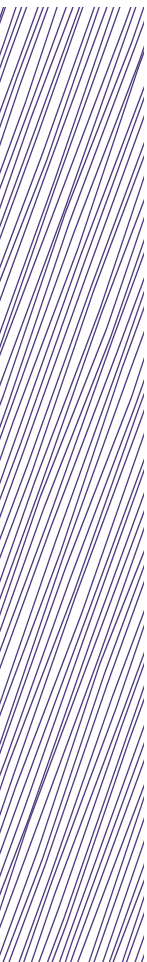


RAPPORT DE L'ADMINISTRATRICE
EN CHEF DE LA SANTÉ PUBLIQUE
SUR L'ÉTAT DE LA SANTÉ PUBLIQUE
AU CANADA 2018



PRÉVENIR

**LA CONSOMMATION
PROBLÉMATIQUE DE
SUBSTANCES CHEZ
LES JEUNES**



Also available in English under the title:
The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada, 2018:
Preventing Problematic Substance Use in Youth

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :
Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Télec. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735

Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef au Canada, représentée par la ministre de la santé, 2018

Date de publication : octobre 2018

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat: HP2-10F-PDF
ISSN: 1924-7095
Pub: 180303

CONTENU

1

MESSAGE DE

L'ADMINISTRATRICE EN CHEF DE
LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

2

À PROPOS

DU PRÉSENT RAPPORT

4

PORTRAIT

DE LA SANTÉ DES
CANADIENS

5

Introduction	5
En bref	6
Espérance de vie	7
Fardeau de la maladie	9
Santé mentale et consommation de substances	11

2

COMPRENDRE

LES ENJEUX LIÉS À LA
CONSUMMATION DE
SUBSTANCES CHEZ LES JEUNES

18

Introduction	18
En bref	19
Consommation de substances et méfaits potentiels chez les jeunes	20
Raisons pour lesquelles les jeunes consomment des substances	22
Facteurs de risque et de protection chez les jeunes	23

3

INTERVENTIONS

VISANT À PRÉVENIR
LA CONSOMMATION
PROBLÉMATIQUE DE
SUBSTANCES CHEZ
LES JEUNES

28

Introduction	28
En bref	29
Principes éclairant les interventions de prévention	30
Approche de prévention axée sur la santé publique	31

4

MARCHE À SUIVRE –

COMMENT PRÉVENIR
LA CONSOMMATION
PROBLÉMATIQUE DE
SUBSTANCES CHEZ
LES JEUNES

39

Principaux champs d'action	39
----------------------------	----

RÉFÉRENCES

42

ANNEXE 1 :

GLOSSAIRE

50

ANNEXE 2 :

TABLEAU DE BORD DE
L'ACSP SUR L'ÉTAT DE SANTÉ
DE LA POPULATION

52

ANNEXE 3 :

DIRECTIVES DE CONSOMMATION
D'ALCOOL À FAIBLE RISQUE
DU CANADA ET DIRECTIVES
CANADIENNES D'USAGE DE
CANNABIS À FAIBLE RISQUE

58

REMERCIEMENTS

60



MESSAGE DE L'ADMINISTRATRICE EN CHEF DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

Je suis très heureuse de présenter mon rapport annuel, qui offre un aperçu de la santé des Canadiens et met l'accent sur la prévention de la consommation problématique de substances chez les jeunes.

Cette année, je présente un nouveau Tableau de bord d'indicateurs de santé afin de dresser un portrait global de l'état de santé des Canadiens. Lorsqu'on examine ce Tableau de bord, il apparaît clairement que le Canada reste une nation en bonne santé. Nous vivons généralement longtemps, et par rapport à d'autres pays à revenu élevé, nous nous classons, dans la plupart des indicateurs, au premier rang sinon dans le tiers du milieu.

Je reste cependant préoccupée des retombées qu'entraînent des iniquités persistantes en matière de santé; ainsi que des effets des facteurs sociaux et économiques qui constituent des obstacles à une vie saine et à l'éradication des principales maladies infectieuses.

Les maladies chroniques majeures, comme le cancer, les maladies cardiovasculaires, les troubles neurologiques, les maladies respiratoires et le diabète, restent les principales causes de décès au Canada. Il est primordial, alors que nous avançons en âge, de vivre en bonne santé. Nous pouvons retarder l'apparition de nombreuses maladies chroniques – et même les éviter – en nous attaquant aux causes profondes des risques comme : le tabagisme, l'inactivité physique, l'alimentation malsaine et la consommation d'alcool

nocive. De même, la santé mentale influe sur chaque aspect de notre vie, comme les relations, l'éducation, le travail et l'engagement communautaire. Bien que la majorité des Canadiens affirment avoir une santé mentale positive, un tiers d'entre nous sera touché par une maladie mentale au cours de notre vie.

Il y a également lieu de s'inquiéter des tendances concernant certaines maladies infectieuses. Nous constatons une augmentation des infections transmises sexuellement, et la résistance aux antimicrobiens (RAM) continue de menacer, à l'échelle planétaire, notre aptitude à traiter les infections. Enfin, comme je l'ai souligné dans mon rapport précédent, la tuberculose entraîne des répercussions graves et persistantes sur certaines communautés des Premières Nations et des Inuits. Or, nous pouvons éviter, et même éliminer, de nombreux cas de maladie infectieuse. Ce sera en réduisant les risques d'exposition et en garantissant un accès au dépistage et au traitement. À condition toutefois que les partenaires s'attaquent également aux facteurs sociaux sous-jacents par une amélioration des conditions de vie et la lutte contre la stigmatisation.

« Le moment est venu, au Canada, d'examiner la manière de réagir à la consommation de substances dans tous les domaines d'action possibles : prévention, réduction des méfaits, traitement et rétablissement. Mon objectif dans ce rapport consiste à attirer l'attention sur le rôle central de la prévention. »

Afin de mieux répondre aux enjeux de la santé publique, j'ai exposé au début de l'année ma [vision et mes domaines d'intérêt](#) pour garantir une santé optimale pour tous les Canadiens. En collaboration avec divers secteurs et de nombreux partenaires, je me ferai la championne de la réduction des disparités en matière de santé dans des populations clés. De plus, je ciblerai mes efforts en ce qui a trait à la tuberculose, à la RAM, aux environnements bâtis, aux infections transmises sexuellement et par le sang, au mieux-être des enfants et des jeunes, ainsi qu'à la prévention de la consommation problématique de substances.

C'est dans ce contexte que je me concentrerai, cette année, sur la prévention de la consommation problématique de substances. Le nombre croissant de surdoses et les plus de 8 000 décès associés à la consommation d'opioïdes depuis 2016 sont des réalités tragiques et inadmissibles. À cet égard, il se peut que la crise liée à ces surdoses entraîne, pour la première fois depuis des décennies, une baisse de l'espérance de vie nationale chez les Canadiens. Par ailleurs, en raison de l'acceptabilité sociale de l'alcool, nous sommes devenus insensibles au fait qu'un taux élevé persistant de consommation problématique entraîne bien des ravages. En effet, 25 % des jeunes de la 7^e à la 12^e année consomment de l'alcool de manière excessive. Je reconnais également qu'en raison du nouveau statut juridique du cannabis, nous devons faire en sorte que les jeunes comprennent que, même si un produit est légal, cela ne signifie pas qu'il est sans danger.

Il nous faut réfléchir sur la façon d'inverser ces tendances pour les générations futures. C'est pourquoi, dans le présent rapport, je me concentre sur les jeunes, j'examine ce qui les incite à consommer des substances nocives et j'explore des approches efficaces pour prévenir une consommation problématique.

Il existe une interaction complexe de facteurs susceptibles d'inciter les jeunes à consommer des substances. Nous savons que la commercialisation, la promotion et la disponibilité d'une substance risquent d'entraîner une consommation accrue chez les jeunes. Nous savons également que les jeunes risquent de consommer des substances comme moyen d'adaptation par suite de mauvais traitements ou d'autres formes de traumatisme. Mais nous savons aussi que des facteurs de protection – comme un environnement stable et des relations positives avec la famille et les fournisseurs de soins – peuvent aider les jeunes à accroître leur résilience.

Comme ces facteurs sont interdépendants, la collaboration est essentielle de la part de nombreux secteurs pour la mise en place de solutions de prévention complètes. La prochaine génération d'interventions pourra relier un certain nombre de secteurs – logement, services sociaux, éducation, santé publique et soins de santé primaires – à différents niveaux afin de mettre en place des politiques, des projets d'éducation à l'intention du public et des professionnels ainsi que des programmes coordonnés. Nous pourrions également travailler avec les médias et le secteur privé pour promouvoir l'adoption de nouvelles normes sociales favorisant une consommation de substances à moindre risque.

Dans nos efforts, nous devons également être attentifs à l'expérience des jeunes et de ceux qui consomment des substances. Les médias et les organismes de soins de santé et de services sociaux peuvent aider à éliminer la stigmatisation et la discrimination en adoptant des politiques, des pratiques et un discours équitables et bienveillants.

Il n'y aura jamais une seule manière de répondre à l'enjeu sans cesse changeant de la consommation problématique de substances. Le moment est venu, au Canada, d'examiner la manière de réagir à la consommation problématique de substances dans tous les domaines d'action possibles : prévention, réduction des méfaits, traitement et rétablissement. Mon objectif dans ce rapport consiste à attirer l'attention sur le rôle central de la prévention. Au fur et à mesure que nous progresserons dans des initiatives d'envergure, comme la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances, j'ose croire que le présent rapport sera en mesure d'éclairer nos efforts collectifs afin d'éviter que la consommation de substances ne devienne problématique.

J'espère que, pour atteindre cet objectif, mon rapport stimulera les discussions et relancera les actions qui s'imposent.



D^{re} Theresa Tam

L'Administratrice en chef de la santé publique du Canada

À PROPOS

DU PRÉSENT RAPPORT

Cette année, le rapport de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada présente un aperçu de l'état de santé des Canadiens et met l'accent sur la [consommation problématique de substances](#) chez les [jeunes](#). Pour ce faire, il se concentre sur les mesures de prévention primaire, ce qui comprend la gestion des facteurs de risque, le renforcement des facteurs de protection, ainsi que des efforts visant à retarder leur première consommation de substances et à prévenir leur consommation nocive.

LE RAPPORT COMPREND LES SECTIONS SUIVANTES :

1

Portrait de la santé des Canadiens – Ce chapitre offre un aperçu de l'état de santé général des Canadiens et traite de certains indicateurs de santé, comme l'espérance de vie et la santé mentale positive. Il se termine par un examen de la consommation de substances et des méfaits qu'entraîne le recours à l'alcool, au cannabis et aux opioïdes dans l'ensemble de la population.

2

Comprendre les enjeux liés à la consommation de substances chez les jeunes au Canada – Ce chapitre examine les enjeux liés aux jeunes et à la consommation de substances au Canada. Il décrit tout d'abord la nature de la consommation au Canada chez les jeunes ainsi que ses méfaits potentiels. Il examine ensuite les raisons qui incitent les jeunes à consommer et décrit les facteurs qui peuvent représenter des risques pour les jeunes – ou, au contraire, les protéger des méfaits.

3

Interventions visant à prévenir la consommation problématique de substances chez les jeunes – Dans ce chapitre, il est question de la nécessité, pour tous les secteurs liés à la santé, à l'éducation et aux services sociaux, de coordonner diverses interventions à l'échelle des individus, des communautés et de l'ensemble de la société dans le but d'éviter la consommation problématique de substances chez les jeunes. On y examine aussi les politiques et pratiques fondées sur des données probantes mises en place à l'échelle de la population et des individus qui peuvent répondre aux facteurs favorisant une consommation problématique de substances.

4

Marche à suivre – comment prévenir la consommation problématique de substances chez les jeunes – Ce chapitre fait appel à tous les secteurs en jeu pour mettre en œuvre une série d'interventions intégrées pour renforcer les facteurs de protection et réduire les facteurs de risque tels que la stigmatisation et les traumatismes.



PORTRAIT DE LA SANTÉ DES CANADIENS

Introduction

S'appuyant sur plusieurs indicateurs du nouveau Tableau de bord de l'administratrice en chef de la santé publique (ACSP) du Canada sur l'état de santé de la population (Annexe 2), les points saillants ci-dessous présentent un aperçu de l'état de santé général des Canadiens.

Qu'est-ce qu'un indicateur de santé?

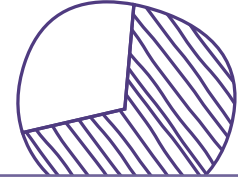
Les indicateurs de santé sont des mesures quantifiables que chercheurs et décideurs utilisent pour connaître l'état de santé d'une population^[1].

