

# LE RÉSEAU COMMUNAUTAIRE CANADIEN D'ÉPIDÉMIOLOGIE DES TOXICOMANIES

## Un rapport de faisabilité

Préparé pour le compte du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et  
les toxicomanies

par Edward M. Adlaf

Mars 1995

### 1. INTRODUCTION

#### 1.1 Raison d'être et nécessité d'un réseau national sur les toxicomanies

Il est essentiel de disposer d'information précise, opportune et polyvalente sur la nature, l'ampleur et les conséquences de la toxicomanie si nous voulons comprendre les problèmes de toxicomanie à l'échelle communautaire, élaborer des programmes efficaces, et en évaluer l'incidence. Quoiqu'on dispose d'indicateurs pour surveiller l'ampleur de l'usage de drogues au plan national et souvent au plan provincial, les indicateurs d'abus des drogues dans les grands centres urbains peuvent différer des indicateurs nationaux, tant au niveau de la quantité qu'au niveau de la qualité, comme en fait foi la récente montée en flèche des décès dus à l'héroïne à Vancouver.

Évaluer les méfaits que cause la consommation de drogues dans le tissu social n'est pas une mince affaire. Il s'agit de méfaits qui sont attribuables à l'interaction entre trois facteurs dominants : la substance, les usagers et le contexte d'utilisation. Ce sont ces trois facteurs qui déterminent en grande partie la taille de la population qui fait usage de drogues ou qui en abuse. Si les enquêtes sur la population, telles que l'Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (et son prédécesseur, l'Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues), contribuent grandement à déterminer la taille de la population qui *consomme* des drogues, elles ont un point faible, puisqu'elles ne peuvent pas bien mesurer la taille de la population qui *abuse* des drogues (notamment si une composante importante de la population qui abuse les drogues ne fait pas partie de l'enquête). De plus, comme on fait peu mention des usagers de drogue dans les enquêtes sur la population générale, ces enquêtes peuvent rarement nous renseigner sur la nature changeante de la consommation de drogues.

Des indicateurs, tels que les admissions pour traitement, les cas répertoriés dans les salles d'urgence, les arrestations liées aux drogues et les décès dus aux drogues, sont nécessaires à l'évaluation des méfaits globaux liés à l'usage de drogues dans une collectivité. Par contre, au Canada, ces indicateurs de méfaits ne sont pas toujours

disponibles à grande échelle et uniformes. Certaines données sur la consommation de drogues et sur les méfaits liés aux drogues sont recueillies au niveau national dans le Profil canadien annuel publié conjointement par la Fondation de recherche sur la toxicomanie et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT). On note encore de graves carences informationnelles, notamment en ce qui concerne les méfaits liés aux drogues – le point de mire de la Stratégie canadienne antidrogue (SCA). De plus, on fait d'habitude état d'événements dans les statistiques nationales deux ou trois années après qu'ils ont eu lieu.

Il y a de plus en plus d'indicateurs voulant que les collectivités, de même que les autorités sanitaires provinciales et fédérales, aient besoin d'effectuer une synthèse continue des méfaits liés à l'abus de substances intoxicantes. À titre d'exemple, le gouvernement fédéral doit disposer de données permanentes afin de pouvoir évaluer l'efficacité de la SCA. Une fois que les provinces auront démantelé leurs services de toxicomanies, elles auront besoin de données pour pouvoir évaluer leur situation. Au niveau local, des collectivités partout au Canada ont exprimé le besoin de créer un service de renseignements sur la consommation de drogues. Le coroner en chef en Colombie-Britannique vient de recommander à ce sujet que la province « se dote d'un centre d'information et de recherche interministériel regroupant plusieurs organismes afin de recueillir et de partager les données sur tous les aspects de l'abus des drogues » en raison de la montée en flèche du nombre de décès dus à l'héroïne.

## **1.2 Histoire en bref des réseaux de toxicomanies**

Au milieu des années 70, le *US National Institute on Drug Abuse* lança un réseau d'épidémiologie chargé de surveiller la consommation de drogues illicites dans les grandes villes américaines. Il s'agissait d'un projet qui avait deux buts : fournir en premier lieu de l'information sur l'abus des drogues dans les grandes villes, où le phénomène d'abus était souvent très répandu et différait donc des enquêtes nationales, et fournir en deuxième lieu des données opportunes pouvant faire fonction de mécanisme d'alerte rapide. Aujourd'hui, le *Community Epidemiology Work Group* (CEWG) regroupe 20 villes et fournit de précieux renseignements aux niveaux local et national.

C'est en 1990 que le Canada se dota de son premier réseau d'épidémiologie lorsque plusieurs organismes du Grand Toronto, qui s'intéressaient à l'épidémiologie de la consommation de drogues à Toronto, unirent leurs forces pour fonder le *Metro Toronto Research Group on Drug Use*. Représenté par onze organismes municipaux, provinciaux et fédéraux, ce groupe est le seul site canadien du CEWG.

