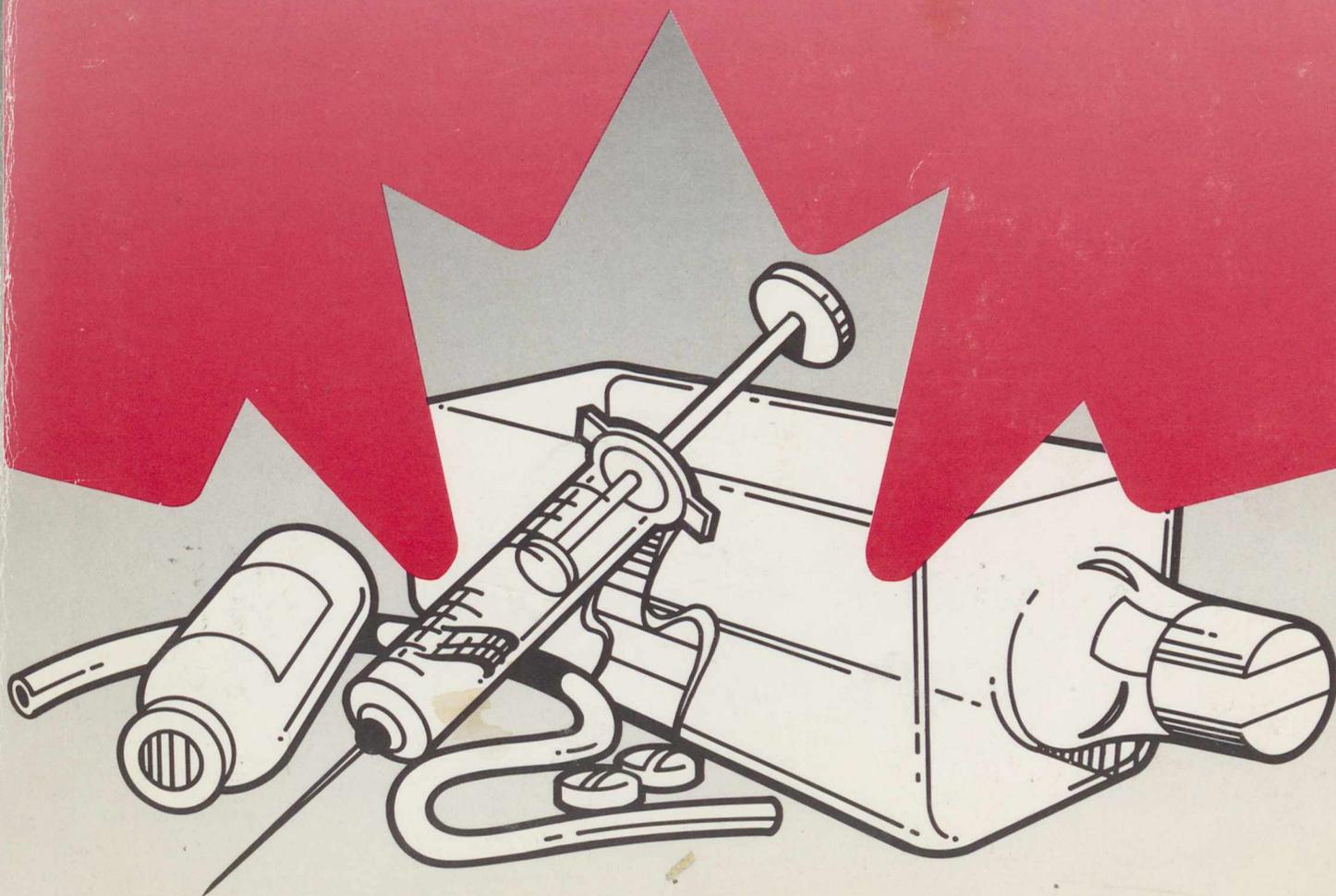


BOISSON, PILULES ET DROGUE:

Comment diminuer leur
consommation au Canada



CHAMBRE DES COMMUNES

HOUSE OF COMMONS

Fascicule n° 28

Issue No. 28

Mardi le 4 août 1987

Tuesday, August 4, 1987

Mercredi le 5 août 1987

Wednesday, August 5, 1987

Mardi le 1 septembre 1987

Tuesday, September 1, 1987

Jeudi le 17 septembre 1987

Thursday, September 17, 1987

Président: Bruce Halliday

Chairman: Bruce Halliday

*Procès-verbaux et témoignages du
Comité permanent de la*

*Minutes of Proceedings and Evidence
of the Standing Committee on*

SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

NATIONAL HEALTH AND WELFARE

CONCERNANT:

RESPECTING:

En conformité avec son mandat en vertu de l'article 96(2) du Règlement, une étude de l'abus de l'alcool et des drogues au Canada.

In accordance with its mandate under Standing Order 96(2), a study of Alcohol and Drug Abuse in Canada.

Y COMPRIS:

INCLUDING:

Le Premier Rapport à la Chambre

The First Report to the House

Deuxième session de la
Trente-troisième législature
1986-1987

Second Session of the
Thirty-Third Parliament
1986-1987

**COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ
NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL**

Président: Bruce Halliday

Vice-président: Barry Turner

Membres

Sheila Copps
Moe Mantha
W. Paul McCrossan
Howard McCurdy
Brian White

Membres suppléants

(Ceux qui ont voyagé avec le Comité)

Gilles Grondin
Lorne McCuish

(Quorum 4)

Patricia Russell

Clerk of the Committee

**STANDING COMMITTEE ON NATIONAL
HEALTH AND WELFARE**

Chairman: Bruce Halliday

Vice-Chairman: Barry Turner

Members

Sheila Copps
Moe Mantha
W. Paul McCrossan
Howard McCurdy
Brian White

Acting Members

(Those who travelled with the Committee)

Gilles Grondin
Lorne McCuish

(Quorum 4)

Le greffier du Comité

Patricia Russell

Publié en conformité de l'autorité de l'Orateur de la Chambre des communes par
l'Imprimeur de la Reine pour le Canada

En vente: Centre d'édition du gouvernement du Canada, Approvisionnement et
Services Canada, Hull, Québec, Canada K1A 0S9

Published under the authority of the Speaker of the House of Commons by the
Queen's Printer for Canada

Available from the Canadian Government Publishing Centre, Supply and
Services Canada, Hull, Quebec, Canada K1A 0S9

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

MEMBRES



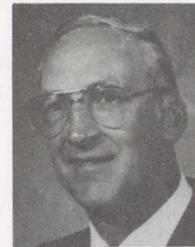
Bruce Halliday
Progressiste conservateur
PRÉSIDENT
Oxford (Ontario)



Barry Turner
Progressiste conservateur
VICE-PRÉSIDENT
Ottawa-Carleton
(Ontario)



Sheila Copps
Libéral
Hamilton East
(Ontario)



Moe Mantha
Progressiste conservateur
Nipissing
(Ontario)



W. Paul McCrossan
Progressiste conservateur
York-Scarborough
(Ontario)



Howard McCurdy
Néo-démocrate
Windsor-Walkerville
(Ontario)



Brian White
Progressiste conservateur
Dauphin-Swan River
(Manitoba)

MEMBRES SUPPLÉANTS

(Ceux qui ont voyagé avec le Comité)



Gilles Grondin, Libéral
St-Maurice (Québec)



Lorne McCuish
Progressiste conservateur
Prince George-Bulkley Valley
(Colombie-Britannique)

PERSONNEL DE SOUTIEN



Patricia Russell
Greffier du Comité



Paul D. Rosenbaum
Attaché de recherche



Lena L'Ecuyer
Relectrice



Danielle Paquette
Secrétaire du greffier

Fiona Bladon, Adjointe administrative

Dominique Soudet, Traducteur, Bureau de traduction, Secrétariat d'État

June Murray, Bibliothèque du Parlement, Éditrice

Georges Royer, Éditeur

LE COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

a l'honneur de présenter son

PREMIER RAPPORT

Conformément au mandat que lui confère l'article 96(2) du Règlement, ordre de renvoi relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, votre Comité a consenti à étudier l'abus de l'alcool et des drogues. Votre Comité a entendu les dépositions des individus et organisations dans le domaine des toxicomanes et exhorte le gouvernement à considérer les recommandations contenues dans le rapport.

REMERCIEMENTS

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social tient à remercier les personnes et les organismes qui ont contribué à cette étude sur l'abus des substances dangereuses. Les audiences publiques du Comité se sont déroulées à Ottawa, à Toronto, à Vancouver, à Victoria et à Edmonton. Le Comité est très satisfait du concours que lui ont apporté les personnes qui ont comparu lors de ces audiences sans toujours avoir eu beaucoup de temps pour se préparer.

Nous désirons remercier la Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie, de Toronto et la *Nova Scotia Commission on Drug Dependency*, d'Halifax, qui ont été les hôtes du Comité et ont joué le rôle d'experts.

Le Comité permanent se félicite de l'excellent travail accompli par Paul D. Rosenbaum, du Service de recherches de la Bibliothèque du Parlement, qui a fait preuve d'une compétence, d'une patience et d'un dévouement inestimables, et par Garth McNaughton, ancien employé de la Bibliothèque du Parlement, qui a effectué des recherches et a rédigé des documents d'information au début de l'étude du Comité.

Le Comité tient à remercier particulièrement son greffier, Patricia Russell, pour la façon remarquable dont elle s'est chargée des aspects administratifs et logistiques de l'étude.

La contribution des députés Gilles Grondin et Lorne McCuish, qui ont accompagné le Comité dans ses déplacements, mérite aussi d'être soulignée.

Enfin, le Comité remercie le personnel de la Direction des comités et de la législation privée, Dominique Soudet, du Bureau des traductions du Secrétariat d'État, June Murray, de la Bibliothèque du Parlement, et Georges Royer, éditeurs du texte, et les autres services de la Chambre des communes sur l'aide desquels il a pu compter pour réaliser cette étude.

BOISSON, PILULES ET DROGUE : COMMENT DIMINUER LEUR CONSOMMATION AU CANADA

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières	vii
Introduction.....	1
La prévention	11
Le traitement et la réadaptation sociale.....	15
Les programmes de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones.....	17
La conduite en état d'ébriété	23
Au travail	29
L'alcool	35
La réduction de l'offre.....	41
Les profits du trafic des drogues illicites	42
L'attirail du toxicomane.....	43
Les médicaments vendus sur ordonnance.....	44
La formation professionnelle	47
L'évaluation des programmes.....	49
Le Centre national de lutte contre l'abus des substances dangereuses	51
Priorités de recherche.....	52
Résumé des recommandations.....	55
Glossaire.....	61
Appendice «A»—Témoins et mémoires.....	65
Appendice «B»—Autres représentations présentées au Comité.....	75

RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA
SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL
DE LA CHAMBRE DES COMMUNES

**BOISSON, PILULES ET DROGUE :
COMMENT DIMINUER LEUR
CONSOMMATION AU CANADA**

INTRODUCTION

En février 1986, le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social de la Chambre des communes a entrepris une étude sur la consommation de l'alcool, de drogue et de médicaments au Canada. Au départ, l'étude avait pour objectif principal de déterminer les effets de la consommation excessive d'alcool, de drogue et de médicaments sur la santé et le bien-être sociaux des Canadiens. Le Comité permanent a également examiné d'autres facteurs d'abus de substances.

**RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA
SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL
SUR L'ALCOOL ET L'ABUS DES DROGUES**

On a examiné les effets de la consommation excessive d'alcool, de drogue et de médicaments sur la santé et le bien-être sociaux des Canadiens. On a également examiné d'autres facteurs d'abus de substances. Les résultats de la recherche ont permis de constater que la consommation excessive d'alcool, de drogue et de médicaments est un problème de santé publique qui a des conséquences graves sur la santé et le bien-être sociaux des Canadiens.

Au cours des audiences de Comité permanent qui ont eu lieu dans diverses régions du Canada, des témoignages de personnes dépendantes ont permis de constater que leur lutte contre l'abus de substances est souvent difficile et que les médicaments vendus sans ordonnance de drogue et de médicaments sont particulièrement préoccupants. De plus, les personnes dépendantes ont dit qu'elles sont particulièrement préoccupées par la consommation excessive d'alcool. Ces témoignages ont fait ressortir le fait que l'abus de substances est un problème de santé publique qui a des conséquences graves sur la santé et le bien-être sociaux des Canadiens. C'est aussi parce qu'il est la drogue qui fait l'objet de la plus grande consommation excessive d'alcool, celle qui cause le plus de décès, de blessures, de problèmes de santé, de problèmes sociaux, de problèmes de famille et d'autres problèmes personnels.

Bruce Halliday, Député
Président

OCTOBRE 1987

Des professionnels de la santé et des services sociaux, des responsables de programmes de dépendance, des membres de communautés locales ont été interrogés sur la santé et le bien-être sociaux des Canadiens. Les résultats de la recherche ont permis de constater que la consommation excessive d'alcool, de drogue et de médicaments est un problème de santé publique qui a des conséquences graves sur la santé et le bien-être sociaux des Canadiens. C'est aussi parce qu'il est la drogue qui fait l'objet de la plus grande consommation excessive d'alcool, celle qui cause le plus de décès, de blessures, de problèmes de santé, de problèmes sociaux, de problèmes de famille et d'autres problèmes personnels.

Voici les recommandations du Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social de la Chambre des communes. Elles ont été formulées en fonction de la recherche sur la consommation excessive d'alcool, de drogue et de médicaments et de la recherche sur la dépendance. Le Comité permanent recommande que les gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux prennent des mesures pour réduire la consommation excessive d'alcool, de drogue et de médicaments.

RAPPORT DU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL DE LA CHAMBRE DES COMMUNES

BOISSON, PILULES ET DROGUE : COMMENT DIMINUER LEUR CONSOMMATION AU CANADA

INTRODUCTION

En décembre 1986, le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social de la Chambre des communes a entrepris une étude sur la consommation et l'abus de drogues au Canada. Au départ, l'étude devait porter essentiellement sur l'utilisation illégale de drogues. Toutefois, à la suite de multiples témoignages concordants, le Comité permanent décida d'étudier également d'autres formes d'abus de substances dangereuses dont la consommation est légale dans certains cas et illégale dans d'autres; cela inclut la consommation excessive d'alcool mais exclut l'usage du tabac.

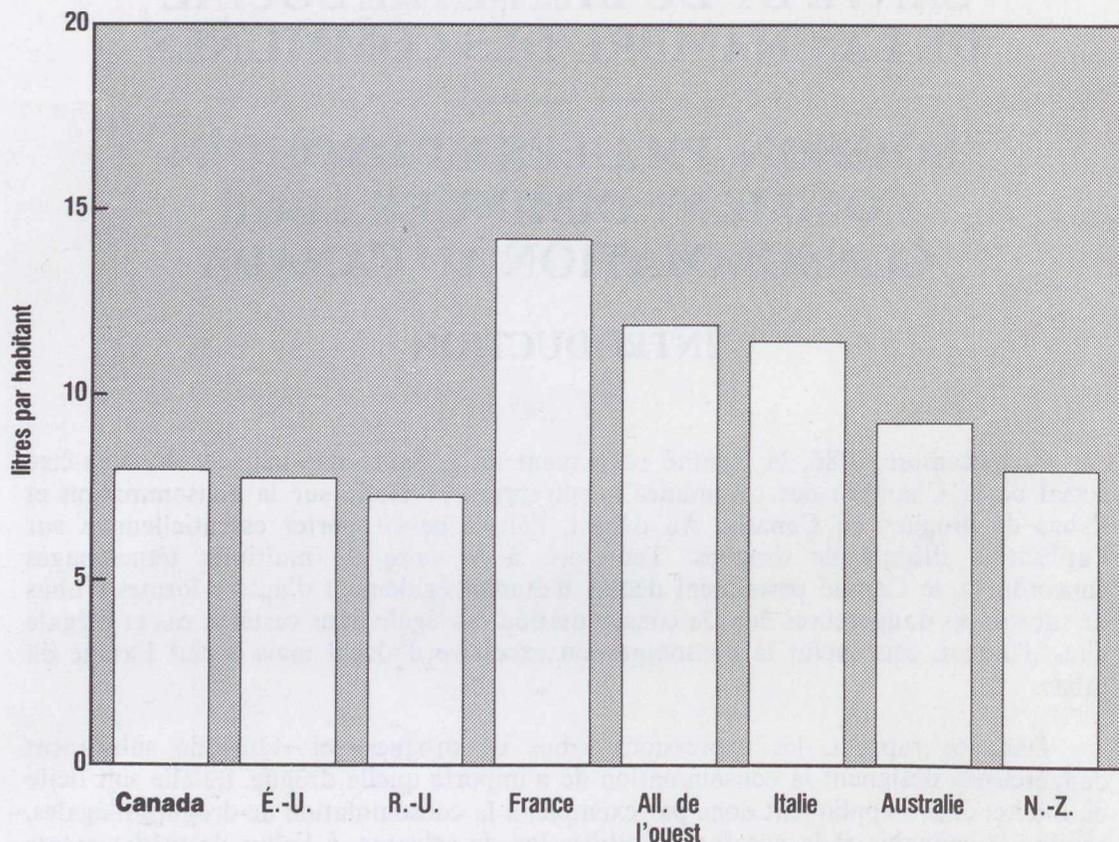
Dans ce rapport, les expressions «abus de drogues» et «abus de substances dangereuses» désignent la consommation de n'importe quelle drogue, qu'elle soit licite ou illicite; elles s'appliquent donc par exemple, à la consommation de drogues illégales, comme le cannabis et la cocaïne, à l'utilisation de solvants, à l'abus de médicaments vendus sur ordonnance et à la consommation excessive d'alcool.

Au cours des audiences du Comité permanent qui ont eu lieu dans diverses régions du Canada, des spécialistes du phénomène de dépendance ont parlé de l'inquiétude que leur inspire l'abus de toutes les drogues, y compris de l'alcool et des médicaments vendus sur ordonnance. De vive voix et dans des mémoires, des témoins se sont dits particulièrement préoccupés par la fréquence et la gravité de la consommation excessive d'alcool. Ces témoignages ont fait ressortir clairement le fait que l'alcool est au Canada la drogue qui fait l'objet du plus grand nombre d'abus. C'est aussi, parmi toutes les drogues, celle qui cause le plus de maladies, de décès prématurés, d'accidents, de problèmes familiaux, de violence et d'autres problèmes sociaux et personnels.

Des professionnels de la santé et des services sociaux, des spécialistes du phénomène de dépendance, des membres de commissions provinciales chargées de la question de la toxicomanie, ainsi que des associations de parents et des éducateurs ont montré au Comité permanent à quel point l'abus de l'alcool est courant. Ce fait est d'ailleurs confirmé par les statistiques sur l'abus des substances dangereuses que des chercheurs et des planificateurs de programmes provinciaux et fédéraux ont présentées au Comité permanent.

Voici, à ce propos, ce que le Dr Reginald Smart, directeur des études sur la prévention à la Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie (Fondation de la recherche sur la toxicomanie), a déclaré au Comité au sujet de la consommation d'alcool par habitant :

Tableau 1
Consommation d'alcool par habitant dans certains pays occidentaux (1984)



Source : Association des brasseurs du Canada

Le Canada se situe environ au 20^e rang des 129 pays sur lesquels nous avons des données. Il ne faut pas oublier que l'alcool est la drogue la plus importante au Canada. C'est la drogue la plus importante dont nous devons nous préoccuper à tous les niveaux — soit à ceux de l'épidémiologie, de l'information et du traitement.

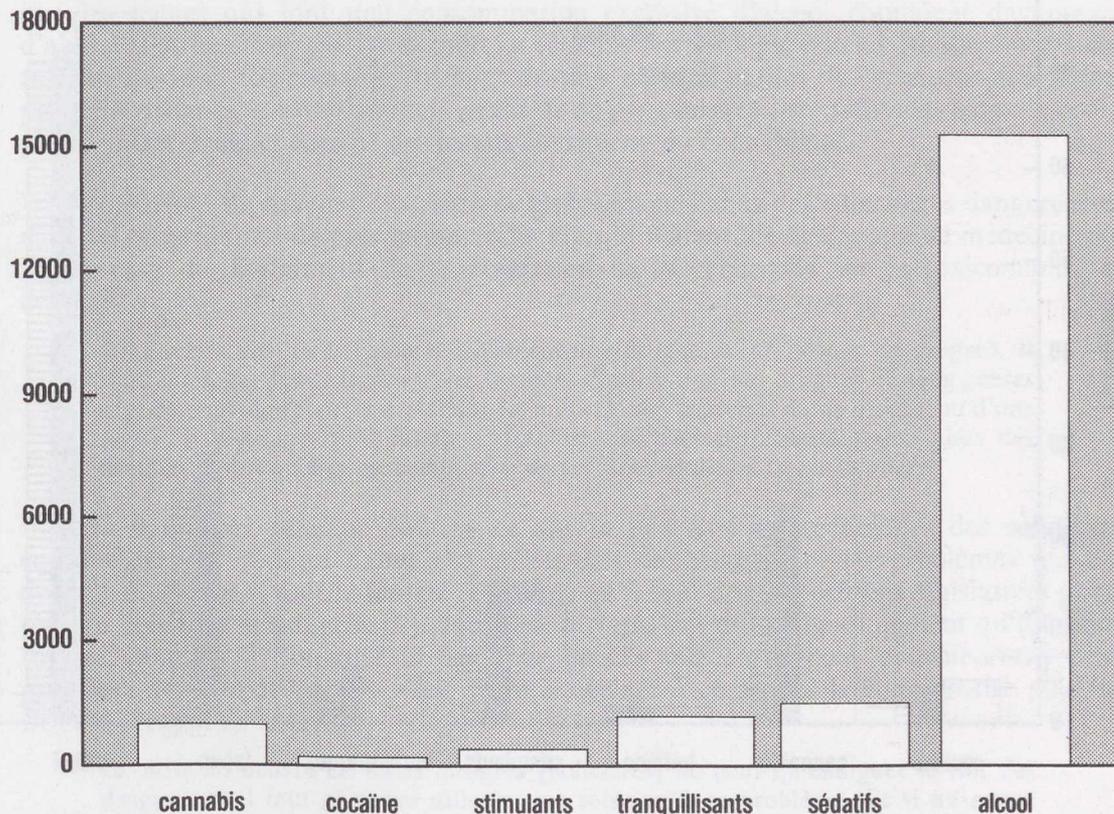
La tableau 1 ci-dessous permet de comparer la consommation moyenne d'alcool en 1984 au Canada et dans certains pays occidentaux. Quant au tableau 2, elle indique le nombre de Canadiens adultes qui consomment certaines drogues, d'après leurs propres déclarations.

En 1985, en répondant à un sondage réalisé par la Fondation de la recherche sur la toxicomanie auprès des étudiants du secondaire en Ontario, environ 70 p. 100 des étudiants de la 7^e à la 13^e année ont déclaré avoir consommé de l'alcool dans les 12 derniers mois^{1,2}. La plupart en avaient bu au cours du dernier mois, et près de la moitié reconnaissaient avoir pris cinq verres ou plus à une occasion. D'après ce sondage, l'alcool était de très loin la drogue le plus fréquemment consommée. Le D^r Smart a cependant fait remarquer qu'on observe, depuis quelques années, une diminution de la

¹ Smart RG, Goodstadt MS, Adlaf EM, Sheppard MA & Chan GC. «Trends in the prevalence of alcohol and other drug use among Ontario students: 1977-1983», *Canadian Journal of Public Health*, 76, mai-juin 1985, p. 157-162.

² Smart RG, Adlaf EM & Goodstadt MS. «Alcohol and other drug use among Ontario students: an update», *Canadian Journal of Public Health*, 77, jan-fév. 1986, p. 57-58.

