

# *Cadre national*

## **d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada**

**Première édition  
Automne 2005**

**Répondre à l'appel**



# *Cadre national*

## **d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada**

**Première édition  
Automne 2005**

**Répondre à l'appel**

Programme de la stratégie antidrogue et  
des substances contrôlées

Santé Canada

123, rue Slater

Ottawa (Ontario)

K1A 0K9

Centre canadien de lutte contre  
l'alcoolisme et les toxicomanies

Pièce 300

75, rue Albert

Ottawa (Ontario)

K1P 5E7



Gouvernement  
du Canada

Government  
of Canada



## Répondre à l'appel

La consommation problématique de substances au Canada est une question complexe et multidimensionnelle. Ses effets sont d'ordre social et personnel, et sa dimension d'ordre juridique, économique et de santé couvre toutes les étapes de la vie et a des incidences directes ou indirectes sur pratiquement tout le monde.

Le présent document répond à l'appel des Canadiens, de leurs gouvernements, d'organisations non gouvernementales et d'autres intervenants en faveur d'une approche plus coordonnée permettant de relever les défis que posent les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances. Pour répondre à cet appel, il faut agir de façon concertée et manifester de la bonne volonté, et ce, du niveau national jusqu'aux plus petites collectivités du Canada.

Le présent document repose sur une conviction commune voulant qu'un Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances soit non seulement nécessaire et pratique, mais avant tout réalisable. Ces buts peuvent être atteints par la volonté et le partage des compétences, de l'expérience, des idées et des perspectives.

## Table des matières

Aperçu de la consommation de substances et des problèmes connexes au Canada .....	5
La genèse du Cadre .....	10
Un Cadre pour tous .....	11
Vision .....	12
Principes .....	13
Buts .....	15
Priorités .....	16
Gouvernance du Cadre d'action .....	26
Aller de l'avant .....	27
Références .....	28
Liste des collaborateurs .....	29

Pour un pays de la taille et culturellement diversifié comme le Canada, il existe une grande convergence entre les provinces, du point de vue de la prévalence de la consommation d'alcool et de drogues illégales et de leurs méfaits. Il existe aussi des différences importantes en ce qui a trait aux niveaux et aux habitudes de consommation, ainsi qu'au risque de méfaits, qui intéressent non seulement les chercheurs, mais aussi les décideurs et en bout de ligne tous les Canadiens<sup>1</sup>.

## Aperçu de la consommation de substances et des problèmes connexes au Canada

La consommation problématique de substances<sup>2</sup> touche tous les pays, et le Canada n'y fait pas exception. La consommation de substances et ses méfaits connexes affectent les personnes, les familles et les collectivités. La situation évolue sans cesse, et il est important d'avoir un aperçu de la situation qui prévaut au Canada quant à l'alcool et aux autres drogues et substances afin de mettre en contexte les actions à prendre.

L'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) de 2004 a grandement contribué à fournir des données plus récentes, mais l'information accuse toujours des lacunes importantes. Par exemple, les jeunes de la rue, les sans-abri et les utilisateurs de drogues injectables ne sont généralement pas bien représentés dans les enquêtes sur l'ensemble de la population. Il reste également beaucoup de choses à apprendre sur les troubles concomitants (p. ex. problèmes connexes de toxicomanie et de santé mentale) et sur les facteurs qui influent sur la consommation de substances et les problèmes connexes au Canada. Ces diverses lacunes soulignent la nécessité de mener d'autres activités ciblées en recherche et en surveillance.

Au cours de la dernière décennie, il s'est produit une augmentation importante de la prévalence de la consommation d'alcool et d'autres drogues au Canada. De 1994 à 2004, les taux de consommation active ont augmenté au Canada. Ils sont passés de 72 % en 1994 à 79 % en 2004 pour l'alcool; de 7 % à 14 % pour

le cannabis; de moins de 1 % à près de 2 % pour la cocaïne et le crack; et de 1,1 % à 1,3 % pour le LSD, les amphétamines et l'héroïne (Adlaf, Begin et Sawka, 2005)<sup>3</sup>. De plus, près de 25 % des Canadiens consomment, de façon occasionnelle ou fréquente, de l'alcool à un niveau qui accroît les risques de complications aiguës ou chroniques.

Les décisions prises par les jeunes de consommer de l'alcool et d'autres drogues exigent une attention particulière. Les études menées sur la consommation de substances des jeunes révèlent une augmentation générale des taux de consommation depuis les années 1990, dont un niveau accru de polytoxicomanie.

Prévalence dans l'ensemble de la population et dans des populations clés

L'ETC a indiqué que la prévalence de la consommation actuelle d'alcool par les jeunes

1. Enquête sur les toxicomanies au Canada : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens, novembre 2004.
2. La planification d'une rencontre pour discuter de la terminologie est en cours. Dans le présent document, l'expression *consommation problématique de substances* est utilisée. Sa signification devrait être considérée dans son sens plus général.
3. Prévalence de la consommation au cours des 12 mois précédant chaque enquête.

Canadiens faisant partie du groupe d'âge des 15 à 24 ans est de 83 %, ce qui est légèrement plus élevé que le taux pour l'ensemble de la population, qui est de 79 %. Toutefois, la proportion de jeunes Canadiens qui déclaraient s'adonner à des beuveries<sup>4</sup> était beaucoup plus élevée, à 37 %, et le pourcentage de ceux qui déclaraient le faire au moins une fois par semaine s'élevait à 12 %. Dans le même ordre d'idées, la consommation actuelle d'autres drogues chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans avait tendance à être plus élevée, soit d'environ 37 % pour le cannabis, de 6 % pour la cocaïne et le crack, de 4 % pour les amphétamines, de 4 % pour l'ecstasy (MDMA) ou d'autres drogues similaires, de 4 % pour les hallucinogènes (PCP, LSD, etc.), mais en revanche, de 0,1 % pour l'héroïne.

L'Enquête 2000-2001 sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire indique que 34 % des garçons et 23 % des filles en 10<sup>e</sup> année ont déclaré qu'ils consommaient une boisson alcoolisée au moins une fois par semaine. Ce taux s'est accru régulièrement pour passer de 6 % et de 3 % respectivement en 6<sup>e</sup> année, à 16 % et à 11 % en 8<sup>e</sup> année et à 27 % et à 18 % en 9<sup>e</sup> année. La bière était la boisson alcoolisée la plus populaire consommée par les jeunes qui ont été interrogés. De plus, la consommation excessive d'alcool semblait poser problème, compte tenu du fait que 46 % des garçons et 42 % des filles en 10<sup>e</sup> année ont déclaré avoir été ivres au moins deux fois par le passé.

Si bon nombre de personnes consomment de l'alcool sans subir d'effets nocifs, plus les gens consomment en grande quantité, plus ils sont susceptibles de déclarer des méfaits pour eux-mêmes et d'en subir en raison de la consommation des autres. La consommation d'alcool à risque élevé peut également nuire aux autres de façons diverses. Selon l'ETC, 18 % des Canadiens avaient dépassé les lignes directrices établies sur la consommation d'alcool<sup>5</sup> au cours de la dernière année et 14 % se sont livrés à une consommation dangereuse d'alcool<sup>6</sup>, étant ainsi considérés comme des buveurs à risque élevé (c'est-à-dire 9 % des buveuses et 25 % des buveurs). Les hommes de 18 à 24 ans et les célibataires étaient les plus susceptibles de

dépasser les lignes directrices établies sur la consommation d'alcool. Plus de 30 % des personnes âgées de moins de 25 ans sont des buveurs à risque élevé.

Près du quart des anciens buveurs et des buveurs actuels déclarent que leur consommation d'alcool a causé du tort soit à eux-mêmes, soit à d'autres à un moment ou un autre de leur vie. Plus la personne interrogée était jeune, plus elle était vulnérable aux méfaits liés à l'alcool causés par sa propre consommation et par celle des autres. De plus, environ 5 % des Canadiens qui ont consommé du cannabis au cours de la dernière année ont déclaré des préoccupations liées au cannabis, comme l'incapacité à maîtriser leur consommation. Parmi ceux qui ont consommé d'autres drogues illégales au cours de la dernière année, 42 % déclarent des *symptômes indicateurs de risque* qui signalent le besoin d'une intervention, selon le test de dépistage de la consommation d'alcool, de tabac et de substances de l'Organisation mondiale de la Santé.

Aucun secteur de la société canadienne n'est épargné par les méfaits qu'engendre la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et substances. Les personnes, les familles et les collectivités subissent souvent des conséquences néfastes pour la santé, la sécurité et le bien-être économique. La recherche et l'expérience démontrent qu'il est possible de faire face à ces méfaits par une approche multisectorielle élargie et intégrée. Une telle approche exige des actions à la fois individuelles et collaboratives de façon à s'assurer que des conditions, des politiques et des programmes sociaux appropriés puissent contribuer à la création d'environnements sains.

4. Définies comme la consommation de cinq verres ou plus en une seule occasion au moins une fois par mois.
5. Lignes directrices pour la consommation d'alcool du CTSM (deux consommations standard dans une journée – un maximum de 14 par semaine pour les hommes et de 9 pour les femmes qui ne sont pas enceintes).
6. Test de repérage des troubles liés à la consommation d'alcool (*WHO AUDIT*).

L'incidence de la consommation problématique de substances varie selon les segments de la population. Les Autochtones ont été affectés de façon disproportionnée par les méfaits liés à cette consommation et ils sont surreprésentés dans certaines populations défavorisées des grandes villes, dans le commerce du sexe et dans le système carcéral. L'inhalation de substances a été reconnue par les populations autochtones comme un grave problème, qui commence souvent chez les enfants dès l'âge de quatre ans. L'analyse contextuelle nationale sur les services de santé mentale aux Premières nations et aux Inuits (2002) a indiqué que la toxicomanie semble être à la hausse (Santé Canada).

La population carcérale canadienne est divisée en détenus fédéraux (condamnés à une détention de deux ans ou plus dans des pénitenciers fédéraux) et en détenus relevant d'une autorité provinciale ou territoriale, qui purgent des peines de moins de deux ans. Environ 80 % des détenus fédéraux ont des antécédents de consommation problématique d'alcool ou d'autres drogues, et plus de la moitié étaient sous l'influence de l'alcool ou d'autres drogues lorsqu'ils ont commis l'infraction qui a mené à leur incarcération (Brochu et coll., 2001). La recherche indique aussi que les détenus consomment de grandes quantités de psychotropes, soit à des taux plus élevés que dans l'ensemble de la population et, comme au sein de cette dernière, l'alcool est la substance consommée le plus couramment par les détenus avant leur incarcération (Brochu et coll., 2001). De nombreuses études ont démontré qu'il existe un lien évident entre l'abus de substances, les antécédents de comportement criminel et le risque de délinquance future (Blanchette, K. 1997; Bonta, J., Law, M. et Hanson, K. 1998; Loucks, A.D., Ph.D., et Zamble, E., Ph.D., 2001).