Ce réseau offre de nombreux avantages :

- l'infrastructure de chercheurs oeuvrant dans le domaine des toxicomanies et d'autres professionnels a amené les organismes participants à ajouter d'autres pistes de recherche à leurs activités, pistes qui étaient inexistantes avant la mise sur pied du groupe de travail ;

- le groupe travaille régulièrement à l'accroissement de ses indicateurs d'usage de drogues. Il s'emploie actuellement à évaluer les mesures provenant de services (ambulanciers) d'urgence et à mettre sur pied une méthode permettant de surveiller les groupes de discussion impliquant des policiers, dispensateurs de traitements et usagers de drogue ;
- les données que le groupe a collectées ont permis d'améliorer les rapports préparés par les organismes partenaires (p. ex., le Bureau du coroner de l'Ontario utilise actuellement les données publiées par le groupe de travail de Toronto à ses propres fins organisationnelles) ;
- le groupe diffuse ses résultats, en publiant cinq rapports de pharmacovigilance annuels et en tenant six conférences de presses.

Au niveau international, le Canada est maintenant bien placé pour prendre part à un groupe d'épidémiologie de grande portée qui compte tenir sa première rencontre officielle en mai 1995, sous les auspices de l'ONU. On s'attend à ce que ce groupe, qui comprend déjà le Canada, les États-Unis, le Mexique, un réseau en Asie, et l'Europe (ainsi que l'OMS, l'Organisation panaméricaine de la santé, la Commission interaméricaine de lutte contre l'abus des drogues et la CE), diffuse de l'information sur Internet. Ce groupe d'épidémiologie se fixe entre autres pour objectifs d'aider d'autres pays à mettre sur pied des réseaux semblables et de se doter de moyens de remettre les données sous forme pratique aux principaux décideurs, aux responsables de l'élaboration de programmes et aux chercheurs.

### 1.3 La mission et les buts du RCCET

C'est grâce à un processus de consultation, que l'énoncé de mission suivant fut proposé et accepté par le comité directeur et les représentants des sites : ce réseau aurait pour but primaire :

*« de coordonner et de faciliter la collecte, l'organisation et la diffusion des données de suivi sur l'abus de substances par la population canadienne aux niveaux local, provincial et national. »*

Il y aurait de plus trois buts secondaires.

- **Réseautage** : créer et élaborer des réseaux locaux pour ceux et celles qui travaillent dans le domaine de la toxicomanie et créer des partenariats avec des réseaux d'épidémiologie internationaux ;
- **Élaboration et évaluation de données** : relever, élaborer et collecter des indicateurs de toxicomanie, y compris l'identification et l'élaboration d'un ensemble de base d'indicateurs de données normalisé pour tous les sites ; l'évaluation et le raffinement continus des indicateurs

de données ; de même que la pondération des données quantitatives et qualitatives ;

- **Surveillance de données** : surveiller la portée et la nature des indicateurs de toxicomanie, et diffuser cette information dans le but de donner une orientation aux programmes et politiques.

#### **1.4 Les avantages prévus du RCCET**

Lorsqu'une drogue fait son entrée dans des collectivités, elle ne les touche pas toutes de la même façon. La cocaïne épurée constitue probablement le plus récent exemple d'une drogue qui a des effets fort différents sur les ghettos des vieux quartiers pauvres et sur les banlieues de la classe moyenne. Cependant, la majorité des collectivités ne disposent pas d'une infrastructure qui encouragerait les professionnels en toxicomanies à se rencontrer et à faire part de leur expérience relativement à la consommation de drogues à l'échelle locale. Par conséquent, il existe de nombreuses perceptions erronées concernant la nature, la signification et le jeu réciproque de différents indicateurs d'abus de drogues. Un Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies serait en mesure d'offrir de nombreux avantages à l'échelle locale et nationale.

##### **Avantages à l'échelle locale**

- Le RCCET pourrait fournir des données précises et opportunes sur la nature, l'ampleur et les conséquences de l'abus de drogues. Ces données sont essentielles à la compréhension de ce qui se passe avec les drogues au niveau local, à l'élaboration et à l'évaluation de programmes efficaces, ainsi qu'à l'élaboration de politiques.
- Le RCCET pourrait combler les carences informationnelles. Au niveau local, les agents de l'hygiène publique ont actuellement accès à diverses données sur la morbidité et la mortalité dues à la consommation d'alcool. Il importe toutefois de souligner que les indicateurs de consommation de drogues illicites ne peuvent correspondre à ceux relatifs à l'alcool. Ceci n'écarterait toutefois pas l'inclusion de l'alcool ; au contraire, les représentants des sites ont accepté que l'alcool soit le principal point d'intérêt du réseau. Même si le tabac ne sera pas inclus, il y aura des renvois pertinents aux études appropriées.
- Le RCCET pourrait fournir de l'information d'une importance capitale pour l'établissement de priorités dans des milieux aux prises avec des contraintes budgétaires.
- Le RCCET pourrait contribuer à la coordination d'activités locales dans toutes les disciplines et à tous les paliers de gouvernement.
- Le RCCET pourrait créer une infrastructure de recherche au niveau local. D'après l'expérience d'autres réseaux, ces groupes de recherche favorisent les

partenariats et la collaboration entre les organismes oeuvrant dans le domaine de l'abus de substances. Les groupes de recherche locaux ont de plus pour effet d'accroître le bagage d'expertise au niveau communautaire dans le domaine des toxicomanies, et de favoriser le partage de sources de données.