Tableau 2
Consommation de drogues licites et illicites par des adultes
Utilisation au cours des 12 derniers mois en milliers d'usagers, d'après les intéressés eux-mêmes



Source : Santé et Bien-être social Canada

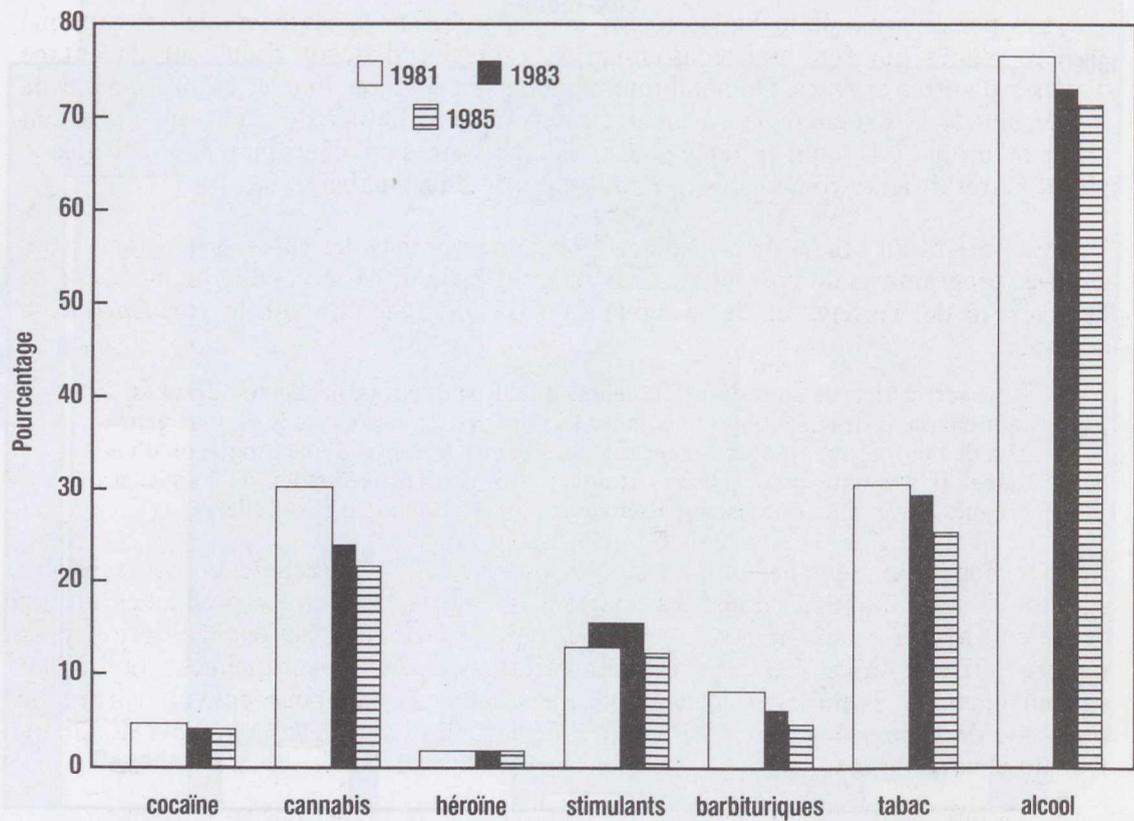
consommation d'alcool, comme d'ailleurs de presque toutes les autres drogues, chez les étudiants du secondaire. Les résultats de ces sondages sont résumés au tableau 3.

Plusieurs témoins trouvent inquiétante la tendance qu'ont les Canadiens à minimiser les dangers de l'alcool. Les Canadiens sont en effet nombreux à ne pas considérer l'alcool comme une «drogue». C'est ce qui a amené M. Howard Greenstein, directeur général de l'*Alcohol and Drug Abuse Commission* de la Saskatchewan, à déclarer au Comité permanent :

Le cannabis est ce qui intéresse le plus les médias. Il faut considérer aussi que l'alcool est une drogue dont l'usage est accepté dans ce pays, [...] il bénéficie d'une publicité vigoureuse dans tous les médias. Pendant longtemps, les parents n'hésitaient pas à dire à leurs enfants : écoute, tu peux boire si tu veux, mais ne prends pas de drogue.

Beaucoup de gens trouvent inquiétant que tant d'adolescents boivent de l'alcool au Canada. En outre, des témoins ont déclaré au Comité permanent que de plus en plus de jeunes avaient des problèmes personnels dus à l'alcool. Ce fait est confirmé par le nombre de jeunes gens qui doivent subir un traitement à cause d'une consommation excessive d'alcool ou de drogues multiples.

Tableau 3
Fréquence de l'utilisation de drogues à usage non médical,
Étudiants de l'Ontario de la 7^e à la 13^e année



Source : Fondation de la recherche sur la toxicomanie

Bien que beaucoup de témoins aient parlé uniquement des problèmes dus à l'alcool, d'autres ont recommandé au Comité permanent de considérer la question de l'abus des substances dangereuses en général au lieu d'insister sur une drogue en particulier. Dans cet esprit, M. Ross Ramsey, président de la *Kaiser Substance Abuse Foundation*, a déclaré au Comité permanent :

Les médias voudraient nous faire croire que le problème au Canada c'est la cocaïne, l'héroïne ou toute autre drogue qui se vend, mais ce n'est pas vrai. *Le problème vient en fait de ce que notre culture fasse appel au psychotrope*, et la drogue la plus souvent et la plus régulièrement utilisée au Canada, c'est l'alcool. Je ne veux pas dire par là que la cocaïne et l'héroïne ne sont pas des problèmes graves, mais si notre stratégie nationale s'attache à ces drogues, on manque le coche.

Certaines personnes ont expliqué au Comité permanent que le problème de l'abus des substances dangereuses au Canada était dû de plus en plus à l'utilisation de plusieurs drogues par un même individu, et surtout à la consommation d'alcool avec d'autres substances. Ainsi, M. Neil Ruton, directeur de Stonehenge, clinique de traitement pour les toxicomanes de 18 à 35 ans, a confirmé que la majorité des personnes soignées dans son établissement souffraient aussi d'alcoolisme. Récemment, Stonehenge a fait passer à ses clients le test de dépistage de l'alcoolisme du Michigan,

connu sous le nom de MAST. Il s'agit d'un questionnaire qui vise à chiffrer la consommation d'alcool. Le test a révélé que 89 p. 100 des résidents de Stonehenge souffraient d'alcoolisme à divers degrés.

Les porte-parole de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie ont expliqué que les jeunes qui font une consommation excessive d'alcool risquaient davantage d'abuser d'autres drogues. De nombreux témoins ont souligné que les établissements de traitement de la toxicomanie voyaient de plus en plus défiler des gens qui utilisaient plusieurs drogues. Il s'agit en règle générale de personnes qui consomment trop d'alcool, plus d'autres drogues comme des tranquillisants ou du cannabis.

En parlant du besoin de considérer globalement l'abus des substances dangereuses dans les programmes de prévention, le D^r Harold Kalant, de la Faculté de médecine de l'Université de Toronto et de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, a déclaré :

Il ne sert à rien de considérer isolément une drogue ou un groupe de drogues. Il faut envisager les attitudes et les facteurs d'utilisation des drogues de tous genres afin de pouvoir apporter des changements valables à propos d'une drogue ou d'une autre. Il a ajouté qu'il fallait s'attaquer aux racines profondes de l'abus des drogues plutôt qu'à la consommation de certaines drogues en particulier.

De nombreux témoins ont insisté sur la nécessité de rechercher des solutions équilibrées pour réduire l'abus des substances dangereuses et les problèmes qui en découlent. Même si tout le monde reconnaît qu'il faut des dispositions législatives pour réduire l'offre de substances psychotropes, certains ont dit catégoriquement qu'il fallait surtout chercher à diminuer la demande de ces substances pour pouvoir enrayer le problème de la toxicomanie. Voici ce qu'a déclaré à ce propos le commissaire adjoint Donald Heaton de la GRC :

La mise en oeuvre de telles mesures [policières] ne peut qu'endiguer le flot des drogues, et il faut chercher ailleurs une solution à ce problème. Et si un rayon d'espoir luit, c'est sans doute dans le domaine de la prévention et de l'éducation que l'on doit le trouver. Le trafic des drogues, comme tout autre commerce, se fait en fonction de l'offre et de la demande. C'est la raison pour laquelle c'est à cet aspect du problème qu'il faut s'attaquer.

Ce point de vue est notamment partagé par des conseillers en matière de toxicomanie, par des porte-parole du gouvernement et par des membres de corps policiers. M. Greg Stevens, député provincial et président de l'*Alberta Alcohol and Drug Commission*, a insisté sur ce point en parlant de l'importance que la Commission accorde à l'information et à la prévention :

Notre commission reconnaît le bien-fondé des mesures de réduction de l'offre et les appuie sans réserve. Il est important de compliquer la vie des trafiquants de drogue. Mais nous en sommes arrivés à un point où la loi des rendements décroissants fait sentir ses effets. Il convient donc d'axer son action davantage en vue de la mise en place de toute une gamme de mesures complémentaires de réduction de la demande, embrassant la prévention, l'éducation et les programmes de traitement.

Pour que les mesures visant à prévenir ou à éliminer l'abus des substances dangereuses soient équilibrées, il faudra bien sûr chercher, par un travail de nature policière, à diminuer l'offre de drogue tout en trouvant des moyens de réduire la demande de toutes les drogues. Toutefois, il importerait aussi de trouver le juste équilibre entre diverses stratégies dont l'objet est de décourager la consommation de drogues.

Parmi ces stratégies, on peut citer des programmes de prévention améliorés touchant un plus grand public, des programmes de traitement nouveaux ou plus développés, l'amélioration de la formation des travailleurs de la santé, des services sociaux et des services de désintoxication, ainsi que des recherches susceptibles de nous aider à prévenir l'abus des substances dangereuses et à régler les problèmes que pose ce phénomène.

Aux quatre coins du pays, des témoins ont demandé que le gouvernement fédéral joue un rôle nouveau dans ce domaine. Tout le monde reconnaît que ce sont les provinces qui sont chargées des services médicaux, des services de prévention et des programmes d'enseignement. Néanmoins, la majorité des gens estiment que le gouvernement fédéral devrait collaborer activement avec les provinces et créer des mécanismes de financement et de partage des frais. Il devrait aussi jouer un rôle de coordinateur, donner l'exemple, élaborer des programmes types et les faire connaître, et enfin, renforcer la législation et son application.

Le 25 mai 1987, le gouvernement a annoncé une nouvelle stratégie nationale de lutte contre la drogue et des crédits supplémentaires répartis sur cinq ans. À l'heure actuelle, le gouvernement du Canada dépense environ 168 millions de dollars par an pour lutter contre la drogue, ce qui comprend à la fois des mesures visant à comprimer l'offre et des programmes dont le but est de réduire la demande de drogues. Les crédits supplémentaires affectés à la Stratégie nationale de lutte contre la drogue ont été fixés à 20 millions de dollars pour 1987-1988 et seront ensuite portés à 50 millions en 1989-1990, ce qui représente pour cette troisième année d'existence du programme une augmentation de 29 p. 100 par rapport aux dépenses antérieures (voir tableau 4). Les crédits supplémentaires totaliseront 210 millions de dollars en cinq ans.

Cinq ministères fédéraux — Santé nationale et Bien-être social, Solliciteur général, Revenu Canada (Douanes et Accise), Justice et Affaires extérieures — bénéficieront de crédits supplémentaires (voir le tableau 5) qui serviront à financer des programmes fédéraux. Cependant, les fonds de Santé nationale et Bien-être social Canada serviront aussi à effectuer des paiements de transfert aux provinces et à des organismes communautaires.

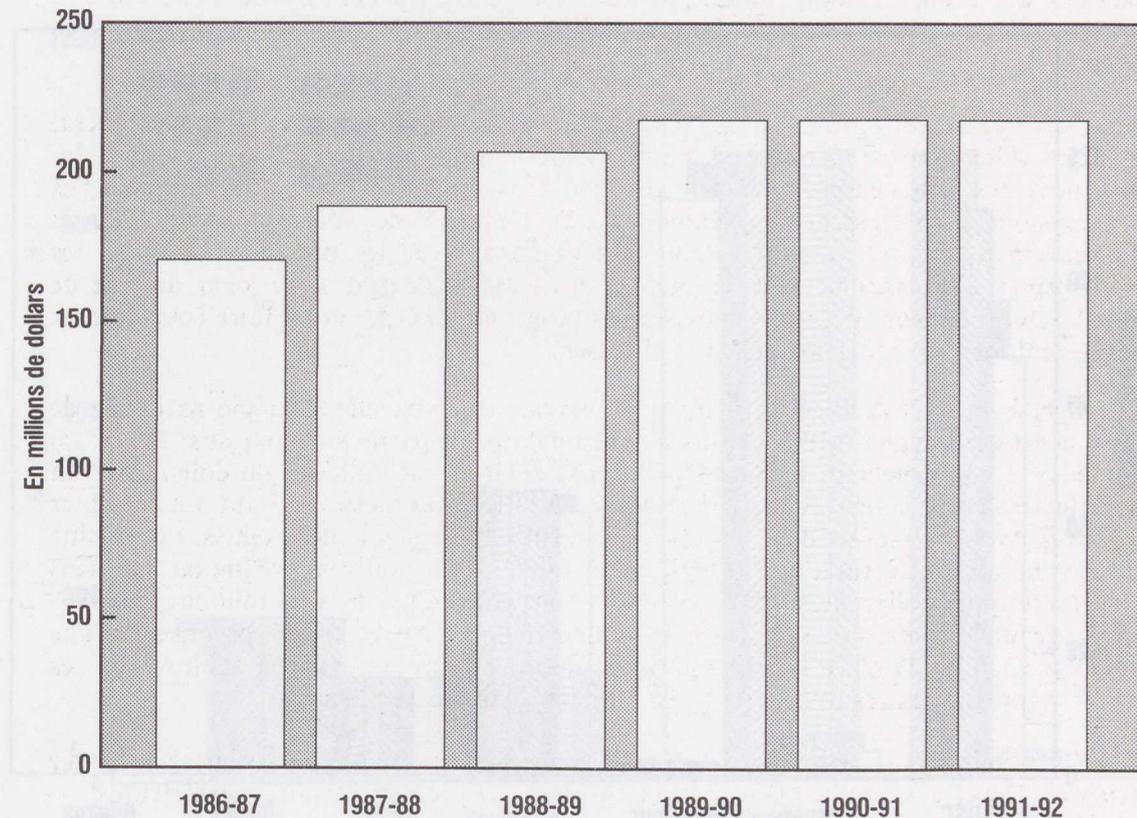
Ces chiffres ne sont que des estimations. De plus, ils ne comprennent pas certains coûts directs et indirects difficiles à calculer. À titre d'exemple, dans le cas des inspections habituelles effectuées par les douanes ou des activités générales de la GRC, il est impossible de savoir exactement quelle est la part des coûts attribuable à la lutte contre la drogue.

Comme auparavant, l'aide fédérale accordée pour le traitement et la prévention dépendra surtout du montant des paiements de transfert destinés aux provinces. Aux quelque 20 millions de dollars en paiements de transfert accordés actuellement pour les programmes à frais partagés (50-50) de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie dans le cadre du Programme de réadaptation professionnelle viendront s'ajouter 20 millions supplémentaires à partir de la troisième année d'existence de la Stratégie nationale de lutte contre la drogue.

La majorité des fonctionnaires fédéraux travaillant dans ce domaine s'occupent des programmes de réduction de l'offre. Sur les 249 années-personnes³ du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 197 (79 p. 100) sont affectées à la réglementa-

³ Une année-personne est une unité de mesure des ressources humaines qui correspond à l'emploi d'une personne pendant une année complète, ou l'équivalent.

Tableau 4
Effets de la stratégie nationale de lutte contre la drogue,
Dépenses fédérales relatives à l'abus de substances dangereuses



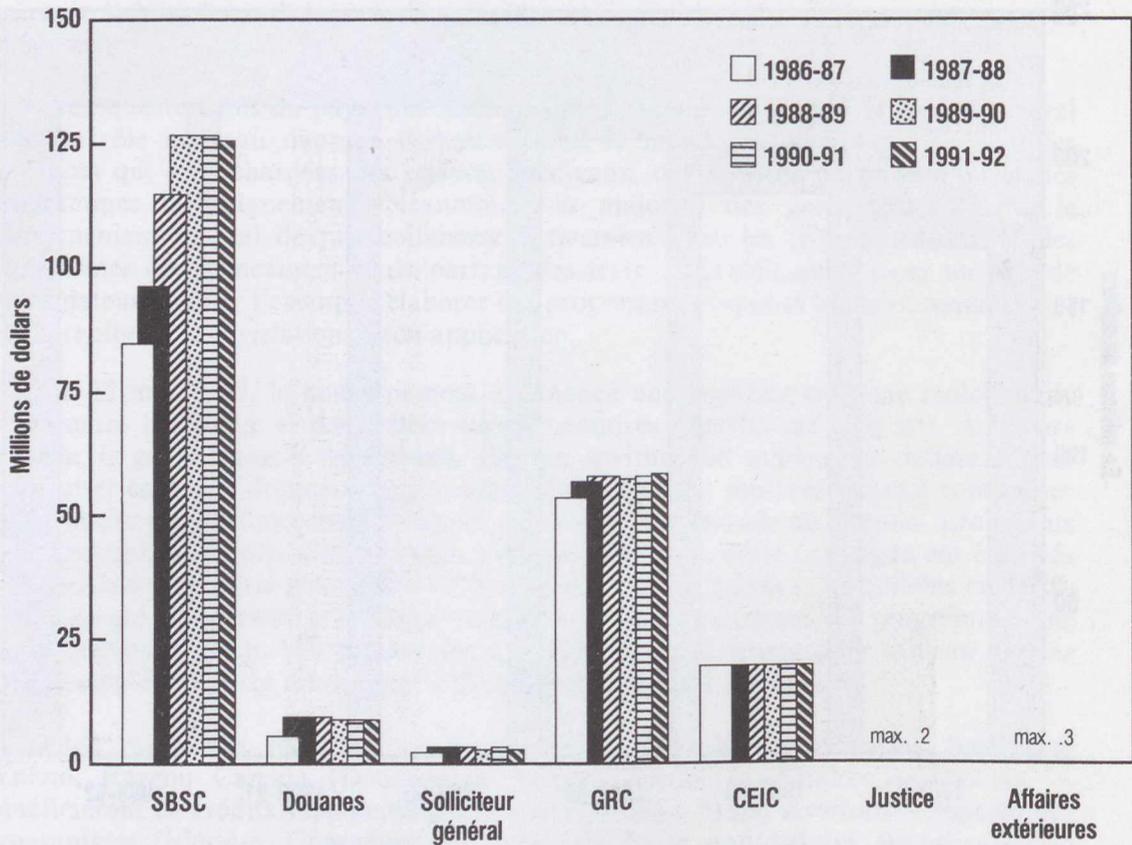
Source : Santé et Bien-être social Canada

tion et au contrôle des drogues dangereuses, tandis que les 52 autres sont consacrées à la promotion de la santé, à la prévention et aux traitements. D'autres années-personnes sont affectées à ce type de tâches à Douanes Canada (123 années-personnes) et à la GRC (961 années-personnes).

Comme le montre le tableau 6, le gouvernement fédéral aura ajouté 182 années-personnes d'ici la cinquième année de la Stratégie nationale de lutte contre la drogue. Cette augmentation comprend 85 années-personnes au ministère du Solliciteur général (dont 82 à la GRC), 63 années-personnes aux Douanes, 31 années-personnes à Santé nationale et Bien-être social Canada, et trois au ministère de la Justice.

La mise en œuvre de la Stratégie nationale de lutte contre la drogue constitue un grand défi pour le gouvernement fédéral et les provinces. Il est crucial de trouver un juste milieu entre, d'une part, la prévention et le traitement et, d'autre part, les interdictions et l'application de la loi. Le gouvernement fédéral conservera des fonds supplémentaires destinés à la détection et aux activités de la police et des douanes, alors que d'une manière générale les fonds affectés aux programmes de traitement et de prévention seront transférés aux provinces. Dans ce dernier cas, le gouvernement fédéral aura le devoir de s'assurer que les sommes versées aux provinces pour ces programmes sont réparties judicieusement entre les activités visant à réduire l'offre et celles agissant sur la demande. Étant donné que le gouvernement fédéral et les

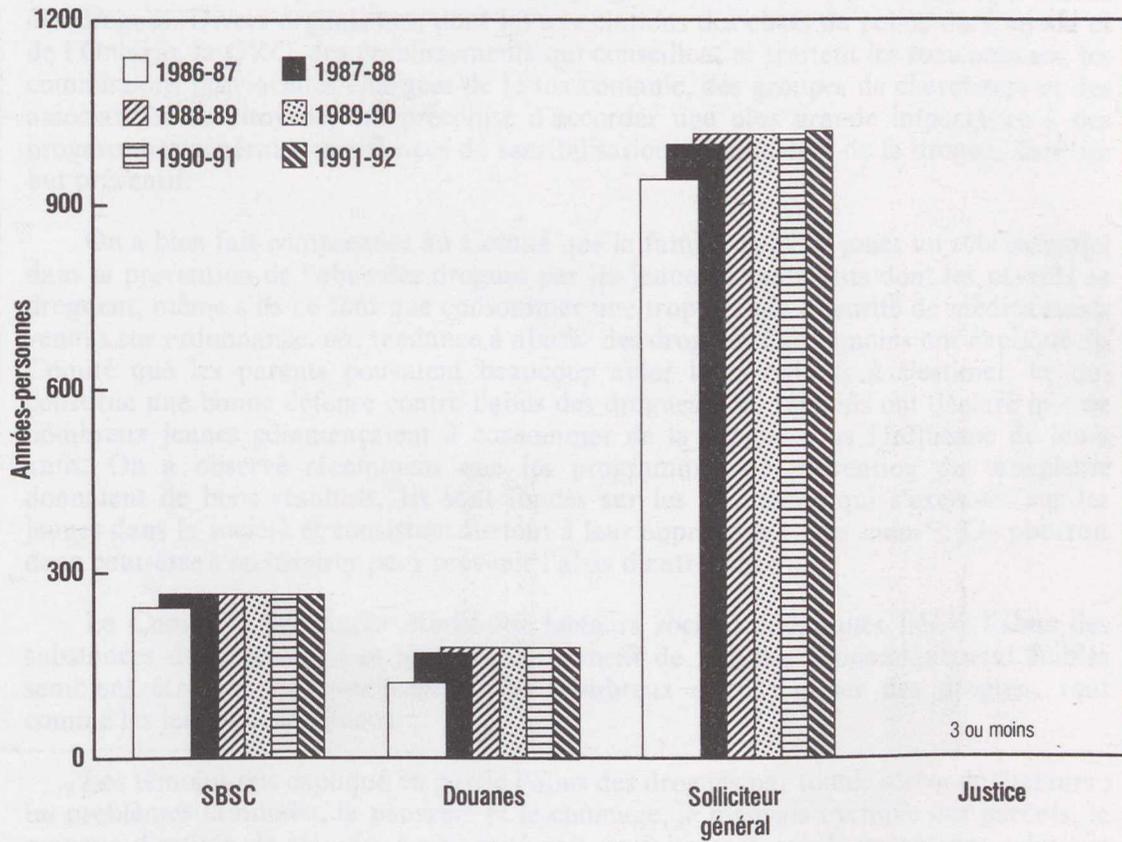
Tableau 5
Effets de la stratégie nationale de lutte contre la drogue,
Crédits par ministère



Source : Santé et Bien-être social Canada

provinces se partagent les coûts des programmes de traitement, il est essentiel que le gouvernement fédéral s'assure que les fonds sont distribués de façon équitable et qu'ils sont consacrés à des programmes de traitement et de rééducation dont l'utilité est incontestable.

Tableau 6
Effets de la stratégie nationale de lutte contre la drogue,
Années-personnes par ministère



Source : Santé et Bien-être social Canada

LA PRÉVENTION

Le point sur lequel ont insisté le plus grand nombre de témoins devant le Comité permanent, a été l'importance cruciale des programmes conçus pour décourager l'abus des drogues. Divers organismes, dont les associations des chefs de police du Canada et de l'Ontario, la GRC, des établissements qui conseillent et traitent les toxicomanes, les commissions provinciales chargées de la toxicomanie, des groupes de chercheurs et des associations de citoyens, ont préconisé d'accorder une plus grande importance à des programmes généraux et efficaces de sensibilisation au problème de la drogue, dans un but préventif.