D'après un examen réalisé à la fin 2000 (Motiuk, 2001), 26 % de la population carcérale était constituée de détenus condamnés pour une infraction liée aux drogues. Plus précisément, 18 % étaient détenus pour trafic de stupéfiants, 3 % pour leur importation, 1 % pour leur culture et 10 % pour leur possession.

L'expression ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foétale (ETCAF) est un terme générique désignant le syndrome d'alcoolisation foétale (SAF) et les incapacités connexes. La consommation d'alcool durant la grossesse est l'une des principales causes de malformations congénitales et de retards de développement des enfants qui peuvent être évités. Au Canada, au moins un enfant par jour naît atteint de l'ETCAF. On estime l'incidence de l'ETCAF à 9,1 pour 1000 naissances vivantes dans les pays industrialisés. Au Canada, les coûts supplémentaires à vie liés à l'ETCAF en soins de santé, en éducation et en services sociaux sont estimés à 1,4 million de dollars (USD) par personne (Binkeley, 1989). Une étude canadienne récente porte à croire que des coûts de 855 000 \$ sont associés à l'ETCAF jusqu'à l'âge de 21 ans (excluant les coûts liés à la justice) (Stade, 2003). Une étude menée aux États-Unis estime que les coûts liés à la prestation de programmes de prévention efficaces avant la grossesse à une mère qui a déjà donné naissance à un enfant atteint du SAF sont de 30 fois inférieurs aux coûts liés à l'éducation d'un autre enfant atteint du SAF (Nanson et coll., 1995). Malgré le manque de données sur la consommation d'alcool durant la grossesse, on estime qu'environ une Canadienne sur sept consomme de l'alcool pendant sa grossesse, bien que peu fréquemment. Ce qu'il est important de noter à ce sujet est que bon nombre de ces femmes peuvent n'avoir pris qu'un verre à l'occasion avant même de savoir qu'elles étaient enceintes.

L'usage de drogues injectables est un grave problème de santé publique et de société au Canada. D'après l'Enquête sur les toxicomanies au Canada, environ 269 000 Canadiens se sont déjà injectés une drogue, généralement de l'héroïne, de la cocaïne et des stéroïdes (Adlaf, Begin et Sawka, 2005). Il s'agit d'une augmentation par rapport aux 175 000 personnes de 1994. L'usage de drogues injectables est associé aux surdoses, à des infections telles que le VIH, l'hépatite B et C, les abcès et l'endocardite, à d'autres pathogènes transmissibles, au suicide et à une mauvaise nutrition (Santé Canada, 2001).

Répercussions de la consommation de substances

Une étude estime que, si ces tendances se maintiennent, les coûts directs et indirects du VIH/sida liés à l'usage de drogues injectables atteindront 8,7 milliards de dollars sur six ans (Albert et Williams, 1998). Du fait que l'hépatite C est nettement plus répandue que l'infection par le VIH, on prévoit que les coûts médicaux de traitement de l'hépatite C contractée par injection de drogues seront considérables.

Malgré la prévalence accrue de la consommation d'alcool par les Canadiens, le pourcentage de conducteurs décédés qui avaient consommé de l'alcool est passé de 53 % en 1987 à 33 % en 1999, pour ensuite augmenter à 38 % en 2001. Le pourcentage de conducteurs ayant dépassé le taux légal d'alcoolémie a baissé, passant de 43 % en 1987 à 32 % en 2001. D'après les données provenant de multiples sources sur la conduite en état d'ébriété, on estime que le nombre de personnes décédées dans des collisions dues à l'alcool est passé de plus de 2 200 en 1987 à environ 1 100 en 2001. Pendant la même période, le nombre de personnes accusées de conduite en état d'ébriété est passé d'environ 128 000 en 1987 à environ 70 000 en 2001. Ces diminutions globales de la conduite en état d'ébriété au Canada peuvent être attribuées à une approche multisectorielle intégrée faisant intervenir la mise en œuvre et l'application de lois et de pénalités strictes, l'éducation du public et des interventions ciblées dans des milieux tels que les écoles, les lieux de travail et les débits d'alcool.

Des études canadiennes récentes ont également associé des taux de consommation d'alcool avec des décès liés aux accidents de la route, des homicides, des suicides, une mortalité due à la cirrhose du foie, une mortalité liée à l'alcool et une mortalité totale (Mann et coll.; Norstrom; Ramstedt; Rossow; Skog; Xie et coll.).

L'alcool demeure la principale cause criminelle de collisions mortelles sur les routes canadiennes, mais les autres drogues sont de plus en plus reconnues comme un problème important. Selon des études, la présence de drogues dans les prélèvements toxicologiques faits sur des conducteurs décédés varie de 20 %

à 26 % (Beirness, 2005). Les drogues les plus fréquemment détectées sont le cannabis, les benzodiazépines et la cocaïne.

L'ensemble des coûts sociaux, économiques et de santé liés à l'alcool et aux drogues illégales sont estimés à 8,9 milliards de dollars (Single et coll., 1996)<sup>7</sup> pour la société canadienne en 1992. Ces coûts sont attribuables aux pertes directes touchant la main-d'œuvre et aux coûts administratifs des transferts de paiements, à la prévention et à la recherche, à l'application de la loi et aux soins de santé. Le principal facteur de coût était la perte de productivité due à la maladie et au décès prématuré. Depuis que cette estimation a été établie, la consommation d'alcool et de drogues illégales au Canada a augmenté au cours des années 1990. De plus, de nouveaux enjeux graves ont vu le jour, notamment une utilisation accrue de drogues injectables et une augmentation du taux de transmission des maladies infectieuses par le partage de matériel d'injection. Plus récemment, des rapports indiquent une consommation accrue de méthamphétamine en cristaux et un usage détourné d'analgésiques sur ordonnance comme l'oxycodone. Il est donc probable que les coûts actuels pour la société canadienne soient beaucoup plus élevés.

Au cours des dernières décennies, les autorités fédérales, provinciales, territoriales et municipales, les organisations non gouvernementales et le secteur privé au Canada ont contribué de façons diverses à l'éventail des interventions en matière de prévention, de traitement et d'application de la loi. Malgré ces investissements, on n'a pas réussi à réduire de façon souhaitable les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances. Bien que des progrès soient évidents dans des domaines tels que la conduite en état d'ébriété, on n'est pas parvenu à utiliser ou à déployer adéquatement des stratégies intégrées efficaces pour s'attaquer à d'autres aspects de la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et substances. On n'est pas parvenu non plus à

7. Des travaux sont en cours pour renouveler l'étude canadienne sur les coûts, et les résultats sont attendus plus tard au cours de l'année.

mettre suffisamment à contribution des stratégies, des outils et des méthodes de pratiques exemplaires utilisés pour d'autres questions de santé telles que la prévention des maladies cardiovasculaires.

Partager de façon élargie et intégrée une vision collective est une approche efficace pour réduire les méfaits associés à la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et substances. Les approches qui s'appuient sur les leçons tirées du travail en cours au Canada et ailleurs, notamment sur la prévalence et les habitudes actuelles de consommation, sont riches en enseignements. Pour assurer la réalisation de progrès, l'action doit être étroitement liée à des activités de recherche et de surveillance. Une prise en charge et une responsabilité partagées par tous les intervenants clés contribueront également à assurer le succès.

## La genèse du Cadre

Le Cadre a été élaboré à la suite d'une vaste consultation. Dans un premier temps, en 2004, on a tenu une série de dix tables rondes pan-canadiennes portant sur la question de plus en plus courante et préoccupante de la consommation problématique de substances au Canada. Des questions prioritaires, soulevées de façon constante lors de ces consultations, ont fait l'objet d'un suivi sous forme d'ateliers thématiques ciblés afin de les examiner en profondeur. Le travail accompli lors de ces ateliers se poursuivra, et des ateliers supplémentaires auront lieu pour étudier d'autres domaines prioritaires.

Les questions de langage, par exemple, font l'objet d'une attention particulière. Des termes comme *consommation*, *toxicomane*, *abus*, *dépendance*, *consommateur*, *mauvais usage*, *toxicomanies*, *consommation problématique* et de nombreux autres sont utilisés pour décrire la grande variété de questions liées à la *consommation de substances*. Il faut faire avancer les discussions sur la terminologie pour clarifier le sens et parvenir à une compréhension commune. Dans le but d'aborder cet enjeu important, un exercice distinct est prévu prochainement, ce qui pourrait permettre d'en arriver à un consensus. Par contre, faute de consensus et aux fins du présent document, on emploie l'expression *consommation problématique de substances*, qui devrait être considérée la plus générale et inclusive possible. D'autres mots tels que *consommation*, *usage* et *abus* peuvent aussi être employés dans certains cas plus appropriés.

Le Cadre met en évidence les contributions de nombreuses personnes qui ont partagé leurs compétences, leur expérience, leur formation universitaire, leurs idées sur les politiques et les programmes, leur connaissance des questions de recherche et leur expérience directe dans maintes professions et fonctions, notamment :

- spécialistes en toxicomanie et en santé mentale;
- épidémiologistes et experts en sciences sociales;
- médecins et professionnels de la santé;
- avocats et experts juridiques;
- conseillers et professionnels de soins de première ligne;
- organismes représentant des personnes qui consomment des drogues;
- chercheurs et agents de politiques;
- organisations non gouvernementales;
- fournisseurs de services aux Autochtones;
- représentants de services de police et d'application de la loi;
- jeunes;
- représentants du gouvernement en matière d'éducation, de santé et de justice.

Toutes ces personnes ont contribué au succès du Cadre – il s'agit d'un engagement à prévenir et à réduire les méfaits sociaux, économiques et de santé liés à la consommation problématique de substances.

Ce Cadre favorise activement la collaboration en réunissant les principaux intervenants afin d'obtenir les résultats les plus avantageux pour le plus grand nombre de personnes.