### **Avantages à l'échelle nationale**

- Outre l'amélioration du champ d'observation, de la cohérence et de l'opportunité des données, le RCCET permettrait de corroborer les données déjà recueillies au niveau national. Ces données pourraient servir aux activités en cours, telles que l'Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues (Santé Canada) et l'Étude des coûts économiques du CCLAT.
- Étant donné que le RCCET surveillerait les données sur l'usage de drogues à des intervalles fréquents, les données sur les tendances en mutation de consommation de drogues pourraient fournir des renseignements opportuns aux enquêtes nationales.
- Les données obtenues par le biais du RCCET pourraient former les assises d'analyses comparatives entre villes canadiennes.
- Le RCCET pourrait relever et signaler sans tarder les nouvelles tendances, même pour les collectivités qui ne participent pas au réseau.
- Le RCCET pourrait de plus rehausser et faciliter d'autres partenariats à la grandeur du pays, en réunissant des représentants locaux de services de mise en application de la loi, d'organismes de lutte contre la toxicomanie et d'organismes de recherche qui travailleraient à un but commun.
- En plus de fournir de l'information sur les conséquences de l'abus de substances en vue d'une évaluation de la SCA, le RCCET disposerait d'un réseau de personnes bien informées pour formuler des commentaires sur l'incidence qu'a la SCA et les moyens de la rendre plus efficace.

## **2. DESCRIPTION ET ÉLABORATION DU PROJET**

### **2.1 Progrès marqués jusqu'à présent**

Un comité directeur fut mis sur pied à l'été 1994. Différents organismes y sont représentés : le Secrétariat de la Stratégie canadienne antidrogue, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, l'Association canadienne de santé publique, Santé Canada et la GRC. L'Association canadienne des chefs de police a décidé de prendre part à cette initiative à l'automne.

Les sites éventuels ont quelque peu changé pendant que les villes évaluaient leur capacité de s'impliquer dans le réseau. À l'heure actuelle, seules les villes

d'Halifax, de Montréal, de Toronto, de Winnipeg, de Calgary et de Vancouver participent aux discussions. Les villes de Regina, Edmonton et London, qui s'y intéressent également, espèrent se joindre au réseau.

Durant l'étude de faisabilité, nous avons effectué beaucoup de travail préparatoire. Nous avons, par exemple, tenus deux rencontres avec les membres du comité directeur et les intervenants au niveau local. Tenue le 28 octobre 1994, la première rencontre jeta les assises qui sont essentielles à l'avenir du projet (veuillez consulter l'annexe A1). Les membres du comité directeur et les représentants des sites, qui connaissent notamment les dossiers locaux dans les provinces, ont établi les paramètres de la nature et de la portée du projet. Quoique les indicateurs de données ne firent pas l'objet de discussions ayant mené à un consensus lors de cette première rencontre, tous les représentants adoptèrent et approuvèrent un énoncé de mission.

La deuxième rencontre, tenue le 27 janvier 1995, permit de soutenir davantage l'initiative du projet au niveau local (veuillez consulter l'annexe A2). À l'occasion de cette rencontre, sept membres du comité directeur et six représentants de sites se penchèrent sur les besoins en données et sur la disponibilité de ces dernières. À la clôture de la séance, il est ressorti un consensus général sur les indicateurs de base (les indicateurs de données devant être recueillis pour tous les sites) et les représentants locaux réaffirmèrent la pertinence de ce projet pour leur localité.

## **2.2 Fonctionnement proposé du RCCET**

On propose que le RCCET regroupe un organisme de coordination, probablement le CCLAT, dont les principales responsabilités comprendraient la gestion en général du réseau, l'embauche d'un expert technique, la coordination des rencontres, la discussion de dossiers touchant la normalisation, ainsi que la réalisation et la diffusion d'un rapport national. L'analyste du réseau serait chargé de la normalisation des indicateurs de données de base, de la coordination du rapport national, de même que du sommaire écrit et de la synthèse des tendances en matière de drogues à tous les sites.

Il incomberait à chaque site participant au RCCET d'extraire les données, de recueillir les indicateurs d'usage de drogues, de mettre à jour les fichiers de données, d'assurer la coordination au site, et de réaliser un rapport écrit brochant le portrait des tendances en matière de consommation de drogues dans la communauté. On s'attend à ce que chaque site désigne un coordinateur local ayant pour rôle de voir à la coordination des tâches relatives à la réalisation du rapport du site et aux réunions ordinaires du RCCET. On pourrait cependant élaborer d'autres approches en fonction de chaque site (p. ex., désigner deux coordinateurs).