On a bien fait comprendre au Comité que la famille pouvait jouer un rôle essentiel dans la prévention de l'abus des drogues par les jeunes. Les enfants dont les parents se droguent, même s'ils ne font que consommer une trop grande quantité de médicaments vendus sur ordonnance, ont tendance à abuser des drogues. Des témoins ont expliqué au Comité que les parents pouvaient beaucoup aider leurs enfants à s'estimer, ce qui constitue une bonne défense contre l'abus des drogues. Des témoins ont déclaré que de nombreux jeunes commençaient à consommer de la drogue sous l'influence de leurs amis. On a observé récemment que les programmes de prévention du tabagisme donnaient de bons résultats. Ils sont fondés sur les influences qui s'exercent sur les jeunes dans la société et consistent surtout à leur apprendre à dire «non»^{4,5}. On pourrait donc peut-être s'en inspirer pour prévenir l'abus d'autres drogues.

Le Comité a également étudié les facteurs socio-économiques liés à l'abus des substances dangereuses. Les jeunes qui viennent de familles économiquement faibles semblent être proportionnellement plus nombreux à consommer des drogues, tout comme les jeunes autochtones.

Les témoins ont expliqué en partie l'abus des drogues par toutes sortes de facteurs : les problèmes familiaux, la pauvreté et le chômage, le mauvais exemple des parents, le manque d'estime de soi, etc. Le Comité sait parfaitement que le succès des solutions proposées dans ce document ne pourra être total. Il ne saurait par exemple être question de formuler ici des propositions visant à éliminer la pauvreté, le chômage et l'isolement social, bien que ces facteurs contribuent dans certains cas au problème de la toxicomanie. Le Comité juge crucial d'apprendre à bien connaître ces éléments et d'autres facteurs afin de pouvoir mettre sur pied des programmes de prévention efficaces.

- 1. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de financer des recherches sur les causes de l'abus des drogues au moyen du Programme national de recherche et de développement en matière de santé.**

Des témoins ont affirmé au Comité permanent que les programmes de prévention relevaient avant tout des provinces par l'intermédiaire des ministères de la santé, des ministères de l'éducation et des commissions s'occupant de la toxicomanie. On a

⁴ McAllister, A. «Research approaches to primary prevention», dans *Toward the prevention of alcohol problems: government, business and community action*, DR Gerstein, éd., Washington (D.C.), National Academy Press, 1984.

⁵ Polich JM, Ellickson PL, Reuter P & Kahan JP. *Strategies for controlling adolescent drug use*, Santa Monica, Rand Corp., 1984.

demandé au Comité permanent d'envisager la création d'un programme pour soutenir les efforts des provinces et des organismes socio-éducatifs dans le domaine de la prévention.

Les témoins se sont entendus sur l'importance d'avoir un programme fédéral-provincial à frais partagés pour prévenir l'abus des substances dangereuses. Ce programme devrait avoir des objectifs bien précis correspondant à des besoins reconnus. D'après les témoins, les programmes actuels portent davantage sur le traitement que sur la prévention. Ces mêmes programmes, qui sont financés pour moitié par chacune des parties, ne touchent habituellement pas les jeunes ou ne s'appliquent qu'aux personnes à revenu modeste, ce qui ne convient pas à des programmes de prévention de la toxicomanie.

Dans l'optique de la Stratégie nationale de lutte contre la drogue, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a annoncé qu'un comité mixte fédéral-provincial réexaminerait ces mécanismes de financement. Il s'agit de vérifier la valeur des programmes de prévention et de traitement de la toxicomanie, et de présenter des recommandations portant sur les mécanismes de partage des frais à utiliser dans l'avenir pour de tels programmes. Le Comité permanent recommande fortement d'accélérer cet examen et de créer un meilleur mécanisme de partage des frais.

Étant donné qu'il importe de prévenir l'abus des substances dangereuses plutôt que de s'efforcer de régler le problème après coup, le Comité permanent craint que les crédits destinés aux programmes de prévention locaux dans le cadre de la Stratégie nationale de lutte contre la drogue ne soient insuffisants.

- 2. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de créer, avec le concours des provinces, un nouveau programme dont les frais seraient partagés à parts égales et qui comporterait des crédits supplémentaires pour la prévention de l'abus des substances dangereuses.**

Dans tout le pays, il existe toutes sortes d'organismes socio-éducatifs qui s'occupent de l'abus des drogues. Le Comité est convaincu qu'il faut encourager les initiatives locales.

Dans les lignes directrices relatives à la distribution de fonds dans le cadre d'un nouveau programme de prévention, il faudra prendre en considération la diversité des objectifs et des méthodes à utiliser, et encourager l'innovation au niveau fédéral, provincial et local.

- 3. Le Comité permanent recommande de mettre à la disposition d'organismes professionnels et socio-éducatifs, par l'intermédiaire des autorités provinciales compétentes, une partie des fonds du programme de prévention envisagé.**

Beaucoup de témoins ont dit au Comité permanent qu'il faudrait que les programmes de prévention visent certains groupes en particulier, et surtout les jeunes. Tout le monde ne s'entendait pas sur l'âge des plus jeunes enfants auxquels devraient s'adresser les programmes scolaires concernant la drogue, mais les témoins admettaient d'une manière générale que ces programmes devraient commencer assez tôt, être permanents plutôt que sporadiques, et être élaborés en fonction de l'âge et du bagage culturel des enfants.

Le Comité permanent considère que l'objectif prioritaire des programmes de prévention doit être d'inciter les enfants et les adolescents à ne pas commencer à consommer des drogues.

4. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de consacrer en priorité aux enfants et aux adolescents les fonds du programme de prévention de l'abus des substances dangereuses.

Le gouvernement du Canada a annoncé son intention de lancer une campagne de sensibilisation du public par l'intermédiaire des médias. Le Comité permanent souhaite que la campagne ne soit pas centrée uniquement sur les drogues illicites et qu'elle donne une idée exacte de tous les aspects du problème de l'abus des substances dangereuses.

Les campagnes traditionnelles d'information du public dans les médias ne s'adressent pas particulièrement aux personnes qui ont le plus besoin d'information ou qui courent les plus grands risques. Des témoins ont parlé au Comité de deux initiatives récentes qui permettent aux gens d'obtenir les renseignements dont ils ont besoin grâce à un numéro de téléphone de libre-appel. En Saskatchewan, on a installé une ligne téléphonique gratuite au centre de traitement Calder de Saskatoon pour permettre à ceux qui le veulent de discuter avec un conseiller qui peut leur indiquer où obtenir des services de traitement.

En Ontario, la Fondation de la recherche sur la toxicomanie a une ligne téléphonique d'information sur la drogue et l'alcool avec plus de 60 messages préenregistrés. Les personnes qui utilisent ce service confidentiel peuvent demander des bandes par leur titre ou leur numéro, et on les leur fait alors écouter immédiatement en français ou en anglais.

Le système d'information de la Fondation conviendrait particulièrement à une utilisation nationale et ne coûterait pas cher. Selon M. Henry Schankula, directeur de la division des méthodes d'éducation à la Fondation, un programme national d'informations préenregistrées coûterait à peu près 20 000 \$ au départ, et les frais d'exploitation annuels s'élèveraient à environ un million de dollars. À ce chiffre, il faudrait ajouter la promotion du service, dont se chargeraient normalement les organismes provinciaux compétents.

Le Comité permanent souhaiterait la création d'un système national s'inspirant de ces deux modèles. Il s'agirait d'un réseau d'information téléphonique auquel pourraient recourir, dans l'anonymat, les personnes qui ont un problème de dépendance. Les intéressés pourraient aussi obtenir sur demande le numéro de téléphone de centres de traitement.

5. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de négocier avec la Fondation de la recherche sur la toxicomanie et avec les autorités provinciales compétentes en vue d'étendre l'utilisation de la ligne d'information sur les drogues et l'alcool de la Fondation.

D'après des témoins, des évaluations de programmes de prévention scolaires ont révélé qu'un grand nombre de ces programmes étaient inefficaces. Des témoins ont toutefois affirmé qu'on avait lieu de penser que de nouvelles méthodes de prévention

donneraient de meilleurs résultats. Le Comité juge essentiel d'évaluer les programmes destinés à prévenir l'abus des substances dangereuses afin de bien connaître leur influence et d'utiliser les ressources à bon escient. Pour obtenir des programmes de prévention qui marchent, il est crucial de procéder à des évaluations et de communiquer leurs résultats aux personnes qui s'occupent des programmes de ce genre.

Le Comité permanent reviendra sur la nécessité d'évaluer les programmes de prévention et de traitement et sur l'utilité de divulguer les résultats de ces évaluations dans le chapitre consacré à l'évaluation de la recherche et des programmes et dans celui qui porte sur la création d'un centre national de lutte contre l'abus des substances dangereuses.

LES TRAITEMENTS ET LA RÉADAPTATION SOCIALE

Dans l'ensemble, c'est aux provinces qu'il incombe d'assurer les services de traitement et de réadaptation au Canada. Toutefois, bien que les services médicaux relèvent officiellement des provinces, le gouvernement fédéral joue un rôle dans ce domaine en étant le principal artisan de l'élaboration de la politique, en finançant les programmes et en participant à leur conception. Une des exceptions importantes, dont il est question plus loin, a trait aux services médicaux dispensés aux autochtones.

Aujourd'hui, les gouvernements provinciaux ont recours aux programmes fédéraux dans des proportions variables pour financer une partie des programmes de traitement des toxicomanes. Quand les soins sont donnés par un médecin, dans un hôpital ou à son cabinet, le traitement est normalement un service assurable en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Certains témoins ont réclamé la création de nouveaux programmes de traitement en résidence pour adolescents, en affirmant que les provinces devraient accepter d'assurer elles-mêmes ce service quand le traitement est donné par des membres du corps médical.

La plupart du temps, toutefois, le régime d'assurance-santé ne peut pas servir à payer le traitement des toxicomanes. En effet, les services d'évaluation et d'orientation, les foyers, les programmes de jour et les programmes de rétablissement sont souvent confiés à divers employés des services de santé publique et ne sont donc pas habituellement considérés comme des services médicaux assurables.

Deux autres programmes fédéraux ont été utilisés pour le financement à frais partagés des programmes de traitement des personnes faisant un abus de substances dangereuses; il s'agit du Programme de réadaptation professionnelle des personnes handicapées (PRPPH) et du Régime d'assistance publique du Canada (RAPC). Beaucoup de témoins ont affirmé que ces mécanismes de financement ne convenaient pas à ce type de programmes.

Des témoins ont expliqué que la formule de partage des frais (50-50) entre le gouvernement fédéral et les provinces pourrait constituer un mécanisme de financement satisfaisant, mais qu'il était difficile d'utiliser ces programmes pour le traitement des toxicomanes à cause des critères d'admissibilité. Deux types de problèmes ont été évoqués devant le Comité permanent: le fait que les jeunes soient exclus de ces programmes et que ces derniers concernent les personnes «dans le besoin», ce qui entraîne un examen des ressources pour le RAPC et l'exclusion des personnes salariées dans le cas du PRPPH.

Plusieurs témoins ont dit qu'il faudrait que tous les gens qui en ont besoin puissent bénéficier des programmes de traitement de la toxicomanie. Le Comité convient que ces programmes devraient s'adresser à tous les Canadiens qui en ont besoin, indépendamment de leur âge et de leurs ressources financières.

En plus des problèmes évoqués au sujet des mécanismes de partage des frais, des réserves ont été formulées à propos du montant des crédits disponibles dans le cadre de ces programmes. Comme on le verra plus loin, le Comité a reconnu que les jeunes et les autochtones non inscrits avaient besoin qu'on augmente les ressources mises à leur disposition pour les traitements. Cela obligera le gouvernement fédéral à augmenter les crédits affectés à ces programmes. Compte tenu de ces faits, il serait peut-être très souhaitable de créer un nouveau programme à frais partagés ayant des objectifs précis et disposant de fonds supplémentaires.

- 6. Le Comité permanent recommande que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social entame des discussions avec les provinces en vue de créer à Santé et Bien-être social Canada un programme à frais partagés (50-50) doté de crédits supplémentaires pour le traitement des toxicomanes et pour les services de réadaptation.**

Le Canada manque sérieusement de services de traitement des toxicomanes, surtout dans le cas des adolescents. D'après les centres de traitement, de plus en plus de jeunes qui ont des problèmes liés aux drogues et plus particulièrement à l'alcool s'adressent à eux. Or, on manque de places pour ces jeunes dans ces établissements. Quand un centre de traitement s'occupe aussi des adolescents, les listes d'attente sont exceptionnellement longues.

Il est crucial d'intervenir très tôt pour régler les problèmes de drogue. Les jeunes qui ont ce genre de problèmes devraient consulter rapidement un spécialiste, et la famille devrait participer au traitement dans la mesure du possible. La participation de membres de la famille est souvent nécessaire parce que la consommation de drogues peut miner les relations familiales et parce que beaucoup d'enfants qui se droguent vivent dans un foyer instable. On manque actuellement de ressources suffisantes pour traiter les adolescents qui abusent de substances dangereuses.

- 7. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de prévoir des fonds en priorité pour les enfants et les adolescents dans le cadre du programme de traitement des toxicomanes à frais partagés dont la création est envisagée.**

PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE L'ABUS DE L'ALCOOL ET DES DROGUES CHEZ LES AUTOCHTONES

Le Comité permanent a reçu des témoignages sur l'ampleur et la gravité des problèmes de dépendance chez les autochtones. Il n'existe pas de tableau statistique complet de la consommation abusive de substances dangereuses chez les autochtones, pas plus d'ailleurs que chez les non autochtones. Cependant, il ressort clairement des statistiques dont on dispose que l'abus des drogues, notamment de l'alcool, constitue un sérieux problème médical et social parmi cette population. Selon certains témoins, l'abus de l'alcool pourrait très bien être *la plus grave* menace à la santé des autochtones. Ainsi, la *Federation of Saskatchewan Indian Nations* déclare, dans son rapport intitulé *Alcohol and Drug Abuse Among Treaty Indians in Saskatchewan* :

L'abus de l'alcool et des drogues parmi les Indiens de la Saskatchewan est le plus grave et le plus urgent problème social et médical auquel se heurtent les collectivités autochtones. Bien que l'existence du problème ait depuis longtemps été reconnue par ceux qui s'y intéressent, il n'existe pas suffisamment de travaux statistiques sûrs qui permettraient d'évaluer concrètement l'ampleur du problème... Il est évident que les problèmes de santé et les décès chez les autochtones sont en grande partie attribuables à l'abus de l'alcool et des drogues. Ainsi, les taux de maladie et de mortalité chez les Indiens de la Saskatchewan sont beaucoup plus élevés que pour l'ensemble de la population. Le taux de mortalité normalisé et le taux de mortalité infantile sont le double de ceux observés parmi la population en général. La moitié de tous les décès chez les Indiens inscrits sont dus à des blessures ou à des actes de violence⁶.

D'autres statistiques soulignent la gravité du problème de la dépendance chez les autochtones. Ainsi, d'après un document d'étude ministériel sur les programmes de lutte contre l'abus de l'alcool chez les autochtones⁷, les autochtones admis dans les hôpitaux et les autres établissements de santé sont plus susceptibles que les non-autochtones de faire l'objet d'un diagnostic d'alcoolisme. Ils sont également plus sujets à des bouleversements personnels et sociaux dus à l'alcoolisme. La fréquence d'intervention des sociétés d'aide à l'enfance est aussi plus grande chez eux et, dans la majorité des cas, les enfants sont retirés à leurs parents pour des raisons d'alcoolisme. Le taux d'alcoolisme foetal semble également plus élevé parmi la population autochtone.

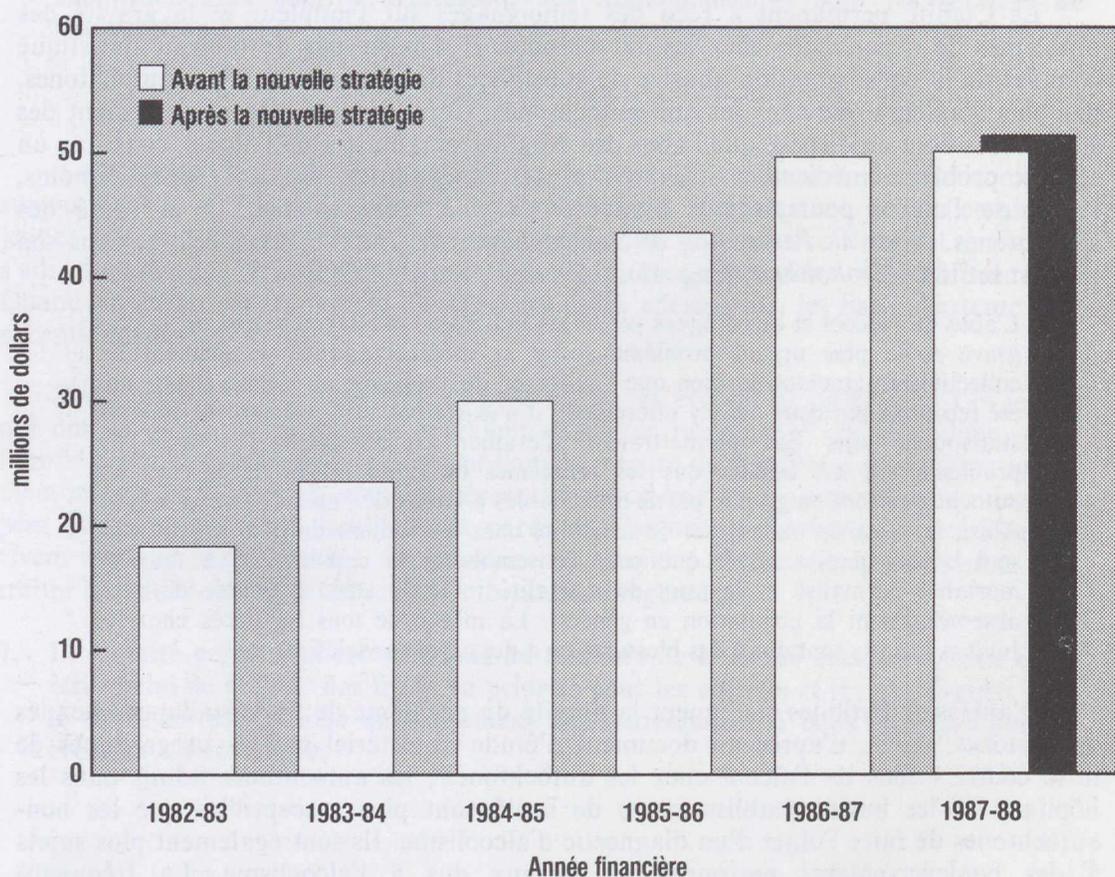
Les efforts du gouvernement fédéral pour lutter contre les problèmes de dépendance chez les Indiens et les Inuit passent principalement par le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA). Ce programme, établi en 1982, vise à réduire la consommation abusive de substances dangereuses parmi les communautés indiennes et inuit du Canada. Il prévoit une aide à l'intention des collectivités désireuses de mettre sur pied des programmes de prévention et de traitement.

Le coût estimatif du PNLAADA pour 1987-1988 est de 56 millions de dollars, lequel montant comprend une augmentation d'environ 1 million de dollars au titre de la nouvelle stratégie nationale de lutte contre la drogue (voir le tableau 7). De ce montant global, 52 millions sont versés sous forme de contributions aux bandes indiennes, aux

⁶ *Federation of Saskatchewan Indian Nations. Alcohol and Drug Abuse Among Treaty Indians in Saskatchewan: Needs Assessment and Recommendations for Change*, p. 112.

⁷ Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social et ministère des Affaires indiennes et du Nord. Document d'étude. *Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones*, février 1982.

Tableau 7
Effets de la stratégie nationale de lutte contre la drogue,
Budget du PNLAADA



Source : Santé et Bien-être social Canada

associations inuit et aux administrations locales. Ces fonds ne peuvent généralement servir qu'à financer des programmes à l'intention des Inuit et des Indiens inscrits vivant dans les réserves. Bien qu'une certaine aide ait été prévue au titre des programmes à l'intention des Indiens inscrits vivant en dehors des réserves, la durée du financement ne peut dépasser un an puisque le but est de faciliter la transition à un mode de vie urbain. Lorsqu'une aide financière au titre des programmes est accordée à des groupes d'Indiens non inscrits, la participation fédérale est fonction du pourcentage approximatif d'Indiens inscrits visés par les programmes en question.

Or, les problèmes de dépendance parmi les autochtones ne se limitent pas aux Inuit et aux Indiens inscrits vivant dans les réserves. Les témoignages qu'a reçus le Comité permanent indiquent que la consommation abusive de substances dangereuses et les problèmes médicaux et sociaux qui s'y rattachent sont plus fréquents parmi les autochtones, quel que soit leur statut, que parmi la population en général. Il a beaucoup été question de la tragédie survenue récemment à Peerless Lake, en Alberta, qui illustre de façon poignante les conséquences désastreuses de la consommation abusive de substances dangereuses chez les Indiens non inscrits du Canada. Le décès tragique de ces six personnes, mortes après avoir bu du liquide pour duplicateurs, a porté un dur coup aux familles éprouvées et à la collectivité.

Plusieurs des témoins qui ont comparu devant le Comité permanent ont discuté du partage des compétences en ce qui concerne le financement des programmes à l'intention des Indiens non inscrits et des Métis. Bien que le gouvernement fédéral ait assumé la responsabilité du financement des programmes destinés aux Inuit et aux Indiens inscrits vivant dans les réserves, il n'en est pas ainsi des autres autochtones qui continuent à relever de la compétence des gouvernements provinciaux. Quoi qu'il en soit, le Comité permanent estime que le gouvernement fédéral et les provinces doivent collaborer afin de favoriser l'accès à des programmes appropriés pour tous les autochtones du Canada, sans égard à leur statut juridique.

Le Comité permanent a appris des fonctionnaires du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social que le gouvernement fédéral accordait auparavant des fonds aux Indiens non inscrits et aux Métis par l'entremise du Programme de lutte contre l'abus de l'alcool chez les autochtones, qui est devenu depuis le PNLAADA. Dans un rapport publié en 1981, le Comité spécial concernant les invalides et les handicapés (Chambre des communes)⁸ a souligné qu'il existait une certaine confusion quant à l'admissibilité à l'aide financière fédérale, et il a recommandé d'axer le programme «sur le règlement des problèmes de toxicomanie chez les Indiens et les Inuit». Dans sa réponse au rapport, le gouvernement du Canada a indiqué son intention de mettre sur pied le nouveau PNLAADA⁹. Cependant, quand le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a cessé d'accorder une aide aux associations d'Indiens non inscrits et de Métis, aucune mesure n'a été prise pour s'assurer que les besoins des autochtones seraient satisfaits.

Même si, au Canada, la prestation de programmes de traitement contre la dépendance est principalement du ressort des provinces, celles-ci partagent avec le gouvernement fédéral la responsabilité du financement de ces programmes. Ainsi, dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre la drogue qu'il a annoncée dernièrement, le gouvernement fédéral pourrait verser jusqu'à 20 millions de dollars de fonds supplémentaires par année au titre de programmes à frais partagés visant à réduire la consommation abusive de substances dangereuses. Le gouvernement fédéral peut et doit s'assurer que ces fonds servent à combler les lacunes observées dans les services existants, notamment à répondre aux besoins des Indiens non inscrits et des Métis.

Étant donné que les fonds ainsi prévus au titre de programmes supplémentaires à frais partagés visent à répondre aux besoins, non seulement des Indiens non inscrits et des Métis, mais aussi d'autres groupes, tels que les jeunes, le gouvernement du Canada devrait bien s'assurer, de concert avec les provinces, que ces fonds supplémentaires soient suffisants pour donner l'extension voulue aux programmes de prévention, de traitement, de promotion et d'aide communautaire.

8. Le Comité permanent recommande :

- i) que le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social accorde une priorité élevée au financement de programmes de lutte contre la consommation abusive de substances dangereuses chez les Indiens non inscrits, dans le nouveau programme à frais partagés qui sera établi à cette fin;**

⁸ Comité spécial concernant les invalides et les handicapés. *Suite au rapport : Population autochtone*, décembre 1981.