## Un Cadre pour tous

Au Canada, un excellent travail s'effectue pour faire face à la consommation problématique de substances. Il existe actuellement un grand nombre d'interventions et d'initiatives qui visent à réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances. Les organisations non gouvernementales, le secteur privé, les autorités fédérales, provinciales, territoriales et municipales ainsi que les organismes d'application de la loi établissent des stratégies pour faire face aux méfaits associés à l'alcool et aux autres drogues et substances. Une fois mis en œuvre, le Cadre tirera parti des vastes compétences de ces intervenants canadiens et assurera ainsi une intégration et une coordination des efforts qui facilitent, améliorent et évaluent les diverses initiatives individuelles au Canada.

Le Cadre vise à représenter un point de vue national sur la consommation problématique de substances. Il indique (sans ordre précis) les buts, principes et priorités qui ont été établis collectivement et qui sont communs à tous les intervenants. En ce sens, le Cadre devrait compléter et faciliter d'autres efforts en cours et servir de guide à des partenariats sur la planification d'interventions nationales. Il ne fait pas que renforcer la collaboration, il la favorise activement en réunissant les principaux intervenants afin d'obtenir les résultats les plus avantageux pour le plus grand nombre de personnes.

### Ce qu'apporte le Cadre

Les avantages d'un Cadre national d'action sont nombreux. Cet instrument augmente les possibilités de soutien à tous les niveaux et dans tous les secteurs, permet d'améliorer la planification et l'utilisation des ressources pour obtenir une efficacité accrue et établit un cadre de référence commun.

Le Cadre suscitera un dialogue parmi les divers secteurs, administrations et fonctions et contribuera à faire comprendre les différents aspects de la consommation problématique de substances par des moyens divers :

- formuler une vision, des principes et des buts pour l'action sur le plan nationale;
- définir des priorités et des orientations stratégiques permettant d'effectuer de façon cohérente la planification, la prestation et l'évaluation des activités;
- fournir un cadre général à l'élaboration de stratégies et de politiques portant sur des questions précises;
- définir et clarifier les rôles, les responsabilités et l'imputabilité des différentes administrations et des intervenants;
- fournir des mécanismes permettant d'assurer la coordination et de faciliter la collaboration et les partenariats entre les divers secteurs et administrations;
- créer un environnement qui favorise le financement.

Avec les outils, les attitudes, le soutien et l'engagement appropriés, la vision deviendra réalité dans les collectivités, les municipalités, les provinces et les territoires.

## Vision

### **Toutes les personnes au Canada vivent dans une société exempte des méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances.**

#### **Voir clairement et avec espoir**

La déclaration de vision est positive et inclusive. Il s'agit d'une déclaration avant-gardiste, succincte et inspirante qui décrit ce que tous les partenaires, en travaillant ensemble, espèrent atteindre. Elle reconnaît que les méfaits liés à la consommation problématique de substances touchent directement et

indirectement les personnes, les familles et les collectivités. Elle invite aussi implicitement les partenaires à s'attaquer à ces méfaits et à leurs causes. La vision reste ouverte à toutes les interventions nécessaires, de la promotion de la santé à la prévention, en passant par le traitement, l'application de la loi et les activités de réduction des méfaits.

**Définition de « substances » :** Les substances couvertes dans le Cadre comprennent l'alcool, les produits pharmaceutiques (en vente libre ou sur ordonnance), les drogues illégales, les substances inhalées et les solvants.

# Principes

## Montrer la voie

Ces principes clés transcendent tous les efforts entrepris en faveur du Cadre dans le but de faire face aux méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances. Ce sont des énoncés qui reflètent les valeurs et les croyances fondamentales qui guident les efforts de collaboration des personnes, des gouvernements, des organisations et des collectivités qui travaillent à réaliser cette vision.

**Principe 1 :** La consommation problématique de substances est un problème de santé

La consommation problématique de substances est un problème de santé qui doit faire l'objet d'une attention particulière dans le système de santé.

**Principe 2 :** La consommation problématique de substances est définie par des facteurs sociaux et autres

Pour aborder la consommation problématique de substances, il faut une approche axée sur la santé de la population qui :

- prend en compte le risque potentiel et l'influence protectrice du statut socio-économique, de la culture, du sexe, du logement, de l'éducation, de l'emplacement géographique, de la famille, des lois et politiques et d'autres facteurs;
- reconnaît la façon dont la stigmatisation, les traumatismes, la discrimination, la violence et le déracinement culturel peuvent contribuer à la consommation problématique de substances;
- comprend que la consommation problématique de substances coexiste souvent avec d'autres problèmes, comme la maladie mentale ou les dépendances (tels que le jeu ou le tabagisme);
- prend en compte non seulement les méfaits causés à la personne qui consomme des

drogues, mais aussi les répercussions négatives sur les familles, les collectivités, la société et l'économie.

**Principe 3 :** Les interventions réussies visant à réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances couvrent l'éventail complet des approches de promotion de la santé, de prévention, de traitement, d'application de la loi et de réduction des méfaits

La prévention et la réduction des méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances nécessitent des interventions intégrées, axées sur la culture, globales et équilibrées pour garantir un éventail d'activités, de programmes et de politiques qui comprennent une combinaison d'interventions ciblées et axées sur la population.

**Principe 4 :** L'action est fondée sur les connaissances, tient compte des données probantes et ses résultats sont évalués

Les approches en matière de promotion de la santé, de prévention, de traitement, d'application de la loi et de réduction des méfaits qui visent à réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances doivent être fondées sur des données probantes issues de la recherche et de l'évaluation. De plus, on devrait partager les interventions traditionnelles, comme celles tirées de l'histoire et de la culture autochtones, ainsi que les nouvelles connaissances qui découlent de la recherche qualitative et quantitative, de l'évaluation et de l'expérience internationale. Cela permettra de renforcer la prise de décisions, notamment lorsqu'il s'agit d'abandonner des mesures qui se révèlent inefficaces. L'action doit être éclairée par la connaissance et les données probantes qui tiennent compte des problèmes distincts liés à divers facteurs tels le sexe, l'orientation sexuelle, l'âge, la culture et d'autres déterminants de la santé.

**Principe 5 :** Les droits de la personne sont respectés

Les efforts qui visent à réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances doivent respecter la *Charte des droits et libertés*. Un accès équitable à une gamme complète de programmes et de services doit être fourni sans égard au fait que la personne consomme de l'alcool ou d'autres drogues et substances.

**Principe 6 :** Des partenariats solides sont à la base du succès

Il est nécessaire de favoriser l'établissement de partenariats étant donné la complexité des causes sous-jacentes de la consommation problématique de substances et des liens avec d'autres enjeux sociaux et secteurs. Les partenariats renforcent les connaissances, les capacités et les réseaux, en plus de faciliter l'accès aux services. Ils revêtent des formes diverses : partenariats avec et entre les gouvernements, avec des organisations des Premières nations, des Inuits et des Métis, ou avec le milieu universitaire. Ils peuvent également inclure des organismes liés à la justice pénale, à la santé mentale ou aux services sociaux/de santé, ainsi que d'autres organismes de réglementation, des personnes qui consomment des drogues, des éducateurs, le secteur privé ou le secteur bénévole.

**Principe 7 :** La responsabilité, la prise en charge et l'imputabilité sont comprises et convenues par tous

Il est plus facile d'établir et de réaliser des objectifs communs lorsque tous les paliers de gouvernement prennent en charge les problèmes et se concertent pour les régler, et ce, conjointement avec les collectivités; les ONG; l'industrie; les Premières nations; les collectivités inuites et métis (sans égard à leur statut ou à leur position géographique) et leurs organisations; les professionnels et leurs organismes, ainsi qu'avec les personnes qui consomment des drogues. Les problèmes nationaux et internationaux, les résultats voulus et les rôles de chacun doivent être définis, compris et convenus

de façon à ce que la responsabilité des intervenants soit clairement énoncée.

**Principe 8 :** Les personnes les plus touchées participent de façon significative

Les personnes qui sont les plus touchées par l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, de la recherche et des programmes doivent être entendues, et leur participation doit être facilitée et sollicitée de manière enrichissante.

**Principe 9 :** La réduction des méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances crée des collectivités plus saines et plus sécuritaires

Les gens ont le droit de vivre dans des collectivités sécuritaires et exemptes des effets négatifs de l'alcool et des autres drogues et substances. On reconnaît que c'est le développement social qui contribue le plus à l'existence de telles collectivités.

#### Synthèse des principes du Cadre

- La consommation problématique de substances est un problème de santé
- La consommation problématique de substances est définie par des facteurs sociaux et autres
- Les interventions réussies visant à réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances couvrent l'éventail complet des approches de promotion de la santé, de prévention, de traitement, d'application de la loi et de réduction des méfaits
- L'action est fondée sur les connaissances, tient compte des données probantes et ses résultats sont évalués
- Les droits de la personne sont respectés
- Des partenariats solides sont à la base du succès
- La responsabilité, la prise en charge et l'imputabilité sont comprises et convenues par tous
- Les personnes les plus touchées participent de façon significative
- La réduction des méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances crée des collectivités plus saines et plus sécuritaires

### Passer de la vision à l'action

Les buts permettent d'élaborer des plans stratégiques pour aborder des questions spécifiques. Ils aident à concentrer l'attention sur les priorités et à promouvoir de façon soutenue les échanges et l'action. L'action concertée et coordonnée de la part de nombreux participants sous l'égide de ce Cadre donne à tous les intervenants le pouvoir d'apporter des changements positifs dans la vie des personnes qui consomment des drogues, de leurs familles et de leurs collectivités. Ces changements sont axés sur des actions visant à :

- créer des milieux qui apportent du soutien et qui font la promotion de la santé et de la résilience des personnes, des familles et des communautés afin de prévenir la consommation problématique d'alcool et d'autres drogues et substances;
- réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances pour les personnes, les familles et les communautés de partout au Canada.

# Priorités

## Concentrer les efforts

La prise en charge partagée du Cadre permet aux dirigeants d'un secteur précis de devenir les défenseurs d'une priorité donnée ou d'un domaine prioritaire ou de préconiser un aspect particulier. Les priorités établies jusqu'ici nécessitant une action sont regroupées par domaine d'intérêt et sont indiquées ci-dessous.

Les neuf principes du Cadre transcendent toutes les priorités et orientent la manière dont il convient de traiter chaque priorité. Les actions entreprises pour examiner ces priorités faciliteront l'atteinte des buts du Cadre et, en bout de ligne, la réalisation de sa vision.

Bien que les priorités soient abordées au niveau régional ou local, le fait de les regrouper sous l'égide d'un Cadre national contribue à tirer parti de l'expérience et des compétences des intervenants en vue d'actions communes, ce qui permettra d'accroître les résultats positifs.

