



Réseau communautaire  
canadien d'épidémiologie  
des toxicomanies (RC CET)

# 2002 Rapport national

---

Les tendances des toxicomanies et le RC CET





Réseau communautaire  
canadien d'épidémiologie  
des toxicomanies (RCCET)

# 2002 Rapport national

Les tendances des toxicomanies et le RCCET

© Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies  
Document publié en 2003 par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies  
Bureau 300, 75, rue Albert, Ottawa (Ontario) K1P 5E7

Tous droits réservés. Aucune partie de ce rapport ne peut être reproduite ni retransmise à l'aide d'un moyen électronique, graphique ou mécanique quelconque, y compris par photocopieur ou enregistrement, ni versée à n'importe quel système de mise en mémoire et de récupération de l'information sans la permission écrite préalable de l'éditeur.

Il est possible de consulter le rapport sur le site Web du CCLAT à l'adresse [www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca).

Par Colleen Anne Dell et Karen Garabedian en collaboration avec les participants du RCCET et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Les communications ayant trait au présent rapport doivent être adressées au Pr Dell (75, rue Albert, bureau 300, Ottawa (Ontario) K1P 5E7, Canada; adresse électronique : [cdell@ccsa.ca](mailto:cdell@ccsa.ca)).

Des parties de ce rapport reposent sur des rapports antérieurs du projet RCCET (Poulin, 1997; Poulin et al., 1999; Single, 2000) et sur des documents de projet rédigés par Pamela Fralick, première coordonnatrice du RCCET. De plus, des parties du rapport s'appuient sur les données recueillies par le RCCET pour le Rapport sur la situation de la santé des femmes, projet de collaboration entre Santé Canada, l'Institut canadien d'information sur la santé et des chercheurs universitaires. De plus, certaines des données d'enquêtes à l'échelle nationale qui sont présentées dans ce rapport ont été recueillies auprès du centre de données de l'Université Carleton. Les membres du RCCET et le CCLAT ont formulé des commentaires au sujet du présent rapport. Nous remercions sincèrement toutes ces personnes d'avoir contribué à l'élaboration du rapport.

This document is also available in English

ISSN 1708-8852  
ISSN 1708-8860 (en ligne)

Imprimé et relié au Canada sur du papier recyclé.

## COMITÉ DIRECTEUR DU RCCET

JANVIER, 2003

**Michel Perron (président)**  
Centre canadien de lutte  
contre l'alcoolisme et les  
toxicomanies

**Jim Anderson**  
Expert-conseil

**Jackie Arthur**  
Division des politiques,  
de la coordination et des  
programmes sur le VIH/  
SIDA, Direction générale de  
la santé de la population et  
de la santé publique, Santé  
Canada

**D<sup>r</sup> Joan Brewster**  
La société médicale  
canadienne sur l'addiction

**Lyse Champagne**  
Bureau de la Stratégie  
canadienne antidrogue,  
Santé Canada

**D<sup>r</sup> Colleen Anne Dell**  
Centre canadien de lutte  
contre l'alcoolisme et les  
toxicomanies

**Leslie Forrester\***  
Centre de prévention et  
de contrôle des maladies  
infectieuses, Santé Canada

**D<sup>r</sup> Brian Grant**  
Centre de recherche en  
toxicomanie, Service  
correctionnel du Canada

**Janet Neves**  
Fédération canadienne des  
municipalités

**Michel Pelletier**  
Sensibilisation aux drogues,  
Gendarmerie royale du  
Canada

**D<sup>r</sup> Eric Single**  
Centre canadien de lutte  
contre l'alcoolisme et les  
toxicomanies

\*Remplaçante temporaire du  
Dr Shimian Zou

## COORDONNATEURS LOCAUX DU RCCET

JANVIER, 2003

**Darlene James\***  
Calgary (Alberta)  
Alberta Alcohol and Drug  
Abuse Commission

**D<sup>r</sup> Cameron Wild**  
Edmonton (Alberta)  
Centre for Health  
Promotion Studies,  
Université de l'Alberta

**Gordon Skead**  
Fredericton (Nouveau-  
Brunswick)  
Services de toxicomanie,  
Régie de la santé de la  
Région 3

**Shaun Black**  
Halifax (Nouvelle-Écosse)  
Drug Dependency, Région  
du centre

**Denis Boivin**  
Montreal (Québec)  
Régie régionale de la santé  
et des services sociaux  
de Montréal-Centre  
(RRSSMC)

**Nancy Langdon\*<sup>1</sup>**  
Ottawa (Ontario)  
Service de la santé de la  
Région d'Ottawa-Carleton

**Lorri Carlson<sup>2</sup>**  
Regina (Saskatchewan)  
Mental Health and  
Addictions Services, Régie  
régionale de la santé n° 4

**Debbie Wheaton<sup>3</sup>**  
St. John's (Terre-Neuve-et-  
Labrador)  
Programme de  
sensibilisation aux  
drogues de la Division B,  
Gendarmerie royale du  
Canada

**D<sup>r</sup> Joyce Bernstein**  
Toronto (Ontario)  
Service de santé publique  
de Toronto

**D<sup>r</sup> Jane Buxton<sup>4</sup>**  
Vancouver (Columbie-  
Britannique)  
Régie de la santé Coastal de  
Vancouver, Lutte contre les  
maladies transmissibles

**Peter Greenlaw**  
Whitehorse (Yukon)  
Gendarmerie royale du  
Canada

**D<sup>r</sup> David Patton<sup>5</sup>**  
Winnipeg (Manitoba)  
Fondation manitobaine  
de lutte contre les  
dépendances

\* Personne-ressource seulement

<sup>1</sup> Coordonnateur sortant en 2002,  
Benoît Belanger

<sup>2</sup> Coordonnateurs sortants en 2002,  
Lyell Armitage, Jerry Fitzgerald

<sup>3</sup> Coordonnateur sortant en 2002,  
Ron Tizzard

<sup>4</sup> Coordonnateur sortant en 2002,  
Mark McLean

<sup>5</sup> Coordonnatrice sortante en 2002,  
Jenny Gates

# Résumé

En 1996, le Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies (RCCET) est établi pour la surveillance des toxicomanies et de leurs conséquences négatives au niveau communautaire. À l'heure actuelle, 12 sites participent au réseau de près ou de loin et d'autres sites sont en voie de création. En dépit de problèmes continus en ce qui concerne l'obtention du financement, Vancouver, Edmonton, Regina, Winnipeg, Toronto et St. John's ont déposé leur rapport de site pour 2001 et Winnipeg, Fredericton, Vancouver et Toronto l'ont fait pour 2002, tandis que Regina et Ottawa ont présenté des rapports provisoires. Le présent rapport sommaire a quatre objectifs : (1) décrire le réseau et faire le point sur son évolution; (2) décrire les indicateurs et les sources de données du réseau; (3) mettre en évidence les données nationales disponibles les plus récentes; (4) présenter des thèmes et certaines données provenant des rapports locaux du RCCET pour 2002 et 2001. Lorsque les données le permettent, les constatations sont présentées selon le sexe.

Dans un premier temps, le présent rapport expose des renseignements de base sur le réseau et un bilan de ses activités et de son évolution depuis le précédent rapport national (Single, 2000) et depuis l'évaluation nationale du réseau (Ogborne, 1999)<sup>2</sup>. Ensuite, les sources de données et les indicateurs sont présentés, puis sont mis en évidence les principales enquêtes canadiennes et d'autres sources de données nationales portant particulièrement sur la consommation et sur l'abus de substances ainsi que leurs points forts et leurs limites. Cet élément définit les données consultées par le RCCET pour diffusion auprès des sites locaux et présente au lecteur l'abondance ou le manque de données disponibles sur la consommation et l'abus de substances au Canada. L'examen des indicateurs du RCCET porte avant tout sur les efforts que le réseau ne cesse de déployer pour les améliorer.

Le rapport traite ensuite des données nationales sur la consommation et l'abus de substances. Cette présentation de données vise à faire un survol aussi actuel et englobant que possible à l'échelle nationale. L'objectif visé n'est pas d'interpréter des données et de tirer des conclusions, ou même de proposer des explications. Il s'agit plutôt de présenter et de résumer les données. Les principales constatations s'attachant à chaque indicateur sont présentées dans un instantané chronologique au début de chaque section. Dans la mesure du possible, on présente les données les plus récentes. Les instantanés au début des sections servent ainsi de sommaires des principales constatations de même que de jauges de la disponibilité des données canadiennes à l'heure actuelle. Les instantanés comportent deux sections, avant et après 1997, pour signaler la nécessité de données plus à-propos. Cette section fait aussi le point sur certaines données présentées dans le Profil canadien de 1999, publié conjointement par le CCLAT et le Centre de toxicomanie et de santé mentale<sup>3</sup>. Tandis que cette section du rapport vise à présenter les faits marquants subordonnés aux données nationales, l'objectif global est d'inviter le lecteur à consulter par la suite le site Web du RCCET, à l'adresse [www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca), où sont diffusés périodiquement des ensembles exhaustifs de données, des sommaires thématiques, des mises à jour sur des recherches (établissant des données sur les tendances) et d'autres renseignements connexes.

La dernière section du rapport présente des thèmes et certaines données tirés des rapports et compte rendus les plus récents des sites du RCCET. Il sera possible de consulter régulièrement, sur le site Web du RCCET, des bilans locaux réguliers et un ensemble plus important de données et de renseignements particuliers aux sites.

Le présent rapport s'adresse à un auditoire diversifié réunissant tant les intervenants des premières lignes que des analystes des politiques, y compris des personnes ayant une

connaissance approfondie de l'analyse des données et des techniques de présentation et d'autres qui ne sont pas aussi bien informées dans ce domaine. Le format du rapport a été établi de façon à favoriser la lecture pour l'ensemble des lecteurs. Des sommaires de données et des faits saillants aux niveaux national et local sont présentés dans les prochaines pages

## **NIVEAU NATIONAL**

En dépit des difficultés méthodologiques qui accompagnent la comparaison de diverses sources de données, on a mis en évidence certaines tendances nationales apparentes selon les indicateurs<sup>4</sup> :

### **PRÉVALENCE**

**Prévalence de la consommation d'alcool :** Les sujets de sexe masculin continuent de consommer de l'alcool plus souvent et en plus grande quantité que leurs homologues féminines. Néanmoins, de récentes constatations d'enquête révèlent que comparativement à leurs homologues masculins, les étudiantes au niveau du baccalauréat consomment de l'alcool plus souvent, et que la consommation d'alcool des jeunes femmes de 15 à 19 ans est légèrement supérieure à celle des jeunes hommes de ce groupe d'âge<sup>5</sup>. On a signalé une diminution de la consommation d'alcool chez les femmes pendant la grossesse, de même qu'une diminution, chez les hommes et chez les femmes, de la conduite lorsque le taux d'alcoolémie est supérieur à la limite permis. Dans l'ensemble, il y a eu une faible hausse de la consommation par habitant de bière pour le marché intérieur et de bière importée, selon les données sur les ventes, ainsi qu'une hausse de la consommation de spiritueux et de vin. De même, il y a eu une augmentation de la consommation autodéclarée d'alcool chez les deux sexes. L'alcool, obtenu légalement ou produit ou vendu illégalement, continue de constituer un grand problème dans certaines communautés autochtones.

**Prévalence de la consommation de drogues illicites :** Le cannabis demeure la drogue illicite utilisée le plus fréquemment chez les adultes et les jeunes des deux sexes. Même s'il n'y a pas de données sur les tendances, on a signalé qu'il est assez courant de conduire après avoir consommé une drogue susceptible d'affaiblir les facultés. À cet effet, un faible pourcentage de répondants ont déclaré la consommation de certaines drogues illégales ou de la marijuana en particulier. Dans les collectivités autochtones, on signale que l'usage des drogues illégales est un problème pernicieux qui prend de plus en plus d'importance.

**Prévalence de l'usage de drogues licites :** Chez les sujets de sexe féminin, l'utilisation déclarée de certains médicaments non prescrits et prescrits a augmenté, tandis qu'en général, l'usage a diminué ou est demeuré stable chez leurs homologues masculins. Chez les femmes, c'est l'usage d'antidépresseurs qui a affiché l'augmentation la plus importante. Un quart des femmes ont signalé avoir utilisé des médicaments d'ordonnance ou des médicaments en vente libre pendant leur grossesse. Au cours des trois dernières décennies, on a observé une augmentation importante des dépenses pour les médicaments prescrits et non prescrits au Canada. En 2001, une famille a fait exécuter en moyenne 30 ordonnances, résultat qui correspond à un coût de 1 209,58 \$.

**Prévalence de la consommation de solvants :** Il faut absolument accorder plus d'attention à cette question dans les milieux de recherche. On ne connaît pas les taux actuels de consommation de solvants dans la population autochtone du Canada, bien que les médias

présentent régulièrement des taux supérieurs à ceux de la population en général, surtout chez les jeunes.

#### **APPLICATION DE LA LOI**

**Alcool :** Il y a eu une diminution des saisies d'alcool. Il y a aussi eu une diminution du nombre de cas d'adultes, hommes et femmes, qui comparaissent en justice pour conduite avec facultés affaiblies. Proportionnellement, parmi les personnes reconnues coupables de conduite avec facultés affaiblies, un plus grand nombre d'hommes que de femmes sont condamnés à une peine de prison, par rapport aux autres sentences possibles. Il y a un lien étroit entre la consommation d'alcool et la criminalité.

**Consommation de drogues illicites :** Le nombre de saisies importantes est demeuré stable, mais il y a eu une diminution remarquable de leur valeur en dollars, probablement à cause du fléchissement au niveau de la quantité de certaines drogues saisies et de la baisse de la valeur de la cocaïne sur le marché illicite. Il y a eu une augmentation du taux pour 10 000 Canadiens d'hommes et de femmes et de jeunes hommes et de jeunes femmes inculpés d'une infraction en matière de drogue. À cet égard, un nombre légèrement supérieur de sujets de sexe masculin ont été inculpés. Les inculpations liées au cannabis étaient les infractions en matière de drogue les plus fréquentes chez les adultes et les jeunes des deux sexes. Parmi les adultes, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'être inculpées de trafic et de production de cannabis, tandis que les hommes étaient plus susceptibles d'être inculpés de possession. Parmi les jeunes, la répartition des inculpations liées au cannabis entre les catégories d'infractions était semblable chez les deux sexes. Il y a eu une diminution du nombre d'adultes, hommes et femmes, qui ont comparu en justice pour trafic et possession, les grandes infractions en matière de drogue. Au nombre de ceux qui se sont vu imposer une peine d'emprisonnement, un pourcentage plus important d'hommes que de femmes ont fait l'objet d'une peine pour trafic de drogues, tandis que le contraire était vrai pour la possession de drogues. Il y a eu une augmentation légère mais continue du nombre de détenus incarcérés pour une infraction en matière de drogue. Encore que la majorité des détenus condamnés pour une infraction liée aux drogues soient de sexe masculin, le pourcentage de détenues a presque doublé au cours des sept dernières années. Il y a un lien étroit entre la consommation de drogues illicites et la criminalité.

#### **TRAITEMENT**

Au Canada, il y a eu une diminution du nombre d'établissements de soins pour bénéficiaires internes aux prises avec une dépendance aux drogues ou à l'alcool de même que du nombre total de lits autorisés. Au nombre des 1 012 programmes de traitement des toxicomanies recensés au Canada, les services les plus disponibles ciblent les problèmes d'alcool, et les services les plus difficiles d'accès, les hallucinogènes. À *Jeunesse, J'écoute*, la proportion des appels ayant trait aux abus de substances n'a cessé de décroître. Parmi les appels portant précisément sur l'abus de substances, ceux qui traitent de problèmes de drogues sont deux fois plus nombreux que ceux qui portent sur des préoccupations liées à l'alcool. Les données recueillies auprès de la *Ligne Assistance Parents* indiquent une augmentation du nombre d'appels ayant trait à l'abus de substances ainsi qu'une légère augmentation de la proportion globale de ces appels. Dans les collectivités autochtones, il faut que des traitements ciblant principalement le bien-être communautaire et les méthodes de guérison traditionnelles soient conjugués avec des changements importants au chapitre des circonstances qui conduisent aux toxicomanies.



## **MORBIDITÉ**

**Alcool :** Chez les deux sexes, le « syndrome de dépendance alcoolique » représentait le plus grand nombre de départs en vie de l'hôpital (congé) en fonction du « principal diagnostic en cause » et de « l'ensemble des autres diagnostics »<sup>6</sup>. La « cirrhose alcoolique du foie » était la catégorie de diagnostic la plus courante au chapitre des départs consécutifs à un décès (décès d'un patient à l'hôpital), tandis qu'au chapitre de « l'ensemble des autres diagnostics », le « syndrome de dépendance alcoolique » réunissait le plus grand nombre de décès chez les deux sexes.

Il y a eu un léger fléchissement du nombre de conducteurs en cause dans des accidents d'automobile liés à l'alcool entraînant des blessures graves au Canada.

## **Morbidité**

**Drogues illicites :** La consommation de drogues illicites se dit de l'usage non médical et non scientifique de drogues énumérées dans les annexes I, II, III et IV régies par la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (p. ex., la cocaïne), de même que de l'usage de médicaments lorsqu'il ne fait aucun doute qu'ils sont utilisés pour d'autres fins que celles visées médicalement (les catégories d'intoxication et certaines complications néonatales dans la Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, 9<sup>e</sup> révision).

Dans les départs en vie de l'hôpital subordonnés à la consommation de drogues illicites, la catégorie de diagnostic la plus courante (« principal diagnostic en cause ») était le « suicide et l'auto-intoxication par un solide ou un liquide » chez les deux sexes. En fonction de « l'ensemble des autres diagnostics », chez les sujets de sexe féminin, la plupart des départs en vie étaient subordonnés à l'« intoxication par tranquillisants à base de benzodiazépine », et chez les sujets de sexe masculin, ils étaient subordonnés à l'« abus de cannabis ». Sur le plan du principal diagnostic en cause, la majorité des cas de départs consécutifs à un décès lié à l'usage de drogues illicites étaient classés dans la catégorie « suicide et auto-intoxication par un solide ou un liquide » chez les deux sexes. En fonction de l'ensemble des autres diagnostics, la principale cause de départ était l'« intoxication par opiacés et autres narcotiques similaires » dans les deux groupes.

**Drogues licites-illicites :** L'usage de drogues licites-illicites se dit de l'usage de drogues dans les cas où il est impossible de déterminer si la substance a été utilisée aux fins médicales ou scientifiques prévues (p. ex., intoxications accidentelles).

Chez les sujets des deux sexes, le « principal diagnostic en cause » lié à l'usage de drogues licites-illicites qui a été indiqué le plus souvent dans les cas de départ en vie de l'hôpital était l'« intoxication accidentelle par drogues, médicaments et produits biologiques ». Dans les deux groupes, les cas de départ en vie sur lesquels l'usage de drogues licites-illicites avait joué jusqu'à un certain point (il ne s'agissait pas du principal diagnostic en cause) étaient plus nombreux dans la catégorie « abus de drogues autres associées et sans précision ». En ce qui concerne les départs consécutifs à un décès en fonction du principal diagnostic en cause, une catégorie réunissait tous les décès : « intoxication accidentelle par drogues, médicaments et produits biologiques ». Les cas de départ consécutif à un décès sur lesquels l'usage de drogues licites-illicites avait joué jusqu'à un certain point étaient plus nombreux dans la catégorie « abus de drogues autres associées et sans précision » chez les hommes et dans la catégorie « pharmacodépendance sans précision » chez les femmes.

## **MORTALITÉ**

**Alcool :** Les principales causes de décès attribuables à la consommation d'alcool étaient la « cirrhose alcoolique du foie » et la « cirrhose du foie sans mention d'alcool »<sup>7</sup> chez les deux sexes. Il y a eu une légère diminution du nombre de décès attribuables à la consommation d'alcool dans les deux groupes. Il y a eu une diminution sur le plan des accidents liés à l'alcool entraînant la mort comme pourcentage de l'ensemble des accidents entraînant la mort.

**Drogues illicites :** La catégorie « suicide et auto-intoxication par un solide ou un liquide » représentait la majorité des décès attribuables à la consommation de drogues illicites chez les hommes et chez les femmes. Il y a eu une augmentation du nombre de décès attribuables à la consommation de drogues illicites dans les deux groupes.

**Drogues licites-illicites :** La majorité des décès attribuables à l'usage de drogues licites-illicites faisaient suite à une « intoxication accidentelle par drogues, médicaments et produits biologiques » chez les deux groupes. À ce chapitre, il y a eu une augmentation chez les sujets de sexe féminin et une diminution chez leurs homologues masculins. Dans l'ensemble, il y a eu une légère augmentation du nombre de décès attribuables à l'usage de drogues licites-illicites.

**VIH/SIDA et HÉPATITE C :** Tandis que chez les femmes, l'usage de drogues injectables comme facteur de risque d'infection par VIH a diminué considérablement, il n'a diminué que légèrement chez les hommes. L'usage de drogues injectables et le partage des aiguilles sont les principales causes d'hépatite C au Canada. Ensemble, ces pratiques représentent environ 70 % de toutes les nouvelles infections.

Plus précisément :

## **PRÉVALENCE**

- En 2000-2001, près de trois fois plus de sujets de sexe masculin que de sujets de sexe féminin ont signalé avoir consommé cinq consommations alcoolisées ou plus en une occasion au moins 12 fois au cours d'une année. Les résultats relatifs à la consommation de cette quantité d'alcool moins de 12 fois par année étaient semblables chez les deux sexes. *Voir page 20.*
- En 2000, 18 %<sup>8</sup> des conducteurs ont admis avoir conduit dans les deux heures suivant la consommation d'une forme de drogue susceptible d'affaiblir les facultés. Au nombre des répondants, 1 % ont admis avoir conduit sous l'effet de drogues illégales et 2 %, sous l'effet de la marijuana. *Voir page 29.*
- De 1996-1997 à 1998-1999, il y a eu une augmentation chez les femmes et une diminution chez les hommes au chapitre de l'utilisation déclarée de certains médicaments non prescrits et prescrits (tranquillisants, antidépresseurs, analgésiques opioïdes, somnifères, médicaments amaigrissants) au cours du mois précédent. *Voir page 32.*
- En 1998-1999, 10 % des filles et des garçons de 12 et 13 ans ont signalé que leurs amis avaient essayé la colle ou d'autres solvants. *Voir page 38.*

## **APPLICATION DE LA LOI**

- En 2000-2001, parmi les personnes inculpées de conduite avec facultés affaiblies, les hommes qui se sont vu imposer une peine de prison étaient plus de deux fois plus nombreux que leurs homologues féminines. *Voir page 43.*
- En 2001, les accusations liées au cannabis comptaient pour la majorité des infractions en matière de drogue dont des adultes, hommes et femmes, ont été inculpés. Soixante-trois pour cent des inculpations de possession mettaient en cause des hommes, comparativement

à 44 % chez les femmes. Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'être inculpées de trafic (33 % c. 25 %) et de production (22 % c. 12 %). *Voir page 46.*

### **TRAITEMENT**

- De 1993-1994 à 1998-1999, au Canada, il y a eu une diminution du nombre d'établissements de soins pour bénéficiaires internes aux prises avec des problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme, de même que du nombre total de lits autorisés. *Voir page 58.*
- De 1998 à 2002, environ 6 % de l'ensemble des appels reçus par *Jeunesse, J'écoute* traitaient de questions liées à l'abus de substances. Au nombre des appels qui ont dû faire l'objet d'une consultation approfondie, 59 % portaient sur les drogues, 23 %, sur l'alcool, et les 18 % restants, sur une combinaison des deux questions. *Voir page 58.*

### **MORBIDITÉ**

- En 2000-2001, au Canada, on estime qu'il y a eu 56 161 départs de l'hôpital, en vie ou consécutifs à un décès, attribuables à la consommation d'alcool et de drogues comme principal diagnostic en cause chez les personnes de 15 ans et plus. La consommation d'alcool et de drogues a joué jusqu'à un certain point sur 137 429 autres cas de départ de l'hôpital. *Voir page 64.*
- En 2000, au Canada, on estime qu'il y a eu 3 372 conducteurs en cause dans des accidents liés à l'alcool entraînant des blessures graves. Ce résultat témoigne d'un léger repli par rapport à 1995. *Voir page 66.*
- En 2000-2001, chez les deux sexes, la catégorie « suicide et auto-intoxication par un solide ou un liquide » était la cause la plus courante dans les cas de départ en vie de l'hôpital subordonné à la consommation de drogues illicites (en fonction du « principal diagnostic en cause ») (11 339 femmes et 5 826 hommes). *Voir page 67.*
- En 2000-2001, la catégorie « intoxication accidentelle par drogues, médicaments et produits biologiques » était la cause la plus courante dans les cas de départ en vie de l'hôpital subordonné à la consommation de drogues licites-illicites (en fonction du « principal diagnostic en cause ») chez les deux sexes (1 843 femmes et 1 393 hommes). *Voir page 69.*

### **MORTALITÉ**

- En 1999, au Canada, chez les personnes de 15 ans et plus, l'alcool ou les drogues étaient la cause sous-jacente de 4 502 décès (à l'exclusion des accidents d'automobile). Il s'agit d'une baisse par rapport aux 4 576 décès en 1998. *Voir page 78.*
- En 2000, on estime que 1 069 personnes sont mortes suite à un accident lié à la consommation d'alcool. *Voir page 79.*
- En 1999, la catégorie « suicide et auto-intoxication par un solide ou un liquide » représentait le plus grand nombre de décès subordonnés à la consommation de drogues illicites chez les deux sexes (262 sujets de sexe masculin et 249 sujets de sexe féminin). *Voir page 80.*
- En 1999, les décès liés à l'usage de drogues licites-illicites faisaient suite le plus souvent à une « intoxication accidentelle par drogues, médicaments et produits biologiques » chez les sujets de sexe masculin (562) et chez les sujets de sexe féminin (234). *Voir page 81.*

### **VIH/SIDA et HÉPATITE C**

- De 1996 à 2001, l'usage de drogues injectables comme facteur de risque d'infection par VIH a diminué considérablement chez les sujets de sexe féminin (passant de 51 % en 1996 à 32 % en 2001), tandis qu'il est demeuré relativement stable chez leurs homologues masculins (passant de 29 % en 1996 à 22 % en 2001). *Voir page 86.*
- L'usage de drogues injectables et le partage d'aiguilles sont à l'origine d'environ 70 % de l'ensemble des nouvelles infections par l'hépatite C au Canada. *Voir page 87.*

## NIVEAU LOCAL

Il est difficile de généraliser les constatations présentées par les rapports locaux du RCCET parce que les données ne sont pas recueillies de façon normalisée, même si des efforts sont déployés en ce sens (voir Le point sur le RCCET, page 5). Il est toutefois raisonnable de dégager des thèmes communs, dont les suivants : le maintien de l'alcool comme substance la plus problématique chez les adultes et les jeunes; le cannabis, drogue illicite la plus courante, dont la consommation augmenterait chez les jeunes, selon les déclarations; la consommation de cocaïne toujours élevée et en hausse; l'augmentation de l'usage des drogues injectables et le maintien du lien avec l'augmentation des infections par l'hépatite C; l'injection de Talwin et de Ritalin dans l'ouest du Canada et l'injection de Dilaudid dans les provinces de l'Atlantique; enfin, les préoccupations que soulèvent la polytoxicomanie et les drogues de confection (en particulier l'ecstasy).

- À Edmonton (Alb.), on estime qu'il y a 5 000 usagers de drogues injectables. Une étude ethnographique a conclu que dans le plus grand nombre de cas, la première drogue injectée était la cocaïne (31 %), qui est suivie par la méthadone ou le speed (27 %).
- En 2001, il y a eu une augmentation marquée du nombre de clients aux prises avec des problèmes liés au cannabis qui se présentent pour recevoir un traitement à Fredericton (N.-B.). Ce résultat augmente annuellement, particulièrement chez les jeunes.
- L'Enquête de 1998 sur la consommation de drogues parmi les élèves a révélé qu'à Halifax (N.-É.), la consommation d'alcool, l'usage de la nicotine et la consommation de cannabis plus d'une fois par mois ont augmenté respectivement de 30 %, de 40 % et de 9 % depuis 1991. La consommation de cannabis a triplé (passant de 4 % en 1991 à 14 % en 1998).
- Selon l'étude SurvUDI de 2000, on estime qu'il y avait 962 cas de VIH dûs à l'usage de drogues injectables à Ottawa (Ont.). Selon les estimations, il y avait 186 cas à Hull (Qué.).
- Le Système d'information sur les clients des services liés à l'alcoolisme et aux toxicomanies de la Régie de la santé de Regina (Sask.) a révélé, pour les périodes 2000-2001 et 2001-2002, que le nombre de clients était presque identique d'une année à l'autre (3 852 c. 3 848). Les données sur 2001-2002 ont aussi montré que l'alcool est la substance que les clients tiennent le plus souvent pour problématique.
- Comparativement à trois ans plus tôt, les drogues de parties rave étaient très présentes à St. John's (T.-N.) en 2002.
- En 2000, le nombre de saisies de marijuana, qui s'est inscrit dans la tendance à la hausse se poursuivant depuis une décennie, représentait plus de la moitié (52 %) des saisies de drogues à Toronto (Ont.). Au chapitre des activités d'application de la loi relatives à la MDMA, il y a eu une augmentation importante, de six saisies en 1997 à 219 en 2000. La MDMA représentait 4 % du nombre total de saisies de drogues en 2000. Il y a eu un fléchissement sur le plan des saisies de cocaïne et d'héroïne au cours de la dernière décennie.
- En 2001, il y a eu 222 décès attribuables à la consommation de drogues illicites en Colombie-Britannique, dont 90 à Vancouver. Il s'agit du nombre absolu et du taux par habitant les plus élevés au Canada.
- En 2001, c'est à Whitehorse (Yn.) qu'on a enregistré le taux le plus élevé de consommation d'alcool au Canada. On a documenté des cas d'injection d'alcool.
- En 2001, le cannabis était la drogue illicite la plus prévalente au Manitoba (y compris Winnipeg). Bien qu'on en trouve à Winnipeg, l'héroïne n'est toujours pas tenue pour une drogue d'importance dans cette ville. La cocaïne, le crack, le hachisch et l'huile d'hachisch, le Talwin, le Ritalin, la psilocybine et le LSD sont des drogues signalées plus souvent. Il arrive souvent que les autorités policières saisissent de grandes quantités de cocaïne, et la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances fait état d'un usage important de cocaïne chez les populations de clients.

Le présent rapport se termine par une description des plans dressés pour l'amélioration des capacités de surveillance du RCCET.

## NOTES

- 1 En ce qui concerne le RCCET à l'échelon local, au niveau d'une ville, les données les plus récentes et complètes des rapports locaux pour 2002 sont présentées, de même que les données tirées des comptes rendus des sites présentés lors de l'assemblée annuelle de 2002 et celles tirées des rapports locaux pour 2001.
- 2 Single, E. (2000). Le Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies : Rapport sommaire 2000. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.  
Ogborne, A. (1999). *Une évaluation du Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies (RCCET)*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- 3 Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Centre de toxicomanie et de santé mentale, *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues* (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1999).
- 4 Il convient de noter que les données les plus récentes sont présentées. Dans la plupart des cas, les données s'attachent à des périodes postérieures à 2000, mais dans les cas où de pareilles données n'étaient pas disponibles, des données antérieures peuvent être présentées (les données antérieures à 1997 ne sont pas signalées sauf dans les cas où elles servent à décrire des tendances qui se sont achevées après 1997 ou s'il s'agit des données les plus récentes).
- 5 L'importance de la variation d'échantillonnage joue sur l'exactitude de l'analyse statistique. Lorsque l'on tient compte de la variation ou de l'erreur d'échantillonnage, certaines estimations statistiques pourraient ne pas être significatives statistiquement. C'est pourquoi il faut faire preuve de circonspection dans l'interprétation des différences comparatives calculées dans le présent rapport au moyen de données d'enquêtes par sondage. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet des données d'enquêtes par sondage utilisées dans ce rapport, veuillez consulter l'examen exhaustif des méthodes et des intervalles de confiance dans les enquêtes originales (voir l'annexe A).
- 6 Voir une définition et une explication exhaustives dans les sections sur la morbidité (p. 105) et sur la mortalité (p. 127).
- 7 Il faut faire preuve de circonspection dans l'interprétation de cette constatation parce que cette maladie, dans bien des cas, a pour cause d'autres facteurs que l'alcool.
- 8 Les résultats présentés dans le résumé sont arrondis.



# Table des matières

Résumé .....	iv
Liste des tableaux.....	xiv
Liste des figures.....	xv
Introduction : Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies.....	1
Le point sur le RCCET .....	5
Sources des données et indicateurs .....	8
Sources des données.....	8
Indicateurs.....	12
Données nationales sur la consommation et l'abus de substances.....	16
Prévalence : Alcool.....	17
Prévalence : Drogues illicites.....	27
Prévalence : Drogues licites.....	31
Prévalence : Consommation de solvants .....	37
Application de la loi : Alcool.....	41
Application de la loi : Drogues illicites.....	45
Traitement.....	57
Morbidité.....	63
Mortalité .....	77
VIH/SIDA et Hépatite C.....	85
Données des sites du RCCET sur la consommation et l'abus de substances .....	88
Rapports et mises à jour de 2002 .....	88
Rapports et mises à jour de 2001 .....	94
Plans d'avenir .....	96
Appendix A .....	98

# Liste des tableaux

1	Enquêtes canadiennes clés d'envergure nationale contenant des données portant particulièrement sur la consommation et l'abus de substances.....	10
2	Sources clés de données canadiennes nationales sur la consommation de substances et principales limites.....	11
3	Proportion des répondantes et des répondants ayant consommé au moins cinq boissons alcoolisées en une seule occasion, personnes de 15 ans ou plus, Canada, ESCC 2000-2001 .....	20
4	Consommation par habitant de bière pour le marché intérieur et de bière importée, selon les ventes (en litres), Canada, Association des brasseurs du Canada, 1999-2000 .....	23
5	Proportion des répondantes et des répondants ayant signalé avoir utilisé des médicaments non prescrits et prescrits au cours du mois précédent, personnes de 15 ans et plus, Canada, ENSP, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999 .....	33
6	Saisies d'alcool, janvier à juin 2001 et janvier à juin 2002, ADRC .....	43
7	Femmes et hommes inculpés d'une infraction en matière de drogue, Canada, DUC, 2001.....	47
8	Jeunes femmes et jeunes hommes inculpés d'une infraction en matière de drogue, Canada, DUC, 2001 .....	50
9	Sommaire trimestriel des saisies de drogues importantes, avril à juin 2002 et avril à juin 2001, Canada, ADRC .....	53
10	Classification des codes de la CIM-9 .....	72
11	Décès attribuables à la consommation d'alcool chez les deux sexes, Canada, Statistique Canada, 1998 et 1999.....	79
12	Décès attribuables à la consommation de drogues illicites chez les deux sexes, Canada, Statistique Canada, 1998 et 1999.....	81
13	Décès attribuables à la consommation de drogues licites-illicites chez les deux sexes, Canada, Statistique Canada, 1998 et 1999 .....	82
14	Nombre de rapports d'analyse positifs pour le VIH chez les femmes et les hommes, selon l'exposition à l'usage de drogues injectables et l'année de l'analyse, 15 ans ou plus, Santé Canada.....	86
15	Usage de drogues injectables comme facteur de risque, comparativement à l'ensemble des autres facteurs de risque, chez les femmes et les hommes dont le rapport d'analyse pour le VIH était positif, selon l'année de l'analyse, 15 ans ou plus, Santé Canada.....	86



# Liste des figures

1	Pourcentage des sujets dans les catégories de buveurs, selon le sexe, personnes de 15 ans et plus, Canada, ENSP, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999.....	18
2	Proportion des répondantes et des répondants ayant déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents, personnes de 15 ans et plus, Canada, ENSP, 1998-1999.....	19
3	Proportion des répondantes et des répondants ayant déclaré ne pas consommer d'alcool, personnes de 15 ans et plus, Canada, ENSP, 1998-1999.....	20
4	Proportion des répondants ayant consommé de l'alcool au cours de l'année précédente qui ont fait état de problèmes liés à la consommation d'alcool chez d'autres personnes, selon le sexe, personnes de 15 ans et plus, Canada, ESG, 1993 ...	22
5	Proportion des répondants ayant consommé de l'alcool au cours de l'année précédente qui ont fait état de problèmes liés à l'alcool, selon le sexe, personnes de 15 ans et plus, Canada, ESG, 1993 .....	23
6	Proportion des répondants ayant signalé avoir conduit dans les deux heures suivant la consommation d'une boisson alcoolisée, selon l'âge, Canada, FRBR, 2001 .....	24
7	Proportion des répondantes et des répondants ayant signalé avoir consommé certaines drogues au cours de l'année précédente et au cours de leur vie, personnes de 15 ans et plus, Canada, ECCAD, 1994 .....	28
8	Dépenses de la santé subordonnées aux médicaments d'ordonnance, selon l'affectation des fonds, dollars courants, Canada, ICIS, 1975-2002 .....	34
9	Dépenses de la santé subordonnées aux médicaments non prescrits, selon l'affectation des fonds, dollars courants, Canada, ICIS, 1975-2002 .....	34
10	Proportion des dépenses totales de la santé, selon l'affectation des fonds, Canada, ICIS, projection pour 2002.....	34
11	Hommes et femmes ayant comparu en justice pour conduite avec facultés affaiblies, pour 10 000 hommes ou femmes, Canada, ETJCA, 1994-1995 à 2000-2001 .....	42
12	Proportion de l'ensemble des peines imposées aux hommes et aux femmes reconnus coupables de conduite avec facultés affaiblies, selon la catégorie de sentence, Canada, ETJCA, 2000-2001 .....	43
13	Inculpations d'une infraction en matière de drogue pour 10 000 adultes, Canada, DUC, 1998-2001.....	46
14	Dans les catégories liées au cannabis, proportion d'adultes inculpés de production, d'importation, de trafic et de possession, selon le sexe, Canada, DUC, 2001.....	48
15	Inculpations d'une infraction en matière de drogue, pour 10 000 jeunes, Canada, DUC, 1998-2001.....	49
16	Hommes et femmes ayant comparu en justice pour une infraction en matière de drogue, pour 10 000 adultes, Canada, ETJCA, 1994-1995 à 2000-2001.....	52
17	Proportion de l'ensemble des peines imposées aux hommes et aux femmes reconnus coupables de trafic de drogues, selon la catégorie de sentence, Canada, ETJCA, 2000-2001.....	52
18	Proportion de l'ensemble des peines imposées aux hommes et aux femmes reconnus coupables de possession de drogues, selon la catégorie de sentence, Canada, ETJCA, 2000-2001.....	52
19	Proportion des appels s'attachant aux questions d'abus de substances par rapport au nombre total d'appels et véritable nombre d'appels au sujet des questions d'abus de substances, 1998-2002, Jeunesse, J'écoute .....	58

20 Contextes de prestation des services de traitement des toxicomanies, Canada, 2003, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies .....	59
21 Toxicomanies faisant l'objet du traitement dans les programmes, 2003, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies .....	59
22 Départs en vie liés à l'alcool, en fonction du principal diagnostic en cause et de l'ensemble des autres diagnostics, selon le sexe, Canada, 2000-2001, ICIS .....	65
23 Départs consécutifs à un décès liés à l'alcool, en fonction du principal diagnostic en cause et de l'ensemble des autres diagnostics, selon le sexe, Canada, 2000-2001, ICIS.....	66
24 Nombre de conducteurs en cause dans un accident avec blessures graves lié à l'alcool, Canada, 1995-2000, FRBR .....	67
25 Accidents avec blessures graves liés à l'alcool comme pourcentage de l'ensemble des accidents avec blessures graves, Canada, 1995-2000, FRBR.....	67
26 Départs en vie liés aux drogues illicites, en fonction du principal diagnostic en cause et de l'ensemble des autres diagnostics, selon le sexe, Canada, 2000-2001, ICIS.....	68
27 Départs consécutifs à un décès liés aux drogues illicites, en fonction du principal diagnostic en cause et de l'ensemble des autres diagnostics, selon le sexe, Canada, 2000-2001, ICIS.....	69
28 Départs en vie liés aux drogues licites-illicites, en fonction du principal diagnostic en cause et de l'ensemble des autres diagnostics, selon le sexe, Canada, 2000-2001, ICIS.....	70
29 Départs consécutifs à un décès liés aux drogues licites-illicites, en fonction du principal diagnostic en cause et de l'ensemble des autres diagnostics, selon le sexe, Canada, 2000-2001, ICIS.....	70
30 Nombre de décès dans les cas d'accident sur la voie publique dans lesquels il y a un conducteur sous l'effet de l'alcool et des véhicules des principaux genres, Canada, 1995-2000, FRBR.....	80
31 Accidents entraînant la mort liés à la consommation d'alcool comme pourcentage de l'ensemble des accidents entraînant la mort, Canada, 1995-2000, FRBR .....	80

# Introduction :

## Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies

Le Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies (RCCET) a été établi suite à une étude de faisabilité de 1995 ayant cerné le besoin de se doter d'un système de surveillance pancanadien des toxicomanies. Lancé par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) et dirigé par un comité directeur, le RCCET est un projet concerté auquel participent des organismes fédéraux, provinciaux et communautaires qui s'intéressent à tout un spectre de questions, dont la consommation des drogues, les conséquences sanitaires et juridiques d'une telle consommation, le traitement et l'application de la loi. La vision stratégique du RCCET, adoptée par son comité directeur au printemps de 2001, est rendue dans l'énoncé suivant : « *Un partenariat voué à la surveillance des nouvelles tendances des toxicomanies et des facteurs connexes* ».

