

LE PATIENT TOXICOMANE, LE PRODUIT ET L'ENVIRONNEMENT

CONFERENCE ALTO
Oswald DE COCK
Psychologue.

Résumé de l'intervention :

Le triangle multifactoriel élaboré par le Docteur Olivenstein est un outil qui permet d'appréhender la consommation des produits (au sens large, c'est-à-dire, les produits avec et sans toxiques) dans une vision globale en tenant compte, à la fois de l'individu qui consomme et de ses caractéristiques personnelles, de la nature du produit et enfin du contexte dans lequel cette consommation a lieu.

L'analyse circulaire des ces facteurs permet de comprendre de façon plus juste le consommateur et si son usage peut-être qualifié de problématique ou pas.

En articulant les trois axes du triangle, il devient alors possible de déterminer si le consommateur est dans une consommation abusive ou modérée. Cela permet donc d'évaluer le risque lié à sa consommation.

Ce triangle permet de aussi de déterminer le sens que peut revêtir la consommation. L'usager d'un produit est-il plutôt dans une consommation expérimentale, festive, auto thérapeutique ou toxicomaniaque ?

Au travers de l'analyse de facteurs de risque liés à chacun des éléments de ce triangle, il sera possible de poser un « diagnostic » qui permettra de donner du sens à la consommation, sachant que celle-ci peut évoluer dans le temps sur un continuum allant de l'abstinence à la consommation chronique et donc à la dépendance.

Cette compréhension systémique permet de construire des hypothèses quant à la probabilité qu'une consommation évolue vers une dépendance et ainsi d'ajuster sa stratégie d'intervention, pouvant aller d'un travail de prévention au traitement de substitution dans les situations plus graves.

Cette grille d'analyse permet donc à l'intervenant de se décentrer et d'appréhender la consommation d'un produit d'une façon plus dynamique, évitant ainsi l'écueil de la stigmatisation. Cette stigmatisation pouvant être liée à une représentation figée des produits et du consommateur.

Il existe toujours plusieurs « portes d'entrées » pour comprendre une consommation. Le triangle multifactoriel permet d'intégrer différents courants d'influence qui déterminent notre manière de voir les choses. Ainsi, l'intégration de l'approche médicale, psychologique et sociologique apporte un éclairage plus global et plus nuancé sur la question des dépendances. Une approche centrée uniquement sur le traitement médical risque de passer à côté d'autres éléments tout aussi importants et donc de diminuer l'efficacité de la prise en charge de l'usager de drogue.

LES FACTEURS DE RISQUE

1. Contexte milieu de vie

Pauvreté.
Violence, abus.
Messages familiaux ambigus.
Parents abusifs, qui contrôle.
Niveau d'autorité excessif ou absence totale d'autorité.
Parents négligeant.
Parents violents.
Parents consommateurs.
Lacune dans la communication ; nulle ou faible en qualité.
Attentes, parents-enfants (irréaliste ou exigeante).
Conflits dans la famille, désunie ou climat de tension.
Comportement criminel ou antisocial dans la famille.
Surprotection (souvent pour compenser le contrôle excessif de l'autre parent , en général le père).
Famille monoparentale.

2. Contexte - milieu social

Consommation dans le cercle d'amis.
Milieu exerçant des pressions.
Manque de reconnaissance.
Manque de satisfaction dans les rapports avec autrui.
Echecs, décrochage scolaire et/ou absentéisme (emmenant une non fierté de soi).
Pression de performance élevée.
Conditions de travail difficile.
Publicité incitative.
Grande accessibilité.
Nombreuses occasions de consommer.

