal of Gambling Studies*, 15, p. 265-283.
- Griffiths, M. (2002). « Are lottery scratchcards a "hard" form of gambling? », *The Electronic Journal of Gambling Issues: eGamblings*, 7 (On-line serial).
- Gupta, R. et Derevensky, J. L. (1998). « Adolescent gambling behavior: A prevalence study and examination of the correlates associated with problem gambling », *Journal of Gambling Studies*, 14, p. 319-345.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. et Miller, J. Y. (1992). « Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention », *Psychological Bulletin*, 112, p. 64-105.
- Hawthorne, G. (1996). « The social impact of Life Education: Estimating drug use prevalence among Victorian primary school students and the state-wide effect of the of the Life Education program », *Addiction*, 90, p. 205-215.
- Jacobs, D. F. (2000). « Juvenile gambling in North America: An analysis of long-term trends and future prospects », *Journal of Gambling Behavior*, 16, p. 119-152.
- Jessor, R. et Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and adolescent psychosocial development: A longitudinal study of youth*, New York, NY, Academic Press.
- Kassinove, J. I., Doyle, K. A. et Milburn, N. G. (2000). « Gambling and alcohol use in adolescence », *Journal of Social Behavior and Personality*, 15, p. 51-66.
- Kinder, B. N., Pape, N. E. et Walfish, S. (1980). « Drug and alcohol education programs: A review of outcome studies », *International Journal of the Addictions*, 15, p. 1035-1054.
- Kraemer, H. C. (2003). « Current concepts of risk in psychiatric disorders », *Current Opinion in Psychiatry*, 16, p. 421-430.

- Krueger, R. F., Hicks, B. M., Patrick, C. J., Carlson, S. R., Iacono, W. G. et McGue, M. (2002). «Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: Modeling the externalizing spectrum», *Journal of Abnormal Psychology*, 111, p. 411-424.
- Lipsey, M. W. (2006). «The effects of community-based group treatment for delinquency: A meta-analytic search for cross-study generalizations», dans K. A. Dodge, T. J. Dishion et J. E. Lansford (éds.), *Deviant peer influences in programs for youth*, New York, NY, Guilford Press, p. 162-184.
- McCord, J. (1992). «The Cambridge-Somerville Study: A pioneering longitudinal-experimental study of delinquency prevention», dans J. McCord et R. E. Tremblay (éds.), *Preventing antisocial behavior: Interventions from birth through adolescence*, New York, NY, Guilford Press, p. 196-206.
- Mcgowan, M. J. et Wagner, E. F. (2005). «Iatrogenic effects of group treatment on adolescents with conduct and substance abuse problems: A review of literature and a presentation of a model», *Journal of Evidence-Based Social Work: Advances in practice, programming, research and policy*, 2, p. 79-90.
- Mrazek, P. J. et Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*, Washington, DC, National Academy Press.
- Olds, D., Henderson, C. R., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D. et autres (1998a). «Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial», *Journal of the American Medical Association*, 280, p. 1238-1244.
- Olds, D., Pettit, L. M., Robinson, J., Henderson, C., Eckenrode, J., Kitzman, H., Cole, B. et Powers, J. (1998b). «Reducing risks for antisocial behavior with a program of prenatal and early childhood home visitation», *Journal of Community Psychology*, 26, p. 65-83.
- Osgood, D. W., Johnston, L. D., O'Malley, P. M. et Bachman, J. G. (1988). «The generality of deviance in late adolescence and early adulthood», *American Sociological Review*, 53, p. 81-93.
- Palinkas, L. A., Atkins, C. J., Miller, C. et Ferreira, D. (1996). «Social skills training for drug prevention in high-risk female adolescents», *Preventive Medicine*, 25, p. 692-701.
- Petry, N. M., Stinson, F. S. et Grant, B. F. (2005). «Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions», *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, p. 564-574.

- Poulin, F., Dishion, T. J. et Burraston, B. (2001). « 3-year iatrogenic effects associated with aggregating high-risk adolescents in cognitive-behavioral preventive interventions », *Applied Developmental Science*, 5, p. 214-224.
- Renaud, L., O'Loughlin, J. et Déry, V. (2003). « The St-Louis du Parc Hearth Health Project: A critical analysis of the reverse effects on smoking », *Tobacco Control*, 12, p. 302-309.
- Reynolds, A. J., Ou, S.-R. et Topitzes, J. W. (2004). « Paths of effects of early childhood intervention on educational attainment and delinquency: A confirmatory analysis of the Chicago Child-Parent Centers », *Child Development*, 75, p. 1299-1328.
- Ross, C., Richard, L. et Potvin, L. (1998). « One year outcome evaluation of an alcohol and drug abuse prevention program in Quebec high school », *Revue canadienne de santé publique*, 89, p. 166-170.
- Schweinhart, L. J., Barnes, H. V. et Weikart, D. P. (1993). *Significant benefits: The High/Scope Perry School Study through age 27*, Ypsilanti, MI: High/Scope Press.
- Shaffer, H. J. et Hall, M. N. (1996). « Estimating the prevalence of adolescent gambling disorders: A quantitative synthesis and guide toward standard gambling nomenclature », *Journal of Gambling Studies*, 12, p. 193-214.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V. et Stackpole, K. M. (2000). « School-based adolescent drug prevention programs: 1998 Meta-analysis », *Journal of Primary Prevention*, 20, p. 275-336.
- Tremblay, R. E., Pagani-Kurtz, L., Mâsse, L. C., Vitaro, F. et Pihl, R. O. (1995). « A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: Its impact through mid-adolescence », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, p. 560-568.
- Vitaro, F. et Gagnon, C. (2003). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents* (2^e éd.), Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Vitaro, F. et Tremblay, R. E. (2008). « Clarifying and maximizing the usefulness of (targeted) preventive interventions » dans M. Rutter et J. Stevenson (éds.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (5^e éd.), Oxford, United Kingdom: Blackwell Publishing, p. 989-1008.
- Vitaro, F., Wanner, B., Carbonneau, R. et Tremblay, R. E. (2007). « La pratique des jeux de hasard et d'argent, les comportements délinquants et la consommation problématique de substances psychotropes: une perspective développementale », *Criminologie*, 40, p. 59-77.

- Wanner, B., Vitaro, F., Ladouceur, R., Brendgen, M. et Tremblay, R. E. (2006). « Joint trajectories of gambling, alcohol and marijuana use during adolescence: A person- and variable-centered developmental approach », *Addictive Behaviors*, 31, p. 566-580.
- Webster-Stratton, C., Hollinsworth, T. et Kolpacoff, M. (1989). « The long-term effectiveness and clinical significance of three cost-effective training programs for families with conduct-problem children », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, p. 550-553.
- Welte, J. W., Barnes, G. M. et Hoffman, J. H. (2004). « Gambling, substance use, and other problem behaviors among youth: A test of general deviance models », *Journal of Criminal Justice*, 32, p. 297-306.
- Welte, J. W., Barnes, G. M., Wieczorek, W. F., Tidwell, M. O. et Hoffman, J. H. (2007). « Type of gambling and availability as risk factors for problem gambling: A tobit regression analysis by age and gender », *International Gambling Studies*, 7, p. 183-198.
- Werch, C. E. (2001). « Preventive alcohol interventions based on a stages acquisition model », *American Journal of Health Behavior*, 25, p. 206-216.
- Werch, C. E. et Owen, D. M. (2002). « Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs », *Journal of Studies on Alcohol*, 63, p. 581-590.
- Whitaker, L. (2001). « Substance abuse prevention: What works and what doesn't. », *The Robert Wood Johnson Foundation Quarterly Newsletter*, 2, p. 1-2.
- White, D. et Pitts, M. (1998). « Educating young people about drugs: A systematic review », *Addiction*, 93, p. 1475-1487.
- Wickwire, E. M., Whelan, J. P., Meyers, A. W. et Murray, D. M. (2007). « Environmental correlates of gambling behavior in urban adolescents », *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, p. 179-190.
- Winters, K. C. et Anderson, N. (2000). « Gambling involvement and drug use among adolescents », *Journal of Gambling Studies*, 16, p. 175-198.
- Wood, R. T. A. et Griffiths, M. D. (1998). « The acquisition, development and maintenance of lottery and scratchcard gambling in adolescence », *Journal of Adolescence*, 21, p. 265-273.

CHAPITRE 8

Abus de tabac, d'alcool, de drogues, et jeux de hasard :

Vers une approche en matière de santé publique

Thomas F. Babor

REMERCIEMENTS

Certaines parties du présent texte constituent une synthèse d'idées déjà publiées dans d'autres articles du même auteur, et faisant référence à : Babor et coll. (2007), Babor et coll. (2004) et Babor et Kadden (2005).

La rédaction de ce texte a été soutenue en partie par des subventions obtenues auprès du « U.S. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism » (R21AA014635 ; P60AA03510).

MOTS CLÉS : alcool, jeux de hasard et d'argent, abus de drogues, tabac, dépistage, interventions brèves, soins primaires, soins de première ligne.

INTRODUCTION

Au cours des 25 dernières années, les concepts de dépistage et d'intervention précoce ont gagné en popularité dans les milieux de soins en raison du succès apparent des services préventifs dans la détection précoce de maladies telles que les accidents vasculaires cérébraux, l'hypertension, les cancers du col utérin et la phénylcétonurie (U.S. Preventive Health Services Task Force, 1996). Considérant les progrès accomplis dans le développement d'interventions précoces contre certaines maladies spécifiques, un intérêt grandissant est né au regard du dépistage des facteurs de risques comportementaux chez les patients susceptibles de développer une variété de maladies évitables résultant de mauvaises habitudes de vie. En incluant les facteurs de risque comportementaux dans les pratiques médicales, un nombre considérable de décès, de maladies et d'incapacités pourraient être évités avant l'apparition de sérieux problèmes de santé.

Dans le cadre du présent article, le dépistage est défini comme une procédure permettant l'identification d'individus ayant, ou étant à risque d'avoir, une affection, une maladie ou un trouble fonctionnel. Le dépistage constitue une étape préliminaire permettant de déterminer ceux qui devraient être sujets à une évaluation plus poussée. Le dépistage peut également servir à identifier les patients à risque de problèmes médicaux sérieux pour qu'ils puissent bénéficier d'une intervention immédiate (par exemple, l'abandon du tabac) ou de counseling préventif. La littérature scientifique concernant les facteurs de risques comportementaux s'inspire de deux traditions (Babor et coll., 2004). La première est celle du modèle médical qui s'intéresse principalement à la présence ou l'absence de symptômes spécifiques. La seconde tradition est celle de «l'évaluation du risque pour la santé¹» qui est issue des concepts de promotion de la santé et de prévention de la maladie, utilisés en santé publique. L'évaluation du risque pour la santé vise avant tout l'identification précoce de facteurs de risque, associés à une variété de maladies ou de problèmes de santé.

Le présent article porte une attention spéciale à quatre facteurs de risques comportementaux particulièrement pertinents dans une approche de santé des populations : fumer la cigarette (ou toute autre forme d'usage

1. Traduction du terme «*Health Risk Appraisal*».

de la nicotine), l'abus d'alcool, l'usage de drogues illicites et les problèmes de jeux de hasard et d'argent. Les raisons motivant le choix de ces quatre facteurs sont à la fois d'ordre théorique et pratique. D'un point de vue pratique, ces comportements induisent une proportion substantielle de l'ensemble des maladies et des incapacités dans le monde. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (Murray et Lopez, 1997) estime que le tabagisme, l'abus d'alcool et l'usage de drogues illicites figurent parmi les causes les plus fréquentes de blessures et de maladies dans les pays développés. Le jeu pathologique, bien qu'il ne soit pas directement associé à la mortalité, est considéré par certains comme une forme d'addiction contribuant à entraîner plusieurs problèmes sociaux et psychologiques.