En bref

EN GÉNÉRAL, LES CANADIENS SONT EN BONNE SANTÉ ET VIVENT LONGTEMPS.

Pourtant, les inégalités actuelles empêchent certains groupes, comme les Canadiens à faible revenu et les personnes ayant un faible niveau de scolarité, de réaliser pleinement leur potentiel de santé.

70 %



UNE SANTÉ MENTALE POSITIVE

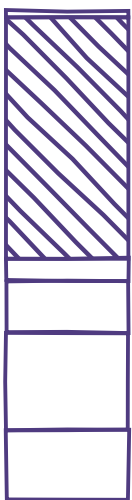
EST TOUT AUSSI IMPORTANTE QU'UNE BONNE SANTÉ PHYSIQUE.

Elle a un effet protecteur permettant d'éviter la maladie et de réduire certains risques, comme la consommation problématique de substances.

LA CRISE LIÉE AUX SURDOSES D'OPIOÏDES AU CANADA EST ALARMANTE.

Elle pourrait entraîner, pour la première fois depuis des décennies, une réduction de notre espérance de vie nationale.

14,6 G\$



3,5 G\$



2,8 G\$



SI NOUS TENONS COMPTE DES MÉFAITS CUMULÉS (HOSPITALISATIONS, DÉCÈS, BAISSE DE PRODUCTIVITÉ), LA CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE

d'alcool entraîne les coûts les plus élevés du point de vue social et de la santé. Il y a effectivement plus d'hospitalisations dues à la consommation d'alcool que d'hospitalisations liées à une crise cardiaque.

Qu'est-ce que les **inégalités en matière de santé**?

Bien que, dans l'ensemble, les Canadiens soient en bonne santé, des obstacles empêchent certains d'entre eux de réaliser tout leur potentiel de santé. Ces empêchements, souvent appelés « inégalités », dérivent d'un réseau complexe de facteurs à la fois individuels, socioéconomiques, environnementaux et politiques – le revenu, l'emploi et les conditions de travail, l'éducation, le logement, le voisinage et les expériences déterminantes de la petite enfance. Ce sont ces facteurs, collectivement appelés « déterminants sociaux de la santé », qui façonnent notre vie et déterminent nos chances d'être et de rester en bonne santé tout au long de notre vie. Quant aux membres des Premières Nations, aux Inuits et aux Métis du Canada, ils sont également sous l'influence d'autres déterminants sociaux de la santé qui leur sont propres : répercussions historiques de la colonisation, héritage des pensionnats, leurs terres, leur langue et leur culture.

Espérance de vie

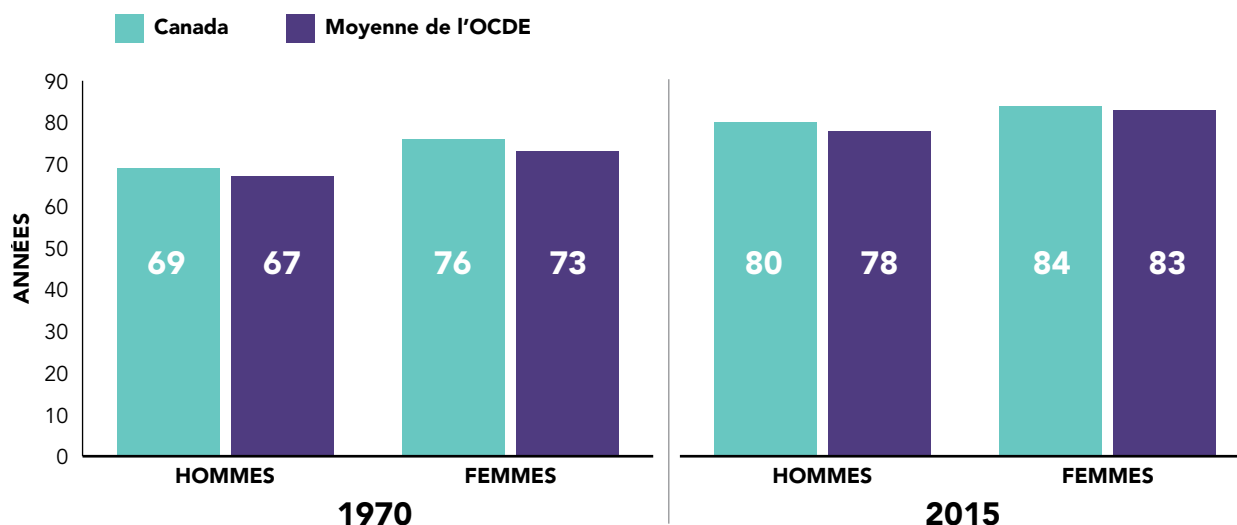
Un des indicateurs les plus généraux pour dresser un portrait global de la santé d'un pays est l'espérance de vie, définie comme le nombre d'années pendant lequel une personne ordinaire peut s'attendre à vivre (généralement à partir de la naissance).

Dans l'ensemble, l'espérance de vie au Canada augmente de manière constante depuis de nombreuses années. Elle est comparable à l'espérance de vie dans d'autres pays à revenu élevé (Figure 1)^{[22][23][24]}. Chose alarmante, cette tendance risque de changer. Pour la première fois au cours des dernières décennies, l'espérance de vie en Colombie-Britannique a diminué en raison des méfaits liés aux surdoses d'[opioïdes](#)^[9]. Bien que nous ne disposions d'aucune donnée au niveau national, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) est à analyser les effets de la crise liée à ces surdoses sur l'espérance de vie générale.

L'espérance de vie n'est pas la même dans tous les segments de la société canadienne. Certaines populations – Premières Nations,

Métis, Inuits, Canadiens à faible revenu, personnes ayant un faible niveau de scolarité – ont une espérance de vie plus courte que la moyenne nationale^[25]. Comme le montre la Figure 2, il y a un écart entre l'espérance de vie générale et celle des Premières Nations, des Inuits et des Métis. C'est chez les Inuits que cet écart est le plus important : jusqu'à 16 ans de moins que l'espérance de vie générale des Canadiens (64 ans pour les hommes et 73 ans pour les femmes)^{[22][26]}. Cette tendance est en partie attribuable au cadre culturel et historique unique des populations [autochtones](#). C'est que l'héritage persistant de la colonisation et le [traumatisme](#) intergénérationnel ont entraîné l'apparition d'[iniquités](#) systémiques, en matière de santé, entre les peuples autochtones et les non-Autochtones.

FIGURE 1 Espérance de vie au Canada par rapport à la moyenne de l'Organisation de coopération et de développement économiques* en 1970 et en 2015 (ou année la plus proche)^[23]



* L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) est un groupe de pays qui élaborent des politiques économiques et sociales et en discutent.

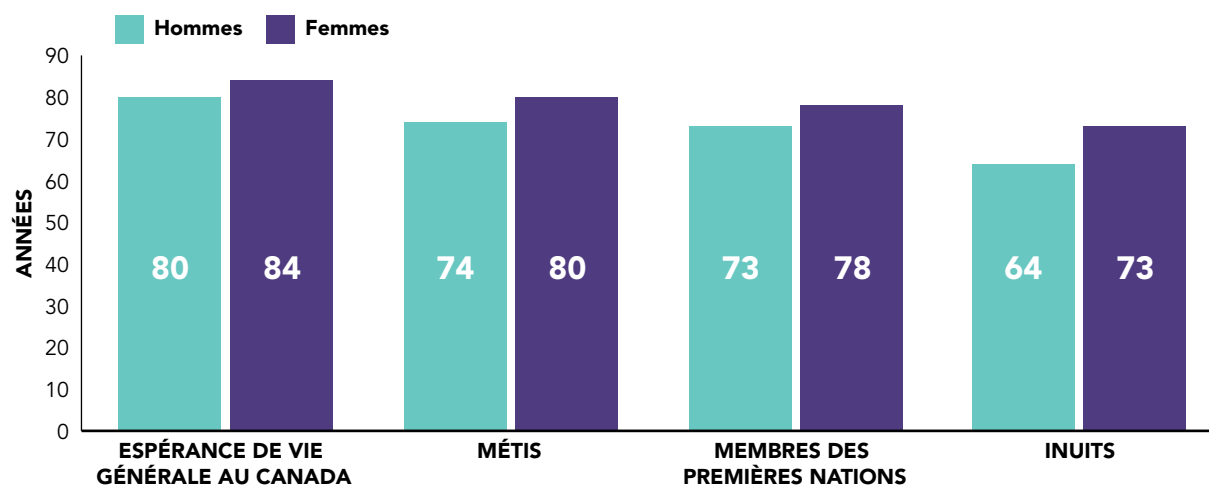
Source: [Panorama de la santé 2017](#)

L'espérance de vie des personnes qui habitent dans les quartiers les plus pauvres est plus courte – de trois ans environ – que l'espérance de vie moyenne des Canadiens^[25]. En revanche, l'espérance de vie des personnes qui résident dans des quartiers où le niveau de scolarité est le plus élevé compte près de deux années de plus que l'espérance de vie moyenne^[25].

La bonne nouvelle, c'est que le fossé des inégalités au Canada semble être moins prononcé que dans la plupart des autres pays à revenu élevé. Par exemple, l'écart entre l'espérance de vie des

groupes jouissant du niveau de scolarité le plus élevé et l'espérance de vie de ceux qui ont le niveau de scolarité le moins élevé au Canada est moins grand que dans la plupart des pays de l'OCDE^[23]. Mais attention : le fait que cet écart soit plus petit ne justifie en rien l'inaction. Aussi, c'est en menant des actions multisectorielles précises que la communauté de la santé publique parviendra à aider davantage de Canadiens à être en bonne santé et à jouir de meilleures conditions sociales et économiques.

FIGURE 2 Espérance de vie générale et espérance de vie des peuples autochtones*, au Canada, en 2017^[22]^[26]



*Les chiffres liés à l'espérance de vie des Métis, des membres des Premières Nations et des Inuits sont issus de projections pour 2017. Les chiffres liés à l'espérance de vie générale sont fondés sur des données de 2013 à 2015.

Sources: [Espérance de vie et autres éléments de la table de mortalité](#), [Un aperçu des statistiques sur les Autochtones](#)

Une occasion de réduire les iniquités en matière de santé

Il est particulièrement utile d'établir les déterminants sociaux de la santé pour saisir l'ampleur du fardeau que subissent les peuples autochtones au Canada en matière de santé. Par le passé, les Premières Nations, les Métis et les Inuits ont dû surmonter des événements catastrophiques – colonialisme, racisme, disparition des institutions traditionnelles et politiques, ainsi que des tentatives d'assimilation culturelle. La consommation problématique de substances, le suicide et la violence familiale sont des exemples parmi les effets intergénérationnels persistants du placement des enfants dans les pensionnats et du traumatisme subséquent qui ont influé sur la santé des Autochtones dans l'ensemble du pays.

Pour aller de l'avant, tous les partenaires du domaine de la santé doivent collectivement reconnaître, soutenir et promouvoir la force et la résilience des membres des Premières Nations, des Métis et des Inuits au Canada. À long terme, notre détermination à appliquer les recommandations de la Commission de vérité et réconciliation permettra d'améliorer les résultats en matière de santé et d'aider les personnes, les familles et les communautés à réaliser leur plein potentiel.

Le Rapport de la Commission de vérité et réconciliation ouvre des perspectives pour s'attaquer au racisme et à la discrimination que subissent depuis longtemps les peuples autochtones du Canada. Il contient 94 appels à l'action qui comprennent des recommandations sur la santé, la langue et la culture, la justice, les programmes destinés aux jeunes ainsi que la formation et le perfectionnement professionnels^[13]^[17].

Fardeau de la maladie

En 2016, il y a eu au total 273 000 décès au Canada, dont 89 % étaient dus à une maladie chronique, 6 % à des blessures (en particulier des blessures auto-infligées, des chutes et des accidents de la route), et plus de 5 % à des maladies infectieuses, maternelles, néonatales et alimentaires^[27]. Comme de plus en plus de Canadiens vivent plus longtemps, les maladies chroniques se font plus fréquentes. Par ailleurs, en évitant des facteurs de risque précis, il est possible de retarder la survenue de telles maladies ainsi que leurs conséquences.