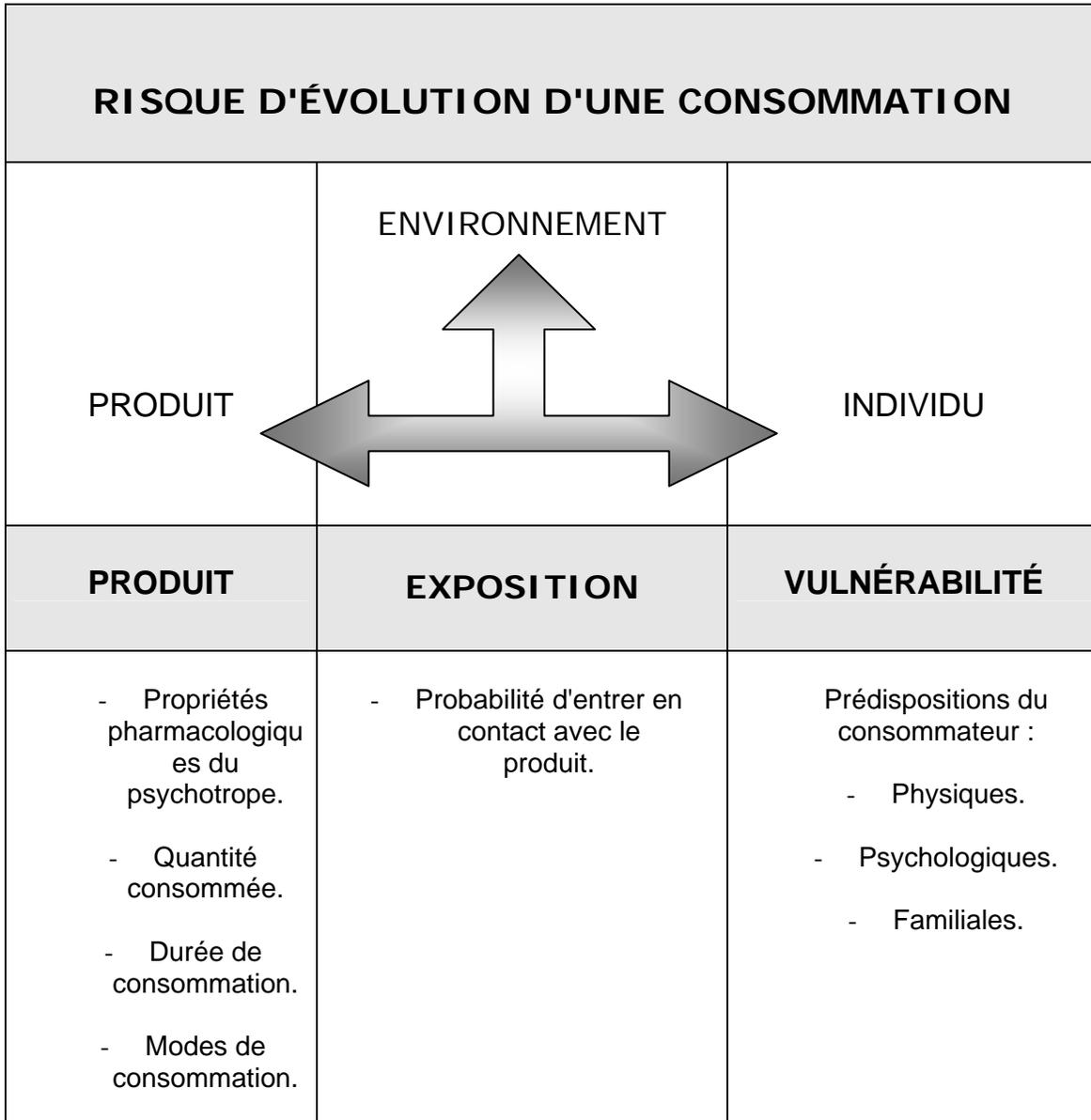
3. Individu

Faible estime de soi.
Ambivalence.
Repli sur soi.
Difficulté d'affirmation.
Isolement, solitude.
Attitude de rébellion.
Lacune au niveau de la communication.
Peu de résistance au stress et à l'angoisse.
Manque de motivation.
Souffrance psychologique.