Il faudrait tenir régulièrement des rencontres du réseau et songer à la participation à des rencontres aux États-Unis (CEWG) ou à l'échelle internationale. On propose

la tenue de rencontres semestrielles durant les trois premières années du projet et qu'une de ces rencontres porte sur les rapports traitant des tendances de la consommation de drogues et que l'autre examine l'élaboration d'indicateurs de données.

## **2.3 Ressources**

### **Local**

La commandite à l'échelle locale (financière et autre) serait une condition préalable à la participation au RCCET. Les ressources humaines constitueraient le plus important besoin de chaque site et varieraient d'un site à l'autre. Chaque site aurait probablement besoin d'un coordinateur local à temps partiel dont les responsabilités consisteraient à coordonner l'extraction et la collecte de données, les rencontres ordinaires, et la préparation du rapport local sur la consommation de drogues. On s'attend à ce que les coordinateurs à l'échelle locale proviennent des organismes parrains (p. ex., services de santé publique ou organismes d'aide aux toxicomanes). Il est souvent difficile d'évaluer le nombre précis d'employés requis à chaque site, puisque le niveau de participation des organismes au sein d'un site pourrait varier considérablement.

Il importe de souligner que le temps devant être consacré à la rédaction de rapports variera sûrement d'un site à l'autre et qu'il diminuera au fil du temps. Si on partage les responsabilités de rédaction de rapports, les ressources dont un partenaire aurait besoin seraient moindres. Il serait toutefois réaliste de s'attendre à ce que les besoins annuels en personnel soient de l'ordre de 38 jours équivalent temps plein (ETP), en supposant qu'on réalise deux rapports par année, chacun nécessitant 14 jours ETP. Si deux organismes se partageaient la réalisation du rapport, chacun aurait seulement à fournir du personnel pendant 14 jours ETP.

### **National**

Il faudrait disposer de ressources pour la mise sur pied et le maintien du réseau national. Le CCLAT n'a pas de fonds pour couvrir les activités, telles que l'élaboration et la mise au point de méthodologies, le rassemblement des coordinateurs deux fois par année (ou une fois), la mise à jour des bases de données, la réalisation des rapports, l'établissement de mécanismes d'accès aux données, la coordination continue et les communications. Il faudrait donc obtenir des fonds auprès des divers partenaires participant à la Stratégie canadienne antidrogue.

## **2.4 Phases d'élaboration**

Un projet tel que le RCCET exigerait des périodes ou des phases d'élaboration pour pouvoir atteindre son plein potentiel. Il serait donc irréaliste de s'attendre à ce que tous les sites collectent toute la gamme d'indicateurs quantitatifs et

qualitatifs dès le début du projet. En fait, il serait plutôt important d'entamer lentement le projet avec un nombre restreint d'indicateurs.

La première phase, qui serait réalisée durant l'exercice 1995-1996, consisterait à repérer, à développer et à collecter des indicateurs de base standardisés au début du projet. On recommande de tenir une séance de travail de deux jours à la fin juin afin de lancer ce processus. Les participants devraient être prêts à sélectionner la première série d'indicateurs, et à standardiser la collecte de ces indicateurs.

Une deuxième séance devrait être tenue à la fin novembre ou au début décembre afin d'échanger les données collectées, sous forme de rapports. En procédant ainsi, les sites auraient environ six mois pour collecter les premières données critiques. L'analyste rédigerait le premier rapport national en 1996.

Lors de la deuxième phase du projet, qui serait réalisée durant l'exercice 1996-1997, on assisterait à l'élaboration continue des indicateurs de base de données, ainsi qu'à l'élaboration d'indicateurs qualitatifs, tels que la surveillance de divers groupes assurée par un groupe de discussion (p. ex., policiers, professionnels en traitement, usagers de drogue, etc.). Ce volet n'ayant toutefois pas encore fait l'objet d'une discussion, il serait approfondi à l'occasion de rencontres tenues durant la première phase. Quant aux représentants des sites, ils devraient mettre la dernière main à un rapport de site en décembre 1996, ce qui donnerait lieu à la réalisation du deuxième rapport national à la fin de mars 1997. Ce projet devrait être évalué à la fin de sa deuxième année d'activités.

Il est difficile à ce stade de prévoir les progrès que marquera le réseau durant la troisième phase. Cette phase devrait toutefois tenir compte des expériences des deux premières années, et devrait probablement comprendre un examen d'autres indicateurs de données en plus de mettre l'accent sur l'évaluation.