À la suite du progrès de la théorie des changements de comportements, il est dorénavant possible d'améliorer considérablement la santé en procédant à l'identification précoce des facteurs de risques comportementaux (Dunn et coll., 2001). Bien qu'il existe une multitude de façons de changer les habitudes de vie liées à la santé (incluant les règlements sur les produits, l'environnement et l'information à la santé), l'une des approches les plus évidentes consiste en l'application à grande échelle de services cliniques préventifs dans un contexte de soins de santé.

Une deuxième raison motivant la sélection de ces quatre comportements à risque provient de leur cooccurrence apparente chez des individus et des populations où la fréquence de maladies est élevée. Au niveau individuel, le tabagisme et l'abus d'alcool sont souvent observés concurremment (Kairouz et Nadeau, 2007; Fertig et coll., 1995; Rosal et coll., 2001; Davis, et coll., 2003). Il existe également de nombreuses évidences démontrant la cooccurrence entre le jeu pathologique ou les problèmes de jeu et l'usage de drogues, l'abus d'alcool et le tabagisme (Petry, 2007; Potenza et coll., 2002).

À l'échelle de la population, ces quatre facteurs de risques comportementaux ont une prévalence plus élevée chez certaines communautés ou certains groupes sociaux caractérisés par un statut socioéconomique faible, par l'appartenance à une minorité, et par d'autres indicateurs de défavorisation (voir Kairouz et Nadeau, 2007). Considérant que ces facteurs de risque se concentrent chez les mêmes groupes d'individus ou de sous-groupes de

la population, il apparaît possible de cibler les programmes de santé publique de façon plus efficace afin d'en maximiser les bénéfices et les retombées au profit du plus grand nombre de personnes.

Une troisième raison expliquant notre choix de porter notre attention sur de multiples facteurs de risque est que, d'une manière générale, le risque d'occurrence de la plupart des maladies chroniques et d'autres états pathologiques augmente proportionnellement avec le nombre de comportements à risque observés chez les individus (Rosal et coll., 2001). Par exemple, le tabagisme et l'abus d'alcool démontrent des effets synergiques menant à l'apparition de cancers de la bouche (Ahrendt et coll., 2000). La suite du présent article consiste en une revue des récents développements portant sur les méthodes de dépistage des facteurs de risques comportementaux et sur les interventions, plus précisément en termes de développement de tests de dépistage, d'évaluation des interventions brèves, et de la recherche sur la mise en œuvre des programmes.

TESTS DE DÉPISTAGE

Le développement rapide d'outils d'évaluation des facteurs de risques comportementaux a été le sujet d'un nombre important d'articles de synthèse et de guides de pratique (Babor et coll., 2004; Babor et Kadden, 2005). Des tests de dépistage autoadministrés ont été mis au point afin de dépister les quatre facteurs de risque faisant l'objet du présent article (Tolchard et coll., 2007; Babor et coll., 2004). De plus, il existe aussi une panoplie de tests de laboratoire capables de détecter l'usage de la nicotine, de l'alcool, et de nombreuses drogues psychotropes.

Tabac et nicotine: Des efforts importants ont été investis pour améliorer les techniques de détection de l'usage de la cigarette et des comportements à risque associés (c'est-à-dire l'usage du tabac à chiquer et des cigares). Toute une gamme de tests de dépistage -capables d'identifier à la fois les fumeurs en état de dépendance et les groupes à risque élevé - a été développée (Babor et coll., 2004, 2005). Ces tests sont rapides, faciles à administrer et sensibles aux changements, ce qui représente autant d'éléments caractéristiques des bons tests de dépistage. La plupart des tests

de dépistage clinique de l'usage de produits contenant de la nicotine commencent par un bref questionnaire sur l'historique de consommation de tabac, incluant typiquement des questions sur les habitudes tabagiques des patients, notamment la fréquence et la durée d'usage, les tentatives d'arrêt et les épisodes de rechutes.

Usage problématique d'alcool: Le dépistage en matière d'alcool a gagné en popularité en milieu de soins grâce à de nouvelles méthodes de dépistage, à des résultats de recherche prometteurs, aux recommandations de comités d'experts et aux mandats obtenus par ce milieu afin d'administrer ces tests de façon routinière (Babor et Higgins-Biddle, 2000; Babor et Kadden, 2005). Plusieurs tests de dépistage ont été mis au point pour des groupes spécifiques, incluant les femmes (Russell, 1994) et les aînés (Moore et coll, 2002). L'OMS a mis au point un test, l'AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) (Saunders et coll., 1993) qui examine à la fois la consommation à risque et d'autres troubles plus sérieux reliés à l'usage d'alcool. L'utilisation de cet instrument, traduit en plusieurs langues est devenue une pratique standard de dépistage de la consommation à risque d'alcool en contexte de soins. Bien qu'ils ne soient pas recommandés pour effectuer des tests de dépistage de routine, de nombreux marqueurs biologiques - tels que la gamma-glutamyltransférase (GGT, une enzyme du foie) et la transferrine déficiente en carbohydrate (CDT) - ont été d'une grande utilité pour dépister l'usage de l'alcool dans des contextes de justice criminelle et de médecine d'urgence.

En résumé, une grande variété de tests de dépistage ont été mis au point afin de détecter la consommation d'alcool à risque ou l'usage problématique et la dépendance. Bien que les marqueurs biologiques demeurent d'une utilité limitée et que les tests autoadministrés peuvent être sujet à des biais de sous-déclaration, il a été démontré qu'ils sont applicables, faciles à administrer et sensibles aux changements lorsqu'ils sont utilisés dans un contexte de soins de première ligne.

Dépistage du jeu problématique ou pathologique et de l'abus de drogues: Il existe également des outils de dépistage convenables pouvant être utilisés dans un contexte de soins de première ligne pour identifier les joueurs à risque parmi les patients qui ne cherchent pas d'aide. Selon

Tolchard et coll. (2007), la détection précoce peut contribuer à prévenir que les habitudes de jeu ne se transforment en problèmes sérieux. Un certain nombre de tests de dépistage ont également été élaborés afin d'identifier l'usage et l'abus de drogues (Babor et coll., 2007), incluant des tests biologiques sensibles et spécifiques pour déceler l'usage récent de substances. Ces tests biologiques sont généralement moins précis dans un contexte clinique, mais ils présentent l'avantage de détecter des cas où le patient est réticent à avouer sa consommation réelle.

Outils d'évaluation de l'état de santé et tests de dépistage combinés : L'« évaluation du risque pour la santé² » constitue une approche adaptée pour le dépistage de multiples facteurs de risque. Cette approche a été utilisée par les médecins de famille afin de prévenir les décès prématurés de leurs patients (Robbins et Hall, 1970). De plus, une approche d'« évaluation de l'état de santé³ » a été introduite afin de tenir compte des états fonctionnels et de la qualité de vie des personnes. Les instruments d'évaluation de l'état de santé constituent dorénavant une partie importante des stratégies pour améliorer la santé de la population, notamment en milieu de travail et en contexte clinique (Babor et coll., 2004). Utilisés en contexte de première ligne, ces outils se révèlent efficaces pour évaluer des multiples facteurs de risques à la santé, pour donner des conseils et pour convenir de la priorité actions. La plupart des outils se composent de 40 à 80 questions visant à circonscrire les multiples facteurs de risque. Ces évaluations reposent généralement sur des questionnaires autoadministrés portant notamment sur les facteurs de risques comportementaux ainsi que les antécédents familiaux et médicaux. Parmi les habitudes de vie et les comportements ciblés, on trouve l'usage du tabac et de l'alcool, l'alimentation, l'activité physique, le poids et la taille, l'usage d'un véhicule motorisé, les autoexamens préventifs et la disposition individuelle au changement. Bien que ces outils n'évaluent habituellement pas les habitudes de jeu de hasard et d'argent, cette composante peut facilement être incorporée au questionnaire. L'évaluation du risque à la santé est généralement recommandée dans un contexte de programmes d'éducation et de sensibilisation aux problèmes de santé; elle fournit des informations pratiques et soutient les individus à modifier certains comportements reliés à la santé. Les études de validation des outils

2. Traduction de « *Health Risk Appraisal* ».

3. Traduction de « *Health assessment* ».

d'évaluation du risque à la santé démontrent que la grande majorité des questions posées fournissent des réponses valides et permettent de dégager un portrait fidèle de l'état de santé (Gazmararian et coll., 1991).

Une autre approche consiste à mettre au point des procédures combinées de dépistage, qui sont globales, intégrées et systématiques dans l'évaluation des comportements à risque et de la période de temps évaluée, les formats de réponse et les procédés de calcul des scores totaux. Un exemple est fourni par le ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) (Humenuik, et coll., 2008; WHO ASSIST Working Group, 2002). Ce test a été mis au point pour dépister l'usage à risque de substances psychotropes et les problèmes qui y sont associés. Il utilise un format type pour dépister l'usage de 11 substances, ainsi que l'utilisation de drogues injectables. Les informations ainsi recueillies permettent d'évaluer l'importance relative de ces différents comportements à risque et ainsi de déterminer les interventions de counselling au regard de l'utilisation du tabac, de l'alcool et des autres drogues.

L'un des principaux défis posés par l'utilisation de ces tests de dépistage consiste dans le fait que la prévalence élevée de ces comportements et de ces problèmes génère une surcharge de travail difficilement gérable pour les professionnels de la santé. Ainsi, comme Yarnall et coll. (2003) l'ont observé, les contraintes de temps subies par les médecins limitent leur capacité à se conformer aux recommandations portant sur les services préventifs qui sont de prodiguer des conseils aux patients ou de les diriger vers d'autres ressources. Quoi qu'il en soit, les expériences passées de l'utilisation de l'évaluation du risque à la santé et des tests de dépistage plus spécifiques de l'addiction démontrent qu'il est possible d'obtenir de l'information dans un contexte clinique, si les données sont recueillies et colligées préalablement à la visite médicale à l'aide d'un questionnaire postal ou encore par une évaluation effectuée en salle d'attente. Dans le cas de cliniques fort occupées, une planification préalable peut être envisagée. Cette planification pourrait inclure des évaluations de multiples risques effectuées à l'aide de nouvelles technologies, telles les plateformes Internet ou l'utilisation de systèmes vocaux automatisés. Cela fournirait non seulement une évaluation des multiples facteurs de risque, mais permettrait aussi de documenter la situation, de calculer un « score » et de faire un compte rendu des élé-

ments saillants de ces évaluations. La disponibilité des données en temps réel permettrait d'utiliser les résultats lors de la visite médicale. De plus, des informations-clés telles que l'usage de tabac ou la consommation à risque d'alcool peuvent ainsi être intégrées dans le dossier médical informatisé puisque celui-ci devient de plus en plus disponible. L'utilisation intégrée des informations de dépistage, recueillies à la fois préalablement à la visite en clinique ou au moment de celle-ci, peut ainsi mener à une évaluation des risques pour la santé, à l'élaboration de conseils pour le patient, à l'obtention d'une entente avec ce dernier sur les actions à entreprendre, puis à diriger le patient vers une équipe de soins multidisciplinaire qui peut comprendre des éducateurs à la santé ou des conseillers en habitudes de vie, afin de l'aider dans sa démarche de changement.

INTERVENTIONS BRÈVES

Une meilleure compréhension des facteurs de risque comportementaux, de leurs manifestations, et des façons de les identifier, a permis de mettre au point une vaste gamme d'interventions afin de soutenir les individus qui présentent ces facteurs de risques ainsi que ceux affectés par des troubles plus sérieux tels que les problèmes de jeu pathologique ou de dépendance aux substances psychotropes. Considérant l'abondance de la recherche sur le sujet au regard de l'alcool, la prochaine section se concentrera sur les principales études dans ce domaine, les revues systématiques et les méta-analyses.