Difficulté à gérer ses émotions.
Ennui, vide intérieur.
Centré sur son propre univers.
Attitudes rebelles.
Manque d'adhésion aux valeurs sociales.
S'adapte mal au moule de la société.
Traumatisme subi durant l'enfance.
Dépression, problème de santé mentale.
Maladie ou handicap physique.

4. PRODUITS

Initiation précoce à la consommation.
Quantité consommée.
Fréquence de la consommation.
Polyconsommation.
Mode d'administration : ingestion, sniffer, injection, inhalation.
Qualité douteuse du produit due à son illégalité.



<p>TABLEAU DES DIFFERENTS FACTEURS DE RISQUES LIES A LA CONSOMMATION DE PRODUITS PSYCHOTROPES.</p>
--

Les risques sont au niveau de la santé physique et mentale et des attitudes négatives et de leurs conséquences dans un environnement social, familial, professionnel ou scolaire.

- **Risques associés à la PRECOCITE de la consommation des psychotropes.**

Plus l'âge de la première consommation est précoce plus le risque est important que cette consommation devienne problématique, ou toxicomaniaque et ce quelque soit le produit.

- **Risques liés au SEVRAGE selon le type de substance.**

Le sevrage est un arrêt de consommation d'un produit ce qui entraîne un état psychologique et physique **de manque**. Une série de symptômes cliniques apparaissent. Lorsqu'il y a sevrage, on remarque deux types de risques pour la santé et l'état mental de la personne consommatrice ainsi que pour son entourage social. Si on supprime le produit, il y a des risques mineurs et majeurs. La durée de ces symptômes dure approximativement une semaine à dix jours et leur intensité décroît.

- **Risques associés au MODE d'ADMINISTRATION.**

Le mode de consommation dépend du produit, structure et présentation et ceux –ci produisent des effets différents selon la connaissance du produit de la personne qui consomme et selon ses envies et besoin. Les risques au niveau de la santé et le risque par rapport au contre effet d'un produit (symptômes du au produit et état de manque) ainsi qu'a sa durée d'action souvent une montée un plat et une descente. On rencontre ici le phénomène des poly-toxicomanies pour contrer les effets du premier produit.

- **Risques associés à la QUANTITE.**

Les risques liés à la quantité sont à mettre en parallèle avec le phénomène de **tolérance**. On doit toujours en prendre une plus grande quantité pour en ressentir les mêmes effets. A cette conception, il faut pouvoir mettre un seuil de tolérance de l'individu et une restriction pratique liée à la forme du produit. Plus on en prend, plus le risque pour la santé physique et mentale est élevé (d'avoir une surdose) et par rapport à l'environnement les comportements deviennent des conduites à risques importantes (développé des comportements extrêmement dangereux).

- **Risques associés à la FRÉQUENCE DE CONSOMMATION des psychotropes au cours des six derniers mois.**

Choix des six derniers mois car c'est une bonne estimation d'une consommation d'un produit. Les risques sont ici pour la santé physique et mentale surtout dans une consommation chronique

- **Risque d'évolution d'une consommation expérimentale ou festive vers une consommation auto thérapeutique ou toxicomaniaque.**

Plus les trois facteurs ont de l'importance dans la vie d'un individu, celui pourra passer d'un produit moins toxique vers un produit plus toxique, de passer d'un environnement stable vers un environnement instable et d'isolement et la structure de sa personnalité peut être atteinte et devenir rigide, au point de ne plus se centrer que sur le produit (plaisir immédiat et anesthésiant) et sur l'absence d'avenir et la démotivation.