Selon les principes du Cadre, les actions sont particulièrement axées sur des populations ayant des caractéristiques particulières. Aussi, la recherche, l'élaboration des politiques et des programmes et les initiatives communautaires doivent être inclusives et répondre aux besoins, entre autres, des Premières nations, des Inuits et des Métis, des détenus, des femmes, des groupes ethnoculturels et des personnes âgées.

Donner suite aux priorités et déterminer les rôles et responsabilités sont des résultats clés et des mesures du succès du Cadre. Les rôles et responsabilités liés à une priorité spécifique dépendent des enjeux. Les obligations et les pouvoirs des administrations nationales et internationales (souvent inscrits dans la loi), les ressources financières et les ressources humaines, entre autres, peuvent également avoir une influence sur la façon dont les rôles et les responsabilités sont assumés. Tous les secteurs fourniront les multiples forces et moyens qui donneront l'élan nécessaire pour obtenir des résultats optimaux.

Dans le domaine des toxicomanies, il faut éviter que des questions de langage fassent obstacle à une réflexion positive sur la question... des termes comme « toxicomanie » et « abus » ont des connotations négatives qui influencent la façon d'aborder l'affectation des ressources, la recherche, la formation et les politiques de base.

## **Domaine prioritaire 1 : Priorités visant des problèmes précis**

### **Mieux faire connaître et comprendre la consommation problématique de substances**

Bien que la consommation problématique de substances touche directement ou indirectement de nombreux Canadiens, cette question n'est pas aussi en vue que les autres problèmes sociaux et de santé. On a avancé que les attitudes et le langage associés à cette consommation peuvent constituer un obstacle à la compréhension du problème et à une intervention efficace, et contribuent à la stigmatisation ainsi qu'à la discrimination, ce qui affecte non seulement la personne qui consomme des drogues, mais aussi sa famille. On croit également que la stigmatisation associée à la consommation problématique de substances contribue en partie à la façon dont les politiques et l'affectation des ressources sont abordées.

Mieux faire connaître et comprendre la consommation problématique de substances, ce qui en retour en réduirait la stigmatisation, est une première étape nécessaire pour favoriser la réalisation d'autres priorités. Pour ce faire, il faut des approches soutenues, globales et coordonnées qui sont amorcées de façon précoce et appuyées par des politiques publiques. Elles devraient notamment comprendre :

- l'éducation du public aux niveaux national, provincial, territorial et régional pour destigmatiser la consommation problématique de substances, sans minimiser les conséquences et les comportements négatifs connexes;

- la diffusion de messages qui soulignent que la consommation problématique de substances est souvent liée à d'autres maladies telles que la maladie mentale et à d'autres déterminants de la santé;
- l'adoption d'une terminologie et de définitions communes, par exemple sur les notions de *mauvais usage*, d'*abus*, de *dépendance*, de *toxicomanie* et de *méfais liés aux drogues*;
- la participation des personnes les plus touchées à la formulation des messages et de la terminologie.

### **Réduire les méfaits liés à l'alcool**

On reconnaît sans exception dans le pays que l'alcool est, après le tabac, la substance qui cause le plus de méfaits. La consommation problématique d'alcool a donc été présentée comme la toute première priorité à aborder parce qu'elle contribue de façon importante au fardeau des maladies.

La consommation d'alcool peut entraîner le décès et des blessures graves dus à des collisions de voiture, au suicide, à la violence, aux effets sur la santé, à la maladie mentale et à l'ETCAF. Les importants coûts sociaux et économiques de la consommation problématique d'alcool comprennent la perte de productivité et les efforts accrus d'application de la loi. La réduction des méfaits liés à l'alcool est un défi particulièrement préoccupant dans les communautés autochtones et chez les jeunes, les personnes âgées et les femmes enceintes. Les effets de l'alcool en milieu de travail sont aussi inquiétants.

De nombreux intervenants au Canada agissent de diverses façons pour prévenir, réduire et combattre les méfaits de l'alcool. Les responsabilités sont très dispersées entre les paliers de gouvernement, les organisations non gouvernementales, le milieu universitaire et l'industrie elle-même, mais certaines sont partagées : la prévention, la recherche, la taxation, la réglementation et la publicité responsable. Toutefois, il est nécessaire de cerner les domaines spécifiques où les partenaires pourront utiliser chacun leur influence en vue d'une action d'envergure nationale.

Dans certaines circonstances limitées, les données probantes appuient fermement la nécessité de s'attaquer à la consommation problématique d'alcool, tout en reconnaissant les effets positifs documentés sur la santé et les relations sociales associés à une consommation modérée d'alcool. Les mesures à prendre comprennent une combinaison de politiques axées sur la population et d'interventions ciblées, notamment :

- adopter une action complète et coordonnée visant à encourager les professionnels de la santé qui s'occupent des buveurs dangereux ou à risque à avoir recours au dépistage systématique et aux interventions brèves;
- élaborer et promouvoir des politiques visant à réduire les maladies chroniques, dont l'ETCAF;
- aborder le contexte où l'on boit (p. ex. dans les bars, lors d'événements sportifs, etc.) et promouvoir le recours à des interventions ciblées (p. ex. formation des serveurs et des portiers);
- structurer les taxes et les prix de l'alcool à des fins précises;
- développer une culture de consommation à faible risque plutôt qu'une culture de consommation excessive pour les jeunes et les adultes.

## **S'attaquer à l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale**

Les études démontrent que la consommation d'alcool pendant la grossesse affecte le fœtus en développement en causant divers troubles neurologiques permanents et divers troubles du comportement, ce qu'on désigne par l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF). C'est la principale forme de malformations congénitales et de retard du développement évitables en Amérique du Nord. L'ETCAF est un trouble complexe et permanent qui constitue un problème social et de santé publique affectant les personnes, les collectivités, les familles et la société dans son ensemble.

Sans un soutien approprié et des interventions adéquates, les personnes atteintes de l'ETCAF sont plus susceptibles d'éprouver des difficultés à l'école et sur le marché du travail, d'avoir des démêlés avec la justice et de tenter de se suicider. L'ETCAF n'affecte pas seulement la qualité de vie de la personne atteinte : il a aussi d'importantes répercussions sur sa famille, les soignants et les collectivités. Certaines personnes atteintes de l'ETCAF ont besoin d'un soutien important de la communauté et de leur famille pour vivre de façon autonome.

Pour prévenir l'ETCAF, il faut une action concertée à tous les niveaux pour lutter contre les facteurs de risque sous-jacents. Les réflexions actuelles portent à croire que le meilleur moyen pour ce faire consiste à :

- s'attaquer aux causes profondes de la consommation d'alcool pendant la grossesse;
- sensibiliser davantage les femmes aux effets de la consommation d'alcool pendant la grossesse;
- donner aux femmes les moyens de prendre des décisions éclairées sur leur santé et celle de leur famille;
- fournir des services axés sur les femmes et adaptés à la culture;

- établir un système intégré de soutiens et de ressources caractérisé par le leadership, une orientation, le partenariat et la collaboration afin de prévenir l'ETCAF et de répondre aux besoins des personnes atteintes de l'ETCAF et de leurs familles;
- permettre aux personnes atteintes de l'ETCAF, à leurs familles et à leurs collectivités d'améliorer leur qualité de vie, grâce à des outils de dépistage et à des interventions sexospécifiques et adaptées à la culture.

### **Prévenir la consommation problématique de produits pharmaceutiques**

La consommation problématique de produits pharmaceutiques est une question préoccupante dans l'ensemble du Canada. Elle est définie comme une consommation ou un abus intentionnel, excessif ou illégal de produits pharmaceutiques, avec des différences entre les régions pour certains produits. Un important défi consiste à trouver un équilibre entre la disponibilité des produits pharmaceutiques pour une utilisation thérapeutique, tout en réduisant le risque de détournement pour une utilisation non médicale, d'une part, et la consommation problématique dans un contexte thérapeutique, d'autre part. Il est nécessaire de mieux comprendre le problème au moyen d'enquêtes et de recherches sur la prévalence, ainsi que sur la nature et les causes de cette consommation.

Pour prévenir la consommation problématique de produits pharmaceutiques, il faut une action coordonnée entre les gouvernements, les professionnels de la santé, les intervenants, le système de justice pénale, l'industrie et les autorités provinciales chargées d'accorder les permis. Les réflexions actuelles portent à croire que le meilleur moyen pour ce faire consiste à :

- éduquer les professionnels de la santé et le public sur les méfaits potentiels liés à la consommation problématique de produits pharmaceutiques et favoriser l'usage plus

sécuritaire des psychotropes afin de maximiser les avantages tout en réduisant les méfaits;

- élaborer un cadre permettant de signaler systématiquement la prévalence et la nature de la consommation problématique de médicaments sur ordonnance au Canada;
- surveiller les dossiers de prescription pour déceler des tendances qui pourraient être problématiques;
- élaborer des stratégies sur la formulation des produits en vue de réduire le risque de consommation problématique, p. ex. mettre au point des systèmes de dispensation de médicaments qui empêchent un usage détourné (comme de les mastiquer ou les écraser);
- faire progresser les recherches portant spécifiquement sur le traitement de la consommation problématique de produits pharmaceutiques.

### **Examiner les questions d'application de la loi**

De nombreuses collectivités, tant rurales qu'urbaines, sont aux prises avec les drogues. Des groupes du crime organisé jouent un rôle important dans la production et la distribution de drogues illégales dans les collectivités, ce qui contribue à une hausse de la violence et des taux de criminalité, ainsi qu'au fait qu'une somme disproportionnée des ressources pour l'application de la loi est affectée à enquêter sur des crimes liés aux drogues. Les cultures de marijuana et les laboratoires clandestins utilisés pour la production de drogues de synthèse demeurent une préoccupation grandissante. Il est essentiel de mettre en œuvre des stratégies d'application de la loi qui reposent sur des partenariats élargis et des interventions communautaires pour rendre les collectivités plus sécuritaires et plus saines.

Partout au Canada, la police concentre stratégiquement ses efforts sur les opérations de production et de distribution de drogue, ainsi que sur les groupes du crime organisé qui mènent ces opérations. Les progrès réalisés en

technologie et en gestion du renseignement interorganismes, tant sur le plan national qu'international, compliquent les efforts d'application de la loi sur la drogue. Pour aider la police à combattre les risques croissants et nouveaux liés à la réduction de l'approvisionnement, il faut concentrer les efforts sur les opérations communes et les partenariats entre les services de police fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux, ainsi que sur un partage accru d'information et de renseignement.