Le principal objectif du RCCET est de coordonner et de faciliter, aux niveaux local, provincial ou territorial et national, la collecte, l'organisation et la diffusion des données qualitatives et quantitatives sur l'usage des drogues dans la population canadienne. De plus, le RCCET vise à favoriser le maillage parmi les principaux partenaires multisectoriels, à améliorer la qualité des données recueillies et à signaler sans tarder les tendances qui prennent tournure. Enfin, le RCCET cherche à soutenir et à favoriser l'élaboration de politiques et de programmes judicieux en matière d'alcoolisme et de toxicomanies. Le Réseau y parvient notamment grâce à sa collaboration avec le réseau SSPP (Santé, Éducation et Services de police en partenariat). Le SSPP, qui est un réseau d'organismes et de particuliers représentant différentes perspectives, est déterminé à résoudre, dans le cadre d'initiatives collectives, les problèmes liés à la consommation et à l'abus de l'alcool et des autres drogues.

Au niveau national, le comité directeur du RCCET se compose de représentants du CCLAT, de la Société médicale canadienne sur l'addiction, du Service correctionnel du Canada, de la Fédération canadienne des municipalités, de Santé Canada et de la Gendarmerie royale du Canada. Au niveau local, 12 sites en milieu urbain participent actuellement de près ou de loin au RCCET : Vancouver, Calgary, Edmonton, Regina, Winnipeg, Ottawa, Toronto, Montréal, St. John's, Halifax, Fredericton et Whitehorse. D'autres sites sont en voie de création.

Chaque site du RCCET recueille, rassemble et interprète des données et des renseignements dans huit grands domaines de consommation (l'alcool, la cocaïne, le cannabis, l'héroïne, les sédatifs hypnotiques et les tranquillisants, les hallucinogènes autres que le cannabis, les stimulants autres que la cocaïne, et les drogues licites), en fonction de six indicateurs (la prévalence, l'application de la loi, le traitement, la morbidité, la mortalité, et le domaine du virus de l'immunodéficiência humaine [VIH], du syndrome d'immunodéficiência acquis [SIDA] et de l'hépatite C, qui comprend des données sur l'usage de drogues injectables et le partage d'aiguilles), en vue de la préparation de rapports locaux. Les données sur la consommation sont habituellement présentées selon trois grandes catégories : l'alcool, les drogues illicites et les drogues licites<sup>9</sup>. Cette dernière comprend les médicaments prescrits et non prescrits et les solvants. Les drogues licites et l'hépatite C ont été ajoutées dans la liste de données recueillies lors de l'assemblée annuelle de 2001 du RCCET. Idéalement, les rapports locaux présenteraient des données

sur l'abus de substances (p. ex., la consommation de médicaments d'ordonnance à des fins non médicales), mais il arrive souvent que les données disponibles ne le permettent pas et que des données sur l'utilisation soient présentées. Les sites peuvent à l'occasion s'écarter des domaines de collecte prévus pour présenter des renseignements supplémentaires particuliers à leur région.

Le RCCET s'est rendu compte peu de temps après sa création de l'importance d'améliorer les liens noués avec des organismes pertinents à l'échelle internationale pour les besoins de l'échange de renseignements et d'idées. Cette prise de conscience a donné lieu à la participation du Réseau aux réunions biennuelles du *Community Epidemiology Working Group* des États-Unis de même qu'à des échanges utiles avec des réseaux comme le SACENDU (*South African Community Epidemiology Network on Drug Use*), le SISVEA (*Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones*), au Mexique, de même que l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT).

Le premier rapport national du RCCET a été publié en 1997 (Poulin, 1997<sup>10</sup>), le deuxième, en 1999 (Poulin et al., 1999<sup>11</sup>) et le troisième, en 2000 (Single, 2000<sup>12</sup>). Le plus récent rapport signalait que tous les sites continuent d'accorder la plus grande priorité à la consommation d'alcool. En 1999, on avait indiqué que certaines sites avaient enregistré des augmentations considérables de la consommation d'alcool et d'hallucinogènes chez les jeunes (Poulin et al., 1999). Le rapport de 2000 a aussi signalé des hausses de la consommation de drogues illicites chez les adolescents canadiens, des préoccupations relatives à la consommation d'ecstasy, des taux élevés de décès par surdose en Colombie-Britannique (surtout à Vancouver), et l'importance des drogues dans la propagation des maladies transmissibles, étant donné que tous les sites ont signalé que la consommation de drogues injectables était la principale cause de nouvelles infections par VIH. De plus, plusieurs sites ont fait état d'une augmentation des problèmes associés au récent essor de la légalisation des jeux de hasard. Cette année-là encore, on a constaté que la consommation de drogues autres que l'alcool était faible comparativement aux taux enregistrés aux États-Unis.

Selon une évaluation effectuée en mars 1999 (Ogborne, 1999<sup>13</sup>), le RCCET a réussi à établir un cadre national, à faciliter l'analyse des données et à accroître la sensibilisation aux limites des données. Il lui faudra toutefois plus de temps pour surmonter les limites des données, le manque de cohérence au plan méthodologique et les défis liés au moment de la diffusion des rapports et aux liens entre les chercheurs et les planificateurs des programmes. La prochaine section du présent rapport aborde les progrès qui ont été réalisés jusqu'ici dans chacun de ces domaines.

Santé Canada offre au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) un financement modeste destiné à la coordination du RCCET. Dans ce contexte, le Réseau continu d'être le fruit, en grande partie, des efforts consentis bénévolement par des spécialistes de la santé et de l'application de la loi dans chacun des sites. En 2002, en collaboration avec le réseau SSPP, le RCCET a obtenu un financement de projet supplémentaire du Centre national de prévention du crime suite à la présentation de sa proposition, intitulée *Établir un modèle proactif de définition et d'élaboration d'interventions communautaires en matière d'alcoolisme et de toxicomanies*. Le projet a été lancé au début de 2003 (voir la description du projet dans la prochaine section). En 2002, après avoir présenté une demande, le RCCET a aussi reçu du soutien financier de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies des Instituts de recherche en santé du Canada pour la participation de coordonnateurs locaux à une assemblée annuelle conjointe avec le réseau SSPP, qui s'est déroulée en même temps que le Forum mondial sur les drogues de 2002, à Montréal.

Au Canada, il n'y a pas eu d'enquête nationale portant avant tout sur l'alcool et les drogues depuis 1994, et même si l'on en est à en planifier une (sous la direction du Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies), il reste qu'il y a une pénurie de données nationales susceptibles d'être désagrégées (réparties) selon les sites. Des sections de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* de 1998-1999 et de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2000-2001 traitent de l'usage de substances, mais d'une manière limitée. Il y a eu des enquêtes provinciales et régionales sur la consommation d'alcool et de drogues, mais bon nombre des sites du RCCET n'ont toujours pas accès aux renseignements les plus fondamentaux sur les taux et les habitudes de consommation. Compte tenu du manque de financement pour les initiatives de collecte de données à l'échelon local, seulement six réseaux communautaires ont produit des rapports pour 2001 (Vancouver, Edmonton, Regina, Winnipeg, Toronto, St. John's) et six l'ont fait pour 2002 (Winnipeg, Fredericton, Vancouver, Toronto, Regina, Ottawa). En se fondant sur ces rapports, il semble qu'il n'y ait pas suffisamment de données nouvelles ou comparables pour justifier la préparation d'un rapport d'envergure nationale comprenant des tableaux détaillés et une comparaison des constatations entre les diverses collectivités canadiennes. Ce rapport, néanmoins, présente une vue d'ensemble de la situation au Canada en misant sur les données nationales. Il résume aussi les différents rapports locaux. Les faits saillants des données nationales sont présentés, et le lecteur est invité à consulter les sources originales pour obtenir des renseignements complets de même que le site Web du RCCET pour consulter des ensembles exhaustifs de données, des sommaires thématiques et d'autres renseignements connexes. De plus, il est possible d'obtenir les rapports locaux en version intégrale auprès des sites et du CCLAT.

Au contraire des rapports nationaux précédents, le présent rapport sommaire du RCCET, en plus de présenter les sources de données régulières, met en vedette certaines données tirées d'études de recherche clés qui ne sont pas effectuées chaque année. L'objectif visé est de brosser le tableau le plus actuel possible de la consommation de substances au Canada. Les prochains rapports du RCCET ne seront pas aussi détaillés que celui-ci. Au lieu de cela, on prévoit diffuser sur le Web des rapports réguliers de mise à jour.

Le présent rapport sommaire a quatre objectifs : (1) décrire le réseau et faire le point sur son évolution; (2) décrire les indicateurs et les sources de données du Réseau; (3) mettre en évidence les données nationales disponibles les plus récentes; (4) présenter des thèmes et certaines données provenant des rapports locaux de 2002 et 2001. Parce que le RCCET surveille les enjeux liés aux toxicomanies en général, l'accent est mis sur l'alcool et les drogues illicites (de même que sur les drogues licites, ajoutées récemment, au sujet desquelles un ensemble modeste de données ont été recueillies jusqu'à maintenant). Si le tabagisme préoccupe aussi bon nombre des sites du RCCET, d'autres systèmes se chargent de la surveillance générale de l'usage du tabac et de ses effets nuisibles. De même, les jeux de hasard constituent une préoccupation dans de nombreux sites, mais jusqu'à maintenant, les renseignements disponibles sont relativement limités en ce qui concerne la nature et la portée des problèmes de jeux associés avec l'essor récent de la légalisation du jeu au Canada.

## NOTES

- 9 Il convient de noter que cette définition de l'usage de drogues licites et illicites est étoffée dans la présentation des données sur la morbidité et la mortalité.
- 10 Poulin, C. (1997). *Premier rapport national du RCCET*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- 11 Poulin, C., E. Single, P. Fralick (1999). *Deuxième rapport national du RCCET*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- 12 Single, E. (2000). *Rapport sommaire du RCCET*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- 13 Ogborne, A. (1999). *Une évaluation du Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

# Le point sur le RCCET

Le financement demeure un obstacle pour le RCCET. Néanmoins, depuis la publication du rapport national de 2000 et de l'évaluation du RCCET (Ogborne, 1999), plusieurs démarches ont été entreprises pour la stabilisation et l'élargissement du réseau. Le RCCET a continué de progresser à plusieurs égards importants dans l'*établissement de son cadre national*, y compris le dégagement d'une vision stratégique pour favoriser la détermination claire des buts et des objectifs du RCCET et la définition des responsabilités et des rôles individuels; l'élargissement du comité directeur pour créer des partenariats plus efficaces, favoriser l'échange de données et l'information de meilleure qualité et améliorer le potentiel des sites locaux; la création et la distribution d'une brochure; et la communication continue avec le *Community Epidemiology Working Group (CEWG)* bien établi aux États-Unis. Le RCCET a aussi continué de *favoriser l'analyse des données*. À cette fin, on a tiré profit du protocole d'entente du CCLAT avec l'Université Carleton, qui permet de consulter des ensembles pertinents de données, de même que du projet du CCLAT ayant pour objet l'examen systématique des sources de données nationales disponibles<sup>14</sup>. Cet examen a permis de désagréger des données nationales aux niveaux local et provincial et de sensibiliser les membres du Réseau aux limites des données (voir l'explication détaillée présentée dans la prochaine section).

On a abordé à divers degrés les questions dont il a été établi, dans l'examen du RCCET de 1999, qu'il fallait leur accorder plus d'attention (les limites des données, le manque de cohérence au plan méthodologique, l'opportunité des rapports et les liens entre les chercheurs et les planificateurs de programme). De nouveau, grâce à l'examen systématique des sources de données disponibles effectué par le CCLAT, on a commencé à surmonter les *limites des données* existantes par la définition et la consultation de données, qui ont été désagrégées au niveau local<sup>15</sup> (p. ex., l'application de la loi grâce au Programme de déclaration uniforme de la criminalité, la morbidité grâce à l'Institut canadien d'information sur la santé, la mortalité grâce à Statistique Canada (Division de la statistique de la santé), le traitement grâce à l'Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes, et la prévalence grâce à l'Enquête nationale sur la santé de la population et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.1. De plus, les drogues licites ont été intégrées comme domaine important de collecte de données, on a obtenu des renseignements sur les types d'appels liés à l'abus de substances reçus par les programmes nationaux Jeunesse, J'écoute et Ligne Assistance Parents. Les données sur les solvants obtenues du comité du Programme national de lutte contre l'abus de solvant chez les jeunes sont en voie d'être incluses. L'hépatite C est retenue comme indicateur et la faisabilité d'une collecte de données dans les réserves est examinée (voir la liste complète dans la prochaine section). La définition de sources de données (présentées ci-dessus) de même que de techniques de collecte normalisées (p. ex., normalisation des codes de la Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, 9e révision [CIM-9] et, à l'avenir, des codes de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision [CIM-10-CA]) a permis d'aborder le manque de cohérence au plan méthodologique. Cela favorisera tant la comparabilité des divers sites que l'établissement de nouveaux sites. L'opportunité des rapports continue d'être un obstacle à cause de la disponibilité irrégulière des données. C'est pourquoi on en est à mettre au point une formule électronique de présentation de bilans réguliers aux niveaux national, provincial et local. De même, lors de l'assemblée annuelle du RCCET de 2002, un consensus a été dégagé quant au plan visant à établir une

date unique de publication des rapports locaux (octobre) ainsi qu'une date de publication du rapport national (décembre) qui coïncideraient avec l'assemblée annuelle du RCCET et avec les réunions biennuelles du CEWG. Enfin, on cherche à répondre aux besoins de liens avec les planificateur de programme par l'élaboration et la diffusion, en collaboration avec le réseau SSPP, du premier numéro d'une série de bulletins trimestriels conjoints, par l'organisation de l'assemblée annuelle de 2002 des réseaux RCCET-SSPP qui a pour thème « De la collecte des données à la mise en œuvre de la politique – réduire l'écart », et grâce au financement accordé par le Centre national de prévention du crime (CNPC) pour la proposition de financement conjointe du RCCET et de SSPP.

Le projet financé par le CNPC, qui est intitulé *Établir un modèle proactif de définition et d'élaboration d'interventions communautaires en matière d'alcoolisme et de toxicomanies*, a débuté en avril 2003. Il s'agit d'un projet de trois ans qui permettra l'élargissement simultané des réseaux RCCET et SSPP. Voici l'énoncé de la vision du projet : « *Une initiative visant à établir, à resserrer et à maintenir des liens de collaboration à l'échelon local dans le domaine des dépendances par l'établissement d'un modèle proactif de définition (rôle du RCCET) et d'élaboration (rôle de SSPP) d'interventions communautaires.* » Voici les objectifs du projet : (1) trouver des moyens novateurs et durables de s'attaquer, à l'échelon local, aux causes profondes de la criminalité, par exemple, les toxicomanies, par l'établissement d'un modèle de définition, d'élaboration et de mise en œuvre d'interventions communautaires; (2) *établir des partenariats communautaires* dans les domaines d'intervention en matière de criminalité et de toxicomanies, lesquels miseront sur les liens de collaboration gouvernementale et non gouvernementale établis aux échelons local, national et international qui sont ancrés dans les réseaux RCCET et SSPP, d'origine locale et axés sur l'intervention; (3) *documenter et évaluer le modèle établi d'interventions communautaires* afin qu'il soit possible de le mettre en application ailleurs au Canada, tant dans des programmes d'intervention en matière de dépendances que dans d'autres domaines.

Il est crucial de pouvoir compter sur un programme d'interventions communautaires en matière d'alcoolisme et de toxicomanies pour définir les besoins particuliers d'une collectivité et y répondre. C'est pourquoi il doit s'agir d'un projet effectué « par, pour et avec » la collectivité. Sous la direction du CCLAT, on voit à l'établissement d'un modèle qui fera fonction de gabarit de définition et de création d'interventions communautaires en matière d'alcoolisme et de toxicomanies. Ce modèle sera fondé sur les liens de collaboration existants entre le CCLAT et les réseaux RCCET et SSPP. Il s'agira d'une occasion idéale d'établir, de resserrer et de maintenir les liens de collaboration à l'échelon local dans le domaine des dépendances.

Dans l'élaboration du modèle, la première étape vise à inviter les spécialistes de la communauté à partager leurs connaissances afin qu'elles soient mises par écrit. Un partenariat établi entre le CCLAT et le Département de sociologie et d'anthropologie de l'Université Carleton ainsi qu'avec le Dr Tulio Caputo a permis la nomination de deux adjoints à la recherche pour la conduite d'entrevues avec les membres de SSPP et du RCCET. La recherche vise à définir des facteurs clés qui contribueront à : (1) la définition, l'élaboration et l'évaluation réussies du modèle d'interventions communautaires; (2) l'établissement des réseaux locaux du RCCET et de SSPP ainsi que des partenariats connexes. Des données provisoires ont aussi été recueillies dans le cadre de l'assemblée annuelle conjointe d'envergure nationale des réseaux SSPP-RCCET en 2002.

Depuis la diffusion du rapport de 2000, le réseau a entrepris plusieurs autres activités. La majorité d'entre elles contribuent à accroître le potentiel du réseau national et des sites locaux. À l'heure actuelle, on envisage d'établir une communauté électronique pour favoriser l'échange de renseignements entre les coordonnateurs locaux du RCCET et les membres du comité. De même, les dispositions de discussion en direct du Centre virtuel



de documentation sur l'alcool, le tabac et les autres drogues permettront aux membres de participer à des discussions et d'agir face à des enjeux à-propos. La première discussion animée en direct portera avant tout sur les méthodes de collecte de données relatives à l'utilisation de médicaments d'ordonnance à des fins non médicales. Elle doit avoir lieu au milieu de 2003. Enfin, on a pris contact avec les sites pilotes de la stratégie antidrogue de la Fédération canadienne des municipalités et on a fait des présentations en vue de favoriser leur participation aux activités des sites du RCCET.

## **NOTES**

- 14 Karen Garabedian, agente de recherche du RCCET, a réalisé cet examen sous la direction de Colleen Anne Dell, conseillère nationale en recherches du RCCET, et du Comité directeur du Réseau.
- 15 Lorsqu'il est impossible de désagréger les données au niveau local, on pourrait le faire au niveau provincial.

# Sources des données et indicateurs

## Sources des données<sup>16</sup>

On a effectué un examen des sources de données nationales en vue d'améliorer la collecte, par le RCCET, de données longitudinales sur l'usage de substances à l'échelle nationale et d'améliorer la normalisation des données entre les sites. Dans la mesure du possible, on a recueilli des données d'envergure nationale présentant des indications sur des domaines dans lesquels il n'y a actuellement pas de données au niveau local. Les données nationales visent à compléter les renseignements réunis par les sites. Il ne s'agit donc pas de remplacer ces précieuses sources d'information. En outre, dans la mesure du possible, les données nationales ont été désagrégées aux niveaux provincial et local puis transmises aux sites pour inclusion dans leur rapport<sup>17</sup>. Des enquêtes nationales et d'autres sources de données nationales présentant des renseignements sur la consommation de substances (p. ex., les rapports de surveillance de Santé Canada) ont été examinées. Tandis que certaines des sources de données mises au jour étaient des nouveautés pour le RCCET, d'autres étaient utilisées irrégulièrement par les sites (p. ex., Programme de déclaration uniforme de la criminalité). Toutes les sources de données intégrées au présent rapport sont citées. Il faut consulter les sources originales pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de leurs méthodes respectives de collecte de données.

Les enquêtes nationales découvertes avaient pour caractéristique primordiale la collecte de données sur l'abus de substances, la dépendance et la consommation problématique. Bien que les divergences entre les définitions constituent une limite importante des données sur lesquelles elles reposent<sup>18</sup>, les enquêtes nationales peuvent servir à enrichir les données du réseau au sujet de l'abus de substances. Encore que la consommation problématique ne soit pas, traditionnellement, le point de mire du réseau, l'intégration de ce facteur a été envisagée lors de l'assemblée annuelle de 2001 du RCCET. C'est pourquoi on a recueilli dans les enquêtes nationales sur l'abus de substances au Canada des données, toutefois limitées, qui sont présentées dans ce rapport. Des suggestions d'élargissement des indicateurs actuels du réseau (lesquels sont décrits en détail à la fin de la présente section) ont été formulées lors de l'assemblée annuelle de 2001 du RCCET et de sa réunion de 2002.

## Enquêtes nationales

Au Canada, à l'échelle nationale, le dernier quart de siècle a été caractérisé par l'incohérence de la collecte de données de sondage sur la consommation et l'abus de substances. À quelques exceptions près<sup>19</sup>, ce phénomène est semblable aux niveaux provincial et municipal. Encore que la collecte de données à l'échelle nationale ait été sporadique, il est possible de s'appuyer sur plusieurs enquêtes portant particulièrement sur l'usage de substances ainsi que sur des enquêtes nationales connexes pour obtenir des renseignements.

Il importe de reconnaître que les enquêtes nationales ne permettent pas forcément de brosser un tableau plus fidèle de la consommation et de l'abus de substances au Canada que les données locales. Les faiblesses inhérentes aux données tirées d'enquêtes nationales comprennent le traitement superficiel de sujets complexes, la présentation hors contexte de la vie sociale, la faible validité et l'incapacité de mesurer certains enjeux dans le cadre d'une enquête. Même si certaines enquêtes nationales réunissent des

données particulières aux lieux, la plupart des données d'enquête ne tiennent pas compte des complications associées aux sites locaux. Le RCCET est d'avis qu'il est nécessaire de recueillir des données au niveau local pour dégager des connaissances qui tiennent compte du contexte. Ceci dit, la ventilation des données nationales selon les sites pourrait permettre de juxtaposer une autre couche de connaissances dans la compréhension des enjeux au niveau local<sup>20</sup>. Le tableau 1 présente les enquêtes nationales clés, existantes et à venir, qui comprennent des données portant particulièrement sur la consommation et l'abus de substances.

**TABLEAU 1** : Enquêtes canadiennes clés d'envergure nationale contenant des données portant particulièrement sur la consommation et l'abus de substances<sup>21</sup>

ANNÉE	ENQUÊTE	SOURCE
1978–79	Enquête Santé Canada	Santé et Bien-être social Canada, <i>La santé des Canadiens : rapport de l'Enquête Santé Canada</i> (Ottawa : Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada, 1981)
1985	Enquête sur la promotion de la santé au Canada	Santé et Bien-être social Canada, <i>Enquête sur la promotion de la santé au Canada</i> (Ottawa : Santé et Bien-être social Canada, 1988)
1985	Enquête sociale générale	Statistique Canada, <i>Enquête sociale générale, Série analytique</i> , Santé et aide du milieu (Ottawa : Statistique Canada, 1985)
1989	Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues	Santé et Bien-être social Canada, <i>Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues</i> (Ottawa : Santé et Bien-être social Canada, 1990)
1990	Enquête sur la promotion de la santé au Canada	Santé et Bien-être social Canada, <i>Enquête sur la promotion de la santé au Canada 1990 – rapports techniques</i> , Stephens, T. et Fowler, G.D. (éds). (Ottawa : ministère des Approvisionnements et Services, 1993)
1991	Enquête sociale générale	Statistique Canada, Millar, W., <i>Vers de meilleures habitudes de vie dans Tendances sociales canadiennes</i> , no 24 – printemps 1992 (Ottawa : Statistique Canada, 1992)
1991	Enquête auprès des peuples autochtones <sup>22</sup>	Statistique Canada, <i>Enquête auprès des peuples autochtones</i> (Ottawa : Statistique Canada, 1993)
1993	Enquête sociale générale	Statistique Canada, <i>Enquête sociale générale</i> , analyse préparée par E. Single, J. Brewster, P. MacNeil et J. Hatcher (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1994)
1994	Enquête sur l'alcool et les autres drogues au Canada	Statistique Canada, <i>Enquête sur l'alcool et les autres drogues au Canada</i> (Ottawa : Statistique Canada, Centre canadien d'information sur la santé, 1995)
1994–95	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes	Statistique Canada, <i>Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes</i> (Ottawa : Statistique Canada, 1994-1995)
1994–95	Enquête nationale sur la santé de la population	Statistique Canada, <i>Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995</i> (Ottawa : Statistique Canada, Centre canadien d'information sur la santé, 1996)
1996–97	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes	Statistique Canada, <i>Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes</i> (Ottawa : Statistique Canada, 1996-1997)
1996–97	Enquête nationale sur la santé de la population	Statistique Canada, <i>Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997</i> (Ottawa : Statistique Canada, Centre canadien d'information sur la santé, 1998)
1998	Enquête sur les campus canadiens	Centre de toxicomanie et de santé mentale, <i>Enquête sur les campus canadiens 1998</i> . (Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale, 1998)
1998–99	Enquête nationale sur la santé de la population	Statistique Canada, <i>Enquête nationale sur la santé de la population 1998-1999</i> (Ottawa : Statistique Canada, Centre canadien d'information sur la santé, 2000)
1998–99	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes	Statistique Canada, <i>Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes</i> (Ottawa : Statistique Canada, 1998-1999)
2000–01	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes <sup>23</sup>	À venir – Statistique Canada
2000–01	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes	À venir – Statistique Canada
2001	Enquête auprès des peuples autochtones	À venir – Statistique Canada

### Autres sources de données

Le tableau 2 présente les principales sources, à part les enquêtes, dont proviennent les données nationales, de même que leurs principales limites, selon le système des catégories de données du RCCET, par type d'indicateur<sup>24</sup>. Comme on l'a signalé, l'examen systématique du CCLAT portant sur les sources de données nationales a relevé de nouvelles sources et a confirmé les sources de données utilisées actuellement par le réseau.

**TABLEAU 2 : Sources clés de données canadiennes nationales sur la consommation de substances et principales limites**

TYPE DE DONNÉES	SOURCE	PRINCIPALES LIMITES
Prévalence	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enquêtes nationales, provinciales, locales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Durée limitée</li> <li>Peu d'enquêtes continues</li> <li>Absence de normalisation</li> <li>La sous-déclaration et la sous-représentation des répondants chez lesquels la consommation de substances a les effets les plus importants (p. ex., faute de domicile fixe, ils ne peuvent participer aux enquêtes téléphoniques) limitent souvent les données d'enquête</li> <li>Possibilité limitée de ventilation des données tirées d'enquêtes nationales au niveau local</li> </ul>
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes – Statistique Canada</li> <li>Dossiers des centres de traitement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponible sur une base annuelle</li> <li>Les données pourraient témoigner de la disponibilité des services plutôt que des besoins de traitement</li> <li>Seulement disponible aux échelons national et provincial</li> <li>Ne recueille pas de renseignements sur les établissements dans les réserves, le secteur privé, les prisons et certains établissements pour bénéficiaires internes et externes</li> <li>Variation des pratiques de déclaration et des méthodes de collecte des données entre les centres de traitement (p. ex., différences au chapitre de la collecte de données sur « la drogue utilisée le plus souvent »)</li> <li>Variation des pratiques d'établissement de diagnostic</li> <li>Les données ne rendent pas compte des sujets qui ne cherchent pas à se faire traiter</li> </ul>
Application de la loi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programme de déclaration uniforme de la criminalité – Statistique Canada</li> <li>Enquête sur les tribunaux de juridiction criminelle pour adultes – Statistique Canada</li> <li>Enquête sur les tribunaux de la jeunesse – Statistique Canada</li> <li>Saisies de drogues – Agence des douanes et du revenu du Canada</li> <li>Santé Canada, Bureau des substances contrôlées, Système sur l'abus des drogues</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les données portent seulement sur les actes illégaux découverts par la police et sur les personnes inculpées</li> <li>Les données portent seulement sur les personnes qui comparaissent en justice</li> <li>Les données portent seulement sur les personnes qui comparaissent en justice</li> <li>Les données portant sur les types, les quantités et la pureté des drogues saisies aux frontières canadiennes pourraient témoigner davantage des efforts distincts d'application de la loi déployés par les services de police pour réduire l'offre et la demande que de la prévalence</li> <li>Les données portant sur les types, les quantités et la pureté des drogues saisies au Canada par la GRC et les services de police locale pourraient témoigner davantage des efforts distincts d'application de la loi déployés pour réduire l'offre et la demande que de la prévalence</li> </ul>
Mortalité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Statistique Canada, Division de la statistique de la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La fiabilité et la validité des données sont limitées</li> </ul>
Morbidité	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dossiers locaux des médecins, coroners, médecins légistes ou hôpitaux</li> <li>Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La fiabilité et la validité des données sont limitées</li> <li>Absence de normalisation</li> <li>Actualité limitée des estimations nationales faisant appel aux données de l'ICIS</li> <li>Coût excessif d'achat des données</li> <li>L'ensemble du Canada n'est pas couvert</li> <li>Débat relativement aux codes de diagnostic associés à la consommation et à l'abus de substances qui sont fondés sur la Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, 9<sup>e</sup> révision (qu'on appelle les codes de la CIM-9)<sup>25</sup></li> </ul>
VIH/SIDA et hépatite C	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rapports de surveillance de Santé Canada</li> <li>Programmes d'échange de seringues</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disponible auprès des programmes locaux d'échange de seringues seulement</li> </ul>

## INDICATEURS

Cette section présente les indicateurs de la consommation de drogues qu'utilise actuellement le RCCET ainsi que les définitions qui s'y rattachent. Les indicateurs et les définitions connexes ont fait l'objet d'une discussion détaillée dans le cadre d'un atelier tenu lors de l'assemblée annuelle de 2001 de même qu'à l'occasion de l'assemblée de 2002. Au cours de ces réunions, des recommandations ont aussi été formulées au sujet d'autres sources de données. Un sommaire des principales suggestions est présenté pour chaque indicateur, de même que les principales mesures prises jusqu'à maintenant. Cette section se termine par une analyse s'attachant à un nouveau domaine de consommation, les drogues licites, qui a été ajouté aux domaines de collecte de données du RCCET lors de l'assemblée annuelle de 2001.

<b>Prévalence</b>
<i>Indique quelle proportion de la population consomme de l'alcool et d'autres drogues.</i>
<b>Suggestions</b>
Distinguer la consommation chez les jeunes de celle chez les adultes
Inclure « l'usage problématique » et « l'usage dangereux »
Consulter les données des négociants en vin
<b>Mesures</b>
Dans la mesure du possible, présenter des données sur la consommation chez les adultes et la consommation chez les jeunes dans le rapport national et dans certains rapports locaux
Présenter des données tirées d'enquêtes nationales sur l'alcoolisme et les toxicomanies dans le rapport national et, dans la mesure du possible, désagréger ces données au niveau local
Rendre compte de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes
Consulter les données d'IMS Health sur l'usage de médicaments d'ordonnance
Consulter l'étude transnationale sur les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire de l'Organisation mondiale de la santé
Consulter l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants
Consulter le Rapport statistique annuel de l'Association des distillateurs canadiens
Consulter le sondage portant sur la santé et les soins de santé de l'Organisation nationale de la santé autochtone
Consulter l'enquête sur la santé des Autochtones vivant hors réserve de Statistique Canada
Consulter l'Enquête nationale auprès des peuples autochtones de 2001
<b>Traitement</b>
Indique le nombre de personnes recevant un traitement dans certains programmes de traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies des secteurs public et privé.
<b>Suggestions</b>
Présenter le nombre et le type de clients recevant un traitement
Présenter des données sur des populations spéciales (p. ex., les jeunes)
Présenter des données sur les listes d'attente des programmes
Présenter des données sur les programmes de déjudiciarisation (p. ex., tribunal de désintoxication)
Présenter des données sur les programmes de traitement d'entretien à la méthadone
Présenter des données sur les services disponibles
Présenter des données sur les coûts des services de traitement
Présenter les statistiques sur le traitement du Service correctionnel du Canada
Présenter des données sur le traitement d'entretien à la méthadone
<b>Mesures</b>
Présenter les données sur l'accès aux centres de traitement à l'échelon provincial (Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes)
Rendre compte de l'utilisation des programmes nationaux Jeunesse, J'écoute et Ligne Assistance Parents
Des discussions sont en cours avec le comité du Programme national de lutte contre l'abus de solvant chez les jeunes au sujet de la collecte de données

<b>Application de la loi</b>
<i>Indique le nombre d'infractions en matière de drogue, d'inculpations et de saisies de drogues (en kilogrammes).</i>
<b>Suggestions</b>
Il convient de noter que la criminalisation des drogues influence fortement le libellé de la définition
Présenter les ressources utilisées dans le domaine, comme la proportion des demandes de services reçues par les services de police au sujet de l'alcool et des drogues
Présenter des données obtenues auprès de la population carcérale (prison et probation)
Présenter des données sur les fraudes et les vols commis pour obtenir des produits pharmaceutiques
Déterminer l'utilité des données des sondages nationaux
<b>Mesures</b>
Rendre compte des saisies de drogues (valeur et nombre) dans le rapport national (aux frontières)
Rendre compte du Programme de déclaration uniforme de la criminalité (adultes et jeunes)
Rendre compte de l'Enquête sur les tribunaux de juridiction criminelle pour adultes
Présenter les données de la Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada
Présenter les données sur l'incarcération du Service correctionnel du Canada
Consulter l'Enquête sur les tribunaux de la jeunesse
Consulter les sources de données du Centre de recherche en toxicomanie du Service correctionnel du Canada
Consulter les données du Bureau des substances contrôlées de Santé Canada (formule HPB-3515) (saisies de drogues par la GRC et les services de police locale au Canada)

<b>Morbidité</b>
<i>Indique le fardeau morbide lié aux blessures attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues selon le diagnostic établi au moment du départ de l'hôpital<sup>6</sup>.</i>
<b>Suggestions</b>
Présenter des données sur les tendances et des données communautaires
<b>Mesures</b>
Présenter les données les plus récentes de l'ICIS (2000-2001)

<b>Mortalité</b>
<i>Indique le nombre de décès liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues.</i>
<b>Suggestions</b>
Présenter des données sur les tendances et des données communautaires
Présenter des données sur la mortalité dans les services correctionnels
<b>Mesures</b>
Présenter les données les plus récentes de l'ICIS
Présenter les données de la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada

<b>VIH/SIDA et hépatite C</b>
<i>Indique le nombre de cas de VIH, de SIDA ou d'hépatite C associés avec l'usage de drogues injectables.</i>
<b>Suggestions</b>
Présenter des données provenant des centres de traitement au sujet des personnes atteintes du SIDA aux niveaux provincial et local
Présenter les données de surveillance sur le VIH/SIDA recueillies par le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses de Santé Canada
Présenter les données de surveillance sur l'hépatite C et l'hépatite B recueillies par le Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada
<b>Mesures</b>
Présenter les données les plus récentes sur le VIH/SIDA
Présenter certaines données sur l'hépatite C

Au Canada, il faut absolument qu'on consacre plus d'attention et de recherches aux problèmes liés à l'usage de drogues licites (produits pharmaceutiques psychoactifs). Le Bureau de la surveillance des médicaments de Santé Canada a recueilli des données nationales sur l'usage de médicaments d'ordonnance jusqu'en 1995, mais ce système n'est plus en fonction. À l'heure actuelle, certaines provinces recueillent des données à cet effet par l'intermédiaire de programmes provinciaux sur les ordonnances en double ou en triple<sup>27</sup> qui, toutefois, visent seulement certains produits pharmaceutiques à teneur élevée. Dans l'ensemble, la compréhension de l'usage des drogues licites et des problèmes qui s'y rattachent est fragmentaire. Par exemple, il n'y a toujours pas de définition universelle de la dépendance ou de l'abus.

De plus, il faut effectuer des recherches spécifiques selon les sexes sur l'usage de médicaments prescrits et non prescrits. À la différence de la consommation d'alcool et de drogues illicites, en général, les sujets de sexe féminin font état de taux d'usage de médicaments prescrits et non prescrits plus élevés que leurs homologues masculins. Cela augmente le risque d'usage problématique dans ce groupe. Compte tenu de l'accessibilité limitée des grandes sources de données, il a été proposé de recueillir des renseignements par l'intermédiaire de sources parallèles comme les pratiques d'ordonnance dont rendent compte les données d'IMS Health et des entreprises pharmaceutiques (p. ex., PURDUE Pharma). De même, il faut recueillir des données sur la consommation de stéroïdes et sur l'abus de solvants.



## NOTES

- 16 On définit et on révisé continuellement les sources de données disponibles.
- 17 Enquête sur les tribunaux de juridiction criminelle pour adultes, Programme de déclaration uniforme de la criminalité, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (alcool), Institut canadien d'information sur la santé (dépenses de santé) (morbidity), Statistique Canada, Division de la statistique de la santé (mortalité), Enquête nationale sur la santé de la population et Enquête auprès des peuples autochtones.
- 18 Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones cite notamment les préoccupations suivantes relativement aux enquêtes nationales : « (...) la publication de recherche-sondage traite rarement de la validité et de la fiabilité des modalités (outils) de sondage utilisées. (...) le faible taux de réponse à cause de l'apathie ou de la non-participation, les différences culturelles occidentales-autochtones qui rendent la communication plus compliquée, la collecte des données et leur interprétation, l'hétérogénéité (des nations autochtones) dans le regroupement qui compose l'échantillon du sondage, et un manque, dans l'ensemble, d'identification ou de participation des populations autochtones urbaines (...) » (2) (Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones [1996?]. *Recherche documentaire : Stratégies relatives à l'évaluation des programmes de lutte contre l'abus des substances chez les Autochtones : Examen de la question*. Ottawa : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.)
- 19 Voir, par exemple, le Sondage biennal sur la consommation de drogues par les élèves de l'Ontario du Centre de toxicomanie et de santé mentale, qui s'échelonne sur deux décennies; l'enquête annuelle auprès des adultes de l'Ontario Health Monitor: Addiction & Mental Health Indicators du Centre de toxicomanie et de santé mentale, qui a été lancée en 1977; et le Sondage sur la consommation de drogues chez les élèves de la Nouvelle-Écosse, qui s'est déroulé en 1996, en 1998 et en 2000.
- 20 L'importance de la variation d'échantillonnage joue sur l'exactitude de l'analyse statistique. Lorsque l'on tient compte de la variation ou de l'erreur d'échantillonnage, certaines estimations statistiques pourraient ne pas être significatives statistiquement. C'est pourquoi il faut faire preuve de circonspection dans l'interprétation des différences comparatives calculées dans le présent rapport au moyen de données d'enquêtes par sondage. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet des données d'enquêtes par sondage utilisées dans ce rapport, veuillez consulter l'examen exhaustif des méthodes et des intervalles de confiance dans les enquêtes originales (voir l'annexe A).
- 21 Les enquêtes citées sont les sources de données originales ou des rapports sous forme de tableaux.
- 22 Étant donné que cette enquête est dépassée, elle n'est pas analysée dans le présent rapport. Il convient de souligner la publication prochaine des données tirées de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001.
- 23 Il est habituellement difficile de désagréger les enquêtes nationales aux niveaux provincial et local. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes présentera pour la première fois des données aux échelons provincial et sous-provincial (régions de santé) pour toutes les provinces et tous les territoires. L'Enquête recueille aussi certaines données dans le cadre d'entrevues conduites en personne.
- 24 Voir le Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies (2000). *Comment créer un réseau d'épidémiologie des toxicomanies dans votre communauté*. (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies).
- 25 Les données sur 2000-2001 exposées dans le présent rapport font appel aux codes de la CIM-9. Les données sur 2001-2002 feront appel au système de codes issu de la 10e révision (CIM-10-CA).
- 26 Motif de traitement ou de congé d'un hôpital.
- 27 Voici les provinces participantes : l'Alberta, la Colombie-Britannique, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse, la Saskatchewan et le Yukon (qui participe au programme de l'Alberta).

# Données nationales sur la consommation et l'abus de substances

La présente section est fondée sur des enquêtes, des sources de données et certains rapports de recherche canadiens qui traitent de la *prévalence*, du *traitement*, de l'*application de la loi*, de la *morbidité*, de la *mortalité* et du *VIH/SIDA* et de l'*hépatite C* ainsi que des facteurs connexes dans le contexte de la consommation de substances. Dans la mesure où les données le permettent, des comparaisons sont établies entre les sujets de sexe féminin et les sujets de sexe masculin. Les données d'envergure nationale les plus récentes sont présentées. Il convient de noter que dans certains cas, les données présentées remontent au milieu des années 90.

Chaque division de la présente section du rapport débute par un instantané présentant des faits saillants relatifs aux données. Sont mises en évidence tant les données les plus récentes (après 1997) que des données plus anciennes, dont l'antériorité signale les domaines dans lesquels il faudra effectuer des recherches à l'avenir. Rappelons que le présent rapport vise à mettre en évidence les sources de données nationales (p. ex., les enquêtes). Le lecteur est invité à consulter les sources originales pour obtenir de plus amples renseignements, notamment sur les méthodes de collecte de données. Dans les cas où les auteurs du présent rapport ont analysé les sources de données nationales, le lecteur est invité à consulter le site Web du RCCET, à l'adresse [www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca), où il trouvera d'autres analyses et des mises à jour régulières.

Le présent rapport porte avant tout sur les sources de données nationales. Il convient de signaler que dans la mesure du possible, les données tirées de ces sources ont été désagrégées aux niveaux local ou provincial puis transmises aux sites du RCCET pour inclusion dans les rapports locaux. Voici certaines de ces sources : l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997 et de 1998-1999 (Vancouver, Toronto et Montréal); l'Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes de 1999 (échelon provincial); le Programme de déclaration uniforme de la criminalité de 2000 et de 2001 (échelons local et provincial); l'Enquête sur les tribunaux de juridiction criminelle pour adultes de 2000-2001 (échelon provincial); l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2001 (échelon local), et les données sur les dépenses en médicaments d'ordonnance de l'ICIS (échelon provincial). Les données tirées d'enquêtes nationales qui sont comprises dans le présent rapport ont fait l'objet d'une pondération en conformité avec les pratiques générales d'analyse des données de Statistique Canada et afin de s'harmoniser avec les données présentées dans le *Profil canadien de 1999*<sup>28</sup>.

## NOTES

- 28 Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues* (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1999).