COMPARAISON ENTRE DEUX MODELES D'APPROCHE DE LA TOXICOMANIE

APPROCHE "MALADIE"	APPROCHE BIO-PSYCHO-SOCIALE
1. L'assuétude est une réalité neurobiologique (génétique, physiologique).	1. L'assuétude est une stratégie d'adaptation, un moyen de négocier avec la vie, surtout avec le stress.
2. Un même traitement s'applique à tous selon la substance.	2. L'intervention respecte les choix personnels quant aux buts (abstinence, modération) et aux moyens adaptés à la réalité de chacun.
3. La personne intervenante et non celle qui consomme des psychotropes, décide du plan d'intervention.	3. La personne définit elle-même son plan d'intervention.
4. On est toxicomane ou on ne l'est pas; il y a peu de place pour les nuances.	4. L'assuétude s'inscrit dans un continuum et ses manifestations varient d'un individu à l'autre.
5. On donne peu de pouvoir à la personne pour maîtriser sa consommation de psychotropes (abstinence incontournable).	5. On donne à l'individu le pouvoir de modifier son modèle de consommation de psychotropes (choix de l'abstinence ou de la modération).
6. Le traitement est centré sur l'assuétude (la substance). Le meilleur soutien, c'est l'entraide d'ex-alcooliques ou d'ex-toxicomanes.	6. Le traitement met l'accent sur les facteurs psycho-sociaux qui entourent l'assuétude (soutien ou éloignement des pairs, de la famille, des relations amicales, des collègues.)
7. Toxicomane un jour, toxicomane toujours.	7. Une fois libérée de son assuétude, la personne ne se définit plus comme "toxicomane".

NOTIONS DE BASE: PRESENTATION SYNTHETIQUE DES DIFFERENTES APPROCHES

INTRODUCTION

Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'être humain consomme des fruits fermentés, de l'alcool frelaté, des plantes psychoactives de toutes sortes. Il le fait pour retrouver des états différents ou seconds de conscience, lors de certaines fêtes ou de certains rassemblements, pour clamer sa douleur ou sa souffrance, pour se donner de l'énergie ou du courage, pour oublier, pour calmer son anxiété ou pour le plaisir. Les drogues psychoactives sont donc utilisées à différentes fins (conviviales, ludiques, spirituelles et religieuses, sociales thérapeutiques et médicales pour l'anesthésie affective ou celle de la conscience, pour la productivité, etc.) et les effets recherchés varient selon le besoin, le moment ou les circonstances. Selon le groupe ou le milieu d'appartenance, elles seront tantôt dénoncées, comme ce fut le cas pour la consommation d'alcool et de tabac par les femmes. Par conséquent, le regard de la société à l'égard de leur consommation varie selon les lieux et les moments, voire le contexte politique ou socioculturel.

La façon qu'a une société de traiter les alcooliques et autres toxicomanes repose sur un ensemble de facteurs et de critères dont la référence n'est pas toujours évidente. Il y a, en fait, peu de phénomènes sociaux où les passions, les stéréotypes, les préjugés et les clichés ont eu autant d'influence sur l'idée qu'on en a et sur la façon d'y réagir. Profanes comme experts n'y échappent pas facilement. Au-delà de notre formation professionnelle et de nos expériences personnelles, nous avons tous un **système de valeurs**, un jugement moral, voire un inconscient collectif qui agissent sur notre façon d'être et de comprendre des réalités qui nous touchent, comme c'est le cas pour la consommation de drogues ou pour les pratiques sexuelles.

1. L'influence morale

Toute société a ses substances apprivoisées, donc acceptées et tolérées, et ses substances bannies, voire diabolisées. Dans les sociétés chrétiennes, jusqu'au milieu des années quarante, l'Eglise fut le principal leader d'opinion en ce qui a trait à la consommation d'alcool. On comprendra donc que dans l'inconscient collectif de plusieurs, la drogue est maudite puisqu'elle "rend l'homme semblable à la bête". Rappelons les campagnes et les mouvements d'abstinence qui incitaient les individus à ne jamais acheter, posséder ni offrir de boisson alcoolisée.