Il faut recueillir des données nationales exhaustives et les partager pour brosser un meilleur tableau des opérations de production de drogue et des risques connexes pour la sécurité et la santé du public. D'autres activités appuient les efforts actuels d'application de la loi, dont la recherche sur l'efficacité des efforts en la matière, le renforcement de la formation et de la capacité des policiers à appliquer les nouvelles lois et méthodologies, une meilleure coordination entre les partenaires et la création de nouveaux partenariats entre les secteurs.

## **Domaine prioritaire 2 : Priorités visant l'établissement d'une infrastructure de soutien**

### **Soutenir le perfectionnement de la main-d'œuvre**

Les travailleurs de première ligne œuvrant dans le domaine de la prévention et du traitement ont un travail particulièrement difficile et stressant. Dans les communautés territoriales et du Nord, où le taux d'épuisement professionnel est le plus élevé, ces difficultés s'aggravent considérablement. Un apport important de ressources est donc nécessaire pour prendre en charge le travail de proximité, le traitement et le suivi et couvrir les frais liés à l'éloignement des communautés du Nord. Il est absolument nécessaire de recruter des soignants, de les maintenir en poste et d'appuyer leur perfectionnement professionnel, surtout si on envisage d'élaborer et d'exécuter efficacement des programmes holistiques et pertinents sur le plan culturel.

Partout au Canada, il faut une collaboration des principaux intervenants du domaine (dont les gouvernements, le milieu universitaire, les organisations régionales de toxicomanie, le secteur bénévole et le secteur privé) pour assurer une disponibilité permanente de travailleurs bien formés à tous les niveaux. À cette fin, on a défini les actions suivantes : établir des normes et des compétences au niveau national pour améliorer les connaissances et les aptitudes; élaborer des programmes d'éducation et de formation qui favorisent des pratiques efficaces; promouvoir le professionnalisme de la main-d'œuvre par divers mécanismes comme des sites Web, des conférences nationales et des ateliers de formation avancée; prendre des mesures pour assurer une main-d'œuvre aussi diversifiée que possible; mener des recherches sur la main-d'œuvre pour appuyer le transfert des connaissances.

### **Mettre en œuvre un programme national de recherche et faciliter le transfert des connaissances**

La capacité du Canada à prendre des décisions éclairées sur ses politiques ainsi qu'à élaborer et à mettre en œuvre des programmes appropriés en matière de prévention, de réduction des méfaits, de traitement et d'application de la loi afin de résoudre les problématiques de consommation d'alcool et de drogues dépend en grande partie de notre connaissance et de notre compréhension collectives de la nature et de l'envergure des problèmes liés à la consommation de substances. La mise en œuvre d'un programme national de recherche qui influence les politiques et la pratique est une priorité essentielle.

Le Cadre permet de créer des conditions qui facilitent l'intensification de la collaboration et du partage d'information entre les intervenants, les chercheurs, les experts et les administrations. Il favorise l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme national de recherche visant à déterminer les préoccupations communes et les besoins et priorités de recherche ayant un intérêt national.

Le programme national de recherche porte sur la recherche fondamentale et appliquée, la surveillance et le suivi, notamment les enquêtes et la collecte de données en continu, l'évaluation, dont celle des politiques et des programmes de prévention, de traitement, d'application de la loi et de réduction des méfaits, ainsi que l'infrastructure (c'est-à-dire l'intégralité des mécanismes de soutien nécessaires pour assurer une recherche viable, dynamique, de haute qualité et exhaustive dans le domaine de la consommation et de l'abus de substances). Il est essentiel de construire ou de consolider les infrastructures ou les mécanismes existants pour appuyer l'élaboration d'un programme de recherche et établir des priorités d'action selon le Cadre. Il est également nécessaire de donner suite immédiatement aux priorités déjà établies.

L'instauration des conditions préalables en vue d'une collaboration entre les intervenants, les chercheurs, les experts et les administrations est un premier pas dans la mise en œuvre d'un programme de recherche national. Pour y arriver, il faut constituer des groupes de travail liés à un Comité consultatif national de recherche sur la consommation et l'abus de substances, qui seront chargés de mettre en œuvre le programme national de recherche proposé, d'envisager les façons d'élaborer un plan de travail pour l'évaluation, de continuer à planifier la recherche, dont l'étude des déterminants de la consommation problématique de substances, d'élaborer une stratégie nationale de surveillance, en travaillant notamment à établir un consensus sur un ensemble commun d'indicateurs et, enfin, de mettre au point des mécanismes efficaces de transfert des connaissances.

### **Améliorer la qualité, l'accessibilité et la gamme des options de traitement pour la toxicomanie, y compris les troubles liés à la consommation de substances**

La recherche a démontré que pour réduire la morbidité, la mortalité et l'utilisation des soins de santé, il est rentable d'offrir une

gamme d'options de traitement pour la toxicomanie, y compris les troubles liés à la consommation de substances. Il s'agit donc, comme préalable, de répartir les ressources de façon judicieuse pour assurer un niveau approprié de soins. La santé des Canadiens serait sûrement améliorée si on assurait une meilleure intégration des programmes et services dans les systèmes de soins de santé, de santé mentale, d'éducation, de services sociaux et de justice pénale.

En assurant une telle intégration, beaucoup plus de Canadiens pourraient se prévaloir d'une gamme de traitements adéquats, p. ex. des interventions brèves de counseling par des travailleurs des soins de santé et des services sociaux. Cette intégration aurait également d'autres avantages, notamment une amélioration des taux de dépistage et de repérage dans les établissements de soins de santé, une meilleure formation des stagiaires et des cliniciens en matière d'abus de substances et de troubles concomitants et une meilleure prestation de services de la part des établissements de santé qui ne disposent que de programmes de traitement rudimentaires.

À l'heure actuelle, bon nombre de Canadiens n'ont pas accès à la gamme complète de programmes et de services faisant partie du continuum du traitement. Une prestation complète comprendrait les composantes suivantes : interventions brèves, traitement de jour et de consultations externes plus intensif, ainsi que pharmacothérapie et traitement en établissement de courte et de longue durée. Les traitements offerts actuellement aux personnes atteintes de troubles concomitants peuvent être inadéquats voire inexistantes, même dans les grands centres urbains. Les personnes aux prises avec de graves troubles liés à l'abus de substances ne jouissent pas d'une égalité d'accès en ce qui concerne le soutien social et les traitements médicaux indispensables à leur rétablissement à long terme. En outre, le traitement en établissement et pour personnes hospitalisées et les services de gestion du sevrage pour jeunes pourraient être considérablement améliorés d'un bout à l'autre du pays.

Il est généralement admis que le Canada doit accroître le financement du soutien pharmacologique en vue d'assurer un traitement complet des troubles liés à l'abus de substances. Par exemple, le naltrexone et le disulfirame ne sont pas suffisamment prescrits et ne sont pas toujours couverts par les régimes d'assurance-médicaments provinciaux. Ce ne sont pas toutes les collectivités du pays qui ont accès à un traitement à la méthadone; du reste, l'acamprosate et la buprénorphine ne sont pas encore largement accessibles au Canada.

Planificateurs, cliniciens et chercheurs en toxicomanie doivent collaborer pour veiller à ce que tous les Canadiens aient accès à une gamme de services et de programmes efficaces et de haute qualité qui s'inscrivent dans le continuum du traitement. Le gouvernement et le public doivent comprendre, grâce à la sensibilisation, que l'on devrait accorder au traitement de l'abus de substances la priorité qu'il mérite. Il faut accroître la collaboration avec les divers intervenants dans les systèmes de soins de santé, d'éducation, de services sociaux et de justice pénale, de façon à s'assurer que des services et des programmes de traitement efficaces sont accessibles aux toxicomanes et aux personnes aux prises avec des troubles liés à la consommation de substances, au moment et à l'endroit où elles en ont besoin.

### **Moderniser les cadres législatifs, réglementaires et politiques**

On ne peut pas sous-estimer la relation qui existe entre les cadres législatifs, réglementaires et politiques et la prestation d'interventions efficaces visant à prévenir ou à réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances. La législation canadienne et internationale peut avoir des effets tant positifs que négatifs sur la prestation d'interventions efficaces par rapport aux méfaits liés à la consommation problématique de substances. La mesure dans laquelle les politiques ou les cadres juridiques actuels prennent en considération et examinent les questions et les préoccupations existantes et nouvelles liées à l'alcool et aux

autres drogues et substances est cruciale. Il est nécessaire de faire un examen systématique et continu des avantages et des effets négatifs potentiels associés aux politiques et aux cadres canadiens et internationaux pour renforcer la capacité du Canada à établir ses propres interventions efficaces et à influencer sur la modernisation des politiques et des cadres juridiques internationaux.

### **Domaine prioritaire 3 : Priorités visant à répondre aux besoins des populations clés**

#### **Mettre l'accent sur les enfants et les jeunes**

Il est important de pouvoir atteindre les enfants et les jeunes dans toute leur diversité, quels que soient leur âge, leur groupe socio-économique et leurs intérêts, qu'ils vivent en milieu urbain ou rural, dans la rue ou en banlieue, y compris les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis ainsi que les jeunes gais et lesbiennes. Les politiques et programmes globaux qui interviennent de façon précoce réussissent mieux à retarder la première utilisation de substances et à atténuer ultérieurement les problèmes liés à la toxicomanie. Les programmes qui tiennent compte de la réalité de la consommation de substances chez les adolescents et qui visent à en réduire les méfaits possibles ont plus de chances de porter fruits que les programmes qui ne misent que sur l'abstinence. Il est également important de transmettre des messages qui sont fondés sur des faits, qui tiennent compte de l'âge des jeunes et qui leur sont compréhensibles et concrets. Par exemple, l'Internet ainsi que les médias et la culture populaires sont des véhicules par excellence pour rejoindre les enfants et les jeunes. En raison de l'omniprésence de la culture populaire dans la vie des jeunes, les messages de prévention et de promotion de la santé doivent présenter une perspective plus équilibrée, de façon à atténuer la « valorisation » de l'alcool et des autres drogues dont il est souvent question dans les médias populaires.