# Prévalence de la consommation d'alcool

## Après 1997

- Une enquête conduite en 2002 auprès de membres des Premières nations vivant dans des réserves a conclu qu'un peu plus de la moitié des répondants estimaient que la mesure la plus importante que les femmes pourraient prendre pour donner naissance à un bébé en santé consisterait à consommer moins d'alcool ou à arrêter complètement d'en consommer.
- Par rapport à 2000, en 2001, il y a eu une légère augmentation de la consommation par habitant de bière pour le marché intérieur et de bière importée au Canada, selon les données sur les ventes. Auparavant, on avait enregistré une diminution constante de 1990 à 1995 et observé une stabilité relative à ce chapitre jusqu'en 2000. De 1999 à 2000, la consommation de spiritueux et de vin a augmenté d'environ 5 %.
- En 2001, à peu près 3,6 millions de Canadiens ont admis avoir conduit après avoir consommé de l'alcool au cours du mois précédent, et 1,6 million de Canadiens ont déclaré avoir conduit à un moment, au cours de l'année précédente, où ils croyaient que leur taux d'alcoolémie excédait la limite permise. Il s'agit d'une diminution remarquable par rapport à 1998. Les conducteurs de 19 à 24 ans étaient les plus susceptibles de déclarer avoir conduit sous l'effet de l'alcool.
- En 2000-2001, près de trois fois plus de sujets de sexe masculin que de sujets de sexe féminin ont signalé avoir eu au moins 12 épisodes de consommation importante (au moins cinq boissons alcoolisées en une occasion) au cours d'une année. Les résultats relatifs à la consommation de cette quantité d'alcool moins de 12 fois par année étaient semblables chez les deux sexes.
- De 1994-1995 à 1998-1999, il y a eu une diminution de la consommation d'alcool au cours de la grossesse.
- De 1994-1995 à 1998-1999, on a enregistré une augmentation faible, quoique régulière, du nombre de répondants et de répondantes qui ont signalé avoir consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents. En moyenne, les hommes ont fait état d'une fréquence de consommation supérieure de 9 % à celle signalée par les femmes.
- En 1998, comparativement à leurs homologues masculins, les étudiantes au niveau du baccalauréat ont fait état d'une fréquence de consommation d'alcool légèrement plus élevée depuis le début du semestre en cours de même que pendant leur vie. Les quantités consommées étaient toutefois inférieures à celles déclarées par les étudiants.
- En 1998-1999, la consommation d'alcool des jeunes femmes de 15 à 19 ans au cours de l'année précédente était légèrement supérieure à celle des jeunes hommes. Dans toutes les autres catégories d'âge, les hommes ont devancé les femmes. À ce chapitre, la différence la plus importante a été observée dans le groupe des personnes de 80 ans ou plus.
- En 1998-1999, le pourcentage de sujets ayant déclaré ne pas avoir consommé d'alcool au cours des 12 mois précédents et le pourcentage de personnes n'ayant jamais consommé augmentaient en parallèle avec l'âge.
- L'examen général effectué en 1998 par le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones a conclu que l'alcool, obtenu légalement ou produit ou vendu illégalement, continue de constituer un grand problème auquel sont confrontées toutes les communautés autochtones.

## 1997 et auparavant

- En 1994, les femmes ont signalé plus souvent que les hommes qu'il faudrait accorder plus d'attention aux problèmes liés à la consommation d'alcool dans la société canadienne, par exemple, par le soutien des étiquettes de mise en garde contre l'alcool ou par des moyens visant à contester la vente de boissons alcoolisées dans les dépanneurs.
- En 1993, près de deux fois plus de femmes que d'hommes ont signalé avoir éprouvé des problèmes au cours des 12 mois précédents à cause de la consommation d'alcool d'autres personnes.
- En 1993, près de deux fois plus d'hommes que de femmes ont déclaré avoir un problème lié à l'alcool, comme un problème de santé.

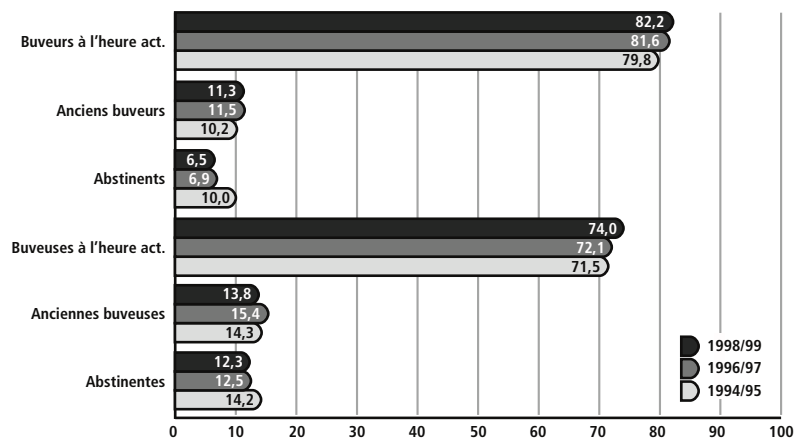
# Prévalence

## ALCOOL

### Consommation d'alcool

Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1998-1999, la majorité des Canadiens de 15 ans et plus (78,0 %) avaient consommé de l'alcool au moins une fois au cours de l'année précédente (buveur à l'heure actuelle), 12,6 % en avaient consommé pendant leur vie, mais pas au cours de l'année précédente (ancien buveur) et 9,5 % n'avaient jamais consommé d'alcool (abstinents)<sup>29</sup>. De 1994-1995 à 1998-1999, on a enregistré une augmentation du nombre de répondantes et de répondants ayant signalé avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédente : 71,5 % des répondantes avaient répondu de la sorte en 1994-1995 par rapport à 74 % en 1998-1999, et 79,8 % des répondants ont répondu de la sorte en 1994-1995 par rapport à 82,2 % en 1998-1999. C'est dans la catégorie des buveurs à l'heure actuelle qu'on a observé la différence la plus importante entre les sexes. D'autre part, les différences proportionnelles selon le sexe étaient moins prononcées chez les anciens buveurs et les abstinents. Ces résultats rappellent les constatations de l'ENSP de 1996-1997 et de 1994-1995<sup>30</sup> (voir la figure 1).

**FIGURE 1 :** Pourcentage des sujets dans les catégories de buveurs, selon le sexe, personnes de 15 ans et plus, Canada, ENSP, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999<sup>31</sup>

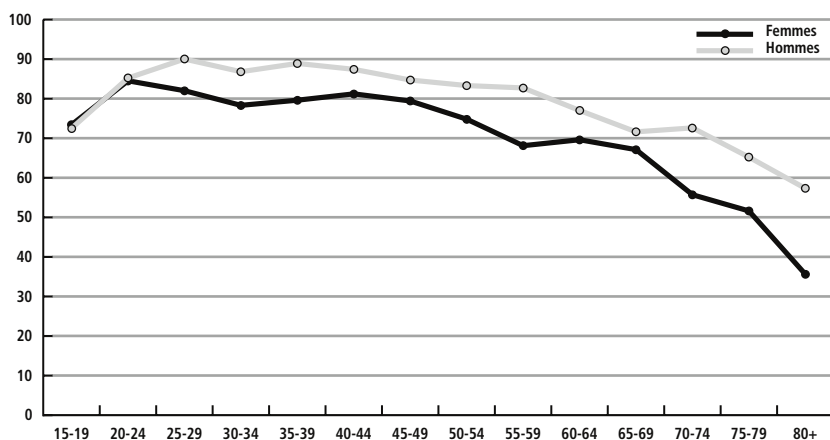


Selon l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes de 1998-1999<sup>32</sup>, 77,5 % des répondants qui se sont présentés comme la personne la mieux renseignée au sujet de l'enfant du ménage (il s'agissait d'une femme dans 93,5 % des cas) ont signalé avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédente. L'enquête a aussi révélé que 82,9 % de leur conjoint avaient consommé de l'alcool au cours de l'année précédente. Ces constatations rappellent les résultats de l'ENSP.

En ce qui concerne le pourcentage de personnes, selon l'âge, ayant signalé dans le cadre de l'ENSP de 1998-1999 qu'elles avaient consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents, on a observé une stabilité relative de 20 ans à 44 ans (84,4 %) puis une diminution constante à partir de 45 ans (ce résultat s'est établi à 81,9 % dans le groupe des 45 à 49 ans et à 44,6 % dans le groupe des 80 ans ou plus). La proportion de jeunes femmes et de jeunes hommes de 15 à 19 ans qui ont déclaré avoir consommé

de l'alcool, qui était presque identique, s'est établie en moyenne à 73 %. Pour ce qui est du pourcentage de personnes, selon le sexe, ayant signalé avoir consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents, on observe aussi des similitudes. Il convient toutefois de noter deux différences. En premier lieu, chez les hommes, la consommation d'alcool au cours de l'année précédente était stable jusqu'à 44 ans (par rapport à 49 ans chez les femmes), puis amorçait une diminution constante (à l'exclusion des plus jeunes de 15 à 19 ans). D'autre part, les femmes de 80 ans ou plus ont fait état d'un niveau de consommation d'alcool de beaucoup inférieur à celui de leurs homologues masculins (35,6 % des femmes par rapport à 57,3 % des hommes) (voir la figure 2). Fait intéressant, les jeunes femmes de 15 à 19 ans ont fait état d'une consommation d'alcool légèrement supérieure à celle des jeunes hommes de ce groupe (73,4 % des répondantes et 72,5 % des répondants)<sup>33</sup>.

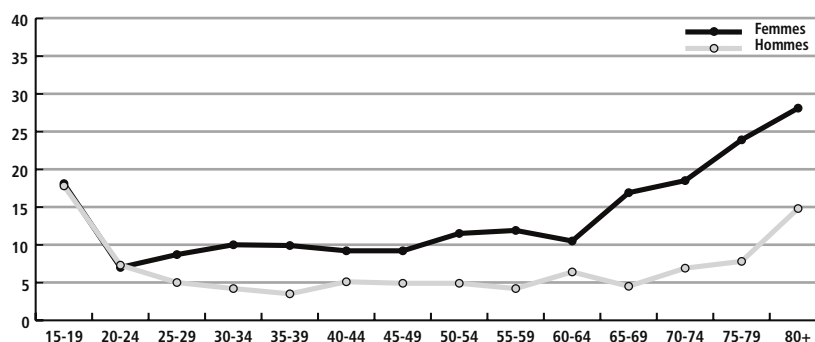
**FIGURE 2 :** Proportion des répondantes et des répondants ayant déclaré avoir consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents, personnes de 15 ans et plus, Canada, ENSP, 1998-1999<sup>34</sup>



On a observé une tendance particulière à l'âge semblable chez les anciens buveurs : à mesure que l'âge augmentait, il y avait une augmentation du pourcentage de personnes ne consommant pas d'alcool (cette proportion s'est établie à 8 % chez les personnes de 20 à 24 ans et à 32,8 % chez les personnes de 80 ans ou plus). De plus, toutes catégories d'âge confondues, une plus forte proportion de femmes ne buvaient plus, sauf dans les groupes d'âges suivants : 15 à 19 ans (9,6 % des jeunes hommes par rapport à 8,5 % des jeunes femmes), 65 à 69 ans (23,9 % des hommes par rapport à 16 % des femmes) et 75 à 79 ans (27 % des hommes par rapport à 24,5 % des femmes).

On a observé une tendance semblable chez les abstinentes, c'est-à-dire qu'à mesure que l'âge augmentait, il y avait une augmentation de la proportion d'abstinentes (ce pourcentage s'établissait à 7,1 % chez les 20 à 24 ans et à 22,6 % chez les 80 ans ou plus). Le plus faible pourcentage d'abstinentes a été observé chez les personnes de 20 à 49 ans (7 % en moyenne). L'examen de cette tendance selon le sexe révèle que l'écart entre les données relatives à l'abstinence s'accroît à mesure que l'âge augmente. Les hommes de tous les groupes d'âge ont signalé en moins grand nombre s'abstenir de consommer de l'alcool, et les différences les plus importantes ont été observées dans les groupes les plus âgés (75 à 79 ans : 7,8 % des hommes par rapport à 23,9 % des femmes; 80 ans ou plus : 14,8 % des hommes par rapport à 28,1 % des femmes) (voir la figure 3).

**FIGURE 3 :** Proportion des répondantes et des répondants ayant déclaré ne pas consommer d'alcool, personnes de 15 ans et plus, Canada, ENSP, 1998-1999<sup>35</sup>



### Consommation abusive

Selon les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001<sup>36</sup> sur la proportion des répondants ayant consommé au moins cinq boissons alcoolisées en une seule occasion<sup>37</sup> au moins 12 fois au cours de l'année précédente, 29 % des sujets de sexe masculin de 15 ans ou plus tenus pour des buveurs à l'heure actuelle et seulement 11,4 % de leurs homologues féminines ont fait état de ce niveau de consommation. Un écart semblable entre les sexes a été observé parmi les personnes qui ont signalé n'avoir jamais bu au moins cinq boissons alcoolisées en une seule occasion (45,1 % des répondants et 67,3 % des répondantes). Les résultats étaient toutefois semblables entre les sexes chez les personnes qui ont signalé avoir bu au moins cinq boissons alcoolisées en une occasion moins de 12 fois au cours de l'année précédente (25,9 % des répondants et 21,3 % des répondantes)<sup>38</sup> (voir le tableau 3).

**TABLEAU 3 :** Proportion des répondantes et des répondants ayant consommé au moins cinq boissons alcoolisées en une seule occasion, personnes de 15 ans ou plus, Canada, ESCC 2000-2001<sup>39</sup>

CONSUMMATION	FEMMES	HOMMES
Jamais bu au moins cinq boissons alcoolisées en une occasion	67,3 %	45,1 %
Au moins cinq boissons alcoolisées en une occasion, moins de 12 fois par année	21,3 %	25,9 %
Au moins cinq boissons alcoolisées en une occasion, plus de 12 fois par année	11,4 %	29,0 %
TOTAL	100 %	100 %

Lorsque l'on examine la proportion des répondants, selon l'âge, ayant consommé au moins cinq boissons alcoolisées en une occasion plus de 12 fois au cours d'une année, nous constatons que le résultat varie le plus en fonction du sexe dans le groupe des 20 à 34 ans (39,5 % des répondants c. 17,9 % des répondantes) et qu'il varie le moins dans le groupe des 65 ans ou plus (9,2 % des répondants c. 1,4 % des répondantes). En revanche, en ce qui concerne la proportion des répondants, selon l'âge, ayant consommé au moins cinq boissons alcoolisées en une occasion moins de 12 fois au cours d'une année, c'est dans le groupe des 20 à 34 ans que le résultat variait le moins en fonction du sexe (30,7 % des répondants c. 32,8 % des répondantes) et dans le groupe des 45 à 64 ans, qu'il variait le plus (23,1 % des répondants c. 13,6 % des répondantes).

### **Consommation d'alcool sur les campus**

Selon l'*Enquête sur les campus canadiens* de 1998<sup>40</sup>, les étudiants d'université sont relativement nombreux à signaler consommer de l'alcool et éprouver des problèmes connexes. Il a été signalé que 87,5 % des étudiantes et 85,4 % des étudiants avaient consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents. On a fait des constatations semblables en ce qui concerne la consommation au cours de la vie, qui s'est établie en moyenne à 91,5 % chez les deux sexes (92,4 % des étudiantes et 90,6 % des étudiants). En moyenne, la consommation hebdomadaire d'alcool des étudiantes à partir du début du semestre d'automne était inférieure de moitié à celle des étudiants (la consommation des jeunes femmes s'est établie en moyenne à 3,9 boissons alcoolisées et celle des jeunes hommes, à 7,5 boissons alcoolisées). Le pourcentage de femmes ayant signalé avoir consommé au moins cinq boissons alcoolisées en une seule occasion au moins une fois au cours de l'année universitaire en cours s'est établi à 56,1 %, et 25,2 % des répondantes ont indiqué avoir consommé au moins huit boissons alcoolisées en une occasion au moins une fois au cours de l'année universitaire en cours. De nouveau, ces taux étaient considérablement supérieurs chez les étudiants : 70,6 % d'entre eux ont signalé avoir consommé au moins cinq boissons alcoolisées en une occasion et 46,5 % d'entre eux ont indiqué en avoir consommé au moins huit.

Sur le plan de la santé mentale, on observe que 35,2 % des jeunes femmes et 23,6 % des jeunes hommes ont signalé que la consommation d'alcool a porté atteinte à leur santé mentale. De plus, 41,1 % des femmes ont fait état d'une consommation d'alcool néfaste<sup>41</sup> au cours des 12 mois précédents et 29,3 % d'entre elles ont signalé une dépendance à l'alcool<sup>41</sup>. Chez les hommes, les taux étaient tout juste supérieurs (45,2 % ont fait état d'une consommation d'alcool néfaste et 31,8 %, d'une dépendance à l'alcool).

### **Consommation d'alcool et grossesse**

Pour ce qui est de la prévalence de la consommation d'alcool au cours de la grossesse, l'*Enquête nationale sur la santé de la population* de 1994-1995 et l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ)* de 1994-1995<sup>42</sup> ont présenté des résultats semblables : entre 17 % et 25 % des femmes ont consommé de l'alcool à un moment donné au cours de leur grossesse et entre 7 % et 9 % des femmes ont consommé de l'alcool tout au long de leur grossesse<sup>43</sup>. Parmi celles qui ont consommé de l'alcool, 94 % ont signalé avoir consommé moins de deux boissons alcoolisées les jours où elles ont bu, 3 % consommaient entre trois et quatre boissons alcoolisées et moins de 3 % ont consommé au moins cinq boissons alcoolisées à chaque fois. Selon l'ELNEJ de 1998-1999<sup>44</sup>, il semblerait que la prévalence de la consommation d'alcool au cours de la grossesse a diminué depuis les enquêtes de 1994-1995. En 1998-1999, on a signalé que 14,4 % des femmes avaient consommé de l'alcool à un moment donné au cours de leur grossesse et que 4,9 % des répondantes avaient consommé de l'alcool tout au long de leur grossesse.

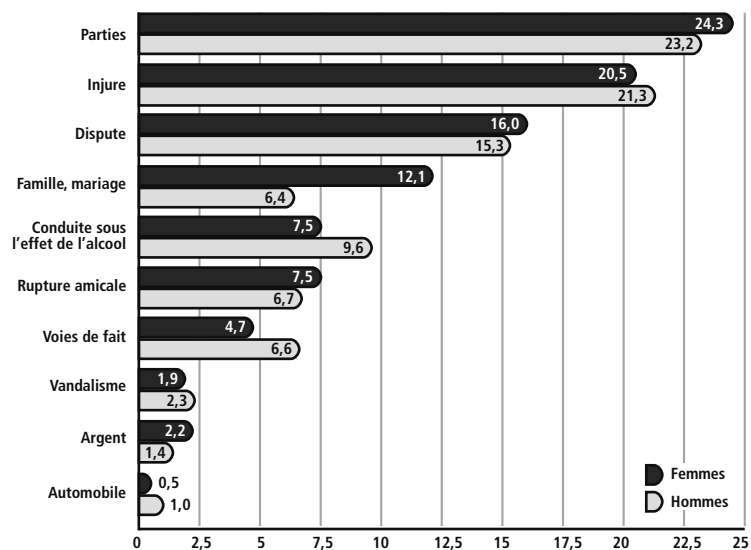
Dans le *Sondage auprès des Premières nations vivant dans les réserves* de 2002<sup>45</sup>, on a demandé aux répondants<sup>46</sup> quelles seraient, à leur avis, les mesures qu'il importerait le plus que les femmes prennent pour que leur bébé soit en santé. Cinquante-trois pour cent des répondants ont répondu qu'il faudrait qu'elles réduisent leur consommation d'alcool ou qu'elles arrêtent de consommer (deuxième réponse la plus courante).

Il convient de noter que l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – cycle 1.1 a produit des données sur la consommation d'alcool au cours de la grossesse, encore qu'elles ne soient pas présentées dans ce rapport. Elles font l'objet d'un chapitre sur les femmes et les problèmes liés à la consommation de substances dans une publication de Santé Canada, le *Rapport sur la situation de la santé des femmes*<sup>47</sup>.

### Conséquences de la consommation d'alcool

Lorsqu'on tient compte du sexe comme facteur déterminant de la santé de même que de son lien avec la consommation et l'abus de substances, les effets de la consommation des autres sur la vie de chacun doivent aussi faire l'objet de l'examen. Selon l'*Enquête sociale générale* de 1993 et les comptes rendus de problèmes éprouvés par des femmes et des hommes au cours des 12 mois précédents à cause de la consommation d'autres personnes, il y avait une différence considérable entre les sexes. L'écart le plus important a été observé dans le domaine des problèmes familiaux et des difficultés conjugales attribuables à la consommation d'alcool d'une autre personne (dont ont fait état 12,1 % des femmes et 6,4 % des hommes), catégorie qui était suivie par la conduite sous l'effet de l'alcool (7,5 % des femmes et 9,6 % des hommes) et par les voies de fait (4,7 % des femmes et 6,6 % des hommes)<sup>48</sup> (voir la figure 4). De plus, selon l'analyse de Single s'attachant aux données de sondage relatives aux enjeux liés à l'alcool qui ont été recueillies dans le cadre de l'*Enquête de 1994 sur l'alcool et les autres drogues au Canada*<sup>49</sup>, les femmes ont répondu uniformément en faveur de la reconnaissance de la nécessité d'accorder plus d'attention aux problèmes liés à l'alcool. Plus particulièrement, 76,2 % des femmes et seulement 57,1 % des hommes ont signalé s'opposer à la vente d'alcool dans les dépanneurs, 75,1 % des femmes et 63,8 % des hommes étaient en faveur du recours aux étiquettes de mise en garde contre l'alcool, 69,3 % des femmes et 59,7 % des hommes étaient en faveur d'une meilleure accessibilité des services de traitement de l'alcoolisme et, enfin, 29,8 % des femmes et 20,8 % des hommes étaient en faveur de l'augmentation de la taxe sur l'alcool<sup>50</sup>.

**FIGURE 4 :** Proportion des répondants ayant consommé de l'alcool au cours de l'année précédente qui ont fait état de problèmes liés à la consommation d'alcool chez d'autres personnes, selon le sexe, personnes de 15 ans et plus, Canada, ESG, 1993<sup>51</sup>

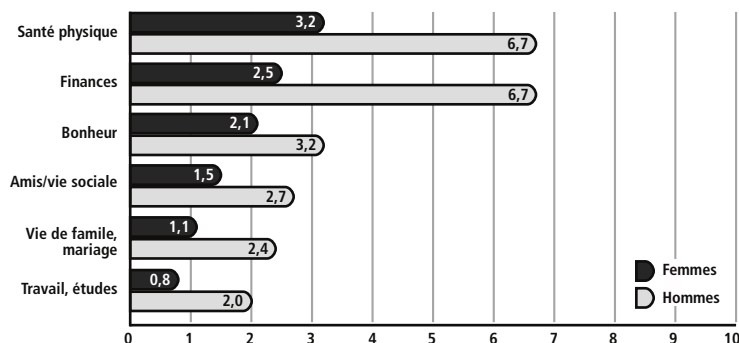


En ce qui concerne les effets de la consommation d'alcool sur la vie des buveurs, selon l'*Enquête sociale générale* de 1993<sup>52</sup>, on observe que 6,2 % des femmes et 11 % des hommes de 15 ans ou plus qui avaient consommé de l'alcool au cours de l'année précédente ont fait état d'un problème lié à l'alcool<sup>53</sup>. Tant chez les sujets de sexe féminin que chez les sujets de sexe masculin, les problèmes relevaient surtout des domaines de la santé physique, des finances et du bonheur. Ceci dit, les taux étaient relativement plus élevés chez les hommes (santé physique, 6,7 % des hommes et 3,2 % des femmes; finances, 6,7 %



des hommes et 2,5 % des femmes; bonheur, 3,2 % des hommes et 2,1 % des femmes). (Voir la figure 5).

**FIGURE 5 :** Proportion des répondants ayant consommé de l'alcool au cours de l'année précédente qui ont fait état de problèmes liés à l'alcool, selon le sexe, personnes de 15 ans et plus, Canada, ESG, 1993<sup>54</sup>



L'Examen général de 1998 du *Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA)*<sup>55</sup> a recueilli des données sur le rôle problématique que joue l'alcool dans les collectivités autochtones par divers moyens, y compris des entrevues menées auprès de personnes-ressources clés des Premières nations et de Santé Canada pour définir les principaux enjeux d'importance selon les principaux intervenants; des enquêtes envoyées par la poste aux intervenants du PNLAADA, aux chefs de file des collectivités des Premières nations et des Inuits, aux travailleurs de la santé à l'échelon communautaire, aux travailleurs des services sociaux à l'échelon communautaire de même qu'aux cadres supérieurs des centres de traitement; des visites sur le terrain auprès de 37 collectivités choisies aléatoirement, et une analyse documentaire. On a conclu que la consommation d'alcool obtenu légalement et produit ou vendu illégalement continue de constituer un grand problème touchant l'ensemble des collectivités autochtones.

### Ventes et consommation d'alcool

Le *Bulletin statistique annuel* de 2001 de l'Association des brasseurs du Canada<sup>56, 57</sup> fait état d'une légère augmentation des ventes de bière pour le marché intérieur entre 2000 et 2001 (1,7 %). Les ventes de bière en bouteille comptaient pour 69,3 % du marché, tandis que la bière en canette et la bière en fût représentaient respectivement 19,5 % et 11,2 % du marché. Selon les données sur les ventes, la consommation par habitant de bière pour le marché intérieur et de bière importée au Canada a augmenté légèrement pendant cette période, passant de 67,35 litres par personne en 2000 à 67,5 litres par personne en 2001. De 1990 à 1995, selon les ventes, la consommation par habitant de bière pour le marché intérieur et de bière importée n'avait cessé de décroître et par la suite, elle était demeurée relativement stable (voir le tableau 4). Comparativement à 1999, en 2000, la consommation de spiritueux a augmenté de 4,9 % et la consommation de vin, de 5,8 %<sup>58</sup>.

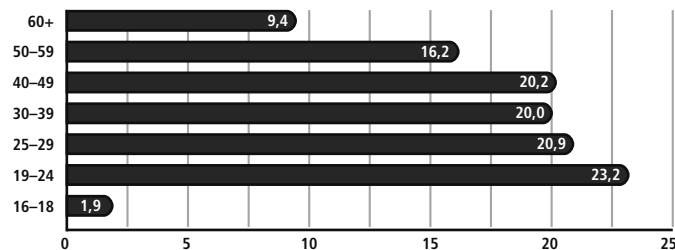
**TABLEAU 4 :** Consommation par habitant de bière pour le marché intérieur et de bière importée, selon les ventes (en litres), Canada, Association des brasseurs du Canada, 1999-2000

1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
75,01	72,61	69,27	68,20	68,30	67,80	66,66	66,17	67,58	68,04	67,35	67,50

### Conduite avec facultés affaiblies

Selon le *Sondage sur la sécurité routière 2001 : La conduite en état d'ivresse*<sup>59</sup> publié par la Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, en 2001, 85 % des conducteurs canadiens étaient d'avis que la conduite sous l'effet de l'alcool constituait un grave problème de sécurité routière. Néanmoins, 16,7 % de l'ensemble des conducteurs interrogés ont signalé qu'à un moment donné au cours des 30 jours précédents, ils avaient conduit dans les deux heures suivant la consommation d'une boisson alcoolisée. Cette proportion correspond à 3,6 millions de Canadiens avouant avoir conduit sous l'effet de l'alcool au cours du mois précédent. De plus, 7,3 % de l'ensemble des conducteurs (1,6 million de Canadiens) ont signalé qu'à un moment donné au cours de l'année précédente, ils avaient conduit alors que leur taux d'alcoolémie dépassait probablement la limite permise. Les conducteurs de 19 à 24 ans étaient les plus susceptibles de signaler avoir conduit sous l'effet de l'alcool (23 %). Ils étaient suivis par ceux de 25 à 29 ans (20,9 %) et par ceux de 40 à 49 ans (20,2 %). Moins de 2 % des conducteurs les plus jeunes (16 à 18 ans) ont signalé avoir conduit sous l'effet de l'alcool (*voir la figure 6*).

**FIGURE 6 :** Proportion des répondants ayant signalé avoir conduit dans les deux heures suivant la consommation d'une boisson alcoolisée, selon l'âge, Canada, FRBR, 2001<sup>60</sup>



Par comparaison, entre 1998 et 2001, il y a eu une réduction de 9 % de la proportion des conducteurs ayant signalé avoir conduit sous l'effet de l'alcool et une réduction de 16 % de la proportion des conducteurs ayant signalé avoir conduit alors qu'ils croyaient que leur taux d'alcoolémie dépassait la limite permise<sup>61</sup>.

## NOTES

- 29 Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1998-1999* (Ottawa : Statistique Canada, Centre canadien d'information sur la santé, 2000). Analyse et interprétation de K. Garabedian et de C.A. Dell.
- 30 Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale (1999). *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- 31 Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1998-1999* (Ottawa : Statistique Canada, Centre canadien d'information sur la santé, 2000). Analyse et interprétation de K. Garabedian et de C.A. Dell; Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale (1999). *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- 32 Statistique Canada, *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1998-1999*. (Ottawa : Statistique Canada). Analyse et interprétation de K. Garabedian et de C.A. Dell.
- 33 L'importance de la variation d'échantillonnage joue sur l'exactitude de l'analyse statistique. Lorsque l'on tient compte de la variation ou de l'erreur d'échantillonnage, certaines estimations statistiques pourraient ne pas être significatives statistiquement. C'est pourquoi il faut faire preuve de circonspection dans l'interprétation des différences comparatives calculées dans le présent rapport au moyen de données d'enquêtes par sondage. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet des données d'enquêtes par sondage utilisées dans ce rapport, veuillez consulter l'examen exhaustif des méthodes et des intervalles de confiance dans les enquêtes originales (voir l'annexe A).
- 34 Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1998-1999*, (Ottawa, Statistique Canada, Centre canadien d'information sur la santé, 2000). Analyse et interprétation de K. Garabedian et de C.A. Dell.
- 35 Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1998-1999*, (Ottawa : Statistique Canada, Centre canadien d'information sur la santé, 2000). Analyse et interprétation de K. Garabedian et de C.A. Dell.
- 36 Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*. (Ottawa : Statistique Canada, 2002). CANSIM II, Tableau 105-0031.
- 37 On entend par consommation excessive la consommation d'au moins cinq boissons alcoolisées en une seule occasion. Il convient de noter que la question de savoir s'il faut utiliser le seuil minimal de cinq boissons alcoolisées tant chez les hommes que chez les femmes soulève un débat.
- 38 Les pourcentages précédents excluent 1,2 % des répondants et 0,9 % des répondants qui n'ont pas fait état de leur niveau de consommation d'alcool.
- 39 Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001*. (Ottawa : Statistique Canada, 2002). CANSIM II, Tableau 105-0031.
- 40 Gliksman, L., A. Demers, E. Adlaf, B. Newton-Taylor et K. Schmidt. *Enquête sur les campus canadiens, 1998*. (Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2000).
- 41 La consommation d'alcool néfaste révèle le pourcentage des répondants ayant fait état d'au moins un des quatre indicateurs (culpabilité après avoir consommé de l'alcool, incapacité de se souvenir de certains événements après avoir consommé de l'alcool, blessure liée à la consommation d'alcool, d'autres personnes ont suggéré une réduction de la consommation d'alcool). La dépendance à l'alcool révèle le pourcentage des répondants ayant fait état d'au moins un des trois indicateurs (incapacité d'arrêter de consommer de l'alcool, incapacité d'effectuer des activités prévues, besoin d'une consommation le matin).
- 42 Statistique Canada, *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994-1995*. (Ottawa : Statistique Canada).
- 43 Roberts, G. et J. Nanson (2000). *Meilleures pratiques – Syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse*. Ottawa : Santé Canada, Division de la Stratégie canadienne antidrogue.
- 44 Statistique Canada, *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1998-1999*. (Ottawa : Statistique Canada). Analyse et interprétation de K. Garabedian et de C.A. Dell.
- 45 Les Associés de recherche EKOS Inc. (2002). *Automne 2002. Sondage auprès des Premières nations vivant dans les réserves*. Ottawa : Les Associés de recherche EKOS Inc.

- 46 Des personnes d'au plus 40 ans.
- 47 Cormier, R.A., C.A. Dell et N. Poole (2003). *Rapport sur la situation de la santé des femmes*. Ottawa : Santé Canada.
- 48 Statistique Canada, *Enquête sociale générale*, analyse préparée par Eric Single, Joan Brewster, Patricia MacNeil et Jeffrey Hatcher du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues* (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1994).
- 49 Statistique Canada, *Enquête de 1994 sur l'alcool et les autres drogues au Canada*, (Ottawa : Statistique Canada, Centre canadien d'information sur la santé, 1995).
- 50 Single, E. (1997). Opinion publique sur les questions d'alcool et d'autres drogues. Dans P. MacNeil et I. Webster (éds), *Enquête canadienne de 1994 sur l'alcool et les autres drogues – Analyse des résultats* (no de cat. : H39-338/1-1994F). (Ottawa : Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada).
- 51 Statistique Canada, *Enquête sociale générale*, analyse préparée par Eric Single, Joan Brewster, Patricia MacNeil et Jeffrey Hatcher (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1994) dans Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues* (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1999).
- 52 Ibid.
- 53 Les problèmes définis relèvent des domaines suivants : amis, vie sociale, santé physique, bonheur, vie de famille-mariage, travail, études et finances. Les problèmes ne comprennent pas la conduite sous l'effet de l'alcool.
- 54 Statistique Canada, *Enquête sociale générale*, analyse préparée par Eric Single, Joan Brewster, Patricia MacNeil et Jeffrey Hatcher dans Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues* (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1999).
- 55 Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones [2000?]. *Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones. Examen général. 1998. Rapport final*. (Ottawa : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits).
- 56 Les renseignements présentés comprennent seulement la consommation enregistrée et ne portent pas sur la consommation de bière fabriquée dans les brasseries libre-service ou à domicile.
- 57 Association des brasseurs du Canada, *Bulletin statistique annuel de 2001*. (Ottawa : Association des brasseurs du Canada, 2002).
- 58 Association des brasseurs du Canada, *Bulletin statistique annuel de 2000*. (Ottawa : Association des brasseurs du Canada, 2001).
- 59 Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, *Sondage sur la sécurité routière. La conduite en état d'ivresse*. (Ottawa : Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, 2001). Le Sondage sur la sécurité routière est un sondage annuel qu'effectue la Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada (FRBR) pour prendre le pouls des Canadiens relativement aux grandes questions liées à la sécurité routière au moyen d'un sondage téléphonique exhaustif auprès d'un échantillon aléatoire représentatif des conducteurs au Canada.
- 60 Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, *Sondage sur la sécurité routière. La conduite en état d'ivresse*. (Ottawa : Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, 2001).
- 61 Encore que ces statistiques semblent prometteuses, selon la Base de données nationale sur les accidents mortels de la FRBR, la proportion de conducteurs mortellement blessés qui avaient consommé de l'alcool n'a pas changé considérablement ces dernières années.

# Prévalence de la consommation de drogues illicites

## Après 1997

- En 2002, une enquête effectuée auprès de membres des Premières nations habitant dans des réserves a conclu que, selon les répondants, la cinquième mesure qu'il importerait le plus que les femmes prennent pour que leur bébé soit en santé serait d'éviter de consommer de la marijuana.
- En 2000, 17,7 % des conducteurs ont admis avoir conduit dans les deux heures suivant la consommation d'une forme de drogue susceptible d'affaiblir les facultés. Parmi les répondants, 0,9 % ont admis conduire sous l'effet de drogues illégales et 1,5 %, sous l'effet de la marijuana.
- En 1998-1999, un peu plus du cinquième des répondants de 14 ans ont affirmé que l'ensemble ou la plupart de leurs amis avaient essayé la marijuana. Cette proportion variait faiblement selon le sexe.
- Selon l'Examen général de 1998 du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, l'usage des drogues illégales est un problème pernicieux

qui prend de plus en plus d'importance dans les collectivités autochtones.

- En 1998, environ un dixième des étudiants au niveau du baccalauréat ont signalé avoir consommé des drogues illicites (à l'exclusion du cannabis) au cours des 12 mois précédents, et près du tiers ont indiqué avoir consommé du cannabis. La consommation dont ont fait état les étudiants était quelque peu plus importante que celle signalée par leurs homologues féminines.

## 1997 et auparavant

- En 1993 et en 1994, le taux déclaré de consommation de drogues illicites au cours de l'année précédente était plus élevé chez les sujets de sexe masculin que chez les sujets de sexe féminin. Le cannabis est la drogue dont la consommation a été le plus souvent déclarée chez les deux sexes. En 1994, le plus faible écart entre les sexes a été constaté au chapitre de la consommation de cocaïne tandis qu'en 1993, il avait été enregistré pour la cocaïne et le LSD, le speed ou l'héroïne.

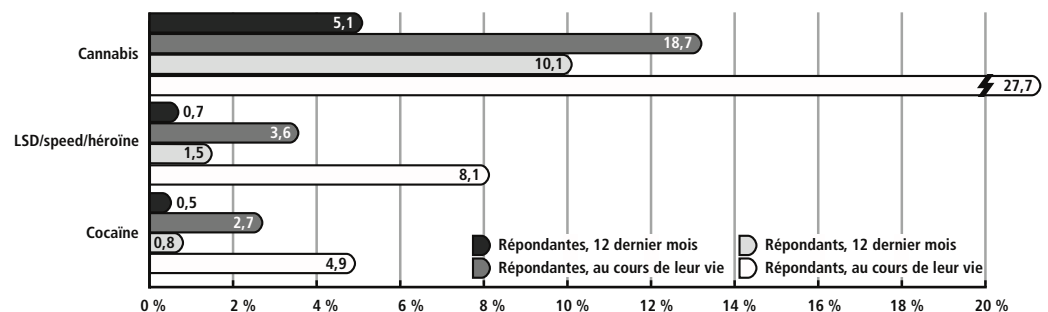
# Drogues illicites

## Consommation de drogues illicites

Les données tirées de l'*Enquête de 1994 sur l'alcool et les autres drogues au Canada* indiquent les proportions de répondantes de 15 ans ou plus ayant signalé avoir consommé certaines drogues illicites au cours de l'année précédente. Les résultats se sont établis comme suit : 5,1 % pour le cannabis, 0,7 % pour le diéthylamide de l'acide lysergique (LSD), le speed ou l'héroïne, et 0,5 % pour la cocaïne. Suite à la comparaison de ces proportions avec les données, tirées de la même enquête, sur la consommation cumulative de drogues illicites au cours de la vie, on constate une légère diminution de l'écart entre les taux de consommation se rattachant à chacune des trois catégories : 18,7 % pour le cannabis, 3,6 % pour le LSD, le speed ou l'héroïne, et 2,7 % pour la cocaïne. En ce qui concerne la consommation au cours de l'année précédente, il y avait un écart entre les sexes dans toutes les catégories sauf celle de la cocaïne. Les résultats pour les sujets de sexe masculin se sont établis de la façon suivante : 10,1 % pour le cannabis, 1,5 % pour le LSD, le speed ou l'héroïne, et 0,8 % pour la cocaïne. De même, les données sur la consommation cumulative au cours de la vie révèlent un écart entre les sexes. Voici les résultats chez les sujets de sexe masculin : 27,7 % pour le cannabis, 8,1 % pour le LSD, le speed ou l'héroïne, et 4,9 % pour la cocaïne<sup>62</sup> (voir la figure 7).

À titre de comparaison, l'*Enquête sociale générale* de 1993 a présenté des niveaux de consommation de drogues illicites au cours de l'année précédente légèrement inférieurs chez les répondantes de 15 ans ou plus : 2,5 % pour le cannabis, 0,2 % pour le LSD, le speed ou l'héroïne, et 0,2 % pour la cocaïne. Dans les deux enquêtes, le cannabis était de loin la principale drogue illicite. Chez les sujets de sexe masculin, les taux étaient aussi remarquablement inférieurs à ceux présentés dans l'enquête de 1994 : 5,9 % pour le cannabis, 0,4 % pour la cocaïne, et 0,4 % pour le LSD, le speed ou l'héroïne<sup>63</sup>.

**FIGURE 7** : Proportion des répondantes et des répondants ayant signalé avoir consommé certaines drogues au cours de l'année précédente et au cours de leur vie, personnes de 15 ans et plus, Canada, ECCAD, 1994<sup>64</sup>



Plus récemment, l'*Enquête sur les campus canadiens* de 1998<sup>65</sup> a examiné la consommation de drogues illicites chez les étudiants au niveau du baccalauréat. On a constaté que 8,9 % des étudiantes et 11,7 % des étudiants avaient signalé avoir consommé des drogues illicites (à l'exclusion du cannabis) au cours des 12 mois précédents, et que 28 % des étudiantes et 29,6 % des étudiants avaient signalé avoir consommé du cannabis.

Dans le cadre de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes – cycle 3* de 1998-1999<sup>66</sup>, on a demandé à des jeunes de 14 ou 15 ans combien de leurs amis avaient

essayé la marijuana. Huit pour cent des répondants ont signalé que tous leurs amis avaient essayé la marijuana, 15,3 %, que la plupart de leurs amis l'avaient fait, 30,8 %, que quelques-uns de leurs amis l'avaient essayée et, enfin, 46 %, qu'aucun de leurs amis n'avait essayé la marijuana. Ces résultats variaient faiblement selon le sexe. Dans le cadre de cette enquête, on a aussi demandé à des jeunes de 12 ou 13 ans combien de leurs amis avaient essayé des produits du cannabis : 0,8 % ont signalé que tous leurs amis avaient essayé des produits du cannabis, 3 %, que la plupart de leurs amis l'avaient fait, 23,2 %, que quelques-uns de leurs amis en avaient essayés et, enfin, 73 %, qu'aucun de leurs amis n'avait essayé de produits du cannabis. De nouveau, il y avait une faible variation selon le sexe. Il est possible que le libellé différent de la question explique en partie les résultats, de beaucoup inférieurs, observés chez les jeunes de 12 et 13 ans.