Interventions destinées aux buveurs à risque, non dépendants: La consommation d'alcool à risque précède généralement le développement d'une dépendance, mais elle peut également par définition engendrer de sérieux problèmes médicaux et psychologiques, même en l'absence de dépendance. Il est généralement accepté que la consommation à risque d'alcool peut être interrompue avant que la dépendance ne se déclare, si le buveur possède la motivation nécessaire pour ramener sa consommation – en termes de fréquence et de quantité – à des niveaux plus modérés, ne dépassant pas une ou deux consommations par jour (soit environ 20 g d'alcool pur). À la suite d'un regain d'intérêt pour les services cliniques préventifs, à la fois dans les pays développés et les pays en voie de déve-

loppement, des programmes d'intervention précoce ont été élaborés par l'Organisation mondiale de la santé afin de faciliter la prise en charge des situations de consommation nuisible d'alcool dans un contexte de soins de santé de première ligne ou d'autres contextes de soins et de services sociaux. À la suite d'une évaluation initiale au moyen de tests tel l'AUDIT, le patient est dirigé soit vers une évaluation diagnostique plus poussée, soit vers une intervention brève, incluant un suivi. Les interventions brèves se caractérisent par la courte durée et la faible intensité de l'intervention. Elles consistent de manière typique en sessions – de une à trois – de conseils et d'éducation, visant davantage à motiver les buveurs à risque à modérer leur consommation d'alcool, plutôt qu'à promouvoir l'abstinence totale.

Lors d'une première revue systématique sur le sujet, Bien et coll. (1993) ont évalué 32 études contrôlées portant sur plus de 6000 patients. Ils ont constaté que les interventions brèves auprès de buveurs à problèmes s'avèrent souvent aussi efficaces que les traitements de plus grande envergure. Ils ont également conclu que l'évolution de la consommation problématique d'alcool peut être modifiée par des contacts relativement brefs dans des contextes de soins de santé ou de programmes d'aide aux employés. Pour leur part, Kahan et coll. (1995) ont examiné 11 essais fondés sur des interventions brèves menées par des médecins dans un contexte de soins; ils ont conclu que les interventions brèves sur l'alcool sont efficaces et que leur potentiel en termes de répercussions sur la santé publique est énorme. Une série de 12 essais répartis au hasard ont aussi été l'objet d'une revue par Wilk et coll. (1997). Ces derniers ont conclu que les interventions brèves sont peu coûteuses et constituent une mesure préventive efficace lorsqu'elles sont utilisées pour intervenir en consultation externe auprès des gros buveurs. Cette conclusion est également soutenue par une analyse plus récente d'un grand nombre des études citées plus haut, menée par Ballesteros et coll. en 2004. Moyer et coll. (2002) ont compilé une autre série d'études qui comparaient les résultats d'interventions brèves avec deux types de groupes contrôles, un non traité et l'autre ayant reçu des traitements plus poussés. Ces auteurs ont rapporté des « évidences positives supplémentaires » sur l'efficacité des interventions brèves, spécialement celles menées auprès de patients dont les problèmes sont moins sévères. Whitlock et coll. (2004), dans le cadre d'une revue de la littérature exhaustive préparée pour le « U.S. Preventive Services Task Force », ont conclu que

les interventions de counseling sur l'alcool auprès de patients non dépendants identifiés par dépistage dans un contexte de soins de première ligne, sont faisables et représentent l'une des composantes potentiellement efficaces d'une approche en santé publique plus générale, visant la réduction de la consommation problématique d'alcool.

La plupart des études citées ci-dessus ont été menées dans un contexte de prestation de soins de première ligne, là où la prévalence des cas d'abus d'alcool et de dépendance tend à être plus basse comparativement à celle retrouvée dans les urgences hospitalières ou les centres de traumatologie. Les départements d'urgence et les centres de traumatologie ont été identifiés comme des endroits à haut rendement au regard du dépistage de l'usage d'alcool (Gentilello et coll., 1995; Hungerford et Pollock, 2003; Charalambous, 2002). Une grande étude répartie au hasard sur les interventions brèves en centres de traumatologie, menée par Gentilello et coll. (1999), a révélé que les interventions brèves motivationnelles sont associées à une diminution de la consommation d'alcool et du risque de récurrence de traumatisme.

Les chercheurs ont également examiné plusieurs facteurs explicatifs de l'efficacité des interventions brèves auprès de buveurs à risque, notamment en ce qui a trait aux caractéristiques individuelles des buveurs, à la formation des intervenants, à l'ethnicité ou au sexe des professionnels ainsi qu'à la nature de l'intervention elle-même (Whitlock et coll., 2004). De manière générale, il a été démontré que les changements comportementaux notés chez les patients ne sont pas associés au niveau de formation ou aux caractéristiques des intervenants. Par ailleurs, la sévérité de la dépendance à l'alcool chez les buveurs peut être reliée à une faible réponse aux interventions brèves. Au regard de la nature de l'intervention elle-même, il semble que les approches motivationnelles, de simples conseils ou l'enseignement de compétences mèneraient à des succès comparables. De plus, les interventions semblent être d'une efficacité équivalente, qu'elles soient menées auprès d'adolescents, d'adultes, d'aînés ou de femmes enceintes. Finalement, bien que la grande majorité des études rapportent des résultats positifs, certaines n'ont pu mettre en lumière des différences entre les groupes d'intervention et les groupes témoins (Babor et coll., 2007).

Interventions brèves sur l'utilisation et l'abus de drogues : Contrairement à l'abondante littérature disponible portant sur les interventions brèves en rapport avec l'alcool, il n'existe que peu d'études sur les interventions brèves en cas d'abus de drogues. Bernstein et coll. (2005) ont rapporté que les interventions brèves en milieu clinique peuvent mener à une réduction de la consommation d'héroïne et de cocaïne. Les interventions brèves semblent faciliter l'abstinence pendant une période de 6 mois, même en l'absence de contacts soutenus avec un quelconque système de traitement. Par ailleurs, Baker et coll. (2005) ont trouvé que la remise d'un guide d'autoassistance et une seule entrevue motivationnelle pouvaient entraîner une réduction de la consommation d'amphétamines chez des utilisateurs réguliers. Deux autres études, menées par Cormack et coll. (1994) et Bashir et coll. (1994), ont conclu que les praticiens de médecine générale pouvaient amener une diminution de la consommation excessive de benzodiazépine chez leurs patients par l'application d'interventions brèves, comme des lettres de suivi ou des consultations brèves. Malgré ces résultats prometteurs obtenus dans le cadre d'études contrôlées, ou conséquemment à d'autres interventions plus intensives (MTP Brief Intervention Study Group, 2005), de nombreux chercheurs ont également rapporté des effets négatifs consécutifs aux interventions brèves auprès d'usagers de drogues (Baker et coll., 2002).

Usage de la cigarette : Certaines méthodes de traitement de la dépendance à la nicotine sont déjà disponibles depuis un certain temps. Bien que les interventions brèves en cessation tabagique soient associées à un effet marginal sur les taux de cessation (Fiore et coll., 2000), il existe une variété d'autres traitements plus intensifs qui ont été mis au point en contexte de soins de santé de première ligne. En général, les traitements les plus efficaces contre la dépendance à la nicotine font appel à la fois au counseling et à des interventions pharmacologiques (Tremblay et Ben Amar, 2007; Ebbert et coll., 2007). Toutefois, l'efficacité du counseling en contexte clinique est tributaire du nombre de rencontres avec le patient et de la quantité de temps qui y est consacrée (Fiore, et coll., 2000). Plus le counseling est personnalisé en fonction des besoins du patient, plus les chances de succès sont grandes. Le counseling augmente de 10 à 15 % les chances d'arrêt du tabagisme, par rapport à la probabilité d'arrêt sans assistance. Parce que la dépendance à la nicotine ressemble à une maladie chronique, les rechutes sont fréquentes.

Quoi qu'il en soit, chaque rechute représente une opportunité de tester des approches thérapeutiques différentes, incluant une combinaison de counseling et de médication. Cinq types d'aide à l'arrêt tabagique ont démontré leur innocuité et leur efficacité (Ebbert, et coll., 2007) : la gomme à mâcher de nicotine, les timbres de nicotine, les vaporisateurs nasaux de nicotine, les inhalateurs de nicotine et le Bupropion, premier traitement sans nicotine qui a aussi été utilisé comme antidépresseur. Deux nouvelles pharmacothérapies prometteuses ont également fait leur apparition : les pastilles de nicotine et la varenicline, un agoniste partiel de la nicotine (Ebbert et coll., 2007). Ces pharmacothérapies peuvent doubler les chances de succès pour les fumeurs motivés à tenter l'abandon du tabac, par rapport aux succès obtenus grâce au counseling seul.

Problèmes de jeu de hasard et d'argent : Comparativement à l'usage de l'alcool et du tabac, il n'existe que peu de recherches menées sur l'efficacité des interventions brèves auprès des joueurs à problèmes ou pathologiques. Une étude utilisant un devis réparti au hasard (Hodgins et coll., 2001) a révélé un effet bénéfique d'un traitement combinant une intervention motivationnelle par téléphone et l'envoi postal d'un guide d'auto-assistance. En effet, une proportion importante des joueurs ayant reçu le traitement combiné (84 %) rapportent une réduction significative des activités de jeu comparativement aux joueurs qui ont reçu le guide uniquement ou ceux qui n'ont reçu aucun traitement en étant sur une liste d'attente pendant un mois. Par ailleurs, cette baisse significative du jeu chez les participants ayant profité d'un traitement combiné semble se maintenir de 3 à 6 mois après le traitement, alors que cet effet semble se maintenir à 12 mois uniquement chez les personnes ayant un problème modéré de jeu. D'une façon générale, ces résultats permettent de conclure à l'efficacité d'une approche combinée intégrant à la fois une intervention brève par téléphone et l'envoi par la poste d'un guide de soutien.

L'étude de Petry et coll. (2008) a permis de conclure également à l'efficacité des interventions brèves auprès des joueurs pathologiques. En effet, dans cette étude, 180 joueurs ont été assignés aléatoirement à quatre conditions : 1) une évaluation diagnostique de contrôle ; 2) une rencontre-conseil de 10 minutes ; 3) une session de thérapie de rehaussement de la motivation (TRM) ; 4) une session de TRM combinée à 3 sessions de psychothéra-

pie cognitive-comportementale. Comparativement au groupe de contrôle ayant reçu uniquement l'évaluation, les membres du groupe ayant bénéficié d'une brève rencontre-conseil ont significativement diminué la fréquence de jeu après 6 semaines, affichant également une diminution significative de la fréquence de jeu après 9 mois.

Sommaire : La recherche sur les interventions brèves auprès des buveurs et des consommateurs d'autres psychotropes s'est multipliée au cours des 20 dernières années. Ces interventions se sont révélées généralement efficaces avec des groupes sociaux variés, et lorsque utilisées par différents types de professionnels de la santé. Par ailleurs, les études évaluatives ne permettent pas de conclure unanimement à l'efficacité de ces interventions pour les problèmes liés à l'usage de drogues illicites ou aux jeux de hasard et d'argent. Une importante question demeure néanmoins par rapport à la possibilité d'améliorer l'efficacité de ces interventions brèves en les combinant à d'autres stratégies de soins par étapes, ce qui se traduirait par une augmentation de l'intensité des interventions auprès de patients ne répondant pas à une intervention initiale. Parmi les stratégies proposées figurent les traitements brefs combinés à une référence à des programmes spécialisés en dépendance à l'alcool ou aux drogues, ou encore à des programmes d'aide en services externes pour les joueurs pathologiques.