La consommation problématique de substances par les adultes est un puissant facteur d'influence sur les choix futurs que font les enfants et les jeunes. Par moments, un tel comportement de la part de personnes telles que les parents et les voisins a un effet direct sur la sécurité des enfants et des jeunes (p. ex. matières dangereuses dans les maisons où de la marijuana ou des drogues synthétiques sont produites illégalement). La recherche continue de démontrer que les enjeux liés à la consommation de substances et à la toxicomanie doivent être traités à même le contexte familial et communautaire du jeune. Sans la participation des parents et de la famille, l'intervention risque d'être moins efficace. Il est donc important de promouvoir et de favoriser un type de prévention et de traitement qui met également à contribution les parents et le milieu familial. Ce genre d'interventions a souvent des chances d'exercer une influence durable dans la vie des enfants et des jeunes, ainsi que dans les décisions qu'ils prennent.

Pour élaborer des stratégies qui portent fruits, il faut pouvoir amener les jeunes à y participer de façon enrichissante dès le début et tout au long du parcours. Il faudrait investir dans des programmes d'intervention scolaire soutenus à long terme, des programmes globaux de prévention et de santé incluant des messages judicieux sur les méfaits associés à la consommation de substances notamment durant la grossesse, des approches qui visent à améliorer la résilience et à promouvoir des facteurs protecteurs, un meilleur accès à des programmes de traitement axés sur les jeunes et la mise en œuvre de politiques publiques, comme un accès restreint à l'alcool.

### **Tendre la main au Nord canadien**

Les collectivités du Nord canadien font face à de nombreux défis qui leur sont propres. Les questions de culture et de langue, l'isolement social et géographique, la pauvreté et les problèmes de logement et d'éducation augmentent le risque d'une consommation problématique de substances dans ces collectivités. Les

disparités des infrastructures et l'éloignement de certaines zones ajoutent à la complexité de la lutte contre la consommation problématique de substances dans les communautés territoriales et du Nord canadien. Les recherches ont montré que la consommation et l'abus de substances, en particulier l'alcool et les solvants, sont plus fréquents dans les communautés nordiques et isolées, où l'infrastructure sociale et économique n'est peut-être pas aussi solide ou aussi développée qu'ailleurs. La consommation d'alcool est liée à un taux de suicide plus élevé, à la violence et à de mauvais résultats scolaires.

La situation complexe des collectivités territoriales et du Nord canadien, où plusieurs facteurs sont souvent en jeu, entraîne une plus grande vulnérabilité à la consommation problématique de substances. Il faut aborder les questions sous-jacentes de ce grave problème et donner accès à des programmes appropriés de prévention, de promotion de la santé, de traitement et de suivi, à l'aide d'approches holistiques. Un effort concerté est nécessaire pour soutenir les communautés nordiques dans la mise en place d'une infrastructure qui soit adéquate sur le plan culturel et fondée sur une compréhension de la nature, de la prévalence et des causes de la consommation problématique de substances dans ces collectivités.

### **Répondre aux besoins des Premières nations, des Inuits et des Métis**

La consommation problématique de substances fait beaucoup de tort aux Autochtones vivant en réserve ou hors réserve et qui sont en milieu rural et urbain. La consommation problématique d'alcool par les Autochtones est quatre fois supérieure à la moyenne nationale et elle est associée à un faible taux d'emploi, à la violence familiale et au suicide. L'ETCAF et l'abus de solvants sont aussi de graves problèmes pour les enfants et les jeunes Autochtones. Comme les collectivités du Nord canadien, certaines communautés autochtones font face à des problèmes d'isolement social et géographique. Des obstacles comme la langue,

la géographie et le manque de services adaptés à la culture posent des défis importants en matière d'accès aux soins de santé et aux traitements.

De nombreuses recherches ont été effectuées pour déterminer la meilleure façon de répondre aux besoins spécifiques des Premières nations, des Inuits et des Métis. On considère qu'il est essentiel de s'attaquer aux causes fondamentales de la consommation problématique de substances dans les communautés autochtones. Il faut aussi donner accès au traitement en suivant une approche holistique, qui reconnaît l'engagement de la personne, mais aussi de la collectivité dans son ensemble. La formation et le renforcement des capacités des Premières nations, des Inuits et des Métis ainsi que l'autonomisation des peuples autochtones sont des éléments importants pour leur donner les moyens d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies adaptées à leur culture, et ce, pour réaliser des progrès durables à long terme. En vue d'atteindre cet objectif, les ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux de la Santé et des Affaires autochtones, ainsi que les dirigeants des cinq organisations autochtones nationales, sont à mettre au point un plan détaillé sur la santé des Autochtones. Dans le cadre de ce document, chacune des cinq organisations autochtones élabore actuellement un plan stratégique.

Il faut également coordonner les approches visant les Autochtones vivant en réserve et hors réserve. De même, le niveau élevé de mobilité des Autochtones, particulièrement chez les jeunes, entre les milieux ruraux et urbains est un facteur à prendre en compte pour ce qui est d'assurer la prestation de services et de programmes.

### **Répondre aux problèmes relatifs aux détenus**

La majorité (de 70 % à 80 %) des personnes qui entrent dans les systèmes correctionnels canadiens ont des problèmes de consommation de substances (alcool, autres drogues ou les deux). De plus, environ 50 % ont déclaré avoir consommé des drogues ou de l'alcool avant de

commettre leur dernière infraction. La recherche a établi une forte corrélation entre la consommation problématique de substances et les anciens et futurs comportements criminels. Le traitement de la consommation problématique de substances réduit le taux de récidive des détenus après leur libération et permet une réintégration plus efficace dans la société.

En plus des effets d'un traitement efficace sur le comportement criminel, des bienfaits importants pour la santé peuvent être obtenus. Les taux de VIH et d'hépatite C sont plus élevés parmi les détenus que dans l'ensemble de la population, et leur transmission par des comportements à risque élevé dans l'environnement clos d'un établissement correctionnel est une importante préoccupation. Après avoir purgé leur peine, les détenus retournent dans la société, où ils continuent de consommer des drogues et d'avoir d'autres comportements à risque et peuvent ainsi propager davantage les maladies dans l'ensemble de la population. Il est nécessaire d'établir des partenariats efficaces entre les secteurs de la santé et de la justice afin d'assurer une réintégration sécuritaire dans la société.

Il faut mettre en place des établissements correctionnels qui répondent aux besoins particuliers des délinquants autochtones, des délinquantes et des personnes atteintes de l'ETCAF, car ils ont besoin de programmes et de services personnalisés. Par exemple, des outils fiables de dépistage et de diagnostic sont nécessaires pour déceler et, par la suite, traiter les détenus atteints de l'ETCAF ou de problèmes de santé mentale. Par ailleurs, l'élaboration de stratégies qui réduiront les méfaits liés à la consommation de drogues, tout en tenant compte de la réalité du fonctionnement des prisons, nécessitera de nouvelles approches.

Pour s'attaquer à ces problèmes plus efficacement, le milieu correctionnel devra coordonner ses efforts et établir des partenariats communautaires efficaces. Avec 10 organismes provinciaux, trois territoriaux et un fédéral responsables des services correctionnels pour adultes et un nombre similaire d'organismes pour la justice pénale des jeunes, il est possible d'accomplir beaucoup de choses par une

coordination efficace. Divers domaines doivent être davantage coordonnés et développés, dont l'évaluation, l'intervention et l'interdiction (garder les drogues hors des prisons) ainsi que la recherche. Chacun de ces domaines doit faire l'objet de recherches afin d'assurer une base solide de preuves pour la prise de décisions et doit disposer des ressources suffisantes. Un domaine prioritaire de l'investissement est la mise sur pied d'un organisme de coordination servant à faciliter le partage de l'information et des ressources entre les divers organismes correctionnels. Il s'agit de l'un des moyens par lesquels ces derniers peuvent travailler plus efficacement dans leurs propres administrations et au niveau national.

Les organismes correctionnels sont également responsables d'un grand nombre de détenus purgeant leurs sentences dans la collectivité; pour cette raison, il est indispensable d'établir des partenariats communautaires pour répondre aux besoins des délinquants. Une transition du milieu carcéral vers la collectivité et un éventail de soins approprié sont essentiels pour assurer la réintégration des détenus. Des partenariats communautaires sont nécessaires, non seulement avec les organismes qui s'occupent habituellement des délinquants, mais aussi avec ceux qui fournissent de l'aide à l'ensemble de la collectivité. Au moyen de partenariats, les divers organismes peuvent travailler à réduire le crime, à rendre nos collectivités plus sécuritaires et à diminuer les effets négatifs de la consommation problématique de substances sur les familles et les collectivités.

## Gouvernance du Cadre d'action

La réussite de la mise en œuvre du Cadre national, concrétisée par l'élaboration collaborative de stratégies visant à s'attaquer aux priorités établies, dépend d'une bonne gouvernance et d'une gestion saine.

Pour l'exercice financier 2005-2006, Santé Canada et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies continuent d'agir à titre de secrétariat informel, en gérant et en aidant les partenaires du Cadre à :

- solliciter l'appui du Cadre national de la part de leurs ministres, conseils ou instances dirigeantes;
- mettre sur pied, compte tenu des ressources disponibles, des ateliers thématiques abordant des questions prioritaires spécifiques établies dans le Cadre;
- déterminer les domaines où chaque organisme/partenaire désire jouer un rôle plus actif ou assumer un leadership.

Un modèle de gouvernance à plus long terme sera élaboré après la tenue d'une réunion en 2006.

Les personnes qui consomment de l'alcool ou d'autres drogues et substances, les trois paliers de gouvernement, les organisations non gouvernementales, les organisations des Premières nations, des Inuits et des Métis, l'industrie et le secteur privé, ainsi que d'autres communautés d'intérêts font tous partie intégrante de l'élaboration continue et de la mise en œuvre du Cadre national.

## Aller de l'avant

### Forger des partenariats pour l'action

La prise en charge partagée du Cadre donnera l'occasion d'exercer un leadership, tout en permettant aux intervenants de forger des partenariats en élaborant de nouveaux plans d'action stratégiques ou en renforçant ceux qui sont déjà en place. Elle offrira également une occasion unique d'établir des partenariats solides et multilatéraux qui combinent des forces et des expériences individuelles propres à concrétiser la vision du Cadre.

Le Cadre est un document global qui tient compte des connaissances et des expériences tant des participants que des collectivités qu'il entend servir. Si le gouvernement du Canada et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies assument des obligations particulières, toute instance peut utiliser le Cadre comme outil habilitant pour s'attaquer aux enjeux prioritaires et amorcer des changements conformes à ses principes et objectifs.

Le Cadre donne au secteur bénévole, aux autorités policières, aux organismes s'occupant de toxicomanie, au secteur privé, aux personnes qui consomment des drogues, aux communautés d'intérêts, au secteur de l'éducation, au secteur de la santé, à l'industrie et à tous les paliers de gouvernement une occasion unique d'établir des priorités nationales, d'effectuer une planification stratégique et de donner forme aux processus, aux programmes et aux politiques à l'échelle nationale.