### **Conséquences de la consommation de drogues illicites**

Dans le *Sondage auprès des Premières nations vivant dans les réserves de 2002*<sup>67</sup>, on a demandé aux répondants<sup>68</sup> quelles seraient, à leur avis, les mesures qu'il importerait le plus que les femmes prennent pour que leur bébé soit en santé. Quatorze pour cent d'entre eux ont répondu que les femmes devraient éviter de consommer de la marijuana (cinquième réponse la plus courante). Selon l'*Examen général de 1998 du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones*<sup>69</sup>, la consommation de drogues illégales est un problème pernicieux qui prend de plus en plus d'importance dans les collectivités autochtones.

### **Conduite avec facultés affaiblies**

Selon le *Sondage sur la sécurité routière 2002*<sup>70</sup>, qui est effectué auprès des conducteurs canadiens pour recueillir des données sur les questions relatives à la sécurité routière et sur les pratiques de conduite, la conduite sous l'effet des drogues est considérée comme un grave problème de sécurité routière. En revanche, la consommation de drogues (et de médicaments) susceptibles d'avoir un effet sur la conduite est relativement courante. En effet, 17,7 % des répondants ont admis qu'au cours des 12 mois précédents, ils avaient conduit au cours des deux heures suivant la consommation d'une forme de drogue susceptible d'affaiblir les facultés. Cette proportion correspond à 3,7 millions de Canadiens ayant conduit au moins une fois au cours de l'année précédente après avoir consommé une drogue susceptible d'affaiblir les facultés. À ce chapitre, c'est la conduite sous l'effet des drogues illégales qui est la moins fréquente (0,9 %), catégorie suivie par la conduite sous l'effet de la marijuana (1,5 %), sous l'effet de médicaments d'ordonnance (2,2 %) et sous l'effet de médicaments en vente libre (15,9 %).

## NOTES

- 62 Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale, *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues* (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1999).
- 63 Ibid.
- 64 Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale, *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues* (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1999).
- 65 Gliksman, L., A. Demers, E. Adlaf, B. Newton-Taylor et K. Schmidt, *Enquête sur les campus canadiens, 1998*. (Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2000).
- 66 Statistique Canada, *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1998-1999*. (Ottawa : Statistique Canada). Analyse et interprétation de K. Garabedian et de C.A. Dell.
- 67 Les Associés de recherche EKOS Inc. (2002). *Automne 2002. Sondage auprès des Premières nations vivant dans les réserves*. Ottawa : Les Associés de recherche EKOS Inc.
- 68 Des personnes d'au plus 40 ans.
- 69 Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones [2000?]. *Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones. Examen général. 1998*. Rapport final. (Ottawa : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits).
- 70 Beirness, D., H. Simpson et K. Desmond (2003). *Sondage sur la sécurité routière 2002 : La conduite en état d'ivresse*. (Ottawa : Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada).



# Prévalence de l'usage de drogues licites

## Après 1997

- De 1975 à 2002, il y a eu une augmentation (en dollars courants et indexés) des dépenses liées aux médicaments prescrits, qui ont passé de 770,6 millions de dollars à 14,6 milliards de dollars, de même qu'une augmentation des dépenses liées aux médicaments non prescrits, qui ont passé de 305,6 millions de dollars à 3,6 milliards de dollars.
- En 1975, les médicaments prescrits et non prescrits achetés au détail représentaient 9 % de l'ensemble des dépenses consacrées à la santé, tandis qu'en 2000, cette proportion s'établissait à 15 %. On prévoit qu'ils représenteront 16 % de l'ensemble des dépenses en santé en 2002.
- En 2001, une famille a fait exécuter en moyenne 30 ordonnances, résultat qui correspond à un coût de 1 209,58 \$ par famille.
- De 1994-1995 à 1998-1999, comparativement à leurs homologues masculins, les sujets de sexe féminin ont déclaré une utilisation uniformément plus importante de certains

médicaments prescrits et non prescrits (tranquillisants, antidépresseurs, analgésiques opioïdes, somnifères, médicaments amaigrissants) au cours du mois précédent. Plus précisément, de 1996-1997 à 1998-1999, l'augmentation la plus considérable a été observée au chapitre de l'utilisation des antidépresseurs. Par ailleurs, chez les hommes, il y a eu une diminution de l'utilisation au cours de la même période, sauf pour ce qui est des analgésiques opioïdes, dont l'utilisation a augmenté très légèrement, et des médicaments amaigrissants, dont l'utilisation est demeurée stable.

- En 1998-1999, un quart des femmes ont signalé qu'elles avaient pris des médicaments au cours de leur grossesse, et un tiers des répondantes, qu'elles avaient utilisé des médicaments en vente libre.
- En 1998, l'Examen général du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones a conclu qu'il faut se pencher sur l'abus de médicaments d'ordonnance dans les collectivités autochtones.

# Drogues licites

## Usage de drogues licites

Une analyse de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* de 1998-1999<sup>71</sup> a révélé que la proportion des répondantes de 15 ans ou plus ayant signalé avoir utilisé, au cours du mois précédent, certains médicaments non prescrits et prescrits a affiché une augmentation en 1998-1999, par rapport à 1996-1997, dans toutes les catégories (tranquillisants, antidépresseurs, analgésiques opioïdes, somnifères), sauf celle des médicaments amaigrissants, dont l'utilisation est demeurée stable (0,7 %). L'augmentation la plus importante a été observée au chapitre de l'utilisation des antidépresseurs : 4,7 % des répondantes avaient signalé en utiliser en 1996-1997, comparativement à 5,9 % en 1998-1999 (voir le tableau 5). À la différence de leurs homologues féminines, chez les répondants, de 1996-1997 à 1998-1999, il y a eu une augmentation de l'usage des drogues licites dans seulement l'une des catégories, celle des analgésiques opioïdes (4,1 % en 1996-1997 par rapport à 4,2 % en 1998-1999), tandis que l'utilisation des médicaments amaigrissants s'est maintenue (2,5 %).

En 1998-1999, dans toutes les catégories, l'utilisation de certains médicaments prescrits et non prescrits déclarée par les répondantes était uniformément supérieure à celle dont ont fait état les répondants : les résultats variaient de 0,7 % des femmes et de 0,1 % des hommes, pour l'utilisation des médicaments amaigrissants, à 5,9 % des femmes et seulement 2,5 % des hommes, pour l'utilisation des antidépresseurs. L'examen des données s'attachant aux trois périodes (1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999) révèle une augmentation constante de l'utilisation chez les sujets de sexe féminin qui n'a pas été aussi considérable chez les sujets de sexe masculin, pour lesquels on a même enregistré certaines baisses en 1998-1999. Il convient de noter que l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – cycle 1.1 a produit des données sur l'utilisation des drogues licites, lesquelles n'étaient toutefois pas accessibles au moment de la rédaction du présent rapport. En outre d'autres publications, un chapitre traitant des femmes et des problèmes de consommation de substances faisant partie d'une publication à venir de Santé Canada, le Rapport sur la situation de la santé des femmes, rendra compte de ces données<sup>72</sup>.

Les tendances générales entre les sexes qui se dégagent des enquêtes nationales sur la santé de la population sont semblables à celles qui ont été constatées dans le cadre de l'*Enquête de 1994 sur l'alcool et les autres drogues au Canada*. En 1994, dans toutes les catégories, les taux d'utilisation de certains médicaments prescrits et non prescrits signalés par les répondantes de 15 ans ou plus étaient uniformément supérieurs à ceux des répondants. C'est au chapitre de l'utilisation d'antidépresseurs qu'on a observé l'écart le plus important entre les sexes (4,2 % des répondantes c. 1,7 % des répondants)<sup>73</sup>.

**TABLEAU 5 :** Proportion des répondantes et des répondants ayant signalé avoir utilisé des médicaments non prescrits et prescrits au cours du mois précédent, personnes de 15 ans et plus, Canada, ENSP, 1994-1995, 1996-1997 et 1998-1999<sup>74</sup>

POURCENTAGE DE RÉPONDANTS AYANT UTILISÉ LE MÉDICAMENT AU COURS DU MOIS PRÉCÉDENT	1994-95	1996-97	1998-99
<b>Tranquillisants</b>			
Répondantes	3,4	3,4	3,5
Répondants	1,8	2,0	1,9
<b>Médicaments amaigrissants</b>			
Répondantes	0,3	0,7	0,7
Répondants	0,1	0,3	0,1
<b>Antidépresseurs</b>			
Répondantes	3,8	4,7	5,9
Répondants	1,8	2,5	2,5
<b>Analgésiques opioïdes</b>			
Répondantes	4,9**	5,4**	5,8*
Répondants	3,6**	4,1**	4,2*
<b>Somnifères</b>			
Répondantes	3,6	4,0	4,8
Répondants	1,9	2,9	2,7

\*\* Codéine, Demerol ou morphine \* Codéine seulement

Selon l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes* de 1998-1999, 26,1 % des femmes ont signalé avoir pris des médicaments au cours de leur grossesse et 7,3 % avaient pris des médicaments tout au long de leur grossesse. De plus, 33 % des femmes ont signalé avoir pris des médicaments en vente libre au cours de leur grossesse et 14,7 % en avaient pris tout au long de leur grossesse.

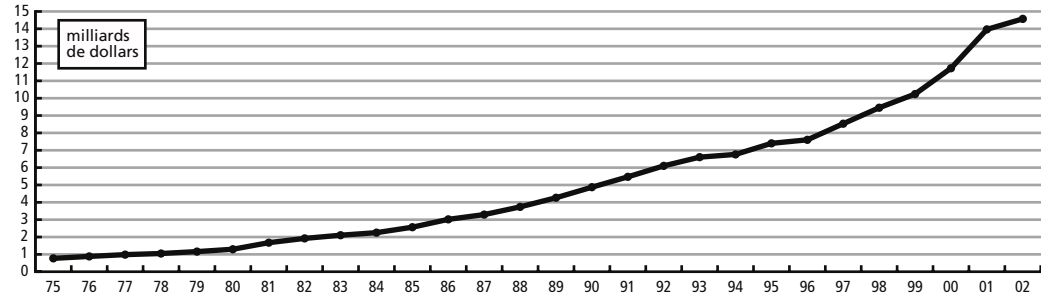
L'*Examen général* de 1998 du *Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones*<sup>75</sup> a conclu qu'il faut se pencher sur l'abus de médicaments d'ordonnance dans les collectivités autochtones.

### Dépenses consacrées aux soins de santé

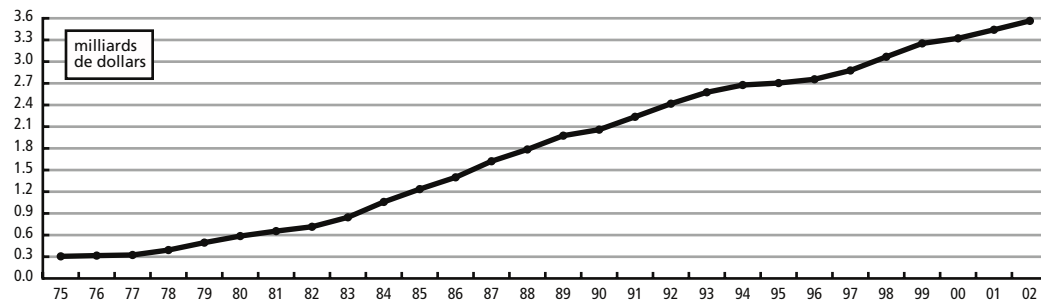
Encore qu'il ne s'agisse pas d'une mesure directe de la prévalence, les données sur les dépenses consacrées aux soins de santé dûs aux médicaments prescrits et non prescrits dont l'utilisation est licite peuvent en donner une idée. La Base de données sur les dépenses nationales de la santé<sup>76</sup> de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) réunit de pareilles données. L'ICIS recueille des données sur les dépenses subordonnées aux médicaments prescrits et non prescrits offerts dans les magasins de détail. Les médicaments d'ordonnance sont vendus dans les magasins de détail sous le régime de la *Loi sur les aliments et drogues*. Il faut pour les obtenir présenter une ordonnance. Les médicaments non prescrits sont également vendus dans les magasins de détail. Ils comprennent tant les médicaments en vente libre (produits pharmaceutiques thérapeutiques pour lesquels il ne faut pas présenter d'ordonnance) que les produits de soins personnels (des articles dont on se sert principalement pour favoriser ou maintenir l'état de santé, comme les produits d'hygiène dentaire). Cette base de données ne rend pas compte des médicaments fournis dans les hôpitaux et dans d'autres établissements.

Il existe des données sur les dépenses consacrées à la santé pour la période de 1975 à 2002<sup>77</sup>. Au cours de cette période, les dépenses liées aux médicaments d'ordonnance ont passé de 770,6 millions de dollars, en 1975, à 14,6 milliards de dollars, en 2002 (*voir la figure 8*)<sup>78</sup>. Par ailleurs, les dépenses liées aux médicaments non prescrits ont augmenté de 11,8 % (passant de 305,6 millions de dollars en 1975 à 3,6 milliards de dollars en 2002) (*voir la figure 9*).

**FIGURE 8 :** Dépenses de la santé subordonnées aux médicaments d'ordonnance, selon l'affectation des fonds, dollars courants, Canada, ICIS, 1975-2002<sup>79</sup>

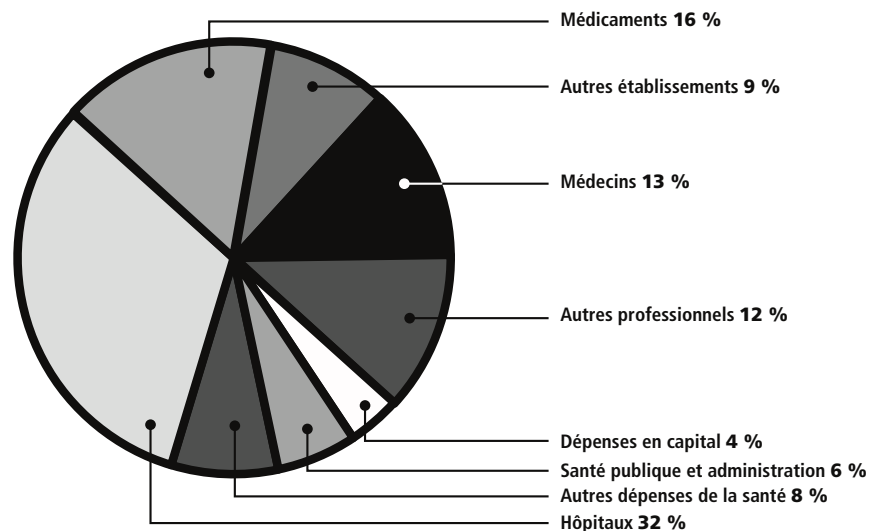


**FIGURE 9 :** Dépenses de la santé subordonnées aux médicaments non prescrits, selon l'affectation des fonds, dollars courants, Canada, ICIS, 1975-2002<sup>80</sup>



On a prévu qu'en 2002, dans l'ensemble des dépenses de la santé<sup>81</sup>, les dépenses liées aux médicaments vendus au détail viendraient au deuxième rang après les dépenses hospitalières (*voir la figure 10*). En 1975, les médicaments représentaient 8,8 % de l'ensemble des dépenses consacrées à la santé, tandis qu'en 2000, ils comptaient pour 15,4 % de l'ensemble. On prévoit qu'en 2002, ils représenteront 16,2 % de l'ensemble des dépenses de la santé.

**FIGURE 10 :** Proportion des dépenses totales de la santé, selon l'affectation des fonds, Canada, ICIS, projection pour 2002



IMS Health<sup>82</sup> indique qu'en 2001, au sein d'une famille de taille moyenne, comptant trois membres, chaque personne a fait exécuter en moyenne 10,1 ordonnances (30,3 ordonnances par famille). Le coût moyen d'un médicament d'ordonnance s'établissait à 39,92 \$. Les coûts liés aux ordonnances se sont donc établis en moyenne à 1 209,58 \$ par famille en 2001.

## NOTES

- 71 Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1998-1999* (Ottawa : Statistique Canada, Centre canadien d'information sur la santé, 2000). Analyse et interprétation de K. Garabedian et de C.A. Dell; Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale, *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues* (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1999).
- 72 Cormier, R.A., C.A. Dell et N. Poole (2003). *Rapport sur la situation de la santé des femmes*. Ottawa : Santé Canada
- 73 Statistique Canada, *Enquête sur l'alcool et les autres drogues au Canada* (Ottawa : Statistique Canada, Centre canadien d'information sur la santé, 1996). Dans Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale, *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues* (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1999).
- 74 Statistique Canada, *Enquête nationale sur la santé de la population, 1998-1999* (Ottawa : Statistique Canada, Centre canadien d'information sur la santé, 2000). Analyse et interprétation de K. Garabedian et de C.A. Dell; Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale, *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues* (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1999).
- 75 Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones [2000?]. *Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones. Examen général. 1998. Rapport final*. (Ottawa : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits).
- 76 Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les dépenses nationales de la santé de 2001. Les dépenses consacrées à la santé comprennent toute dépense visant principalement à améliorer l'état de santé ou à éviter qu'il ne se détériore.
- 77 Les données pour 2001 et pour 2002 sont des projections.
- 78 Toutes les valeurs sont exprimées en dollars courants (compte tenu de l'inflation).
- 79 Institut canadien d'information sur la santé, Base de données sur les dépenses nationales de la santé.
- 80 Ibid.
- 81 Les catégories comprennent les hôpitaux (y compris les médicaments fournis), les autres établissements (p. ex., les établissements pour malades chroniques) (y compris les médicaments fournis), les médecins (p. ex., les honoraires), les autres professionnels (p. ex., les dentistes, les massothérapeutes), les médicaments (les médicaments d'ordonnance et les médicaments non prescrits achetés dans des magasins de détail), les dépenses en capital (p. ex., la construction d'hôpitaux), la santé publique et l'administration (p. ex., la sûreté des aliments et des drogues, les inspections de salubrité) et les autres dépenses de la santé (p. ex., les soins à domicile, le transport des malades).
- 82 IMS Health, *Perspectives de la santé, Coup d'œil sur les médicaments*. (Québec : IMS Health, 2002).



# Prévalence de la consommation de solvants

---

## Après 1997

- En 1998-1999, 10 % des filles et des garçons de 12 et 13 ans ont signalé que leurs amis avaient essayé la colle ou des solvants.
- L'Examen général de 1998 du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones a conclu que la consommation de solvants est un problème important sur lequel il faut se pencher dans les collectivités autochtones.

## 1997 et auparavant

- En 1994, moins de 1 % des femmes et un peu plus de 1 % des hommes ont signalé avoir consommé un solvant à un moment donné au cours de leur vie.

- Une enquête menée en 1993 auprès de toutes les bandes et réserves au Canada a constaté que plus de la moitié de l'ensemble des jeunes répondants consommant des solvants avaient commencé à utiliser cette substance lorsqu'ils avaient au plus 11 ans. Les trois quarts de ceux qui ont signalé consommer des solvants consommaient aussi de l'alcool.

# Consommation de solvants

Les données canadiennes qui permettent d'examiner la consommation de solvants sont extrêmement limitées. Les données tirées de l'*Enquête de 1994 sur l'alcool et les autres drogues au Canada* ont révélé que dans le groupe des 15 ans et plus, 0,3 % des femmes et 1,2 % des hommes ont signalé avoir consommé un solvant au cours de leur vie. La plus forte proportion de consommateurs se trouvaient dans le groupe des 15 à 17 ans<sup>83</sup>. Plus récemment, dans le cadre de l'*Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes – cycle 3* de 1998-1999<sup>84</sup>, on a demandé aux jeunes de 12 et de 13 ans si leurs amis avaient essayé la colle ou les solvants : 89,7 % des répondants ont indiqué qu'aucun de leurs amis n'avait essayé ces substances, 9,5 % ont indiqué que quelques-uns l'avaient fait, 0,6 %, que la plupart de leurs amis l'avaient fait et enfin, 0,2 % des répondants, que tous leurs amis avaient essayé ces substances. Ces résultats variaient faiblement selon le sexe.

Encore que le *Sondage sur la consommation de drogues par les élèves de l'Ontario*<sup>85</sup> ne soit pas de portée nationale, il a révélé qu'entre 1977 et 2001, le taux d'inhalation de colle (colle de modèles d'avion, colle de contact) dans le but d'être « high » au cours des 12 mois précédents chez les jeunes de la 7<sup>e</sup> à la 13<sup>e</sup> année<sup>86</sup> s'établissait en moyenne à 2,5 %. Au cours de la période s'échelonnant sur 23 ans, le pourcentage a varié d'un sommet de 4,3 %, en 1979, au taux le plus bas, 1,1 %, en 1991 (un taux de 2,6 % a été signalé en 2001). L'inhalation de solvants pour être « high » (p. ex., dissolvant de vernis à ongles, diluants, essence) s'établissait en moyenne à 4 %. Ce pourcentage, qui a aussi varié au cours de la période de 23 ans, s'est inscrit dans une tendance à la hausse en 1999 et en 2000.

On ne connaît pas les taux actuels de consommation de solvants chez les Autochtones au Canada, bien que les médias présentent régulièrement des taux supérieurs à ceux de la population en général, surtout chez les jeunes. L'Examen général de 1998 du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones<sup>87</sup> a conclu que la consommation de solvants est un problème important sur lequel il faut se pencher dans les collectivités autochtones. De plus, dans le cadre d'une enquête nationale effectuée en 1993, qui est intitulée *Enquête et étude sur l'abus des vapeurs de solvants parmi les jeunes des communautés des Premières nations et des Inuits*<sup>88</sup>, on a interrogé toutes les bandes et réserves au Canada<sup>89</sup> en vue de définir les besoins de traitement des jeunes des Premières nations partout au pays, y compris le nombre de jeunes consommant des solvants et leurs caractéristiques<sup>90</sup>. Il a été signalé que plus de la moitié des jeunes répondants consommant des solvants avaient commencé à en utiliser lorsqu'ils avaient au plus 11 ans. La majorité des répondants consommant des solvants ont signalé qu'ils en faisaient une utilisation expérimentale (43,3 %). Ils étaient suivis par ceux en faisant une consommation sociale (37,5 %), puis par les utilisateurs chroniques (19,2 %). Soixante-seize pour cent des jeunes qui consommaient des solvants consommaient aussi de l'alcool. Dans la plupart des cas, il s'agissait d'une consommation d'alcool sociale (55,1 %), qui était suivie par la consommation expérimentale (25,4 %) et par la consommation chronique (19,5 %).



## NOTES

- 83 Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues* (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1999).
- 84 Statistique Canada, *Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes, 1994-1995*. (Ottawa : Statistique Canada).
- 85 Adlaf, E. et A. Paglia, *Drug Use Among Ontario Students. Findings from the OSDUS, 1977-2001*. (Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2001).
- 86 Septième, neuvième, onzième et treizième années.
- 87 Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones [2000?]. *Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones. Examen général. 1998. Rapport final*. (Ottawa : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits).
- 88 Kaweionnehta Human Resource Group, *Enquête et étude sur l'abus des vapeurs de solvants parmi les jeunes des communautés des Premières nations et des Inuits*. (Ottawa : Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones – Toxicomanies et programmes subventionnés par la communauté, 1993).
- 89 Au total, il y avait 1 248 répondants pour l'établissement du profil des jeunes, sans témoin pour une représentation des jeunes à l'échelle du pays (p. ex., on n'a pas reçu de réponse pour l'établissement du profil des jeunes de l'Île-du-Prince-Édouard ou du Nouveau-Brunswick).
- 90 La consommation de solvants comprenait exclusivement les solvants volatils, qui sont les plus couramment inhalés par les jeunes des Premières nations et les jeunes Inuits. Ces solvants comprennent les colles et adhésifs, les dissolvants de vernis à ongles, les décapants et diluants, les liquides correcteurs et les diluants pour liquide correcteur, le gaz combustible, l'essence pour briquets, les produits pour le nettoyage à sec et les détachants, de même que les agents propulseurs, en plus d'autres produits.



# Application de la loi : alcool

## Après 1997

- Au cours des six premiers mois de 2002, on a signalé 1 047 saisies d'alcool, soit une diminution par rapport aux 1 441 saisies enregistrées au cours de la même période en 2001.
- En 2000-2001, au Canada, pour 10 000 femmes, 5,3 ont comparu en justice pour conduite avec facultés affaiblies. Il s'agit d'une diminution par rapport au taux de 7,0 enregistré en 1994-1995.
- En 2000-2001, au Canada, pour 10 000 hommes, 39,5 ont comparu en justice pour conduite avec facultés affaiblies, diminution par rapport à 1994-1995, année au cours de laquelle ce taux s'est établi à 66,3.
- En 2000-2001, les hommes qui se sont vu imposer une peine d'emprisonnement pour conduite avec facultés affaiblies étaient plus de deux fois plus nombreux que leurs homologues féminines (comme pourcentage de toutes les possibilités

de sentence dans les cas de personnes déclarées coupables de conduite avec facultés affaiblies).

- Une étude de 2001 commandée par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et par le Service correctionnel du Canada a fait ressortir un lien étroit entre la criminalité et la consommation d'alcool.
- Entre 1994-1995 et 1997-1998, il y a eu une légère diminution au chapitre de la plus lourde peine d'emprisonnement pour conduite avec facultés affaiblies chez les deux sexes.

## 1997 et auparavant

- Selon des données s'attachant à la période de 1993 à 1995, les trois quarts des détenus en établissements fédéraux ont signalé avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours des six mois précédant leur arrestation. Près de la moitié ont signalé qu'ils consommaient de l'alcool au moins une fois par semaine.

# Application de la loi

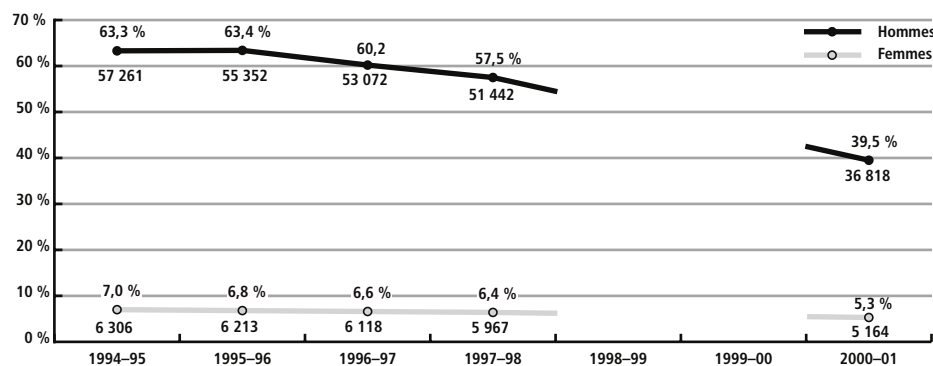
## Alcool

### Conduite avec facultés affaiblies

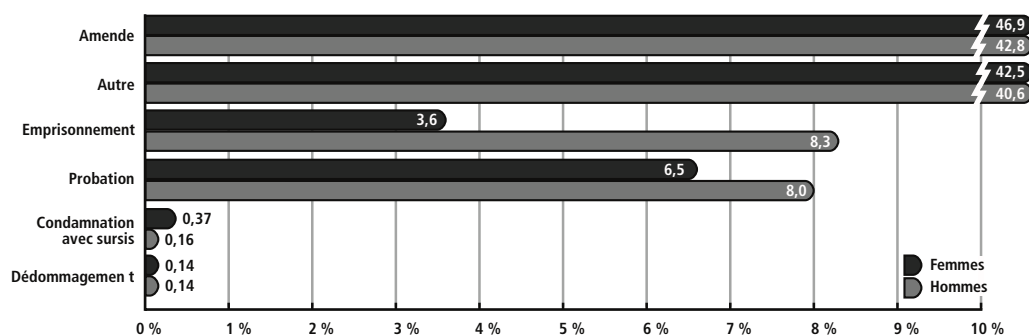
L'examen de la conduite avec facultés affaiblies<sup>91, 92</sup>, catégorie particulière à la consommation d'alcool<sup>93</sup>, selon l'*Enquête sur les tribunaux de juridiction criminelle pour adultes*<sup>94</sup>, par affaire<sup>95</sup>, révèle qu'en 2000-2001, au Canada, pour 10 000 femmes<sup>96, 97</sup>, 5,3 ont comparu en justice pour cette infraction<sup>98</sup>. Il s'agit d'une baisse par rapport au taux de 7,0 enregistré en 1994-1995. D'autre part, il y a eu une diminution considérable du nombre d'hommes (taux pour 10 000) qui ont comparu en justice pour conduite avec facultés affaiblies : 66,3 hommes pour 10 000 en 1994-1995, par rapport à un taux de 39,5 en 2000-2001 (voir la figure 11).

Chez les femmes reconnues coupables de conduite avec facultés affaiblies, il y a eu une légère diminution au chapitre de la plus lourde peine, l'emprisonnement<sup>99</sup> : 11,2 % en 1997-1998 par rapport à 12,1 % en 1994-1995<sup>100</sup>. On a observé une tendance semblable chez les hommes : les résultats correspondants se sont établis à 20,7 % en 1997-1998 par rapport à 23,6 % en 1994-1995. En ce qui concerne les affaires avec déclaration de culpabilité, toutes peines confondues (par opposition aux résultats s'attachant à la peine la plus lourde, ci-dessus), en 2000-2001, la répartition entre les catégories de peine (emprisonnement, probation, amende, dédommagement, condamnation avec sursis, autre) était plutôt semblable chez les deux sexes. À ce chapitre, c'est dans la catégorie de l'emprisonnement qu'on a observé la différence la plus marquée : 8,3 % des hommes se sont vu imposer une sentence d'emprisonnement, comparativement à 3,6 % des femmes<sup>101</sup> (voir la figure 12).

**FIGURE 11** : Hommes et femmes ayant comparu en justice pour conduite avec facultés affaiblies, pour 10 000 hommes ou femmes, Canada, ETJCA, 1994-1995 à 2000-2001<sup>102, 103</sup> (chiffres bruts)



**FIGURE 12 :** Proportion<sup>104</sup> de l'ensemble des peines imposées aux hommes et aux femmes reconnus coupables de conduite avec facultés affaiblies, selon la catégorie de sentence, Canada, ETJCA, 2000-2001<sup>105</sup>



### Consommation d'alcool et criminalité

Une étude récente commandée par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et par le Service correctionnel du Canada a révélé un lien étroit entre la criminalité et la consommation d'alcool et de drogues illicites<sup>106</sup>. L'étude a conclu que dans 24 % des cas de femmes arrêtées, les agents ayant procédé à l'arrestation estimaient qu'elles étaient sous l'effet de l'alcool au moment de l'arrestation, que dans 11 % des cas, elles étaient sous l'effet de drogues illicites, et que dans 9 % des cas, elles étaient sous l'effet de l'alcool et des drogues réunis. Chez les hommes, le taux était considérablement plus élevé au chapitre de l'alcool (35 %), mais semblable pour ce qui était des drogues (8 %) et des drogues et de l'alcool réunis (10 %). De plus, les agents ayant procédé à l'arrestation ont estimé que 3 % des hommes et 1 % des femmes avaient commis leur crime afin d'obtenir de l'alcool pour consommation personnelle, que 14 % des hommes et 18 % des femmes avaient commis leur crime pour obtenir des drogues, et que 1 % des hommes et 2 % des femmes avaient commis leur crime pour obtenir des drogues et de l'alcool.

En se fondant sur les données réunies auprès des détenus en établissement fédéral, de 1993 à 1995<sup>107</sup>, au moyen du Questionnaire informatisé sur le mode de vie<sup>108</sup>, une étude effectuée récemment par le Service correctionnel du Canada a constaté qu'environ 75 % des répondants ont signalé avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours des six mois précédant leur arrestation. Quarante-quatre pour cent ont signalé qu'ils consommaient de l'alcool au moins une fois par semaine, tandis que 13 % ont déclaré qu'ils en consommaient tous les jours ou presque<sup>109</sup>.

### Saisies d'alcool

L'Agence des douanes et du revenu du Canada<sup>110</sup> a fait état de 1 047 saisies d'alcool de janvier à juin 2002, par rapport à 1 441 au cours de la même période en 2001. Il s'agit d'une réduction de 27 % du nombre total de saisies et d'une réduction de 16 % de la quantité totale d'alcool (en litres) saisie par les fonctionnaires des douanes (voir le tableau 6).

**TABLEAU 6 :** Saisies d'alcool, janvier à juin 2001 et janvier à juin 2002, ADRC<sup>111</sup>

Saisies d'alcool	Nombre de saisies	Bière (Litres)	Spiritueux (Litres)	Vin (Litres)	Autres Alcools (Litres)	Quantité Totale (Litres)
2001	1 441	6 446	6 237	3 398	73	16 154
2002	1 047	7 749	3 358	2 302	84	13 493
Augmentation/ diminution 2001-2002	-27 %	20 %	-46 %	-32 %	14 %	-16,5 %

## NOTES

- 91 Les données les plus récentes au sujet des inculpations de conduite avec facultés affaiblies provenant du Programme de déclaration uniforme de la criminalité n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction du présent rapport.
- 92 Cette catégorie comprend la conduite avec facultés affaiblies, la conduite avec facultés affaiblies causant la mort ou des lésions corporelles, la conduite avec facultés affaiblies >0,08 et le défaut de fournir un échantillon d'haleine.
- 93 La majorité des cas sont liées à la consommation d'alcool.
- 94 Boe et ses collaborateurs préviennent que la base de données de l'Enquête sur les tribunaux de juridiction criminelle pour adultes est encore relativement nouvelle et qu'il faut interpréter les données avec circonspection (Boe, R., C.L. Olah et C. Cousineau [2000]. *Incarcération des femmes dans les établissements fédéraux : Tendances observées de 1994-1995 à 1998-1999*. Ottawa : Service correctionnel du Canada.)
- 95 Lorsqu'une « affaire » comprend plus d'une inculpation, les données sur l'infraction la plus grave sont enregistrées. Toutes les inculpations dans une affaire sont classées selon une échelle de gravité des infractions.
- 96 Les totaux de population retenus pour les calculs ne comprennent pas le Nouveau-Brunswick, le Manitoba, la Colombie-Britannique ou le Nunavut (car ces provinces et ce territoire ne font pas partie des l'Enquête sur les tribunaux de juridiction criminelle pour adultes).
- 97 Statistique Canada, *Statistiques démographiques annuelles*. (Ottawa : Statistique Canada). (1992-1995 : estimations intercensitaires finales; 1996-1997 : estimations postcensitaires finales; 1998-2001 : mises à jour sur les estimations postcensitaires).
- 98 Statistique Canada, *Enquête sur les tribunaux de juridiction criminelle pour adultes, 1994-1995, 1995-1996, 1996-1997, 1997-1998, 2000-2001* (Ottawa : Statistique Canada). Analyse et interprétation de C.A. Dell et de K. Garabedian.
- 99 La peine la plus lourde est enregistrée dans les cas où l'infraction la plus grave dans une affaire est assortie de plus d'une peine. Les peines sont classées de la plus lourde, l'emprisonnement, à la moins lourde.
- 100 Les données sur 2000-2001 n'étaient pas disponibles au moment de la rédaction du présent rapport.
- 101 Il convient de noter que ces données ne peuvent être comparées avec celles qui ont été présentées précédemment, qui sont fondées sur la peine la plus lourde. Ces données ne tiennent pas compte, non plus, du nombre d'éléments de peine (emprisonnement, probation, amende, dédommagement, condamnation avec sursis ou autre).
- 102 Statistique Canada, *Enquête sur les tribunaux de juridiction criminelle pour adultes, 1994-1995, 1995-1996, 1996-1997, 1997-1998, 2000-2001* (Ottawa : Statistique Canada). Analyse et interprétation de C.A. Dell et de K. Garabedian.
- 103 On ne s'est pas procuré les données sur 1998-1999 et sur 1999-2000 pour ce rapport.
- 104 Oppose le pourcentage associé à chaque valeur avec un total réunissant toutes les catégories.
- 105 Statistique Canada, *Enquête sur les tribunaux de juridiction criminelle pour adultes, 2000-2001* (Ottawa : Statistique Canada). Analyse et interprétation de C.A. Dell et de K. Garabedian.
- 106 K. Pernanen, M. Cousineau, S. Brochu et F. Sun, *Proportions des crimes associés à l'alcool et aux autres drogues au Canada*. (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2002).
- 107 Échantillon réunissant 8 598 sujets.
- 108 Depuis le début des années 90, les personnes admises dans un établissement fédéral canadien remplissent elles-mêmes le Questionnaire informatisé sur le mode de vie à l'ordinateur.
- 109 Brochu, S., L. Cournoyer, K. Pernanen et L. Motiuk (2001). « Les drogues, l'alcool et la criminalité : Profil des détenus fédéraux canadiens ». *FORUM Recherches sur l'actualité correctionnelle*. (Ottawa : Service correctionnel du Canada, vol. 13, no 3, p. 22-26).
- 110 Agence des douanes et du revenu du Canada, *Bulletin du renseignement des Douanes, avril-juin 2002*. (Ottawa : Agence des douanes et du revenu du Canada, 2002).
- 111 Agence des douanes et du revenu du Canada, *Bulletin du renseignement des Douanes, avril-juin 2002*. (Ottawa : Agence des douanes et du revenu du Canada, 2002).

# Application de la loi : drogues illicites

## Après 1997

- En 2002, d'avril à juin, on a fait état de 240 saisies importantes de drogues, résultat semblable aux 242 saisies signalées pour la même période en 2001. En revanche, tandis que les saisies de drogues de 2002 représentent un montant de 36,7 millions de dollars, en 2001, les saisies ont été évaluées à 144 millions de dollars. Le fléchissement des quantités de cocaïne, d'ecstasy et d'héroïne saisies, conjugué avec la baisse de la valeur de la cocaïne sur le marché, pourrait avoir contribué à cette diminution.
- Une étude de 2001 commandée par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et par le Service correctionnel du Canada a révélé qu'il y a un lien étroit entre la criminalité et la consommation de drogues illicites.
- En 2001, pour 10 000 adultes, 19,7 ont été inculpés d'une infraction en matière de drogue au Canada. Il s'agit d'une augmentation par rapport à 1998, année pour laquelle ce taux s'est établi à 16,7. La majorité des adultes inculpés étaient des hommes (86 %, en moyenne, au cours d'une période de trois ans).
- En 2001, les inculpations liées au cannabis représentaient la grande majorité des infractions en matière de drogue tant chez les hommes inculpés que chez les femmes inculpées (71 % de l'ensemble des inculpations en matière de drogue chez les hommes et 62 % de l'ensemble des inculpations en matière de drogue chez les femmes). De plus, 63 % des inculpations de possession mettaient en cause des hommes, comparativement à 44 % chez les femmes. Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'être inculpées de trafic (33 % c. 25 %) et de production (22 % c. 12 %). Le taux d'accusation pour importation était le même chez les deux sexes (1 %).
- De 1998 à 2001, il y a eu une augmentation du taux de jeunes inculpés d'une infraction en matière de drogue pour 10 000 adolescents au Canada : 22,7 en 1998 c. 33,8 en 2001. Il s'agissait de jeunes hommes dans la plupart des cas (87 %, en moyenne, au cours d'une période de trois ans).
- En 2001, à la différence des taux d'inculpations liées au cannabis chez les adultes, les jeunes hommes et les jeunes femmes étaient répartis de façon semblable entre les catégories d'infraction (74 % c. 72 %, respectivement, pour les inculpations de possession chez les jeunes hommes et chez les jeunes femmes; 24 % c. 25 %, pour le trafic; et 1 % c. 3 %, pour la production).
- Les données sur les services correctionnels fédéraux s'attachant à la période de 1994 à 2001 révèlent qu'il y a eu une augmentation continue, quoique théorique, du nombre de personnes incarcérées pour une infraction en matière de drogue. En moyenne, ces détenus représentent le quart de la population carcérale.
- En 2001, la majorité des personnes incarcérées pour une infraction liée aux drogues étaient des hommes (94,1 %). Par ailleurs, même si la proportion de femmes incarcérées est limitée, elle a passé de 3 % en 1994 à 5,9 % en 2001.
- En 2000-2001, au Canada, pour 10 000 femmes, 3,3 ont comparu en justice pour des infractions de trafic et de possession de drogues. Il s'agit d'une diminution par rapport à 1994-1995, année pour laquelle ce taux s'est établi à 4,3.
- En 2000-2001, au Canada, pour 10 000 hommes, 21,2 ont comparu en justice pour trafic et possession de drogues. Il s'agit d'une diminution par rapport à 1994-1995, année pour laquelle ce taux s'est établi à 25,1.
- En 2000-2001, 28,8 % des hommes inculpés et 24,7 % des femmes inculpées se sont vu imposer une peine d'emprisonnement pour trafic de drogues. D'autre part, pour ce qui est de la possession de drogues, une proportion plus importante de femmes que d'hommes se sont vu imposer une peine d'emprisonnement (8 % des hommes et 11,6 % des femmes).

## 1997 et auparavant

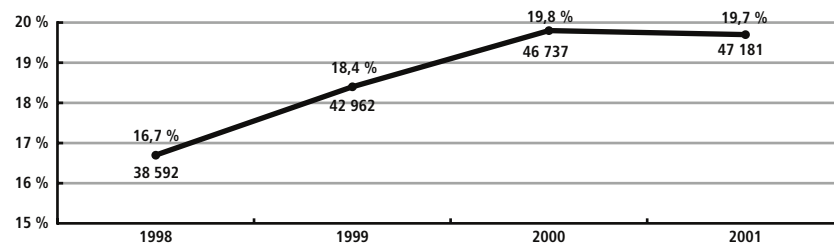
- Selon des données s'attachant à la période de 1993 à 1995, environ la moitié des détenus en établissements fédéraux ont signalé avoir consommé des drogues illicites au moins une fois au cours des six mois ayant précédé leur arrestation. Plus du tiers ont signalé qu'ils consommaient des drogues au moins une fois par semaine.