Il est important de souligner le rôle dévolu à la femme à cette époque :

Les mouvements d'abstinence définissaient alors les femmes comme des victimes de l'ivrognerie des hommes et leur assignaient le rôle de gardiennes de la sobriété. Cette responsabilité a comporté un prix très lourd pour les femmes, particulièrement pour celles qui ne se sont pas conformées aux attentes et qui se sont mises à boire avec excès. L'alcoolisme étant socialement moins toléré chez les femmes que chez les

hommes, les femmes dites alcooliques ont été, et sont peut-être encore des anges déchus.

Cette façon de voir, qui s'appuie sur un **jugement moral** plutôt que scientifique est centrée sur la substance et lui attribue souvent des propriétés ou des pouvoirs sinon douteux, à tout le moins non vérifiés. A la limite, selon cette vision morale, la substance a nécessairement un effet dégénéréscant sur la personne qui la consomme et sur son entourage. Lorsqu'elle se détache de la substance pour cibler l'individu qui la consomme, cette lunette va souvent amener à le définir, surtout s'il s'agit de drogues illégales, comme un antisocial ou quelqu'un qui **manque de volonté ou de maîtrise de soi**. Pour celles et ceux qui voient d'abord la toxicomanie sous cet angle, il est difficile de croire à la volonté et à la capacité de changement des toxicomanes. Le recours à la **répression**, au **contrôle** ou à la **punition** leur apparaît donc souvent comme la stratégie privilégiée d'intervention. S'il est vrai que cette lecture peut s'appliquer à l'occasion, sa généralisation à l'ensemble des toxicomanes ne colle pas à la réalité. Toutefois, une des conclusions qu'on peut retenir de l'approche morale est que pour aider les personnes dont la consommation d'une substance est nuisible ou risque de le devenir, il faut prêter attention à leur système de valeurs. Les études qui portent sur des groupes de toxicomanes confirment en effet que la plupart d'entre eux éprouvent des difficultés d'adaptation, entre autres raisons parce qu'ils refusent les valeurs véhiculées par leur entourage; on y retrouve tantôt des anticonformistes (déviants), tantôt des antisociaux (délinquance).

La relation d'aide n'exclut pas l'éducation ou le recours à un système de valeurs et de croyance ayant des bases morales. Cependant, il faut se méfier des attitudes moralisatrices empreintes de dogmatisme ou de rapports autoritaires, voire dominateurs.

Cette précaution s'impose en relation d'aide auprès des toxicomanes puisque les personnes dont la toxicomanie résulte d'un manque d'autonomie et de confiance en soi sont nombreuses. Avec ces personnes, il faut généralement éviter la confrontation, le rapport de force et l'intervention autoritaire si on veut les aider.

2. L'influence biomédicale

Au milieu des années quarante, **la médecine** a socialement donné sa première chance à l'alcoolique et au toxicomane. Il ne s'agissait plus d'un dépravé, d'un criminel ou d'un pécheur à isoler, mais d'un **malade à traiter**. On a parlé d'allergie à l'alcool en raison des déficiences organiques, et aussi de troubles génétiques. Des facteurs héréditaires peuvent effectivement intervenir puisque l'alcoolisme ou les autres toxicomanies se rencontrent beaucoup plus fréquemment dans certaines familles. Toute une littérature épidémiologique (étude des rapports existants entre les maladies et divers facteurs susceptibles d'exercer une influence sur leur fréquence, leur distribution et leur évolution) et clinique (approche plus individuelle) a vu le jour au cours des deux dernières décennies mettant en évidence la chaîne parents-enfants aux prises avec l'alcoolisme. Cependant, on reconnaît de plus en plus, notamment par le biais d'études sur les jumeaux, que le développement de l'alcoolisme résulte de l'interaction complexe de facteurs affectifs, génétiques et environnementaux.

La **médecine neurobiologique** est certainement une des disciplines en vogue en toxicomanie. Depuis la découverte, au cours des vingt dernières années, de substances

psychoactives endogènes (endorphine et dopamine), on explique l'action des psychotropes et leur effet de dépendance à partir de différents scénarii d'interférences cérébrales. La recherche scientifique en vue de préciser la localisation et les mécanismes d'action des drogues dans l'organisme, et plus spécifiquement dans le système nerveux central, demeure d'un très grand intérêt. Il faut cependant, là comme ailleurs, se méfier des **conclusions hâtives**, sinon dogmatiques, enrobées d'un discours scientifique.