## **2.5 Le rapport du RCCET**

Le rapport du RCCET devrait comporter les trois sections suivantes : un sommaire, un résumé national, de même que les rapports des sites. Le résumé national comprendrait une synthèse descriptive dans laquelle on broserait le portrait des données de tous les sites, en se concentrant notamment sur la séparation des tendances générales des tendances locales. C'est à l'organisme de coordination national qu'il incomberait de préparer cette section du rapport.

Les rapports des sites et le rapport national se complèteraient. Chacun comprendrait sûrement les données suivantes :

1. Une introduction décrivant les caractéristiques physiques, économiques et sociales du site. Il serait également important d'inclure une description des



mesures de données utilisées dans le rapport, surtout si les données diffèrent de celles des autres sites.

2. Il y aurait huit résumés de drogue, selon le type d'indicateur :

1. Alcool
2. Cocaïne/cocaïne épurée
3. Héroïne/morphine
4. Cannabis
5. Sédatifs, hypnotiques et tranquillisants
6. Hallucinogènes
7. Stimulants
8. VIH.

3. Chaque résumé de drogue renfermerait les données suivantes :

1. données d'enquête
2. données sur la mise en application de la loi
3. données sur le traitement
4. données sur la mortalité
5. morbidité.

Il incomberait au coordinateur local d'assurer l'achèvement du rapport, avec le niveau de partage de responsabilités jugé approprié pour le site.

On veut que le rapport du RCCET soit le plus « convivial » et le moins technique que possible. Il faudrait donc mettre l'accent sur les affichages graphiques dans le corps du texte et annexer des tableaux complexes.

## **2.6 Indicateurs de données**

S'inspirant des discussions avec les représentants des sites, six « domaines » d'indicateurs de consommation de drogues sont proposés : site, prévalence, mise en application de la loi, morbidité, mortalité et VIH (tableaux C1 à C6 en annexe).

Il importe ici de mentionner plusieurs facteurs et hypothèses d'ordre général concernant les indicateurs de données.

- le niveau de préparation des sites variera. Ainsi, ce ne sont pas tous les sites qui auront immédiatement accès aux indicateurs de données.
- certains sites auront accès à un plus grand nombre d'indicateurs que d'autres sites. Il serait toutefois obligatoire de standardiser les indicateurs de base dans la mesure du possible. Il serait peut-être nécessaire de faire des travaux préparatoires afin de créer et de standardiser les indicateurs, notamment pour s'attaquer aux dossiers d'agrégation propres à un projet d'envergure nationale.
- tous les indicateurs seraient évalués régulièrement, et peaufinés et augmentés au fil du temps.
- tous les indicateurs seraient déclarés sous forme de chiffres et de taux pour la population afin de permettre des comparaisons de sites.

Le **premier** domaine regrouperait des **indicateurs sociaux** axés sur le site (tableau C1). Comme le projet a pour but d'accroître les connaissances sur l'abus des substances et de mieux comprendre ce problème, il serait important de décrire le contexte de la consommation de drogues. Cette information revête une importance capitale au chapitre de l'interprétation des différences entre les sites au niveau de l'abus de substances. La majorité des indicateurs proposés sont disponibles auprès de sources fédérales.

Le **deuxième** domaine a trait aux **indicateurs de prévalence** (tableau C2). On y expose les estimations de consommation de drogues obtenues d'enquêtes sur diverses populations générales et hétérogènes (p. ex., adultes, étudiants) et à risque (p. ex., aînés, Canadiens d'origine autochtone, jeunes de la rue). La plupart des sites disposent de telles données à l'échelle locale ou provinciale. En plus des estimations provenant d'enquêtes, la consommation d'alcool par habitant et les données connexes seraient également surveillées au moyen de sources fédérales. Ces indicateurs devraient être disponibles pour tous les sites durant la première phase. Certains représentants de sites ont également fait connaître leur désir de surveiller des populations sur les lieux de travail. On pourrait recueillir ces indicateurs pour les sites intéressés lors de la deuxième ou de la troisième phase.

Le **troisième domaine**, les **indicateurs de mise an application de la loi**, englobent l'exécution de la loi et la disponibilité des drogues, ainsi que les faits de toxicomanies (tableau C3). Quant aux données sur les saisies, elles seraient fournies par les services de police locaux et pourraient être signalées

trimestriellement. La majorité des sites auraient probablement accès à ces données durant la première phase. Les indicateurs de mise en application de la loi comprennent également les infractions, telles que la conduite en état d'ébriété, les infractions attribuables à l'alcool, les faits de toxicomanies, de même que les infractions pharmaceutiques (p. ex., l'obtention d'ordonnances multiples, l'entrée par effraction dans les pharmacies). Plusieurs de ces données sont actuellement disponibles auprès de sources fédérales dans le cadre de la première phase. On a qualifié les données sur les décisions concernant les infractions pénales de données prioritaires. Il faudrait élaborer des plans durant la première phase afin de pouvoir mettre au point des méthodes d'extraction de ces données. L'élaboration d'un outil permettant d'évaluer le rapport entre l'abus de substances et la violence conjugale représente une autre priorité. Il faudrait à ce sujet dresser des plans en vue de mettre cet outil au point durant la troisième phase du projet.