⁹ Gouvernement du Canada. *Franchir les obstacles : Troisième rapport sur la réaction du gouvernement du Canada aux recommandations issues de l'Année internationale des personnes handicapées*, juin 1983.

- ii) **que tous les fonds prévus en vertu du nouveau programme soient versés aux provinces sous réserve qu'elles répondent aux besoins des Indiens non inscrits de leur territoire.**

Comme ce fut le cas pour les Indiens non inscrits et les Métis, le Comité permanent a entendu des témoignages selon lesquels le PNLAADA ne répond pas, de façon générale, aux besoins des Indiens inscrits vivant en dehors des réserves. M. Pat Shirt, directeur général du centre de traitement autochtone *Poundmakers Lodge*, à Edmonton, a souligné la nécessité d'accroître l'aide destinée aux Indiens vivant en milieu urbain. Dans les propos qu'il a tenus devant le Comité, M. Shirt a décrit Edmonton comme étant la plus grande «réserve» du Canada en raison de son pourcentage d'autochtones. Il a fait remarquer que cette forte concentration d'autochtones en milieu urbain rendait la prestation de services de traitement non seulement nécessaire, mais particulièrement rentable. À l'heure actuelle, les programmes destinés à ces autochtones ne sont généralement pas admissibles aux fonds accordés en vertu du PNLAADA.

Les programmes de traitement à l'intention des Indiens vivant en milieu urbain, comme ceux qui sont offerts par l'Association nationale des centres d'amitié et par le *Poundmakers Lodge*, s'adressent aussi bien aux Indiens inscrits qu'aux Indiens non inscrits et aux Métis. Santé et Bien-être Canada devrait encourager la prestation de tels programmes.

Pour venir en aide aux autochtones qui vivent en dehors des réserves, il faudrait mettre des fonds à la disposition d'une vaste gamme d'associations ayant la compétence et l'intérêt voulus pour s'attaquer à la toxicomanie chez les autochtones.

9. Le Comité permanent recommande :

- i) **que les objectifs du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA) soient modifiés de façon qu'il prévoie une aide à l'intention des Inuit et Indiens inscrits vivant en dehors des réserves;**
- ii) **que cette aide soit accordée à des groupes communautaires appropriés.**

Bien qu'ils se soient dits généralement satisfaits du PNLAADA, les représentants des groupes autochtones qui ont comparu devant le Comité ont critiqué certaines de ses modalités. La question qui les préoccupait avant tout était celle des priorités établies par le PNLAADA en ce qui concerne le financement des programmes. Les témoins ont dit qu'il fallait accorder plus d'importance aux programmes de prévention et de traitement offerts dans les collectivités. Ils ont notamment mentionné les unités de soins mobiles et les programmes visant à rehausser l'image que les autochtones ont d'eux-mêmes, à favoriser l'épanouissement des cultures autochtones, à assurer des services d'évaluation ou de consultation directe et à évaluer les programmes en place.

À l'heure actuelle, le PNLAADA fait appel au Conseil consultatif national des autochtones pour le conseiller en matière de financement des programmes. Le Comité permanent estime que le Conseil devrait examiner dans quelle mesure les priorités actuelles tiennent bien compte des besoins et qu'il devrait s'assurer que les fonds accordés sont répartis à toute la gamme des programmes requis.

Les témoins ont fait remarquer que le Conseil consultatif national des autochtones devrait être plus représentatif des autochtones des différentes régions du Canada. Si tous les autochtones étaient mieux représentés, le mandat du Conseil s'en trouverait élargi. Par ailleurs, les représentants qui siègent au Conseil devraient avoir une connaissance particulière des problèmes liés à l'abus des drogues et de l'alcool chez les autochtones du Canada.

10. Le Comité permanent recommande :

- i) **que le Conseil consultatif national des autochtones soit plus représentatif des différents groupes d'autochtones du Canada;**
 - ii) **que le PNLAADA établisse bien clairement, de concert avec ce nouveau Conseil consultatif national des autochtones au mandat élargi, les priorités pour le financement des programmes de lutte contre l'abus des drogues chez les autochtones;**
 - iii) **que les décisions relatives au financement de projets répondant à ces nouvelles priorités soient prises conjointement par le PNLAADA et le Conseil consultatif national des autochtones.**
-

LA CONDUITE EN ÉTAT D'ÉBRIÉTÉ

Le Comité permanent a entendu des témoignages inquiétants au sujet des conséquences tragiques de la conduite en état d'ivresse au Canada. Des statistiques fournies par M. John Bates, président de *People to Reduce Impaired Driving Everywhere* (PRIDE), donnent une idée de l'ampleur du carnage que l'ivresse provoque sur nos routes.

On estime que 2 500 Canadiens meurent chaque année victimes de l'ivresse au volant. À cela s'ajoutent 100 000 personnes qui sont gravement blessées ou rendues infirmes chaque année par des chauffeurs ayant consommé de l'alcool. On évalue à 1,5 milliard de dollars le coût que doivent assumer les compagnies d'assurance au seul titre des dommages matériels. Si l'on tient compte des heures de travail perdues, des frais de justice, des soins hospitaliers et médicaux, on pourrait facilement doubler ce chiffre.

Concrètement, ces statistiques évoquent les milliers de tragédies personnelles provoquées chaque année par des accidents de la circulation dans lesquels l'alcool est un facteur. On a toutefois des raisons d'être optimiste. On semble assister à une évolution des comportements depuis quelque temps, parce que le public est davantage conscient des risques que comporte la conduite sous l'influence de l'alcool ou d'autres drogues. Le nombre d'associations de citoyens préoccupés par ce problème, telles que PRIDE et *Students Against Drunk Driving*, est révélateur d'un changement d'attitude. Selon le président de PRIDE, M. John Bates, «personne ne considère plus aujourd'hui que la conduite en état d'ébriété est quelque chose d'acceptable, pas même les conducteurs ivres».

Des représentants de divers organismes ont réclamé de porter à 21 ans, dans tout le Canada, l'âge légal pour consommer de l'alcool. Parmi ces personnes, citons notamment le Dr Reginald Smart, directeur des études sur la prévention à la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, le sergent Michel Pelletier du Programme de sensibilisation aux drogues de la GRC, M. John Bates de *People to Reduce Impaired Driving Everywhere* et le Dr Allan Clews de la *B.C. Medical Association*. Pour certains de ces témoins, le relèvement de l'âge légal pour consommer de l'alcool n'est pas lié avant tout à la question de la conduite en état d'ébriété. Une telle mesure ferait plutôt partie d'une stratégie d'ensemble visant à réduire le nombre d'alcooliques. Ces témoins ont cité des chiffres montrant qu'on diminue la fréquence de la consommation excessive d'alcool et de l'utilisation d'autres drogues quand on relève l'âge de la première consommation d'alcool.

Certains témoins voient dans le relèvement de l'âge minimum un moyen de diminuer le nombre de conducteurs ivres et le nombre de victimes d'accidents provoqués par un conducteur ayant des facultés affaiblies. Même si ce raisonnement est appuyé par certaines données empiriques, il n'est pas nécessairement juste.

En 1972 et 1973, des chercheurs de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie ont étudié les conséquences de la décision prise par l'Ontario de ramener de 21 à 19 ans l'âge légal pour consommer de l'alcool. Dans les cinq premiers mois qui ont suivi l'entrée en vigueur de cette disposition, le nombre d'accidents de la route dans lesquels l'alcool avait joué un rôle a nettement augmenté¹⁰. De même, aux États-Unis, des études ont montré que les adolescents avaient davantage tendance à conduire dangereusement s'il leur était plus facile de boire.

¹⁰ Popham RE, Schmidt W & de Lint J. «The effects of legal restraint on drinking, *The biology of alcoholism*, vol. 4, B. Kissin & H. Begleiter, éd., New York, Plenum, 1976.

Certaines statistiques récentes montrent toutefois que les nouveaux buveurs, quel que soit leur âge, constituent un danger plus grand que les autres buveurs. Dans ce cas, le relèvement de l'âge minimum ne ferait que retarder l'apparition des problèmes dus aux nouveaux buveurs qui prennent le volant¹¹, ce qui aurait simplement pour effet de déplacer les risques dans une autre tranche d'âge, sans diminuer le nombre global des victimes d'accidents de la route. Une telle mesure pourrait également inciter des personnes qui sont considérées comme des adultes dans toutes les autres situations à boire clandestinement ou à défier ouvertement la loi. On risquerait ainsi d'encourager des attitudes envers l'alcool qui iraient à l'encontre des mesures incitant à boire modérément et raisonnablement.

Étant donné l'importance cruciale de cette question, il est impératif que le gouvernement fédéral et les provinces l'étudient avec la plus grande attention et vérifient dans quelle mesure le changement de l'âge minimum pour consommer de l'alcool peut faire baisser le nombre total de victimes d'accidents de la route. Ils pourront trouver pour cette étude un laboratoire naturel aux États-Unis, puisque ce pays vient de relever l'âge à partir duquel la consommation d'alcool est légale.

Il est clair qu'il appartient aux provinces de fixer l'âge minimum qu'il faut avoir pour consommer de l'alcool. À l'heure actuelle, cet âge est de 18 ou de 19 ans dans toutes les provinces et dans les territoires. Pour fixer à 21 ans l'âge minimum dans tout le Canada, il faudrait obtenir le consentement des provinces. Nous ignorons combien sont disposées à donner leur accord. Vu le manque de données montrant de façon convaincante que les victimes d'accidents de la route seraient moins nombreuses si l'on apportait un tel changement, il importe d'analyser soigneusement la relation entre ces deux éléments.

11. Le Comité permanent recommande au ministre des Transports de faire effectuer une étude sur les rapports entre l'âge à partir duquel la consommation d'alcool est légale et le nombre d'accidents et de victimes de la route.

Il n'a pas été prouvé que le relèvement de l'âge minimum permettrait de diminuer le nombre de personnes tuées ou blessées dans des accidents de la route. Par contre, il est évident que les jeunes conducteurs sont plus souvent impliqués que les autres dans de graves accidents. Le Comité n'ignore pas que la majorité des jeunes se comportent de façon responsable, mais il est également conscient de la nécessité de régler ce grave problème.

En Colombie-Britannique, un groupe de travail provincial a récemment publié un rapport sur la politique de la province envers l'alcool. Ce groupe de travail n'a pas préconisé de relever l'âge minimum pour consommer de l'alcool, mais il a recommandé d'apporter certaines modifications aux règles concernant les permis de conduire afin de réduire le nombre d'accidents de la route. Suivant en cela les conseils du Comité consultatif de l'Ontario sur la réglementation relative à l'alcool, le groupe de travail de la Colombie-Britannique a recommandé de «créer une nouvelle catégorie de permis de conduire avec période de probation et de prévoir dans le *Code de la route* une nouvelle infraction qui consisterait, pour les conducteurs en probation, à conduire avec une

¹¹ Asch P & Levy DT, Does the minimum drinking age affect traffic fatalities? *Journal of policy analysis and management*, 6(2), 1987, p. 180-192.

alcoolémie supérieure à zéro»¹². Cette nouvelle règle interdirait donc aux nouveaux conducteurs de prendre le volant après avoir bu même une très petite quantité d'alcool.

Le Comité permanent approuve cette façon de chercher à réduire le nombre d'accidents de la route. La création d'un permis de conduire temporaire qui interdirait aux nouveaux conducteurs et à ceux qui n'ont pas atteint l'âge légal de consommer de l'alcool, de conduire après avoir bu, ne pénaliserait pas les jeunes qui se comportent de façon responsable.

- 12. Le Comité permanent recommande aux provinces d'envisager, pour les nouveaux conducteurs, la création d'un système de permis de conduire temporaire en vertu duquel le fait de conduire un véhicule automobile en ayant un niveau d'alcool mesurable dans le sang constituerait une infraction pendant cette période de probation ou pour quiconque n'aurait pas atteint l'âge minimum auquel on est autorisé à boire de l'alcool dans la province.**

La conduite en état d'ébriété joue un rôle dans beaucoup d'accidents de la route qui font des victimes. Plus un conducteur a bu, plus il a des chances de provoquer un accident mortel (voir le tableau 8). La loi prévoit des sanctions pour la minorité de conducteurs dangereux à comportement anti-social qui continuent à conduire en état d'ébriété. Pour qu'une campagne de lutte contre la conduite en état d'ivresse soit efficace, le Comité permanent estime qu'il faudra appliquer plus rigoureusement la législation actuelle, imposer des peines uniformes, convaincre le public que le risque d'être appréhendé est réel, et faire en sorte que les policiers, les procureurs et les juges soient plus conscients de la gravité de l'infraction et de la nécessité d'appliquer la loi avec rigueur.

Le gouvernement fédéral a été l'artisan des dispositions du *Code criminel* qui énumèrent les infractions qui concernent la conduite avec des facultés affaiblies par une drogue, mais c'est aux provinces qu'il revient de les appliquer. Seule une collaboration étroite entre le gouvernement fédéral et les provinces permettra de lutter efficacement contre la conduite en état d'ébriété. Pour obtenir des résultats, il faut augmenter la probabilité qu'un conducteur en état d'ébriété soit repéré et, s'il l'est, se voie imposer les peines prévues dans la loi.

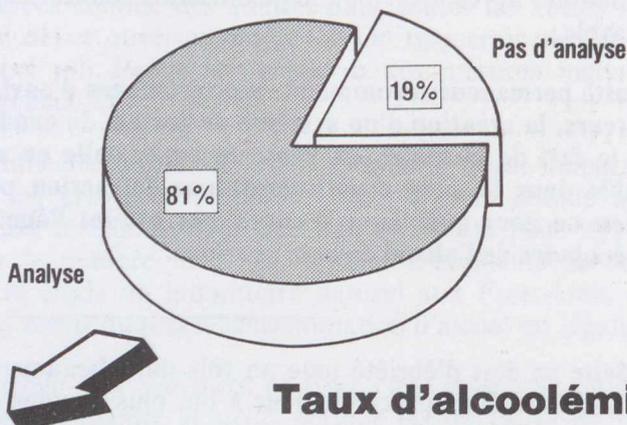
- 13. Le Comité permanent recommande au Solliciteur général du Canada et à ses homologues provinciaux de chercher à mettre en oeuvre ensemble une stratégie nationale de lutte contre la conduite en état d'ébriété. Cette stratégie devrait prévoir :**

- i) la multiplication des contrôles routiers afin de repérer les conducteurs en état d'ébriété;**
- ii) l'installation dans tous les véhicules de police d'un alcootest portatif;**
- iii) une peine minimum pour une deuxième condamnation qui refléterait la gravité de l'infraction de conduite en état d'ébriété;**
- iv) la sensibilisation du personnel policier à la gravité de l'infraction de conduite en état d'ébriété.**

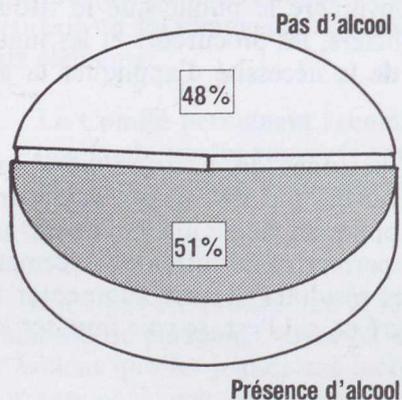
¹² Colombie-Britannique. «Liquor Policies for British Columbians», juin 1987, p. 56.

Tableau 8
Consommation d'alcool chez les conducteurs mortellement blessés (1985)

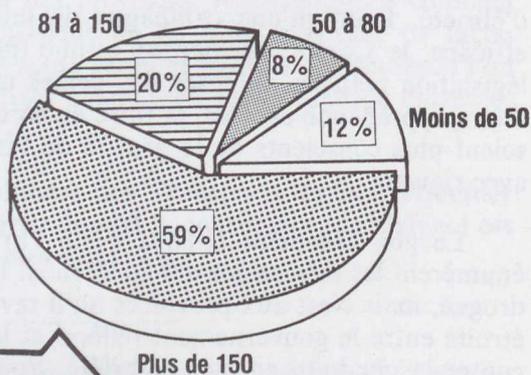
Conducteurs décédés dont le sang a été analysé



Conducteurs décédés qui avaient bu



Taux d'alcoolémie (mg/100ml)



Source : Traffic Injury Research Foundation

Certains témoins ont préconisé de prendre des mesures pour que tous les conducteurs impliqués dans des accidents de la route dans lesquels l'alcool a joué un rôle soient passibles des peines prévues par la loi. D'aucuns craignaient que les conducteurs qui, à cause de leurs blessures ou parce qu'ils sont trop ivres, sont incapables de consentir à ce qu'on effectue une analyse de leur sang ou de leur haleine n'échappent à des sanctions.

Depuis que le *Code criminel* a été modifié en 1985, les autorités policières peuvent obtenir rapidement d'un juge, grâce aux «télémandats», l'autorisation de saisir des éléments de preuve lorsque la situation le justifie. Les policiers peuvent obtenir par télémandat l'autorisation de faire une prise de sang à un conducteur impliqué dans un

accident de voiture. Cependant, le Comité a appris que ce mécanisme n'était pas utilisé de façon uniforme. Les autorités emploient les «télémandats» dans certains endroits mais pas dans d'autres.

14. Le Comité permanent recommande au Solliciteur général et à ses homologues provinciaux :

- i) **de vérifier dans quelle mesure on se sert de «télémandats» pour autoriser une personne qualifiée à faire les prises de sang nécessaires à des personnes qui sont soupçonnées d'avoir conduit en état d'ébriété et qui, à cause de leur ivresse, d'une blessure ou pour une autre raison, sont incapables d'autoriser la prise de sang ou de fournir un échantillon de leur haleine;**
- ii) **d'encourager les autorités policières à se servir des télémandats dans les circonstances appropriées.**

AU TRAVAIL

Il est incontestable que certains salariés consomment des drogues au travail et que cela leur cause de graves problèmes, ainsi qu'à leurs collègues et à leur employeur. Les gens ne laissent pas leurs problèmes chez eux quand ils se présentent au travail, de sorte que ceux qui ont des problèmes à la maison parce qu'ils prennent des drogues ont en général aussi des problèmes au travail.

En partie parce qu'on a beaucoup parlé ces derniers temps de la détection obligatoire des toxicomanes au travail et parce que le gouvernement des États-Unis vient de prendre des mesures dans ce sens, de plus en plus de gens se penchent au Canada sur la question de la consommation de drogues au travail.

Les rares données dont on dispose révèlent que les tendances sont à peu près les mêmes pour la consommation de drogues au travail et ailleurs dans la société. Ainsi, l'alcool est de loin la drogue la plus consommée au travail. L'abus de substances dangereuses par des salariés peut entraîner une baisse de productivité, un accroissement de l'absentéisme et une augmentation du nombre d'accidents et de journées d'incapacité de travail. Dans son énoncé de principes sur les tests antidrogues, le Congrès du travail du Canada reconnaît la gravité du problème de la consommation de drogues par les travailleurs canadiens :

Les coûts actuels reliés à l'abus de l'alcool et des drogues sont astronomiques. Ils peuvent être évalués en termes médicaux, sociaux et économiques, et se traduisent respectivement par des blessures, des maladies et décès, des problèmes matrimoniaux et émotifs, le chômage et la perte de productivité. Chaque profession, chaque métier, chaque degré de la hiérarchie syndicale-patronale et chaque région géographique du pays est touché par l'usage abusif de l'alcool et des drogues¹³.

L'utilisation de drogues sur les lieux de travail n'est pas sans conséquence pour le public. Beaucoup de témoins nous ont rappelé que la consommation de drogues par des employés du secteur des transports, par exemple, pouvait mettre le public en danger. D'après des statistiques établies par la Fondation de recherches sur les blessures de la route¹⁴, le pourcentage de chauffeurs de semi-remorque tués dans des accidents de la route parce qu'ils avaient bu était inférieur à celui des conducteurs d'automobile. Néanmoins, sur les 56 chauffeurs mortellement blessés sur lesquels des analyses de sang ont été effectuées en 1984 et 1985, 12 (21 p. 100) avaient consommé de l'alcool. Comme dans le cas des conducteurs d'automobile, les chauffeurs de poids lourd mortellement blessés avaient souvent un taux d'alcool élevé dans le sang.

Peu de témoins ont recommandé de soumettre systématiquement à des tests antidrogues les personnes qu'une entreprise emploie ou s'apprête à embaucher. Certains ont affirmé que des tests antidrogues obligatoires permettraient de dépister les toxicomanes et les alcooliques et de les obliger à se faire soigner, et protégerait ainsi le public et les autres employés en éliminant la consommation de drogues au travail. Il est toutefois intéressant de noter qu'aucun des témoins dont le rôle est de découvrir et de traiter les salariés qui abusent de drogues n'est en faveur de tests systématiques.

¹³ Congrès du travail du Canada. Énoncé de principes sur les tests antidrogues, décembre 1986, p. 1.

¹⁴ Donelson AC, Walsh PJ & Hass GC. *Consommation d'alcool par des personnes mortellement blessées dans des accidents de la route : 1985*, la Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, décembre 1986.

Plusieurs arguments contre les tests obligatoires ont été exposés au Comité. Dans son mémoire, M. Paul Welsh, directeur général du *Rideauwood Institute*, évoque certains problèmes soulevés par les tests de dépistage de la drogue :

Ces tests ne servent pas à déceler le taux d'alcool qu'il y a dans le sang, l'alcool étant le produit chimique qui cause le plus grand nombre d'accidents, de crimes et de problèmes médicaux, sociaux et professionnels. Un test de dépistage positif ne signifie pas qu'une personne manifeste des signes de dépendance à l'égard d'une drogue. Il se peut qu'il indique tout simplement que la personne a consommé des drogues une fois au cours des quatre à six semaines précédentes. Les tests de dépistage pour les drogues licites mais toxicomagènes sont de peu d'utilité puisque leur consommation est sanctionnée sur le plan médical et légal, même si elles sont potentiellement dangereuses... Les tests de dépistage sont peu fiables, mal vus et fournissent très peu de renseignements utiles, sauf dans quelques cas.

D'autres personnes s'occupant du traitement de toxicomanes se sont également prononcées catégoriquement contre les tests de dépistage.

Le Comité permanent a été fort troublé d'apprendre que les tests pourraient révéler la présence de drogue dans l'urine alors que ce ne serait pas le cas. Le risque d'obtenir des résultats erronés dépend de la méthode utilisée pour l'analyse d'urine.

Pour le dépistage systématique aux États-Unis, certains employeurs utilisent la technique du dosage immunologique. On crée les anticorps de certaines drogues avec des animaux de laboratoire, puis on ajoute ces anticorps aux échantillons d'urine. Si l'urine contient les drogues en question, il se produit une réaction qui peut être mesurée à l'aide d'enzymes. Cette méthode est moins fiable que d'autres. Cependant, comme ces tests coûtent nettement moins cher, les employeurs sont tentés de les utiliser pour le dépistage systématique.

Une méthode plus fiable de dépistage des drogues consiste à utiliser la chromatographie des gaz et la spectrométrie de masse (cg/sm). La chromatographie des gaz permet de séparer les différents éléments, et la spectrométrie de masse mesure le profil caractéristique du produit chimique. Le principal inconvénient de cette méthode, c'est son coût. À l'heure actuelle, un test de dépistage en deux étapes dans lequel seuls les échantillons réagissant positivement au dosage immunologique sont ensuite soumis au cg/sm coûte environ 35 \$ par personne.

Il a été prouvé que les laboratoires des États-Unis qui utilisent, pour des raisons de coût, la technique du dosage immunologique ont un taux d'erreur inacceptable. Les centres de lutte contre la maladie des États-Unis, en collaboration avec le *National Institute on Drug Abuse*, ont effectué des contrôles des laboratoires qui font régulièrement des tests de dépistage de drogue, et ils ont découvert que les résultats erronés, tant positifs que négatifs, étaient beaucoup trop fréquents¹⁵.