VERS UNE APPROCHE DE SANTÉ PUBLIQUE

Cette revue de la littérature révèle clairement que le concept du risque comportemental a sa raison d'être et que ce concept a gagné en clarté grâce à une meilleure compréhension des liens entre les comportements à risque et la santé. Parallèlement aux évidences épidémiologiques bien établies sur les répercussions sur la santé des quatre conduites à risque commentées dans le présent article, il existerait des données de plus en plus convaincantes sur les moyens d'identification et de dépistage de ces conduites, notamment par des tests de type médical ou des outils d'évaluation du risque à la santé. Certains de ces tests ont été mis au point à des fins de recherche, alors que d'autres ont été conçus pour des applications cliniques telle la rétroaction motivationnelle dans une approche de changement comportemental. Considérant la panoplie de procédures d'évaluation disponibles,

le choix d'un instrument donné dépend de la population ciblée, des buts visés par le programme, de la précision du test, du temps disponible pour l'évaluation ainsi que d'un certain nombre de considérations pratiques, tel le coût de l'intervention. Le dépistage de multiples facteurs de risque est faisable, mais il n'existe actuellement aucun instrument optimal ou procédure optimale qui permettrait de détecter l'ensemble des facteurs de risque simultanément ou des procédures qui pourraient être applicables à tous les sous-groupes de la population.

Bien que des travaux de recherche et de développement complémentaires soient toujours nécessaires, des progrès substantiels ou significatifs ont été accomplis à ce jour pour justifier un effort plus soutenu pour intégrer le dépistage et les interventions reliés aux facteurs de risques comportementaux dans la pratique en médecine préventive ainsi qu'en santé publique. Le dépistage de routine des quatre conduites de risques abordées dans le présent document pourrait être ciblé vers des groupes démographiques présentant une prévalence élevée (par exemple les jeunes adultes de 20 à 30 ans) et intégré aux soins de première ligne à l'occasion d'examens physiques et de visites pour des problèmes de santé.

Les principaux obstacles entravant l'utilisation de ces techniques dans un contexte de soins sont : 1) le manque de temps disponible des travailleurs de la santé, déjà surchargés ; 2) la formation et la motivation des professionnels de la santé pour administrer les tests de dépistage et entreprendre les interventions auprès des buveurs à risque ; et 3) des facteurs organisationnels, incluant le soutien administratif et les priorités concurrentes (Babor et coll., 2007). Une mise en œuvre réussie de ces technologies ne dépend pas seulement d'une base scientifique disponible, mais aussi d'une compréhension de la diffusion des innovations à travers l'ensemble du réseau de soins de santé. L'adoption d'une innovation est en effet influencée par la qualité et la présence de ressources pour soutenir sa diffusion, par les véhicules de diffusion choisis (programmes de formation, modèles de changement organisationnel) et par le caractère jugé approprié de ces innovations par le public cible choisi (Davis et coll., 2007).

À la suite de deux décennies de recherches cliniques, un consensus général émerge au regard du besoin d'« élargir la base » des traitements de

première ligne afin d'y inclure les interventions précoces visant les facteurs de risques comportementaux chez des populations à risque. Pour permettre cette avancée, de meilleures mesures d'implantation sont requises afin de pouvoir rejoindre la population visée. Dans tous les cas, il est important d'adapter le programme à la population, plutôt que de demander aux patients de répondre aux besoins des professionnels. Il apparaît évident, considérant les résultats de cette recension des écrits, que des mesures de grande échelle, destinées à la population, pour mettre en œuvre différentes composantes de l'intervention en matière de facteurs de risques comportementaux, peuvent entraîner une réduction significative du fardeau de la maladie associé à l'usage de substances psychotropes et au jeu problématique.

RÉFÉRENCES

- Ahrendt, S., Chow, J., Yang, S., Wu, L., Zhang, M., Jen, J. et D. Sidransky, D. (2000). «Alcohol consumption and cigarette smoking increase the frequency of p53 mutations in non-small cell lung cancer». *Cancer Research* 60, p. 3155-3159.
- Babor, T.F. et J.C. Higgins-Biddle, J.C. (2000). «Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health». *Addiction*. 95 (5), p. 677-686.
- Babor, T.F., (2004). «Introduction de l'intervention brève dans les systèmes de santé». *Alcoologie et Addictologie*. 26 (3 Supplement), p. 30S-33S.
- Babor, T.F., Sciamanna, C.N. et N.P. Pronk (2004). «Assessing multiple risk behaviors in primary care. Screening issues and related concepts». *American Journal of Preventive Medicine*. 27 (2), p. 42-53.
- Babor, T.F. et R.K. Kadden (2005). «Screening and interventions for alcohol and drug problems in medical settings: What works?» *Journal of Trauma-Injury Infection & Critical Care*. 59 (3) Supplement. p. S80-S87.
- Babor, T.F., McRee, B., Kassebaum, P., Grimaldi, P., Ahmed, K. et J. Bray, J. (2007). «Screening, brief intervention, and referral to treatment (SBIRT): Toward a public health approach to the management of substance abuse». *Substance Abuse* 28, p. 7-30.
- Baker, A., Lewin, T., Reichler, H., Clancy, R., Carr, V., Garrett, R., Sly, K., Devir, H. et M. Terry (2002). Motivational interviewing among psychiatric in-patients with substance use disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 10, p. 233-240.
- Baker, A., Lee, N.K., Claire, M., Lewin, T.J., Grant, T. et S. Pohlman (2005). «Brief cognitive behavioural interventions for regular amphetamine users: A step in the right direction». *Addiction*; 100(3), p. 367-378.
- Ballesteros, J., Duffy, J.C., Querejeta, I., Arino, J. et A. Gonzalez-Pinto (2004). «Efficacy of brief interventions for hazardous drinkers in primary care: Systematic review and meta-analyses». *Alcohol Clin. Exp. Res.* 28(4), p. 608-618.
- Bashir, K., King, M. et M. Ashworth (1994). «Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines». *Br J Gen Pract.* 44, p. 408-412.
- Berstein, J.E., Bernstein, K., Tassiopoulos, T., Huren, S., Levenson, R. et R. Hingson (2005). «Brief intervention at a clinic visit reduced cocaine and heroin use». *Drug Alcohol Depend.* 77(1), p. 49-59.

- Bien, T., Miller, W.R. et J.S. Tonigan (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction*. 88, p. 315-336.
- Charalambous, M.P. (2002). « Alcohol and the accident and emergency department: A current review ». *Alcohol Alcohol* 37, p. 307-312.
- Cormack, M.A., Sweeney, K.G., Hughes-Jones, H. et G.A. Foot (1994). « Evaluation of an easy, cost-effective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice ». *Br J Gen Pract.* 44, p. 5-8.
- Davis, T.M. et K.R. Bush (2003). « Screening for substance abuse and psychiatric disorders among women patients in a VA Health Care System ». *Psychiatr. Serv.* 54 (20), p. 214-218.
- Davis, S.M., Peterson, J.C., Helfrich, C.D. et L. Cunningham-Sabo (2007). « Introduction and conceptual model for utilization of prevention research ». *American Journal of Preventive Medicine* 33 (1S), p. S1-S5.
- Dunn, C., Deroo, L. et F.P. Rivara, F.P. (2001). « The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review ». *Addiction*. 96, p. 1725-1742.
- Ebbert, J.O., Sood, A., Hays, J.T., Dale, L.C. et R.D. Hurt, R.D. (2007). « Treating tobacco dependence: Review of the best and latest treatment options ». *Journal of Thoracic Oncology* 2(3), p. 249-256.
- Fertig, J.B. et J.P. Allen (1995). *Alcohol and Tobacco: From Basic Science to Clinical Practice*. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Research Monograph No. 30, Bethesda, MD.
- Fiore, M.C., Bailey, W.C., S. J. Cohen et autres (2000). *Treating tobacco use and dependence clinical practice guideline*. Rockville, MD, U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- Gazmararian, J.A., Foxman, B.F., L. Yen et autres (1991). Comparing the predictive accuracy of health risk appraisal: the Centers for Disease Control versus Carter Center Program. *Am J Public Health*. 81 (10), p. 1296-1301.
- Gentilello, L.M., Donovan, D.M., Dunn, C.W. et F.P. Rivara (1999). Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Ann Surg*, 230, p. 1-18.
- Gentilello, L.M., Rivara, F.P., Donovan, D.M., Dunn, C.W. et F.P. Rivera (1995). Alcohol interventions in trauma centers. *JAMA*. 274, p. 1043-1048.
- Hodgins, D.C., Currie, S.R. et N. el-Guebaly (2001). « Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling ». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 69(1), p. 50-57.

- Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T.F., Farrell, M., Formigoni, M.L., Jittiwutikarn, J., de Lacerda, R.B., Ling, W., Marsden, J., Monteiro, M., Nhiwatiwa, S., Pal, H., Poznyak, V. et S. Simon (2008). «Validation of the Alcohol, Smoking And Substance Involvement Screening Test (ASSIST)». *Addiction*, 103 (6), p. 1039-1047.
- Hungerford, D.W. et D.A. Pollock (2003). «Emergency Department Services for Patients with Alcohol Problems: Research directions». *Acad Emerg Med*, 10(1), p. 79-84.
- Kahan, M., Wilson, L. et L. Becker(1995). «Effectiveness of Physician-Based Interventions with Problem Drinkers: A review». *Can Med Assoc J*, 152(6), p. 851-859.
- Kairouz, S. et L. Nadeau (2007). «Tabac et Alcool: Le tout est-il plus grand que la somme de ses parties?». *Drogues, santé et société*, 6 (1), p. 179-210.
- Moore, A.A., Beck, J.C., Babor, T.F., Hays, R.D. et D.B. Reuben (2002). «Beyond alcoholism: Identifying older, at-risk drinkers in primary care». *J Stud Alcohol*; 63(3), p. 316-324.
- Moyer, A., Finney, J., Swearingen, C. et P. Vergun (2002). «Brief Interventions for Alcohol Problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment seeking populations». *Addiction*; 97, p. 279-292.
- The Marijuana Treatment Project Research Group (2004). «Brief Treatments for Cannabis Dependence: Findings from a randomized multi-site trial». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (3), p. 455-466.
- Murray, C.J. et A.D. Lopez (1997). Global Mortality, Disability, and the Contribution of Risk Factors: Global burden of disease study. *Lancet*, 349 (9063), p. 1436-1442.
- Petry, N.M., Weinstock, J., Ledgerwood, D.M. et B. Morasco, B. (2008). «A Randomized Trial of Brief Interventions for Problem and Pathological Gamblers». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (2), p. 318-328.
- Petry, N.M. (2007). «Gambling and substance use disorders: current status and future directions»..*American Journal on Addictions*, 16 (1), p. 1-9.
- Potenza, M.N., Fiellin, D.A., Heninger, G.R., Rounsaville, B.J. et C.M. Mazure (2002). «Gambling: an addictive behavior with health and primary care implications». *Journal of General Internal Medicine*, 17 (9), p. 721-732.
- Robbins, L.C. et J.H. Hall (1970). *How to Practice Prospective Medicine*. Indianapolis, IN, Methodist Hospital of Indiana.