Le **quatrième** domaine représente les **indicateurs de morbidité** (tableau C4). Il existe bon nombre d'indicateurs normalisés (principalement la Classification internationale des maladies - CIM) qui sont disponibles auprès de sources provinciales ou fédérales, dont le plus important est l'évaluation la plus courante de la consommation des soins hospitaliers – les départs de l'hôpital. Il s'est dégagé des discussions avec les représentants des sites un consensus relativement aux indicateurs de traitement et de service qui pourraient être extraits à l'échelle locale. Il est de plus ressorti de ces discussions qu'il fallait s'attaquer aux dossiers d'élaboration lors des deuxième et troisième phases du projet. Ces dossiers comprenaient l'évaluation du polyusage de drogues, la surveillance des traitements d'entretien à la méthadone (si disponible), les données sur l'antipoison, ainsi que les données prénatales et périnatales. Le besoin le plus exceptionnel cerné par les représentants des sites est peut-être le besoin en données des salles d'urgence. Les stratégies de collecte de données devraient figurer en tête de liste des priorités du projet durant les deuxième et troisième phases.

Les **indicateurs de mortalité** sont représentés dans le **cinquième domaine** (tableau C5). Quatre mesures seraient évaluées pour chaque substance : le nombre de décès ayant eu un test toxicologique positif relatif à une substance donnée ; le nombre de décès attribuables à une dose létale d'une substance ; l'âge et le sexe des personnes décédées ; de même que le type de décès (p. ex., accidentel, suicide, autre). Des discussions avec les représentants des sites semblent indiquer que, lors de la première phase, ces mesures devraient être disponibles annuellement auprès du coroner de la localité. Comme on l'avait mentionné lors de la rencontre tenue en janvier, il serait essentiel de transformer ces chiffres en taux afin de pouvoir faire des comparaisons valables d'un site à l'autre. Avant de collecter des données, les représentants des sites auront à opérationnaliser et à standardiser les notions « décès attribuable à la drogue » et « dose létale ». La première étape consisterait à établir les politiques locales de chaque site, et d'en évaluer la compatibilité. Comme solution de rechange, le réseau pourrait

examiner les définitions suivantes qui correspondent plus ou moins aux réseaux existants.

Il est d'ordinaire recommandé d'examiner, parmi les cas du coroner, les décès qui sont directement attribuables à une ou plusieurs drogues. Les décès liés à la drogue désignent d'habitude le nombre de décès liés à une drogue donnée (peu importe le rapport de cause à effet), alors que le terme « dose létale » désigne le nombre de décès ayant été causés directement par une drogue donnée. Outre les données obtenues du Bureau du coroner de la localité, on peut obtenir des données annuelles sur le nombre total de décès dus à l'alcool et aux drogues auprès de sources de statistiques démographiques.

L'apparition récente du sida confirme clairement l'intersection importante qui ressort des habitudes de consommation de drogues, d'infection au VIH, et de santé publique. Par conséquent, le réseau proposé devrait être en mesure de surveiller l'association changeante entre la consommation de drogues et l'infection au VIH. À ce sujet, les représentants des sites se sont penchés sur plusieurs indicateurs (tableau C6).

Il est également d'une importance capitale que le réseau de surveillance des toxicomanies pondère les données quantitatives et les données qualitatives. Par conséquent, on propose que les groupes de discussion, ainsi que les sources ethnographiques de données, soient utilisés pour la collecte de données qualitatives auprès de fonctionnaires de police, de professionnels en traitement, et de personnes faisant appel aux services de traitement et de personnes qui consomment des drogues injectables et non injectables. Les détails de cet aspect de la collecte de données seront mis au point à l'occasion des rencontres ordinaires des représentants des sites.

En terminant, comme on l'avait mentionné lors de la rencontre tenue en janvier, il existe une pléthore de données, ainsi qu'un vif intérêt à inclure les populations indigènes comme un groupe démographique spécial. Quoique ce domaine exige de plus amples discussions, il est considéré comme une grande priorité et devrait donc être abordé durant la première phase.

## **2.7 Faisabilité et niveau de préparation des sites**

Six sites ont pris part aux discussions lors de l'étude de faisabilité, à savoir Vancouver (représenté par L. Whynot), Calgary (N. el-Guebaly), Winnipeg (D. Kennedy), Toronto (J. Bernstein), Montréal (J. Topp) et Halifax (C. Poulin). (Comme on l'a déjà mentionné, les villes de Regina, Edmonton et London songent à prendre part aux discussions.) À l'issue de la rencontre du 27 janvier, on a demandé à tous les représentants des sites d'évaluer leur intérêt au regard du lancement du projet et leur engagement à ce dernier. Tous ont déclaré être vivement intéressés au projet et que ce dernier répondait à leurs besoins actuels en information. Trois sites en particulier, (Montréal, Toronto et Halifax) semblent

disposer d'une infrastructure qui leur permettrait d'entamer rapidement la surveillance de données. On propose que les membres du comité directeur tentent, le cas échéant et sur demande, d'obtenir l'appui d'organismes pertinents au niveau local.