En parlant des tests obligatoires, M. Doug Hockley, directeur du Programme d'aide aux employés à la *British Columbia Telephone Company*, a affirmé que cela risquait de rendre d'autres méthodes moins efficaces :

L'idée d'une généralisation de ces tests me paraît abominable. C'est aussi extrêmement coûteux. Cela minerait tous les efforts qui ont été faits pour créer un climat d'entente entre le patronat et les travailleurs... Il serait beaucoup plus

¹⁵ Hansen HJ, Caudill SP & Boone DJ. «Crisis in drug testing: results of CDC blind study.» *Journal of the American Medical Association*, 252(16), 26 avril 1985, p. 2382-2387.

efficace d'avoir des surveillants et des représentants syndicaux qui soient formés pour reconnaître les signes de la toxicomanie... C'est sur ce front-là qu'il faut travailler, et les tests de dépistage ne seraient alors aucunement nécessaires.

Certains témoins se sont prononcés plutôt pour des tests obligatoires dans certaines circonstances exceptionnelles. Il existe en effet des situations où il en va de la sécurité du public ou des collègues de travail. Dans une série de recommandations sur le dépistage des drogues chez les salariés, la Fondation de la recherche sur la toxicomanie s'est prononcée contre le dépistage systématique, demandant à la place que l'on soumette à des tests seulement les employés dont le travail est insatisfaisant *et* dont le comportement au travail pourrait mettre d'autres personnes en danger¹⁶.

Le Comité permanent a étudié en long et en large les aspects techniques et éthiques extrêmement complexes qui entourent la question du dépistage obligatoire des drogues chez les salariés. Le Comité partage dans l'ensemble le point de vue de la Fondation sur le dépistage systématique de la présence de drogue chez les salariés. Cette question concerne *uniquement* la sécurité et la santé publique, et c'est dans cette perspective qu'il faut s'en préoccuper.

Un employeur a le devoir de prendre des précautions pour s'assurer que ses nouveaux employés possèdent les qualités voulues, et en particulier celui de vérifier toute conduite qui pourrait révéler la nécessité de soumettre l'employé à un test de dépistage. Par contre, il n'est ni raisonnable ni acceptable de faire passer ce genre de test à tous les candidats ou à un certain nombre pris au hasard.

15. Le Comité permanent recommande que les employeurs ne soumettent pas à des tests de dépistage des drogues tous les candidats à un emploi ou tous leurs employés, ni même une partie de ceux-ci choisis au hasard. C'est uniquement dans des situations exceptionnelles, lorsque la consommation de drogues par des employés constitue un risque réel sur le plan de la sécurité, que le Comité permanent recommande qu'on procède à des tests de dépistage dans les conditions suivantes :

- i) **il doit exister une raison, c'est-à-dire que l'employé doit avoir donné des signes montrant qu'il avait des facultés affaiblies ou qu'il avait du mal à s'acquitter de son travail;**
- ii) **la méthode de test doit être rigoureuse au point qu'il soit impossible de modifier, volontairement ou non, des éléments de preuve;**
- iii) **les échantillons doivent être prélevés d'une manière qui protège le droit à la vie privée et la dignité de la personne;**
- iv) **tous les résultats de tests positifs doivent être confirmés par la chromatographie des gaz/spectrométrie de masse, ou par d'autres tests tout aussi précis et spécifiques;**
- v) **les tests doivent permettre d'aider le salarié à trouver un traitement adéquat pour son genre de toxicomanie, le cas échéant. Les résultats des tests ne devront pas être utilisés comme éléments de preuve dans des poursuites au criminel;**

¹⁶ Fondation de la recherche sur la toxicomanie. *Employee-related drug screening: a public health and safety perspective*, mars 1987.

- vi) **les résultats des tests positifs et les confirmations devront être remis à un médecin reconnu, lequel aura l'aval de l'employé et de l'employeur. L'employé aura l'occasion de rencontrer le médecin ou de donner son avis sur les résultats positifs du test avant que le médecin ne recommande une ligne de conduite à l'employé et à l'employeur;**
- vii) **le cas échéant, tout test limité de dépistage de la drogue devra aussi servir à mesurer la consommation d'alcool.**

Le gouvernement fédéral est un employeur important au Canada. La façon dont il se comporte en tant qu'employeur influe sur la vie de centaines de milliers de Canadiens et sert de modèle à d'autres employeurs. Pour les cinq cent mille et quelques Canadiens qui travaillent dans la Fonction publique fédérale, dans les Forces armées canadiennes, à la GRC et dans nos sociétés de la Couronne, nos commissions et nos organismes, le Comité permanent recommande l'adoption d'une politique qui assurera un juste équilibre entre le bien-être des travailleurs et la nécessité de promouvoir la sécurité au travail.

16. Le Comité permanent recommande :

- i) **que la politique proposée dans la recommandation 15 soit mise en application immédiatement par des moyens appropriés pour toutes les personnes employées par le gouvernement fédéral, ses sociétés de la Couronne, ses organismes, conseils et commissions;**
- ii) **que le gouvernement du Canada étudie des mesures législatives visant à limiter et à contrôler le dépistage obligatoire des toxicomanes dans le secteur privé.**

Le Comité permanent a appris qu'il existe des façons plus positives de réduire l'abus des substances dangereuses au travail. Il y a lieu de se réjouir du développement des programmes d'aide aux employés et de l'esprit de collaboration avec lequel les patrons et les syndicats tentent de venir en aide aux employés perturbés.

Les programmes d'aide aux employés nécessitent la rédaction de lignes directrices afin de définir des règles précises conçues pour aider les travailleurs qui abusent de substances dangereuses. L'objet de ces lignes directrices est de déceler les problèmes rapidement et de donner aux employés les moyens d'obtenir de l'aide en protégeant le caractère confidentiel de leurs démarches. Ces programmes d'aide aux employés, qui sont souvent le résultat d'une collaboration entre les patrons et les syndicats, aident les travailleurs en difficulté à bénéficier des services de traitement et de réadaptation dont ils ont besoin.

Le Comité permanent a appris que les programmes d'aide aux employés donnaient dans l'ensemble d'excellents résultats. Ils permettent en effet de diminuer l'absentéisme, les accidents et le coût des soins médicaux, sans compter qu'ils améliorent la productivité et le moral des salariés. Les employés ont plus fréquemment recours à ces programmes quand ils sont le fruit d'une collaboration entre le patronat et les syndicats et quand les employés peuvent choisir la personne à qui s'adresser pour obtenir les conseils ou le traitement nécessaires.

À la lumière des renseignements obtenus, le Comité permanent estime que les salariés dont le travail se ressent d'un abus de drogues devraient pouvoir profiter d'un programme d'aide aux employés. Le renvoi de l'employé ne devrait être envisagé qu'en dernier ressort, après une participation à un programme d'aide et après une période de suspension non rémunérée, le cas échéant. Le Comité souhaite que les programmes d'aide aux employés se généralisent au Canada et que le gouvernement du Canada fasse en sorte que tous les employés qui relèvent de lui aient accès à des programmes de ce genre.

- 17. Le Comité permanent recommande que tous les salariés qui relèvent du gouvernement fédéral puissent participer à des programmes d'aide aux employés et que, dans la mesure du possible, ces programmes soient le fruit d'une collaboration entre les patrons et les travailleurs.**
-

Non seulement le gouvernement fédéral devrait permettre à ses employés en difficulté de profiter de programmes d'aide aux employés, mais dans certains cas il devrait aussi rendre ces programmes accessibles aux membres de la famille immédiate. C'est notamment le cas lorsqu'une famille vit à l'écart à cause de l'emploi d'un de ses membres, ou encore quand il est difficile aux membres de la famille immédiate de se tisser un réseau de relations dans la localité à cause de déménagements trop fréquents. Ainsi, la famille des membres des Forces armées canadiennes devrait pouvoir bénéficier des programmes d'aide aux employés.

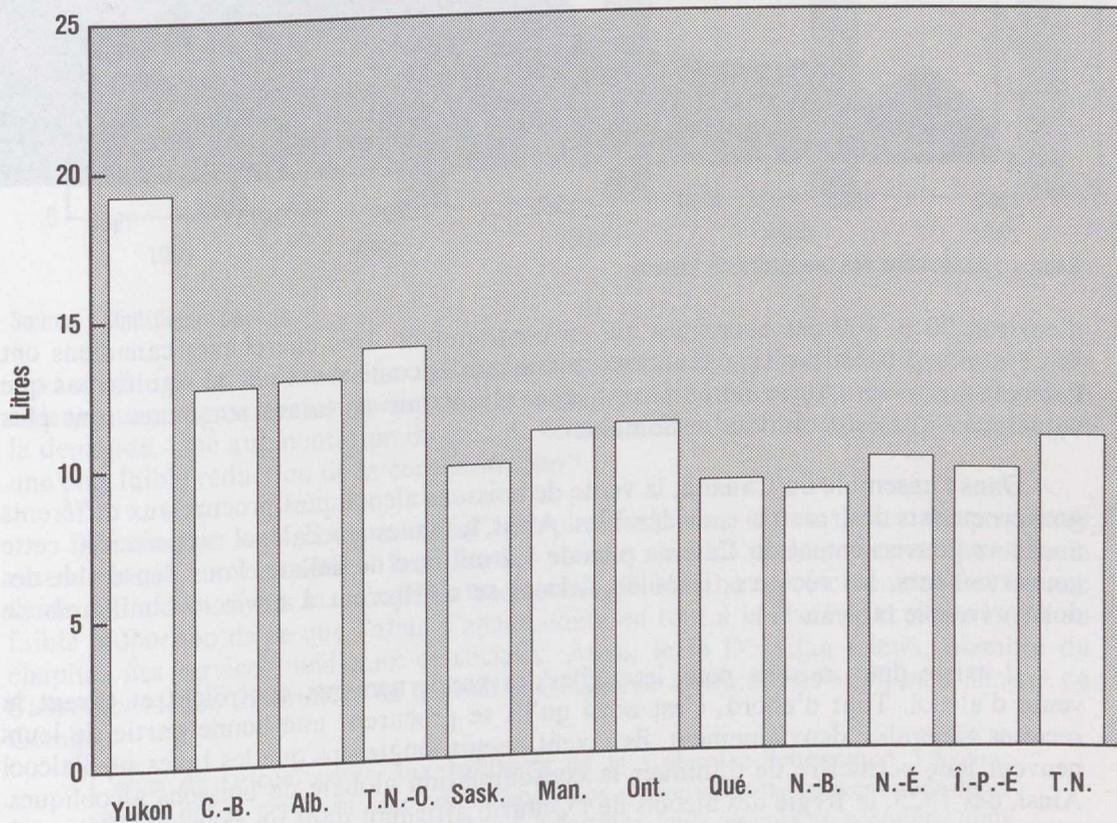
- 18. Le Comité permanent recommande d'offrir les programmes d'aide aux employés, aux membres de la famille immédiate des employés du gouvernement fédéral qui, à cause de leur emploi, déménagent fréquemment ou vivent dans des localités isolées.**

L'ALCOOL

L'alcool occupe une place unique parmi les drogues pouvant faire l'objet d'une consommation abusive. La majorité des Canadiens trouvent normal que des adultes consomment de l'alcool, alors qu'il en va différemment des autres drogues. Plus de 80 p. 100 des Canadiens de plus de 15 ans boivent de l'alcool, et le pourcentage dépasse même 90 p. 100 chez les jeunes adultes. L'alcool est présent dans de nombreuses réunions sociales et c'est un élément du mode de vie de la majorité des gens.

Si l'on se fie à des données de Statistique Canada qui remontent à 1984, les Canadiens consomment chaque année plus de 8 litres d'alcool par personne, ce qui représente environ 11 litres pour chaque canadien de plus de 15 ans. La consommation d'alcool varie d'une province à l'autre, mais on peut dire que dans l'ensemble c'est dans la région de l'Atlantique qu'elle est la plus faible et dans l'Ouest qu'elle est la plus élevée (voir le tableau 9). Après des années d'augmentation régulière, la consommation moyenne d'alcool est en baisse depuis 1980 (voir le tableau 10).

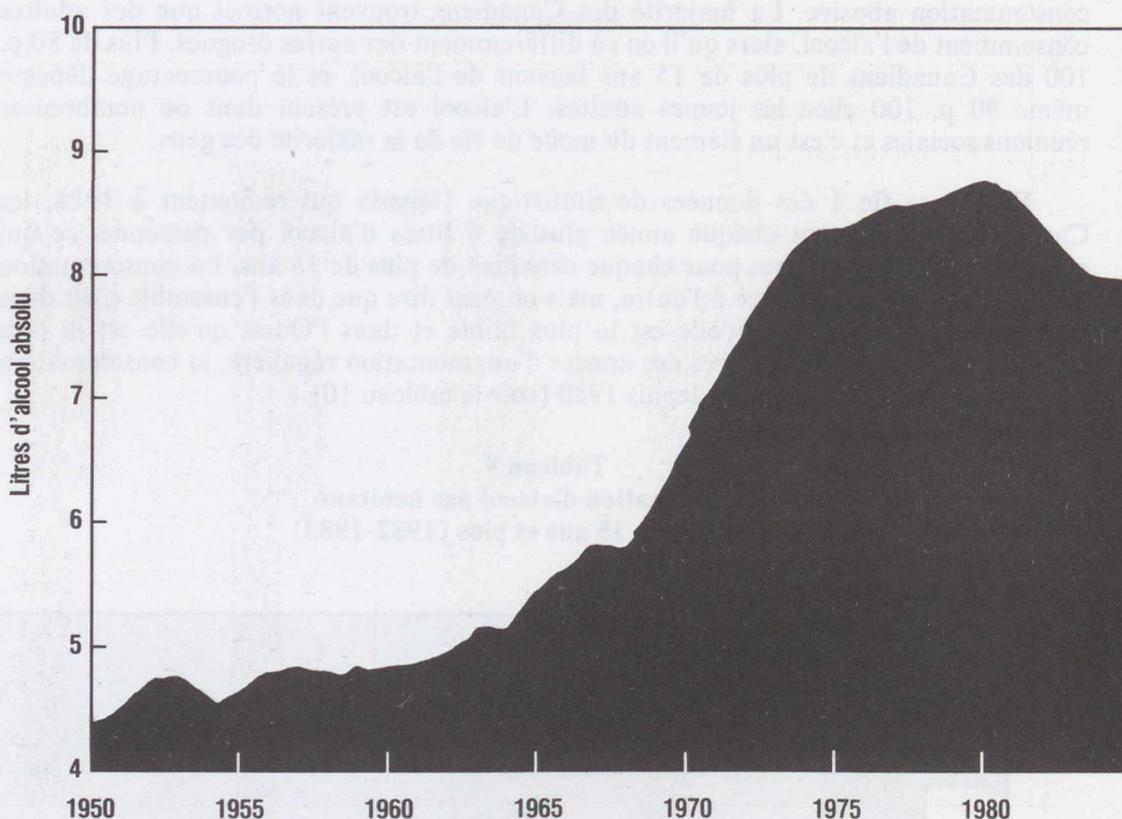
Tableau 9
Consommation d'alcool par habitant
Personnes de 15 ans et plus (1982-1983)



Source : Statistique Canada

Chez la plupart des Canadiens qui se comportent de façon responsable, la consommation de boissons alcooliques n'entraîne pas de problèmes médicaux ou sociaux. Des témoins ont déclaré au Comité que l'alcool ne nuit aucunement à la santé

Tableau 10
Consommation d'alcool par habitant au Canada



Source : Association des brasseurs du Canada

d'environ 90 p. 100 des personnes qui en consomment. Des chercheurs canadiens ont fait état d'une prédisposition génétique possible à l'alcoolisme. Cela ne signifie pas que l'alcoolisme a des causes héréditaires, mais plutôt que certaines personnes sont plus vulnérables que d'autres dans ce domaine.

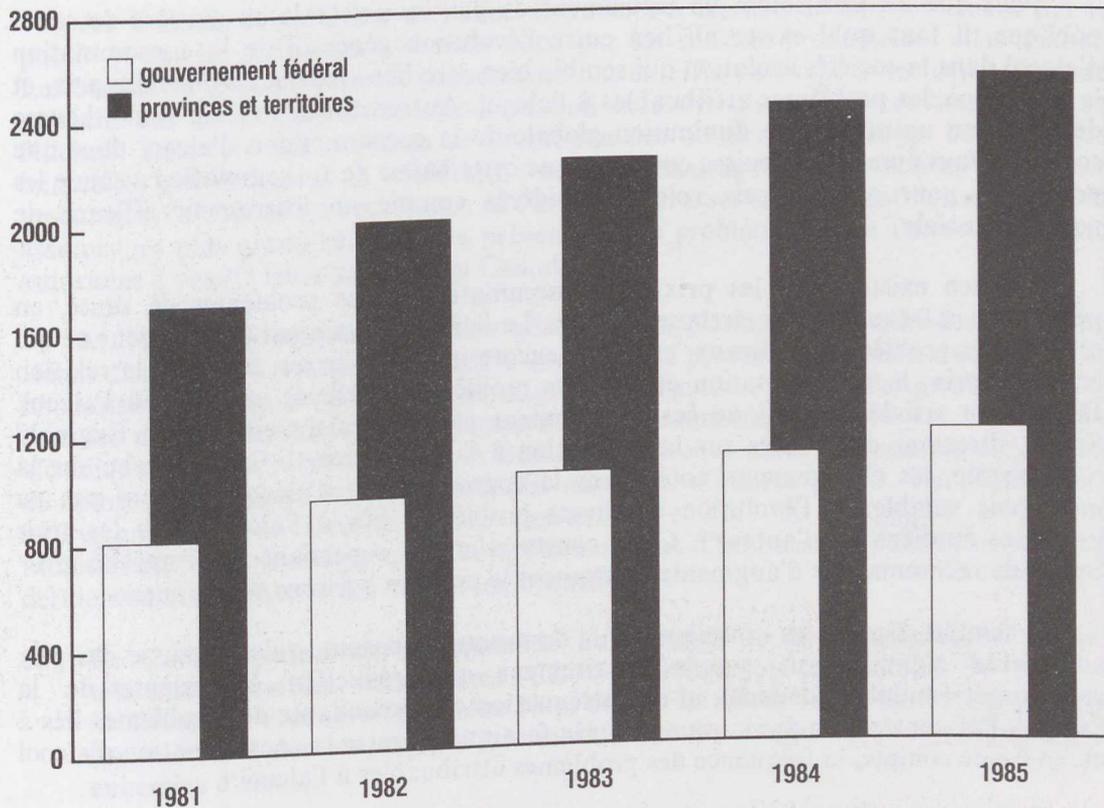
Dans l'ensemble du Canada, la vente de boissons alcooliques procure aux différents gouvernements des recettes considérables. Ainsi, les taxes sur l'alcool rapporteront cette année au gouvernement du Canada plus de 1,2 milliard de dollars. Pour l'ensemble des gouvernements, les recettes tirées de l'alcool se chiffreront à environ 4 milliards de dollars (voir le tableau 11).

Il existe deux raisons pour lesquelles les gouvernements contrôlent et taxent la vente d'alcool. Tout d'abord, c'est ainsi qu'ils se procurent une bonne partie de leurs recettes générales; deuxièmement, ils savent depuis longtemps que les taxes sur l'alcool peuvent leur permettre de diminuer la consommation globale de boissons alcooliques. Ainsi, dès 1929, la Régie des alcools de l'Ontario affirmait dans un rapport qu'il ne fait «aucun doute que la consommation augmente quand les prix sont bas et diminue quand ils sont élevés».

Certains faits viennent confirmer l'existence d'un lien entre la consommation et le prix de l'alcool. Les fluctuations de la demande dépendent de l'évolution des prix, mais cette relation n'est pas parfaite. Par exemple, des changements de prix influenceront

Tableau 11
Recettes gouvernementales tirées de l'alcool

(en millions de dollars)



Source : Statistiques Canada

davantage sur la demande de spiritueux que sur la consommation de bière¹⁷. Par ailleurs, une augmentation des prix ne se traduit pas par une diminution équivalente de la demande. Une augmentation du prix de vente au détail entraîne proportionnellement une plus faible réduction de la consommation¹⁸.

Des témoins ont recommandé d'agir plus fortement sur le levier du prix pour restreindre la consommation. Les recettes visibles que les gouvernements tirent de la vente de l'alcool et des taxes sur les boissons alcoolisées ne représentent en fait qu'une faible proportion de ce que l'abus d'alcool coûte en tout à la société, et notamment au chapitre des services médicaux et sociaux. Ainsi, le Dr Allan Clews, membre du *Substance Abuse Committee* de la *British Columbia Medical Association*, a déclaré au Comité :

L'abus de l'alcool coûte aux habitants de la Colombie-Britannique 5 \$ pour chaque dollar perçu en taxe sur l'alcool. Les gouvernements peuvent réduire la consommation d'alcool tout en défrayant certains coûts sociaux qu'entraîne l'abus de l'alcool en augmentant les taxes sur l'alcool. La quantité d'alcool consommé

¹⁷ Makela K, et al. *Alcohol, society, and the state: a comparative study of alcohol control*, à Toronto, Fondation de la recherche sur la toxicomanie, 1981.

¹⁸ Horgan MM, Sparrow MD & Brazeau R. *International survey alcoholic beverage taxation and control policies: Sixth Edition*, Association des brasseurs du Canada, janv. 1986.

dans une société donnée, et cela est important... est proportionnelle au montant du revenu disponible et inversement proportionnelle au prix de l'alcool. En outre, dans une société donnée, le nombre de problèmes liés à l'alcool est proportionnel à la quantité totale d'alcool consommé.

Pour que les prix soient un instrument de politique valable en matière de santé publique, il faut qu'il existe un lien entre l'évolution générale de la consommation d'alcool dans la société, évolution qui semble bien être liée aux fluctuations des prix, et la fréquence des problèmes attribuables à l'alcool. Autrement dit, même si une hausse de prix peut entraîner une diminution globale de la consommation d'alcool dans une société, il faut aussi qu'on puisse constater que cette baisse de consommation atténue les problèmes pour que les prix soient considérés comme un instrument efficace de politique sociale.

Un lien existe entre les prix, la consommation et les problèmes de santé, en particulier la fréquence des cirrhoses du foie. Le lien n'est pas aussi évident pour ce qui est d'autres problèmes médicaux, et il l'est encore moins en ce qui concerne la relation entre les prix, la consommation et d'autres problèmes attribués en partie à l'alcool. D'après un article scientifique écrit récemment par un des témoins, le Dr Reginald Smart, directeur des études sur la prévention à la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, les changements notés dans la consommation d'alcool n'étaient pas un indicateur valable de l'évolution de divers problèmes liés à l'alcool dans les trois provinces étudiées par l'auteur¹⁹. Cette constatation n'a cependant pas empêché le Dr Smart de recommander d'augmenter fortement le prix des boissons alcooliques.

Il semble, d'après les renseignements dont nous disposons, qu'une hausse des prix acceptable n'entraînerait pas nécessairement une réduction équivalente de la consommation globale d'alcool, ni une atténuation correspondante des problèmes liés à l'alcool. Par contre, une diminution des prix ferait augmenter la consommation d'alcool et, en fin de compte, la fréquence des problèmes attribuables à l'alcool.

Si l'on veut utiliser de façon raisonnable la fiscalité pour influencer la consommation d'alcool, il faut tenir compte du fait que les Canadiens trouvent normal de boire de l'alcool, du moins modérément. Cela fait partie de notre mode de vie. Par conséquent, des taxes extrêmement élevées seraient jugées inacceptables par bien des Canadiens, sans compter qu'elles risqueraient de toucher surtout les personnes qui ne boivent pas exagérément; si c'était le cas, on n'obtiendrait pas ainsi un effet aussi positif sur la santé et l'on encouragerait la création d'entreprises illégales.

En fin de compte, il ne faut pas diminuer les prix au point d'encourager une consommation d'alcool excessive, ni les porter à des sommets, ce qui serait contraire aux souhaits de l'immense majorité des Canadiens. Les gouvernements doivent prendre des mesures pour promouvoir la santé publique sans pour autant indisposer la population en portant trop atteinte à ses libertés.

19. Le Comité permanent recommande au gouvernement fédéral de maintenir les taxes sur les boissons alcooliques à un niveau suffisant pour que le prix de l'alcool ne diminue pas par rapport aux revenus réels des particuliers.