Le présent document met en évidence la nécessité de disposer d'un Cadre national d'action pour prendre en charge de façon efficace les nombreux aspects de la consommation problématique de substances au Canada. Il permettra une coordination et une intégration accrue pour faire face à ce problème à tous les niveaux et dans toutes les administrations. Il contribuera à brosser un tableau collectif et national des questions et des priorités à aborder. Enfin, il aidera à clarifier les rôles et responsabilités, à stimuler l'échange de pratiques exemplaires et, ce qui est encore plus important, à permettre une prise de décisions éclairée en matière de planification stratégique dans l'intérêt de tous les Canadiens.

## Références

- Adlaf, E.M., Begin, P. et Sawka, E. (éd.). *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits. Rapport détaillé*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Ottawa (Ont.), 2005.
- Albert, T. et Williams, G. *The Economic Burden of HIV/AIDS in Canada*. Réseaux canadiens de recherche en politiques publiques, Ottawa (Ont.), 1998.
- Analyse contextuelle nationale sur les services de santé mentale aux Premières nations et aux Inuits. John Elias et Deanna Greyeyes, 2002.
- Beirness, D. « Conduite sous l'influence de stupéfiants », dans *Toxicomanie au Canada : Enjeux et options actuels*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Ottawa (Ont.), 2005.
- Binkeley, Senator. *Report on Fetal Alcohol Syndrome for the Alaska State Legislature, 1989*.
- Blanchette, K. Évaluation, traitement et risque de récurrence des délinquants sexuels : Analyse de la documentation. Service correctionnel du Canada. Numéro spécial, septembre 1997, vol. 9, n° 3.
- Bonta, J., Law, M. et Hanson, K. « The Prediction of Criminal and Violent Recidivism among Mentally Disordered Offenders: A Meta Analysis », dans *Psychological Bulletin* 1998, vol. 123, n° 2, p. 123-142.
- Brochu, S., Cousineau, M.-M., Michaël Gillet, M., Cournoyer, L.G., Pernanen, K. et Motiuk, L. « Les drogues, l'alcool et la criminalité : Profil des détenus fédéraux canadiens », dans *Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle : Accent sur l'alcool et les drogues*, vol. 13 (3), p. 20-24, 2001.
- CTSM. Lignes directrices pour la consommation d'alcool (2 consommations standard dans une journée – un maximum de 14 par semaine pour les hommes et de 9 pour les femmes qui ne sont pas enceintes).
- Loucks, A.D. Ph.D. et Zamble, E., Ph.D. *Predictors of Criminal Behavior and Prison Misconduct in Serious Female Offenders*, Service correctionnel du Canada, 2001.
- Motiuk, L. et Vuong, B. « Profil de la population de délinquants condamnés pour une infraction liée à la drogue dans le système correctionnel fédéral canadien », dans *Forum – Recherche sur l'actualité correctionnelle : Accent sur l'alcool et les drogues*, vol. 13 (3), p. 25-29, 2001.
- Nanson, J.L., Bolaria, R., Snyder, R.E., Morse, B.A. et Weiner, L. *Physician awareness of fetal alcohol syndrome: a survey of pediatricians and general practitioners*. CMAJ/JAMC, vol. 152 (7), p. 1071-6, 1995.
- OMS. Test de repérage des troubles liés à la consommation d'alcool (WHO AUDIT). Saunders et Aasland, 1987; et Babor et coll., 1989.
- Santé Canada. *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*. Rapport préparé par le Comité consultatif FPT sur la santé de la population, le Comité FTP sur l'alcool et les autres drogues, le Comité consultatif FPT sur le sida et le Groupe de travail des représentants des services correctionnels sur le VIH/sida, pour la rencontre des ministres de la Santé, St. John's (Terre-Neuve), septembre 2001, Santé Canada, Ottawa (Ont.), 2001.
- Single, E., Robson, L., Xie, X. et Rehm, J. *Les coûts de l'abus de substances au Canada*. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, Ottawa (Ont.), 1996.
- Stade, B. *Proceedings of the Fetal Alcohol Canadian Expertise research roundtable, 2003*.

Toute omission reconnaissant la contribution de ceux qui ont participé au développement du Cadre national d'action a été faite par inadvertance et sera corrigée dans les éditions ultérieures.

## Liste des collaborateurs

Jimmy Akavak, GRC, Nunavut  
Ajah Ambrose, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Nunavut  
Caroline Anawak, Organisation nationale de la santé autochtone  
John Anderson, Ministère de la santé, Colombie-Britannique  
Valerie Anderson, Ministère de l'Éducation, Terre-Neuve et Labrador  
Tracy Annett, Agence des services frontaliers du Canada  
Leslie M. Arnold, Provincial Health Services Authority, Colombie-Britannique  
Nina Arron, Agence de santé publique du Canada  
Joyce Aylwood, Qullit Nunavut Status of Women Council  
Diane Bailey, Mainline Needle Exchange Programme, Nouvelle-Écosse  
Kim A. Baldwin, Health Community Services, Terre-Neuve et Labrador  
Laurent Barbeau, Québec  
Vicki Bas, Canadian Vintners Association  
Marilena Bassi, Santé Canada  
Nicholas Bayliss, Alberta Health and Wellness, Alberta  
Marny Beale, Association canadienne des directeurs d'école  
Barbara R. Beckett, Instituts de recherche en santé du Canada  
Catherine Belanger, Service correctionnel Canada  
Lynne Belle-Isle, Société canadienne du sida  
Keith Best, Health and Social Services, Baffin Region, Nunavut  
Michael Bettman, Service correctionnel Canada  
Janice Birney, Affaires indiennes et du Nord Canada  
Shaun C. Black, Addiction Prevention and Treatment Services, Nouvelle-Écosse  
William Blair, Toronto Police Service  
Yvonne Block, Santé Manitoba  
Paul Boase, Transports Canada  
Rick Bohachyk, Edmonton Police Service, Alberta  
Lisa Ann Bokwa, Sécurité publique et Protection civile Canada  
Carla Bolen, Gouvernement de la Saskatchewan  
Stephen Bolton, Sécurité publique et Protection civile Canada  
John Borody, Addictions Foundation of Manitoba  
Carole Bouchard, Santé Canada  
Annette Bourque, Ministère de la Santé et du Mieux-être, Nouveau-Brunswick  
Anne Bowlby, Gouvernement de l'Ontario  
Mike Boyd, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies  
Susan C. Boyd, University of Victoria, Colombie-Britannique  
Nancy E. Bradley Usher, Jean Tweed Treatment Centre, Ontario  
Michael Bradshaw, Edmonton Police Service  
Gary C. Broste, Saskatoon Police Service  
Ruby Brown, Alberta Mental Health Board  
Jo F. Browne, Royal Newfoundland Constabulary  
Chris Buchner, Vancouver Coastal Health Authority  
Robert Burley, Affaires étrangères Canada  
John Burrett, Fédération canadienne des municipalités  
Tracy L. Butler, Health and Community Services, Terre-Neuve et Labrador  
Daniel J. Cable, Ministère de la Justice, Yukon  
Allan G. Campbell, Vancouver Island Health Authority, Colombie-Britannique  
Elizabeth A. Candline, Victoria Faulkner Women's Centre  
Michelle Carbino, Sécurité publique et Protection civile Canada  
Lorri A. Carlson, Regina Qu'Appelle Health Region  
Leona Carter, Poundmakers Lodge Treatment Centre, Alberta  
Walter Cavalieri, Canadian Harm Reduction Network

Reggie Caverson, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Ontario

Deanne Chafe, Ministère de la Défense nationale

Eric Chandler, Cool Aid Society, Colombie-Britannique

Louise Charach, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission

Geoffrey Chaulk, Association canadienne pour la santé mentale

Claire Checkland, Société canadienne du sida

Sandra Choquette, Santé Canada

Beverley S. Clarke, Health and Community Services, St. John's, Terre-Neuve et Labrador

Sharon Clarke, La fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances

Peter Coleridge, Ministry of Health Services, Colombie-Britannique

Howard Collins, Brasseurs du Canada

Kathy Collins, Alberta Solicitor General and Public Security

Gerald E. Cook, Fredericton Police Force

Trevor Corneil, Three Bridges Community Health Centre, Colombie-Britannique

J. Joseph Cox, Direction de Santé publique de Montréal, Québec

Janis Cramp, Alcohol and Drug Recovery Association of Ontario

Roy Crowe, Association of Substance Abuse Programs of Colombie-Britannique

Karen Cumberland, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

Margaret Cumming, Santé Canada

Halina Cyr, Santé Canada

Gail Czukar, Centre de toxicomanie et de santé mentale

Linda Dabros, Santé Canada

Norma Davignon, Department of Justice, Yukon

Carolyn Davison, Department of Health, Nouvelle-Écosse

Caroline H. de Hedervary, Ministère de la Justice Canada

Denis DePape, Toronto Public Health

Louise Déry, Santé Canada

Suzanne Desjardins, Santé Canada

Annie Di Palma, Santé Canada

Wendy Dolan, Gouvernement du Nunavut

Tracey Donalson, Santé Canada

Jacques Dorge, Éducation, Citoyenneté et Jeunesse, Manitoba

Rowland Dunning, Association canadienne des Sociétés des Alcools

Rachel Dutton-Gowryluk, Health and Social Services, Territoires du Nord-Ouest

Nady El-Guebaly, Foothills Provincial Hospital, Alberta

Richard Elliott, Réseau juridique canadien VIH/SIDA

Darryl B. Embury, Santé Canada

Robert Eves, Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs

Sylvia Fanjoy, Association canadienne de santé publique

Bruno Ferrari, Dianova Canada

Murray R. Finnerty, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission

Valerie Flynn, Santé Canada

Julie Fontaine, Santé Canada

Kathryn Fournier, Affaires indiennes et du Nord Canada

Patrick C. Francis, Gouvernement du Nouveau-Brunswick

Danielle Gagnon, Santé Canada

Melvin Gallant, Native Council of P.E.I.