- Rosal, M.R., Ockene, J., Yunsheng, M., Hebert, J., Merriam, P.H., Matthews, C. et I. Ockene (2001). « Behavioral Risk Factors Among Members of a Health Maintenance Organization ». *Preventive Medicine*, 33, p. 586-594.
- Russell, M. (1994). « New Assessment Tools for Risk Drinking During Pregnancy: T-ACE, TWEAK, and other ». *Alcohol Res Health*, 18, p. 55-61.
- Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., de la Fuente, J.R. et M. Grant (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II. *Addiction*; 88, p. 791-804.
- Tolchard, B., Thomas, L. et M. Battersby (2007). « GPs and Problem Gambling: can they help with identification and early intervention? », *Journal of Gambling Studies*. 23(4), p. 499-506.
- Tremblay, M., Ben Amar, M. (2007). « Les Interventions efficaces pour aider les fumeurs à renoncer au tabac ». *Drogues, santé et société*, 6 (1), p. 241-281.
- U.S. Preventive Health Services Task Force. (2002). « Guide to Clinical Preventive Services. 2nd ed. WHO ASSIST Working Group ». The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97(9), p. 1183-1194.
- Whitlock, E.P., Polen, M.R., Green, C.A, Orlean, T. et J. Klein (2004). « Behavioral Counseling Interventions in Primary Care to Reduce Risky/Harmful Alcohol Use by Adults: A summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force ». *Ann Intern Med*, 140, p. 557-568.
- Wilk, A.I., Jensen, N.M. et T.C. Havighurst. T.C. (1997). « Meta-Analysis of Randomized Control Trials Addressing Brief Interventions in Heavy Alcohol Drinkers ». *J Gen Intern Med*, 12(5), p. 274-283.
- Yarnall, K.S.H., Pollak, K., Ostbye, T., Krause, K.M. et J.L. Michener (2003). « Primary Care: Is there enough time for prevention? » *American Journal of Public Health*, 94, 4, p. 635-641.

Page laissée blanche intentionnellement

Le long chemin vers l'intégration des pratiques

Sylvia Kairouz, Élisabeth Papineau, Lyne Chayer

L'intégration des pratiques préventives et d'intervention dans le domaine de l'abus de substances psychoactives et du jeu est-elle souhaitable en santé publique? La prévention dans ces domaines est souvent planifiée et réalisée de façon cloisonnée. Serait-il possible de travailler de concert et d'utiliser les leçons apprises dans une problématique pour l'appliquer à d'autres? Serait-il aussi pertinent et possible d'intégrer certaines actions de prévention, c'est-à-dire de cibler plus d'un comportement de consommation à l'intérieur d'une même intervention? Notre réflexion sur ces questions s'est abreuée à deux sources principales, soit la rencontre des experts lors du colloque de novembre 2007 et la production des articles qui précèdent. Elle a été amorcée à la lumière de données épidémiologiques probantes, de recherches évaluatives et du contexte sociopolitique dans lequel s'inscrivent ces conduites. Elle s'est poursuivie dans l'analyse des avantages et des limites d'une harmonisation des quatre domaines, le tabac, l'alcool, les drogues illicites et JHA, qui se côtoient et s'entremêlent souvent mais demeurent néanmoins des solitudes.

Nous proposons dans ce dernier chapitre un retour en trois étapes. Dans la première nous dressons un bilan comparatif du profil sociopolitique et épidémiologique de ces conduites, de leur distribution dans la population générale et de ses sous-groupes, des facteurs de risque et de protection qui leur sont associés, de la prévalence de la concomitance de

ces conduites addictives et de leurs déterminants sur le plan individuel et environnemental. Nous examinons ensuite les mesures de prévention en rapport avec chacune des problématiques et présentons des expériences d'interventions intégrées. En dernier lieu, nous abordons les conditions nécessaires à l'intégration des pratiques telles qu'elles ont été identifiées et discutées par les participants au symposium.

TABAC, ALCOOL, DROGUES ET JEUX DE HASARD ET D'ARGENT : UN BILAN COMPARATIF

Statut du produit et représentations sociales

On reconnaît que l'usage de tabac, d'alcool, de drogues illégales et les activités de jeu peuvent induire, dans certaines situations, des dépendances au produit et des conséquences négatives sur le plan psychosocial et de la santé. Toutefois, les niveaux de dangerosité et les seuils de dépendance divergent d'un produit à l'autre. Alors que les études identifient clairement les méfaits associés à l'usage du tabac qui engendrerait une dépendance assez précoce (O'Loughlin et autres, 2009 ; Gervais et autres, 2006), les risques associés à l'alcool sont tributaires du mode de consommation reconnaissant de plus en plus les bienfaits d'une consommation modérée sur la santé cardio-vasculaire chez les personnes d'âge mûr (Collins, 2009). Pour les drogues illicites et le jeu, plusieurs produits sont en cause et ont des niveaux de dangerosité variables.

Il est important de reconnaître que la signification sociale de ces produits diffère. Alors que l'alcool demeure largement perçu comme un lubrifiant social et le jeu comme une activité ludique de divertissement, les substances illicites sont souvent qualifiées de dangereuses, alors que le tabac a perdu rapidement de sa cote de popularité au cours des deux dernières décennies (Jacques et autres, 2004). Pour l'alcool et le jeu, c'est plutôt l'excès qui est socialement réprouvé alors que l'usage des drogues illicites est largement proscrit et l'usage du tabac de moins en moins toléré.

Il est important de souligner que la gestion sociétale de ces divers produits diffère également. Alors que la vente d'alcool et des jeux de hasard

et d'argent demeurent sous le contrôle des sociétés d'État, notamment la Société des Alcool du Québec (SAQ) et Loto-Québec qui contribuent largement à renflouer les coffres du gouvernement, la vente du tabac demeure sous le contrôle des compagnies de tabac, des acteurs importants à considérer dans la lutte au tabagisme, tout en constituant un apport appréciable en taxes pour l'État. Le contexte illégal des drogues illicites, de son côté, introduit une dimension de criminalité reliée au trafic de ces substances.

Contexte sociopolitique

À l'exception des JHA, il existe au Canada un cadre de référence en matière de tabagisme et pour les substances psychoactives. Le CCLAT et Santé Canada ont élaboré en 2005 le *Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada*. En ce qui concerne les drogues illicites, la *stratégie nationale antidrogue* a trois plans d'action : la prévention de la consommation de drogues illicites, le traitement de la dépendance aux drogues illicites et la lutte contre la production et la distribution de drogues illicites. La stratégie canadienne en tabagisme vise l'élimination de l'usage du tabac alors que pour les autres substances psychoactives, la stratégie vise une réduction des méfaits liés à l'usage de substances. Au Québec, nous disposons d'un plan d'action ministériel pour le tabagisme, les toxicomanies et les jeux de hasard et d'argent. Le *Plan québécois de lutte au tabagisme (PQLT, 2006-2010)* se structure autour de trois axes, 1) la prévention auprès des jeunes, 2) l'abandon du tabac, et 3) la protection des non-fumeurs de la fumée du tabac dans l'environnement (FTE). Le *Plan d'action interministériel en toxicomanie (2006-2011)* identifie quatre axes prioritaires : 1) la prévention, 2) l'intervention précoce, 3) le traitement et la réinsertion sociale et 4) la recherche. Pour les JHA, le *plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique (2002-2005)* établit comme axes prioritaires : 1) la prévention, le dépistage et la référence, 2) la disponibilité de services spécialisés, 3) le développement d'actions concertées et 4) le développement et la mise à profit de la recherche. En bref, dans ces domaines respectifs, la prévention et l'intervention précoce, les services et le traitement et la recherche demeurent des pôles prioritaires.

Par ailleurs, les objectifs poursuivis par les interventions préventives ou cliniques peuvent diverger sensiblement d'un domaine à l'autre, prônant l'abstinence et l'abandon pour un environnement « sans fumée » dans le cas du tabac, la modération qui *a bien meilleur goût* pour l'alcool, et une absence de lignes directrices claires pour la prévention dans le domaine des JHA. Pour les drogues illicites, l'illégalité du produit et la criminalité associée à son usage laissent la place à un débat de fond irrésolu sur les meilleures pratiques en matière de prévention et d'intervention.

Conséquences économiques

Le jeu, l'usage d'alcool et de substances illicites et le tabagisme constituent sans aucun doute des enjeux importants pour la société. À l'exception du jeu dont les coûts demeurent méconnus, les coûts attribuables aux autres addictions sont considérables. Selon Rehm et autres (2006), l'abus de substance « draine considérablement l'économie canadienne » avec des coûts qui se chiffrent à 17 milliards de dollars pour le tabac, 14,6 milliards pour l'alcool et près de 8,2 milliards pour les drogues illicites. Au Québec, ces coûts sont respectivement de 4, 3,1 et 1,6 milliards de dollars pour un total de près de 9 milliards de dollars. Pour toutes ces substances, ces coûts résultent principalement de la perte de productivité, des soins de santé requis et de l'application de la loi.

Portrait épidémiologique

La prévalence des conduites à l'étude est relevée au moyen des enquêtes de surveillance auprès de la population. À ce registre, nous disposons, au Canada et au Québec, d'une panoplie d'enquêtes récurrentes sur les toxicomanies et le tabagisme, notamment auprès de la population adulte et chez les jeunes. Des études de prévalence sur les problèmes de jeu ont cours dans toutes les provinces canadiennes depuis une vingtaine d'années, auxquelles s'ajoutent les données nationales transversales de l'ECSS.

Une synthèse des tendances évolutives de la consommation au cours des dix dernières années révèle certaines similitudes et des différences dans

le portrait de chacune des conduites. Pour l'alcool, bien que la proportion de personnes qui boivent de l'alcool dans la population soit demeurée stable entre 1992 et 2004, la fréquence à laquelle ces personnes boivent et la fréquence des épisodes d'intoxication (5 verres et plus par occasion) ont augmenté de façon significative, voire inquiétante d'un point de vue de santé publique. La consommation abusive épisodique a augmenté de façon plus marquée chez les jeunes âgés de 18 à 25 ans ainsi que chez les hommes. D'un lubrifiant social, l'alcool consommé en excès devient un risque pour la santé et pour la société.

Parallèlement, l'usage des substances illicites a augmenté au Québec entre 1992-1993 et 1998. Le cannabis demeure la substance la plus utilisée et qui présente la plus grande croissance parmi les substances illicites. La prévalence de l'usage du cannabis, la substance la plus utilisée, est passée de 8,2 % en 1992-1993 à 13,5 % en 1998. Là encore, les hommes, les adolescents et les jeunes adultes sont les groupes les plus enclins à en faire usage.

Les études de prévalence réalisées dans les pays industrialisés révèlent qu'entre 60 et 85 % des adultes jouent à au moins une forme de jeu de hasard et d'argent (Abbott et autres, 2004; Commission, 1999; NORC, 1999; Wardle, 2007). Au Québec, quatre adultes sur cinq rapportaient avoir joué à des JHA en 2001-2002. Une certaine stabilité de la prévalence des problèmes de jeu est observée, et ce, pour plusieurs juridictions. Les données provenant des deux dernières études provinciales réalisées au Québec vont dans ce sens avec un taux de prévalence du jeu pathologique relativement stable se situant à 0,8 % en 2002, comparativement à 1,0 % en 1996. Le portrait de la prévalence des joueurs et des problèmes de jeu est intimement lié aux types d'activités auxquelles les joueurs s'adonnent. La loterie est en tête de file pour la prévalence des joueurs alors que les loteries vidéo, les loteries sportives, les courses de chevaux et les jeux de table des casinos affichent les taux les plus élevés de joueurs problématiques. La popularité des jeux varie par genre, groupe d'âge et niveau socioéconomique. Bien que la prévalence du jeu soit généralement plus faible chez les jeunes adultes, les joueurs problématiques sont proportionnellement plus nombreux parmi les jeunes adultes comparativement à la population adulte générale.