## **2.8 Lignes temporelles et budget proposé**

Les lignes temporelles ont été abordées dans la section intitulée « Phases d'élaboration ». Un budget détaillé provisoire n'a pas été fourni car il nous reste plusieurs variables majeures à choisir. Durant l'exercice 1995-1996, le coût d'une approche comprenant deux réunions par année, un rapport national, ainsi que des frais de coordination et d'administration s'élèverait à quelque 90 000 \$. Ce montant passerait à 80 000 \$ durant l'exercice 96/97, et à 65 000 \$ durant l'exercice 97/98, si jamais le projet se poursuivait à la troisième année. Il importe de noter que la Stratégie canadienne antidrogue prendra fin à l'exercice 96/97, et qu'il n'y aura peut-être pas de fonds provenant de cette source après la deuxième année du projet.

## **3. RECOMMANDATIONS**

Pendant l'étude de faisabilité, qui s'est échelonnée sur une période de huit mois (juillet 1994 – février 1995), on a recueilli des commentaires des membres du comité directeur et des représentants provinciaux et locaux et on en a profité pour tenir des discussions avec eux. Les recommandations qui suivent s'inspirent de ces discussions et des connaissances pratiques acquises grâce aux réseaux en place.

Il est recommandé :

1. Que le projet soit lancé durant l'exercice 1995-1996, parce qu'il y a suffisamment de preuves qu'il existe un besoin de se doter d'un réseau national de toxicomanies et de l'intérêt à ce sujet. De plus, l'engagement à un tel réseau reste fort.
2. Qu'on fasse montre de prudence lors de l'élaboration du projet afin de s'attaquer aux dossiers touchant les ressources cernés par les représentants des sites et d'améliorer l'élaboration d'indicateurs de données de qualité. Par conséquent, on recommande que le projet soit évalué après deux ans.
3. Que le réseau proposé transcende la surveillance de données, et qu'il ait pour but de constituer des modèles conceptuels empiriques qui décrivent les indicateurs de données et leur association éventuelle aux méfaits en général liés à la drogue. Dans le même ordre d'idées, le réseau devrait officiellement favoriser des études méthodologiques (p. ex., estimation de l'héroïne à l'aide de méthodes par capture et recapture).

4. Que le réseau soit le plus moderne qui soit, avec les sites formant un groupe d'intérêt spécial dans le réseau électronique du CCLAT, et ayant l'accès complet à tous les avantages associés au fait d'être branché sur Internet (p. ex., courriel). Le courriel devrait nous permettre de réduire les frais de communication à la grandeur du pays et d'y consacrer moins de temps, en plus de permettre au réseau de communiquer à l'échelle internationale.

5. Que le projet comprenne un conseiller en matière d'éthique afin d'élaborer des lignes directrices déontologiques et de surveiller cet aspect du réseau au fur et à mesure qu'il évolue.

#### 4. Annexe

A1. Insérez ici le sommaire de la rencontre tenue en octobre

A2. Insérez ici le sommaire de la rencontre tenue en janvier

Tableau B1

Élaboration proposée du projet

Activité	Ligne temporelle
PHASE 1	
Tirer au clair et négocier les rôles et les responsabilités des partenaires et du personnel à contrat	Avril 1995
Passer un contrat avec le coordinateur national et le reste du personnel	Avril 1995
Entreprendre la collecte de données sur les sites 1 (un nombre réduit d'indicateurs de données selon les discussions avec les représentants des sites)	Avril -- mai 1995
Rencontre : Assister à la rencontre du CEWG qui aura lieu en juin à Chicago. Les représentants des sites devraient être prêts à faire des exposés et à prendre part à une discussion d'une journée sur les indicateurs de données	Juin 1995
Poursuivre la collecte de données aux sites	Juillet -- nov. 1995

Rencontre (avec ou sans le CEWG) : Présentation des rapports des sites et soumission des rapports écrits complets au coordonnateur national	Déc. 1995
Préparation des rapports	Jan. -- mars 1995
Soumission du rapport final pour impression	Mars 15 1995
PHASE 2	
Évaluation des rapports semestriels ou annuels	Avril 1996
Mise sur pied du groupe de discussion et élaboration des indicateurs de données de la deuxième phase	Mai 1996 -- nov. 1996
?? Rencontre	?? Juin 1996
Rencontre : Rencontre du RCCET et rapports des sites terminés	Déc. 1996
Préparation des rapports	Jan. 1997 -- Fév. 1997
Soumission du rapport final pour impression	Mars 15 1997
Évaluation du projet	Mars 1997
PHASE 3	Dépend de l'évaluation