# Drogues illicites

## Accusations liées aux drogues illicites chez les adultes

Les données tirées du *Programme de déclaration uniforme de la criminalité*<sup>112</sup> révèlent que de 1998 à 2001, il y a eu une augmentation globale du taux, pour 10 000 adultes, d'inculpations d'une infraction en matière de drogue : le taux est passé de 16,7 en 1998 à 19,7 en 2001<sup>113</sup> (voir la figure 13). De 1998 à 2001, la majorité des adultes inculpés étaient des hommes (en moyenne, 86 %). En 2001, les inculpations liées au cannabis représentaient la grande majorité des infractions en matière de drogue dont des hommes ont été inculpés (71 %). Elles étaient suivies par les inculpations liées à la cocaïne (21 %), aux autres drogues (7 %) et à l'héroïne (1 %). À titre de comparaison, les femmes, proportionnellement, ont été inculpées moins souvent d'une infraction liée au cannabis (62 %) et plus souvent d'une infraction liée à la cocaïne (27 %), aux autres drogues (9 %) et à l'héroïne (2 %) (voir le tableau 7).

**FIGURE 13** : Inculpations d'une infraction en matière de drogue pour 10 000 adultes, Canada, DUC, 1998-2001<sup>114</sup> (chiffres bruts)



Les comparaisons s'attachant aux inculpations de possession, de trafic, d'importation et de production chez les deux sexes dans les diverses catégories de drogues (héroïne, cocaïne, cannabis, autres) de même que celles opposant proportionnellement les catégories de drogues chez les sujets de sexe masculin et les sujets de sexe féminin révèlent des différences importantes. En 2001, c'est dans la catégorie du cannabis qu'on a observé la différence la plus importante entre les inculpations de possession, de trafic, d'importation et de production chez les hommes et chez les femmes : 63 % des hommes avaient été inculpés de possession, 25 %, de trafic, 12 %, de production et 1 %, d'importation, tandis que 44 % des femmes avaient été inculpées de possession, 33 %, de trafic, 22 %, de production et 1 %, d'importation. Il convient de souligner le pourcentage proportionnellement plus élevé de femmes qui ont été inculpées de production et de trafic de cannabis, par rapport aux hommes (voir la figure 14).



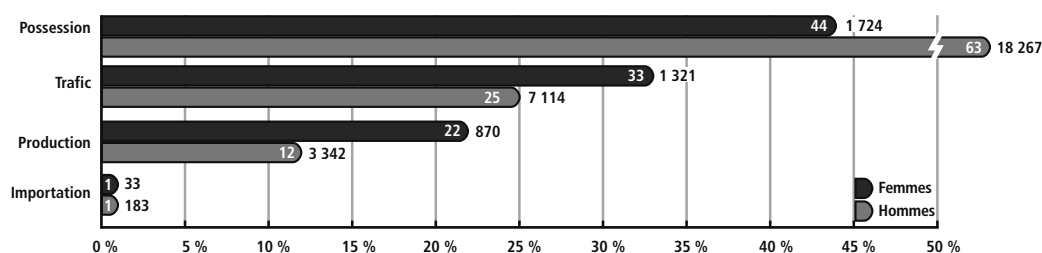
**TABLEAU 7 : Femmes et hommes inculpés d'une infraction en matière de drogue, Canada, DUC, 2001<sup>115</sup>**

INFRACTION EN MATIÈRE DE DROGUE	HOMMES		FEMMES		TOTAL	
<b>HÉROÏNE</b>						
Possession	200	36 %	41	31 %	241	35 %
Trafic	339	61 %	88	67 %	427	62 %
Importation ou production	14	3 %	2	2 %	16	2 %
Total pour l'héroïne	553	100 %	131	100 %	684	100 %
Proportion de l'ensemble des inculpations liées à l'héroïne, selon le sexe		81 %		19 %		100 %
L'héroïne comme proportion de l'ensemble des inculpations en matière de drogue chez chaque sexe		1 %		2 %		*
L'héroïne comme proportion de l'ensemble des inculpations en matière de drogue		*		*		1 %
<b>COCAÏNE</b>						
Possession	3 047	36 %	643	38 %	3 690	37 %
Trafic	5 189	62 %	963	57 %	6 152	61 %
Importation ou production	139	2 %	83	5 %	222	2 %
Total pour la cocaïne	8 375	100 %	1 689	100 %	10 064	100 %
Proportion de l'ensemble des inculpations liées à la cocaïne, selon le sexe		83 %		17 %		100 %
La cocaïne comme proportion de l'ensemble des inculpations en matière de drogue chez chaque sexe		21 %		27 %		*
La cocaïne comme proportion de l'ensemble des inculpations en matière de drogue		*		*		21 %
<b>AUTRES DROGUES</b>						
Possession	1 415	49 %	207	37 %	1 622	47 %
Trafic	1 303	45 %	293	52 %	1 596	46 %
Importation ou production	193	7 %	62	11 %	255	7 %
Total pour les autres drogues	2 911	100 %	562	100 %	3 473	100 %
Proportion de l'ensemble des inculpations liées aux autres drogues, selon le sexe		84 %		16 %		100 %
Les autres drogues comme proportion de l'ensemble des inculpations en matière de drogue chez chaque sexe		7 %		9 %		*
Les autres drogues comme proportion de l'ensemble des inculpations en matière de drogue		*		*		7 %
<b>CANNABIS</b>						
Possession	18 267	63 %	1 724	44 %	19 991	61 %
Trafic	7 114	25 %	1 321	33 %	8 435	26 %
Importation	183	1 %	33	1 %	216	1 %
Production	3 342	12 %	870	22 %	4 212	13 %
Total pour le cannabis	28 906	100 %	3 948	100 %	32 854	100 %
Proportion de l'ensemble des inculpations liées au cannabis, selon le sexe		88 %		12 %		100 %
Le cannabis comme proportion de l'ensemble des inculpations en matière de drogue chez chaque sexe		71 %		62 %		*
Le cannabis comme proportion de l'ensemble des inculpations en matière de drogue		*		*		70 %
<b>TRAFIC DE DROGUES RÉGLEMENTÉES</b>						
Total pour les drogues réglementées	56	100 %	13	100 %	69	100 %
Proportion de l'ensemble des inculpations liées aux drogues réglementées, selon le sexe		81 %		19 %		100 %
Les drogues réglementées comme proportion de l'ensemble des inculpations en matière de drogue chez chaque sexe		—		—		*
Les drogues réglementées comme proportion de l'ensemble des inculpations en matière de drogue		*		*		0,1 %

DROGUES D'USAGE RESTREINT						
Possession	22	67 %	3	75 %	25	68 %
Trafficking	11	33 %	1	25 %	12	32 %
Total pour les drogues d'usage restreint	33	100 %	4	100 %	37	100 %
Proportion de l'ensemble des inculpations liées aux drogues d'usage restreint, selon le sexe		89 %		11 %		100 %
Les drogues d'usage restreint comme proportion de l'ensemble des inculpations en matière de drogue chez chaque sexe		—		—		*
Les drogues d'usage restreint comme proportion de l'ensemble des inculpations en matière de drogue		*		*		0,1 %
<b>TOTAL DES INCULPATIONS EN MATIÈRE DE DROGUE</b>	<b>40 834</b>		<b>6 347</b>		<b>47 181</b>	
Proportion totale de l'ensemble des inculpations en matière de drogue, selon le sexe		87 %		13 %		100 %

NOTE : 1. Étant donné que les chiffres ont été arrondis, leur somme pourrait ne pas correspondre à 100. 2. La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS) a abrogé et remplacé la *Loi sur les stupéfiants* (LS) et des parties de la *Loi sur les aliments et drogues* (LAD) en 1996  
certains d  
certains service  
de circonscription dans les comparaisons opposant des données actuelles avec des données antérieures à 1997.  
\* Sans objet – Moins de 1 %

**FIGURE 14:** Dans les catégories liées au cannabis, proportion d'adultes inculpés de production, d'importation, de trafic et de possession, selon le sexe, Canada, DUC, 2001<sup>116</sup> (chiffres bruts)

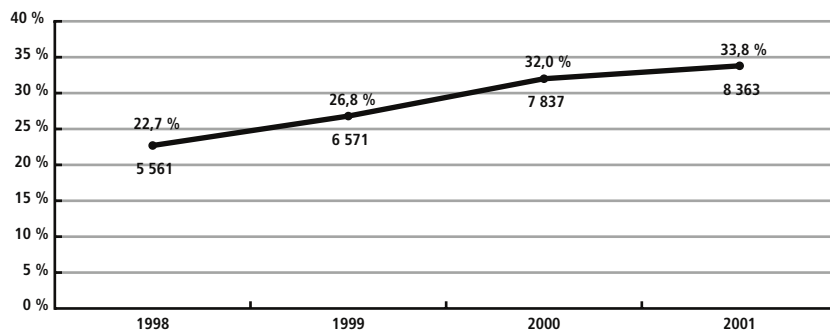


Selon le *Programme de déclaration uniforme de la criminalité*<sup>117</sup>, le nombre total d'adultes inculpés de trafic et de possession de drogues réglementées<sup>118</sup> et de trafic de drogues d'usage restreint<sup>119</sup> était minime en 2000 et en 2001. En 2001, 56 hommes et 13 femmes ont été inculpés de trafic de drogues réglementées. De plus, 33 hommes et quatre femmes ont été inculpés de possession ou de trafic de drogues d'usage restreint.

### Inculpations liées aux drogues illicites chez les jeunes

Les données de 2000 et de 2001 tirées du *Programme de déclaration uniforme de la criminalité* révèlent une augmentation du taux global d'inculpation d'une infraction en matière de drogue pour 10 000 jeunes : le taux est passé de 22,7 en 1998 à 33,8 en 2001<sup>120</sup> (voir la figure 15). Constatation presque identique à celle ayant trait aux adultes, au cours de la période de quatre ans, on a observé que chez les jeunes, la majorité des inculpations mettaient en cause des jeunes hommes (en moyenne, 87 %)<sup>121</sup>. En 2001, les inculpations liées au cannabis représentaient la grande majorité des infractions en matière de drogue dont les jeunes hommes ont été inculpés (88 %). Elles étaient suivies par les inculpations ayant pour objet les autres drogues (6 %) et la cocaïne (5 %). À l'instar de ce qui a été observé chez les adultes, proportionnellement, les jeunes femmes ont été inculpées moins souvent d'infractions liées au cannabis (79 %) et, par conséquent, plus souvent d'infractions liées aux autres drogues (10 %), à la cocaïne (9 %) et à l'héroïne (1 %) (voir le tableau 8).

**FIGURE 15** : Inculpations d'une infraction en matière de drogue, pour 10 000 jeunes, Canada, DUC, 1998-2001<sup>122</sup>  
(chiffres bruts)



Les comparaisons s'attachant aux inculpations de possession, de trafic, d'importation et de production chez les deux sexes dans les diverses catégories de drogues (héroïne, cocaïne, cannabis et autres) de même que celles opposant proportionnellement les catégories de drogues chez les sujets de sexe masculin et les sujets de sexe féminin révèlent de faibles différences chez les jeunes. En 2001, les différences les plus importantes étaient les inculpations liées aux autres drogues : 60 % des jeunes hommes avaient été inculpés de possession, 39 %, de trafic, et 2 %, d'importation ou de production, tandis que 50 % des jeunes femmes avaient été inculpées de possession, 47 %, de trafic, et 4 %, d'importation ou de production. L'examen des inculpations liées au cannabis révèle que 74 % des jeunes hommes avaient été inculpés de possession, 24 %, de trafic, et 1 %, de production. Chez les jeunes femmes, les résultats étaient semblables à ceux des jeunes hommes : 72 % d'entre elles avaient été inculpées de possession, 25 %, de trafic, et 3 %, de production. Il est intéressant de noter que dans la catégorie du cannabis, les inculpations sont semblables chez les jeunes femmes et les jeunes hommes, à la différence de ce qui a été observé chez les adultes.

**TABLEAU 8 : Jeunes femmes et jeunes hommes inculpés d'une infraction en matière de drogue, Canada, DUC, 2001<sup>123</sup>**

INFRACTION EN MATIÈRE DE DROGUE	HOMMES		FEMMES		TOTAL	
<b>HÉROÏNE</b>						
Possession	2	15 %	5	63 %	7	33 %
Trafic	11	85 %	2	25 %	13	62 %
Importation ou production	0	—	1	13 %	1	5 %
Total pour l'héroïne	13	100 %	8	100 %	21	100 %
Proportion de l'ensemble des inculpations liées à l'héroïne, selon le sexe		62 %		38 %		100 %
L'héroïne comme proportion de l'ensemble des inculpations en matière de drogue chez chaque sexe		—		1 %		*
L'héroïne comme proportion de l'ensemble des inculpations en matière de drogue		*		*		0,3 %
<b>COCAÏNE</b>						
Possession	118	30 %	33	33 %	151	30 %
Trafic	277	70 %	67	67 %	344	69 %
Importation ou production	3	1 %	1	1 %	4	1 %
Total pour la cocaïne	398	100 %	101	100 %	499	100 %
Proportion de l'ensemble des inculpations liées à la cocaïne, selon le sexe		80 %		20 %		100 %
La cocaïne comme proportion de l'ensemble des inculpations en matière de drogue chez chaque sexe		5 %		9 %		*
La cocaïne comme proportion de l'ensemble des inculpations en matière de drogue		*		*		6 %
<b>AUTRES DROGUES</b>						
Possession	243	60 %	57	50 %	300	57 %
Trafic	159	39 %	53	47 %	212	41 %
Importation ou production	6	2 %	4	4 %	10	2 %
Total pour les autres drogues	408	100 %	114	100 %	522	100 %
Proportion de l'ensemble des inculpations liées aux autres drogues, selon le sexe		78 %		22 %		100 %
Les autres drogues comme proportion de l'ensemble des inculpations en matière de drogue chez chaque sexe		6 %		10 %		*
Les autres drogues comme proportion de l'ensemble des inculpations en matière de drogue		*		*		6 %
<b>CANNABIS</b>						
Possession	4 785	74 %	622	72 %	5 407	74 %
Trafic	1 554	24 %	215	25 %	1 769	24 %
Importation	6	—	0	—	6	—
Production	91	1 %	26	3 %	117	2 %
Total pour le cannabis	6 436	100 %	863	100 %	7 299	100 %
Proportion de l'ensemble des inculpations liées au cannabis, selon le sexe		88 %		12 %		100 %
Le cannabis comme proportion de l'ensemble des inculpations en matière de drogue chez chaque sexe		88 %		79 %		*
Le cannabis comme proportion de l'ensemble des inculpations en matière de drogue		*		*		87 %
<b>TRAFIC DE DROGUES RÉGLEMENTÉES</b>						
Total pour les drogues réglementées	8	100 %	2	100 %	10	100 %
Proportion de l'ensemble des inculpations liées aux drogues réglementées, selon le sexe		80 %		20 %		100 %
Les drogues réglementées comme proportion de l'ensemble des inculpations en matière de drogue chez chaque sexe		—		—		*
Les drogues réglementées comme proportion de l'ensemble des inculpations en matière de drogue		*		*		0,1 %
<b>DROGUES D'USAGE RESTREINT</b>						

Possession	7	70 %	1	50 %	8	67 %
Trafficking	3	30 %	1	50 %	4	33 %
Total pour les drogues d'usage restreint	10	100 %	2	100 %	12	100 %
Proportion de l'ensemble des inculpations liées aux drogues d'usage restreint, selon le sexe		83 %		17 %		100 %
Les drogues d'usage restreint comme proportion de l'ensemble des inculpations en matière de drogue chez chaque sexe		—		—		*
Les drogues d'usage restreint comme proportion de l'ensemble des inculpations en matière de drogue		*		*		0,1 %
TOTAL DES INCULPATIONS EN MATIÈRE DE DROGUE	7 273		1 090		8 363	
Proportion totale de l'ensemble des inculpations en matière de drogue, selon le sexe		87 %		13 %		100 %

NOTE : 1. Étant donné que les chiffres ont été arrondis, leur somme pourrait ne pas correspondre à 100. 2. La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDS) a abrogé et remplacé la *Loi sur les stupéfiants* (LS) et des parties de la *Loi sur les aliments et drogues* (LAD) en 1996. Dans le contexte de cette modification de législation, les infractions liées à la possession, au trafic et à l'importation de

Néanmoins, cer

faire preuve de circonspection dans les comparaisons opposant des données actuelles avec des données antérieures à 1997.

\* Sans objet -- Moins de 1 %

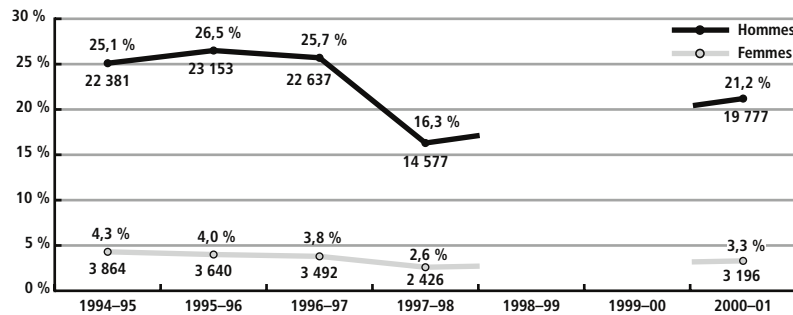
Selon le *Programme de déclaration uniforme de la criminalité*<sup>124</sup>, le nombre total de jeunes inculpés de trafic de drogues réglementées<sup>125</sup> et de possession et de trafic de drogues d'usage restreint<sup>126</sup> était minime en 2000 et en 2001, comme chez les adultes. En 2001, huit jeunes hommes et deux jeunes femmes ont été inculpés de trafic de drogues réglementées. De plus, dix jeunes hommes et deux jeunes femmes ont été inculpés de possession ou de trafic de drogues d'usage restreint.

### Adultes comparaissant en justice

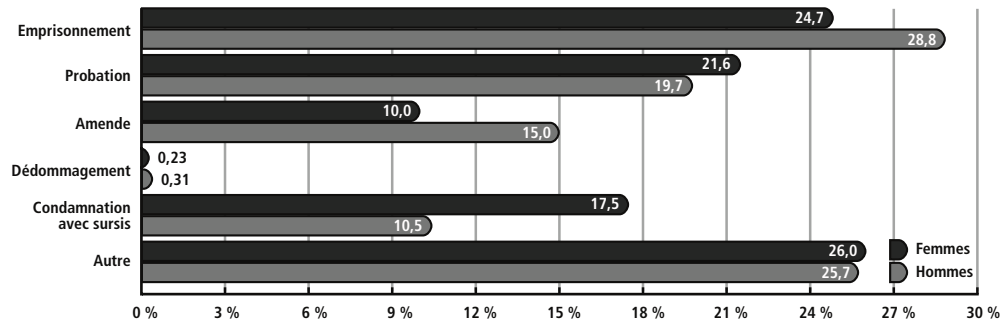
L'examen des infractions de trafic<sup>127</sup> et de possession<sup>128</sup> de drogues illicites enregistrées dans l'*Enquête sur les tribunaux de juridiction criminelle pour adultes*<sup>129</sup>, par affaire<sup>130</sup>, révèle qu'en 2000-2001, au Canada, pour 10 000 femmes, 3,3 ont comparu en justice. Il s'agit d'une diminution par rapport à 1994-1995, année pour laquelle ce taux s'est établi à 4,3. À titre de comparaison, pour 10 000 hommes, le taux de trafic et de possession de drogues était beaucoup plus élevé. En effet, pour 10 000 hommes, 21,2 ont comparu en justice en 2000-2001. Cela constitue aussi une diminution par rapport à 1994-1995 (25,1 pour 10 000 hommes) (voir la figure 16).

Chez les femmes reconnues coupables d'une infraction en matière de drogue, il y a eu une diminution régulière au chapitre de la plus lourde peine, l'emprisonnement<sup>131</sup> : 32,3 % en 1994-1995 c. 25 % en 1997-1998. Chez les hommes, on a observé une tendance semblable, quoique moins marquée : 29,8 % en 1994-1995 c. 26,8 % en 1997-1998. L'examen des affaires de trafic et de possession de drogues avec déclaration de culpabilité, toutes peines confondues (par opposition à la peine la plus lourde), a révélé qu'en 2000-2001, chez les deux sexes, la répartition entre les catégories de peine pour trafic de drogues était semblable. C'est dans la catégorie de la condamnation avec sursis qu'on a observé la différence la plus importante : 17,5 % des femmes se sont vu imposer une peine avec sursis, comparativement à 10,5 % des hommes. Pour ce qui est de l'emprisonnement, 28,8 % des hommes et 24,7 % des femmes se sont vu imposer une peine d'emprisonnement<sup>132</sup> (voir la figure 17). Dans la catégorie de la possession de drogues, les peines n'étaient pas distribuées de façon aussi uniforme entre les femmes et les hommes qu'elles l'étaient pour le trafic de drogues. Il convient de souligner qu'une plus forte proportion de femmes que d'hommes se sont vu imposer une peine d'emprisonnement pour possession de drogues (11,6 % des femmes comparativement à 8 % des hommes) (voir la figure 18).

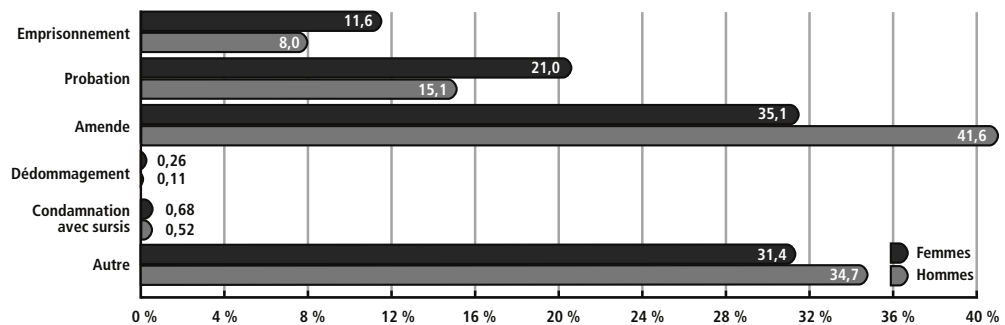
**FIGURE 16 :** Hommes et femmes ayant comparu en justice pour une infraction en matière de drogue, pour 10 000 adultes, Canada, ETJCA, 1994-1995 à 2000-2001<sup>133,134</sup> (chiffres bruts)



**FIGURE 17 :** Proportion de l'ensemble des peines imposées aux hommes et aux femmes reconnus coupables de trafic de drogues, selon la catégorie de sentence, Canada, ETJCA, 2000-2001<sup>135,136</sup>



**FIGURE 18 :** Proposition de l'ensemble des peines imposées aux hommes et aux femmes reconnus coupables de possession de drogues, selon la catégorie de sentence, Canada, ETJCA, 2000-2001<sup>137,138</sup>



### Saisies de drogues

L'Agence des douanes et du revenu du Canada<sup>139</sup> signale que d'avril à juin 2002, il y a eu 240 importantes saisies de drogues valant au total 36,7 millions de dollars (le montant

comprend des saisies de substances pour consommation personnelle et pour trafic). Les fonctionnaires des douanes ont saisi pour environ 17,8 millions de dollars de cocaïne, 4,4 millions de dollars de marijuana, 1,4 million de dollars de MDMA (ecstasy) et 1,3 million de dollars de Catha edulis (khât) (voir le tableau 9). Comparativement à la même période en 2001, le nombre de saisies n'avait guère changé (242 d'avril à juin 2001), mais la valeur des drogues saisies avait diminué de 75 % (passant de 144 millions de dollars en 2001 à 36,7 millions de dollars en 2002). Le fléchissement des quantités de cocaïne, d'ecstasy et d'héroïne saisies, conjugué avec la baisse de la valeur de la cocaïne sur le marché, pourrait avoir contribué à cette diminution. D'avril à juin 2002, les stéroïdes ont fait l'objet de la majorité des saisies (102). Ils étaient suivis par le khât (51) et la cocaïne (41). Plus de 40 % de l'ensemble des saisies avaient pour objet des envois postaux, tandis que 37 % avaient pour objet des envois aériens et 18 %, des envois par messenger. La proportion des saisies qui se sont déroulées en mode terrestre et en mode marin s'est établie à moins de 2 % dans les deux cas. La majorité des saisies se sont déroulées à l'Aéroport international Pearson (Toronto).

**TABLEAU 9** : Sommaire trimestriel des saisies de drogues importantes, avril à juin 2002 et avril à juin 2001, Canada, ADRC<sup>140</sup>

TYPE DE DROGUE	Grammes / unités	AVRIL – JUIN 2002			AVRIL – JUIN 2001		
		Nombre de saisies	Quantité	Valeur	Nombre de saisies	Quantité	Valeur
Catha edulis (khât)	G (grammes)	51	3 292 640	1 320 041 \$	52	2 926 535	585 307 \$
Cocaïne	G	41	153 345	17 818 175 \$	66	392 111	78 422 300 \$
Pâte de cocaïne	G	0	0	0	0	0	0
Crack	G	0	0	0	4	3 149	787 250 \$
Hashish	G	2	1 565	31 300 \$	4	7 310	146 190 \$
Huile de hachisch	G	2	5 000	175 000 \$	3	58 952	2 358 080 \$
Héroïne	G	2	2 240	896 000 \$	4	50 322	20 128 800 \$
MDMA (ecstasy)	U (unités)	2	40 537	1 418 795 \$	30	1 132 497	39 637 395 \$
Marijuana	G	4	220 616	4 412 320 \$	10	72 946	1 094 185 \$
Opium	G	13	11 590	579 515 \$	6	10 386	415 432 \$
Autres drogues	U	20	35 134	78 111 \$	16	13 004	41 567 \$
Autres drogues	G	1	96	9 630 000 \$	0	0	0
Stéroïdes	U	102	167 148	373 739 \$	47	186 538	479 634 \$
<b>TOTAL</b>		<b>240</b>		<b>36 732 996 \$</b>	<b>242</b>		<b>144 096 140 \$</b>

### Consommation de drogues et criminalité

En se fondant sur l'étude susmentionnée effectuée par le Service correctionnel du Canada au moyen du Questionnaire informatisé sur le mode de vie<sup>141</sup>, on a constaté qu'environ 50 % des détenus avaient consommé des drogues illicites au moins une fois au cours des six mois ayant précédé leur arrestation. Plus d'un tiers (34 %) des répondants consommaient des drogues au moins une fois par semaine et 19 % en consommaient chaque jour ou presque. Voici les drogues le plus souvent consommées au moins une fois par semaine<sup>142</sup> : le cannabis (24,5 %), la cocaïne (17,9 %), l'héroïne (4,2 %) et les tranquillisants (6,4 %). Il y avait moins de variations au chapitre des drogues consommées tous les jours ou presque : le cannabis (10,8 %), la cocaïne (9 %), l'héroïne (2,7 %) et les tranquillisants (2,1 %).

Comme il en a été question précédemment, une étude récente commandée par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et par le Service correctionnel du Canada a révélé qu'il existe un fort lien entre la criminalité et la consommation de drogues illicites<sup>143</sup>. L'étude a conclu que les agents ayant procédé à l'arrestation estimaient, au moment même de l'arrestation, que 11 % des femmes et 8 % des hommes étaient sous l'effet de drogues illicites. De plus, selon leur évaluation, 14 % des hommes et 18 % des femmes avaient commis leur crime afin d'obtenir des drogues pour consommation personnelle.

Parmi les détenus en établissements fédéraux, on a observé une augmentation continue, quoique théorique, du nombre de personnes incarcérées<sup>144</sup> pour une infraction en matière de drogue<sup>145</sup> de 1994 à 2001 (1994 : 5 117 et 2001 : 5 761)<sup>146</sup>. Ces détenus représentaient près du quart de l'ensemble des personnes incarcérées au cours des deux périodes, et cette proportion a augmenté régulièrement de 1994 (23,1 %) à 2001 (26,5 %). En 2001, la majorité des personnes incarcérées pour une infraction liée aux drogues étaient des hommes (94,1 %). Il est toutefois intéressant de souligner que même si la proportion des détenues est limitée (5,9 % en 2001), elle a augmenté au cours de la période de sept ans (passant de 3 % en 1994 à 5,9 % en 2001; autrement dit, il y avait 163 détenues pour une infraction en matière de drogue dans les établissements fédéraux en 1994 par rapport à 342 en 2001). L'âge moyen des hommes et des femmes réunis, qui s'établit à 35 pour l'ensemble de la période de sept ans, varie de 36 ans, en 1996, à 33 ans, en 2001.



## NOTES

- 112 Statistique Canada, *Programme de déclaration uniforme de la criminalité*, 2000 et 2001. (Ottawa : Statistique Canada). Analyse et interprétation de C.A. Dell et de K. Garabedian.
- 113 1999 = 18,4 %, 2000 = 19,8 %. Source : Programme des services policiers, Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada.
- 114 Statistique Canada, *Programme de déclaration uniforme de la criminalité*, 2000 et 2001. (Ottawa : Statistique Canada). Programme des services policiers, Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada. Analyse et interprétation de C.A. Dell et de K. Garabedian.
- 115 Statistique Canada, *Programme de déclaration uniforme de la criminalité*, 2001. (Ottawa : Statistique Canada).
- 116 Statistique Canada, *Programme de déclaration uniforme de la criminalité*, 2001. (Ottawa : Statistique Canada). Analyse et interprétation de C.A. Dell et de K. Garabedian.
- 117 Statistique Canada, *Programme de déclaration uniforme de la criminalité*, 2000 et 2001. (Ottawa : Statistique Canada). Programme des services policiers, Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada. Analyse et interprétation de C.A. Dell et de K. Garabedian.
- 118 La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS) a abrogé et remplacé la *Loi sur les stupéfiants* (LS) et des parties de la *Loi sur les aliments et drogues* (LAD) en 1996. Dans le contexte de cette modification de législation, les infractions liées à la possession, au trafic et à l'importation de certaines drogues réglementées ou d'usage restreint sont désormais (depuis 1997) incluses dans la catégorie des autres drogues. Néanmoins, certains services de police continuent de faire leurs déclarations au moyen des anciens codes d'infraction. C'est pourquoi il faut faire preuve de circonspection dans les comparaisons opposant des données actuelles avec des données antérieures à 1997.
- 119 Voir la note en bas de page 118.
- 120 1999 = 26,8 %, 2000 = 32 %. Source : Programme des services policiers, Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada.
- 121 En 2001, les hommes étaient plus susceptibles d'être inculpés d'une infraction en matière de drogue (87 % de l'ensemble des inculpations liées aux drogues) que les femmes (13 % de l'ensemble des inculpations liées aux drogues). En 2001, chez les jeunes, les taux d'inculpation associés à l'ensemble des infractions en matière de drogue étaient identiques, chez les jeunes hommes et les jeunes femmes, à ceux observés chez les adultes.
- 122 Statistique Canada, *Programme de déclaration uniforme de la criminalité*, 2000 et 2001. (Ottawa : Statistique Canada). Programme des services policiers, Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada. Analyse et interprétation de C.A. Dell et de K. Garabedian.
- 123 Statistique Canada, *Programme de déclaration uniforme de la criminalité*, 2001. (Ottawa : Statistique Canada).
- 124 Statistique Canada, *Programme de déclaration uniforme de la criminalité*, 2000 & 2001. (Ottawa : Statistique Canada). Programme des services policiers, Centre canadien de la statistique juridique, Statistique Canada. Analyse et interprétation de C.A. Dell et de K. Garabedian.
- 125 La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS) a abrogé et remplacé la *Loi sur les stupéfiants* (LS) et des parties de la *Loi sur les aliments et drogues* (LAD) en 1996. Dans le contexte de cette modification de législation, les infractions liées à la possession, au trafic et à l'importation de certaines drogues réglementées ou d'usage restreint sont désormais (depuis 1997) incluses dans la catégorie des autres drogues. Néanmoins, certains services de police continuent de faire leurs déclarations au moyen des anciens codes d'infraction. C'est pourquoi il faut faire preuve de circonspection dans les comparaisons opposant des données actuelles avec des données antérieures à 1997.
- 126 Voir la note en bas de page 125.
- 127 Cela comprend le trafic ou l'importation de drogues, d'héroïne, de cocaïne, de cannabis, de drogues d'usage restreint et d'autres drogues.
- 128 Cela comprend la possession de médicaments, d'héroïne, de cocaïne, de cannabis, de drogues d'usage restreint et d'autres drogues.

- 129 « Il est difficile de comparer les données déclarées par les services de police avec celles qui proviennent d'autres secteurs du système de justice pénale (tribunaux et services correctionnels). Aucune unité de dénombrement (c.-à-d. les affaires, les infractions, les accusations, les causes ou les personnes) n'est définie de la même façon dans les principales composantes du système judiciaire. Comme on l'a noté les accusations effectivement portées peuvent être différentes de l'infraction la plus grave en fonction de laquelle les affaires sont déclarées. En outre, le nombre et la nature des accusations portées par la police peuvent changer avant la tenue ou lors d'un procès. Les intervalles de temps entre les diverses étapes du processus judiciaire rendent également difficiles les comparaisons. » (Statistique Canada 2001, Statistique de la criminalité au Canada. No 85-205 au catalogue).
- 130 Lorsqu'une « affaire » comprend plus d'une inculpation, les données sur l'infraction la plus grave sont enregistrées. Toutes les inculpations dans une affaire sont classées selon une échelle de gravité des infractions.
- 131 La peine la plus lourde est enregistrée dans les cas où l'infraction la plus grave dans une affaire est assortie de plus d'une peine. Les peines sont classées de la plus lourde, l'emprisonnement, à la moins lourde.
- 132 Il convient de noter que ces données ne peuvent être comparées avec celles qui ont été présentées précédemment, qui sont fondées sur la peine la plus lourde. Ces données ne tiennent pas compte, non plus, au nombre d'éléments de peine (emprisonnement, probation, amende, dédommagement, condamnation avec sursis ou autre).
- 133 Statistique Canada, *Enquête sur les tribunaux de juridiction criminelle pour adultes*, 1994-1995, 1995-1996, 1996-1997, 1997-1998, 2000-2001 (Ottawa : Statistique Canada). Analyse et interprétation de C.A. Dell et de K. Garabedian.
- 134 On ne s'est pas procuré les données sur 1998-1999 et sur 1999-2000 pour ce rapport.
- 135 Oppose le pourcentage lié à chaque valeur avec un total réunissant toutes les catégories.
- 136 Statistique Canada, *Enquête sur les tribunaux de juridiction criminelle pour adultes*, 2000-2001 (Ottawa : Statistique Canada). Analyse et interprétation de C.A. Dell et de K. Garabedian.
- 137 Oppose le pourcentage lié à chaque valeur avec un total réunissant toutes les catégories.
- 138 Statistique Canada, *Enquête sur les tribunaux de juridiction criminelle pour adultes*, 2000-2001 (Ottawa : Statistique Canada). Analyse et interprétation de C.A. Dell et de K. Garabedian.
- 139 Agence des douanes et du revenu du Canada, *Bulletin du renseignement des Douanes*. (Ottawa : Agence des douanes et du revenu du Canada, 2002).
- 140 Ibid.
- 141 Brochu, S., L. Cournoyer, K. Pernanen et L. Motiuk (2001). « Les drogues, l'alcool et la criminalité : Profil des détenus fédéraux canadiens ». *FORUM Recherches sur l'actualité correctionnelle*. (Ottawa : Service correctionnel du Canada. Vol. 13, no 3. p. 22-26).
- 142 Ces catégories ne s'excluent pas réciproquement. Les drogues peuvent être consommées en association avec l'alcool.
- 143 Pernanen, K., M. Cousineau, S. Brochu et F. Sun, *Proportions des crimes associés à l'alcool et aux autres drogues au Canada*. (Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2002).
- 144 Comprend les détenus en établissements fédéraux et ceux jouissant d'une libération conditionnelle.
- 145 Il s'agit d'infractions en matière de drogue en vertu de la Loi sur les aliments et drogues (LAD) et de la Loi sur les stupéfiants (LS).
- 146 Motiuk, L. et B. Vuong (2002). *Délinquants condamnés pour un homicide, une infraction sexuelle, un vol qualifié ou une infraction liée à la drogue dans le système correctionnel fédéral : Revue de fin d'année 2001*. (Ottawa : Service correctionnel du Canada).

## Après 1997

- La Base de donnée sur les services de traitement des toxicomanies du CCLAT indique qu'en février 2003, on recensait 1 012 programmes de traitement des toxicomanies au Canada. Les services de traitement les plus accessibles avaient pour objet les problèmes d'alcool, tandis que les services les moins accessibles avaient pour objet les hallucinogènes.
- Selon le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, en février 2003, il y avait 57 centres de traitement financés, dont neuf portaient particulièrement sur la consommation de solvants.
- De 1998 à 2002, il y a eu une diminution régulière de la proportion des appels reçus par Jeunesse, J'écoute au sujet de l'abus de substances. En moyenne, 6 % du nombre total d'appels avaient pour objet des questions d'abus de substances. Cinquante-neuf pour cent des appels portant précisément sur l'abus de substances auxquels on a consacré une consultation approfondie portaient sur la consommation de drogues et 23 %, sur la consommation d'alcool. Les 18 % restants avaient pour objet une combinaison des deux questions.
- Les données provenant de la Ligne Assistance Parents ont montré que de 2001 à 2002, il y a eu une augmentation du nombre d'appels au sujet de l'abus de substances, de même qu'une légère

augmentation de la proportion globale de ces appels par rapport au total.

- Une étude effectuée en 2001 par le Service correctionnel du Canada a constaté que le traitement d'entretien à la méthadone offert en établissement avait un effet bénéfique sur les résultats postlibératoires.
- De 1993-1994 à 1998-1999, au Canada, il y a eu une diminution du nombre d'établissements de soins pour bénéficiaires internes aux prises avec un problème de toxicomanie ou l'alcoolisme. Le nombre total de lits autorisés a aussi diminué. En 1998-1999, 142 768 personnes recevaient des soins dans ce contexte.
- Selon l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations et des Inuits de 1997, 50 % des répondants ont indiqué qu'il n'y avait pas eu de progrès au chapitre de l'alcoolisme et des toxicomanies dans leur collectivité, en dépit des ressources importantes déployées en ce sens. Selon les répondants, il fallait se pencher sur le bien-être communautaire et sur les méthodes de guérison traditionnelles.

## 1997 et auparavant

- Un examen de 1994-1995 portant sur les centres de traitement du PNLAADA a défini l'alcool comme la substance consommées le plus couramment. L'alcool était suivi par les narcotiques et les hallucinogènes.

# Traitement

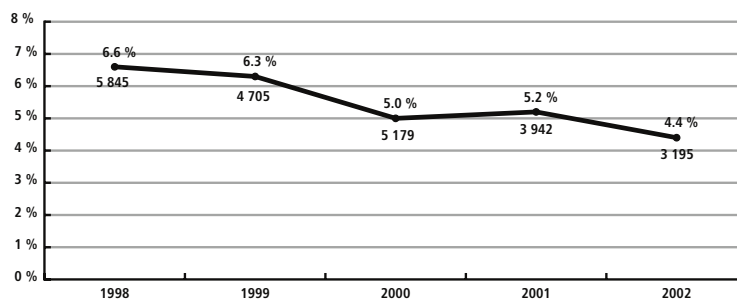
## Établissements de soins pour bénéficiaires internes

En 1998-1999, au Canada, il y avait 238 établissements de soins pour bénéficiaires internes aux prises avec un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie. Au sein de ces établissements, on comptait 6 019 lits autorisés à l'échelon provincial ou municipal. L'*Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes* de 1998-1999<sup>147</sup> rend compte de 183<sup>148</sup> de ces 238 établissements, c'est-à-dire, au total, de 4 752 lits autorisés. L'enquête a constaté qu'au nombre des 4 752 lits autorisés, 4 361 étaient utilisables (391 ne l'étaient pas). Le taux d'occupation des lits disponibles s'établissait à 88,8 %. L'Île-du-Prince-Édouard était la province dans laquelle le taux d'occupation était le plus élevé (100 %), et c'est au Nouveau-Brunswick qu'il était le plus faible (80,5 %)<sup>149</sup>. Dans les établissements qui ont participé à l'enquête, il y avait eu 139 341 admissions, et 142 768 personnes recevaient des soins. Entre le 1<sup>er</sup> avril 1998 et le 31 mars 1999, le nombre de bénéficiaires internes n'a guère varié (3 427 contre 3 394). Par ailleurs, il est intéressant de souligner que comparativement aux données pour 1998-1999, les données de l'*Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes* de 1993-1994 ont révélé un nombre beaucoup plus élevé de patients présents le 31 mars 1994 dans les établissements participants (5 034). De plus, depuis 1993-1994, il y a aussi eu une diminution du nombre total de lits disponibles (6 185) et du nombre total d'établissements (262).

## Les personnes qui demandent de l'aide

*Jeunesse, J'écoute*<sup>150</sup> a présenté au RCCET des données sur les appels reçus<sup>151</sup> de 1998 à 2002, tandis que la Ligne Assistance Parents<sup>152</sup> a présenté des données pour 2001 et pour 2002. En 2002, plus des deux tiers de l'ensemble des personnes qui ont appelé à Jeunesse, J'écoute pour de courtes interventions et des consultations approfondies étaient des filles (73 %). Les filles ont aussi fait 59 % de l'ensemble des appels portant précisément sur les questions d'abus de substances. Cette proportion est demeurée relativement stable de 1998 à 2002. En 2002, le nombre total d'appels faits par des jeunes au sujet de questions d'abus de substances qui nécessitaient une consultation approfondie s'est établi à 3 195, soit 4,4 % du nombre total d'appels nécessitant une consultation approfondie. Depuis 1998, la proportion des appels s'attachant aux questions d'abus de substances diminue régulièrement, et l'on observe certaines incohérences relatives au chapitre du véritable nombre d'appels (*voir la figure 19*).