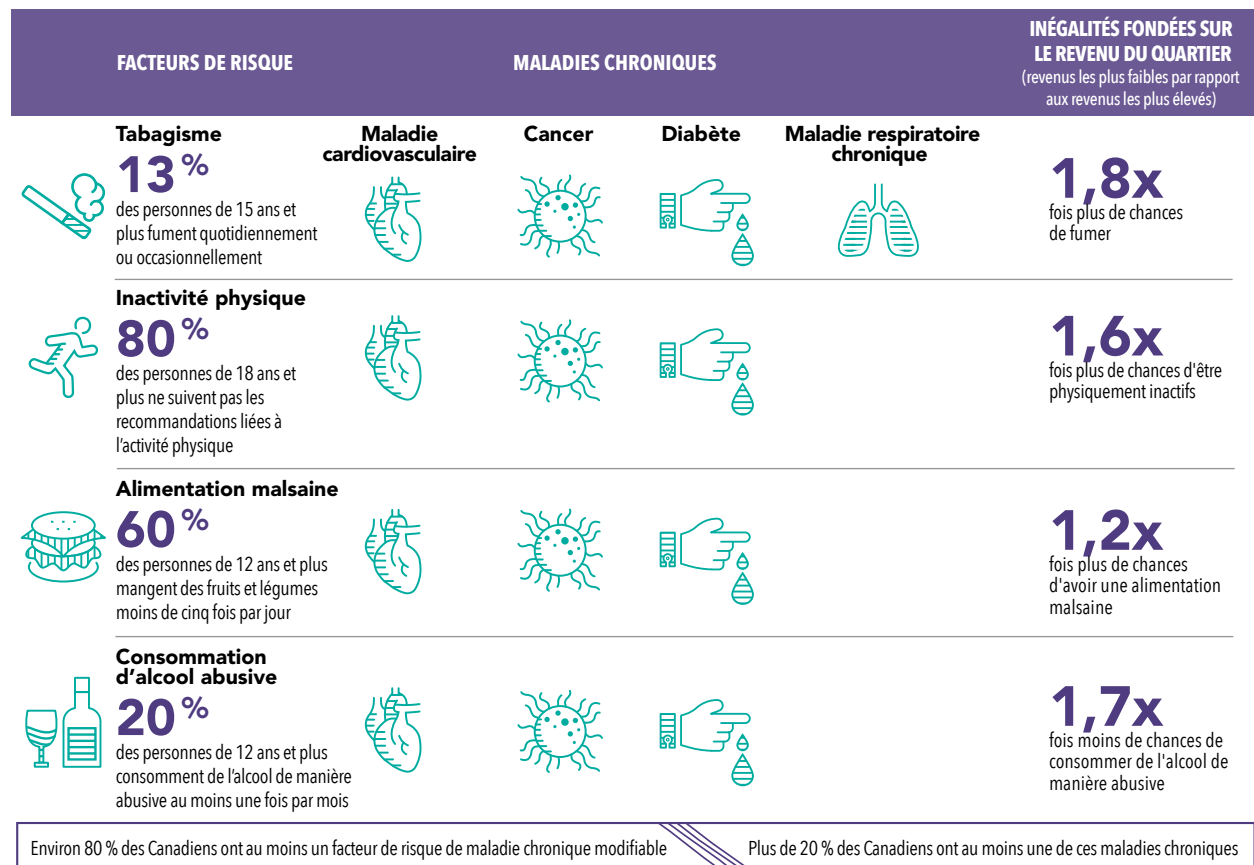
MALADIES CHRONIQUES

En 2016, environ 244 000 (89 %) des 273 000 décès au Canada étaient dus à une maladie chronique^[27]. Les maladies ayant causé le plus grand nombre de décès étaient le cancer (31 %), les maladies cardiovasculaires (30 %), les troubles neurologiques (10 %), les maladies respiratoires chroniques (6 %) et le diabète (3 %)^[27].

Bien que la santé de beaucoup de Canadiens soit généralement jugée bonne, un grand nombre d'entre eux souffrent d'une maladie chronique ou présentent un facteur de risque qui

pourrait être évité. En effet, plus de 20 % des Canadiens de plus de 20 ans sont atteints d'une maladie chronique, comme une maladie cardiovasculaire, un cancer, une maladie respiratoire chronique ou le diabète^[24]. Bon nombre de maladies chroniques risquent davantage de se développer avec l'âge. Près de 80 % des adultes canadiens présentent au moins un facteur de risque de maladie chronique modifiable, dont le tabagisme, l'inactivité physique, l'alimentation malsaine et la [consommation abusive d'alcool](#) (Figure 3)^[24].

FIGURE 3 Les quatre principales maladies chroniques et facteurs de risque^{[24][25][28][29]}



Retarder l'apparition des maladies chroniques et éviter les facteurs de risque, cela ne relève pas seulement de choix individuels. Ces maladies dépendent fortement de facteurs liés à l'environnement social, économique et physique. Par exemple :

- Les personnes qui vivent dans des quartiers sécuritaires et propices à la marche ont plus de chances d'être physiquement actives. Près de 20 % des Canadiens déclarent qu'en raison du taux de criminalité, ils évitent de se promener le soir dans leur quartier^{[30][31]}.
- Pour garantir une alimentation saine, il est essentiel d'avoir accès à des aliments sains et abordables. Cela représente des défis particuliers pour les personnes qui vivent dans les régions nordiques, où les produits alimentaires sont plus chers et, dans certains cas, où il y a moins d'aliments traditionnels^{[32][33][34][35]}. Plus de deux millions de Canadiens ne peuvent se procurer suffisamment d'aliments salubres et nutritifs pendant l'année pour mener une vie saine, ou n'en ont pas les moyens^[36].
- Près de 30 % des adultes vivant dans les quartiers aux revenus les plus faibles déclarent fumer, par rapport à près de 15 % dans les quartiers aux revenus les plus élevés^[25]. Le taux d'incidence annuel du cancer du poumon est plus élevé chez les personnes qui vivent dans les quartiers aux revenus les plus faibles que chez celles qui vivent dans les quartiers aux revenus les plus élevés (90 cas pour 100 000 habitants et 54 cas pour 100 000 habitants, respectivement)^[25].

MALADIES INFECTIEUSES ET AUTRES MALADIES

En 2016, près de 13 000 (5 %) des 273 000 décès survenus au Canada étaient dus à des maladies infectieuses, maternelles, néonatales et alimentaires : un fardeau relativement petit par rapport à celui des maladies chroniques^[27]. Tout juste 3 % de tous les décès étaient provoqués par une infection des voies respiratoires inférieures, comme la pneumonie ou la grippe (les principales

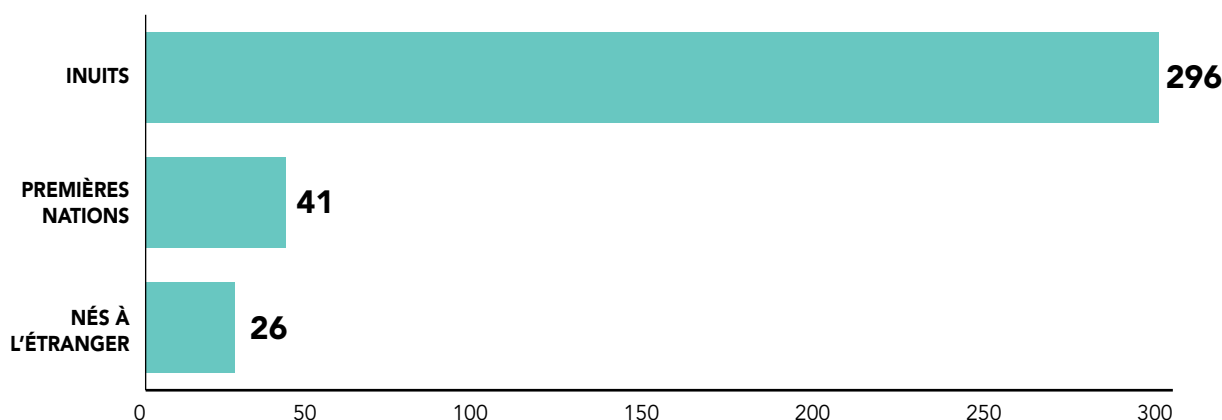
causes de décès dus à une maladie infectieuse)^[27]. La pneumonie et la grippe sont d'importantes causes de mortalité et d'hospitalisation chez les personnes âgées, en particulier celles qui ont plus de 80 ans^{[37][38]}. À noter que la vaccination antigrippale chez ces personnes peut réduire le risque d'infection^{[39][40][41]}.

Près de 0,2 % des décès sont provoqués par la tuberculose ainsi que par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)^[27]. En 2016, plus de 1 700 ont reçu un diagnostic de tuberculose active, et plus de 2 300 personnes, un diagnostic de VIH^[2]. Bien que les maladies infectieuses ne constituent pas un fardeau particulièrement lourd pour l'ensemble du pays, elles affectent certaines populations de manière disproportionnée. Par exemple, il y a presque 300 fois plus de cas de tuberculose progressive chez les Inuits que dans la population non autochtone née au Canada (Figure 4)^{[42][43]}.

Dans le passé, avant les grandes mesures de vaccination, l'amélioration de l'assainissement et des environnements bâtis, ainsi que les progrès en matière de dépistage et de traitement comme les antimicrobiens, les maladies infectieuses étaient beaucoup plus courantes dans toutes les populations du Canada^{[44][45]}. Malgré les progrès réalisés au cours du dernier siècle, la complaisance n'est pas de mise^[46]. Il faut rester vigilant, comme nous le montrent les tendances liées aux infections dues à la RAM, aux couvertures vaccinales incomplètes et aux nouvelles maladies infectieuses liées au changement climatique.

Bien que les taux de la plupart des infections dues à la RAM soient stables ou en baisse, certaines infections sont en hausse, comme c'est le cas pour *Neisseria gonorrhoeae*^[47]. Pour ce qui est des infections nosocomiales courantes, comme le *staphylocoque doré méthicillino-résistant (SDMR)* et le *Clostridium difficile*, il est possible de les réduire grâce à l'utilisation appropriée d'antimicrobiens et aux pratiques de stérilisation^[47]. La difficulté avec la majorité des infections due à la RAM, c'est qu'elles nécessitent des traitements plus complexes^[47].

FIGURE 4 Ratio des taux de tuberculose active par rapport au taux de la population non autochtone née au Canada (0,6 pour 100 000 habitants), en 2016^{[42][43]}



Source: [La tuberculose au Canada, 2016](#)

En général, les taux de couverture vaccinale liés à de nombreux vaccins courants chez les nourrissons et les enfants sont inférieurs aux objectifs nationaux, ce qui pourrait entraîner des éclosions de maladies évitables par la vaccination, comme la rougeole, la pneumococcie invasive ou la coqueluche^{[48][49]}.

Le nombre de personnes souffrant de la maladie de Lyme est en augmentation constante depuis les dernières décennies^[50]. De nombreux facteurs sont en jeu, comme le changement climatique qui élargit l'habitat des tiques porteuses de la maladie^[50].

Nous pouvons éviter de nombreux cas de maladie infectieuse en réduisant les risques d'exposition et en garantissant un accès au dépistage et au traitement. À une condition toutefois : que les partenaires en santé s'attaquent également aux facteurs sociaux en améliorant les conditions de vie et en luttant contre la stigmatisation^{[43][51]}. Par exemple, la tuberculose est souvent décrite comme une maladie sociale comprenant un aspect médical^[43]. Contrairement aux maladies chroniques, il est possible d'éradiquer

les maladies infectieuses, comme le VIH ou la tuberculose, en adoptant des mesures de prévention et de contrôle. C'est grâce aux efforts de coopération en santé publique, comme la couverture vaccinale, les stratégies de surveillance active, la sensibilisation du public et, à un degré d'efficacité variable, les mises en quarantaine, que la polio a pu être éradiquée au Canada il y a deux décennies^[52].

Augmentation des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS)

Au Canada, certaines ITSS, en particulier les cas de chlamydia, de gonorrhée et de syphilis, sont en hausse depuis deux décennies^[2]. De nombreuses mesures peuvent être prises pour éviter les maladies infectieuses : augmenter l'accès à l'éducation sur la santé sexuelle, promouvoir des pratiques sexuelles sécuritaires, augmenter le taux de vaccination, et promouvoir l'utilisation régulière d'un matériel d'injection stérile^[12].

Santé mentale et consommation de substances

En plus d'une bonne santé physique, une santé mentale positive est un élément essentiel qui contribue à la santé et au mieux-être général des Canadiens^{[53][54]}.

La santé mentale positive est « la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, penser et agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés »^[55]. La majorité des Canadiens déclarent avoir une santé mentale positive. Environ 70 % d'entre eux décrivent leur santé mentale comme « très bonne », voire « excellente »^[29]. Le mieux-être mental a un effet protecteur qui peut aider à réduire les facteurs de risque et éviter les maladies^[30]. Nous constatons, par exemple, qu'un fort soutien social et un faible niveau de stress réduisent les risques de décès prématuré et de mauvaise santé^{[56][57][58]}.