Le portrait est significativement différent pour le tabagisme avec une décroissance continue de la prévalence des fumeurs au cours des derniè-

res années. On note une diminution de la prévalence des fumeurs de 1998 (30,0 %) à 2005 (22,0 %) dans la population générale ainsi que chez les jeunes de 12 à 19 ans. Il serait injuste de passer sous silence la dénormalisation sociale qui s'est opérée dans le champ du tabagisme, marquée par des attitudes positives envers un environnement sans fumée autant auprès des adultes qu'au sein des jeunes populations, une expérience de succès dans la prévention en santé publique.

Le paradoxe québécois

Finalement, le portrait de la consommation au Québec se distingue de celui des autres provinces canadiennes. La prévalence des buveurs, des usagers des drogues et des joueurs est significativement plus élevée au Québec, comparativement à la moyenne canadienne. Par contre, on n'observe pas de différences significatives dans la prévalence de la dépendance à l'alcool et aux drogues et la prévalence du jeu pathologique entre le Québec et le reste du Canada. Pour le tabac, le Québec détient la prévalence la plus élevée comparativement au reste du pays. Ces constats permettent de conclure sur l'importance d'examiner au-delà d'une prévalence générale, les habitudes d'usage et les façons de consommer qui traduisent plus fidèlement le risque associé à ces diverses conduites.

Concomitance des conduites addictives

La concomitance se définit par la présence à un moment dans le temps de deux ou de plusieurs des conduites addictives, ici le tabagisme, la consommation d'alcool ou de drogues ou encore la pratique des jeux de hasard et d'argent. Comme il a été éloquemment décrit dans le texte de Vitaro, ce phénomène se révèle clairement, dans les données épidémiologiques, dans la population adulte et parmi la population adolescente. Les données canadiennes révèlent qu'en 2002, près de 65% de la population âgée de 15 ans et plus rapporte au moins deux des conduites au cours des douze derniers mois, à savoir l'usage d'une substance et les JHA (Fiset-Laniel et autres, 2008). La concomitance de ces conduites s'observe également chez les adolescents avec 44 % des élèves du secondaire qui rapportent plus d'une conduite (Dubé et autres, 2007).

Au sein des populations cliniques, on note un risque accru de comorbidité des différents troubles liés aux substances et le jeu pathologique (Crockford et el-Guebaly, 1998; Petry et autres, 2005). Des études menées auprès d'échantillons cliniques révèlent qu'entre 25 % et 63 % des joueurs pathologiques ont rempli, à un moment de leur vie, les critères diagnostics de troubles liés aux substances (McCormick et autres, 1984; Ramirez et autres, 1983) alors qu'entre 9 % et 16 % des individus qui présentent un trouble lié aux substances sont des joueurs pathologiques probables (Elia et Jacobs, 1993; Lesieur et autres, 1986; Lesieur et Heineman, 1988; Spunt et autres, 1995).

Tel qu'il est présenté dans le texte de Vitaro, le phénomène de la concomitance prend racine dans deux explications complémentaires, soit celle de l'influence mutuelle et celle des antécédents communs. La première s'appuie sur les études longitudinales qui ont été menées auprès d'adolescents et qui ont permis d'identifier des trajectoires qui se distinguent par la précocité des conduites addictives et leur concomitance. Selon ces modèles observés, la précocité et la multiplicité des conduites représentent des facteurs de risque pour le développement de trajectoires de haut risque. Ainsi, les diverses conduites agiraient comme des facteurs de risques mutuels. Des données transversales obtenues à partir d'un échantillon représentatif des élèves du secondaire de l'Ontario corroborent cette hypothèse et révèlent trois profils d'usage de substances et de jeu pathologique, notamment un profil à bas risque et deux profils à haut risque qui se caractérisent par une multiplicité de conduites addictives.

Selon l'hypothèse des facteurs communs, l'observation de multiples conduites addictives de façon simultanée résulte d'antécédents communs couvrant trois domaines, soit 1) les dispositions personnelles (par ex. l'impulsivité, les dispositions biologiques); 2) les facteurs relationnels tels que les pratiques familiales (par ex. la supervision parentale, les caractéristiques personnelles des parents) et la déviance du groupe de pairs (par ex. la déviance des amis) et 3) les facteurs environnementaux tels que les facteurs de risque liés au voisinage, à l'accessibilité ou à la disponibilité des produits et aux normes culturelles.

Les données épidémiologiques permettent de dresser un portrait global de la prévalence des conduites addictives et de leur concomitance dans la population générale. Elles permettent de conclure à l'importance de ces conduites comme enjeux pour la santé publique et d'amorcer la réflexion sur la pertinence de stratégies communes de prévention et d'intervention ainsi que sur la faisabilité de mettre en place de telles stratégies dans des contextes socioculturels et politiques variables. Un des constats d'une telle synthèse permet de conclure à une distribution inégale de ces conduites et de leur concomitance à travers certains sous-groupes de la population. Les jeunes, les hommes et certains sous-groupes socioéconomiques et culturels semblent afficher une plus grande vulnérabilité au regard de ces conduites addictives et des dépendances. Au-delà d'une intégration des approches préventives, il y a lieu de réfléchir sur les meilleures pratiques pour assurer des interventions ciblées en mesure de rejoindre les groupes les plus à risque.

LES MESURES DE PRÉVENTION : CONSTATS

Comme nous l'avons mentionné en avant-propos, chacun des phénomènes étudiés fait l'objet d'actions, de politiques et d'approches spécifiques. Voyons-les plus en détail.

Tabac

En matière de lutte contre le tabagisme, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec poursuit des objectifs de prévention de l'adoption du tabagisme chez les jeunes, de promotion et de soutien de l'abandon du tabagisme ainsi que de protection de la population contre la fumée de tabac dans l'environnement. Comme on peut le constater dans le texte de Lalonde, ces objectifs ont présidé à l'implantation de diverses stratégies : augmentation régulière du prix des cigarettes, interdiction complète de la publicité et de la promotion des produits du tabac, campagnes d'éducation et de contre-marketing, interdiction de fumer dans les lieux de travail et les lieux publics, inscription d'avertissements sur les dangers du tabac sur les paquets de cigarettes et augmentation de l'accès aux services de soutien et

d'aide à la cessation tabagique. En ce qui concerne plus particulièrement le volet de la prévention chez les jeunes, il est apparu pertinent, lors des discussions entre les participants au symposium, que l'éducation en milieu scolaire au sujet du tabac soit intégrée à l'approche écoles en santé. Les éléments identifiés comme étant essentiels à un tel programme scolaire sont : des activités permettant la mise en place d'une politique scolaire sur l'usage du tabac, des activités préventives impliquant activement les élèves, des activités complémentaires de prévention du tabagisme impliquant les parents et d'autres groupes de la communauté, des activités impliquant l'école dans la promotion et le soutien à l'utilisation de services de cessation tabagique pour les élèves et les membres du personnel qui fument ainsi qu'un devis et des mesures d'évaluation du programme.

Alcool

Au Québec, les pratiques de prévention à l'égard de l'alcool ciblent plus particulièrement les comportements d'abus épisodiques ainsi que l'usage d'alcool dans certains contextes, principalement celui de la conduite automobile avec facultés affaiblies.

Depuis plusieurs années, les Québécois se sont approprié le slogan d'Éduc Alcool «*La modération a bien meilleur goût*». Bien que ces campagnes de prévention soient louables et estimables, elles ne seraient pas suffisantes pour diminuer ou même stabiliser l'abus d'alcool dans la population. Parallèlement à celles-ci, les Québécois sont exposés aux informations sur les effets bénéfiques de l'alcool et à la promotion du boire-santé ainsi qu'au marketing de la SAQ misant sur le bien-boire. Cela peut avoir pour effet de banaliser la consommation d'alcool.

En fait, des récentes données sur les profils de la consommation d'alcool au Québec démontrent que tant les hommes que les femmes boivent plus souvent de l'alcool. Tel qu'il a été mentionné plus haut, la proportion de buveurs qui boivent de façon excessive (5 verres et plus par occasion) a augmenté pour les deux sexes et dans toutes les catégories d'âge. Ces données indiquent que la fréquence à laquelle les personnes boivent de l'alcool et les comportements d'abus sont reliés. Sachant aussi que la consommation

régulière sur une période prolongée augmente le risque de plusieurs maladies chroniques, la prévention devrait viser la fréquence de consommation en plus de l'abus. Ces constats amènent Demers et ses collaboratrices à proposer de mettre la population en garde contre le risque de transformer peu à peu ses habitudes de consommation sociale en augmentant la fréquence et les occasions de consommation.

Des campagnes visant certains contextes d'usage de l'alcool, principalement celui de la conduite automobile, sont également menées par la Société d'assurance automobile du Québec et l'opération Nez Rouge. Nous tenons à spécifier que, en complémentarité à ces campagnes, des lois et règlements sur la sécurité routière et sur la conduite avec facultés affaiblies ont été adoptés à la fin des années 1990 et ont pu contribuer à diminuer l'acceptabilité sociale de tels comportements.

Dans le texte de Demers, on affirme que le Québec fait très peu en matière de prévention. Nous nuancions son propos en ajoutant qu'il existe une panoplie de lois et de règlements pour contrôler la vente de l'alcool. Dans une perspective de santé publique, il demeure nécessaire de préserver ces acquis qui sont souvent fragilisés, en particulier lorsque des impératifs économiques sont en cause.

Drogues illicites

Bien que la plupart des adolescents ne développeront pas une consommation problématique de drogues, les programmes de prévention demeurent importants surtout s'ils visent la réduction de la précocité de la consommation de drogues, élément qui s'avère à son tour déterminant dans la prévention de la consommation abusive. Selon Brochu et ses collaborateurs, les programmes de prévention réalisés auprès des adolescents dans ce domaine devraient viser non pas l'abstinence totale de la consommation, mais plutôt la prévention de l'usage abusif. Il est aussi proposé que les programmes de prévention, plutôt que de se concentrer uniquement sur les connaissances relatives aux effets des drogues, intègrent également des techniques qui visent à modifier les attitudes des adolescents, à ajuster leurs croyances normatives et à leur permettre d'acquérir des habiletés à la fois générales

et spécifiques pour les aider à résister aux pressions à consommer des substances psychoactives. En fait, ces méthodes s'appliquent à tous les produits de consommation, tabac, alcool et drogues illégales. Enfin, pour les jeunes qui sont exposés à une multitude de facteurs de risque durant leur enfance, des programmes de prévention ciblés, non stigmatisants et qui renforcent leurs facteurs de protection sont suggérés.

Jeux de hasard et d'argent

Le Québec ne dispose pas d'une politique des jeux de hasard et d'argent, mais a produit en 2002 un plan d'action ministériel visant à contrer et à soigner les problèmes de jeu dans la population québécoise. Les propositions de ce plan d'action sont davantage orientées vers les joueurs et concernent peu les éléments structureaux tels que l'accessibilité et la dangerosité des jeux. Quelques mesures relatives à ces deux dimensions ont néanmoins été implantées, mais toujours avec la contrainte prédominante de rentabilité des JHA. Un bon nombre de campagnes d'éducation à la santé ont été menées pour prévenir les problèmes de jeu à l'échelle nationale, tant dans la population générale qu'auprès des élèves du secondaire.

Plusieurs constats émergent du présent exercice. Sur le plan de l'environnement, les actions visant l'accessibilité et la dangerosité sont identifiées comme les plus prometteuses. Sur le plan des individus, les approches génériques de développement optimal des jeunes semblent devoir être efficaces pour le jeu et les autres comportements à risque. En raison du peu de résultats probants à ce jour, la transmission de connaissances sur le jeu est jugée utile dans la mesure où elle est complémentaire aux autres types de mesures.

Comme c'est le cas pour l'alcool, le jeu a suivi un parcours de normalisation accéléré. Afin de déconstruire l'image d'innocuité accolée au jeu, l'action de dénormalisation médiatique, l'action sociale et communautaire et la sensibilisation de la population par le marketing social sont considérés comme utiles. De même, puisque la consommation d'alcool prolonge la session de jeu, accentue la prise de risque et amplifie les pertes financières, des restrictions d'accès à l'alcool représenteraient une mesure préventive d'importance.