Les déficiences les plus souvent invoquées sont des déséquilibres biochimiques, résultant de mystérieuses tares génétiques. L'absence de preuves irréfutables pour appuyer ses croyances ne diminue aucunement le zèle avec lequel elles sont régulièrement exprimées. Et, pour supporter cet immense édifice théorique fictif, il y a la prescription des psychotropes.

Mentionnons enfin **l'explication somato-psychique** de la toxicomanie qui s'appuie sur les études de l'éminent neurochirurgien canadien, le docteur Hans Selye. On dira alors que la personne toxicomane utilise les drogues comme automédication intuitive pour réduire les modifications organiques provoquées par le stress. Il faut reconnaître cependant qu'il est plus facile d'évaluer les facteurs à l'origine du stress que ses conséquences physiologiques.

La tendance à recourir aux médicaments est souvent utilisée, particulièrement auprès des femmes et des personnes âgées, pour les aider à composer avec divers troubles émotionnels et psychologiques, dont l'angoisse et la peur. Plusieurs de ces drogues peuvent engendrer une dépendance psychologique et physique, et plusieurs peuvent avoir des effets secondaires imprévisibles. Cette consommation doit être suivie attentivement.

Le traitement d'une toxicomanie par le recours à un médicament ou à une autre drogue s'inspire souvent des explications neurobiologiques. Pour le traitement, on parle de **substitution** lorsqu'on utilise des drogues dont l'action est semblable à celles qui causent la toxicomanie (héroïne et méthadone), ou **d'antagonisme** lorsqu'on a recours à un médicament qui empêche l'effet recherché par la drogue.

3. L'influence psychologique

C'est particulièrement avec le début des années septante que la **psychologie** a commencé à assumer un certain leadership dans le domaine de la toxicomanie.

Comme pour les autres comportements et habitudes, les explications psychologiques de la toxicomanie varient selon les écoles d'appartenance. En bref, on peut les regrouper autour des théories psychodynamiques, behavioristes et humanistes.

- **Les théories psychodynamiques** conçoivent la toxicomanie comme le résultat de conflits non résolus à la petite enfance (fixation, régression, etc.). On l'y associe à une personnalité dépendante ou passive agressive ; l'évolution et l'histoire personnelle sont en ce cas particulièrement importantes à explorer dans la recherche de son étiologie (des causes).
- Il faut cependant reconnaître qu'en dépit des nombreux efforts qui lui ont été consacrés, la **recherche psychométrique** (approche basée sur les tests) ne

supporte pas l'hypothèse d'une personnalité toxicomane; par ailleurs, de nombreuses données laissent entendre que certains traits de personnalité expliquent en partie le cheminement vers la toxicomanie, sinon le choix de la drogue privilégiée.

- **L'approche behavioriste** définit essentiellement la toxicomanie comme un comportement appris, une habitude qui s'est installée parce qu'elle favorise l'adaptation affective et sociale. Elle recourt donc à des stratégies de modifications du comportement qui ont fortement influencé les techniques rééducatives des vingt-cinq dernières années. On y retrouve les modèles d'intervention proposés par différents.
- **La psychologie dite humaniste ou existentielle** s'exprime particulièrement à travers les **modèles systémiques** en ce qui a trait à la toxicomanie. L'assuétude, ou dépendance à une drogue, est alors vue comme la résultante de l'interaction de facteurs affectifs et contextuels. Le toxicomane est un individu qui souffre et qui éprouve de sérieuses difficultés relationnelles, très souvent d'origine familiale. L'utilisation compulsive d'une ou de plusieurs drogues servirait d'abord à l'anesthésie de la conscience, lorsqu'elle est source de souffrance et de frustration. La drogue, lors des premières consommations, plonge dans un état second qui réduit la tension provoquée par le stress et l'insatisfaction de soi; la consommation répétée finit par accentuer l'inconfort initial et les sentiments que le toxicomane voulait fuir.