**FIGURE 19 :** Proportion des appels s'attachant aux questions d'abus de substances par rapport au nombre total d'appels et véritable nombre d'appels au sujet des questions d'abus de substances, 1998-2002, Jeunesse, J'écoute

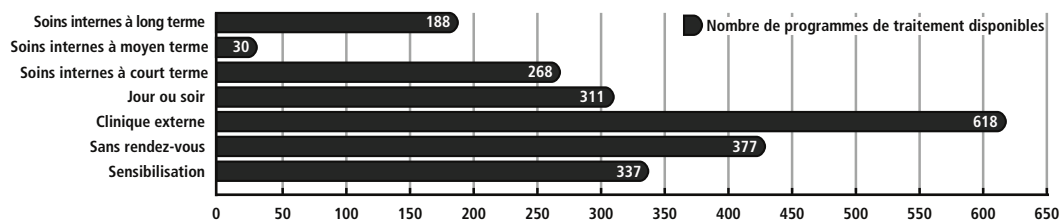


Les questions particulières à l'abus de substances abordées par les jeunes et pour lesquelles il fallait une consultation approfondie portaient principalement sur les drogues (59 %), qui étaient suivies par l'alcool (23 %), les cigarettes (10 %), l'alcool et les drogues réunis (5 %), les drogues, l'alcool et les cigarettes réunis (2 %), les drogues et les cigarettes (1 %) et l'alcool et les cigarettes réunis (1 %). Cette répartition des appels est demeurée relativement stable de 1998 à 2002.

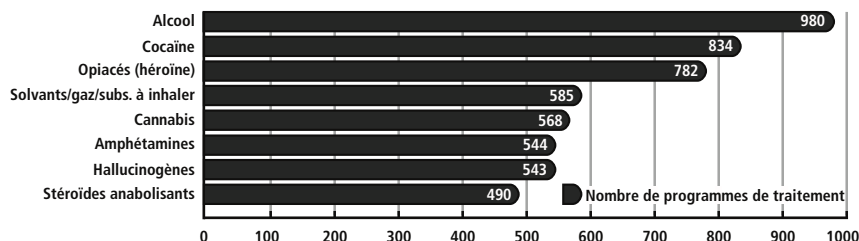
Les données présentées par la Ligne Assistance Parents révèlent une augmentation du nombre d'appels au sujet de l'abus de substances<sup>153</sup>, qui est passé de 637 en 2001 à 936 en 2002. Un certain nombre de facteurs pourraient jouer sur l'augmentation du nombre d'appels, et il convient de souligner que la proportion des appels ayant trait à l'abus de substances comme pourcentage de l'ensemble des appels reçus est demeurée relativement stable de 2000 à 2001 (4,0 % c. 4,7 %, respectivement). En 2001, dans la majorité des cas, les parents ou parents substituts ont appelé au sujet de questions d'abus de substances relatives à des filles (66 %), tandis qu'en 2002, dans la majorité des cas, les appels portaient sur des garçons (65 %).

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies maintient une base de données en ligne sur les services de traitement des toxicomanies<sup>154</sup> au Canada afin d'offrir de l'information aux personnes qui cherchent de l'aide, pour elles-mêmes ou pour d'autres, de même qu'aux professionnels des soins de santé qui veulent aiguiller des clients dans la province ou à l'extérieur<sup>155</sup>. En février 2003<sup>156</sup>, on a recensé pour la base de données 1 012 programmes de traitement des toxicomanies, soit, selon des estimations, environ 85 % de l'ensemble des programmes de traitement des toxicomanies au Canada. C'est en clinique externe qu'il y avait le plus grand nombre de services de traitement disponibles (618), tandis que les programmes à moyen terme (un à trois mois) pour bénéficiaires internes étaient les moins disponibles (30) (voir la figure 20)<sup>157</sup>. Les données sur le type de toxicomanie faisant l'objet du traitement indiquent que c'est pour les problèmes d'alcool qu'on a relevé le plus grand nombre de services (980) et pour l'usage d'hallucinogènes, qu'on en a recensé le moins grand nombre (543)<sup>158</sup> (voir la figure 21).

**FIGURE 20 :** Contextes de prestation des services de traitement des toxicomanies, Canada, 2003, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies<sup>159</sup>



**FIGURE 21 :** Toxicomanies faisant l'objet du traitement dans les programmes, 2003, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies<sup>160</sup>



### Populations particulières

L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations et des Inuits de 1997<sup>161,162</sup> a conclu que 50 % des répondants ont jugé qu'il n'y avait pas eu de progrès au chapitre de la réduction de l'alcoolisme et des toxicomanies dans leur collectivité, en dépit des ressources considérables déployées en ce sens. Le rapport du Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits porte ce qui suit :

Un examen de la question des toxicomanies d'un point de vue mondial et holistique pourrait parvenir à la conclusion que même si l'on augmente considérablement le financement affecté au traitement des toxicomanies, on ne fera pas de progrès avant que des changements importants ne s'opèrent dans les circonstances qui président à l'apparition des dépendances. L'absence de progrès perçus dans ce domaine suffit à justifier l'examen d'un modèle différent, un modèle fondé sur les « méthodes traditionnelles » et sur le « bien-être communautaire » [traduction] (p. 202).

Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones<sup>163</sup> (PNLAADA) et le Répertoire des centres de traitement du Programme national de lutte contre l'abus de solvant chez les jeunes<sup>164</sup> présentent des renseignements de base sur l'ensemble des centres de traitement autochtones financés par le Programme<sup>165,166,167</sup>. En février 2003, au total, 57 centres de traitement ont été recensés, dont neuf avaient pour objet l'abus de solvants. Au nombre des 57 centres de traitement, autour de quatre étaient reconnus comme clinique externe seulement. Au total, il y avait environ 803 lits, dont 108 étaient réservés pour le traitement de l'abus de solvants. Le plus récent examen<sup>168</sup> des systèmes de rapports sur les activités de traitement (SRAT) du PNLAADA (1994-1995) révèle ce qui suit : l'alcool, les narcotiques et les hallucinogènes étaient les substances qui étaient consommées le plus couramment; environ 45 % des clients étaient de sexe féminin; c'est le groupe des 25 à 34 ans qui réunissait le plus grand nombre de clients, et il était suivi par le groupe des 16 à 24 ans puis par le groupe des 36 à 44 ans; et, enfin, environ les deux sujets des sujets avaient suivi leur programme de traitement au complet.

Une étude effectuée par le Service correctionnel du Canada<sup>169</sup> en 2001 au sujet de l'effet du traitement d'entretien à la méthadone (TEM) offert en établissement sur le résultat postlibératoire a constaté que le programme avait eu un effet bénéfique à ce chapitre. Il importe de noter qu'il pourrait y avoir des différences importantes entre les sujets qui participent au programme de TEM et ceux qui n'y participent pas. C'est pourquoi il faut faire preuve de circonspection dans la comparaison de ces deux groupes au chapitre des résultats consécutifs à la libération. Voici les constatations découlant de l'étude :

Dans la présente étude, on a comparé les résultats postlibératoires et le comportement en établissement d'un groupe de participants à un programme de TEM (groupe traité) à ceux d'un groupe de délinquants dont un test pour l'usage de [l'héroïne] s'est révélé positif en établissement ou qui sont considérés comme toxicomanes (le groupe témoin). Dans l'ensemble, on constate que les premiers affichaient des taux de réincarcération inférieurs et qu'ils étaient réincarcérés moins rapidement que les seconds. Pour une période de 12 mois, les délinquants du groupe témoin étaient plus susceptibles dans une proportion de 28 % d'être

incarcérés à nouveau. En outre, les délinquants du groupe traité étaient moins susceptibles de se trouver illégalement en liberté ou de violer une condition d'abstinence en consommant de l'alcool pendant leur mise en liberté sous condition. Bien que, d'un point de vue statistique, on ait obtenu des résultats similaires pour les deux groupes en ce qui a trait à la récidive ainsi qu'au nombre et aux types de nouvelles infractions, la tendance dégagée des données laisse supposer un taux de récidive moins élevé chez le groupe traité.

## NOTES

- 147 Statistique Canada, *Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes, 1998-1999*. (Ottawa : Statistique Canada).
- 148 Les établissements qui ont rendu compte des éléments précisés.
- 149 À l'exclusion du Québec. De plus, Terre-Neuve et les Territoires sont exclus à cause des exigences de secret de leur loi sur la statistique.
- 150 Lancé en 1989, Jeunesse, J'écoute est le seul service de consultation et d'aiguillage téléphonique professionnel bilingue à l'échelle du Canada qui soit offert sans frais 24 heures par jour aux enfants et aux jeunes en difficultés. En septembre 2002, on a relancé un site Web comprenant un service de consultation en direct.
- 151 Les énoncés suivants, présentés par Jeunesse, J'écoute, reflètent les questions d'abus de substances que les jeunes abordent couramment : Je me soûle seulement la fin de semaine. Est-ce que j'ai un problème d'alcool?; J'ai essayé souvent d'arrêter de prendre des drogues, mais je recommence toujours à cause de mes amis; J'aimerais arrêter de boire, mais tout le monde autour de moi boit. Il n'y a rien d'autre à faire; Mon amie a un grave problème de drogue. Elle a des ennuis avec son fournisseur. J'ai peur de ce qui pourrait lui arriver; Mon (ami(e)/ami(e) de cœur/membre de la famille) nie son problème d'alcool. Que dois-je faire?
- 152 Lancée le 15 mai 2000, la Ligne Assistance Parents est le seul service de consultation téléphonique professionnel bilingue à l'échelle du Canada qui soit offert sans frais 24 heures par jour. Elle offre aux parents du soutien, des renseignements et des services de consultation et d'aiguillage. Son site Web comprend un éventail de renseignements et des tribunes qui permettent aux parents de mettre en commun leurs expériences.
- 153 Les énoncés suivants, présentés par la Ligne Assistance Parents, reflètent les questions d'abus de substances que les parents abordent couramment : Nous croyons que notre fille consomme des drogues. Que faut-il faire?; Notre fils consomme de la drogue à la maison. Il a abandonné l'école et ne fait rien de la journée. Nous avons essayé de l'aider, mais c'est pire que jamais. Nous jugeons que c'est inacceptable. Nous sommes au bout du rouleau. Quelles sont nos options?
- 154 Comprend toutes les formes de programmes financés – fédéraux, provinciaux, hospitaliers, privés et communautaires.
- 155 La première collecte de données sur les programmes de traitement s'est déroulée en 1994. Une liste des programmes a été dressée au moyen de documents fondés sur des enquêtes nationales antérieures, les répertoires provinciaux du Québec, de l'Ontario et de la Colombie-Britannique et de Terre-Neuve, les répertoires provinciaux des Premières nations et le répertoire des traitements du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones ainsi qu'à l'aide de personnes-ressources au niveau local à l'échelle du pays.
- 156 Selon une enquête nationale de mise à jour effectuée en 2000 et certains renseignements en découlant qui ont été relevés par le gestionnaire de base de données.
- 157 Un programme de traitement peut être classé dans plus d'une catégorie (double compte).
- 158 À l'exclusion des problèmes de jeu (133) et du tabagisme (98).
- 159 Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Base de données sur les services de traitement des toxicomanies, février 2003.
- 160 Ibid.

- 161 MacMillan, H., C. Walsh, E. Jamieson, A. Crawford et M. Boyd [1999]. *Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits*. Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits.
- 162 Le rapport final de l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits (ERSPNI) était fondé sur des données de base nationales provenant de l'Enquête nationale de 1997 sur la santé des Premières nations et des communautés inuites du Labrador. Les données sur la santé recueillies portent sur les collectivités des Premières nations de la Colombie-Britannique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, du Québec, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse et sur les Inuits du Labrador.
- 163 Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) vise à lutter contre l'alcoolisme et les toxicomanies dans les collectivités des Premières nations au moyen de la prestation de services de prévention et de traitement aux membres des Premières nations vivant dans des réserves.
- 164 Renseignements recueillis au moyen d'un sondage téléphonique auprès des centres de traitement.
- 165 La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits fournit aussi un financement limité (surtout aux Centres de traitement du Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes).
- 166 La base de données en ligne sur les services de traitement du CCLAT présente aussi ces données sur le traitement.
- 167 Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones. *Répertoire des centres de traitement du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones : 2002*. (Ottawa : Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, à venir en 2003).
- 168 Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones [1996?]. *Recherche documentaire. Stratégies relatives à l'évaluation des programmes de lutte contre l'abus des substances chez les Autochtones : examen de la question*. (Ottawa : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits).
- 169 Johnson, S., J. van den Ven et B. Grant (2001). *Le traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral : Incidence sur l'issue de la mise en liberté et le comportement en établissement*. Canada: Service correctionnel du Canada.



## Après 1997

- En 2000-2001, selon les estimations, il y a eu 56 161 départs de l'hôpital, en vie ou consécutifs à un décès, attribuables à la consommation d'alcool et de drogues comme « principal diagnostic en cause » chez les Canadiens de 15 ans ou plus. Il y a aussi eu 137 429 départs de l'hôpital pour lesquels la consommation d'alcool et de drogues a joué jusqu'à un certain point (il ne s'agissait pas du principal diagnostic en cause).

## Alcool

- En 2000-2001, chez les personnes de 15 ans ou plus, le « syndrome de dépendance alcoolique » était la catégorie réunissant le plus grand nombre de départs en vie de l'hôpital en fonction du « principal diagnostic en cause »<sup>170</sup> et de « l'ensemble des autres diagnostics »<sup>171</sup> chez les sujets de sexe féminin (2 378 départs comme principal diagnostic en cause et 11 212 départs pour l'ensemble des autres diagnostics) et chez les sujets de sexe masculin (5 742 comme principal diagnostic en cause et 29 285 pour l'ensemble des autres diagnostics).
- En 2000-2001, l'ensemble comportant le plus grand nombre de départs consécutifs à un décès (selon le principal diagnostic en cause) étaient attribuables à une « cirrhose alcoolique du foie » (170 sujets de sexe féminin et 521 sujets de sexe masculin). Le syndrome de dépendance alcoolique était la principale cause chez les femmes (450) et chez les hommes (1 724) au chapitre de l'ensemble des autres diagnostics.
- En 2000, selon les estimations, 3 372 conducteurs ont été mêlés à un accident avec blessures graves lié à la consommation d'alcool au Canada. Ce résultat, qui représente 18,3 % de l'ensemble des accidents avec blessures graves au Canada, n'a fléchi que légèrement par rapport à 1995.

## Drogues illicites

- En 2000-2001, on estime qu'il y a eu 25 908 départs en vie de l'hôpital attribuables à la consommation de drogues illicites comme principal diagnostic en cause chez les personnes de 15 ans ou plus. On a aussi compté 29 214 départs en vie sur lesquels la consommation de drogues illicites avait joué jusqu'à un certain point (il ne s'agissait pas du principal diagnostic en cause).
- En 2000-2001, la cause la plus fréquente de départs en vie de l'hôpital associés avec la consommation de drogues illicites (selon le principal diagnostic en cause) était le « suicide et l'auto-intoxication par un solide ou un liquide » chez les deux sexes (11 339 sujets de sexe féminin et 5 826 sujets de sexe masculin).
- Au chapitre de l'ensemble des autres diagnostics, les départs en vie dus à la consommation de drogues illicites étaient classés le plus souvent, chez les sujets de sexe féminin, dans

la catégorie de l'« intoxication par tranquillisants à base de benzodiazépine » (2 530 départs) et, chez les sujets de sexe masculin, dans la catégorie de l'« abus de cannabis » (3 199 départs).

- Au Canada, il y a eu 117 départs consécutifs à un décès associés à la consommation de drogues illicites selon le principal diagnostic en cause (41 sujets de sexe féminin – « suicide et auto-intoxication par un solide ou un liquide », et 76 sujets de sexe masculin – suicide et auto-intoxication par un solide ou un liquide et « intoxication par opiacés et autres narcotiques similaires »). Au chapitre de l'ensemble des autres diagnostics, la principale cause était l'intoxication par opiacés et autres narcotiques similaires chez les deux sexes (25 sujets de sexe féminin et 49 sujets de sexe masculin).

## Drogues licites-illicites

- En 2000-2001, selon les estimations, il y a eu 5 502 cas de départ en vie de l'hôpital dans lesquels la consommation de drogues licites-illicites était le principal diagnostic en cause chez les personnes de 15 ans ou plus. On a aussi compté 19 385 départs en vie sur lesquels la consommation de drogues illicites avait joué jusqu'à un certain point (il ne s'agissait pas du principal diagnostic en cause).
- En 2000-2001, la cause la plus fréquente de départs en vie de l'hôpital associés avec l'utilisation de drogues licites-illicites (selon le principal diagnostic en cause) était l'« intoxication accidentelle par drogues, médicaments et produits biologiques » chez les deux sexes (1 843 sujets de sexe féminin et 1 393 sujets de sexe masculin).
- Chez les deux sexes, les départs en vie sur lesquels l'utilisation de drogues licites-illicites avait joué jusqu'à un certain point étaient classés le plus souvent dans la catégorie de l'« abus de drogues autres associées et sans précision » (2 776 sujets de sexe féminin et 3 326 sujets de sexe masculin).
- En ce qui concerne les départs consécutifs à un décès associés avec l'utilisation de drogues licites-illicites (en fonction du principal diagnostic en cause), une catégorie réunissait les 72 cas : « intoxication accidentelle par drogues, médicaments et produits biologiques » (38 départs chez les sujets de sexe masculin et 34 chez les sujets de sexe féminin).
- En 2000-2001, chez les sujets de sexe masculin, les départs consécutifs à un décès sur lesquels l'utilisation de drogues licites-illicites avait joué jusqu'à un certain point étaient classés le plus souvent dans la catégorie de l'« abus de drogues autres associées et sans précision » (41 départs). Chez leurs homologues féminines, la principale catégorie, qui réunissait 12 départs consécutifs à un décès, était la « pharmacodépendance sans précision ».

# Morbidité

La morbidité<sup>172</sup> se dit du fardeau morbide attribuable aux traumatismes liés à l'alcool et aux autres drogues<sup>173</sup> selon le diagnostic établi au moment du départ de l'hôpital<sup>174</sup>. Les données sur les départs de l'hôpital sont codées selon la Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, 9<sup>e</sup> révision (CIM-9)<sup>175</sup>. Il y a des désaccords entre les chercheurs et les spécialistes des soins de santé au sujet des codes de diagnostic associés avec les maladies liées à l'alcool et aux autres drogues. Dans le présent rapport, les codes diagnostic reconnus sont ceux que les coordonnateurs locaux du RCCET et leurs spécialistes reconnaissent et utilisent le plus souvent. Dans l'ensemble, les codes ne variaient guère entre les rapports locaux<sup>176</sup>.

Les données sur lesquelles repose la présente section du rapport sont tirées de la base de données sur la morbidité hospitalière de l'Institut canadien d'information sur la santé, qui dénombre les patients ayant quitté l'hôpital suite à un congé ou à un décès en fonction de la principale cause de morbidité (maladie) diagnostiquée, de même que de l'ensemble des autres diagnostics en jeu, jusqu'à concurrence de 16<sup>177</sup>. Les données sont classées avec la consommation d'alcool ou avec la consommation de drogues, et cette dernière catégorie est scindée en deux sous-catégories, la consommation de drogues illicites et la consommation des drogues licites-illicites conjuguées. La *consommation de drogues illicites* se dit de l'usage non médical et non scientifique de drogues énumérées dans les annexes I, II, III et IV régies par la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (p. ex., la cocaïne), de même que de l'usage de médicaments lorsqu'il ne fait aucun doute qu'ils sont utilisés pour d'autres fins que celles visées médicalement (les catégories de l'intoxication et de certaines complications néonatales dans la Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, 9<sup>e</sup> révision, CIM-9).

L'*usage de drogues licites-illicites* se dit de l'usage de drogues dans les cas où il est impossible de déterminer (p. ex., intoxications accidentelles) si la substance a été utilisée aux fins médicales ou scientifiques prévues<sup>178</sup>. Il importe de noter que les chercheurs et les spécialistes de soins de santé ne s'entendent pas sur la classification la plus exacte des codes de la CIM-9 pour les besoins de la production de rapports (p. ex., illicites c. licites). La classification retenue pour le présent rapport s'est inspirée d'une consultation approfondie avec des spécialistes affiliés au RCCET de même que de la classification existante des codes de la CIM-9 (voir la liste des codes de la CIM-9 et leur classement dans les catégories alcool, drogues illicites et drogues licites-illicites dans le tableau 10 à la fin de la présente section).

## **Alcool et drogues<sup>179</sup>**

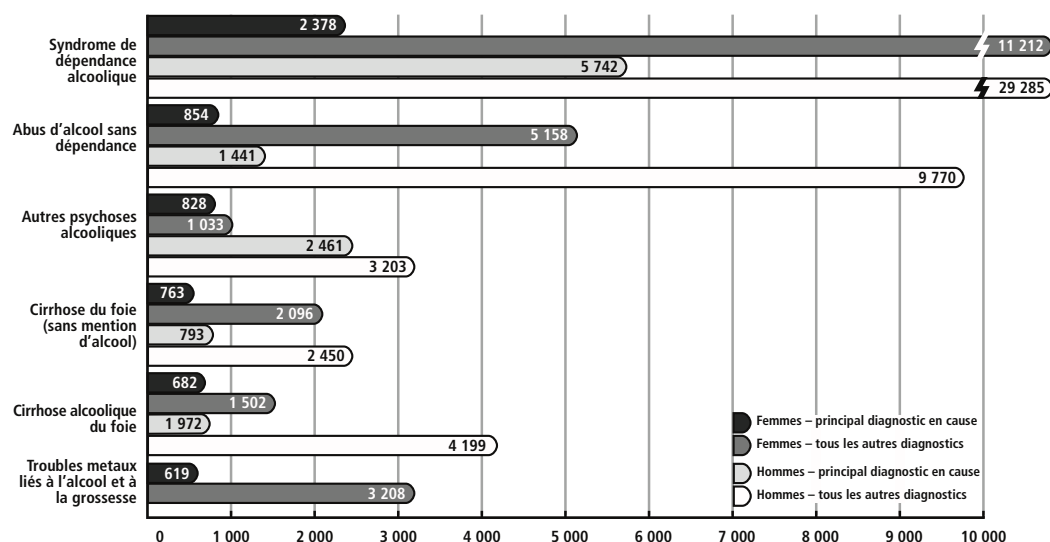
En 2000-2001, on estime qu'il y a eu 56 161 départs de l'hôpital<sup>180</sup> (en vie ou consécutifs à un décès, à l'exclusion des accidents d'automobile) attribuables à la consommation d'alcool et de drogues<sup>181,182</sup> comme principal diagnostic en cause<sup>183</sup> chez les Canadiens de 15 ans ou plus. Un peu plus de la moitié de ces départs touchaient des sujets de sexe masculin (51,8 % ou 29 096 départs), tandis que les 48,2 % restants touchaient des sujets de sexe féminin (27 065 départs). On a aussi compté 137 429 départs de l'hôpital sur lesquels la consommation d'alcool et de drogues avait joué jusqu'à un certain point (il ne s'agissait pas du principal diagnostic en cause)<sup>184</sup>. De nouveau, les sujets de sexe masculin comptaient pour plus de la moitié de ces départs (61,8 % ou 84 991), par rapport aux sujets de sexe féminin, qui ont fait l'objet de 52 438 départs.

## Alcool

Chez les sujets de sexe féminin de 15 ans ou plus, l'ensemble le plus important de départs en vie de l'hôpital subordonnés à la consommation d'alcool étaient causés par le « syndrome de dépendance alcoolique » (2 378), catégorie qui était suivie par l'« abus d'alcool chez une personne non dépendante » (854 départs) et par les « autres psychoses alcooliques » (828). Chez les sujets de sexe masculin, le « syndrome de dépendance alcoolique » était aussi la principale cause de morbidité liée à l'alcool (5 742 départs). Cette catégorie était suivie par les « autres psychoses alcooliques » (2 461) et par la « cirrhose alcoolique du foie » (1 972) (voir la figure 22).

En ce qui concerne les départs en vie associés à la consommation d'alcool chez les sujets de sexe féminin de 15 ans ou plus, la principale cause de morbidité selon « l'ensemble des autres diagnostics » (plutôt qu'en fonction du principal diagnostic en cause) était le « syndrome de dépendance alcoolique » (11 212), catégorie suivie par l'« abus d'alcool chez une personne non dépendante » (5 158), les « troubles mentaux liés à l'alcool et à la grossesse » (3 208) et la « cirrhose du foie sans mention d'alcool »<sup>185</sup> (2 096). Chez les hommes, dans le plus grand nombre de cas, les départs étaient liés au « syndrome de dépendance alcoolique » (29 285), catégorie qui était suivie par l'« abus d'alcool chez une personne non dépendante » (9 770), la « cirrhose alcoolique du foie » (4 199) et les « autres psychoses alcooliques » (3 203) (voir la figure 22).

**FIGURE 22** : Départs en vie liés à l'alcool, en fonction du principal diagnostic en cause et de l'ensemble des autres diagnostics, selon le sexe, Canada, 2000-2001, ICIS<sup>186</sup>

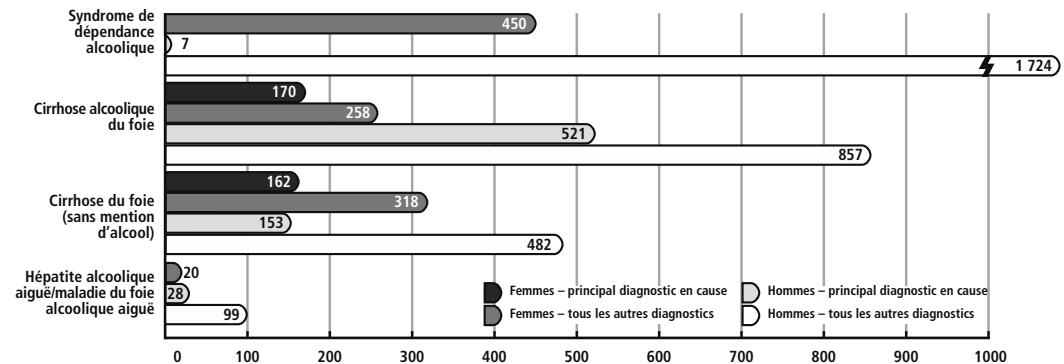


Au chapitre du « principal diagnostic en cause », l'ensemble le plus important de départs consécutifs à un décès chez les sujets de sexe féminin de 15 ans ou plus étaient subordonnés à la « cirrhose alcoolique du foie » (170) et à la « cirrhose du foie sans mention d'alcool » (162). Ensemble, ces deux catégories réunissaient près de l'ensemble des décès liés à la consommation d'alcool selon le « principal diagnostic en cause »<sup>187</sup>. On a observé une tendance semblable chez les sujets de sexe masculin : 521 départs étaient attribuables à la « cirrhose alcoolique du foie », catégorie suivie par la « cirrhose du foie sans mention d'alcool » (153) et « l'hépatite alcoolique aiguë ou la maladie du foie alcoolique aiguë » (28) (voir la figure 23).

Chez les sujets de sexe féminin, un examen des départs consécutifs à un décès sur lesquels la consommation d'alcool avait joué jusqu'à un certain point (il ne s'agissait pas

du principal diagnostic en cause) révèle que le « syndrome de dépendance alcoolique » était la principale cause (450 départs). Cette catégorie était suivie par la « cirrhose du foie sans mention d'alcool » (318 départs) et par la « cirrhose alcoolique du foie » (258 départs). En ce qui concerne les départs consécutifs à un décès chez les sujets de sexe masculin, la principale cause était le « syndrome de dépendance alcoolique » (1 724), qui était suivi par la « cirrhose alcoolique du foie » (857) et par la « cirrhose du foie sans mention d'alcool » (482) (voir la figure 23).

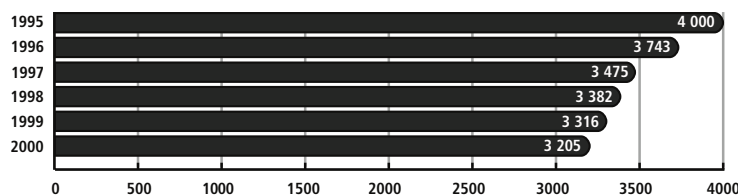
**FIGURE 23** : Départs consécutifs à un décès liés à l'alcool, en fonction du principal diagnostic en cause et de l'ensemble des autres diagnostics, selon le sexe, Canada, 2000-2001, ICIS<sup>188</sup>



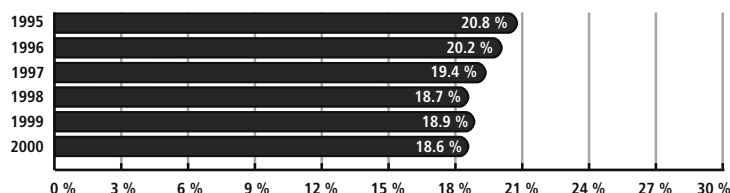
Dans le rapport de 2002 de la Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, qui est intitulé *Le problème des accidents liés à l'alcool au Canada*<sup>189</sup>, on estime qu'en 2000, 3 372 conducteurs ont été mêlés à un accident avec blessures graves lié à la consommation d'alcool<sup>190</sup> au Canada<sup>191</sup>. Ce résultat représente 18,3 % de l'ensemble des 18 402 conducteurs qui ont eu un accident avec blessures graves cette année-là. En ce qui concerne les cas d'accident lié à l'alcool dans lesquels le sexe du conducteur est connu, des femmes étaient en cause dans 20,8 % des accidents. De plus, dans 68 % des accidents, il n'y avait qu'un seul véhicule. La plus forte proportion des accidents mettaient en cause des sujets de 26 à 35 ans (23,5 %) ou de 20 à 25 ans (23,3 %).

De 1995 à 2000, la présence d'alcool dans les accidents avec blessures graves n'a que légèrement diminué<sup>192</sup>. Le nombre de conducteurs en cause dans un accident avec blessures graves lié à la consommation d'alcool a passé de 4 000 à 3 205 (voir la figure 24). Comme pourcentage de l'ensemble des accidents avec blessures graves, il y a eu une diminution de 20,8 %, en 1995, à 18,6 %, en 2000 (voir la figure 25).

**FIGURE 24 :** Nombre de conducteurs en cause dans un accident avec blessures graves lié à l'alcool, Canada, 1995-2000, FRBR<sup>193</sup>



**FIGURE 25 :** Accidents avec blessures graves liés à l'alcool comme pourcentage de l'ensemble des accidents avec blessures graves, Canada, 1995-2000, FRBR<sup>194</sup>



## Drogues<sup>195</sup>

### Consommation de drogues illicites

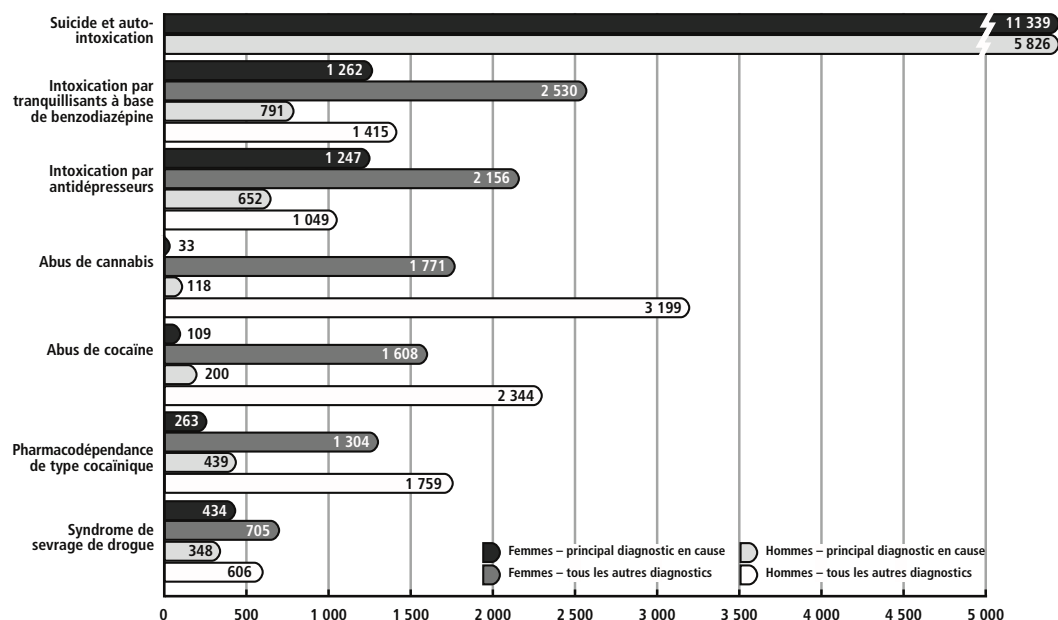
La consommation de drogues illicites se dit de l'usage non médical et non scientifique de drogues énumérées dans les annexes I, II, III et IV régies par la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (p. ex., la cocaïne), de même que de l'usage de médicaments lorsqu'il ne fait aucun doute qu'ils sont utilisés pour d'autres fins que celles visées médicalement (les catégories d'intoxication et de certaines complications néonatales dans la Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, 9<sup>e</sup> révision). On estime qu'en 2000-2001, il y a eu 25 908 départs en vie attribuables à la consommation de drogues illicites comme principal diagnostic chez les personnes de 15 ans ou plus. Au nombre de ces départs, 63 %, ou 16 214, touchaient des sujets de sexe féminin, tandis que dans les 37 % restants (9 694), il s'agissait de sujets de sexe masculin<sup>196</sup>. De plus, en 2000-2001, on a enregistré chez les deux sexes 29 214 autres cas de départ en vie sur lesquels la consommation de drogues illicites avait joué jusqu'à un certain point (il ne s'agissait pas du principal diagnostic en cause). Au nombre de ces départs, 14 712 touchaient des sujets de sexe masculin et 14 502, des sujets de sexe féminin.

En 2000-2001, chez les sujets de sexe féminin de 15 ans ou plus, la cause la plus fréquente de départs en vie associés aux drogues illicites, selon le principal diagnostic en cause, était le « suicide et l'auto-intoxication par un solide ou un liquide » (11 339), catégorie qui était suivie par le « suicide et l'auto-intoxication par tranquillisants à base de benzodiazépine » (1 262) et par l'« intoxication par antidépresseurs » (1 247). De même, chez les sujets de sexe masculin, le diagnostic le plus courant était le « suicide et l'auto-intoxication par un solide ou un liquide » (5 826), qui était suivi par les catégories « suicide et auto-intoxication par tranquillisants à base de benzodiazépine » (791) et « intoxication par antidépresseurs » (652) (*voir la figure 26*).

Au chapitre de l'ensemble des autres diagnostics<sup>197</sup>, l'ensemble le plus important de départs en vie associés à la consommation de drogues illicites chez les sujets de sexe féminin étaient attribuables à l'« intoxication par tranquillisants à base de benzodiazépine » (2 530), qui était suivie par les catégories « intoxication par antidépresseurs » (2 156), « cannabisme »

(1 771) et « abus de cocaïne » (1 608). Chez les sujets de sexe masculin, le diagnostic le plus fréquent était l'« abus de cannabis » (3 199), suivi par les catégories « abus de cocaïne » (2 344), « pharmacodépendance de type cocaïnique » (1 759) et « pharmacodépendance de type cannabique » (1 550) (voir la figure 26).

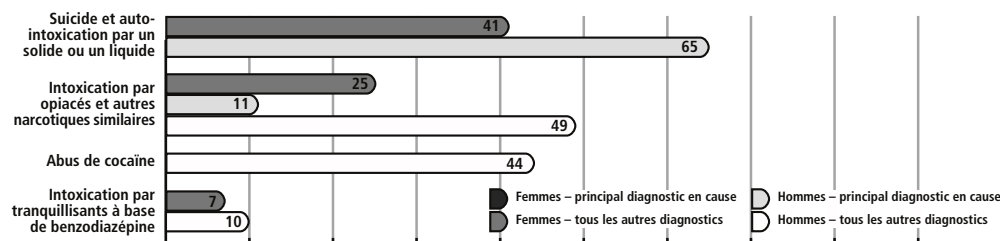
**FIGURE 26** : Départs en vie liés aux drogues illicites, en fonction du principal diagnostic en cause et de l'ensemble des autres diagnostics, selon le sexe, Canada, 2000-2001, ICIS<sup>198</sup>



Il y a eu 117 départs consécutifs à un décès associés à la consommation de drogues illicites comme « principal diagnostic en cause » au Canada chez les personnes de 15 ans ou plus (41 sujets de sexe féminins et 76 sujets de sexe masculin). Chez les sujets de sexe féminin, un diagnostic expliquait les 41 départs enregistrés : « suicide et auto-intoxication par un solide ou un liquide ». Chez leurs homologues masculins, deux causes étaient à l'origine des 76 départs : « suicide par auto-intoxication par un solide ou un liquide » (65 départs) et « intoxication par opiacés et autres narcotiques similaires » (11 départs) (voir la figure 27).

En 2000-2001, chez les sujets de sexe féminin, les départs consécutifs à un décès sur lesquels la consommation de drogues illicites avait joué jusqu'à un certain point (il ne s'agissait pas du principal diagnostic en cause)<sup>199</sup> étaient liés à l'« intoxication par opiacés et autres narcotiques similaires », catégorie réunissant 25 départs qui était suivie par l'« intoxication par tranquillisants à base de benzodiazépine » (7 départs). Chez les sujets de sexe masculin, la principale cause était la même : « intoxication par opiacés et autres narcotiques similaires » (49 départs). Elle était toutefois suivie par les catégories « abus de cocaïne » (44 départs) et « intoxication par tranquillisants à base de benzodiazépine » (10 départs) (voir la figure 27).

**FIGURE 27 :** Départs consécutifs à un décès liés aux drogues illicites, en fonction du principal diagnostic en cause et de l'ensemble des autres diagnostics, selon le sexe, Canada, 2000-2001, ICIS<sup>200</sup>



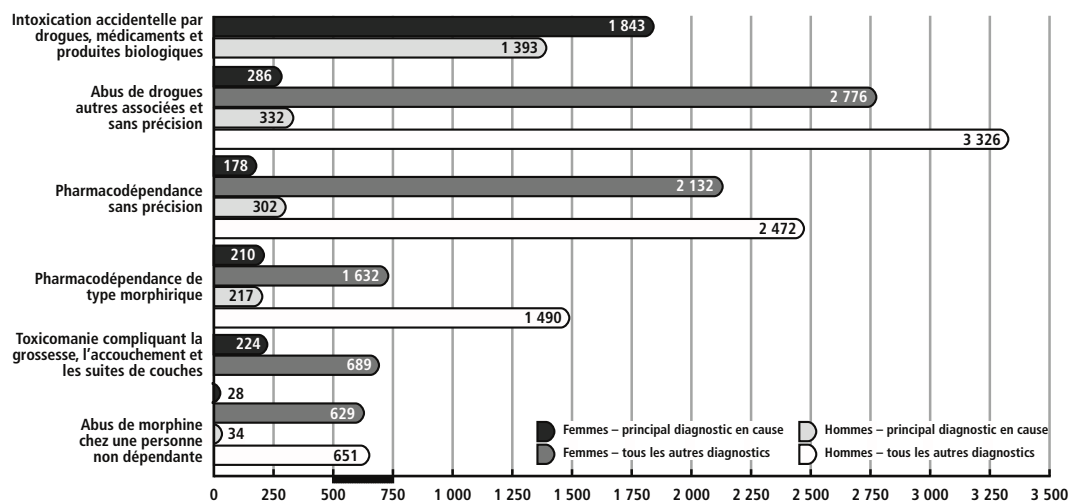
### Usage de drogues licites-illicites

L'usage de drogues licites-illicites se dit de l'usage de drogues dans les cas où il est impossible de déterminer si la substance a été utilisée aux fins médicales ou scientifiques prévues (p. ex., intoxications accidentelles). On estime qu'en 2000-2001, il y a eu 5 502 cas de départ en vie dans lesquels la consommation de drogues licites-illicites était le principal diagnostic en cause chez les personnes de 15 ans ou plus. Cinquante-quatre pour cent de ces cas de départ touchaient des sujets de sexe féminin (2 976 départs) et 46 %, des sujets de sexe masculin (2 526 départs). De plus, en 2000-2001, on a signalé 19 385 départs en vie de plus sur lesquels l'usage de drogues licites-illicites avait joué jusqu'à un certain point. La moitié de ces départs touchaient des hommes (9 697), et l'autre moitié touchaient des femmes (9 688).

En 2000-2001, selon le « principal diagnostic en cause », l'ensemble le plus important de départs en vie associés à la consommation de drogues licites-illicites chez des sujets de sexe féminin de 15 ans ou plus avaient pour objet l'« intoxication accidentelle par drogues, médicaments et produits biologiques » (1 843 départs), catégorie suivie par l'« abus de drogues autres associées et sans précision » (286 départs) et par la « toxicomanie compliquant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches » (224 départs). Chez les sujets de sexe masculin, le principal diagnostic était également l'« intoxication accidentelle par drogues, médicaments et produits biologiques » (1 393 départs), qui était suivie par les catégories « abus de drogues autres associées et sans précision » (332 départs) et « pharmacodépendance sans précision » (302 départs) (voir la figure 28).

Chez les sujets de sexe féminin, les départs en vie<sup>201</sup> sur lesquels l'usage de drogues licites-illicites avait joué jusqu'à un certain point étaient classés principalement dans la catégorie « abus de drogues autres associées et sans précision » (2 776 départs), qui était suivie par les catégories « pharmacodépendance sans précision » (2 132), « pharmacodépendance de type morphinique » (1 632 départs) et « toxicomanie compliquant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches » (689 départs). Chez les sujets de sexe masculin, la cause la plus fréquente des départs en vie sur lesquels la consommation de drogues licites-illicites avait joué jusqu'à un certain point était aussi l'« abus de drogues autres associées et sans précision » (3 326 départs), catégorie qui était suivie par la « pharmacodépendance sans précision » (2 472), la « pharmacodépendance de type morphinique » (1 490 départs) et l'« abus de morphine chez une personne non dépendante » (651 départs) (voir la figure 28).