DES EXPÉRIENCES D'INTÉGRATION DES INTERVENTIONS

Modèle de programmes à vocation générique chez les enfants

Ce modèle proposé par Vitaro va en ce sens, en ciblant un ensemble de facteurs de risque d'ordre personnel (par ex. l'impulsivité), d'ordre familial (par ex. la supervision parentale) et de facteurs d'ordre social (par ex. la déviance des amis). Ces programmes sont échelonnés tout au long de l'école primaire et possiblement également en période préscolaire. Ils pourraient bénéficier, d'une part, d'une intégration horizontale, impliquant une variété d'activités dans différents contextes de vie de ces enfants qui présentent des facteurs de risque afin d'atteindre les mêmes objectifs et que soient visés plusieurs objectifs à travers la même activité. D'autre part, ces programmes pourraient également bénéficier d'une intégration verticale, se référant à une organisation des programmes en modules différents qui seraient déployés durant toute l'enfance si cela est nécessaire, soit jusqu'à l'atténuation des facteurs de risque ou jusqu'à ce que des facteurs de protection soient jugés suffisamment présents. Ces programmes génériques ont la capacité de prévenir différentes problématiques de santé mentale et d'adaptation sociale, comme la délinquance, le décrochage scolaire et l'abus de substances, mais ils ne le font que de façon partielle.

Cependant, pour prévenir l'adoption d'un comportement problématique, il devient nécessaire d'agir sur certains facteurs de risque spécifiques à l'un ou à l'autre de ces comportements. C'est pourquoi Vitaro propose, en complément, des *programmes à vocation différenciée*. Ces derniers sont temporaires et circonscrits dans le temps, habituellement à la préadolescence et à l'adolescence. C'est en effet à ce moment que sont davantage présents les facteurs de risque spécifiques, par exemple la fréquentation d'un gang déviant, l'accessibilité des produits du tabac, de l'alcool et des drogues ou l'exposition à des activités de promotion des jeux de hasard et d'argent par l'entremise d'Internet.

Ces programmes, qu'ils soient à vocation générique ou différenciée, peuvent être de nature universelle ou ciblée, et l'option de la réduction des méfaits est considérée comme une voie intéressante. Le fait que certains programmes de prévention des toxicomanies ou de la délinquance,

plus particulièrement ceux qui sont administrés sous forme d'activités de groupe, puissent avoir des effets iatrogènes, c'est-à-dire entraîner une augmentation des comportements qu'ils sont sensés prévenir, dicte certaines précautions à prendre. À cet égard, si l'on opte pour l'intervention de groupe, il est suggéré de planifier de petits ensembles les plus homogènes possibles qui intégreraient des pairs prosociaux. Des programmes différenciés en fonction des substances constitueraient un choix puisque plusieurs programmes à effets iatrogènes visent plus d'une substance à la fois et ont parfois pour effet de « piquer » la curiosité. La pertinence de l'intégration en matière d'intervention brève sur le strict plan de la motivation au changement n'a pas été abordée.

Interventions globales en milieu scolaire

Un certain nombre de programmes de prévention spécifiques ont d'ores et déjà été intégrés dans le cadre de programmes plus généraux de prévention de l'abus de substances. L'approche *École en santé* est considérée comme une de ces expériences globales et intégrées. Elle vise à promouvoir le développement optimal des jeunes, en agissant simultanément sur l'ensemble des facteurs-clés du développement tels que l'estime de soi, les compétences sociales, les saines habitudes de vie, les comportements sains et sécuritaires et les environnements favorables.

Dépistage et interventions de première ligne en milieu de soins

Dans une autre sphère, puisque les comportements à risque se trouvent souvent ensemble chez les mêmes individus, et cela plus particulièrement parmi les jeunes adultes, il s'avère opportun d'envisager l'identification de l'ensemble de ces conduites à risque pour la santé et l'offre d'interventions précoces dans un contexte de soins de première ligne ou de cabinets médicaux. Le chapitre de Babor illustre en ce sens que l'« évaluation du risque pour la santé » constitue une approche adaptée permettant le dépistage des habitudes de vie et de comportements ciblés.

Malgré les obstacles déterminés à cet égard, l'élaboration d'outils combinés de dépistage est également une autre approche à envisager. À l'heure actuelle, aucun instrument et aucune procédure optimale ne permettent de détecter l'ensemble des comportements à risque auprès de l'ensemble de la population. Afin de faciliter l'usage de tels instruments ou procédures, il pourrait être pertinent d'envisager de recueillir ces données avant la visite médicale.

Également, le dépistage pourrait cibler des groupes démographiques présentant des taux de prévalence élevés, par exemple les jeunes adultes de 20 à 30 ans. L'utilisation de ces informations peut mener à une évaluation des risques à la santé, à l'élaboration de conseils pour le patient, à l'obtention d'une entente avec celui-ci sur les actions à entreprendre de même qu'à une référence vers une équipe de soins, s'il y a lieu.

Réadaptation en toxicomanie et cessation tabagique

Pour leur part, Royer et Cantinotti décrivent une expérience d'intégration de la cessation tabagique dans un milieu de traitement des dépendances à l'alcool et aux drogues. Cette expérience illustre qu'une telle intégration répond aux besoins d'un bon nombre de fumeurs qui sont intéressés à recevoir du soutien afin de cesser de fumer bien qu'il ne s'agisse pas du motif de leur admission en thérapie. La formation des intervenants en vue de modifier leurs perceptions de la pertinence de joindre la cessation tabagique au traitement de la dépendance à l'alcool ou aux drogues semble avoir été un élément facilitant pour mener à terme cette intégration.

Accès à l'alcool dans les lieux de jeux de hasard et d'argent

Tel qu'il a été mentionné précédemment, il serait pertinent de mettre en place des restrictions d'accès à l'alcool dans les casinos et les autres sites de jeux de hasard et d'argent. Diminuer l'alcoolisation dans ces endroits aiderait les personnes ayant une propension au jeu excessif à ne pas prolonger leur session de jeu et à diminuer la prise de risque et les pertes finan-

cières qui pourraient en découler. Ces mesures ne sont pas en place pour l'instant.

Leçons à tirer de ces pratiques intégrées

Les cinq approches mentionnées ci-dessus démontrent que l'intégration des interventions préventives ou cliniques en matière de substances psychoactives est possible. Les approches auprès des enfants à risque et celles en milieu de soins de première ligne partagent la caractéristique d'être des interventions individuelles et cliniques, mais à caractère préventif, avant que les problèmes liés à la consommation de substances psychoactives ne surviennent. Des interventions cliniques intégrées, comme celle de poursuivre des objectifs de traitement de plus d'une substance à la fois, sont possibles et certainement bénéfiques pour les personnes en réadaptation de l'alcoolisme ou de la dépendance aux drogues.

École en santé est plutôt une approche de création de milieux de vie sains avec des interventions tant sur les politiques scolaires que sur l'éducation à la santé. La restriction d'alcool dans les lieux de jeux de hasard et d'argent est aussi une façon d'agir sur les milieux, mais sur un objet spécifique, l'accès à l'alcool. Des mesures législatives seraient probablement nécessaires pour y arriver.

La plupart des auteurs reconnaissent que les évidences concernant les politiques publiques restreignant l'accessibilité et la dangerosité des produits possèdent une certaine robustesse, mais aucun n'élabore d'hypothèse sur l'intégration éventuelle de ce niveau de prévention.

LES CONDITIONS NÉCESSAIRES À L'INTÉGRATION

Il est donc possible de viser divers comportements dans les activités de prévention. Cependant, un nombre non négligeable d'obstacles ont été soulignés par les différents auteurs et participants au symposium et plusieurs conditions sont nécessaires pour les planifier, les implanter et les réaliser. Le texte qui suit résume ces obstacles en les regroupant selon des catégories

spécifiques et tente de dégager des conditions nécessaires à l'intégration des pratiques.

Obstacles et conditions sur le plan conceptuel

La définition de ce qui constitue un problème varie selon nos quatre problématiques : pour l'alcool et le jeu, on identifie une nuance entre l'usage récréatif et l'usage abusif, un seuil au-delà duquel l'usage devient donc problématique. Dans les deux cas, les méfaits peuvent être déjà présents et perturbateurs, même en l'absence d'un diagnostic d'alcoolisme ou de jeu « pathologique ». Par contre, la notion de seuil de faible risque de consommation pose problème pour les drogues illicites puisque rien ne permet de déterminer la composition et la concentration du produit et que les conséquences légales négatives sont toujours possibles. En ce qui concerne le tabac, une telle distinction n'est généralement pas reconnue, l'usage étant qualifié de nocif peu importe la fréquence et la quantité. Par conséquent, Papineau soulève le fait que, pour chacune des problématiques, à pratiques préventives et curatives différentes correspondent des objectifs différents, allant de l'abstinence à la réduction ou à l'abandon de la substance, en passant par la réduction des méfaits ou le retard de l'initiation.

Babor identifie un autre obstacle théorique, soit l'avancement insuffisant des connaissances sur les initiatives prises isolément. Alors que de très nombreuses études et évidences sont disponibles pour appuyer les pratiques de prévention de type informatif dans le domaine de l'alcool, elles sont un peu moins nombreuses dans le domaine du tabac et des drogues, et rares ou moins robustes dans le domaine des problèmes de jeu. De plus, il souligne la difficulté d'obtenir des outils de dépistage de plusieurs problématiques qui soient simples et brefs pour les intervenants de première ligne. Nous ajouterons, à son propos, que les instruments qui ont été étudiés proviennent de la littérature scientifique en anglais, et qu'une étape de validation de ces outils en français serait nécessaire.

Obstacles et conditions sur les plans administratifs et financiers

Chaque problématique relève d'une structure distincte, qui est gérée par des administrateurs et des groupes particuliers, qui fonctionnent avec des budgets distincts, avec des ressources et des orientations différentes. Les communications et les arrimages entre ces différentes structures représentent un des défis majeurs de l'intégration des pratiques. Vitaro soulève aussi le problème que constitue le désir ou l'habitude de faire de la prévention morcelée, à court terme, et peu coûteuse. Pour une meilleure intégration, il est nécessaire de profiter de budgets stables permettant la continuité des programmes et la stabilité du personnel, conditions nécessaires à la réalisation d'interventions complexes et à leur pérennité tout au long de l'enfance.

En ce qui concerne l'intervention précoce et le dépistage des facteurs de risque comportementaux, Babor les présente comme étant fort prometteurs¹, mais il souligne que les expertises reflètent aussi ce morcellement des connaissances et des ressources. Par exemple, l'instauration d'outils de dépistage combinés représente un défi en raison de la surcharge de travail qu'ils représentent, des contraintes de temps des médecins et des intervenants. Cela limite leur capacité à se conformer aux recommandations émises par les services-conseil ou autres références d'aide : « *Les principaux obstacles entravant l'utilisation de ces techniques dans un contexte de prestation de soins de santé primaires sont : 1) le manque de temps disponible aux travailleurs de la santé, déjà surchargés ; 2) l'entraînement et la motivation des professionnels de la santé, nécessaires pour administrer les tests de dépistage et entreprendre les interventions auprès de tous les buveurs à risque ; et 3) certains facteurs organisationnels des soins de santé, incluant le support administratif et les priorités concurrentes.* » (Babor et autres, 2007). L'adoption d'initiatives de dépistage et d'interventions brèves intégrées est aussi tributaire d'un processus de dissémination efficace et de l'attribution des ressources nécessaires à cette dissémination.