¹⁹ Smart RG. «Changes in alcohol problems as a result of changing alcohol consumption: a natural experiment», *Drug and alcohol dependence*, 19, 1987, p. 91-97.

Certains témoins ont réclamé que la publicité sur les boissons alcooliques soit davantage réglementée. Ils ont préconisé toutes sortes de mesures allant de l'obligation faite aux publicistes de se montrer plus responsables jusqu'à l'interdiction absolue de toutes les formes de publicité sur l'alcool.

Au Canada, le problème de l'abus de l'alcool a été abordé non seulement par le public et par les professionnels, mais aussi par les sociétés productrices elles-mêmes. Les brasseries et les distilleries canadiennes ont en effet participé à des campagnes de publicité sur les dangers d'une consommation excessive d'alcool. Il convient de les en féliciter. Toutefois, les annonces de promotion des boissons alcooliques dépassent de loin celles qui incitent à la modération ou qui encouragent les personnes ayant une tendance à l'alcoolisme à rechercher de l'aide. Les brasseries et les distilleries devraient assumer un plus grand rôle dans la prévention des problèmes liés à l'alcool pour être autorisées à vendre leurs produits au Canada.

M. Howard Greenstein, directeur général de la *Saskatchewan Alcohol and Drug Abuse Commission*, a appris au Comité que, dans sa province, de nouveaux règlements imposaient un certain nombre de messages d'information sur les dangers de l'alcool dans les médias électroniques, en fonction de la quantité de publicité sur les boissons alcooliques. Les radiodiffuseurs de la Saskatchewan sont tenus de consacrer 15 p. 100 du temps de publicité sur l'alcool à des messages d'intérêt public. Le principe est intéressant, mais le Comité désire s'assurer que c'est la compagnie et non le radiodiffuseur qui assumera les coûts de ces messages d'information publique et que ces derniers seront diffusés à des heures opportunes.

- 20. Le Comité permanent recommande au Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes (CRTC) d'obliger les producteurs de boissons alcooliques à consacrer au moins 15 p. 100 de la valeur totale de leurs publicités sur l'alcool à des messages d'information sur les dangers d'une consommation excessive d'alcool.**

Plusieurs témoins ont préconisé que le gouvernement du Canada rende obligatoire la présence de vignettes de mise en garde sur les bouteilles de boissons alcooliques. Leur argument consiste à dire que, même si la consommation d'alcool est acceptable dans la société, l'alcool est une substance qui peut être dangereuse et que ceux qui en boivent devraient donc être avertis du danger. En présentant cet argument, M. John Bates, président de *People to Reduce Impaired Driving Everywhere*, a rappelé au Comité que «même sur les boîtes de comprimés d'AAS ou de remèdes contre la grippe on doit expliquer comment utiliser le produit sans danger». Ce n'est pas le cas des boissons alcooliques.

D'après lui, les étiquettes des boissons alcooliques devraient comporter une mise en garde au sujet du risque d'accoutumance à l'alcool, des dangers de la conduite en état d'ébriété, des risques pour le fœtus et d'autres conséquences d'une consommation abusive d'alcool.

- 21. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de veiller à ce que des vignettes de mise en garde soient apposées sur toutes les boissons alcooliques.**

LA RÉDUCTION DE L'OFFRE

Pour faire diminuer l'abus des substances dangereuses et atténuer ses conséquences, il est certain que nos efforts doivent viser surtout à faire baisser la demande; mais il est également important de continuer de tenter de restreindre l'offre de drogues illicites. Comme on le mentionne dans l'introduction du rapport, des témoins venant d'horizons très divers ont affirmé au Comité qu'il était crucial d'élaborer de nouvelles stratégies de réduction de la demande, plus efficaces, si l'on veut s'attaquer au problème avec des chances de réussite. Cependant, des témoins ont aussi déclaré qu'il fallait multiplier les moyens utilisés pour réduire l'offre, pour appliquer la loi et pour rendre moins lucratif le trafic des drogues illicites.

La consommation de drogues illicites est un problème international qui préoccupe des gens dans le monde entier. C'est pourquoi l'Organisation des Nations Unies a rédigé deux conventions internationales sur les stupéfiants. Le Canada, qui est signataire de la première convention de l'ONU sur les stupéfiants, a annoncé, dans le cadre de la Stratégie nationale de lutte contre la drogue, son intention de signer la deuxième convention de l'ONU sur les drogues psychotropes (1971).

Il s'agit d'un problème international dans le sens où presque toutes les drogues illicites consommées au Canada proviennent de l'étranger. Le trafic de la drogue est dominé par le crime organisé. Les dirigeants des réseaux internationaux de trafic de drogues courent en fait très peu de risques, alors que les profits sont considérables. Afin de tarir les sources d'approvisionnement, la GRC et les Douanes canadiennes collaborent avec les pays producteurs et avec ceux qui servent de plaque tournante pour tenter de saisir les drogues illégales. Il importe de renforcer ces activités.

Les membres de la GRC qui ont témoigné devant le Comité permanent ont expliqué que leur objectif était surtout d'identifier et d'arrêter les gros trafiquants de drogues. Le Comité trouve normal qu'un corps policier national ait comme priorité de lutter contre la criminalité nationale et internationale au plus haut niveau. La lutte à ce niveau est toutefois difficile et nécessite d'importantes ressources policières. Par ailleurs, bien que la GRC s'intéresse avant tout aux gros trafiquants, 65 p. 100 des personnes contre lesquelles elle porte des accusations sont poursuivies pour simple possession de cannabis²⁰. Le Comité estime que la GRC, dans l'utilisation de ses ressources nationales consacrées à la lutte contre le trafic des drogues, doit accorder la priorité absolue aux grands trafiquants internationaux.

Dans le cadre de sa nouvelle Stratégie nationale de lutte contre la drogue, le gouvernement du Canada a annoncé des mesures destinées à renforcer les moyens mis à la disposition des organismes nationaux chargés de l'application de la loi et des activités antidrogues. La GRC et les Douanes canadiennes ont reçu des années-personnes supplémentaires pour pouvoir obtenir plus facilement des renseignements sur les trafiquants et saisir des drogues illicites.

Au niveau local, c'est en premier lieu aux corps policiers provinciaux et locaux qu'il incombe de faire appliquer la loi. Pour que leur travail soit plus efficace, il faut que ces organismes bénéficient de la collaboration de la GRC et puissent obtenir rapidement les renseignements dont ils ont besoin. Le travail de la police au niveau local doit absolument résulter d'une coordination des efforts. Il convient d'encourager les corps policiers qui travaillent de concert à éliminer ce qui fait double emploi et à

²⁰ Canada. *Rapport annuel national sur les drogues 1985-1986 et Indicateurs de tendances d'ici 1988*, Ottawa, GRC, 1985.

maximiser leur efficacité. De plus, la GRC devrait aider davantage les polices provinciales et locales notamment pour l'enseignement des méthodes de détection des drogues et intensifier les enquêtes sur les profits du trafic des drogues.

On sait qu'il existe un lien entre l'usage des drogues, y compris la consommation excessive d'alcool, et les crimes n'ayant pas de liens avec la drogue. Le Service correctionnel du Canada estime que, dans les pénitenciers fédéraux, près de 70 p. 100 des détenus ont de graves problèmes par suite d'un abus de substances dangereuses. Dans le cadre de la Stratégie nationale de lutte contre la drogue, on apprendra au personnel des pénitenciers à déceler les signes d'un abus de substances dangereuses et à aider les détenus à suivre des programmes pour se soigner avant et après leur libération.

Les profits du trafic des drogues illicites

Dans des pays comme le Canada, la demande de drogues a entraîné la création d'un réseau international d'approvisionnement en drogues illicites, qui se charge à la fois de la fabrication de la drogue et de son importation en fraude. Les profits du trafic des drogues sont considérables. Dans un mémoire remis au Comité permanent, le surintendant en chef R. Stamler de la GRC a parlé en ces termes de la rentabilité du trafic international des drogues illicites :

Le trafic des drogues est l'activité criminelle la plus lucrative... Le cultivateur de pavot illicite ne touche que quelques milliers de dollars pour sa récolte annuelle, tandis que les réseaux du crime organisé qui veillent au traitement, au transport et à la vente de l'héroïne empochent des milliards de dollars exempts d'impôt annuellement.

Il existe en droit canadien un principe selon lequel les criminels ne doivent pas profiter de leurs crimes. Il faudrait que ce principe soit appuyé sans restriction par des lois susceptibles d'éliminer le profit du trafic des drogues illicites. D'après le surintendant Stamler, ce n'est pas toujours le cas :

Ceux qui financent ces réseaux et les chefs de ces groupes criminels internationaux courent très peu de risques, car certains ne sont jamais en contact avec la drogue. Dans de telles circonstances, les réseaux de trafiquants ne peuvent que s'épanouir et continuer à satisfaire à la demande de drogues.

Dans l'optique de la nouvelle Stratégie nationale de lutte contre la drogue, le ministre de la Justice a déposé un projet de loi qui permettrait de saisir les profits du trafic des drogues illicites et qui est conforme aux conseils que différents porte-parole d'organismes policiers ont donnés au Comité permanent. Le Comité permanent regrette pourtant que la mesure législative proposée n'oblige pas les institutions financières présentes au Canada à rendre compte des grosses transactions en espèces, qu'elles soient faites en dollars canadiens ou en devises. Une telle disposition n'entraverait nullement les transactions commerciales légitimes; elle ne ferait «qu'attirer l'attention» des policiers et des douaniers sur certaines transactions en espèces.

L'Association des banquiers canadiens a déclaré catégoriquement que les banques canadiennes ne se chargeraient pas «de faire la chasse aux criminels». L'Association a rappelé que les banques avaient le devoir de garder confidentielles les informations fournies par leurs clients, affirmant qu'une banque ne communiquerait des renseignements sur un compte à un organisme policier que si la loi l'y contraignait. Le problème, de l'avis du Comité, c'est qu'on ne pourrait obliger une banque à agir de la sorte s'il n'avait déjà été prouvé que certaines personnes avaient profité d'un crime. En outre, le Comité s'inquiète du fait que rien n'oblige les banques à tenir des dossiers qui facilitent

les enquêtes de la police et qui soient faciles à consulter, ni à les garder pendant une période suffisante pour les besoins des policiers.

Plusieurs témoins ont parlé au Comité permanent des résultats obtenus aux États-Unis avec une loi qui oblige les banques à conserver les relevés de toutes les transactions en espèces dépassant 100 \$ et à faire rapport de toutes les transactions en espèces d'au moins 10 000 \$. Ce système a permis d'aider la police, les douanes et les tribunaux à découvrir et à saisir les profits du trafic des drogues.

En vertu de la *Loi sur les banques*, les banques canadiennes doivent tenir des relevés des transactions en espèces, mais rien ne les oblige actuellement à signaler les grosses transactions en espèces ou à en faire un relevé.

- 22. Le Comité permanent recommande au ministre de la Justice de déposer un projet de loi obligeant les institutions financières présentes au Canada à divulguer au gouvernement fédéral toutes les transactions en espèces d'au moins 10 000 \$ effectuées en dollars canadiens ou en devises, étant entendu que ces institutions devront établir les relevés bancaires destinés à cette fin d'une façon décrite dans les règlements de manière à faciliter le dépistage des produits du crime.**

L'attirail des toxicomanes

Le fait qu'on puisse se procurer facilement et légalement «tout l'attirail» du toxicomane inquiète vivement les porte-parole des organismes policiers et des associations de parents qui s'occupent du problème de la drogue. L'attirail en question comprend le matériel et les produits servant à fabriquer et à consommer des drogues illicites. Les deux groupes précités trouvaient particulièrement regrettable la présence de «boutiques» pour toxicomanes dans de nombreuses villes canadiennes. Ces boutiques sont des entreprises commerciales dont l'activité principale est la vente de l'attirail du toxicomane, ainsi que d'autres articles décrivant son utilisation ou incitant à consommer des drogues illicites. Ces boutiques vendent par exemple des balances pour peser les stupéfiants, le matériel nécessaire pour diluer la cocaïne et d'autres drogues, des pipes à hachisch, des capsules vides pouvant être remplies de stupéfiants et d'autres objets destinés à la consommation de drogues illicites.

L'interdiction de ces «boutiques» a été réclamée par les membres de la GRC, de l'Association canadienne des chefs de police, de l'Association des chefs de police de l'Ontario, d'*Alcohol and Drug Concerns Inc.*, de *Parents Against Drug Abuse*, du Conseil des directeurs d'écoles secondaires de l'Ontario, de l'*Ontario Association of Home and School Associations* et de l'organisme *Youth Alcohol and Drug Community Action*. Le message qui est donné aux jeunes, d'après ces associations, est en contradiction flagrante avec l'existence même de ces boutiques. En effet, alors que les éducateurs et les parents incitent les adolescents à ne pas consommer de drogues illicites, la société tolère l'exposition et la vente d'articles pour toxicomanes. Aux yeux de ces témoins, la présence de ces boutiques et les objets qui y sont exposés donnent une image trop séduisante de la drogue et de la toxicomanie.

Voici ce qu'a déclaré à ce sujet au Comité permanent le Commissaire adjoint D. Heaton de la GRC :

À mon avis, si l'on veut vraiment régler le problème de la toxicomanie, c'est bien là qu'il faut commencer. Il est un peu contradictoire de mener des campagnes

antidrogues orientées vers nos jeunes gens et de tolérer des commerces qui, par leur marchandises, documentation, articles et matériels, encouragent et facilitent la consommation de ces substances dangereuses et illicites. Le paradoxe est tellement évident. Ces commerces exploitent l'image réelle ou fausse que les jeunes se font de la drogue, leur communiquant des messages qui vont à l'encontre de ce que l'on devrait leur enseigner.

Il est difficile de légiférer pour interdire carrément les articles utilisés par les toxicomanes, car ceux-ci ont en général d'autres applications, légitimes et sans rapport avec la drogue. Un projet de loi devrait donc avoir pour objet la fermeture des «boutiques spécialisées» et non l'interdiction des articles eux-mêmes. La loi doit être rédigée de manière qu'on puisse s'en prendre aux entreprises qui rendent séduisante la consommation des drogues illicites et qui la facilitent.

- 23. Le Comité permanent recommande au ministre de la Justice de rédiger, en collaboration avec ses homologues provinciaux, une mesure législative ayant pour but la fermeture des entreprises commerciales dont la principale activité est la vente d'articles pour toxicomanes et de documents qui expliquent comment s'en servir ou qui incitent à consommer des drogues illicites.**

Les médicaments vendus sur ordonnance

Le Comité permanent a entendu parler de problèmes résultant de l'abus de médicaments vendus sur ordonnance. L'augmentation du nombre de personnes ayant une dépendance à la fois à l'alcool et aux médicaments d'ordonnance a amené des témoins à remettre en question la façon de procéder de certains médecins. Le Comité permanent a appris qu'il était difficile de repérer les patients qui consultent différents médecins afin d'obtenir plusieurs ordonnances pour un même problème médical.

À l'heure actuelle, le Bureau des drogues dangereuses du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social se charge de contrôler les ordonnances de médicaments narcotiques au Canada. Le Comité trouve cependant que les activités de ce service sont beaucoup trop restreintes. Seul un petit nombre de médicaments faisant l'objet d'abus sont soumis à des contrôles. Le Comité permanent juge donc nécessaire d'élaborer un système qui permette de contrôler l'utilisation de tous les médicaments psychotropes vendus sur ordonnance.

Ces contrôles permettront d'obtenir des données précises sur l'ampleur du phénomène, qu'on ne possède pas pour le moment. Nos connaissances épidémiologiques proviennent en grande partie de recherches plutôt que de l'observation de la façon dont les médecins établissent leurs ordonnances. Un mécanisme de contrôle devrait permettre de repérer plus facilement les personnes qui, grâce à des ordonnances multiples, obtiennent des médicaments supplémentaires pour leur usage personnel ou pour les remettre sans autorisation à d'autres personnes. Un tel mécanisme aiderait aussi les académies de médecine et de chirurgie à surveiller le comportement de leurs membres dans ce domaine et à prendre des mesures correctives le cas échéant ou à concevoir des messages d'information qui s'adressent aux personnes voulues.

Le Comité permanent sait qu'il ne sera pas facile d'élaborer un système national de surveillance des médicaments vendus sur ordonnance. À l'heure actuelle le seul système provincial complet de cette nature est celui de la Saskatchewan. Il pourrait servir de modèle. En Alberta, l'Académie de médecine et de chirurgie a créé un dispositif de contrôle plus limité qui touche dix médicaments analgésiques vendus sur ordonnance.

Il importe de concevoir un mécanisme national permettant de protéger la vie privée des patients et de répondre aux besoins des médecins et des pharmaciens. L'information devra être obtenue rapidement et d'une manière qui ne complique pas exagérément la tâche des professionnels de la santé. Enfin, le système de contrôle des ordonnances ne devra pas coûter trop cher.

24. **Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de charger un groupe d'experts d'étudier la possibilité de créer des normes nationales applicables à des systèmes de contrôle provinciaux des médicaments psychotropes vendus sur ordonnance, et de présenter des recommandations sur la mise en place de tels systèmes.**

LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Les personnes qui abusent de substances dangereuses reçoivent des soins médicaux beaucoup plus souvent que la moyenne des gens. Plusieurs études ont montré que le nombre d'hospitalisations est fortement lié à la consommation excessive d'alcool. Le Dr Ken Thornton, chef du Service de la médecine de laboratoire à la *Greater Victoria Hospital Society*, a communiqué au Comité permanent les résultats d'une «enquête non officielle» menée auprès des patients dans un hôpital de Victoria (Colombie-Britannique) :

[Il a été établi] que plus de 20 p. 100 des adultes hospitalisés souffraient de dépendance à l'alcool et cela a été confirmé, bien sûr, par les écrits des chercheurs. La représentation de ces cas dans les hôpitaux dépasse évidemment toute proportion raisonnable et il en est de même de leur utilisation des services médicaux.

Les employés des services médicaux sont dans une situation privilégiée pour prévenir et traiter les problèmes de drogues. Ils entrent régulièrement en contact avec des alcooliques aux différentes étapes de l'évolution de la maladie. De plus, le Comité permanent a appris que les cabinets de médecins soignaient de plus en plus souvent des personnes consommant plusieurs drogues. Des témoins ont parlé plus spécialement de gens qui ont une dépendance à l'alcool et à des médicaments vendus sur ordonnance, notamment à des tranquillisants courants.

Une amélioration de la formation des professionnels de la santé permettrait de régler plusieurs problèmes. Tout d'abord, ces spécialistes ont malheureusement trop souvent tendance à nier l'existence du problème. C'est ce que le Dr Thornton a appelé une «conspiration du silence», en expliquant que les professionnels de la santé, parce qu'ils consomment eux-mêmes de l'alcool, hésitaient à voir des alcooliques en certains de leurs patients. Il est donc essentiel qu'ils se rendent compte qu'ils sont en mesure de jouer un rôle dans la prévention et le traitement.

Deuxièmement, il est nécessaire de donner aux professionnels de la santé une formation supplémentaire pour les aider à découvrir assez tôt les problèmes de drogue, puis à les régler. Certains professionnels hésitent à s'attaquer à ces problèmes, soit parce qu'ils ont l'impression qu'une partie d'entre eux sont insolubles, soit à cause d'une intervention technologique insuffisante ou des réactions négatives de certains patients.

Des témoins ont aussi affirmé au Comité qu'il convenait de mieux préparer les médecins à faire des ordonnances, parce qu'ils ont trop tendance à prescrire des médicaments psychotropes.

Malgré l'importance qu'on devrait accorder à l'abus des substances dangereuses dans la pratique de la médecine au Canada, cette question est à peine effleurée dans les différents cycles d'études médicales et dans la formation permanente. Les témoins ne s'entendaient pas tous sur le moment où l'on devrait l'approfondir au cours des études, mais ils reconnaissaient dans l'ensemble la nécessité de le faire.

M. Marvin Burke, directeur général de la *Nova Scotia Commission on Drug Dependency*, est l'un de ceux qui ont abordé la question :

Il convient de former les médecins. Il faut les amener à comprendre ce problème, à comprendre que la collectivité dispose de nombreux services avec qui ils pourraient collaborer. Il est essentiel que ce problème soit abordé non pas dans une faculté de médecine, mais dans toutes les facultés du Canada.

Le Comité permanent reconnaît la nécessité de donner une formation supplémentaire non seulement aux futurs professionnels de la santé, mais également à ceux qui travaillent déjà dans ce domaine.

25. **Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de réunir un comité constitué de représentants des associations professionnelles qui s'occupent de la formation des professionnels de la santé. Ce comité, en collaboration avec des spécialistes du problème de l'abus des substances dangereuses, déterminera les améliorations à apporter à la formation des professionnels et recommandera des changements dans les programmes afin qu'on insiste davantage sur le dépistage rapide de l'alcoolisme et de la toxicomanie, sur l'attitude à adopter face à ces problèmes et sur les traitements à prescrire.**

L'ÉVALUATION DES PROGRAMMES

Plusieurs témoins ont parlé au Comité de la nécessité d'évaluer les programmes. Ainsi, M^{me} Maggie Hodgson, directrice générale du *Nechi Institute on Alcohol and Drug Education*, a recommandé avec conviction d'accroître les efforts faits pour évaluer les programmes. Dans son propre programme, l'application des recommandations résultant d'une évaluation précédente a permis à l'organisme d'accroître sa productivité de 166 p. 100 tout en diminuant ses coûts de 12 p. 100. Le Comité convient qu'il ne faut pas s'attendre à obtenir souvent de tels résultats, mais il croit que les données de l'évaluation peuvent néanmoins permettre de mieux comprendre le fonctionnement des programmes et de l'améliorer.

Ces évaluations procureront aux responsables d'un service les renseignements nécessaires pour établir les priorités de façon rationnelle et pour redistribuer les ressources en fonction de l'évolution des besoins des clients. On pourra ainsi découvrir et mettre au point les méthodes les plus efficaces tout en s'efforçant d'utiliser les ressources à meilleur escient.

- 26. Le Comité permanent recommande d'effectuer une évaluation des activités et des répercussions de tous les nouveaux programmes de prévention, de traitement et de réadaptation qui concernent l'abus des substances dangereuses et qui sont financés au moins en partie par le gouvernement fédéral.**

Il faudrait donner aux responsables des programmes l'occasion d'apprendre quels sont les objectifs et les méthodes d'une évaluation. Les programmes donnent de meilleurs résultats lorsqu'ils sont revus en permanence et modifiés selon les besoins. Il faudrait également donner aux responsables des services les moyens de suivre leurs programmes et leurs clients, d'analyser les résultats de leurs efforts et d'évaluer les possibilités de changement des activités. De cette façon, le travail d'évaluation serait plus étroitement lié au fonctionnement quotidien du service.

À propos de la nécessité de donner aux prestataires de services les compétences nécessaires pour faire des évaluations, M^{me} Hodgson a affirmé qu'il ne suffisait pas d'enseigner les méthodes d'évaluations aux intéressés, car ces derniers doivent également être sensibilisés aux questions locales et au développement socio-éducatif. Il est possible de parvenir à ce résultat si les prestataires de services reçoivent une formation et participent au travail d'évaluation.

- 27. Le Comité permanent recommande au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social de donner une formation sur l'évaluation des programmes aux organismes socio-éducatifs dont il subventionne les programmes.**

CENTRE NATIONAL DE LUTTE CONTRE L'ABUS DES SUBSTANCES DANGEREUSES

D'un bout à l'autre du Canada, des progrès ont été réalisés sur le plan des programmes de prévention, des méthodes de traitement et de réadaptation, des techniques d'évaluation et des recherches. Au niveau provincial, ces progrès ont été réalisés par les conseils de la toxicomanie et par les ministères de la Santé, des Services sociaux et de l'Éducation. Dans le secteur privé, on a assisté à une extension des programmes axés sur l'aide aux employés et la promotion de la santé. Dans les universités, les travaux de recherche pure et appliquée ont également permis de réaliser des progrès.