Tableau C1

Indicateurs de site selon le type, l'indicateur, la source et la phase du projet (P1-P3)

Type	Indicateur	Source	P1	P2	P3

Population					
	■ population 15 ans et +	Stat Can	X		
	■ densité de la population	"	X		
	■ mobilité	"	X		
Famille					
	■ taux de divortialité	"	X		
	■ familles aux prises avec le chômage	"	X		
Main-d'œuvre					
	■ taux de chômage	"	X		
	■ emploi à temps partiel	"	X		



Revenu					
	■ revenu familial médian	"	X		
	■ % des familles à faible revenu	"	X		
Niveau de scolarité					
	■ taux de décrochage	"	X		
Justice					
	■ taux de criminalité ; crimes avec violence, infractions contre les biens, homicide	"	X		

Tableau C2

Indicateurs de prévalence selon le type, l'indicateur, la source et la phase du projet (P1-P3)

Type	Indicateur	Source	P1	P2	P3

Prévalence de la consommation de drogues		Provincial ou local			
	■ adultes	"	X		
	■ étudiants	"	X		
	■ autre pop générale	"	X		
	■ population à risque	"	X		
Prévalence des problèmes de toxicomanie (obtenue d'enquêtes)	Tel que mentionné ci-dessus	Provincial ou local	X		
Consommation d'alcool par habitant	■ consommation d'alcool par habitant chez les 15 ans et +	Statistique Canada	X		

Enquêtes sur les lieux de travail		local			X

Tableau C3

Indicateurs de mise en application de la loi, selon le type, l'indicateur, la source et la phase du projet (P1-P3)

Type	Indicateur	Source	P1	P2	P3
Saisies					
	■ nombre de saisies	local	X		
	■ quantité saisie	local	X		
	■ niveau de pureté des saisies	Santé Canada	X		
	■ prix	local	X		

Infractions					
	■ nombre d'arrestations liées à la drogue	fédéral		X	
	■ nombre d'infractions pour conduite en état d'ébriété	"	X		
	■ nombre d'infractions liées à l'alcool	"	X		
	■ nombre d'infractions pharmaceutiques (p. ex., obtention d'ordonnances multiples ; entrée par effraction dans les pharmacies)	"		X	
	■ décisions	local?	X	X	
	■ violence conjugale	local			X

Groupes de discussion d'agents d'exécution de la loi		local		X	

Tableau C4

Indicateurs de morbidité selon le type, l'indicateur, la source et la phase du projet (P1-P3)

Type	Indicateur	Source	P1	P2	P3
Départs des hôpitaux généraux (diagnostics primaires et secondaires)		CIM HMRI			
	■ dépendance à l'alcool	"	X		
	■ abus de l'alcool chez les personnes non dépendantes	"	X		
	■ effet toxique de l'alcool	"	X		
	■ psychoses dues aux drogues	"	X		

	■ dépendance à la drogue	"	X		
	■ abus de drogues chez les personnes non dépendantes	"	X		
	■ empoisonnements	"	X		
Départs des hôpitaux psychiatriques (diagnostics primaires)		ICD			
	■ psychoses dues aux drogues	"	X		
	■ dépendance à la drogue	"	X		
	■ abus de drogues chez les personnes non dépendantes	"	X		
Traitements et services					
	■ nombre total de clients	local	X		
		"	X		

	■ pourcentage par stupéfiant majeur abusé				
	■ caractéristiques des clients (p. ex., âge, sexe)	"	X		
	■ nombre de places pour traitement	"	X		
	■ polyusage de drogues?	"		X	
	■ nombre de clients pour entretien à la méthadone	"	X		
Antipoison		"		X	
Salle d'urgence		local?		X	X
Prénatal/Périnatal		"		X	
Groupes de discussion composés d'utilisateurs		"		X	

Tableau C5

Indicateurs de mortalité selon le type, l'indicateur, la source et la phase du projet (P1-P3)

Type	Indicateur	Source	P1	P2	P3
Décès liés à la drogue		Coroner local			
	■ nombre de tests positifs	"	X		
	■ nombre de décès avec une dose létale	"	X		
	■ âge et sexe	"	X		
	■ type de décès (accidentel ; suicide ; autre)	"	X		
Mortalité totale due aux substances	■ total des décès dus à l'alcool	HMRI	X		
		"			



	■ total des décès liés à la drogue				

Tableau C6

Indicateurs de VIH selon le type, l'indicateur, la source et la phase du projet (P1-P3)

Type	Indicateur	Source	P1	P2	P3
Prévalence					
	■ nombre de cas de VIH	local	X		
	■ nombre de cas de sida	"	X		
	■ séroprévalence	"	X		
	■ facteurs de risque	"		X	

Programmes d'échange de seringues	■ nombre de clients	"	X		
	■ nombre de seringues échangés	"	X		
Groupes de discussion composés d'utilisateurs et données ethnographiques		"		X	
Hépatite	■ Hép B	"	X		
	■ Hép C	"		X	