La réadaptation repose d'abord sur une relation de confiance qui vise à modifier la perception que l'individu a de lui-même, à travers des changements non seulement chez lui, mais dans son environnement.

4. L'influence sociologique

Pour les sociologues, lorsque les buts visés par la société qui sont inaccessibles à certains sujets, ceux-ci sont susceptibles d'adopter des comportements déviants ou inadaptés comme c'est le cas pour la surconsommation de drogue.

- **L'approche socioculturelle** repose sur le contexte social dont procède le comportement, et c'est ce contexte qu'elle vise à transformer. Au lieu d'insister sur l'adaptation de l'individu au contexte ou au milieu social, cette approche repose plutôt sur l'idée que certains éléments devraient être adaptés à l'individu et à ses besoins. Il y a des institutions, en particulier dans le domaine de l'éducation, qu'il faudrait modifier pour les rendre moins impersonnelles, plus humaines ; les services de santé et les services sociaux devraient être plus nettement axés sur leurs clients et moins soumis aux spécialistes ; les groupes communautaires devraient pouvoir mieux s'adapter aux besoins de croissance et au mode de vie de toute une gamme d'individus ; il faudrait moins favoriser l'acceptation sur le plan social des drogues licites ; le monde du travail devrait offrir plus de satisfactions à l'individu et être moins exclusivement orienté vers le profit matériel; il faudrait changer les lois qui font plus de mal que le comportement qu'elle vise à réglementer.

Pour sa part, **le féminisme** à apporter un éclairage nouveau quant à la toxicomanie chez les femmes. D'abord, il a rendu public la stigmatisation sociale dont les femmes alcooliques et toxicomanes sont victimes et il a fait ressortir **l'influence des rôles et des**

apprentissages sur les habitudes de consommation des femmes. De plus, il a mis en lumière le mode de réponse sexiste du système médical à l'égard des femmes.

Les études cliniques auprès des toxicomanes montrent très souvent des individus qui se sentent aliénés, victimes ou privés de perspectives d'avenir (ils ont peu d'espoir de se réaliser dans l'avenir, ils se sentent incapables d'aspirer aux idéaux véhiculés par la société, etc.). Il faut tenir compte de ces observations qui peuvent être utiles en relation d'aide, mais surtout en promotion de la santé. Ainsi les études épidémiologiques nous montrent que selon le lieu et le temps, certaines populations sont plus exposées que d'autres à subir des méfaits d'une ou de certaines drogues ; pensons aux sans abris, aux personnes âgées, aux victimes de la violence, aux femmes enceintes, etc. L'approche psychosociale structurelle s'inscrit dans cette orientation. Elle consiste à mettre en lumière différents types d'oppression et à en décortiquer les mécanismes afin de trouver les solutions à appliquer à soi-même, à la famille, au réseau social ou à la communauté. L'intervention féministe qui s'inspire de l'approche structurelle, permet de replacer certains problèmes dans un contexte d'oppression des femmes. Elle vise à ce que la femme obtienne plus de pouvoirs.

5. L'intégration des courants d'influence : les approches multi-factorielles et systémiques

Comme on peut le constater à travers le cheminement historique des approches précitées, le progrès de l'intervention en toxicomanie a souvent reposé sur des modes ou des courants forts (influence morale, médicale, sociopolitique, psychologique) aux assises scientifiques fragiles. Aujourd'hui les connaissances que nous en avons sont plus stables, fiables et cohérentes. Ainsi le réseau de la santé et des services sociaux a su, au cours des dernières années, s'appuyer sur l'ensemble de la recherche dans le domaine pour privilégier une approche globale. Des instruments de mesure et des stratégies d'intervention s'inscrivant dans cette perspective ont été développés. Les hégémonies disciplinaires s'amenuisent et des efforts sont fournis en vue de développer un partenariat interdisciplinaire. Ce programme de formation s'inscrit d'ailleurs dans cette foulée: "la toxicomanie n'est plus le fait d'une seule science particulière, mais un problème multidisciplinaire déterminant une intervention de même nature". Une vision holistique (globale) est maintenant adoptée puisque l'apport des variables sociales et affectives dans l'établissement d'une toxicomanie est de plus en plus reconnu.