1. Il est à noter que pour Babor, contrairement aux autres auteurs du présent ouvrage, alcool, tabac, drogues et jeu ne sont pas strictement conceptualisés comme des problèmes causés par des facteurs de risque (comme la défavorisation sociale, le fait d'appartenir à une minorité, la consommation parentale, etc.). Ils sont considérés en soi comme des facteurs de risque pour des maladies d'ordre biomédical. Autrement dit, il ne propose pas d'agir sur les déterminants associés à ces conduites, mais se propose plutôt d'agir sur ces conduites par le dépistage et le traitement précoce, afin d'éviter des problèmes d'ordre médical.

Selon Royer et Cantinotti, qui rendent compte d'une intégration de la cessation tabagique dans un milieu de thérapie sur les dépendances à l'alcool et aux drogues, le soutien administratif et la formation des intervenants sur cette problématique ont été des éléments clés du succès de l'intégration de la cessation tabagique au processus d'autres thérapies.

Obstacles et conditions sur le plan humain

Comme le mentionne Babor, les intervenants qui peuvent être concernés par l'intégration ne disposent pas nécessairement du temps requis pour être formés et pour administrer les tests de dépistage, tout comme ils peuvent ne pas avoir les compétences requises pour aborder de front plusieurs problématiques. Certains intervenants peuvent aussi avoir des attitudes négatives envers l'une ou l'autre des problématiques. Ces observations sont corroborées dans l'article de Royer et Cantinotti: « *En effet, la majorité des intervenants en toxicomanie rapportent avoir des connaissances limitées sur la dépendance au tabac et ne pensent pas avoir les compétences requises pour offrir ce type d'intervention.* »

Les attentes des usagers peuvent constituer un frein, mais aussi un appui à l'intégration des pratiques préventives ou curatives. Dans le cas de l'expérience étudiée par Royer et Cantinotti, les administrateurs anticipaient un manque d'intérêt de la part des clients et des intervenants (et, par ailleurs, la difficulté à gérer la séparation des aires fumeurs/non-fumeurs et la crainte d'incendie due au tabagisme clandestin). Il est aussi possible que la prise en charge de front de plusieurs problématiques (tabagisme et autres dépendances) puisse constituer un fardeau trop lourd pour l'utilisateur de services, « *entraînant un stress additionnel qui pourrait mettre en péril le succès de leur traitement* » (Bobo et Gilchrist, 1983, cité dans Royer et Cantinotti). Dans ce cas-ci, les réserves des intervenants ont été balayées par l'enthousiasme de leurs clients. Écouter les besoins de la population peut être un facteur favorisant l'intégration de certaines pratiques.

Finalement, usagers et intervenants ont leurs propres conceptions des problèmes dus aux substances et en particulier de la dépendance. Par exemple, le fait de considérer l'abstinence totale comme l'objectif ultime de la

prévention et du traitement pour une substance et non pour une autre peut poser des problèmes d'intégration des pratiques.

Obstacles et conditions sur le plan social

Sur le plan légal, d'une part, la consommation de drogues est interdite et peut faire l'objet de poursuites judiciaires alors que l'usage légal du tabac et de l'alcool ainsi que le jeu font simplement l'objet de réglementations et de restrictions, sauf dans certains contextes, comme la conduite avec facultés affaiblies. L'accessibilité à ces produits de consommation diffère également grandement. D'autre part, la perception de l'acceptabilité sociale de ces comportements est variable : alors que le tabac est en voie de dénormalisation, l'usage de drogues, en particulier du cannabis, l'usage d'alcool et les jeux de hasard et d'argent sont souvent banalisés. Par exemple, Demers met en relief le fait que l'acceptabilité sociale et la consommation de l'alcool ont grandement augmenté ces dernières années. Entre 1992 et 2006, la consommation d'alcool et de cannabis a augmenté au Québec, contrairement au tabac dont l'usage est stable ou en baisse. La normalisation de la consommation fréquente représente un contre-discours aux messages de modération ou de retard d'initiation. En raison de ces différences, les messages de santé publique « intégrateurs » n'auraient pas nécessairement le même impact d'une problématique à l'autre.

L'approche préconisée par Vitaro contourne les éventuels problèmes d'arrimage de la prévention des différents comportements à risque chez les enfants et les adolescents en proposant un tronc commun de prévention générique, qui cible donc les facteurs de risque communs aux différentes problématiques faisant la promotion de la santé au sens large. Cependant, Brochu souligne que les personnes les plus à risque d'éprouver des problèmes d'abus de consommation des substances psychoactives sont les personnes qui ont une mauvaise intégration sociale et scolaire ou des conditions de vie précaires. Les programmes génériques ou intégratifs préconisés par Vitaro doivent être conduits non seulement par l'entremise des établissements préscolaires et scolaires, mais aussi dans d'autres milieux de vie des jeunes.

Obstacles et conditions sur le plan politique

Comme l'illustre l'expérience du tabac, de l'alcool et des drogues, des actions qui visent à modifier l'environnement législatif et politique, les attitudes des individus et les normes sociétales sont complémentaires aux actions visant les comportements individuels. La mise en œuvre de politiques favorables à la santé en matière de substances psychoactives, le maintien de celles déjà en place et l'amélioration de celles qui sont contre-productives sont nécessaires pour prévenir réellement les problèmes.

En fin de piste, force nous est de constater que les obstacles sont nombreux, qu'ils sont diversifiés et bien connus des acteurs en place. Sont-ils pour autant insurmontables? Cet exercice de lucidité a cependant permis de déterminer plusieurs éléments de solution qui, à leur tour, devraient se poursuivre par des actions concrètes dans le futur. En premier lieu, un premier travail de fond sur la définition et la compréhension des ces usages, à partir d'une même grille d'analyse, est encore à faire. La mise en commun des connaissances sur les problématiques, mais également sur les pratiques, constitue la seconde étape. Elle devra inclure les évidences ou les meilleures pratiques dans la mesure où celles-ci sont disponibles. Les trop rares expériences à cet égard sont déjà porteuses d'enseignements, comme on l'a vu lors du symposium, et fournissent des indications tangibles sur les moyens à mettre en place. La question des objectifs d'intervention divergents ne devrait pas constituer un véritable obstacle une fois que cette compréhension est assurée et intégrée par tous les acteurs impliqués.

Les obstacles administratifs et humains sont ceux qui ont suscité le plus grand nombre de commentaires et cela ne devrait pas nous surprendre. Ils sont inhérents à tous les domaines d'intervention; le champ des usages et des dépendances aux substances psychoactives ou aux jeux de hasard et d'argent ne saurait faire exception. En cette matière, certaines pistes d'action ont émergé: un meilleur arrimage entre les acteurs tant sur le plan de l'élaboration des politiques et des programmes que sur celui de l'intervention; l'élaboration d'outils de repérage et d'intervention adaptés à des approches multisectorielles et la formation spécifique des intervenants. Il va sans dire que toutes ces actions reposent sur une évolution des attitudes et des opinions en place, sans laquelle tout changement serait voué à l'échec.

EN CONCLUSION

Ces éléments de connaissance et la discussion qui en découle ont permis de mieux comprendre la dynamique complexe qui régit ces problématiques. Ce qui paraissait « évident » au début de notre réflexion s'est avéré chargé d'éléments à la fois complémentaires et contradictoires. Ne serait-ce que sur le plan des approches, comment concilier la philosophie de l'abstinence à celle de la réduction des méfaits ? L'accent mis sur la réglementation – parfois la répression dans certaines problématiques – rend plus malaisé l'exercice de l'intégration. Il en est de même, par ailleurs, du rôle de l'État comme promoteur de certains des produits qui mènent à une dépendance.

Ce premier rendez-vous s'est avéré riche en termes d'ouverture, d'échanges et de transfert des savoirs. La rencontre des milieux de l'intervention, de la prise de décision, de la conception de politiques et de la recherche a permis un premier apprivoisement des acteurs et des approches en ce qui a trait à l'intégration des pratiques. La présente publication a permis de cerner des pistes pour travailler de moins en moins en silo. Néanmoins, plusieurs questions subsistent toujours et la réflexion devra encore se poursuivre. L'intégration des pratiques sera-t-elle réalisable ? La question reste pertinente et le défi est lancé.

RÉFÉRENCES

- Abbott, M.W., R.A. Volberg, and S. Rönnerberg, Comparing the New Zealand and Swedish National Surveys of Gambling and Problem Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 2004. 20(3): p. 237-258.
- Collins, M.A., Meafsey, E.J., Mukamal, K.J., Gray, M.O., Parks, D.A., Das, D.K., Korhuis, R.J. (2009). Alcohol in moderation, cardioprotection, and neuroprotection: epidemiological considerations and mechanistic studies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23(2), p. 206-219.
- Productivity Commission. (1999). *Australia's gambling industries* (Report No. 10). Canberra, Australia: Ausinfo.
- Crockford DN, el-Guebaly N. Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. *Can J Psychiatry* 1998;43(1): p. 43-50.
- Dubé, Gaëtane, (2007). *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2006*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 188 p.
- Elia, C. & Jacobs, D. F. (1993). The incidence of pathological gambling among Native Americans treated for alcohol dependence. *Int J Addict*, 28, p. 659-666.
- Fiset-Laniel, J., Kairouz, S., Nadeau, L., Picard, E. Alcohol, gambling and substance use in the Canadian general population: Findings from the Canadian Community Health Survey. Annual conference of the Kettil Brüun Society, Victoria (B.C.), mai-juin 2008.
- Gervais, A., O'Loughlin, J., Mashefedjian, G., Bancej, C., Tremblay, M. (2006). Milestones in the natural course of onset of cigarette use among adolescents. *Canadian Medical Journal Association Journal*, 175, 3, p. 255-261.
- Jacques, M., Hubert, F., Laguë, J. (2004). Intégration de la dénormalisation dans la lutte antitabac au Québec. Perspectives de santé publique. Institut national de santé publique du Québec. Québec. 84 pages.
- Lesieur, H. R., Blume, S. B. & Zoppa, R. M. (1986). Alcoholism, drug abuse, and gambling. *Alcohol Clin Exp Res*, 10, p. 33-38.
- Lesieur, H. R. & Heineman, M. (1988) Pathological gambling among youthful multiple substance abusers in a therapeutic community. *Br J Addict*, 83, p. 765-771.
- McCormick, R. A., Russo, A. M., Ramirez, L. F. & Taber, J. I. (1984) Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *Am J Psychiatry*, 141, p. 215-218.

- NORC, Report to the National Gambling Impact Study Commission. 1999, National Opinion Research Center at the University of Chicago: Chicago.
- O'Loughlin, J., Gervais, A., Dugas, E., Meshefedjian, G. (2009). Milestones in the Process of Cessation Among Novice Adolescent Smokers. *American Journal of Public Health*, 99(3), p. 499-504
- Petry, N.M., F.S. Stinson, and B.F. Grant, *Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. *J Clin Psychiatry*, 2005. 66(5): p. 564-574.
- Ramirez, L. F., McCormick, R. A., Russo, A. M. & Taber, J. I. (1983) Patterns of substance abuse in pathological gamblers undergoing treatment. *Addict Behav*, 8, p. 425-428.
- Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J. et al. (2006). Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002, version CD ROM Ottawa.
- Santé Canada. The federal tobacco control strategy. A framework for action. Ministère de la santé, Ottawa, 2002. Accédé au site: http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/tobac-tabac/ffa-ca/ffa-ca-eng.pdf, le 1^{er} mars 2009.
- Spunt, B., Lesieur, H., Hunt, D. & Cahill, L. (1995) Gambling among methadone patients. *Int J Addict*, 30, p. 929-962.
- Wardle, H., British gambling prevalence survey 2007. 2007, Great Britain: The Stationery Office. 180.