L'expérience, les compétences spécialisées et les connaissances des Canadiens dans ce domaine devraient être considérées comme une ressource nationale. Il est urgent de diffuser les informations les plus complètes possibles et de créer une tribune permanente sur les questions relatives à la consommation abusive de substances dangereuses. Nos efforts à ce chapitre devraient prendre une dimension nationale.

Le Canada possède de nombreux centres très répartis. Ainsi, la Fondation de recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie, premier organisme s'occupant de toxicomanie à être désigné par l'Organisation mondiale de la santé comme «centre d'excellence» et comme centre de collaboration pour les recherches sur la dépendance, s'est taillée une réputation mondiale grâce à ses travaux dans les domaines biomédical, social et épidémiologique. Les réalisations du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (mise sur pied de programmes de traitement adaptés aux besoins culturels), les réussites du conseil de l'alcoolisme et de la toxicomanie de l'Alberta (production de matériel destiné à l'éducation du public) et les activités de développement communautaire du conseil de la dépendance de la Nouvelle-Écosse montrent bien l'importance, le caractère innovateur et l'excellence du travail qui se fait à l'échelle nationale.

Le Comité permanent a entendu les représentants des conseils provinciaux de la toxicomanie parler de la nécessité de mettre sur pied un organisme national de lutte contre l'abus des substances dangereuses. Dans une certaine mesure, l'absence d'un tel organisme a amené la Fondation de recherche sur la toxicomanie à jouer un rôle national. Cependant, le Comité sait très bien que la Fondation n'a pas de mandat national ni international. C'est pourquoi la présidente de la Fondation, M^{me} Joan Marshman, a uni sa voix à celle des autres directeurs de conseils provinciaux de la toxicomanie pour exhorter le Comité à envisager la création d'un nouvel organisme national de lutte contre l'abus des substances dangereuses.

Outre qu'il servirait à assurer la liaison entre les provinces et le gouvernement fédéral et à favoriser la collaboration des provinces entre elles, un tel organisme pourrait également, comme l'ont proposé certains témoins, réunir des représentants du secteur privé, des milieux syndicaux et des associations bénévoles.

Pour éviter le double emploi, il faudrait que les ressources qui existent à l'heure actuelle au Canada, que ce soit dans le domaine de la formation professionnelle, de la recherche, de l'évaluation de programmes, de la prévention ou de l'information du public, soient regroupées. Il faudrait faire en sorte que les divers centres de grande réputation puissent servir tous les Canadiens.

Dans le cadre de la Stratégie nationale de lutte contre la drogue, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a créé un groupe de travail chargé de voir par quels moyens on pourrait s'assurer que l'expertise et l'expérience acquises dans ce domaine profitent à l'ensemble du Canada et donner un caractère permanent aux efforts pour favoriser la recherche et prévenir l'abus des substances dangereuses. Le Comité permanent s'inquiète du fait que l'on n'ait peut-être pas donné à ce groupe de travail les outils nécessaires pour créer et maintenir un centre national sur la consommation abusive de substances dangereuses. Ainsi, le gouvernement n'a prévu que 1,4 million de dollars pour la Stratégie nationale de lutte contre la drogue au cours des quatre premières années de sa mise en oeuvre et il n'a prévu aucun crédit budgétaire pour la cinquième et dernière année de son engagement initial à cet égard.

La création d'un organisme national n'exige pas forcément l'affectation de sommes importantes, mais elle nécessite par contre un engagement durable de la part du gouvernement du Canada. Le Comité permanent estime que ce dernier doit dès maintenant engager les fonds nécessaires au maintien d'un centre national de lutte contre l'abus des substances dangereuses. S'il indique qu'il cessera de financer la Stratégie nationale de lutte contre la drogue avant même la fin des cinq premières années de son existence, il n'encourage guère les provinces, le secteur privé, les milieux syndicaux et les autres qui pourraient participer aux activités d'un organisme national.

- 28. Le Comité permanent recommande au gouvernement du Canada de prolonger les crédits annoncés au titre de la «Perspective nationale sur l'abus des drogues» pour couvrir les cinq années de son engagement initial à l'égard de la stratégie nationale de lutte contre la drogue.**
- 29. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social d'envisager la création d'un centre national de lutte contre l'abus des substances dangereuses. Ce centre national, dont l'administration serait assurée par des représentants du gouvernement fédéral, des gouvernements provinciaux, du secteur privé, des milieux syndicaux et des associations bénévoles, serait chargé :**
 - i) d'effectuer des travaux de recherche fondamentale et appliquée sur l'abus des substances dangereuses et de favoriser les efforts en ce sens;**
 - ii) de diffuser de l'information sur l'abus des substances dangereuses;**
 - iii) d'entreprendre des activités visant à sensibiliser le public et à prévenir l'abus des substances dangereuses;**
 - iv) de favoriser l'application des nouvelles connaissances acquises dans le domaine aux fins des programmes cliniques, des programmes de prévention et des travaux de recherche.**

Priorités de recherche

De toute évidence, il faut approfondir les connaissances en ce qui concerne l'abus des substances dangereuses. Les témoins que nous avons entendus dans les différentes régions du Canada ont parlé de domaines importants qui devraient faire l'objet de recherches plus poussées. Notre manque de connaissances touche tous les aspects de cette question complexe. Nous n'en savons pas assez sur les causes de la consommation abusive de substances dangereuses. Il nous faut explorer davantage l'efficacité des

efforts de prévention actuels ainsi que les perspectives de succès des approches en cours d'élaboration. Nous ne possédons pas suffisamment d'information sur l'ampleur du phénomène de la dépendance ni sur les caractéristiques de la population touchée. Il nous faut procéder à un examen plus approfondi des méthodes de traitement et accroître les efforts pour assurer aux patients le traitement le mieux adapté à leurs besoins.

Le Comité permanent reconnaît, à la recommandation 1, la nécessité d'approfondir les recherches sur les causes de l'abus des substances dangereuses, mais il existe aussi d'autres aspects du problème qui doivent être étudiés en priorité.

Il est important de connaître l'ampleur des problèmes de dépendance et leur répartition parmi la population de manière à mieux orienter les efforts de prévention et de traitement. En outre, de telles données permettent d'évaluer l'efficacité des approches utilisées. Quand il a voulu examiner l'ampleur du problème, le Comité permanent a constaté qu'une bonne partie des données dont il aurait eu besoin n'existaient pas. Le plus souvent, les données épidémiologiques de base étaient ou bien inexistantes ou bien incomplètes.

S'adressant au Comité, M. Harold Kalant, de la Fondation de recherche sur la toxicomanie, a souligné l'importance de pouvoir s'appuyer sur des données épidémiologiques :

En ce qui concerne les problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, que l'on ne peut étudier logiquement dans un contexte local, les autorités nationales et internationales responsables — et, dans le contexte de cette audience, le gouvernement fédéral — peuvent jouer un rôle très important s'ils le veulent pour appuyer la recherche à long terme dans les domaines dont a parlé M. Smart. Cette recherche n'aurait pu être faite sans un engagement quelconque en vue de rassembler les données sur plusieurs années et être ainsi en mesure de déterminer les tendances, et de le faire avec des techniques normalisées de façon à pouvoir interpréter et comparer les renseignements recueillis au cours des diverses enquêtes.

Plusieurs provinces s'occupent de recueillir des données épidémiologiques, mais il n'existe aucune méthode généralement reconnue ni aucun intervalle fixe établi à cette fin à l'échelle nationale, et les efforts déployés varient d'une province à l'autre. Par conséquent, on ne dispose que de données incomplètes. Bien qu'il existe des données sur la consommation totale d'alcool, par exemple, on ne saurait dire avec exactitude dans quelle mesure cette consommation varie en fonction de facteurs clés, tels que l'âge. Quant aux drogues illicites, nos connaissances sont encore plus insuffisantes. Bien souvent, les enquêtes sont faites selon des méthodes différentes, ce qui ne favorise guère les recoupements ni les comparaisons d'une période à une autre ou d'une région géographique à une autre.

M. Guy Charpentier, directeur général du Pavillon Jellinek, a fait part au Comité d'une enquête réalisée dans les écoles en 1984. Même s'il serait utile de répéter cette enquête afin de vérifier l'évolution des tendances, les coûts occasionnés seraient trop élevés.

La Fondation de recherche sur la toxicomanie effectue régulièrement des enquêtes ponctuelles. Ses enquêtes auprès des ménages, dont la dernière remonte à 1984, visent un échantillon de personnes âgées d'au moins 15 ans. Des enquêtes ponctuelles sont également réalisées tous les deux ans auprès des étudiants du niveau secondaire en Ontario. Cette approche a été adoptée aux États-Unis, où l'on effectue maintenant des enquêtes périodiques auprès des ménages et dans les écoles.

Pour assurer l'efficacité des méthodes utilisées et l'optimisation des modestes ressources consacrées au traitement et à la prévention, il faudrait pouvoir compter sur une base de données plus complète et à jour. Il est important que les efforts soient orientés de manière à répondre aux besoins et que les résultats obtenus soient largement connus. Le Comité permanent est d'avis que le nouveau centre national de lutte contre l'abus des substances dangereuses pourra jouer un rôle à cet égard en établissant une base de données nationale.

- 30. Le Comité permanent recommande que le nouveau centre national de lutte contre l'abus des substances dangereuses constitue une base de données nationale sur la consommation abusive de ces substances, où seraient notamment consignés les résultats d'enquêtes nationales systématiques auprès des ménages et dans les écoles.**

Des recherches se poursuivent dans toutes les provinces du Canada. Pour que les efforts déployés soient efficaces et prennent une dimension vraiment nationale, il faudrait multiplier les échanges et assurer la communication systématique des résultats. Ainsi, ceux qui envisagent de mettre sur pied des programmes de prévention dans les écoles devraient avoir accès aux résultats les plus récents des recherches faites sur l'efficacité de divers modèles de programmes. De même, les responsables de programmes de traitement qui cherchent à mettre au point des mécanismes d'évaluation devraient être au courant des mécanismes d'évaluation élaborés et mis à l'essai dans le cadre de programmes semblables. Plus il y aura d'échanges, plus les programmes seront efficaces et rentables.

Il est important de faire connaître les résultats des recherches en cours. Ainsi, il faudrait non seulement fournir des rapports présentés sous une forme normalisée, mais aussi procurer sur demande de l'information sur diverses questions de recherche. Le nouveau centre national pourrait notamment être appelé, par son mandat, à jouer un rôle important afin d'assurer aux professionnels de la santé et des services sociaux, aux éducateurs, aux scientifiques, aux responsables de l'élaboration et de l'application de la politique de l'État ainsi qu'aux membres du grand public l'information dont ils ont besoin sur la consommation abusive de substances dangereuses.

- 31. Le Comité permanent recommande que le nouveau centre national de lutte contre l'abus des substances dangereuses établisse un mécanisme pour assurer la diffusion d'informations nationales et internationales sur l'abus de l'alcool et d'autres substances dangereuses.**

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

Prévention

1. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de financer des recherches sur les causes de l'abus des drogues au moyen du Programme national de recherche et de développement en matière de santé.
2. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de créer, avec le concours des provinces, un nouveau programme dont les frais seraient partagés à parts égales et qui comporterait des crédits supplémentaires pour la prévention de l'abus des substances dangereuses.
3. Le Comité permanent recommande de mettre à la disposition d'organismes professionnels et socio-éducatifs, par l'intermédiaire des autorités provinciales compétentes, une partie des fonds du programme de prévention envisagé.
4. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de consacrer en priorité aux enfants et aux adolescents les fonds du programme de prévention de l'abus des substances dangereuses.
5. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de négocier avec la Fondation de la recherche sur la toxicomanie et avec les autorités provinciales compétentes en vue d'étendre l'utilisation de la ligne d'information sur les drogues et l'alcool de la Fondation.

Les traitements et la réadaptation sociale

6. Le Comité permanent recommande que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social entame des discussions avec les provinces en vue de créer à Santé et Bien-être social Canada un programme à frais partagés (50-50) doté de crédits supplémentaires pour le traitement des toxicomanes et pour les services de réadaptation.
7. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de prévoir des fonds en priorité pour les enfants et les adolescents dans le cadre du programme de traitement des toxicomanes à frais partagés dont la création est envisagée.

Programmes de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones

8. Le Comité permanent recommande :
 - i) que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social accorde une priorité élevée au financement de programmes de lutte contre la consommation abusive de substances dangereuses chez les Indiens non inscrits dans le nouveau programme à frais partagés qui sera établi à cette fin;
 - ii) que *tous* les fonds prévus en vertu du nouveau programme soient versés aux provinces sous réserve qu'elles répondent aux besoins des Indiens non inscrits de leur territoire.
9. Le Comité permanent recommande :
 - i) que les objectifs du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA) soient modifiés de façon qu'il

prévoit une aide à l'intention des Inuit et Indiens inscrits vivant en dehors des réserves;

ii) que cette aide soit accordée à des groupes communautaires appropriés.

10. Le Comité permanent recommande :

i) que le Conseil consultatif national des autochtones soit plus représentatif des différents groupes d'autochtones du Canada;

ii) que le PNLAADA établisse bien clairement, de concert avec ce nouveau Conseil consultatif national des autochtones au mandat élargi, les priorités pour le financement des programmes de lutte contre l'abus des drogues chez les autochtones;

iii) que les décisions relatives au financement de projets en répondant à ces nouvelles priorités soient prises conjointement par le PNLAADA et le Conseil consultatif national des autochtones.

La conduite en état d'ébriété

11. Le Comité permanent recommande au ministre des Transports de faire effectuer une étude sur les rapports entre l'âge à partir duquel la consommation d'alcool est légale et le nombre d'accidents et de victimes de la route.

12. Le Comité permanent recommande aux provinces d'envisager, pour les nouveaux conducteurs, la création d'un système de permis de conduire temporaire en vertu duquel le fait de conduire un véhicule automobile en ayant un niveau d'alcool mesurable dans le sang constituerait une infraction pendant cette période de probation ou pour quiconque n'aurait pas atteint l'âge minimum auquel on est autorisé à boire de l'alcool dans la province.

13. Le Comité permanent recommande au Solliciteur général du Canada et à ses homologues provinciaux de chercher à mettre en oeuvre ensemble une stratégie nationale de lutte contre la conduite en état d'ébriété. Cette stratégie devrait prévoir :

i) la multiplication des contrôles routiers afin de repérer les conducteurs en état d'ébriété;

ii) l'installation dans tous les véhicules de police d'un alcootest portatif;

iii) une peine minimum pour une deuxième condamnation qui refléterait la gravité de l'infraction de conduite en état d'ébriété;

iv) la sensibilisation du personnel policier à la gravité de l'infraction de conduite en état d'ébriété.

14. Le Comité permanent recommande au Solliciteur général et à ses homologues provinciaux :

i) de vérifier dans quelle mesure on se sert de «télémandats» pour autoriser une personne qualifiée à faire les prises de sang nécessaires à des personnes qui sont soupçonnées d'avoir conduit en état d'ébriété et qui, à cause de leur ivresse, d'une blessure ou pour une autre raison, sont incapables d'autoriser la prise de sang ou de fournir un échantillon de leur haleine;

- ii) d'encourager les autorités policières à se servir des télémandats dans les circonstances appropriées.

Au travail

15. Le Comité permanent recommande que les employeurs ne soumettent pas à des tests de dépistage de drogues tous les candidats à un emploi ou tous leurs employés, ni même une partie de ceux-ci choisis au hasard. C'est uniquement dans des situations exceptionnelles, lorsque la consommation de drogues par des employés constitue un risque réel sur le plan de la sécurité, que le Comité permanent recommande qu'on procède à des tests de dépistage dans les conditions suivantes :

- i) il doit exister une raison, c'est-à-dire que l'employé doit avoir donné des signes montrant qu'il avait des facultés affaiblies ou qu'il avait du mal à s'acquitter de son travail;
- ii) la méthode de test doit être rigoureuse au point qu'il soit impossible de modifier, volontairement ou non, des éléments de preuve;
- iii) les échantillons doivent être prélevés d'une manière qui protège le droit à la vie privée et la dignité de la personne;
- iv) tous les résultats de tests positifs doivent être confirmés par la chromatographie des gaz/spectrométrie de masse, ou par d'autres tests tout aussi précis et spécifiques;
- v) les tests doivent permettre d'aider le salarié à trouver un traitement adéquat pour son genre de toxicomanie, le cas échéant. Les résultats des tests ne devront pas être utilisés comme éléments de preuve dans des poursuites au criminel;
- vi) les résultats des tests positifs et les confirmations devront être remis à un médecin reconnu, lequel aura l'aval de l'employé et de l'employeur. L'employé aura l'occasion de rencontrer le médecin ou de donner son avis sur les résultats positifs du test avant que le médecin ne recommande une ligne de conduite à l'employé et à l'employeur;
- vii) le cas échéant, tout test limité de dépistage de la drogue devra aussi servir à mesurer la consommation d'alcool.

16. Le Comité permanent recommande :

- i) que la politique proposée dans la recommandation 15 soit mise en application immédiatement par des moyens appropriés pour toutes les personnes employées par le gouvernement fédéral, ses sociétés de la Couronne, ses organismes, conseils et commissions;
- ii) que le gouvernement du Canada étudie des mesures législatives visant à limiter et à contrôler le dépistage obligatoire des toxicomanes dans le secteur privé.

17. Le Comité permanent recommande que tous les salariés qui relèvent du gouvernement fédéral puissent participer à des programmes d'aide aux employés et que, dans la mesure du possible, ces programmes soient le fruit d'une collaboration entre les patrons et les travailleurs.

18. Le Comité permanent recommande d'offrir les programmes d'aide aux employés, aux membres de la famille immédiate des employés du gouvernement fédéral qui, à cause de leur emploi, déménagent fréquemment ou vivent dans des localités isolées.

L'alcool

19. Le Comité permanent recommande au gouvernement fédéral de maintenir les taxes sur les boissons alcooliques à un niveau suffisant pour que le prix de l'alcool ne diminue pas par rapport aux revenus réels des particuliers.
20. Le Comité permanent recommande au Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications (CRTC) d'obliger les producteurs de boissons alcooliques à consacrer au moins 15 p. 100 de la valeur totale de leurs publicités sur l'alcool à des messages d'information sur les dangers d'une consommation excessive d'alcool.
21. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de veiller à ce que des vignettes de mise en garde soient apposées sur toutes les boissons alcooliques.

La réduction de l'offre

22. Le Comité permanent recommande au ministre de la Justice de déposer un projet de loi obligeant les institutions financières présentes au Canada à divulguer au gouvernement fédéral toutes les transactions en espèces d'au moins 10 000 \$ effectuées en dollars canadiens ou en devises, étant entendu que ces institutions devront établir les relevés bancaires destinés à cette fin d'une façon décrite dans les règlements de manière à faciliter le dépistage des produits du crime.
23. Le Comité permanent recommande au ministre de la Justice de rédiger, en collaboration avec ses homologues provinciaux, une mesure législative ayant pour but la fermeture des entreprises commerciales dont la principale activité est la vente d'articles pour toxicomanes et de documents qui expliquent comment s'en servir ou qui incitent à consommer des drogues illicites.
24. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de charger un groupe d'experts d'étudier la possibilité de créer des normes nationales applicables à des systèmes de contrôle provinciaux des médicaments psychotropes vendus sur ordonnance, et de présenter des recommandations sur la mise en place de tels systèmes.

La formation professionnelle

25. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de réunir un comité constitué de représentants des associations professionnelles qui s'occupent de la formation des professionnels de la santé. Ce comité, en collaboration avec des spécialistes du problème de l'abus des substances dangereuses, déterminera les améliorations à apporter à la formation des professionnels et recommandera des changements dans les programmes afin qu'on insiste davantage sur le dépistage rapide de l'alcoolisme et de la toxicomanie, sur l'attitude à adopter face à ces problèmes et sur les traitements à prescrire.

L'évaluation des programmes

26. Le Comité permanent recommande d'effectuer une évaluation des activités et des répercussions de tous les nouveaux programmes de prévention, de traitement et de réadaptation qui concernent l'abus des substances dangereuses et qui sont financés au moins en partie par le gouvernement fédéral.
27. Le Comité permanent recommande au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social de donner une formation sur l'évaluation des programmes aux organismes socio-éducatifs dont il subventionne les programmes.

Le Centre national de lutte contre l'abus des substances dangereuse

28. Le Comité permanent recommande au gouvernement du Canada de prolonger les crédits annoncés au titre de la «Perspective nationale sur l'abus des drogues» pour couvrir les cinq années de son engagement initial à l'égard de la stratégie nationale de lutte contre la drogue.
29. Le Comité permanent recommande au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social d'envisager la création d'un centre national de lutte contre l'abus des substance dangereuses. Ce centre national, dont l'administration serait assurée par des représentants du gouvernement fédéral, des gouvernements provinciaux, du secteur privé, des milieux syndicaux et des associations bénévoles, serait chargé :
 - i) d'effectuer des travaux de recherche fondamentale et appliquée sur l'abus des substances dangereuses et de favoriser les efforts en ce sens;
 - ii) de diffuser de l'information sur l'abus des substances dangereuses;
 - iii) d'entreprendre des activités visant à sensibiliser le public et à prévenir l'abus des substances dangereuses;
 - iv) de favoriser l'application des nouvelles connaissances acquises dans le domaine aux fins des programmes cliniques, des programmes de prévention et des travaux de recherche.
30. Le Comité permanent recommande que le nouveau centre national de lutte contre l'abus des substances dangereuses constitue une base de données nationale sur la consommation abusive de ces substances, où seraient notamment consignés les résultats d'enquêtes nationales systématiques auprès des ménages et dans les écoles.
31. Le Comité permanent recommande que le nouveau centre national de lutte contre l'abus des substances dangereuses établisse un mécanisme pour assurer la diffusion d'informations nationales et internationales sur l'abus de l'alcool et d'autres substances dangereuses.

GLOSSAIRE DES TERMES UTILISÉS DANS LE RAPPORT

Alcool (éthanol) — Même si pour beaucoup de gens, les boissons alcooliques ne sont pas une drogue, l'alcool est un sédatif. L'alcool est la drogue la plus répandue et celle dont on abuse le plus au Canada. Il produit sur le système nerveux central des effets analogues à ceux des autres sédatifs.

Alcoolémie — L'alcoolémie est la concentration ou le taux d'alcool dans l'organisme. Généralement, lorsque les policiers soupçonnent une personne de conduire en état d'ébriété, ils vérifient l'alcoolémie au moyen d'un alcootest. Cet appareil mesure l'alcool dans l'haleine et donne un indice de l'alcoolémie. Au Canada, il est illégal de conduire avec un taux d'alcool dans le sang de plus de 0,08 gramme pour 100 millilitres.

Alcootest — Voir Alcoolémie.

Année-personne — Une année-personne est une unité de mesure de ressources humaines. Elle représente l'emploi d'une personne pendant une année complète ou son équivalent, par exemple, de deux personnes pendant six mois chacune.

Attirail du toxicomane — Ce sont les objets qui servent à faciliter ou à permettre la consommation des drogues illicites. Ces articles ont presque toujours aussi un usage légitime. Il peut s'agir par exemple des balances pour poser les drogues, de pipes pour fumer le hachisch, de glaces et de lames de rasoir pour prendre de la cocaïne.

Autochtones — Par autochtones, on entend les aborigènes de l'Amérique du Nord. Il s'agit des Indiens, des Métis et des Inuit.

Cannabis — Le cannabis est une plante produisant une substance psychotrope. L'ingrédient actif du cannabis est appelé «tétrahydrocannabinol» ou «THC». La marijuana est un mélange de feuilles desséchées du cannabis. Le hachisch est la résine séchée produite à partir des feuilles. Le cannabis sous toutes ses formes a un effet euphorisant de courte durée. À fortes doses, la drogue peut produire des aberrations sensorielles, une désorganisation de la pensée et des hallucinations.

Cocaïne — La cocaïne est extraite des feuilles d'un arbrisseau d'Amérique du Sud, le coca. Cette drogue est un puissant stimulant du système nerveux central. Au Canada, la cocaïne est généralement prise, mais le «crack», qui est un dérivé de la cocaïne, est habituellement fumé. La cocaïne peut aussi être injectée. Outre ses effets stimulants, la cocaïne a souvent un effet euphorisant. Elle stimule le rythme cardiaque et le rythme respiratoire, augmente la pression sanguine, réduit l'appétit et cause l'insomnie. Elle peut entraîner une dépendance psychique. Certaines morts subites ont été attribuées à la cocaïne.