On se rend de plus en plus compte dans ce contexte d'intervention que l'habitué d'une drogue ne peut sortir de son handicap qu'à sa façon, à partir de sa propre prise en charge pour modifier ses perceptions et ses procédés en vue d'une nouvelle façon d'être. Seule cette prise en charge de soi est une garantie de succès.

Il n'y a pas non plus de modèle fixe de ce que doit être la personne une fois départie de sa toxicomanie, sauf celui d'une personne plus apte à réorganiser son monde dans le respect d'autrui.

L'approche systémique a également ouvert la porte à **l'intervention familiale ou de couple**, qui s'avère de plus en plus indispensable au changement d'habitudes de consommation de la plupart des toxicomanes. On invite alors la famille ou un de ses membres à participer à l'intervention, aussi bien pour mieux comprendre la personne toxicomane que pour l'accompagner et la soutenir dans sa démarche.

Notons enfin l'orientation de plus en plus partagée par les spécialistes voulant que l'intervention sociale comme la relation d'aide se décentrent de la substance en soi pour se pencher d'abord sur les différents **risques** ou **méfais** que la **consommation entraîne**.

6. L'approche de changement par réduction des méfaits

L'approche traditionnelle, voire dominante, jusqu'à ce jour en matière d'alcoolisme et de toxicomanie vise l'**abstinence**. Devant le constat de fréquentes et de nombreuses résistances à cette approche qui repose d'abord sur un jugement moral de la consommation des psychotropes, un consensus est en train de se faire chez les spécialistes de l'intervention (en prévention et en réadaptation), à l'effet qu'une approche plus pragmatique visant la **réduction des risques et méfaits** associés à leur consommation s'avère à la fois plus efficace et plus efficiente. Comme le souligne Lise ROY (Université de Sherbrooke) : "Dans le contexte actuel, il faut cesser de tout régler en noir ou en blanc. Nous devons accepter d'être bousculé dans nos convictions, nos croyances, voire même dans nos pratiques et dans l'évaluation de notre efficacité comme intervenant".

Il faut souligner cependant que l'approche traditionnelle n'empêche pas celle de la réduction des méfaits; il s'agit en fait de considérer l'abstinence non plus comme un but incontournable, mais plutôt comme un moyen que certaines personnes **peuvent** choisir. Il reste que dans l'un ou l'autre cas, de plus en plus de spécialistes considèrent qu'il est plus efficace de s'orienter sur la conscientisation et la réduction des risques et des méfaits plutôt que la répression et la punition en vue d'atteindre un idéal utopique d'une société sans drogue. En prévention comme en relation d'aide, c'est d'abord à la qualité de vie des personnes, prises tant collectivement qu'individuellement, que l'on doit s'adresser. Ce sont d'abord les méfaits reliés à la consommation qu'il faut réduire, entre autres les problèmes de santé, de criminalité et de qualité de vie. En effet, pour un âge donné, il y a dix fois plus de mortalité et de maladies infectieuses chez les héroïnomanes que dans la population en général; de plus on associe plusieurs délits à l'usage de la drogue.

La réduction des méfaits procède d'une démarche par hiérarchie d'objectifs, des plus urgents et réalisables aux plus éloignés et utopiques, plutôt que de mettre d'emblée en avant les idéaux (quand ce ne sont pas des chimères) comme la non-consommation de drogues de rue, la désintoxication obligatoire et l'abstinence à tout prix.