Plus de 30 % des Canadiens seront touchés par une maladie mentale au cours de leur vie^[59]. Les maladies mentales les plus souvent signalées sont notamment les troubles de l'humeur et de l'anxiété, ainsi qu'un trouble lié à la consommation de substances^{[59][60]}. Environ 20 % des Canadiens déclarent avoir déjà eu un trouble lié à la consommation de substances^[59]. Dans la plupart des cas, c'est l'alcool qui est en cause^[59].

Autres définitions de la santé mentale positive

Le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations explique que le mieux-être mental est appuyé par la culture, la langue, les aînés, la famille et la création, et qu'il est nécessaire à une vie saine sur le plan individuel, familial et communautaire^[3].

L'Inuit Tapiriit Kanatami définit le mieux-être mental comme un mieux-être physique, affectif, mental et spirituel, auquel s'ajoute une forte identité culturelle^[11].

Le Métis Life Promotion Framework (cadre de promotion du mode de vie métis) préconise l'adoption d'une approche globale afin de trouver un équilibre entre divers facteurs de mieux-être^[16].

CONSUMMATION DE SUBSTANCES ET MÉFAITS POTENTIELS

Les décès liés à la consommation d'opioïdes entraînent une baisse de l'espérance de vie en Colombie-Britannique

Des données récentes de la Colombie-Britannique montrent que de 2014 à 2016, dans cette province, l'espérance de vie a baissé de 0,12 année à cause des décès liés à la consommation de substances, ces derniers étant dus, dans plus de 90 % des cas, à la consommation d'opioïdes^[9]. Cette baisse de l'espérance de vie est plus prononcée chez les hommes et dans les quartiers pauvres^[9].

Les enjeux liés à la [consommation de substances](#) mobilisent actuellement l'attention des experts en santé publique, des décideurs, des communautés et des familles dans l'ensemble du Canada. La crise actuelle qui est liée aux surdoses d'opioïdes et la nouvelle réalité de la légalisation du [cannabis](#) sous-tendent la nécessité de réexaminer l'éventail des comportements associés à la consommation de substances ainsi que leurs répercussions sur la santé publique^[61]. Étant donné l'ampleur de la crise liée aux opioïdes, certains intervenants, y compris des personnes qui vivent ou qui ont vécu de telles expériences, ont demandé d'envisager la décriminalisation d'autres [substances psychoactives](#) au Canada, c'est-à-dire la suppression des sanctions pénales pour la possession de substances destinées à la consommation personnelle. Par ailleurs, il est malheureux que les Canadiens ne portent pas suffisamment attention aux ravages que cause l'alcool.

La plupart des Canadiens consomment des substances psychoactives avec modération sans subir de conséquences graves. La consommation devient problématique lorsque la manière dont ces substances sont consommées, le contexte

en cause, la quantité consommée ou la fréquence de consommation nuisent à la santé mentale ou physique de l'intéressé ou des gens qui l'entourent. Cette définition peut inclure des comportements qui dépassent le cadre du trouble lié à la consommation de substances, comme le fait de consommer pendant la grossesse, l'exécution perturbée de tâches importantes de nature sociale ou personnelle, ou la consommation de substances tout en menant des activités qui présentent un risque accru, comme la conduite d'un véhicule^[62]. La présente section résume les niveaux de consommation, les méfaits et les coûts associés à l'alcool, au cannabis et aux opioïdes.



ALCOOL

L'alcool est une substance psychotrope légale et socialement acceptable qui jouit d'une énorme popularité. Toutefois, sa consommation problématique peut entraîner d'importants méfaits sociaux et sanitaires^[63]. En 2016, la consommation d'alcool était la principale cause de décès prématuré et d'invalidité dans le monde entier chez les personnes de 15 à 49 ans. Chez les hommes de cette tranche d'âge, 12 % des décès ont été imputés à la consommation d'alcool^[64]. Bien que les *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* (voir l'Annexe 3) aient été publiées en 2011 pour les risques à court et long terme, environ 12 et 15 % des Canadiens ne les respectent pas pour ceux à court et à long terme, respectivement^[28].

Consommation

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée au Canada. Près de 80 % des Canadiens de 15 ans et plus ont déclaré avoir bu de l'alcool au cours de la dernière année (Tableau 1a)^[28]. L'un des indicateurs de la consommation problématique d'alcool est sa consommation abusive (hommes consommant au moins cinq verres ou femmes consommant au moins quatre verres, lors d'une seule occasion, au moins une fois par mois durant l'année

Qu'est-ce que la stigmatisation?

La stigmatisation renvoie aux attitudes négatives (préjudice), aux croyances (stéréotypes) ou aux comportements (discrimination) qui dévalorisent autrui^{[4][10]}. Il existe de nombreux niveaux de stigmatisation et de discrimination, celles-ci pouvant être aussi bien personnelles que sociales. Les jugements négatifs fondés sur l'orientation sexuelle d'une personne, sa race, son origine ethnique ou son invalidité peuvent s'entrecroiser et créer plusieurs degrés de stigmatisation, ce qui risque d'entraîner pour certains d'autres enjeux sociaux et sanitaires.

Sur le plan personnel, la stigmatisation peut être intériorisée et réduire ainsi la confiance en soi et l'espoir envers l'avenir^{[4][10]}. Elle peut amener certains à croire qu'ils sont moins dignes de respect, ce qui, en retour, influe sur leurs relations et leur aptitude à trouver un emploi ou un logement et peut les rendre moins susceptibles de demander de l'aide^[10]. Les communautés peuvent aussi stigmatiser les gens en maltraitant les personnes perçues comme différentes^[18]. D'un point de vue sociétal, la stigmatisation institutionnelle peut restreindre les possibilités d'une personne, notamment pour ce qui est de l'accès à la formation et à l'emploi, par la mise en place de politiques, de directives et d'une culture de travail restrictives^[19].

Les personnes qui ont des problèmes de santé mentale ou qui consomment des substances sont souvent stigmatisées^{[18][20][21]}. De même, les personnes stigmatisées peuvent se mettre à consommer de façon abusive des substances en tant que moyen d'adaptation^[18].

précédente), trouble signalé par environ 20 % des Canadiens de 12 ans et plus^[29]. Les taux de consommation abusive d'alcool ont connu une hausse constante, passant de 14 % en 1996 à 20 % en 2013. Ils sont depuis restés stables^{[29][65]}.

Certaines populations consomment plus d'alcool que d'autres. Par exemple, la proportion de consommateurs abusifs d'alcool chez les hommes âgés de 12 ans et plus est plus élevée que chez les femmes de la même tranche d'âge (24 contre 15 %, respectivement)^[29]. En outre, environ 30 % des femmes bisexuelles et près de 25 % des lesbiennes déclarent avoir une consommation abusive d'alcool, par rapport à près de 15 % des femmes hétérosexuelles^[25]. Chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, des Métis et des Inuits adultes, environ 30 % d'entre eux déclarent avoir une consommation abusive d'alcool, par rapport à 20 % environ pour les adultes non autochtones^[25]. D'après l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations, environ 35 % des adultes des Premières Nations vivant en réserve (18 ans et plus) déclarent avoir une consommation abusive d'alcool^[66].

Méfaits

En 2015, plus de 3 000 Canadiens sont morts par suite de problèmes de santé attribués à l'alcool^[67]. Le taux de décès attribués à l'alcool chez les femmes a augmenté de 26 % de 2001 à 2017, alors qu'il n'a accusé qu'une hausse d'environ 5 % au cours de la même période chez les hommes^[67]. En 2016-2017, près de 80 000 hospitalisations au Canada étaient dues à des problèmes de santé entièrement provoqués par l'alcool^[67]. Ce nombre est supérieur au nombre d'hospitalisations dues à un infarctus aigu du myocarde (crise cardiaque)^[67]. L'alcool était la substance la plus consommée par les Canadiens qui s'étaient rendus dans un centre de traitement pour alcooliques et toxicomanes subventionné par l'État^[68].

En 2017, il y a eu plus de 65 000 incidents de conduite avec facultés affaiblies par l'alcool^[69]. Bien que près de 40 % des décès survenus par suite d'un accident de la route soient dus à l'alcool^[70], le taux d'incidents de conduite avec facultés affaiblies a baissé de 26 % au cours des 10 dernières années^[69]. Outre les méfaits directs que sont l'intoxication, les maladies et les blessures, la consommation problématique d'alcool est fortement associée aux conflits familiaux, à la violence conjugale, à la violence et la négligence à l'égard des enfants ainsi qu'aux crimes violents, dont l'agression sexuelle^[71].

Enfin, la consommation d'alcool pendant la grossesse peut entraîner de graves méfaits tant pour la mère que pour le fœtus. On estime qu'environ 10 % des femmes de la population générale canadienne consomment de l'alcool pendant leur grossesse^[72]. L'ensemble des troubles causés par trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) est l'une des plus graves conséquences de l'exposition prénatale à l'alcool. Une étude récente a permis

d'établir les premières estimations représentatives de la prévalence de TSAF parmi les enfants de l'école primaire au Canada : elle se situe entre 2 % et 3 %.^[220] Certaines sous-populations particulières peuvent être plus vulnérables à TSAF que la population générale : les enfants pris en charge, la population carcérale, les élèves en éducation spécialisée, les bénéficiaires de services cliniques spécialisés et les communautés autochtones^[221].

Le paradoxe des méfaits de l'alcool

Les Canadiens qui ont les revenus les moins élevés sont moins nombreux à déclarer une consommation d'alcool abusive que ceux qui ont les revenus les plus élevés. Ils ont toutefois plus de deux fois plus de chances que ces derniers d'être hospitalisés pour des problèmes de santé liés à l'alcool^[8]. Cela peut s'expliquer par le fait que les Canadiens à faible revenu ont des niveaux de stress plus élevés, des soutiens sociaux plus limités, moins de ressources pour s'adapter, un régime alimentaire plutôt médiocre et des niveaux d'inactivité physique plus élevés que les Canadiens à revenu élevé^[15].



CANNABIS

Le gouvernement du Canada a présenté la *Loi sur le cannabis* en octobre 2018 visant à légaliser et à réglementer strictement le cannabis ainsi qu'à en limiter l'accès pour ce qui est de son usage non médical; et ce, dans le but de mieux protéger la santé et la sécurité des Canadiens, notamment les jeunes, et d'empêcher criminels et groupes du crime organisé d'en retirer des profits. Cette nouvelle politique adopte une approche axée sur la santé publique pour réduire les risques de santé liés au cannabis et, en particulier, leurs méfaits chez les populations vulnérables, comme les jeunes de moins de 18 ans. (La *Loi* comprend aussi plusieurs autres objectifs de sécurité publique qui n'entrent pas dans le cadre du présent rapport). Les restrictions qui en découlent pour la production légale du cannabis, ainsi que sa distribution, sa possession et sa vente au détail, visent à mieux protéger les jeunes en limitant l'accès, tout en rendant disponible aux adultes un approvisionnement à qualité contrôlée. Ce nouvel encadrement juridique offre également des renseignements pour le public sur les risques en jeu, de façon à ce que les Canadiens soient sensibilisés aux méfaits possibles du cannabis en matière de santé et disposent de l'information nécessaire pour prendre des décisions éclairées quant à sa consommation. Les *Directives canadiennes d'usage de cannabis à faible risque du Canada* renferment des recommandations axées sur des preuves pour aider les gens à réduire les risques liés à la santé (voir l'Annexe 3).

Consommation

Après l'alcool, le cannabis est la substance la plus consommée par les Canadiens : 12 % des personnes âgées de 15 ans et plus ont déclaré en avoir consommé au cours de la dernière année (Tableau 1b) ^{[28][73]}. Ce taux a plus que doublé depuis 1985, année où il était d'environ 6 % ^{[28][74]}. La consommation du cannabis est plus fréquente chez les hommes (15 %) que chez les femmes (10 %) ^[28]. Trois pour cent (3 %) des Canadiens déclarent avoir consommé du cannabis quotidiennement ou presque, au cours des trois mois précédents (ce qui est défini comme une consommation problématique) ^[28].

Bien que les données nationales en fonction de la situation socioéconomique soient limitées, certaines études montrent qu'au Canada la consommation de cannabis est plus élevée dans la population urbaine que dans la population rurale ^[75]. Cette consommation est également plus habituelle dans certaines populations autochtones. D'après l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations, 30 % des adultes des Premières Nations vivant en réserve (18 ans et plus) ont consommé du cannabis au cours de la dernière année, et 12 % d'entre eux en ont consommé quotidiennement ou presque ^[66].