Conseil consultatif national des autochtones — Ce groupe agit à titre d'organe consultatif pour le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones et auprès du ministre de la Santé.

Consommation abusive d'alcool — Comme c'est le cas pour les autres formes de consommation abusive de drogues, il n'existe pas de définition claire de ce qui constitue une consommation abusive d'alcool. On considère généralement qu'il y a abus lorsque la consommation d'alcool résulte d'une dépendance physiologique ou psychique et qu'elle entraîne des troubles physiologiques, sociaux ou psychiques.

Consommation abusive de drogues — Il n'existe aucune définition unique faisant l'unanimité de ce que l'on entend par consommation abusive de drogues. On peut dire qu'il y a abus lorsque la consommation de la drogue résulte d'une dépendance psychique ou physiologique, qu'elle nuit à la santé ou qu'elle entraîne des troubles sociaux ou psychiques.

Consommation abusive de substances dangereuses — Il s'agit de la consommation abusive de toutes les substances psychotropes, notamment de l'alcool, des solvants, des médicaments vendus sur ordonnance et des médicaments en vente libre. Comme dans le cas de l'expression «consommation abusive de drogues», il n'existe pas de définition qui fasse l'unanimité. On peut considérer qu'il y a abus lorsque la consommation résulte d'une dépendance physiologique ou psychique, qu'elle nuit à la santé et qu'elle cause des troubles sociaux ou psychiques.

Dépistage des toxicomanes — Par dépistage des toxicomanes on entend généralement l'exécution d'analyses d'échantillons d'urine pour y détecter la présence de drogues illicites. Cette procédure suscite une controverse politique car certains groupes prônent l'imposition de tests de dépistage obligatoires à tous les travailleurs pour dépister et réprimer la consommation de drogues illicites.

Enquête transversale — Enquête qui produit des données du moment. On parle aussi d'enquête ponctuelle. Une enquête qui produit des données sur plus d'un point dans le temps est appelée «enquête longitudinale».

Épidémiologie — L'épidémiologie est l'étude de la fréquence, de la distribution et des causes des maladies dans les populations humaines.

Évaluation des programmes — C'est l'application des méthodes des sciences sociales aux programmes sociaux et aux programmes de santé de façon à en surveiller les activités et à en identifier les résultats, à analyser les coûts et les avantages relatifs de programmes ou de types de services concurrents et à faire d'autres études visant à mieux connaître les effets des programmes.

Héroïne — L'héroïne est l'un des stupéfiants. C'est un dépresseur du système nerveux central. Elle a un effet analgésique, mais on la consomme pour son action euphorisante. L'héroïne est généralement injectée, mais elle peut également être prise ou absorbée par voie orale. Cette drogue peut produire des symptômes de sevrage. Elle n'est pas très répandue au Canada.

Inuit — Les Inuit sont l'un des peuples autochtones d'Amérique du Nord. Ils ont été l'un des premiers groupes établis dans le Grand Nord. À une époque, les colons européens les appelaient «esquimaux», ce qui déplaisait aux Inuit.

Médicaments vendus sur ordonnance — Tous les médicaments pour lesquels il faut une ordonnance écrite d'un médecin autorisé.

Métis — Les Métis sont des sangs mêlés descendants d'indiens d'Amérique du Nord et d'Européens.

Prévention — Dans le domaine de la santé, la prévention peut être dite «primaire», «secondaire» ou «tertiaire». Par prévention primaire on entend les mesures prises avant même qu'un problème ne se déclare. Les interventions suivant l'apparition de symptômes font partie de la prévention secondaire. Enfin, la prévention tertiaire englobe les mesures de traitement et de réadaptation visant à minimiser les effets

néfastes d'une affection. Les programmes scolaires de lutte contre l'abus des drogues sont un type de prévention primaire. Les programmes visant à aider les drogués à se sevrer appartiennent à la prévention secondaire. Les programmes de désintoxication des alcooliques chroniques font partie de la prévention dite tertiaire. Dans ce rapport, par «prévention», on entend généralement la prévention primaire.

Programme à frais partagés — L'expression «programme à frais partagés» signifie un programme de financement fédéral dans lequel 50 p. 100 des frais admissibles des activités des provinces sont assumés par le gouvernement fédéral.

Programme d'aide aux employés — Les programmes d'aide aux employés comprennent l'élaboration de directives écrites conçues pour venir en aide aux travailleurs qui ont des problèmes de drogue et d'autres problèmes personnels. De plus en plus, ces programmes sont administrés conjointement par le patronat et les syndicats. Ils aident à diriger les travailleurs vers les services de traitement et de réadaptation dont ils ont besoin.

Programme de réadaptation professionnelle des personnes handicapées — Il s'agit d'un programme fédéral en vertu duquel le gouvernement fédéral aide les provinces à financer des programmes destinés aux handicapés. C'est un programme à frais partagés. En 1987-1988, le gouvernement fédéral consacra 95 millions de dollars aux programmes provinciaux. Sur cette somme, 20 millions de dollars serviront à financer des programmes concernant l'abus de l'alcool et des drogues.

Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA) — Ce programme est administré par Santé et Bien-être social Canada. Il sert à financer des programmes de lutte contre la consommation abusive de substances dangereuses à l'intention des Inuit et des Indiens inscrits qui vivent dans les réserves. Les dépenses du programme s'élèveront à environ 52 millions de dollars en 1987-1988.

Psychotrope — Voir Substances psychotropes.

Réduction de la demande — Les stratégies de réduction de la demande visent à diminuer le désir de consommer des drogues. Elles englobent notamment la prévention et le traitement des consommateurs de drogues.

Réduction de l'offre — Il s'agit des stratégies qui visent à réduire l'approvisionnement de drogues. Celles-ci comprennent la détection des drogues illicites, l'interdiction des drogues et l'application des lois sur la répression de la drogue.

Régime d'assistance publique du Canada — Le Régime d'assistance publique du Canada est un programme fédéral d'aide et de services sociaux. Les frais de ce programme sont partagés avec les provinces. En vertu du Régime, le gouvernement fédéral accordera plus de 4 milliards de dollars à 2,5 millions de Canadiens nécessiteux en 1987-1988. Une partie des fonds du Régime sert à accorder de petites subventions pour financer des programmes de lutte contre l'abus de l'alcool.

Solvants — Les solvants sont des composés chimiques utilisés dans des produits d'usage commercial ou ménager. Ce sont des produits chimiques extrêmement volatils. Ils sont présents par exemple dans les dissolvants, les colles et l'essence dont on respire les vapeurs qui provoquent des étourdissements et un sentiment d'euphorie et d'excitation. Les solvants peuvent aussi entraîner désorientation, syncopes et crises cérébrales.

Stratégie nationale de lutte contre la drogue — Il s'agit d'une série de mesures récemment annoncées par le gouvernement du Canada visant à réduire la consommation de drogues. En vertu de cette stratégie, le gouvernement fédéral consacra 210 millions de dollars en cinq ans à la lutte contre les drogues.

Substances psychotropes — Les substances psychotropes sont des drogues qui agissent sur l'esprit et les sens. Elle comprennent divers stimulants, déprimeurs et hallucinogènes.

Toxicomanie — Certaines personnes donnent au terme «toxicomanie» une connotation péjorative qui sous-entend une faiblesse morale. Dans le sens que lui donnent les spécialistes de toxicomanies et de l'alcoolisme, ce terme signifie la consommation de drogues accompagnée d'une dépendance physiologique. On parle généralement de toxicomanie lorsque la personne souffre d'une accoutumance (elle a besoin de prendre des doses croissantes de la substance qu'elle consomme pour obtenir le même effet) et qu'elle éprouve des troubles physiologiques lorsqu'elle est sevrée. En raison de la connotation morale du terme «toxicomanie», l'Organisation mondiale de la santé recommande l'emploi du terme «dépendance».

Tranquillisants — Les tranquillisants sont des déprimeurs du système nerveux central qui peuvent être absorbés par voie intraveineuse ou par voie orale. Ce sont les médicaments les plus souvent prescrits au Canada. Ces drogues «anxiolytiques» peuvent occasionner des abus. Leur consommation provoque un sentiment de détente et de bien-être. Même à doses normales, ces drogues peuvent affecter les sens et les facultés intellectuelles. Ceux qui en consomment de façon chronique risquent la dépendance.

APPENDICE «A»

TÉMOINS ET MÉMOIRES

N° de	Date	Organisations et témoins
3	Le jeudi 11 décembre 1986	Université de Carleton Dr. M. Parkes Directeur de la recherche Centre de recherche et du développement des ressources Peter Appleton Directeur de l'administration Centre de recherche et du développement des ressources Dr. A. Sweeny, Associé de recherche Centre de recherche et du développement des ressources
3	Le jeudi 22 janvier 1987	Gendarmerie Royale du Canada Surintendant principal R.T. Stamler Directeur, Application des drogues Donald H. Heaton, Commissaire adjoint Commandant divisionnaire, Division «F»
4	Le lundi 26 janvier 1987	Meadow Creek Addiction Treatment Centre (L'hôpital Royal d'Ottawa) Dr. Allen Wilson, Directeur Dr. Douglas Tate Coordonnateur du programme
6	Le jeudi 5 février 1987	À titre individuel Norman Panzica, Conseiller indépendant Toronto (Ontario)

- Ministère de Revenu Canada, douanes
et accise**
- W.C. McKissock, Chef, Stupéfiants
Division des renseignements et de la
répression de la contrebande
- 7 Le lundi 16 février 1987
- Gendarmerie Royale du Canada**
- Sergeant Michel Pelletier
Programme de sensibilisation et
d'éducation sur les drogues
Montréal (Québec)
- Saskatchewan Alcohol and Drug
Abuse Commission**
- Howard Greenstein, Directeur
exécutif
- 8 Le jeudi 5 mars 1987
- Université de Toronto**
- Dr. H. Kalant
Département de la pharmacologie
Faculté de médecine
- Addiction Research Foundation**
- Dr. R.G. Smart, Directeur
Études de la prévention
- 9 Le lundi 9 mars 1987
- Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social**
- Dr. Peter Glynn, Sous-ministre
adjoint
Services de la santé et promotion de la
santé
- Lavada Pinder
Directrice générale intérimaire
Promotion de la santé
- Dr. Irving Rootman
Directeur intérimaire
Division des ressources des
programmes
Promotion de la santé
- Ron Dykeman, Analyste de politiques
Protection de la santé

10 Le mardi 10 mars 1987

CanCare Canada

Peter A. Lea, Président

Bill Graham, Vice-président

Institut Rideauwood

Paul Welsh, Directeur exécutif

11 Le mardi 17 mars 1987

Association canadienne des chefs de police

D.N. Cassidy, Directeur exécutif

R.T. Stamler, Vice-président
Comité de l'abus des drogues

Jacques Duchesneau, directeur
Communauté urbaine de Montréal

Lawrence Hovey, Sergent d'état-major
Metropolitan Toronto Police

Conseil de l'abus des drogues

Norman Panzica
Expert-conseil principal
Conseiller indépendant, Toronto

12 Le jeudi 19 mars 1987

Nova Scotia Commission on Drug Dependency

Marvin Burke, Directeur exécutif

Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission

Greg Stevens, Président

Brian Kearn, Directeur exécutif

Services de programmes

13 Le mardi 24 mars 1987

Alcohol and Drugs Program of British Columbia

David Gilbert

Alcoholism and Drug Dependency Commission of New Brunswick

Joseph E. McIntyre, Directeur exécutif

14 Le jeudi 2 avril 1987

Rideauwood Institute

Paul Welsh, Directeur exécutif

Sam Waldner, Conseiller
professionnel

Maison Fraternité

Jocelyne Robertson, Chef d'équipe

Georges Morin, Directeur

15 Le lundi 6 avril 1987

Pavillon Jellinek

Guy Charpentier, Directeur général

Denise Couture
Chef du programme Enfance-jeunesse

**Action communautaire contre la
drogue et l'alcool chez les jeunes**

Josephine V. MacFadden
Coordonnatrice intérimaire

Anthony J. Sullivan
Conseiller et représentant des jeunes

Miles Romain, Représentant des
jeunes

Veronica Belle
Représentante des jeunes

16 Le lundi 27 avril 1987

**Ministre de la Santé nationale et du
Bien-être social**

L'honorable Jake Epp

**Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social**

Dr. A.J. Liston, Sous-ministre adjoint
Protection de la santé

Dr. D.E.L. Maasland
Sous-ministre adjoint
Sécurité du revenu

19 Le jeudi 21 mai 1987

Addiction Research Foundation

Dr. Joan Marshmann, Directrice

William Becks
Conseiller en matière de traitement
Division des services communautaires

Garth Martin, Chef
Sociobehavioural Treatment Services

Bruce Cunningham
Programme d'aide aux employés

Dr. Donald Meeks, Formation

Dr. Michael Goodstadt, Chef
Education Research Division

Henry Schankula, Directeur
Division des ressources pédagogiques

Council on Drug Abuse

Fred Burford, Président

Michael Harrison
Vice-président exécutif

Conseil scolaire d'Ottawa

Don Smyth
Conseiller en matière d'usage abusif
d'alcool et de stupéfiants

Alcohol and Drug Concerns Inc.

Alan Staig, Président
*Social Action and Legislative
Committee*

Karl N. Burden, Directeur exécutif

Toc Alpha

Michael DeGagné
Coordonnateur pour la jeunesse

Parents Against Drugs

Joan Gitelman, Directrice exécutive

Walter Cebrynsky, Président

John Garcia, Membre du conseil

Ontario Association of Chiefs of Police

Surintendant Sefrin H. Ginther
Agent préposé
Drug Enforcement Branch, Toronto

21 Le lundi 25 mai 1987

22 Le mardi 2 juin 1987

**Ontario Secondary Schools Principals
Council**

George W. Peck, Président
Drug Education Committee

**People to Reduce Impaired Driving
Everywhere**

John Bates, Président

Canadian Institute for Guardianship

Dr. D.V. Anderson

**Ontario Federation of Home and
School Association**

Norma McGuire, Présidente
Substance Abuse

Central Toronto Youth Services

Grant Lowery, Directeur exécutif

Native Council of Canada

Christopher McCormick, Vice-
président
Gail Graham
Deuxième vice-présidente du *Native
Council of Canada*
Île-du-Prince-Édouard

Bob Groves, Conseiller spécial

À titre individuel

Dr. Donald Morison Smith
Ancien président
Commission des stupéfiants
(Nations Unies)

À titre individuel

John Jansen
Membre de l'Assemblée législative de
la Colombie-Britannique
Président du *Liquor Policy Review
Committee* de la Colombie-
Britannique

Victoria Police Department

William Snowden, Chef de police

Douglas E. Richardson, Surintendant
Agent chargé des opérations

Victoria Life Enrichment Society

Dr. C.H. Aharan, Directeur

**Task Force on Alcohol and Drug
Abuse in the Workplace**

James M. Ryan, Président

Dr. Douglas Graham, m.d.
Conseiller technique

Images UnLtd.

Ludmyla Glover
Conseillère en matière d'évolution
personnelle

Justis Chase

Conseiller en matière d'évolution
personnelle

À titre individuel

Donald W. Munro
Ancien député

**Breakthrough Productions et de la
Society for Exploring Television
with Children and Youth (ETC)**

Joy Simons, Directrice

Hilary Jones-Farrow, Directrice

Evan Adams, Délégué des jeunes

Daniella Sorentino, Déléguée des
jeunes

**Drug and Alcohol Rehabilitation
Society of Greater Victoria**

Dr. Ken Thornton, Membre du conseil

John Cantelon, Administrateur

Dr. Maureen Piercey, Consultante

**British Columbia Medical
Association**

Dr. Allan G. Clews, Président
Committee on Substance Abuse

23

Le mercredi 3 juin 1987

Dr. Douglas Graham

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

David Gilbert
Alcohol and Drugs Programs

Kaiser Substance Abuse Foundation

Ross Ramsey, Président

Alternatives Program for the Prevention of Chemical Dependencies

Alan A.W. Podadowski
Directeur exécutif

Alkali Lake Reserve

Anastasia Nelson
Conseillère en matière d'alcool et de stupéfiants

National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP)

Phil Hall, Président
Conseil national et régional

Horizon Institute

Jon-Lee Kootnekoff
Président et directeur

À titre individuel

Reta Felling

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Dr. Carl Stroh, Directeur général
Programmes relatifs à l'alcool et aux stupéfiants

Alcohol-Drug Education Service

Art Steinmann, Directeur exécutif

Colin Mangham, Directeur du programme

24

Le jeudi 4 juin 1987

British Columbia Telephone Company

Doug Hockey, Directeur du
programme
Aide aux employés(es)

**Unité de pratique familiale de
l'Université de Colombie-
Britannique**

Dr. Peter Grantham

**Nechi Institute on Alcohol and Drug
Education**

Maggie Hodgson, Directrice exécutive

**Alcohol and Drug Association of
Alberta**

Douglas H. Russell, Directeur

**Alberta Alcohol and Drug Abuse
Commission**

Dr. Stewart Clark
Consultant en matière de
pharmacologie médicale

**Federation of Saskatchewan Indian
Nations**

Chef Paul Poitras, Président
*National Native Alcohol and Drug
Abuse Program*

Chef Melvin Isnana

Poundmakers Lodge

Pat Shirt, Directeur executif

25

Le lundi 22 juin 1987

**Ministère de la Santé nationale et du
Bien-être social**

J.D. Nicholson, Sous-ministre adjoint
Services médicaux

Richard Jock
Directeur du programme national de
lutte contre l'abus de l'alcool et des
drogues chez les autochtones

26 Le mardi 23 juin 1987

27 Le lundi 29 juin 1987

**National Native Advisory Council on
Alcohol and Drug Abuse**

Louise Mayo, Directrice exécutive

Poundmakers Lodge

Pat Shirt, Directeur executif

Union of Ontario Indians

R.K. (Joe) Miskokomon
Chef du grand conseil de la nation
Anishinabek

University of Western Ontario

Professeur Robert Solomon
Faculté de droit

Ministère de la Justice

Richard G. Mosley, Avocat général
Section de la politique et de la
modification du droit en matière
pénale

Ministère du Solliciteur général

Kim Johnston
Conseillère en politique
Politique et programmes de GRC

APPENDICE «B»

AUTRES REPRÉSENTATIONS PRÉSENTÉES AU COMITÉ

Brawner, Patricia

Cartier Manor

Drug Education Coordinating Council

Lévèsque, Denis

Stonehenge Institute

En conformité du paragraphe 99(2) du Règlement, le Comité prie le gouvernement de déposer un réponse globale à ce rapport dans les cent-cinquante (150) jours.

Un exemplaire des Procès-verbaux et témoignages pertinent du Comité permanent de la Santé Nationale et du Bien-être Social (*Fascicule N° 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26 et 27 de la deuxième session, trente-troisième législature, qui inclut le présent rapport*) est déposé.

Respectueusement soumis,

Le président,
Bruce Halliday, député

PROCÈS-VERBAUX

MARDI LE 4 AOÛT, 1987
(39)

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit aujourd'hui à huis clos à 9h10 à la maison O'Brien, lac Meech, sous la présidence de Bruce Halliday (président).

Membres du Comité présents: Sheila Copps, Bruce Halliday, Paul McCrossan, Howard McCurdy, Barry Turner, Brian White.

Autre député présent: Gilles Grondin.

Également présent: De la Bibliothèque du Parlement: Paul D. Rosenbaum, attaché de recherche.

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par le paragraphe 96(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude de son ordre de renvoi relatif au mandat du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social ayant trait à l'étude de l'abus de l'alcool et des drogues.

Le Comité passe à l'examen de son projet de rapport.

Par consentement unanime, il est convenu, — Que le Comité donne les autorisations nécessaires pour que les frais de la session de travail de deux jours tenue au lac Meech soient convertis par le budget du Comité.

À 12h00, la séance est suspendue.

À 13h30, le Comité reprend ses travaux.

À 17h30, la séance est suspendue.

À 18h30, le Comité reprend ses travaux.

À 20h30, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

MERCREDI LE 5 AOÛT 1987
(40)

Le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social se réunit aujourd'hui à huis clos à 9h00 à la maison O'Brien, lac Meech, sous la présidence de Bruce Halliday (président).

Membres du Comité présents: Sheila Copps, Bruce Halliday, Paul McCrossan, Howard McCurdy, Barry Turner, Brian White.

Également présent: De la Bibliothèque du Parlement: Paul D. Rosenbaum, attaché de recherche.

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par le paragraphe 96(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude de son ordre de renvoi relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ayant trait à l'étude de l'abus de l'alcool et des drogues.

Le Comité poursuit l'examen de son projet de rapport.

À 13h00, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

MARDI LE 1^{er} SEPTEMBRE 1987
(41)

Le Comité permanent de la Santé nationale et du Bien-être social se réunit aujourd'hui à huis clos à 9h14 dans la pièce 306, Édifice de l'ouest, sous la présidence de Bruce Halliday (président).

Membres du Comité présents: Sheila Copps, Bruce Halliday, Howard McCurdy, Barry Turner, Brian White.

Également présent: De la Bibliothèque du Parlement: Paul D. Rosenbaum, attaché de recherche.

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par le paragraphe 96(2) du Règlement, le Comité reprend l'étude de son ordre de renvoi relatif au mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ayant trait à l'étude de l'abus de l'alcool et des drogues.

Le Comité poursuit l'examen de son projet de rapport à la Chambre des communes.

À 12h47, la séance est suspendue.

À 15h40, le Comité reprend ses travaux.

À 16h24, la séance est suspendue.

À 17h00, le Comité reprend ses travaux.

À 17h55, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

JEUDI LE 17 SEPTEMBRE 1987
(42)

Le Comité permanent de la Santé nationale et du Bien-être social se réunit aujourd'hui à huis clos à 15h27, dans la pièce 371, Édifice de l'ouest, sous la présidence de Bruce Halliday (président).

Membres du Comité présents: Sheila Copps, Bruce Halliday, Howard McCurdy, Barry Turner, Brian White.

Également présent: De la Bibliothèque du Parlement: Paul D. Rosenbaum, Research Officer.

En vertu des pouvoirs qui lui sont conférés par le paragraphe 96(2) du Règlement le Comité reprend l'étude de son ordre de renvoi relatif au mandat du ministère de la

Santé nationale et du Bien-être social ayant trait à l'étude de l'abus de l'alcool et des drogues.

Le Comité poursuit l'examen de son projet de rapport à la Chambre des communes.

Par consentement unanime, il est convenu, — Que le Comité donne les autorisations nécessaires pour que les dépenses entraînées par la préparation des graphiques et de la couverture spéciale en vue de l'impression du premier rapport du Comité à la Chambre des communes soient couvertes par le budget du Comité.

Par consentement unanime, il est convenu, — Que le Comité fasse imprimer 5 000 exemplaires de son premier rapport à la Chambre des communes dans une édition bilingue, dos à dos, et sous couverture spéciale.

Par consentement unanime, il est convenu, — Que le titre du premier rapport du Comité à la Chambre des communes soit : «Boisson, pilules et drogue» : comment en diminuer la consommation au Canada».

Par consentement unanime, il est convenu, — Que le Comité donne les autorisations nécessaires pour que les dépenses entraînées par l'engagement d'un éditeur du texte du premier rapport soient couvertes par le budget du Comité.

Par consentement unanime, il est convenu, — Que le projet de rapport, ainsi modifié, soit adopté et considéré comme le premier rapport du Comité à la Chambre des communes, que le président soit autorisé à y apporter les changements nécessaires d'ordre typographique et de présentation sans en modifier le fond, et qu'il soit prié de présenter ledit rapport à la Chambre des communes.

Par consentement unanime, il est convenu, — Que, conformément au paragraphe 99(2) du Règlement, le Comité prie le gouvernement de déposer une réponse globale à son premier rapport.

À 17h10, le Comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation du président.

Patricia Russell
Greffier du Comité