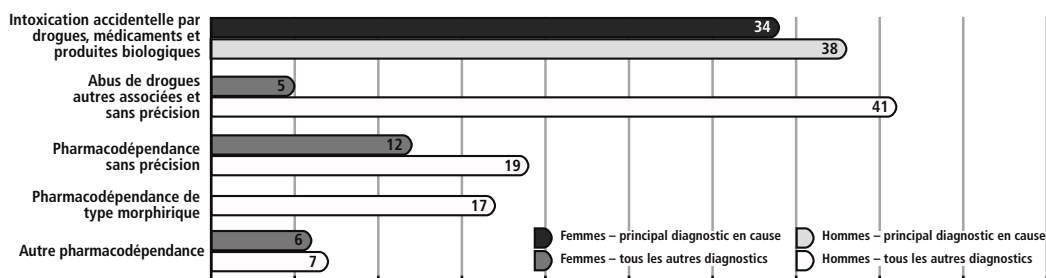
**FIGURE 28** : Départs en vie liés aux drogues licites-illicites, en fonction du principal diagnostic en cause et de l'ensemble des autres diagnostics, selon le sexe, Canada, 2000-2001, ICIS<sup>202</sup>



En ce qui concerne les départs consécutifs à un décès associés à l'usage de drogues licites-illicites chez les personnes de 15 ans ou plus au Canada, selon le principal diagnostic en cause, une seule catégorie réunissait les 72 cas déclarés<sup>203</sup> : « intoxication accidentelle par drogues, médicaments et produits biologiques ». Il y a eu 38 départs chez les hommes et 34 chez les femmes (voir la figure 29).

En 2000-2001, chez les sujets de sexe masculin, les départs consécutifs à un décès sur lesquels la consommation de drogues licites-illicites avait joué jusqu'à un certain point<sup>204</sup> étaient associés dans la plupart des cas à l'« abus de drogues autres associées et sans précision » (41 départs), catégorie qui était suivie par la « pharmacodépendance sans précision » (19) et la « pharmacodépendance de type morphinique » (17 départs). Chez les sujets de sexe féminin, il y a eu 12 départs attribuables à une « pharmacodépendance sans précision », catégorie qui était suivie par « autre pharmacodépendance » (6) et « abus de drogues autres associées et sans précision » (5) (voir la figure 29).

**FIGURE 29** : Départs consécutifs à un décès liés aux drogues licites-illicites, en fonction du principal diagnostic en cause et de l'ensemble des autres diagnostics, selon le sexe, Canada, 2000-2001, ICIS<sup>205</sup>



**Substances entraînant des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique (E930-939)<sup>206</sup>**

En 2000-2001, il y a eu 42 064 cas de départ en vie dans lesquels le principal diagnostic en cause était la catégorie des « substances entraînant des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique » chez les Canadiens et les Canadiennes de 15 ans ou plus. La majorité de ces cas de départ touchaient des sujets de sexe féminin (24 297, ou 57,8 %), tandis que les 42,2 % restants (17 767) avaient pour objet des sujets de sexe masculin. De



plus, au chapitre du principal diagnostic en cause, cette catégorie a réussi 2 285 départs consécutifs à un décès chez les deux sexes. La majorité de ces cas de départ touchaient des sujets de sexe masculin (1 177, ou 51,5 %), tandis que les sujets de sexe féminin comptaient pour 1 108 départs (48,5 %).

*Intoxication accidentelle par analgésiques, antipyrétiques, antirhumatismaux (E980-980.5)<sup>207</sup>*

En 2000-2001, on a recensé 2 354 départs en vie dans la catégorie de l'« intoxication accidentelle par analgésiques, antipyrétiques, antirhumatismaux » comme principal diagnostic en cause. La majorité de ces cas de départ avaient pour objet des sujets de sexe féminin (1 323, ou 56,2 %), tandis que les 43,8 % restants, soit 1 031 départs, touchaient des sujets de sexe masculin. Au chapitre du principal diagnostic en cause, il y a eu 27 départs consécutifs à un décès dans cette catégorie. Les sujets de sexe masculin faisaient l'objet de la majorité de ces départs (22 départs, ou 81,5 %), tandis que les sujets de sexe féminin comptaient pour cinq départs (18,5 %).

**TABLEAU 10 : Classification des codes de la CIM-9**

DIAGNOSTIC	CIM-9	Alcool	Illicites	Licites/ Illicites
Delirium tremens	291,0	X		
Psychose de Korsakov alcoolique	291,1	X		
Autres démences alcooliques	291,2	X		
Autres états hallucinatoires alcooliques	291,3	X		
Ivresse pathologique	291,4	X		
Délire alcoolique de jalousie	291,5	X		
Autres psychoses alcooliques	291,8	X		
Psychose alcoolique sans précision	291,9	X		
Syndrome de sevrage de drogue	292,0		X	
Syndrome de dépendance alcoolique	303,0	X		
Pharmacodépendance de type cocaïmique	304,2		X	
Cannabisme	304,3		X	
Pharmacodépendance de type morphinique	304,0			X
Association de drogues de type morphinique avec d'autres substances	304,7			X
Pharmacodépendance de type amphétaminique	304,4			X
Pharmacodépendance aux hallucinogènes	304,5			X
Pharmacodépendance d'autres types	304,6			X
Associations ne comprenant pas de drogues de type morphinique	304,8			X
Pharmacodépendance sans précision	304,9			X
Abus d'anti-dépresseurs chez une personne non dépendante	305,8			X
Abus de drogues autres associées et sans précision	305,9			X
Abus d'hallucinogènes	305,3		X	
Abus de barbituriques et de tranquillisants	305,4			X
Abus de drogue de type amphétaminique chez une personne non dépendante	305,7			X
Abus de drogue de type morphinique chez une personne non dépendante	305,5			X
Abus d'alcool chez une personne non dépendante	305,0	X		
Abus de drogue de type cocaïmique	305,6		X	
Abus de cannabis chez une personne non dépendante	305,2		X	
Polynévrite alcoolique	357,5	X		
Myocardie éthylique	425,5	X		
Gastrite alcoolique	535,3	X		
Cirrhose alcoolique graisseuse du foie	571,0	X		
Hépatite aiguë alcoolique	571,1	X		
Cirrhose alcoolique du foie	571,2	X		
Lésion alcoolique du foie sans précision	571,3	X		
Cirrhose du foie sans mention d'alcool	571,5	X		
Maladie chronique non alcoolique du foie, sans précision	571,9	X		
Pancréatite aiguë	577,0	X		
Pancréatite chronique	577,1	X		
Alcoolémie excessive	790,3	X		
Intoxication par opiacés et autres narcotiques similaires	965,0		X	
Intoxication par les barbituriques	967,0		X	
Intoxication par sédatifs du groupe de l'hydrate de chloral	967,1		X	
Intoxication par autres sédatifs	967,8		X	
Intoxication par sédatifs et hypnotiques non précisés	967,9		X	
Intoxication par drogue cocaïmique	968,5		X	
Intoxication par antidépresseurs	969,0		X	
Intoxication par tranquillisants à base de phénothiazine	969,1		X	
Intoxication par tranquillisants à base de butyrophénone	969,2		X	
Intoxication par d'autres antipsychotiques	969,3		X	
Intoxication par tranquillisants à base de benzodiazépine	969,4		X	
Intoxication par d'autres tranquillisants	969,5		X	
Intoxication par psychotropes	969,6		X	
Intoxication par psychostimulants	969,7		X	
Intoxication par psychotropes sans précision	969,8		X	
Intoxication par drogues ou médicaments sans précision	977,9		X	
Intoxication par alcool éthylique	980,0	X		
Intoxication par alcool méthylique	980,1	X		
Intoxication par alcool isopropylique	980,2	X		
Intoxication par alcool non précisé	980,9	X		
Intoxication par autres alcools	E860,0	X		
Intoxication accidentelle par alcool éthylique de type autre ou non précisé	E860,1	X		
Intoxication accidentelle par drogues, médicaments et produits biologiques	E850-858			X
Substances provoquant des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique	E930-939			X
Suicide et auto-intoxication par un solide ou un liquide	E950-950,5		X	
Intoxication accidentelle par analgésiques, antipyrétiques, antirhumatismaux	E980-980,5			X
Toxicomanie compliquant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches	648,3			X
Alcool et grossesse	648,4	X		
Lésion fœtale présumée due aux médicaments	655,5			X
Effets nocifs à travers le placenta ou le lait maternel	760,7		X	
Autres complications néonatales	761,8		X	
Syndrome de privation de drogue chez le nouveau-né	779,5		X	

## NOTES

- 170 On associe à chaque personne un départ.
- 171 Il peut y avoir plus d'un départ associé à une personne.
- 172 La présente section rend compte de données provenant de l'Institut canadien d'information sur la santé (analyse et interprétation de K. Garabedian et de C.A. Dell) de même que de *Le problème des accident liés à l'alcool au Canada : 2000*, Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada (Mayhew, D., S. Brown et H. Simpson).
- 173 Par souci de simplicité, lorsque des données sont présentées dans cette section portant sur la morbidité de même que sur la section portant sur la mortalité, le mot « lié(es) » est utilisé seulement dans le contexte de « l'ensemble des autres diagnostics » (par opposition au principal diagnostic en cause ou diagnostic principal).
- 174 Motif du traitement ou du congé de l'hôpital.
- 175 En 2001-2002, la CIM-9 sera remplacée par la CIM-10-CA (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième révision). Voici l'année de mise en œuvre selon la province ou le territoire : 2001 (pour la Colombie-Britannique, Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, la Saskatchewan [en partie], le Yukon) et 2002 (pour l'Alberta, les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut, l'Ontario, la Saskatchewan [au complet]).
- 176 Deux des codes de la CIM-9 utilisés dans le présent rapport ne sont pas utilisés couramment par les sites. C'est pourquoi les données sont présentées séparément : (1) E930-949 – Substances provoquant des effets indésirables au cours de leur usage thérapeutique; (2) E980-980.5 – Intoxication accidentelle par analgésiques, antipyrétiques, antirhumatismaux.
- 177 Conformément aux lignes directrices de l'Institut canadien d'information sur la santé sur la protection des renseignements personnels et la confidentialité, les diagnostics qui touchent moins de cinq patients sont éliminés et, par conséquent, ne font pas partie des résultats finaux. Cette question revêt une importance toute particulière dans l'examen des départs consécutifs à un décès car de faibles résultats (inférieurs à cinq) ont été enregistrés pour de nombreux diagnostics.
- 178 Le code de la CIM-9 305.7, abus de drogues de type amphétaminique ou de sympathomimétiques d'action semblable, est un exemple de classification dans la catégorie licites-illicites. La population se sert couramment de sympathomimétiques d'ordonnance, surtout dans le traitement de maladies comme l'asthme et la narcolepsie. Par conséquent, l'usage de ce médicament est licite. De plus, les sympathomimétiques non prescrits (utilisation licite) comprennent des médicaments en vente libre comme l'éphédrine et la pseudoéphédrine. Par ailleurs, ce code peut aussi comprendre des drogues illicites (p. ex., cocaïne, amphétamines, méthamphétamines) et des drogues illicites « de confection » très populaires (p. ex., MDMA, ecstasy). Paul Kolecki, MD, professeur adjoint, Département de chirurgie, Division de la médecine d'urgence, Université Thomas Jefferson : [www.emedicine.com/EMERG/topic562.htm](http://www.emedicine.com/EMERG/topic562.htm)
- 179 Drogues = certaines drogues illicites et licites.
- 180 Ces départs désignent les soins actifs dans les départs ou congés d'hôpital selon la résidence des malades hospitalisés au Canada (à l'exclusion des nouveau-nés et des dossiers comportant des erreurs graves).
- 181 Base de données sur la morbidité hospitalière 2000-2001, Institut canadien d'information sur la santé.
- 182 Voir la liste des codes de la CIM-9 dans le tableau 10.
- 183 Le principal diagnostic en cause désigne les constatations du médecin relativement à la principale cause de la maladie. On associe à chaque personne un départ.
- 184 Il s'agit de cas dans lesquels une cause particulière de maladie n'est pas tenue pour la principale cause selon le médecin. Cette catégorie comprend l'ensemble des autres diagnostics (jusqu'à concurrence de 16), à l'exclusion du principal diagnostic en cause. Dans ce cas-ci, on peut associer à une personne plus d'un départ.
- 185 Il faut faire preuve de circonspection dans l'interprétation de cette constatation parce que cette maladie, dans bien des cas, a pour cause d'autres facteurs que la consommation d'alcool.
- 186 Base de données sur la morbidité hospitalière, 2000-2001, Institut canadien d'information sur la santé.
- 187 Il convient de noter qu'il y a des diagnostics auxquels ont été associés moins de cinq décès. Ces données ont toutefois été éliminées.

- 188 Base de données sur la morbidité hospitalière, 2000-2001, Institut canadien d'information sur la santé.
- 189 Mayhew, D., S. Brown et H. Simpson (2002). *Le problème des accidents liés à l'alcool au Canada : 2000*. (Ottawa : Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada).
- 190 Selon le rapport *Le problème des accidents liés à l'alcool au Canada : 2000*, « [une] mesure « substitutive » ou « indirecte » est utilisée pour estimer l'incidence de la consommation d'alcool parce que les conducteurs en cause dans des accidents avec blessés graves sont rarement soumis à des tests d'alcoolémie. Un conducteur est considéré comme ayant été en cause dans un accident lié à l'alcool et ayant provoqué des blessures graves si l'accident dans lequel une personne a été grièvement blessée ne comportait qu'un seul véhicule et s'est produit la nuit (véhicule unique, de nuit – VUN) ou si, dans le cas d'un autre genre d'accident qu'un VUN, la police a noté la présence d'alcool (...). » (p. 32).
- 191 À l'exclusion de la Colombie-Britannique.
- 192 À l'exclusion des personnes conduisant une bicyclette, une motoneige, un tracteur agricole ou un autre véhicule non routier. Le total établi pour le Canada exclut la Colombie-Britannique, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest parce que les données pertinentes n'y ont pas été recueillies.
- 193 Mayhew, D., S. Brown et H. Simpson (2002). *Le problème des accidents liés à l'alcool au Canada : 2000*. (Ottawa : Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada).
- 194 Mayhew, D., S. Brown et H. Simpson (2002). *Le problème des accidents liés à l'alcool au Canada : 2000*. (Ottawa : Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada).
- 195 Une explication complète de la définition de la définition de l'utilisation de drogues licites-illicites se trouve au début de cette section du rapport.
- 196 Le nombre plus important de femmes dans cette catégorie est attribuable principalement aux codes E950-950.5 de la CIM-9, « suicide et auto-intoxication par un solide ou un liquide ».
- 197 Il n'existe pas de codes E pour « l'ensemble des autres diagnostics ». Les codes E (E800-E999) dressent un cadre de collecte systématique des données fondées sur la population au sujet de la cause externe des traumatismes, intoxications et effets indésirables. Ces renseignements comprennent les circonstances entourant le traumatisme ou l'intoxication (cause), l'intention (involontaire ou accidentel, ou intentionnel, comme le suicide ou les voies de fait), ainsi que le lieu où l'événement s'est produit. Le tableau 10 présente une liste des codes de la CIM-9, y compris ceux qu'on appelle les codes E.
- 198 Base de données sur la morbidité hospitalière, 2000-2001, Institut canadien d'information sur la santé.
- 199 Il n'existe pas de codes E pour « l'ensemble des autres diagnostics ». Les codes E (E800-E999) dressent un cadre de collecte systématique des données fondées sur la population au sujet de la cause externe des traumatismes, intoxications et effets indésirables. Ces renseignements comprennent les circonstances entourant le traumatisme ou l'intoxication (cause), l'intention (involontaire ou accidentel, ou intentionnel, comme le suicide ou les voies de fait), ainsi que le lieu où l'événement s'est produit. Le tableau 10 présente une liste des codes de la CIM-9, y compris ceux qu'on appelle les codes E.
- 200 Base de données sur la morbidité hospitalière, 2000-2001, Institut canadien d'information sur la santé.
- 201 Il n'existe pas de codes E pour « l'ensemble des autres diagnostics ». Les codes E (E800-E999) dressent un cadre de collecte systématique des données fondées sur la population au sujet de la cause externe des traumatismes, intoxications et effets indésirables. Ces renseignements comprennent les circonstances entourant le traumatisme ou l'intoxication (cause), l'intention (involontaire ou accidentel, ou intentionnel, comme le suicide ou les voies de fait), ainsi que le lieu où l'événement s'est produit. Le tableau 10 présente une liste des codes de la CIM-9, y compris ceux qu'on appelle les codes E.
- 202 Base de données sur la morbidité hospitalière, 2000-2001, Institut canadien d'information sur la santé.
- 203 Il convient de noter qu'il y a des diagnostics auxquels ont été associés moins de cinq décès. Ces données ont toutefois été éliminées.

- 204 Il n'existe pas de codes E pour « l'ensemble des autres diagnostics ». Les codes E (E800-E999) dressent un cadre de collecte systématique des données fondées sur la population au sujet de la cause externe des traumatismes, intoxications et effets indésirables. Ces renseignements comprennent les circonstances entourant le traumatisme ou l'intoxication (cause), l'intention (involontaire ou accidentel, ou intentionnel, comme le suicide ou les voies de fait), ainsi que le lieu où l'événement s'est produit. Le tableau 10 présente une liste des codes de la CIM-9, y compris ceux qu'on appelle les codes E.
- 205 Base de données sur la morbidité hospitalière, 2000-2001, Institut canadien d'information sur la santé.
- 206 Les départs classés dans cette catégorie de diagnostic de la CIM-9 ne font pas partie du total des départs dont il est question au début de la présente section sur la morbidité, car les coordonnateurs locaux du RCCET et leurs représentants ne font pas appel couramment à cette catégorie (utilisée par un site seulement).
- 207 Voir la note en bas de page 206.



# Mortalité

## Après 1997

- En 1999, au Canada, l'alcool ou les drogues étaient la cause sous-jacente de 4 502 décès chez des personnes de 15 ans ou plus. Il s'agit d'une diminution par rapport aux 4 576 décès enregistrés en 1998.

## Alcool

- En 1999, (à l'exclusion des accidents d'automobile) il y a eu 3 139 décès attribuables à la consommation d'alcool chez les Canadiens de 15 ans ou plus. Il s'agit d'une diminution par rapport aux 3 231 décès enregistrés en 1998.
- En 1999, chez les sujets de sexe féminin, la principale cause de mortalité attribuable à l'alcool était la « cirrhose du foie sans mention d'alcool » (409), suivie par la « cirrhose alcoolique du foie » (172). Chez les sujets de sexe masculin, les principales causes étaient la cirrhose alcoolique du foie (609) et la cirrhose du foie sans mention d'alcool (596). En 1998, les constatations étaient semblables chez les deux sexes.
- De 1995 à 2000, il y a eu une diminution au chapitre des accidents entraînant la mort liés à l'alcool comme pourcentage de l'ensemble des accidents entraînant la mort (cette proportion a passé de 38,8 % à 30,2 %). En 2000, selon les estimations, 1 069 personnes sont décédées dans un accident lié à la consommation d'alcool au Canada. Quatre-vingt-deux pour cent des victimes étaient de sexe masculin.

## Drogues illicites

- En 1999, il y a eu 517 décès attribuables à la consommation de drogues illicites chez les personnes de 15 ans ou plus (267 victimes de sexe masculin et

250 victimes de sexe féminin). Il s'agit d'une augmentation par rapport à 1998, année au cours de laquelle on en avait enregistré 497 (256 victimes de sexe masculin et 241 victimes de sexe féminin).

- En 1999, la catégorie « suicide et auto-intoxication par un solide ou un liquide » réunissait une majorité renversante des décès liés à la consommation de drogues illicites chez les sujets de sexe masculin (262) et les sujets de sexe féminin (249). Il s'agissait d'une augmentation par rapport à 1998 (245 victimes de sexe masculin et 240 victimes de sexe féminin).

## Drogues licites-illicites

- En 1999, il y a eu 846 décès attribuables à l'usage de drogues licites-illicites chez les personnes de 15 ans ou plus (592 victimes de sexe masculin et 253 victimes de sexe féminin). Il s'agit d'une faible augmentation comparativement à 1998, année au cours de laquelle on a enregistré au total 848 décès (617 victimes de sexe masculin et 231 victimes de sexe féminin).
- En 1999, la majorité des décès attribuables à la consommation de drogues licites-illicites découlaient d'une « intoxication accidentelle par drogues, médicaments et produits biologiques » chez les deux sexes (562 victimes de sexe masculin et 234 victimes de sexe féminin). Par rapport à 1998, on observe de nouveau une augmentation chez les sujets de sexe féminin (213), mais il s'agit d'une diminution chez les sujets de sexe masculin (586).

# Mortalité

La mortalité se dit du nombre de cas dans lesquels le décès est directement attribuable à la consommation d'alcool ou d'autres drogues<sup>208</sup>. Les données présentées dans cette section du rapport proviennent de la base de données sur l'état civil de Santé Canada, qui présente des renseignements sur tous les décès au Canada. Néanmoins, seules les données sur la « cause de décès initiale » (qui rappellent les données sur le « principal diagnostic en cause ») sont diffusées<sup>209</sup>. À l'instar des données sur la morbidité, les données sur la mortalité sont codées selon la Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, 9<sup>e</sup> révision (CIM-9)<sup>210,211</sup>. Il s'ensuit que ces données ne rendent pas compte de toutes les causes de décès liées à l'alcool et aux drogues.

En 1999, on a enregistré 219 530 décès au Canada (113 007 chez les sujets de sexe masculin et 105 084 chez les sujets de sexe féminin), soit un taux de 7,2 décès pour 1 000 personnes (7,25 chez les sujets de sexe masculin et 6,9 chez les sujets de sexe féminin). Au nombre de ces décès, 4 502 étaient liés à la consommation d'alcool ou de drogues<sup>212</sup>. Le nombre total de décès attribuables à l'alcool et aux drogues affichait une réduction par rapport aux 4 576 décès enregistrés en 1998. Plus particulièrement, chez les sujets de sexe féminin, il y a eu une augmentation du nombre de décès liés aux drogues licites-illicites (qui a passé de 231 en 1998 à 253 en 1999) et du nombre de décès liés aux drogues illicites (qui a passé de 241 en 1998 à 250 en 1999). Chez les sujets de sexe masculin, il y a eu une diminution du nombre de décès liés aux drogues licites-illicites (qui a passé de 617 en 1998 à 593 en 1999) mais une augmentation du nombre de décès liés aux drogues illicites (qui a passé de 256 en 1998 à 267 en 1999). En 1999, comparativement à 1998, il y a eu une légère baisse du nombre de décès liés à l'alcool tant chez les Canadiennes (993 en 1998 et 975 en 1999) que chez les Canadiens (2 238 en 1998 et 2 164 en 1999).

## Alcool

En 1999, (à l'exclusion des accidents d'automobile) il y a eu 3 139 décès attribuables à la consommation d'alcool au Canada, soit une diminution par rapport aux 3 231 décès enregistrés en 1998. En 1999, chez les sujets de sexe féminin, la principale cause de mortalité attribuable à la consommation d'alcool était la « cirrhose du foie sans mention d'alcool »<sup>213</sup> (409), catégorie qui était suivie par la « cirrhose alcoolique du foie » (172), la « pancréatite aiguë »<sup>214</sup> (141) et le « syndrome de dépendance alcoolique » (125). On avait constaté une répartition semblable des décès en 1998 : cirrhose du foie sans mention d'alcool (396), cirrhose alcoolique du foie (183), pancréatite aiguë (136) et syndrome de dépendance alcoolique (113). Comme proportion de l'ensemble des décès attribuables à la consommation d'alcool chez les sujets de sexe féminin en 1999, la cirrhose du foie sans mention d'alcool représentait 41,9 % des décès, la cirrhose alcoolique du foie, 17,6 % des décès, la pancréatite aiguë, 14,5 % des décès et, enfin, le syndrome de dépendance alcoolique, 12,8 % des décès (*voir le tableau 11*).

En 1999, Au Canada, les principales causes de décès attribuables à la consommation d'alcool chez les sujets de sexe masculin étaient la cirrhose alcoolique du foie (609), la cirrhose du foie sans mention d'alcool (596), le syndrome de dépendance alcoolique (427) et la pancréatite aiguë (145). En 1998, la répartition des décès était semblable : cirrhose alcoolique du foie (615), cirrhose du foie sans mention d'alcool (607), syndrome de dépendance alcoolique (457) et pancréatite aiguë (148). Comme proportion de l'ensemble des décès attribuables à la consommation d'alcool chez les sujets de sexe



masculin en 1999, la cirrhose alcoolique du foie représentait 28,1 % des décès, la cirrhose du foie sans mention d'alcool, 27,5 % des décès, le syndrome de dépendance alcoolique, 19,7 % des décès et la pancréatite aiguë, 6,7 % des décès (*voir le tableau 11*).

**TABEAU 11** : Décès attribuables à la consommation d'alcool chez les deux sexes, Canada, Statistique Canada, 1998 et 1999<sup>215</sup>

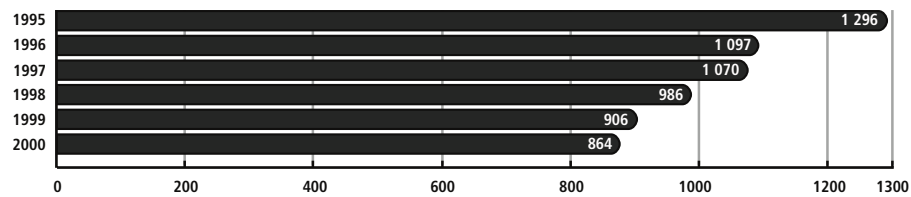
	Syndrome de dépendance alcoolique	Cirrhose alcoolique du foie	Cirrhose du foie sans mention d'alcool	Pancréatite aiguë	Autres	Total*
<b>1999 SEXE FEMININ</b>						
Nombre	125	172	409	141	128	975
Pourcentage**	12,8 %	17,6 %	41,9 %	14,5 %	13,1 %	100 %
<b>1999 SEXE MASCULIN</b>						
Nombre	427	609	596	145	387	2 164
Pourcentage**	19,7 %	28,1 %	27,5 %	6,7 %	17,9 %	100 %
<b>1998 SEXE FEMININ</b>						
Nombre	113	183	396	136	165	993
Pourcentage**	11,4 %	18,4 %	39,9 %	13,7 %	16,6 %	100 %
<b>1998 SEXE MASCULIN</b>						
Nombre	457	615	607	148	411	2 238
Pourcentage**	20,4 %	27,5 %	27,1 %	6,6 %	18,4 %	100 %

\* Étant donné que les chiffres ont été arrondis, leur somme pourrait ne pas correspondre à 100 %

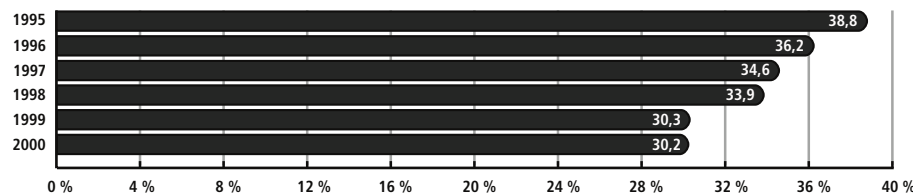
Dans son rapport de 2002 intitulé *Le problème des accidents liés à l'alcool au Canada : 2000*<sup>216,217</sup>, la Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada a estimé qu'en 2000, 3 162 personnes sont décédées<sup>218</sup> dans un accident d'automobile au Canada<sup>219</sup>. Au nombre des 981 cas dans lesquels la présence de l'alcool a été démontrée, on estime que 1 069 personnes sont décédées dans un accident lié à la consommation d'alcool. Au nombre des cas dans lesquels le sexe de la victime est connu, 81,5 % des victimes étaient de sexe masculin. De plus, dans 65 % des cas, la victime était le conducteur, dans 22 % des cas, elle était un passager, et dans 11,7 % des cas, il s'agissait d'un piéton. Dans 1 % des cas, le rôle de la victime n'était pas déterminé. C'est dans le groupe des 26 à 35 ans qu'il y a eu la plus forte proportion de décès (25,3 %).

Si l'on s'attarde seulement aux cas de décès consécutifs aux accidents mettant en cause au moins un conducteur ayant consommé de l'alcool (sans égard aux piétons) qui se sont produits sur la voie publique et touchaient des véhicules des principaux genres (*voir la figure 30*), le nombre de décès dans des accidents a passé de 1 296 en 1995 à 864 en 2000. Ce résultat correspondant à une diminution au chapitre des morts liés à la consommation d'alcool comme pourcentage de l'ensemble des accidents entraînant la mort au Canada, qui est passé de 38,8 % en 1995 à 30,2 % en 2000 (*voir la figure 31*).

**FIGURE 30 :** Nombre de décès dans les cas d'accident sur la voie publique dans lesquels il y a un conducteur sous l'effet de l'alcool et des véhicules des principaux genres, Canada, 1995-2000, FRBR<sup>220</sup>



**FIGURE 31 :** Accidents entraînant la mort liés à la consommation d'alcool comme pourcentage de l'ensemble des accidents entraînant la mort, Canada, 1995-2000, FRBR<sup>221</sup>



## Drogues

En 1999, il y a eu 1 363 décès attribuables à la consommation de drogues illicites et à l'usage de drogues licites-illicites<sup>222</sup> au Canada. Il s'agit d'une augmentation par rapport à 1998, année au cours de laquelle 1 345 décès étaient attribuables à la consommation de drogues.

### Consommation de drogues illicites

La définition de la consommation de drogues illicites adoptée pour classer par catégorie les données sur la mortalité est conforme à la définition décrite pour les données sur la morbidité dans la précédente section. Dans l'ensemble, il y a eu 517 décès attribuables à la consommation de drogues illicites en 1999 (267 victimes de sexe masculin et 250 victimes de sexe féminin). Il s'agit d'une augmentation par rapport à 1998, année au cours de laquelle 497 décès ont été enregistrés (256 victimes de sexe masculin et 241 victimes de sexe féminin).

En 1999, chez les sujets de sexe féminin, la principale cause des décès attribuables à la consommation de drogues illicites était le « suicide et l'auto-intoxication par un solide ou un liquide » (249), catégorie suivie par l'« abus de cocaïne » (1). Les résultats n'avaient guère changé depuis 1998, année au cours de laquelle 240 décès étaient attribuables à un suicide ou à l'auto-intoxication par un solide ou un liquide et un décès était attribuable (cette année-là aussi) à l'abus de cocaïne. Comme proportion de l'ensemble des décès attribuables à la consommation de drogues illicites chez les sujets de sexe féminin en 1999, le suicide et l'auto-intoxication par un solide ou un liquide comptaient pour 98,1 % des décès et l'abus de cocaïne, pour 1,9 % des décès (*voir le tableau 12*).

En 1999, chez les sujets de sexe masculin, les principales causes des décès attribuables à la consommation de drogues illicites étaient semblables à celles observées chez leurs homologues féminines. Les décès étaient ainsi attribuables au suicide et à l'auto-intoxication par un solide ou un liquide (262) et à l'abus de cocaïne (5). Ces données avaient changé dans une certaine mesure depuis 1998, année au cours de laquelle 245 décès liés à la consommation de drogues illicites étaient attribuables à un suicide ou à l'auto-intoxication par un solide ou un liquide, 10 décès étaient attribuables à l'abus de cocaïne et 1 décès était attribuable à la « pharmacodépendance de type cocaïnique ». Comme proportion

de l'ensemble des décès attribuables à la consommation de drogues illicites chez les sujets de sexe masculin en 1999, le suicide et l'auto-intoxication par un solide ou un liquide comptaient pour 95,7 % des décès, l'abus de cocaïne, pour 3,9 % des décès et la pharmacodépendance de type cocaïnique, pour 0,4 % des décès (*voir le tableau 12*).

**TABLEAU 12** : Décès attribuables à la consommation de drogues illicites chez les deux sexes, Canada, Statistique Canada, 1998 et 1999<sup>223</sup>

	Suicide et auto-intoxication par un solide ou un liquide	Abus de cocaïne	Pharmacodépendance de type cocaïnique	Total*
<b>1999 SEXE FEMININ</b>				
Nombre	262	5	0	267
Comme pourcentage de l'ensemble des décès attribuables à la consommation de drogues illicites chez les sujets de sexe féminin	98,1 %	1,9 %	0	100 %
<b>1999 SEXE MASCULIN</b>				
Nombre	249	1	0	250
Comme pourcentage de l'ensemble des décès attribuables à la consommation de drogues illicites chez les sujets de sexe masculin	99,6 %	0,4 %	0	100 %
<b>1998 SEXE FEMININ</b>				
Nombre	240	1	0	241
Comme pourcentage de l'ensemble des décès attribuables à la consommation de drogues illicites chez les sujets de sexe féminin	99,6 %	0,4 %	0	100 %
<b>1998 SEXE MASCULIN</b>				
Nombre	245	10	1	256
Comme pourcentage de l'ensemble des décès attribuables à la consommation de drogues illicites chez les sujets de sexe masculin	95,7 %	3,9 %	0,4 %	100 %

\* Étant donné que les chiffres ont été arrondis, leur somme pourrait ne pas correspondre à 100 %

### **Usage de drogues licites-illicites**

L'usage de drogues licites-illicites est défini dans la précédente section, qui porte sur la morbidité. En 1999, 846 décès étaient attribuables à la consommation de drogues licites-illicites (592 victimes de sexe masculin et 253 victimes de sexe féminin). Il s'agit d'une faible augmentation par rapport au total enregistré en 1998, qui s'est établi à 848 (617 victimes de sexe masculin et 231 victimes de sexe féminin).

En 1999, la majorité des décès chez les sujets de sexe féminin découlaient d'une « intoxication accidentelle par drogues, médicaments et produits biologiques » (234), catégorie suivie par l'« abus de drogues autres associées et sans précision » (13) et par la « pharmacodépendance sans précision » (3). De la même façon, en 1998, la majorité des décès attribuables à la consommation de drogues licites-illicites étaient liés à l'intoxication accidentelle par drogues, médicaments et produits biologiques (213), à l'abus de drogues autres associées et sans précision (15) et à la pharmacodépendance sans précision (3). En 1999, comme proportion de l'ensemble des décès attribuables à l'usage de drogues licites-illicites chez les sujets de sexe féminin, l'intoxication accidentelle par drogues, médicaments et produits biologiques comptait pour 92,5 % des décès, l'abus de drogues autres associées et sans précision, pour 5,1 % des décès, et la pharmacodépendance sans précision, pour 1,2 % des décès (*voir le tableau 13*).

Comme on l'a constaté chez leurs homologues féminines, chez les sujets de sexe masculin, la principale cause des décès attribuables à la consommation de drogues

licites-illicites était l'intoxication accidentelle par drogues, médicaments et produits biologiques (562), catégorie suivie par l'abus de drogues autres associées et sans précision (25), la pharmacodépendance sans précision (4), la « pharmacodépendance de type morphinique » (1) et l'« abus d'amphétamines chez une personne non dépendante » (1). En 1998, de façon semblable, les causes étaient l'intoxication accidentelle par drogues, médicaments et produits biologiques (586), catégorie suivie par l'abus de drogues autres associées et sans précision (22), la pharmacodépendance sans précision (5), la pharmacodépendance de type morphinique (2), de même que l'« abus de barbituriques et de tranquillisants » (1) et l'« abus de morphine chez une personne non dépendante » (1). En 1999, comme proportion de l'ensemble des décès attribuables à la consommation de drogues licites-illicites chez les sujets de sexe masculin, l'intoxication accidentelle par drogues, médicaments et produits biologiques comptait pour 94,8 % des décès, l'abus de drogues autres associées et sans précision, pour 4,2 % des décès, la pharmacodépendance sans précision, pour 0,7 % des décès, la pharmacodépendance de type morphinique, pour 0,2 % des décès et l'abus d'amphétamines chez une personne non dépendante, pour 0,2 % des décès (voir le tableau 13).

**TABLEAU 13** : Décès attribuables à la consommation de drogues licites-illicites chez les deux sexes, Canada, Statistique Canada, 1998 et 1999<sup>224</sup>

	Intoxication accidentelle par drogues, médicaments et produits biologiques	Abus de drogues autres associées et sans précision	Pharmacodépendance sans précision	Pharmacodépendance de type morphinique	Abus d'amphétamines chez une personne non dépendante	Abus de morphine chez une personne non dépendante	Barbituriques et tranquillisants	Association sans drogue de type morphinique	Total*
<b>1999 SEXE FEMININ</b>									
Nombre	234	13	3	2	0	0	0	1	253
Pourcentage**	92,5 %	5,1 %	1,2 %	0,8 %	0	0	0	0,4 %	100 %
<b>1999 SEXE MASCULIN</b>									
Nombre	562	25	4	1	1	0	0	0	593
Pourcentage**	94,8 %	4,2 %	0,67 %	0,17 %	0,17 %	0	0	0	100 %
<b>1998 SEXE FEMININ</b>									
Nombre	213	15	3	0	0	0	0	0	231
Pourcentage**	92,2 %	6,5 %	1,3 %	0	0	0	0	0	100 %
<b>1998 SEXE MASCULIN</b>									
Nombre	586	22	5	2	0	1	1	0	617
Pourcentage**	95,0 %	3,6 %	0,81 %	0,32 %	0	0,16 %	0,16 %	0	100 %

\* Étant donné que les chiffres ont été arrondis, leur somme pourrait ne pas correspondre à 100 %

## NOTES

- 208 La principale différence entre les données sur les départs d'hôpital consécutifs à un décès, qui sont présentées dans la section précédente, et les données sur la mortalité, qui sont présentées dans cette section, tient à ce que les premières tiennent compte des décès en milieu hospitalier, tandis que les autres reflètent l'ensemble des décès au Canada.
- 209 Des données sur les autres causes de décès que la cause sous-jacente sont aussi recueillies. Toutefois, à l'heure actuelle, l'application au niveau des provinces est insuffisante et l'enregistrement des multiples causes est incomplet.
- 210 En 2001-2002, la CIM-9 sera remplacée par la CIM-10-CA (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision). Voici l'année de mise en œuvre selon la province ou le territoire : 2001 (pour la Colombie-Britannique, Terre-Neuve, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, la Saskatchewan [en partie], le Yukon) et 2002 (pour l'Alberta, les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut, l'Ontario, la Saskatchewan [au complet]).
- 211 Il convient de noter que l'Institut canadien d'information sur la santé (données sur la morbidité) et Statistique Canada (données sur la mortalité) n'appliquent pas exactement les mêmes règles pour l'attribution des codes.
- 212 Les données ont été recueillies et classées à partir de Causes de décès : tableaux standard de 1998 et de 1999, qui sont disponibles auprès de Statistique Canada. Voir la liste des codes de la CIM-9 dans le tableau 10, qui est présenté dans la section précédente.
- 213 Il faut faire preuve de circonspection dans l'interprétation de cette constatation, parce que cette maladie, dans bien des cas, a pour cause d'autres facteurs que la consommation d'alcool.
- 214 La pancréatite aiguë et chronique découle d'autres causes que la consommation d'alcool. C'est pourquoi il faut interpréter cette constatation avec circonspection.
- 215 Causes de décès : tableaux standard, 1999 et 1998, Statistique Canada, Division de la statistique de la santé.
- 216 Mayhew, D., S. Brown et H. Simpson (2000). *Le problème des accidents liés à l'alcool au Canada : 2000*. (Ottawa : Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada).
- 217 Les données proviennent de deux bases de données nationales constituées et maintenues par la Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada (FRBR) : la Base de données sur les accidents mortels réunit des données sur les personnes mortellement blessées dans des accidents d'automobile, et la Base de données sur les blessures graves réunit des données sur les personnes gravement blessées dans des accidents d'automobile.
- 218 « Décédées » se dit du décès au cours des 12 mois suivant la collision, qu'elle se soit ou non produite sur une voie publique. Comprend tous les types de véhicules sur les voies publiques ou hors route.
- 219 Il a été possible d'établir dans 91,8 % des accidents d'automobile entraînant la mort, soit pour 2 902 décès, si la consommation d'alcool avait joué un rôle.
- 220 Mayhew, D., S. Brown et H. Simpson (2002). *Le problème des accidents liés à l'alcool au Canada : 2000*. (Ottawa : Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada).
- 221 Ibid.
- 222 Des définitions de la consommation de drogues illicites et de l'utilisation de drogues licites-illicites sont présentées dans la section sur la morbidité du présent rapport.
- 223 Causes de décès : tableaux standard, 1999 et 1998, Statistique Canada, Division de la statistique de la santé.
- 224 Causes de décès : tableaux standard, 1999 et 1998, Statistique Canada, Division de la statistique de la santé.



# VIH/SIDA/Hépatite C

## Après 1997

### VIH

- En date du 31 décembre 2001, dans 3 987 cas d'infection par VIH chez des adultes de 15 ans ou plus, l'usage de drogues injectables avait été défini comme facteur de risque. Les sujets de sexe féminin comptaient pour 31 % de ces cas et les sujets de sexe masculin, pour 69 % de ces cas.
- Entre 1996 et 2001, chez les sujets de sexe féminin, l'usage de drogues injectables est devenu considérablement moins courant comme facteur de risque du VIH. En

effet, en 2001, ce facteur a joué dans 31,6 % de l'ensemble des cas de VIH chez des femmes, comparativement à 51,1 % en 1996. Chez les hommes, ce résultat n'a que légèrement diminué, passant de 28,7 % de l'ensemble des cas chez des hommes en 1996 à 22,4 % en 2001.

### Hépatite C

- L'usage de drogues injectables et le partage des seringues constituent la principale cause d'hépatite C au Canada. Ces pratiques entraînent environ 70 % de l'ensemble des nouvelles infections.