TABEAU 1A Consommation d'alcool chez les personnes de 15 ans et plus au Canada, en 2015 ^[28]

	POURCENTAGE	TAILLE DE LA POPULATION
Alcool		
Consommation au cours de l'année précédente	77 %	22,7 millions
Consommation d'alcool abusive (12 ans et plus) ^[29]	20 %	6,0 millions

TABEAU 1B Consommation de cannabis chez les personnes de 15 ans et plus au Canada, en 2015 ^[28]

	POURCENTAGE	TAILLE DE LA POPULATION
Cannabis		
Consommation au cours de l'année précédente	12 %	3,6 millions
Consommation quotidienne ou presque (au cours des trois mois précédents)	3 %	840 000

Méfaits

Même s'il en reste encore à connaître sur les effets à long terme, le fardeau associé à la consommation du cannabis en matière de santé publique est présentement plus faible par rapport à l'alcool et à d'autres substances comme le tabac et les opioïdes. Les accidents de la route et les troubles associés à la consommation du cannabis sont les principaux facteurs qui contribuent au fardeau du cannabis sur la santé au Canada ^[76]. Près de 10 % des adultes qui ont déjà consommé du cannabis développeront un trouble lié à la consommation de substances. Cette statistique augmente chez les personnes qui ont commencé à consommer du cannabis à un jeune âge et celles qui en consomment fréquemment ^{[77][78]}. Les consommateurs de cannabis sont également plus à risque de développer certains types de cancer des testicules. Ce risque augmente chez les personnes qui en consomment fréquemment et chez celles qui en consomment pendant plus de 10 ans ^[79]. Quoique relativement rare, une consommation excessive et précoce du cannabis peut accroître le risque de développer une schizophrénie et d'autres

types de psychoses, notamment si des antécédents familiaux sont en cause ^[77]. Également, les personnes qui consomment souvent du cannabis sont plus à risque de développer un trouble de l'humeur et de l'anxiété et de commettre une tentative de suicide ^[80].

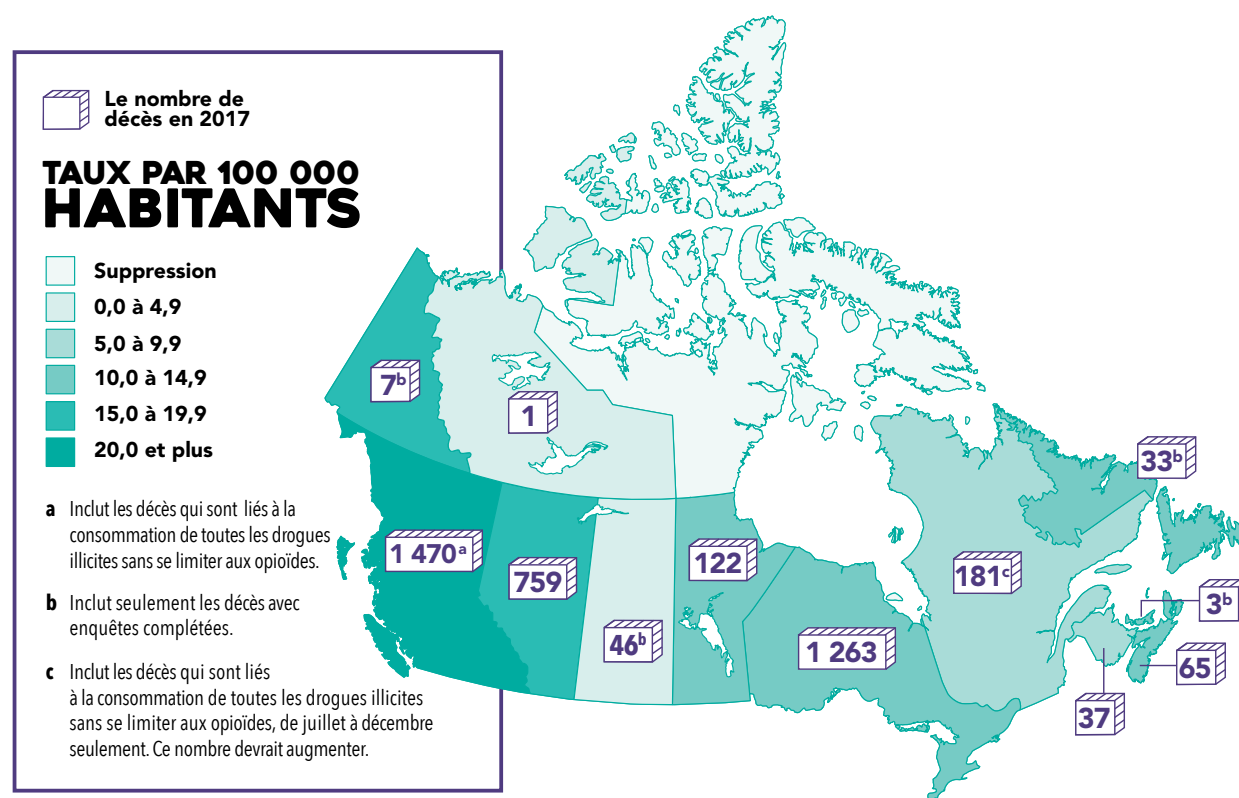
Au Canada actuellement, il n'existe aucune mesure explicite concernant la consommation de cannabis et les méfaits connexes durant la grossesse et l'allaitement maternel, bien que des études envisageant cette association soient en cours. D'après un examen systématique récent sur l'exposition prénatale au cannabis, les femmes enceintes qui consomment sont plus à risque de souffrir d'anémie au cours de leur grossesse, et leur nourrisson est plus susceptible d'être placé en unité néonatale de soins intensifs ^[81]. Il est également prouvé que l'inattention et l'impulsivité à l'âge de 10 ans sont liées à une exposition prénatale. Parmi les autres effets négatifs, citons l'inaptitude à résoudre les problèmes, les erreurs d'omission et la sous-performance scolaire (en particulier en lecture et en orthographe), ce qui montre que l'exposition prénatale au cannabis a une incidence sur l'aptitude à maintenir son attention ^{[82][83]}.

OPIOÏDES

Le Canada connaît actuellement une épidémie croissante de décès et de méfaits liés aux opioïdes. En 2017 seulement, près de 4 000 Canadiens sont décédés par suite d'une surdose^[84]. Cela équivaut au décès de 11 Canadiens par jour. Sur le plan national, la majorité des décès survenus jusqu'ici ont frappé les hommes de façon générale, et de façon particulière des personnes de 20 à 59 ans.

O l'on sait que des données nationales peuvent parfois masquer des tendances locales ou régionales^[84]. La crise liée aux opioïdes évolue rapidement dans l'ensemble du pays. Bien que par le passé les décès dus aux opioïdes aient été plus nombreux dans l'Ouest du Canada (en particulier en Colombie-Britannique et en Alberta), d'autres parties du pays connaissent depuis peu une augmentation du nombre de cas (Figure 5)^[84]^[85].

FIGURE 5 Nombre et taux de décès (pour 100 000 habitants) apparemment liés aux opioïdes par province ou territoire, Canada, 2017^[84]



Source: [Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada \(juin 2018\)](#)

Les causes de cette crise sont complexes et comportent notamment un croisement entre un accès excessif aux opioïdes sur ordonnance et un accès accru aux opioïdes vendus sans ordonnance (illégales). D'abord, l'augmentation des ordonnances est l'une des causes des décès dus à une surdose d'opioïdes^[85]. De 1980 à 2015, la consommation d'opioïdes a été multipliée par 40 au Canada, passant de 21 à 853 doses en équivalents de morphine par personne dans la population^[86]. En 2016, plus de 20 millions d'ordonnances d'opioïdes ont été délivrées au pays, soit l'équivalent de près d'une ordonnance pour chaque adulte de plus de 18 ans, ce qui fait du Canada le deuxième

plus gros consommateur d'opioïdes sur ordonnance au monde après les États-Unis^[85]. Les tendances montrent également une augmentation d'ordonnances d'opioïdes plus puissants au cours des dernières années. Alors que la proportion des ordonnances d'opioïdes plus faibles (p. ex., la codéine) a diminué entre 2012 et 2016, la proportion d'ordonnances d'opioïdes plus puissants (p. ex., l'oxycodone, l'hydromorphone et la morphine) est passée de 52 à 57 % au cours de la même période^[87]. Bien qu'il semble relativement modeste, ce changement est inquiétant, compte tenu du risque accru d'effets nuisibles liés à la consommation d'opioïdes puissants^[87].

D'autre part, on estime que la hausse marquée des décès liés aux opioïdes au cours des dernières années dans certaines régions du Canada est principalement due au commerce illégal de fentanyl, car les taux de délivrance médicale légale de cette substance sont restés relativement stables dans l'ensemble du pays^{[85][87][88]}. Les premiers décès dus à une surdose liée au fentanyl ont d'abord été signalés en Colombie-Britannique et en Alberta, en 2011^[85]. Depuis, une forte hausse du nombre et du pourcentage de décès liés au fentanyl a été constatée dans l'Ouest, une augmentation plus récente ayant été observée dans un certain nombre d'administrations, comme l'Ontario. En 2012, 4 % et 11 % des décès dus à une surdose d'opioïdes en Colombie-Britannique et en Alberta, respectivement, étaient liés au fentanyl; en 2017, ces taux sont passés à 84 et 79 %. Près de 70 % des décès liés aux opioïdes en Ontario (2017) étaient liés au fentanyl, par rapport à 24 % en 2012^{[84][88]}. Par ailleurs, les opioïdes de synthèse hautement toxiques se répandent de plus en plus. Dans plusieurs provinces, la présence de carfentanil, substance 100 fois plus toxique que le fentanyl, a été détectée par suite de décès liés à une surdose^[85]. Il faut mener des recherches plus approfondies pour savoir d'où proviennent les produits illégaux issus du fentanyl dans certaines régions du pays, car ces sources ne sont pas parfaitement claires.

Un autre facteur susceptible d'influer sur l'épidémie actuelle est le manque de sensibilisation des Canadiens aux risques liés aux opioïdes obtenus de manière illégale et sur ordonnance. Une étude de 2017 sur la sensibilisation aux opioïdes a révélé qu'environ 70 % des Canadiens savaient parfaitement que les substances obtenues de manière illégale ou dans la rue pouvaient contenir du fentanyl. Toutefois, presque 15 % des personnes interrogées n'étaient pas du tout informées du risque présenté par ces produits^[89]. En outre, seulement 28 % des Canadiens ont déclaré qu'ils seraient capables de reconnaître les signes de surdose, et seulement près de 10 % d'entre eux ont affirmé qu'ils sauraient comment obtenir et administrer de la naloxone, un médicament qui bloque ou inverse les effets des surdoses d'opioïdes^[89].

Consommation

Des données sur les effets des opioïdes sur les populations touchées commencent à être disponibles. Par exemple, nous disposons actuellement de données limitées sur la consommation d'opioïdes à des fins non médicales, ainsi que sur les populations les plus touchées, et il en est de même pour les renseignements sur les facteurs de risque socioéconomiques et courants. Une étude nationale sur les décès par surdose

liée aux opioïdes et autres drogues, menée par l'ASPC, devrait nous aider à mieux comprendre les facteurs, les causes et les déterminants de l'épidémie de décès dus à une surdose liés aux opioïdes au Canada, et préciser dans quels domaines nous devons mener des recherches plus approfondies^[6].

En 2015, 0,3 % des Canadiens ont déclaré avoir consommé des analgésiques opioïdes sur ordonnance pour d'autres raisons que les fins thérapeutiques prescrites^[28]. Dans une étude menée en ligne en 2017, Santé Canada a établi que près de 33 % des Canadiens qui avaient déclaré avoir consommé des opioïdes au cours de la dernière année ne disposaient pas toujours d'une ordonnance^[85].

Méfais

Il existe un trait commun dans l'ensemble du pays : la consommation combinée de plusieurs substances joue un rôle dans la majorité des décès liés à une surdose d'opioïdes. Les données nationales montrent que plus de 70 % de ces décès mettent également en cause un ou plusieurs types de substances non opioïdes, comme l'alcool, les benzodiazépines, la cocaïne et les méthamphétamines^[84]. Les données sur les décès confirmés en Alberta (2017) ont montré que dans 80 % des décès liés à une surdose au fentanyl, d'autres substances étaient également en cause^[84].