Linda Gama-Pinto, Santé Canada

Lorette Garrick, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission

Robert E. Gérard, Ministère de l'Éducation, Nouveau-Brunswick

Joel Gervais, Addictions Foundation of Manitoba

Karen Gibbons, Saskatchewan Health

Kathryn J. Gill, McGill University, Québec

Louis Gliksman, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Ontario

Irene Goldstone, BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, Providence Health Care

Jamie H. Graham, Vancouver Police Department

Brian Grant, Service correctionnel Canada

Lorraine Greaves, BC Centre of Excellence for Women's Health

Andrea Greig, Santé Canada

Barry D. Guy, Regina and Area Drug Strategy

Raju Hajela, La Société Médicale Canadienne sur l'Addiction, Ontario

Christian Halliday, Nova Scotia

Miki Hansen, AIDS – Vancouver Island

Robert Hanson, Santé Canada

Dave Harder, Addiction Services, Territoires du Nord-Ouest

Everett Harris, Guysborough Antigonish Strait Health Authority, Nouvelle-Écosse

Enid Harisson, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

Heather Hay, HIV/AIDS Service and Aboriginal Health, Colombie-Britannique

Paul Henki, Northern Health Authority, Colombie-Britannique

Teresa A. Hennebery, Department of Health and Social Services, Île-du-Prince-Édouard

Ida Hersi, Toronto Public Health

Sharon Hickey, Department of Justice, Yukon

Toby Hinton, Vancouver Police Department

Lindsay Hopkins, Fédération canadienne des municipalités  
 Shaun Hopkins, Toronto Public Health  
 Greg Howse, Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs  
 Rachel Huggins, Sécurité publique et Protection civile Canada  
 Beverley A. Huntington, Saskatchewan Learning  
 Lori Idlout, Embrace Life Council, Nunavut  
 Alice Isnor, Nunavut  
 Cheryl Jackson, Santé Canada  
 Laura Jacobson, Santé Canada  
 Darlene James, Government of Alberta  
 James F. Jameson, Ministère de la Défense nationale  
 Elizabeth Janzen, Toronto Public Health  
 Mary Johnston, Santé Canada  
 Miriam Johnston, Ministère de la Santé et des soins de longue durée, Ontario  
 Margaret E. Joyce, Education Department, Nunavut  
 Catherine R. Kelly, Ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels  
 David Kelly, Ontario Federation of Community Mental Health and Addiction Programs  
 Perry Kendall, Ministry of Health Service, Colombie-Britannique  
 Komal Khosla, Association des pharmaciens du Canada  
 Michelle Kinney, Health Labrador Corporation  
 Christine D. Kitteringham, Association of Substance Use and Abuse Programs, Colombie-Britannique  
 Olaf Koester, Healthy Living and Health Programs, Manitoba  
 Ainiak Korgak, Department of Health and Social Services, Nunavut  
 Marja L. Korhonen, L'Organisation nationale de la santé autochtone  
 Laura Kozack, The George Spady Centre, Alberta  
 Michael Kramer, Canadian Community Epidemiology Network on Drug Use  
 Gerry Kushlyk, Alberta Aboriginal Affairs and Northern Development  
 Dorren B. Kydd, The Salvation Army, Manitoba  
 Joy Lang, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
 Kathy Langlois, Santé Canada  
 Melvin Larocque, Hay River Treatment Centre, Territoires du Nord-Ouest  
 Françoise Lavoie, Santé Canada  
 Janet LeCamp, Blood Ties Four Direction Centre, Yukon  
 Bridgit Leger, GRC, Nunavut  
 Doug LePard, Vancouver Police Department  
 Sheila Levy, Inuksuk High School, Nunavut  
 Darren Leyte, Santé Canada  
 Heidi Liepold, Santé Canada  
 Terry Lind, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission  
 Ann Livingston, Vancouver Area Network of Drug Users  
 Allan Lockwood, GRC, Ontario  
 Carmen Long, Service correctionnel Canada  
 Gillian Lynch, Consultant, Ontario  
 Cindy MacIsaac, Direction 180 Methadone Clinic, Nouvelle-Écosse  
 Diana L. MacKinnon, Department of Justice, Nouvelle-Écosse  
 Eve MacMillan, Sunrise Native Addictions Services Society, Alberta  
 Donald MacPherson, City of Vancouver  
 Doug McCall, Canadian Association for School Health  
 Michael McCann, Ministère de la Santé et des Affaires sociales  
 Stoney McCart, Le Centre d'excellence pour l'engagement des jeunes  
 Maureen McIver, Health Social Services, Île-du-Prince-Édouard  
 Ron McCormick, Corrections and Community Justice, Nunavut  
 Dwayne D. McCowan, Ministry of Education, Colombie-Britannique  
 Doug McGhee, Physician, Colombie-Britannique  
 Noreen McGowan, Department of Justice, Yukon  
 Bob McKim, Capital Health, Alberta  
 Christopher J. McNeil, Halifax Regional Police  
 Marvin McNutt, Department of Justice, Terre-Neuve et Labrador  
 Brent McRoberts, Sécurité publique et Protection civile Canada  
 David Marsh, Vancouver Coastal Health Authority  
 Olga Massicotte, Santé Canada  
 Paul S. Melia, Centre canadien pour l'éthique dans le sport  
 Christine Miles, Sécurité publique et Protection civile Canada  
 David Miles, Association canadienne des directeurs d'école  
 Jill Mitchel, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission  
 Sherry Mumford, Fraser Health Authority, Colombie-Britannique  
 Andrew Murie, Les mères contre l'acool au volant  
 Erin Murphy, Fédération canadienne des municipalités  
 James Murray, Ministère de la Santé et des soins de longue durée, Ontario  
 Aideen Nabigon, Santé Canada  
 Gary L. Nelson, Edmonton Community Drug Strategy  
 Marcia Nelson, Human Resources and Employment, Alberta

Paula Neves, L'Association pour la santé publique de l'Ontario

Laura Lee Noonan, Department of Education, Île-du-Prince-Édouard

Warren O'Briain, Ministry of Health Services, Colombie-Britannique

David O'Grady, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

Derek Ogden, GRC, Ontario

Ambrose Ojah Jr., Ministère de la Santé et des Services sociaux, Nunavut

Eugene Oscapella, Canadian Foundation for Drug Policy

Darlène Palmer, Centre d'action communautaire auprès des toxicomanes utilisateurs de seringues, Québec

Robert W. Parker, Winnipeg Police

Kim Pate, L'Association canadienne des Sociétés Elizabeth Fry

M.J. Patterson, Justice Department, Territoires du Nord-Ouest

Thomas R. Payette, Health Authority, Nouvelle-Écosse

Michel Pelletier, GRC, Ontario

Michael Pennock, Ministry of Health, Colombie-Britannique

Nancy Perhoff, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Ontario

Michel Perron, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

Suzanne Perron, Sécurité publique et Protection civile Canada

Beth Pieteron, Santé Canada

Roberta Pike, Ministère de la Santé et des soins de longue durée, Ontario

George Pine, AIDS Vancouver Island

Nancy Poole, Centre of Excellence for Women's Health, Colombie-Britannique

Barry B. Power, Association des pharmaciens du Canada

Terry Price, Fédération canadienne des enseignantes et des enseignants

Jean Pruneau, Santé Canada

Gregory A. Purvis, Pictou County Health Authority, Nouvelle-Écosse

Jannit Rabinovitch, Health, Education and Enforcement in Partnership, Colombie-Britannique

Leslie Reid, Ministère de la Sécurité publique, Nouveau-Brunswick

Dan Reist, University of Victoria, Colombie-Britannique

Sandi Roberts, Alberta Children and Youth Initiative

Bill Ross, Canadian Vintners Association

Diane A. Rothon, Vancouver Island Health Authority

Mary Rounopoulos, Commission nationale des libérations conditionnelles

Sophie Roux, Association canadienne de la police professionnelle

Jacques H. Roy, Association médicale canadienne

Colleen Ryan, Santé Canada

Renée Ryan, Government of Newfoundland and Labrador

Sergeant I. C. Sanderson, GRC

Paul Saint-Denis, Ministère de la Justice Canada

Fred Sanford, Halifax Regional Police

Robert Sarrazin, Conseil de la nation Atikamekw, Québec

Edward Sawka, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission Research Services

Joanne Seviour, Santé Canada

Susan Shepherd, Toronto Public Health

Andy Sibbald, Government of Yukon

Gordon Skead, Régie santé de la Vallée, Nouveau-Brunswick

Jeannie Smith, Santé Canada

Patrick Smith, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Ontario

Stephen R.H. Smith, AIDS Vancouver

Thomas A. Smith, Ministère de la Santé et des soins de longue durée, Ontario

Boyd Snook, St-John's Native Friendship Centre, Terre-Neuve et Labrador

Michele Steele, Capital District Authority, Nouvelle-Écosse

John Stinson, Nine Circles Community Health Centre, Manitoba

Tim Stockwell, University of Victoria, Colombie-Britannique

Monica Stokl, Vancouver Native Health Society

Shirley Tagalik, Gouvernement du Nunavut

Alain Tellier, Affaires étrangères Canada

Jean-Marie Thériault, Ministère de l'éducation, Nouveau-Brunswick

Susan Tolton, Agence de santé publique du Canada

Millicent Toombs, L'Association médicale canadienne

Maureen Tracy, Agence des services frontaliers du Canada

Carmen Trottier, Association des Intervenants en toxicomanies du Québec Inc

Don Tully, Commission nationale des libérations conditionnelles

Kenneth Tupper, Ministry of Health Services, Colombie-Britannique

Peter A. Vamos, The Portage Program for Drug Dependencies Inc., Québec

Pierre Vaugeois, Comité permanent de la lutte contre la toxicomanie, Québec

Gerry Verrier, Addiction Treatment Services, Manitoba

Richard Viau, Santé Canada

Cecil F. Villard, Provincial Health Services Authority, Île-du-Prince-Édouard

Matthias Villetorte, Ministère de la Justice Canada  
Jennifer Vornbrock, Vancouver Coastal Health Authority  
Bruce Walker, Canadian Vintners Association  
Patricia Walsh, Agence de santé publique du Canada  
Marjorie Ward, Santé Canada  
Lynne Waring, Santé Canada  
Frances Wdowczyk, The Student Life Education Company  
Inc., Ontario  
Ross R. Wheeler, Health and Social Services Authority,  
Territoires du Nord-Ouest  
Larry Whitfield, Department of Health and Social Services,  
Yukon  
Pam Whiting, Fraser Health Authority,  
Colombie-Britannique  
Neil Wiberg, Alberta Justice  
Jeffrey Wilbee, Fédération canadienne d'agrément des  
conseillers en toxicomanie  
Brian D. Wilbur, Department of Health, Nouvelle-Écosse  
Cameron Wild, University of Alberta  
Tom Wong, Agence de santé publique du Canada  
Roslyn Woodcock, Santé Canada