# VIH/SIDA et Hépatite C

Le Laboratoire de lutte contre la maladie<sup>225</sup> de Santé Canada présente des données sur le nombre de cas d'infection par VIH chez les adultes de 15 ans ou plus dans lesquels l'usage de drogues injectables (UDI) a été défini comme facteur de risque<sup>226</sup>. Ces données indiquent qu'en date du 31 décembre 2001, on comptait au total 1 219 cas chez les femmes et 2 768 chez les hommes. Le tableau 14 indique que, tant chez les femmes que chez les hommes, au fil du temps, il y a eu une diminution, en nombre absolu, de l'importance de l'UDI comme facteur de risque de VIH. En revanche, l'UDI demeure un important facteur de risque de VIH chez les deux sexes comparativement aux autres facteurs de risque. Entre 1985 et 2001, en moyenne, l'UDI a joué dans 41,5 % de l'ensemble des cas de VIH chez des femmes et dans seulement 23 % de l'ensemble des cas de VIH chez des hommes. De plus, au cours d'une récente période de six ans (1996-2001), chez les femmes, il y a eu une diminution importante du nombre de cas dans lesquels l'UDI était le facteur de risque de VIH (de 51,1 % de l'ensemble des cas chez des femmes, en 1996, à 31,6 %, en 2001), tandis que ce résultat n'a que légèrement diminué chez les hommes (passant de 28,7 % de l'ensemble des cas chez des hommes, en 1996, à 22,4 % en 2001) (voir le tableau 15).

**TABLEAU 14 :** Nombre de rapports d'analyse positifs pour le VIH chez les femmes et les hommes, selon l'exposition à l'usage de drogues injectables et l'année de l'analyse, 15 ans ou plus, Santé Canada<sup>227</sup>

Exposition à l'UDI	1985-95	1996	1997	1998	1999	2000	2001	TOTAL
Femmes	534	159	125	97	126	95	83	1 219
Hommes	1 313	333	310	233	199	196	184	2 768

**TABLEAU 15 :** Usage de drogues injectables comme facteur de risque, comparativement à l'ensemble des autres facteurs de risque, chez les femmes et les hommes dont le rapport d'analyse pour le VIH était positif, selon l'année de l'analyse, 15 ans ou plus, Santé Canada<sup>228</sup>

UDI comme facteur de risque dans l'ensemble des rapports d'analyse positifs pour le VIH	1985-95	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Moy.
Femmes	36,2 %	51,1 %	45,0 %	38,8 %	47,9 %	39,6 %	31,6 %	41,5 %
Hommes	8,2 %	28,7 %	30,2 %	26,0 %	23,0 %	22,5 %	22,4 %	23,0 %

Le Système de surveillance accrue des souches de l'hépatite (SSASH) présente des données sur les infections aiguës et chroniques par l'hépatite B et l'hépatite C nouvellement révélées et sur les facteurs de risque associés à l'infection, de concert avec l'information du LNM sur le génotype de l'hépatite et le mutant viral. La Division de la surveillance de la sécurité du sang et la Division des infections acquises en milieu de soins de santé de la Direction générale de la santé de la population et de la santé publique (Santé Canada) se chargent de la coordination de l'information. Encore que ces données ne fassent pas l'objet du présent rapport, on cherchera à les inclure à l'avenir (p. ex., nombre de cas d'infection aiguë ou chronique par l'hépatite C et l'hépatite B attribuables à l'usage de drogues injectables et à d'autres éléments de l'attirail des toxicomanes, comme les cotons et les réchauds). Depuis 1999, toutes les provinces et tous les territoires déclarent les cas d'infection par hépatite C à Santé Canada au moyen du Registre national des maladies à déclaration obligatoire (LLCM, 1999:1<sup>229</sup>). Les cas déclarés ne permettent



pas d'établir une distinction entre les cas d'infection aiguë et chronique d'hépatite C et d'hépatite B. Les données provenant du SSASH et d'études publiées ont indiqué que l'usage de drogues injectables et le partage des seringues constituent le principal mode de propagation de l'hépatite C au Canada. Ces pratiques comptent pour environ 70 % de l'ensemble des nouvelles infections (LLCM, 1999:2)<sup>230</sup>.

## NOTES

- 225 Santé Canada. *Le VIH et le SIDA au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2001*. Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/SIDA, Bureau du VIH/SIDA, des MTS et de la tuberculose, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, 2002.
- 226 Les autres catégories d'exposition comprennent le sang et les produits sanguins ainsi que le contact hétérosexuel/endémique.
- 227 Santé Canada. *Le VIH et le SIDA au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2001*. Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/SIDA, Bureau du VIH/SIDA, des MTS et de la tuberculose, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, 2002.
- 228 Santé Canada. *Le VIH et le SIDA au Canada. Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2001*. Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/SIDA, Bureau du VIH/SIDA, des MTS et de la tuberculose, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, Santé Canada, 2002.
- 229 Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) (1999). *Prévention de l'hépatite C : Un consensus en santé publique*. Le Relevé des maladies transmissibles au Canada. No 25 (supp 1). p. 1-25.
- 230 Ibid.

# Données des sites du RCCET sur la consommation et l'abus de substances

La présente section résume les rapports locaux présentés par les sites du RCCET pour 2002. Les rapports sont soumis lors de l'assemblée annuelle du RCCET, qui a habituellement lieu l'automne. Pour ce qui est des sites du RCCET qui n'ont pas produit de rapport en 2002, sont résumés leur exposé lors de l'assemblée annuelle (qui est présenté comme tel) de même que leur rapport de 2001, s'il en est un. Les sites sont présentés par ordre alphabétique.

## Rapports et mises à jour de 2002<sup>231</sup>

### Calgary (Alberta) (Il n'y a pas eu de mise à jour lors de l'assemblée annuelle)

#### Edmonton (Alberta) (Mise à jour lors de l'assemblée annuelle)

Selon l'enquête de l'Alberta sur la consommation d'alcool de 2001-2002, 78,1 % des répondants d'Edmonton ont déclaré être des buveurs à l'heure actuelle et 13,9 % d'entre eux estimaient avoir un problème d'alcool. Les données provinciales présentaient des constatations semblables : 78,2 % des répondants avaient signalé être des buveurs à l'heure actuelle et 15,2 % estimaient éprouver un problème d'alcool.

Les résultats tirés de l'enquête de l'Alberta sur les toxicomanies de 2002, qui porte sur la consommation d'alcool et sur l'usage de drogues injectables et d'autres drogues, ont révélé un niveau de consommation d'alcool légèrement plus élevé dans la province (84,6 %) que les résultats de l'enquête sur la consommation d'alcool, et 3,4 % des répondants ont fait état d'une dépendance à l'alcool. Vingt et un pour cent des répondants ont signalé consommer des drogues, dont la marijuana était la plus courante (14 %). La consommation déclarée d'amphétamines, de cocaïne et d'hallucinogènes et de tranquillisants s'est établie à 2 %, tandis que l'usage d'héroïne était inférieur à 2 %. Les constatations découlant de l'enquête ont aussi révélé une augmentation au chapitre de l'usage de cocaïne chez les consommateurs d'opiacés.

Selon les données de base tirées de l'étude de cohorte OPICAN de 2002-2003, enquête auprès des consommateurs d'opiacés n'ayant pas reçu de traitement, 92,5 % des répondants avaient signalé avoir consommé des drogues injectables au cours des 30 jours précédents. Au nombre de ces derniers, 34,7 % partageaient du matériel d'injection et 20,4 %, des seringues. De plus, 50,9 % des consommateurs d'opiacés avaient signalé avoir reçu un traitement au cours des 12 mois précédents, et 55,6 % avaient suivi un traitement d'entretien à la méthadone.

On estime qu'il y a 5 000 consommateurs de drogues injectables à Edmonton. L'étude ethnographique auprès des consommateurs de drogues injectables, combinaison de deux études et de rapports sur des données s'attachant aux périodes 2001-2002 et 2002-2003, a conclu que parmi les consommateurs de drogues injectables à Edmonton, dans la majorité des cas, la première drogue injectée était la cocaïne (31 %), suivie par la méthadone et le speed (27 %). Les drogues les plus souvent consommées à l'heure actuelle étaient les opiacés (33 %) de même que le Talwin et le Ritalin (25 %). Soixante-douze pour cent des participants de l'étude présentaient une infection par l'hépatite C. Enfin, 53 % ne cherchaient pas, au moment de l'étude, à recevoir un traitement. Au nombre des raisons

invoquées pour ne pas chercher à recevoir un traitement, on compte la crainte d'être jugé, les longues listes d'attente, le système trop bureaucratique et les douleurs et stress qui accompagnent le traitement.

Le site d'Edmonton prévoit élargir ses activités de collecte de données aux données secondaires provenant de l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission, de l'administration de Capital Hill, des ministères de la Santé, de la Justice et du Transport de l'Alberta, de la Division « K » de la GRC, de Santé Canada et de l'organisme de réduction des méfaits Streetworks.

### **Fredericton (Nouveau-Brunswick) (Rapport)**

À Fredericton, la principale drogue de choix est l'alcool, comme l'indique le nombre de clients qui se présentent pour recevoir un traitement au centre et au service externe de désintoxication des Services de toxicomanie de la Régie Santé de la Vallée. Les décès attribuables à la consommation d'alcool enregistrés dans la ville en témoignent également.

En 2001, il y a eu une augmentation marquée du nombre de clients des services de traitement aux prises avec des problèmes liés au cannabis. À ce chapitre, il y avait plus de congés liés au cannabis à Fredericton qu'ailleurs dans la province. Ce résultat augmente chaque année, surtout chez les plus jeunes.

Selon l'enquête de 1999 sur la consommation de drogues parmi les élèves, la consommation d'alcool et de cannabis a pris de l'importance dans la population des élèves de 1996 à 1999.

Les données tirées du programme local d'échange de seringues, de la base de données sur l'hépatite C du Nouveau-Brunswick et de la base de donnée sur le VIH/SIDA du Nouveau-Brunswick indiquent que l'usage de drogues injectables est à la hausse. De 1997 à 2001, au Nouveau-Brunswick, on a calculé que 956 personnes présentaient une infection par l'hépatite C, dont 47,8 % étaient tenues pour des consommateurs de drogues injectables. Dans la province, 20,5 % des personnes aux prises avec le VIH/SIDA étaient des consommateurs de drogues injectables.

À Fredericton et dans les régions voisines, on se préoccupe particulièrement de l'augmentation de l'utilisation de Dilaudid, en particulier chez les usagers de drogues injectables. Afin d'aborder ce problème, on a établi des partenariats avec le corps de police municipal, la GRC, les Services de toxicomanie, l'Université du Nouveau-Brunswick, SIDA Nouveau-Brunswick et le ministère de la Santé et du Mieux-être. Ces organisations conjuguent leurs efforts pour donner de l'information aux acteurs du milieu de la drogue de Fredericton et intervenir auprès d'eux.

Les données sur la criminalité recueillies par le service de police de Fredericton révèlent qu'en moyenne, 4,2 % des 23 160 événements criminels enregistrés de 1998 à 2001 étaient liés directement à la consommation d'alcool et de drogues. Au nombre de ces événements, 73,1 % étaient attribuables à la consommation d'alcool et 21,9 % étaient liés au cannabis, tandis que les crimes liés à la cocaïne et aux autres drogues comptaient pour les 5 % restants.

### **Halifax (Nouvelle-Écosse) (Mise à jour lors de l'assemblée annuelle)**

Une étude sur la consommation de drogues chez les clients des services de traitement qui a été effectuée en 2001 auprès de 5 262 sujets de sexe masculin et de 2 590 sujets de sexe féminin a permis de constater que 80 % des répondants consommaient de la cocaïne, des benzodiazépines ou des opiacés. La consommation de cannabis s'établissait à un peu moins de 80 %.

L'Enquête de 1998 sur la consommation de drogues parmi les élèves a révélé que la consommation d'alcool, l'usage de la nicotine et la consommation de cannabis plus d'une

fois par mois ont augmenté respectivement de 30 %, de 40 % et de 9 % depuis 1991. La consommation de cannabis a triplé (passant de 4,4 % en 1991 à 13,5 % en 1998). La consommation de LSD n'a que légèrement diminué de 1996 à 1998 (passant de 15 % à 11 %). La consommation de MDMA (ecstasy) est à la hausse.

Dans les provinces de l'Atlantique, les consommateurs de drogues injectables utilisent couramment l'héroïne, la morphine et le Demerol. Le Dilaudid est prescrit volontiers, et il y a eu des cas documentés d'obtention d'ordonnances multiples. En général, les consommateurs ont entre 18 et 44 ans, et la consommation de drogues injectables devient plus courante chez les jeunes. La consommation de drogues injectables est également très courante chez les travailleurs et les travailleuses du sexe.

Entre août 1996 et mars 2001, il y a eu 214 admissions au service de traitement à la méthadone des Services de la pharmacodépendance (160 sujets de sexe masculin et 54 sujets de sexe féminin). L'âge moyen s'établissait à 39,8 ans. Le patient le plus jeune avait 20 ans et le plus vieux, 59 ans.

### **Montréal (Il n'y a pas eu de mise à jour lors de l'assemblée annuelle)**

#### **Ottawa (Ontario) et Région de la capitale nationale (Rapport provisoire)**

La Région de la capitale nationale englobe la région des deux côtés de la frontière provinciale entre le Québec et l'Ontario.

Le Sondage sur la consommation de drogues par les élèves de l'Ontario de 2001 a révélé que 66 % des élèves de la 7<sup>e</sup> à la 13<sup>e</sup> année avaient consommé de l'alcool au cours de l'année précédente et que 71 % avaient déclaré avoir consommé de l'alcool à un moment donné au cours de leur vie. Une enquête menée auprès des élèves de la ville d'Ottawa en 1999 a conclu que 61 % des élèves de la 7<sup>e</sup> à la 10<sup>e</sup> année avaient consommé de l'alcool au moins une fois au cours de l'année précédente. À Hull (Qué.), une enquête menée auprès des élèves a révélé qu'entre 1991 et 1996, la consommation d'alcool au cours de l'année précédente a augmenté de 49 % à 56 %. En revanche, la consommation hebdomadaire est demeurée stable. À Ottawa, on a estimé qu'un nombre modeste mais significatif d'élèves (8 %) étaient aux prises avec un problème d'alcool. Ce taux est comparable à celui enregistré à l'échelle de l'Ontario : on estimait que 7 % des élèves éprouvaient un problème d'alcool en 1999.

Le Sondage sur la consommation de drogues par les élèves de l'Ontario de 2001 a aussi révélé qu'environ 30 % des élèves avaient consommé du cannabis au cours de l'année précédente et 34 %, à un moment donné au cours de leur vie. Le cannabis était la drogue illicite la plus courante chez les élèves de la 7<sup>e</sup> à la 13<sup>e</sup> année. En 1996, 25 % des élèves du secondaire à Hull ont signalé qu'ils étaient des consommateurs de cannabis à ce moment-là. En 1999, 19 % des élèves d'Ottawa de la 7<sup>e</sup> à la 10<sup>e</sup> année ont signalé avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours de l'année précédente. Selon le rapport de 2000 du Centre de toxicomanie et de santé mentale portant sur la consommation de drogues chez les adultes, 35 % des habitants de l'Ontario ont signalé avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours de leur vie, tandis que 11 % ont déclaré en avoir consommé au cours des 12 derniers mois.

La majorité des personnes cherchant à recevoir un traitement à Ottawa de 1998 à 1999 (73 %) ont déclaré être aux prises avec un problème d'alcool, substance qui était suivie par la cocaïne et le cannabis (33 % chacune). Les benzodiazépines et les opiacés d'ordonnance ont aussi été enregistrées comme substances problématiques (5 % et 4 %, respectivement).

En 1998, il y a eu 943 infractions en matière de drogue classées par mise en accusation dans la Région de la capitale nationale. La majorité des accusations (66 %) avaient pour objet le cannabis.

En 1994-1995, il y a eu 393 cas de départ de l'hôpital dans lesquels le principal diagnostic avait trait à l'alcool. Dans 947 cas, l'alcool faisait l'objet du diagnostic secondaire. Les psychoses dues aux drogues et la pharmacodépendance étaient les types les plus courants de morbidité attribuable à la consommation de drogues à Ottawa au cours de cette période. Ces catégories réunissaient 43 % de l'ensemble des diagnostics principaux pour les cas liés à la consommation de drogues. À Hull, en 1999-2000, il y a eu 328 cas de morbidité liés à la consommation de drogues.

En 1992, il y a eu 64 décès liés à la consommation d'alcool à Ottawa, à l'exclusion des accidents d'automobile. En 1995, 26 décès avaient été classés comme liés à la consommation de drogues (l'héroïne ou la cocaïne) à Ottawa. À Hull, entre 1997 et 2000, au total, on a enregistré 54 décès liés à la consommation de drogues et d'alcool, à l'exclusion des accidents d'automobile.

Selon l'étude SurvUDI de 2000, on estime qu'il y avait 962 cas de VIH liés à l'usage de drogues injectables à Ottawa. Selon les estimations, il y avait 186 cas à Hull. Un pourcentage important des hommes et des femmes avaient entre 35 et 39 ans (24 % dans les deux groupes).

### **Regina (Saskatchewan) (Rapport provisoire)**

Dans le cadre de l'Étude sur la séroprévalence de Regina de 2000, on a interrogé 255 consommateurs de drogues injectables, chez lesquels on a aussi prélevé du sang et de l'urine. Chez les participants, la séroprévalence s'établissait de la façon suivante : 2 % pour le VIH, 20,6 % pour l'hépatite B et 46,5 % pour l'hépatite C. Une forte proportion des répondants ont indiqué qu'ils avaient emprunté (44 %) ou prêté (42 %) du matériel d'injection, et 29 % ont signalé échanger des aiguilles ou seringues. Le Talwin et le Ritalin étaient les drogues injectées le plus souvent. On a signalé un recours peu fréquent au condom avec les partenaires sexuels réguliers et occasionnels.

Selon le Système d'information sur les clients des services liés à l'alcoolisme et aux toxicomanies de la Régie de la santé de Regina, pour les périodes 2000-2001 et 2001-2002, le nombre de clients était presque identique d'une année à l'autre (3 852 c. 3 848). Les données sur 2001-2002 ont montré que l'alcool est la substance que les clients tiennent le plus souvent pour problématique : 70 % des répondants présentent la consommation d'alcool comme la source d'un problème, tandis que 35 % signalent la marijuana, 16,3 %, la cocaïne, 14,5 %, les médicaments non prescrits (y compris des opiacés), et 2 %, le Lysol et les solvants. Soixante-quatorze pour cent des clients avaient moins de 40 ans et 15 %, moins de 20 ans. Cinquante pour cent des clients étaient d'ascendance autochtone. Vingt et un pour cent des clients ont fait état d'une consommation de drogues injectables au cours de l'année précédente, avant l'année précédente ou au cours de l'année précédente et auparavant.

En 2001, la Direction du coroner a fait enquête sur 34 cas de décès dans lesquels on avait décelé de l'alcool chez la victime : il y avait 14 cas de mort de cause naturelle, 8, de mort accidentelle, 7, de suicide, 4, d'homicide et 1, de cause non déterminée. Quarante-sept cas de décès dans lesquels on avait décelé des drogues ont fait l'objet d'une enquête : il y avait 21 cas de mort de cause naturelle, 15 cas de mort accidentelle, 8, de suicide, 1, d'homicide et 2, de cause non déterminée. On a décelé de la méthadone chez sept défunts.

Entre 1997-1999 et 2001-2002, il y a eu une augmentation de 1,6 % du nombre de départs de l'hôpital attribuables à la consommation d'alcool ou de drogues (2 167 en 1997-1998 et 3 548 en 2001-2002). Dans 54 % des cas, la substance en cause était l'alcool, tandis

que dans 7 % des cas, il s'agissait d'un opioïde, dans 8 % de cas, du cannabis, et dans 3 % des cas, de la cocaïne. Les diagnostics liés à la consommation d'alcool ont passé de 1 345 à 1 918, tandis que les diagnostics liés au cannabis ont passé de 113 à 281, les diagnostics liés à la cocaïne, de 21 à 115, et les diagnostics liés aux opioïdes, de 74 à 264. En 1997-1998, il y avait eu un cas d'intoxication par méthadone tandis que neuf ont été signalés en 2001-2002. L'intoxication par antidépresseurs a aussi augmenté.

Les données obtenues du Service intégré de toxicomanie de Regina révèlent une augmentation de la consommation de cocaïne. De plus, les consommateurs de drogues, y compris les drogues injectables, sont de plus en plus jeunes. Les drogues injectables, qui sont plus visibles, sont aussi utilisées plus couramment dans les foyers de la classe supérieure et les foyers privilégiés. Le Talwin et le Ritalin, l'ecstasy, le LSD, la cocaïne et la morphine sont les drogues illicites de prédilection.

En partenariat avec la Commission de la prévention de la criminalité de la ville de Regina et nombre de partenaires communautaires, la Régie régionale de la santé a entrepris d'élaborer un projet de stratégie antidrogue pour la ville et la Régie. Le processus de consultation et le rapport ayant pour objet la stratégie devraient être achevés en mars 2003.

#### **St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) (Mise à jour lors de l'assemblée annuelle)**

Compte tenu de la retraite récente de Ron Tizzard, le site du RCCET à St. John's n'a plus de coordonnateur. Jim Skanes, coordonnateur du Programme de sensibilisation aux drogues de la GRC, a fait un bref compte rendu.

Comparativement à trois ans plus tôt, les drogues de parties rave sont très présentes. Il y a aussi eu une augmentation des introductions par effraction dans les pharmacies pour l'obtention d'OxyContin et de Tylénol 4. Au Labrador, le reniflage d'essence continue de poser un problème de taille.

#### **Toronto (Ontario) (Rapport)**

À Toronto, la consommation de drogues chez les adultes est stable depuis deux décennies, au cours desquelles on n'a enregistré que de faibles variations. En revanche, chez les adolescents, la consommation de certaines drogues a augmenté au cours de la dernière décennie pour atteindre, à l'heure actuelle, des niveaux élevés : cannabis (25 %), MDMA (ecstasy) (6 %) et hallucinogènes (3 %).

En 2000, le nombre de saisies de marijuana, qui s'est inscrit dans la tendance à la hausse se poursuivant depuis une décennie, représentait plus de la moitié (52 %) des saisies de drogues à Toronto. Au chapitre des activités d'application de la loi relatives à la MDMA, il y a eu une augmentation importante, de six saisies en 1997 à 219 en 2000. La MDMA représentait 4 % du nombre total de saisies de drogues en 2000. Il y a eu un fléchissement sur le plan des saisies de cocaïne et d'héroïne au cours de la dernière décennie.

La consommation de drogues de confection, phénomène relativement récent, ose de nouveaux défis dans la prévention des méfaits liés à la consommation de drogues, surtout en ce qui concerne l'identification et la pureté des drogues.

Le crack continue d'être la drogue illicite la plus populaire. Cette substance, que les consommateurs fument, est aussi couramment injectée. Les deux modes de consommation soulèvent des préoccupations relativement à la propagation de l'hépatite C.

La polytoxicomanie semble aussi répandue. Tandis qu'on ne connaît toujours pas les effets de bon nombre de substances illicites, on en sait encore moins au sujet des interactions entre ces drogues. Au nombre des nouvelles tendances au chapitre de l'application de la loi et de la réglementation, on compte le Tribunal de traitement de la

toxicomanie de Toronto, premier du genre au Canada, de même que les essais cliniques de Santé Canada portant sur la marijuana à des fins médicales.

### **Vancouver (Columbia-Britannique)**

Les données sur la consommation de drogues injectables indiquent qu'elles continuent de constituer un problème relativement plus important que dans les autres provinces canadiennes. En 2001, il y a eu 222 décès attribuables à la consommation de drogues illicites en Colombie-Britannique, dont 90 à Vancouver. Il s'agit du nombre absolu et du taux par habitant les plus élevés au Canada. L'héroïne et la cocaïne demeurent les grandes drogues injectables de prédilection.

Entre 1990 et 2000, en moyenne, il y a eu 281 décès liés à la consommation d'alcool, comparativement à 134 décès attribuables à la consommation de drogues illicites. En 1992, selon les estimations, la C.-B. a supporté des coûts économiques subordonnés à l'abus d'alcool qui s'élevaient à plus de 943 millions de dollars ainsi que des coûts liés à la consommation de drogues illicites atteignant plus de 208 millions de dollars. En 2000, au nombre des 21 937 crimes liés aux drogues commis en C.-B., 16 730 étaient liés au cannabis, 3 520, à la cocaïne, 796, à l'héroïne et 891, à d'autres drogues illicites visées par la Loi réglementant certaines drogues et autres substances.

Entre 1995 et 1999, il y a eu 2 497 décès dus aux drogues en C.-B. Il y a eu plus de décès chez les sujets de sexe masculin que chez leurs homologues féminines. À cet égard, le ratio s'est établi à 2,4 pour 1. Chez les deux sexes, la cause la plus fréquente de mortalité était l'intoxication accidentelle par drogues (1 385 décès chez les sujets de sexe masculin et 403 chez les sujets de sexe féminin). Voici les principales causes de décès selon les drogues : l'héroïne (31 %), une association de cocaïne et d'héroïne (26 %), la cocaïne (17 %) et une association d'héroïne et d'éthanol (11 %).

En 2000, le nombre de nouveaux cas d'infection par VIH à Vancouver, qui a continué de fléchir, s'est établi à 242, résultat correspondant à un taux brut de 41,6 pour 100 000. En 2000, les 171 nouveaux cas dépistés ailleurs dans la province correspondaient à un taux brut de 6 pour 100 000.

### **Whitehorse (Yukon) (Mise à jour lors de l'assemblée annuelle)**

Depuis l'assemblée annuelle de 2001, très peu de nouvelles données ont été mises à la disposition du site du RCCET à Whitehorse. Les données disponibles indiquent que c'est à Whitehorse qu'on enregistre le taux le plus élevé de consommation d'alcool au Canada. On a documenté des cas d'injection d'alcool. De plus, les établissements d'enseignement font état d'un pourcentage exceptionnellement élevé d'enfants touchés par le syndrome d'alcoolisation fœtale dans certaines collectivités de la province.

Au Yukon, la plus récente initiative d'éducation étant liée au programme SASSY. Le programme a élaboré une brochure intitulée *Keeping Youth Drug Free: A guide for parents, grandparents, elders, mentors and other caregivers*. La brochure vise à servir de guide aux parents des enfants de 7 à 13 ans pour les aider à leur présenter les conséquences de l'abus des drogues et de l'alcool ainsi qu'à favoriser des habitudes de vie saines. Elle vise aussi à encourager les jeunes à se faire entendre s'ils ont des problèmes liés à la consommation ou à l'abus de substances. Créé en 1998, le programme SASSY est un partenariat auquel participent la GRC, le Conseil des Premières nations du Yukon, le Centre d'accueil Skookum Jim, le gouvernement du Yukon, le ministère de l'Éducation, le ministère de la Justice, le ministère de la Santé et le Bureau de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie du ministère des Services sociaux.

### **Winnipeg (Manitoba)**

L'alcool continue d'être la substance qu'on consomme et dont on abuse le plus couramment au Manitoba. La consommation d'alcool est aussi élevée chez les adultes que chez les jeunes, et les divers centres de réduction des méfaits et de traitement de Winnipeg indiquent que la majorité des clients ont été admis à cause d'un problème d'alcoolisme. Les organismes d'application de la loi signalent que les résultats sont toujours aussi élevés relativement à la consommation d'alcool dans les incidents sur la route. De même, la Société d'assurance publique du Manitoba indique que l'alcool est un facteur contributif courant dans les accidents de la route. Les hospitalisations et les décès examinés par le Bureau du médecin légiste en chef indiquent aussi que la consommation d'alcool est un facteur important dans la collectivité. La dépendance à l'alcool, l'abus d'alcool chez des personnes non dépendantes et la cirrhose alcoolique du foie sont courants. Des cas d'exposition à l'alcool par le placenta ou dans le lait maternel ont aussi été enregistrés. L'alcool jouait un certain rôle dans la majorité des décès liés à l'alcool et aux drogues examinés par le médecin légiste en chef.

Les drogues continuent de jouer considérablement sur la santé de la collectivité. Ses effets sont importants et répandus. En général, les programmes de traitement signalent que d'un quart à la moitié des clients consomment des drogues à un moment donné, et les hospitalisations subordonnées aux diagnostics liés aux drogues révèlent que la cocaïne, le crack, les sédatifs et les tranquillisants sont les drogues signalées le plus souvent. Les infractions en matière de drogue observées au Manitoba comprennent la possession, le trafic, l'importation ou l'exportation et la production de toutes les drogues dans une certaine mesure.

Le cannabis est la drogue la plus prévalente au Manitoba et les organismes d'exécution de la loi continuent d'effectuer des saisies importantes de cette drogue. Bien qu'on en trouve à Winnipeg, l'héroïne n'est toujours pas tenue pour une drogue d'importance dans cette ville. La cocaïne, le crack, le haschich et l'huile d'haschich, le Talwin, le Ritalin, la psilocybine et le LSD sont des drogues signalées plus souvent. Il arrive souvent que les autorités policières saisissent de grandes quantités de cocaïne, et la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances fait état d'un usage important de cocaïne chez les populations de clients.

Selon des rapports récents, chez les personnes présentant une infection par l'hépatite C, les facteurs de risque prédominants sont la consommation de drogues injectables et la transfusion. En 2001, dans le contexte de l'hépatite C, on a mis en œuvre deux importantes initiatives provinciales clés dans le contexte de l'hépatite C visant à dépister le virus et à améliorer les programmes de soins, de soutien et de prévention.

## **Rapports et mises à jour de 2001<sup>232</sup>**

### **Edmonton (Alberta)**

Chez les résidents d'Edmonton et chez les habitants de l'Alberta, l'alcool est la drogue consommée le plus couramment ainsi que le principal facteur contribuant à la morbidité et à la mortalité. Près de 81 % des résidents desservis par la Régie de la santé de la capitale ont consommé de l'alcool au cours de l'année précédente. En 1998, la majorité des clients adultes de l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (63,5 %) qui cherchaient à recevoir un traitement contre l'usage de drogues avaient aussi un problème d'abus d'alcool. Près de 24 % des clients adolescents ont présenté l'alcool comme la drogue utilisée le plus fréquemment au cours de l'année précédente. La Régie de la santé de la capitale a fait état de 175 décès liés à l'alcool et aux drogues en 1999. À Edmonton, la



plupart des admissions à l'hôpital et aux services d'urgence qui étaient liées à l'alcool et aux drogues étaient subordonnées à la consommation d'alcool.

Bien qu'un nombre important de personnes aient suivi un traitement contre la consommation de cocaïne, on ne sait pas trop quelles sont leurs caractéristiques démographiques et leurs habitudes de consommation. En 1998, la cocaïne était la drogue consommée le plus souvent par 14,5 % des clients adultes de l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission et par 9,2 % de ses clients adolescents. Au cours de l'exercice 1998-1999, 63,5 % des clients qui étaient de nouveaux usagers de drogues injectables ou des consommateurs chroniques ont utilisé fréquemment la cocaïne. Six pour cent des jeunes de la rue à Edmonton ont signalé avoir consommé de la cocaïne ou du crack au cours d'une période de trois mois antérieure à 1999.

Les données indiquent qu'il y a une offre importante de cocaïne à Edmonton. En effet, de 1996 à 1999, la majorité des inculpations en matière de drogue avaient pour objet le trafic de cocaïne. De plus, on a saisi des quantités assez importantes de cocaïne qui ont atteint un sommet en 1999, année où la valeur des saisies s'est établie à 1,5 million de dollars. L'abus de cocaïne était à l'origine de 2,6 % de l'ensemble des consultations en service d'urgence liées aux drogues en 1999. Au nombre des clients de l'AADAC de la région d'Edmonton qui ont été admis pour traitement au cours de l'exercice 1998-1999, 20,9 % étaient de nouveaux consommateurs de drogues injectables ou des consommateurs chroniques et 13,1 % étaient d'anciens consommateurs. Parmi les consommateurs de drogues injectables qui cherchaient à recevoir un traitement à Edmonton, la plupart ont signalé s'injecter de la cocaïne (64,3 %), substance qui était suivie par l'héroïne et les opiacés (21,7 %), ainsi que par le Talwin et le Ritalin (8,9 %). En 1999, 60 % des nouvelles infections par VIH enregistrées dans la Région de la santé de la capitale touchaient des consommateurs de drogues injectables ou le partenaire d'un consommateur. En 1999, le programme Streetworks a servi 6 245 clients et échangé 823 664 aiguilles nettes. Des travaux de recherche qualitatifs effectués en collaboration avec le programme ont indiqué que les casiers judiciaires faisaient obstacles à l'emploi, à la sécurité et à l'accès aux services de santé.

À l'heure actuelle, on dispose de peu de données sur la consommation de drogues de parties ou de confection à Edmonton. Environ 3 % des jeunes de la rue ont signalé avoir consommé du LSD et 2 %, de l'ecstasy au cours des trois mois précédents. Le site du RCCET à Edmonton souhaite collaborer à l'avenir avec les services de police de la ville pour obtenir de plus amples renseignements sur ces drogues.

### **St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) (Rapport)**

L'Enquête de 1996 et de 1998 sur la consommation de drogues parmi les élèves de 7<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> années à Terre-Neuve et au Labrador a indiqué que 56,1 % des répondants de 1996 et 58,6 % des répondants de 1998 avaient consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents. En 1996 et en 1998, respectivement, l'enquête a révélé que 29,5 % et 33,1 % des élèves de la région métropolitaine de recensement de St. John's avaient signalé avoir consommé du cannabis au cours des 12 mois précédents.

Le Comité de Terre-Neuve et du Labrador sur le SIDA a échangé 205 seringues en 2000, comparativement à 100 en 1999 et à 300 en 1998. La Division du contrôle des maladies et de l'épidémiologie du ministère de la Santé et des Services communautaires a fait état de trois nouveaux cas d'infection par VIH en 2000. On a signalé que seulement l'un de ces cas était lié à la consommation de drogues injectables.

Selon les diagnostics hospitaliers, en 2000, l'alcool était la substance dont on a fait une consommation abusive le plus souvent. Au total, il y a eu 347 cas d'abus d'alcool, diminution considérable de 43 % par rapport aux 614 cas recensés en 1999.

# Plans d'avenir

Un examen de l'information contenue dans le rapport souligne l'insuffisance des données actuelles sur la consommation et l'abus de substances au Canada. Il s'agit d'une lacune d'information grave sur un phénomène qui touche presque chaque Canadien. Dans le Profil canadien de 1999 sur l'alcool, le tabac et les autres drogues<sup>233</sup>, on a conclu que « ces lacunes de l'information restreignent considérablement notre capacité d'élaborer des politiques et des programmes éclairés, opportuns et bien ciblés permettant de résoudre les problèmes d'abus de drogues » (p. 380). On indique que le besoin se fait particulièrement sentir au chapitre des études portant particulièrement sur les femmes et sur d'autres populations spéciales à cause d'antécédents de quasi négligence.

Un point de vue optimiste sur le manque d'information actuelle veut que, d'une certaine façon, le Canada en soit à l'édification de mécanismes de collecte de données pour une meilleure compréhension. Il s'agit d'une occasion inestimable de tenir compte du sexe des sujets ou d'autres variables dès le début des travaux de recherche plutôt que de les y juxtaposer inopportunément, et de façon non satisfaisante, plus tard dans le processus.

La présente section se termine par des recommandations générales visant à surmonter les limites de données actuelles :

**Prévalence** – effectuer une enquête nationale sur l'incidence ou la prévalence car les plus récentes données remontent à 1994<sup>234</sup>. Il faudrait être en mesure de désagréger les données recueillies dans le cadre de cette enquête aux niveaux provincial et local;

**Traitement** – mettre en œuvre un système national de collecte normalisée de données (comme le système DAWN aux États-Unis); recueillir des données auprès de groupes d'entraide ou sur d'autres formes d'intervention; examiner la disponibilité des données obtenues auprès de populations particulières (p. ex., le Comité du Programme de lutte contre l'abus de solvant chez les jeunes);

**Application de la loi** – étoffer les données actuelles au moyen de données qualitatives (p. ex., pour compenser la question des cibles policières);

**Mortalité** – parvenir à consulter plus facilement, à prix raisonnable, des systèmes nationaux de collecte et de présentation de données sur les hospitalisations (p. ex., l'Institut canadien d'information sur la santé);

**Morbidité** – aborder la question de la normalisation de la collecte des données; enfin, élargir la collecte de données sur le **VIH/SIDA et l'hépatite C** et tenir compte de la consommation de drogues injectables. Dans l'ensemble, il faudrait que le Canada investisse dans le soutien de ses systèmes de surveillance de la consommation de substances comme le Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanies. De cette façon, il serait facile de consulter des données et les tentatives de collecte pour des rapports comme celui-ci, qui ne seraient pas aussi décourageantes, produiraient, à plusieurs niveaux, des résultats plus complets.

En bref, le présent rapport visait à : 1) décrire le RCCET et faire le point sur son évolution; 2) décrire les indicateurs et les sources de données du Réseau; 3) mettre en évidence les plus récentes données nationales disponibles; 4) présenter des thèmes et certaines données provenant des rapports locaux du RCCET pour 2002 et 2001. L'étape suivante consistera à enrichir les ensembles de données présentées sur le site Web du

RCCET au sujet de bon nombre des sources d'indicateurs qui font l'objet de l'analyse dans le présent rapport. On prévoit que les données mises en évidence dans le présent rapport seront diffusées régulièrement au cours des prochains mois (en particulier, les données qui ont été recueillies et analysées par les auteurs du rapport), de même que d'autres sources de données et des sources mises à jour, lorsqu'elles seront disponibles. On vise à ce que les données soient diffusées à l'échelle nationale, aux échelons provinciaux et au niveau local dans les grands centres urbains dans lesquels un site du RCCET n'a pas encore été établi.

## NOTES

231 Mises à jour sur les données de 2001.

232 Mises à jour sur les données de 2000.

233 Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Centre de toxicomanie et de santé mentale (1999). *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies & Centre de toxicomanie et de santé mentale.

234 Statistique Canada, *Enquête sur l'alcool et les autres drogues au Canada* (Ottawa : Statistique Canada, Centre canadien d'information sur la santé, 1995)

# Annexe A

DONNÉES	SOURCE	ÉCHANTILLON	SITE WEB
Sondage de 2002 auprès des Premières nations vivant dans les réserves	Affaires indiennes et du Nord Canada	1 427 répondants	www.ainc-inac.gc.ca
Base de données sur les services de traitement des toxicomanies	Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies	—	www.ccsa.ca
Enquête sur les tribunaux de juridiction criminelle pour adultes	Centre canadien de la statistique juridique	80 % des tribunaux de juridiction criminelle pour adultes au pays (à l'exclusion du N.-B., du Man., de la C.-B.)	www.statcan.ca
Bulletin statistique annuel de l'Association des brasseurs du Canada	Association des brasseurs du Canada	—	www.brewers.ca
Enquête sur l'alcool et les autres drogues au Canada	Enquêtes spéciales, Statistique Canada	12 155 répondants	www.statcan.ca
Enquête sur les campus canadiens	Centre de toxicomanie et de santé mentale	7 800 répondants	www.camh.net
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	Division de la statistique de la santé, Statistique Canada	130 000 répondants (12 ans et plus)	www.statcan.ca
Causes de décès	Division de la statistique de la santé, Statistique Canada	—	www.statcan.ca
Bulletin du renseignement des Douanes	Agence des douanes et du revenu du Canada	—	www.ccrca-adrc.gc.ca
Enquête sur l'abus des vapeurs de solvants parmi les jeunes des communautés des Premières nations et des Inuits	Kaweionnehta Human Resource Group	1 248 répondants	www.ainc-inac.gc.ca
Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits	Santé Canada	10 085 répondants	www.hc-sc.gc.ca
Rapport sur l'Examen général du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones	Santé Canada	—	www.hc-sc.gc.ca
Enquête sociale générale	Division de la statistique sociale, du logement et des familles, Statistique Canada	10 000 répondants	www.statcan.ca
Le VIH et le SIDA au Canada – Rapport de surveillance	Division de l'épidémiologie et de la surveillance du VIH/SIDA, Santé Canada	—	www.hc-sc.gc.ca
Base de données sur la morbidité hospitalière	Institut canadien d'information sur la santé	—	www.cihi.ca
Jeunesse, J'écoute Ligne Assistance Parents	Jeunesse, J'écoute	—	www.kidshelp.sympatico.ca
Base de données sur les dépenses nationales de la santé	Institut canadien d'information sur la santé	—	www.cihi.ca
Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes	Statistique Canada et Développement des ressources humaines Canada	5 539 enfants 31 963 adultes	www.statcan.ca
Enquête nationale sur la santé de la population (1998-1999)	Division de la statistique de la santé, Statistique Canada	14 682 répondants (15 ans et plus)	www.statcan.ca
Enquête nationale sur la santé de la population (1996-1997)	Division de la statistique de la santé, Statistique Canada	70 884 répondants (15 ans et plus)	www.statcan.ca
Enquête nationale sur la santé de la population (1994-1995)	Division de la statistique de la santé, Statistique Canada	16 989 répondants (15 ans et plus)	www.statcan.ca
Sondage sur la consommation de drogues par les élèves de l'Ontario	Centre de toxicomanie et de santé mentale	4 211 répondants	www.camh.net
Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes	Division de la statistique de la santé, Statistique Canada	183 établissements participants	www.statcan.ca
Sondage sur la sécurité routière (2001)	Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada	1 207 répondants	www.trafficinjuryresearch.com
Sondage sur la sécurité routière (2002)	Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada	1 214 répondants	www.trafficinjuryresearch.com
Le problème des accidents liés à l'alcool au Canada	Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada	—	www.trafficinjuryresearch.com
Programme de déclaration uniforme de la criminalité	Centre canadien de la statistique juridique	154 services de police dans 9 provinces (à l'exclusion de l'Î.-P.-É.)	www.statcan.ca

--- Il ne s'agit pas d'un échantillon.  
La couverture de la population pourrait ne pas s'établir à 100 %.





**CCSA - CCLAT**

**Centre canadien de  
lutte contre l'alcoolisme  
et les toxicomanies**