La crise liée aux surdoses d'opioïdes touche toutes les régions du pays et tous les secteurs de la société; les données disponibles montrent néanmoins que certaines populations en subissent un fardeau disproportionné. De nouvelles données issues de plusieurs provinces montrent que les personnes vivant dans la pauvreté, les membres des Premières Nations et ceux qui ont un logement précaire sont disproportionnellement touchés par les décès dus à une surdose d'opioïdes^{[9][90][91][92]}. Selon des données de l'Ontario, lorsqu'il y a diminution du revenu dans un quartier, on peut s'attendre à une augmentation des consultations aux urgences, d'hospitalisations et des décès liés à une surdose d'opioïdes^[91]. Selon des données de la Colombie-Britannique, les Premières Nations ont cinq fois plus de chances d'éprouver une surdose d'opioïdes et ont trois fois plus de chances d'en mourir que les non-Premières Nations^[90]. Bien que les surdoses et les décès qui s'ensuivent soient plus fréquents chez les hommes issus de la population générale, en Colombie-Britannique les hommes et les femmes des Premières Nations ont des taux similaires de surdoses et de décès liés aux opioïdes^[90].

Les gens qui ont un logement précaire sont également plus exposés aux risques que présentent les méfaits liés aux opioïdes. En Colombie-Britannique, les données collectées lors des consultations aux urgences ont montré que près de 30 % de ceux qui s'étaient présentés pour un cas de surdose connu ou suspecté avaient également déclaré avoir un logement précaire^[93].

Il faut mener davantage de recherches et d'activités de surveillance afin de savoir quelles sont les populations les plus touchées par la crise des opioïdes ainsi que les facteurs en cause.

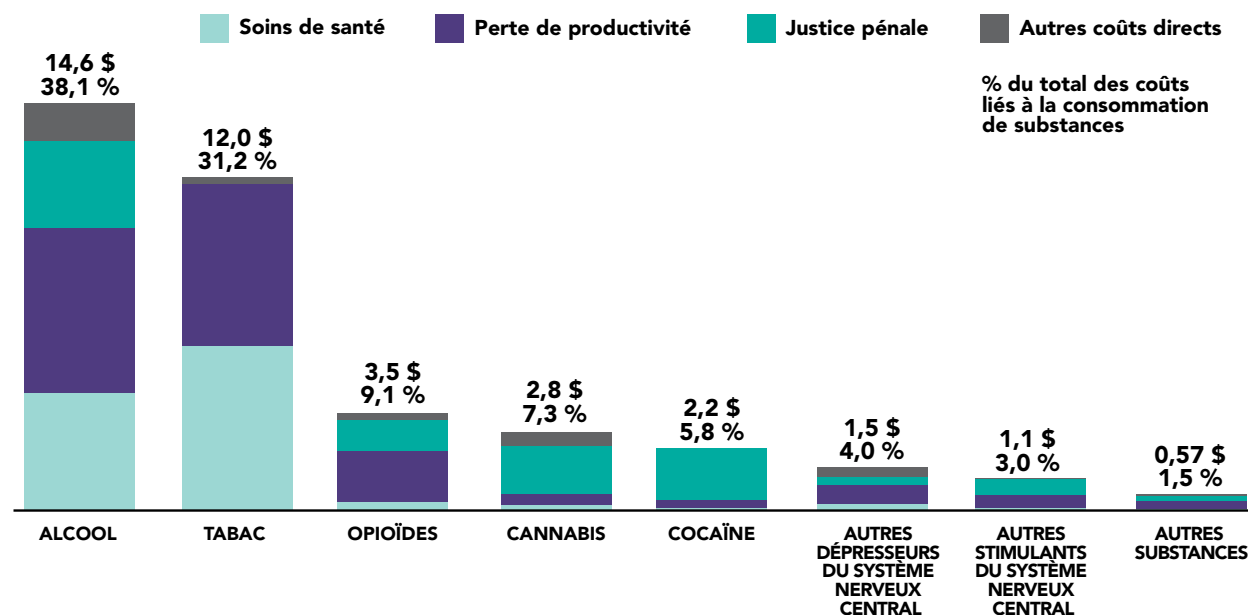
COÛTS DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES AU CANADA

En 2014 au Canada, c'est la consommation d'alcool qui a occasionné les coûts généraux les plus élevés par rapport aux autres substances, atteignant 14,6 milliards de dollars au chapitre des soins de santé, de la perte de productivité, des frais de justice

pénale et autres (Figure 6). Ces coûts sont suivis par ceux liés à l'usage du tabac, estimés à 12 milliards de dollars par année^[94]. Les opioïdes arrivent au troisième rang, avec 3,5 milliards de dollars^[94]. Comme les méfaits liés aux opioïdes ont connu une hausse fulgurante depuis 2015, les coûts qui s'y rattachent devraient augmenter en flèche. Enfin, le cannabis se place au quatrième rang, drainant 2,8 milliards de dollars. La moitié de ces coûts est liée au système de justice pénale. La part des coûts liés à ce système devrait baisser une fois en vigueur la politique de légalisation du cannabis^[94].

Compte tenu du fardeau du tabagisme sur la société, il est évident qu'il faut poursuivre les efforts de lutte dans ce domaine^[94]^[95]. Bien que la suite du présent rapport ne focalise pas sur ce sujet, il y est quand même question de l'usage du tabac ainsi que des efforts d'intervention comme exemples de méthodes fructueuses pour traiter un défi complexe en matière de santé publique.

FIGURE 6 Coûts généraux (en milliards de dollars) par substance et type de coût, en 2014^[94]



Source: [Coûts de l'usage de substances au Canada](#)



2

COMPRENDRE

LES ENJEUX LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES CHEZ LES JEUNES

Introduction

L'adolescence et le début de l'âge adulte sont des étapes clés de la vie où les gens établissent souvent des comportements durables. Des changements physiques et sociaux se produisent tandis que le jeune cerveau évolue, que la puberté arrive et que les rôles futurs de l'adulte s'établissent. En parallèle, les jeunes s'adaptent à de nouvelles relations sociales ainsi qu'à une nouvelle autonomie qui peut les amener à prendre des risques^[96]. Cette évolution a lieu au sein de la famille, de la communauté, des groupes de camarades et des milieux sociaux et culturels plus larges, autant d'environnements pouvant favoriser un développement positif des jeunes ou, à l'inverse, le rendre difficile. Au cours de cette période, beaucoup de jeunes font l'expérience de substances, mais certains d'entre eux finissent par adopter des habitudes nocives, pour eux et pour les autres. Pour sélectionner des mesures de prévention favorables et efficaces, il est crucial de comprendre les circonstances susceptibles d'inciter les jeunes à consommer des substances de manière problématique.

Les jeunes ne forment pas un groupe homogène unique, mais plutôt des groupes qui peuvent varier selon le sexe, la race, l'identité sexuelle, les aptitudes, le milieu culturel, la situation économique et l'identité personnelle. Il se peut parfois que les services de santé et sociaux actuels ne répondent pas aux besoins des jeunes issus de tous les milieux^[5].

En bref



7,1 PAR
100 000
2010-2011

12,4 PAR
100 000
2015-2016

**LES HOSPITALISATIONS
LIÉES AUX
OPIOÏDES
CHEZ LES JEUNES
ADULTES DE
15 À 24 ANS**

ont connu une hausse fulgurante au cours des cinq dernières années.

**PRÈS DE
25 %
DES JEUNES**
de la 7^e à la 12^e année adoptent un
**COMPORTEMENT À HAUT
RISQUE EN MATIÈRE DE
CONSOMMATION D'ALCOOL.**

**LA MAJORITÉ
DES JEUNES QUI
CONSOMMENT DES
SUBSTANCES INDIQUENT
QU'ILS LE FONT POUR
SE SENTIR
BIEN ET
SOCIALISER.**

**UNE PETITE PARTIE
D'ENTRE EUX AFFIRME
QUE LES SUBSTANCES PEUVENT
ATTÉNUER LE STRESS
ET LES AIDER À FAIRE
FACE À DES
SITUATIONS
DÉFAVORABLES.**

Ce groupe a plus de chances de
subir des conséquences sanitaires
et sociales négatives.

LES CAUSES DE LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES CHEZ LES JEUNES SONT MULTIPLES.

Il existe une interaction complexe de facteurs, comme le marketing et la disponibilité des substances psychoactives, les relations avec la famille et les camarades, les mauvais traitements et les traumatismes, ainsi que des facteurs sociaux, comme le logement et le revenu familial qui, selon qu'ils sont stables ou non, peuvent pousser à une consommation problématique de substances ou, à l'inverse, protéger d'un tel comportement.

Consommation de substances et méfaits potentiels chez les jeunes

Plus une personne commence tôt à consommer des substances et plus sa consommation devient considérable et fréquente, plus elle court le risque de se livrer à une consommation problématique et d'en subir les méfaits plus tard dans la vie^[97]. Si nous concentrons nos efforts sur les jeunes, cela nous permettra de réduire les comportements potentiellement à risque ainsi que les effets négatifs à long terme sur la santé^[98].



ALCOOL

Consommation

Consommer de l'alcool avant l'âge légal est chose courante au Canada. Plus de 40 % des élèves de la 7^e à la 12^e année ont déclaré avoir consommé une boisson alcoolisée au cours des 12 mois précédents (Tableau 2)^[99]. En moyenne, ils boivent de l'alcool pour la première fois à l'âge de 13 ans^[99]. Près de 25 % des élèves ont manifesté un comportement à haut risque en matière de consommation d'alcool (cinq verres ou plus lors d'une seule occasion)^[99]. Selon des données sur la consommation d'alcool abusive chez les adolescents à l'échelle nationale, les taux augmentent en fonction des revenus. Dans le même temps, les taux de consommation d'alcool abusive varient selon certaines sous-populations. Par exemple, les jeunes Autochtones qui vivent hors réserve déclarent consommer de l'alcool de manière abusive plus fréquemment que les jeunes non-Autochtones^[25]. En Colombie-Britannique, 33 % des jeunes Métis (de 12 à 19 ans) ont déclaré avoir consommé de l'alcool de manière abusive au cours du mois précédent^[100], contre 10 % des jeunes des Premières Nations (de 12 à 17 ans) vivant en réserve^[66].

Méfaits

Une consommation d'alcool excessive et risquée peut avoir de nombreuses incidences sur les jeunes. Les méfaits directement liés à la surconsommation d'alcool sont notamment les blessures, les pertes de mémoire, les contraintes et les agressions sexuelles, le suicide et autres formes d'automutilation, l'intoxication par l'alcool et les accidents de la route. Les méfaits à long terme sont, entre autres, les troubles liés à la consommation de substances, les problèmes d'apprentissage et de mémoire, les problèmes de rendement scolaire, le risque accru de décrochage scolaire et le risque accru de certaines maladies chroniques^{[71][101][102][103]}. Parmi les jeunes de 10 à 19 ans, les taux d'hospitalisation liés à l'alcool sont beaucoup plus élevés chez les filles que chez les garçons, bien que les causes de cette situation ne soient pas très claires^[8]. En raison des [normes sociales](#) au Canada, on croit déceler une certaine apathie à l'endroit des méfaits qu'entraîne l'alcool chez les jeunes.

TABLEAU 2 Consommation d'alcool chez les élèves de la 7^e à la 12^e année, Canada, 2016-2017^[99]

	POURCENTAGE OU ÂGE	TAILLE DE LA POPULATION
Alcool		
Consommation au cours de l'année précédente	44 %	859 000
Comportement à haut risque en matière de consommation d'alcool (cinq verres ou plus lors d'une seule occasion) au cours de l'année précédente	24 %	487 000
Âge moyen au moment de la première consommation	13 ans	S/O



CANNABIS

Consommation

Près de 20 % des élèves de la 7^e à la 12^e année ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours de la dernière année (2016-2017) (Tableau 3)^[99]. En moyenne, ils consomment du cannabis pour la première fois à l'âge de 14 ans^[99]. La grande majorité des élèves

qui en ont consommé (80 %) ont déclaré l'avoir fumé^[99], ce qui peut causer des problèmes respiratoires^[77]. Les autres façons de le consommer sont l'ingestion par voie orale, le vapotage et le tamponnage – vaporiser du concentré de cannabis en le mettant sur un objet métallique extrêmement chaud et en en inhalant les vapeurs^[99]. Certains jeunes sont plus susceptibles de consommer

du cannabis que d'autres. Par exemple, d'après l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations, près de 30 % des jeunes des Premières Nations vivant en réserve (12 à 17 ans) ont consommé du cannabis au cours de la dernière année, contre 66 % des jeunes Inuits (15 à 19 ans) selon une étude menée à Nunavik^{[66][104]}. De plus, près de 40 % des jeunes Métis (12 à 19 ans) ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours de la dernière année^[100].

Les jeunes Canadiens sont plus susceptibles de consommer du cannabis que les adultes. Bien que les taux de consommation de cannabis chez les adolescents (environ 20 % des 15 à 19 ans) et les jeunes adultes (environ 30 % des 20 à 24 ans) au cours de l'année précédente soient restés identiques entre 2013 et 2015, ils restent plus élevés que chez les adultes de plus de 25 ans (10 %)^[28]. Une consommation hebdomadaire soutenue ou plus fréquente chez les adolescents peut accroître le risque d'un trouble lié à la consommation de substances ou des problèmes de santé mentale plus tard dans la vie^[105]. En 2015, près de 5,1 % des jeunes de 15 à 24 ans ont déclaré consommer du cannabis quotidiennement ou presque au cours des trois mois précédents; 4,6 % en consommaient une fois par semaine et 3,5 % en consommaient une fois par mois^[106].

Perception des méfaits et des risques

Plus une personne commence tôt à consommer du cannabis, plus elle risque de développer des problèmes de santé^{[77][97]}. Le fait de commencer à consommer du cannabis à un jeune âge (principalement avant l'âge de 16 ans), et cela de manière fréquente, peut accroître le risque d'un trouble lié à la consommation de substances, et même de psychose^{[77][97]}. Bien que les recherches dans ce domaine restent insuffisantes, un rapport a été établi entre le fait de consommer chaque jour du cannabis pendant de nombreuses années, depuis l'adolescence, et les troubles de mémoire, d'attention et d'apprentissage^{[107][108]}.

Dans la foulée de la légalisation du cannabis, il sera important de surveiller la perception des risques liés à cette substance au fil du temps, en particulier chez les jeunes. Interrogés sur la nocivité du fait de fumer du cannabis une fois de temps en temps, environ 20 % des élèves de la 7^e à la 12^e année ont répondu que cela présentait un « risque élevé » pour leur santé, et environ le même pourcentage a affirmé que cela ne représentait « aucun risque »^[99]. Les élèves du même groupe ont dû indiquer s'ils pensaient que le fait de fumer régulièrement du cannabis pouvait être nocif, et un peu plus de 50 % d'entre eux ont répondu que cela représentait un « risque élevé », tandis que près de 10 % ont affirmé que cela ne présentait « aucun risque » pour la santé^[99].



Consommation

Trois pour cent (3 %) des élèves de la 7^e à la 12^e année ont déclaré consommer des opioïdes sur ordonnance (il s'agit notamment d'opioïdes prescrits soit pour la personne interrogée, soit pour un membre de la famille ou un ami) à des fins non médicales (p. ex., pour leurs effets psychotropes) au cours de l'année précédente (2016-2017); 1 et 0,5 % d'entre eux ont déclaré consommer de l'oxycodone et du fentanyl, respectivement, pour leurs effets psychotropes (Tableau 4)^[99]. Certains jeunes sont particulièrement vulnérables à la consommation problématique d'opioïdes. Dans une étude récente sur les jeunes adultes (16 à 25 ans) qui avaient consommé des opioïdes au cours des trois mois précédents, les jeunes appartenant au groupe **LGBT** (lesbienne, gai, bisexuel et transgenre) avaient près de deux fois plus de chances de consommer des opioïdes de manière intensive (consommation nocive d'opioïdes la plus longue et la plus régulière)^[109].

TABEAU 3 Consommation de cannabis et perception des risques qui s'y rattachent chez les élèves de la 7^e à la 12^e année, Canada, 2016-2017^[99]

	POURCENTAGE OU ÂGE	TAILLE DE LA POPULATION
Cannabis		
Consommation au cours de l'année précédente	17 %	340 000
Âge moyen au moment de la première consommation	14 ans	S/O
Fument du cannabis (chez les élèves ayant déclaré en avoir déjà consommé)	80 %	340 000
Comprennent que le fait de fumer régulièrement du cannabis présente un « risque élevé » pour la santé	54 %	1,1 M

Méfaits

Entre 2010 et 2015 en Ontario, la hausse la plus substantielle des décès liés aux opioïdes touchait la tranche d'âge des 15 à 24 ans^[110]. Dans cette province, près de 10 % de tous les décès chez les jeunes adultes de 15 à 24 ans étaient liés aux opioïdes, taux qui a presque doublé au cours des cinq dernières années^[110]. Quoique ces tendances en matière de mortalité soient peut-être propres à l'Ontario, les données sur les hospitalisations dans l'ensemble du Canada confirment ces constatations et montrent qu'entre 2007-2008 et 2015-2016, c'est dans la tranche d'âge

des 15 à 24 ans que l'augmentation des taux d'hospitalisation liés à une surdose aux opioïdes a été le plus rapide^[111]. Au cours de la même période, plus de 50 % des surdoses d'opioïdes chez les jeunes ayant conduit à une hospitalisation étaient volontaires (ou surdoses découlant d'un méfait auto-infligé)^[112]. Les causes de cette situation ne sont pas parfaitement claires : pour éclairer les efforts de prévention, les agents de santé publique ont besoin de plus de données probantes sur les raisons qui incitent les jeunes à consommer des opioïdes ainsi que sur la provenance de ces opioïdes.

TABEAU 4 Consommation d'opioïdes chez les élèves de la 7^e à la 12^e année, Canada, 2016-2017^[99]

	POURCENTAGE	TAILLE DE LA POPULATION
Ordonnances d'opioïdes		
Consommation d'analgésiques pour leurs effets psychotropes au cours de la dernière année	3 %	61 000
Consommation d'oxycodone pour ses effets psychotropes au cours de la dernière année	1 %	24 000
Consommation de fentanyl pour ses effets psychotropes au cours de la dernière année	0,5 %	10 000

Raisons pour lesquelles les jeunes consomment des substances

Les jeunes donnent diverses raisons pour expliquer leur consommation de substances. Les raisons les plus fréquemment citées dans le cas du cannabis et de l'alcool sont : « s'amuser » et « socialiser »^{[113] [114]}. Un petit groupe de personnes déclarent consommer des substances pour surmonter le stress ou une souffrance affective. Le risque de consommation problématique de substances est plus élevé dans ce groupe^[115].

S'amuser et socialiser

La plupart des jeunes déclarent boire de l'alcool principalement pour « s'amuser » et faire la fête^{[113] [114]}. Les élèves affirment qu'ils boivent de l'alcool surtout parce qu'ils en apprécient le goût et que cela leur permet de socialiser avec leurs amis^[116]. Ces raisons sont similaires aux motifs cités par les personnes qui déclarent consommer du cannabis (« expérimenter » et « socialiser »). En ce qui concerne le cannabis, les jeunes déclarent aussi en consommer « pour être plus créatifs et originaux »^[117].

Surmonter le stress ou une souffrance affective

Une minorité de jeunes consomment de l'alcool et du cannabis pour surmonter le stress. Les élèves qui ont déclaré avoir une santé mentale précaire étaient plus susceptibles de déclarer consommer des substances comme moyen d'adaptation ou parce qu'ils se sentaient tristes ou déprimés^[115]. Les jeunes déclarent consommer du cannabis pour s'adapter, car ils se sentent déprimés, veulent réduire leur niveau de stress et d'anxiété ou souhaitent échapper

à la réalité ou à une situation défavorable^{[117] [118]}. Une autre étude montre que les jeunes qui consomment de l'alcool en tant que moyen d'adaptation sont plus susceptibles de signaler des difficultés liées à cette consommation, comme des bagarres, des disputes avec les amis ou les membres de la famille, ou des problèmes liés à l'école^[114]. De même, les jeunes qui consomment du cannabis en tant que moyen d'adaptation sont aussi plus susceptibles de déclarer certains problèmes, comme des pertes de mémoire, une baisse de la productivité et un sommeil difficile^[119]. Enfin, certains jeunes consomment également du cannabis pour soulager une douleur physique^{[115] [118]}.

En définitive, bien que les raisons qui incitent les jeunes à consommer des opioïdes ne soient pas encore parfaitement claires, certains d'entre eux ont déclaré en consommer pour leurs effets psychotropes ou pour se soigner^[99]. Les agents de santé publique doivent obtenir des données de surveillance plus complètes sur les raisons pour lesquelles les jeunes consomment des opioïdes afin de mieux éclairer les efforts de prévention.

Facteurs de risque et de protection chez les jeunes

Dans la vie d'un jeune, il y a tout un éventail de [facteurs de risque](#) et de [protection](#) qui interagissent et qui, soit augmentent le risque qu'il présente une consommation problématique de substances, soit l'en protègent^{[5][120]}. Ces facteurs ne sont pas indépendants les uns des autres et ne sont pas simplement le reflet des caractéristiques personnelles, mais sont au contraire dynamiques et recoupent tous les milieux sociaux où le jeune grandit^{[5][120]}.

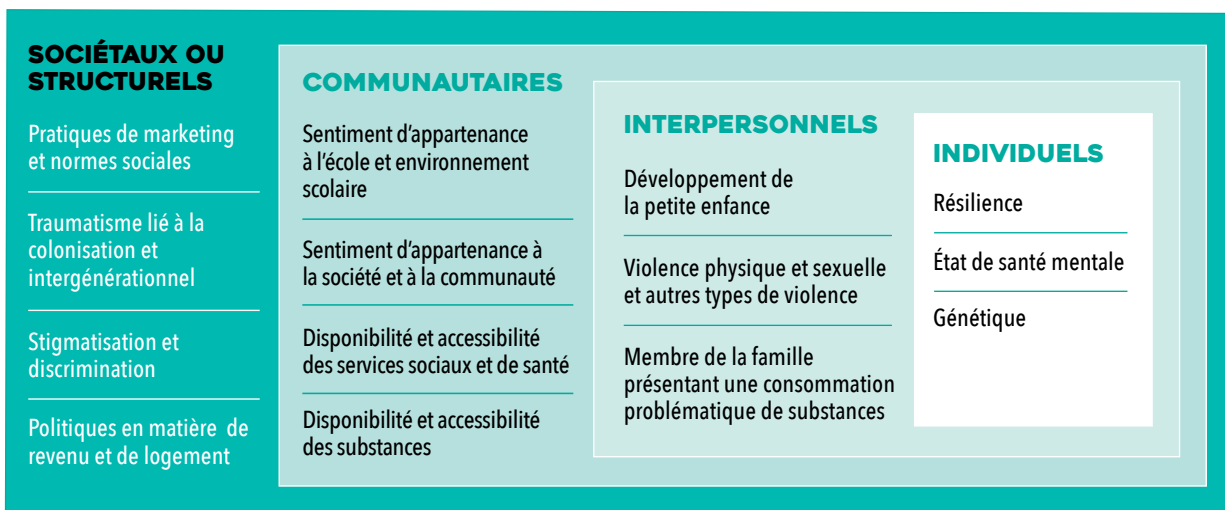
La Figure 7 montre des exemples de facteurs de risque et de protection liés à la consommation problématique de substances chez les jeunes. L'individu est emboîté dans la société en général et dans son milieu familial et communautaire. Ces facteurs se façonnent tout au long de la vie, de l'environnement prénatal à l'âge adulte. Certains facteurs de risque peuvent porter plus de conséquence que d'autres à certaines étapes du développement, comme la pression exercée par les camarades à l'adolescence. Par ailleurs, certains facteurs de protection, comme un lien solide entre parent et enfant, peuvent avoir des effets plus marqués sur la réduction des risques pendant les premières années de la vie, et renforcer la [résilience](#). Ces facteurs peuvent en retour influencer sur beaucoup de résultats sanitaires et socioéconomiques au cours de l'enfance et des années ultérieures^[120]. Un objectif vital de la prévention consiste donc à privilégier les facteurs de protection par rapport aux facteurs de risque (Tableau 5).

Sur un plan social plus large, au Canada, les inégalités liées aux déterminants de la santé, en particulier la pauvreté et l'accès à un logement sécuritaire et abordable, entraînent un risque accru de consommation problématique de substances chez les jeunes.

En même temps, certaines populations de jeunes ont des déterminants qui leur sont propres. Les répercussions historiques et permanentes de la colonisation pour les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis expliquent le traumatisme intergénérationnel qui perturbe la vie de nombreux jeunes Autochtones ainsi que les effets de cet héritage sur l'éradication des valeurs culturelles et traditionnelles et la perte de stabilité de la famille traditionnelle^[13]. Ces facteurs de risque pour les communautés autochtones sont contrés par certains facteurs de protection, comme la *continuité culturelle*, facteur associé à une réduction des taux de suicide parmi les jeunes des Premières Nations en Colombie-Britannique^{[121][122]}. Les études montrent que le lien avec la terre, les cérémonies culturelles et les traditions de ressourcement peuvent réduire le risque lié à la consommation problématique de substances chez les jeunes Autochtones en leur donnant les connaissances et les compétences nécessaires pour établir des liens efficaces sur le plan familial, spirituel et identitaire^[123].

Les facteurs de risque et de protection qui ont trait à la consommation nocive de substances ne sont pas répartis de manière égale chez tous les jeunes. Parmi les groupes également exposés à des risques plus élevés que d'autres, il y a

FIGURE 7 Exemples de facteurs de risque et de protection liés à la consommation problématique de substances chez les jeunes



les jeunes sans domicile fixe ou les jeunes de la rue, les jeunes placés sous garde, les jeunes qui ont des problèmes concomitants de santé mentale, les jeunes qui ont des antécédents de traumatisme, ainsi que les jeunes gais, lesbiennes, bisexuels, transgenres et en questionnement^[5]. Les facteurs de risque courants parmi ces populations sont notamment les antécédents de traumatisme, l'exposition à la violence sexuelle et physique ou à d'autres types de violence, les expériences de stigmatisation et de discrimination (dont le racisme, l'hétérosexisme et la transphobie), ainsi que les problèmes de santé mentale qui en découlent^[5].

Certains facteurs de risque sont plutôt liés à des différences individuelles et interpersonnelles. Par exemple, les jeunes qui

ont des antécédents familiaux en matière de consommation de substances ou de maladie mentale sont plus à risque de consommer des substances de manière nocive.

De plus en plus de preuves montrent que la présence de facteurs de protection dans la vie des jeunes les plus vulnérables peut limiter le risque et renforcer la résilience. Le sentiment d'appartenance à l'école, des relations positives avec des adultes bienveillants à l'intérieur et à l'extérieur de la famille, la solidarité des camarades et la sécurité à l'école et dans la communauté peuvent améliorer l'aptitude d'une personne à assumer ses responsabilités quotidiennes et réduire les difficultés éventuelles qui entraînent une consommation problématique de substances^[120].

TABEAU 5A Exemples de facteurs de risque et de protection sociétaux ou structurels

FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION	LIEN AVEC UNE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE DE SUBSTANCES
PRATIQUES DE MARKETING ET NORMES SOCIALES	<p>Les études montrent que l'exposition aux pratiques de marketing liées à l'alcool et au tabac augmente la probabilité de consommer ces substances^{[124][125]}. Le marketing peut façonner les normes sociales en montrant les substances sous un angle positif et en ciblant certaines notions, comme l'approbation sociale, l'autonomie, l'image de soi et l'esprit d'aventure^[124].</p> <p>Les médias populaires perpétuent également la consommation de substances légales ou illégales^{[126][127]}. Une étude scientifique menée en 2010 a montré que l'exposition accrue aux médias non publicitaires (télévision, musique et films) était fortement associée à l'initiation au tabagisme, à la consommation de substances illégales et à la consommation d'alcool chez les enfants et adolescents^[128].</p>
TRAUMATISME LIÉ À LA COLONISATION ET INTERGÉNÉRATIONNEL	<p>Les répercussions historiques et courantes de la colonisation et du système des pensionnats au Canada affectent les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis depuis plusieurs générations. La dernière Enquête régionale sur la santé des Premières Nations a établi que les taux de consommation problématique de substances (consommation d'alcool abusive) étaient plus élevés chez les jeunes des Premières Nations dont au moins un parent avait vécu dans un pensionnat que chez les autres jeunes n'appartenant pas aux Premières Nations^[90].</p>
STIGMATISATION ET DISCRIMINATION	<p>Les expériences de stigmatisation ou de discrimination fondées sur la race ou l'origine ethnique, l'identité autochtone, l'état de santé mentale, l'invalidité ou l'appartenance LGBTQ2 peuvent accroître le risque de consommation nocive de substances chez certains groupes de jeunes^{[5][129]}. Les niveaux de stigmatisation et de discrimination subséquents qui s'entrecroisent peuvent, en retour, faire perdurer la consommation problématique de substances^[129].</p> <p>Outre la stigmatisation publique qui perpétue les propos négatifs et les stéréotypes susceptibles de mener à une exclusion sociale, de restreindre les possibilités et de réduire l'auto-efficacité des personnes qui consomment des substances, la stigmatisation institutionnelle peut entraîner des obstacles de taille à l'accès aux soins de santé, au logement et à l'emploi^{[4][19]}. Comme les personnes qui consomment des substances intériorisent la stigmatisation publique et institutionnelle, elles peuvent ressentir un manque de confiance ainsi qu'un sentiment de gêne et de honte qui les décourage de demander de l'aide à propos de leur trouble^[18].</p>

Suite à la page suivante

FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION	LIEN AVEC UNE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE DE SUBSTANCES
POLITIQUES EN MATIÈRE DE REVENU ET DE LOGEMENT	<p>La pauvreté dans les familles qui ont des enfants a été associée à la consommation de substances plus tard dans la vie, même si le lien n'est pas toujours direct. Par exemple, les enfants issus de familles à faible revenu sont plus susceptibles d'aller à l'école le ventre vide. Cela réduit leur capacité d'apprendre et d'avoir de bons résultats, facteur lié à une augmentation de la consommation nocive de substances^{[130][131]}. Les enfants issus de familles à faible revenu ont aussi moins de chances d'être exposés à certains facteurs de protection à long terme, comme la lecture quotidienne, le temps parental, la participation aux activités scolaires ainsi que le temps ou l'argent consacré aux loisirs^{[130][131][132][133][134]}. Le fait de vivre dans un quartier à faible revenu et défavorisé entraîne aussi une exposition accrue aux substances illégales, à la consommation de substances et aux intoxications^{[135][136]}.</p> <p>L'accès à un logement sécuritaire et stable est un autre indice important, car les personnes qui n'en disposent pas recourent souvent aux substances comme moyen d'adaptation^[137]. Les jeunes qui ont un logement précaire sont plus à risque de consommer des substances de manière nocive^[131]. En effet, les jeunes de la rue ou sans domicile fixe connaissent de graves problèmes sanitaires et sociaux, et l'itinérance est un déterminant majeur de l'initiation à la consommation de substances chez les jeunes (même en tenant compte de divers facteurs sociodémographiques)^[138]. Dans certaines populations, les taux de besoin de logement sont également plus élevés. Les membres des Premières Nations qui vivent hors réserve, les Métis et les Inuits sont plus nombreux à avoir un logement inférieur aux normes, c'est-à-dire un domicile considéré comme inadapté, inadéquat ou inabordable, que la population non autochtone. Au Canada, en 2011, près de 50 % des membres des Premières Nations hors réserve et des Inuits, ainsi que 40 % des Métis vivaient dans un logement inférieur aux normes^[25].</p>

TABEAU 5B Exemples de facteurs de risque et de protection communautaires

FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION	LIEN AVEC UNE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE DE SUBSTANCES
SENTIMENT D'APPARTENANCE À L'ÉCOLE ET ENVIRONNEMENT SCOLAIRE	<p>Le sentiment d'appartenance à l'école, c'est dans quelle mesure les élèves se sentent acceptés, respectés, inclus et aidés par les autres dans le milieu éducatif^{[139][140][141]}. Ces liens protègent les jeunes de nombreux risques de santé, comme l'initiation précoce au tabagisme et à la consommation d'alcool^{[139][140]}. Cette réalité est étroitement liée à la notion d'« environnement scolaire positif », qui a un effet protecteur prouvé contre la consommation problématique de substances et entraîne une diminution des taux de consommation d'alcool et de cannabis chez les adolescents^[142]. Plus de 60 % des élèves canadiens de la 6^e à la 10^e année ont déclaré avoir un sentiment d'appartenance à leur école^[143].</p>
SENTIMENT D'APPARTENANCE À LA SOCIÉTÉ ET À LA COMMUNAUTÉ	<p>La bienveillance et le respect qui découlent de relations sociales positives, ainsi que les sentiments de satisfaction et de mieux-être qui s'ensuivent, permettent d'éviter de nombreux problèmes de santé. Plus les jeunes s'engagent dans leur communauté, moins ils sont susceptibles d'adopter des comportements à risque avec leurs camarades. Cela leur offre au contraire plus d'occasions d'acquérir de l'autonomie, la confiance en soi et la capacité de prendre les bonnes décisions tout en élargissant leurs réseaux sociaux et en tissant davantage de liens avec des camarades qui servent de modèle et encouragent des comportements positifs^[144].</p> <p>Des activités communautaires structurées peuvent également amener les jeunes à rencontrer des mentors qui auront une influence positive et qui les soutiendront sur le plan affectif^[144]. L'engagement communautaire permet également aux jeunes d'accroître leur sentiment de compétence, lorsqu'ils ont du succès dans leurs initiatives non scolaires, ce qui peut influencer de manière positive sur leurs attitudes, leurs objectifs et leur contribution à la société^[144].</p> <p>Il existe un lien entre la désorganisation des quartiers et la consommation problématique de substances^[145]. Les facteurs de risque liés à ce type de désordre (p. ex., augmentation du taux de criminalité, accès limité à des espaces extérieurs sécuritaires, vandalisme et consommation de substances à la vue du public) peuvent créer un environnement limitant les facteurs de protection (p. ex., accès à des espaces récréatifs et sociaux et à des organismes scolaires ou communautaires offrant la possibilité de bâtir des relations affectueuses avec des adultes en dehors du domicile)^[146].</p> <p>En 2013-2014, environ 60 % des élèves de la 6^e à la 10^e année ont déclaré pouvoir faire confiance aux personnes de leur voisinage^[143]. Quatre-vingt-dix pour cent (90 %) des jeunes de 15 à 17 ans ont déclaré que dans leur quartier, les gens aidaient leurs voisins^[143]. Environ 6 % des jeunes de ce groupe d'âge ont également déclaré que le désordre social de leur quartier constituait un « très gros problème » ou un « assez gros problème »^[143].</p>

<p>DISPONIBILITÉ ET ACCESSIBILITÉ DES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ</p>	<p>Les jeunes qui ont une santé mentale précaire sont plus susceptibles que les autres de se mettre à consommer des substances de manière nocive : une intervention précoce après le premier épisode de maladie mentale grave peut donner des résultats de santé positifs plus tard dans la vie^[146]. Moins de 25 % des enfants canadiens atteints d'un trouble de santé mentale reçoivent un traitement spécialisé^[147].</p> <p>Les praticiens de la santé et notamment ceux en santé mentale peuvent jouer un rôle clé dans l'identification des jeunes qui peuvent avoir besoin d'aide et ceux qui ont déjà des problèmes liés à la consommation de substances : effectuer des dépistages, faire de brèves interventions et, au besoin, aiguiller les jeunes vers des programmes de traitement liés à la consommation de substances et assurer une surveillance et un suivi continus^[146]. Ils disposent de plusieurs outils de dépistage^[148].</p>
<p>DISPONIBILITÉ ET ACCESSIBILITÉ DES SUBSTANCES</p>	<p>La consommation de substances augmente chez les jeunes qui peuvent facilement s'en procurer. La disponibilité des substances peut augmenter en fonction de la communauté (p. ex., densité des commerces de détail et coût modéré), de la famille (p. ex., substances déjà présentes au domicile ou surveillance parentale insuffisante), des camarades et du système de soins de santé (p. ex., pratiques d'ordonnance des médecins). Près de 70 % des élèves canadiens de la 7^e à la 12^e année déclarent qu'il est assez facile ou très facile de se procurer de l'alcool, suivi par le cannabis (39 %) et les analgésiques sur ordonnance (25 %)^[99].</p>

TABEAU 5C Exemples de facteurs de risque et de protection interpersonnels

FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION	LIEN AVEC UNE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE DE SUBSTANCES
<p>DÉVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE</p>	<p>Les expériences négatives dans la vie d'un enfant peuvent entraîner un mauvais état de santé (p. ex., obésité, maladie cardiovasculaire et diabète), un niveau de scolarité plus faible, une dépendance financière et un plus grand risque de développer une consommation problématique de substances ou une dépression^{[149][150]}. L'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE) évalue la maturité scolaire des élèves, laquelle constitue un prédicteur prouvé de la consommation de substances plus tard dans la vie. Au Canada, avant d'entreprendre la 1^{re} année, plus de 25 % des enfants^[151] ont des lacunes dans au moins un des cinq domaines de développement : santé physique et bien-être; compétences sociales; maturité affective; habiletés cognitives et développement du langage; connaissances générales et habileté de communication.</p>
<p>VIOLENCE PHYSIQUE ET SEXUELLE ET AUTRES TYPES DE VIOLENCE</p>	<p>Un lien a été bien établi entre la violence physique, la violence sexuelle, d'autres types de violence et la consommation de substances plus tard dans la vie^{[152][153]}. La violence peut perturber le développement de l'enfant en réduisant son aptitude à faire face aux épreuves et en contribuant à son déficit cognitif. Au fil du temps, la personne peut se mettre à consommer des substances de manière nocive en guise de moyen d'adaptation^[153]. Une étude canadienne représentative au niveau national, menée en 2012, a établi que les personnes qui avaient signalé avoir été victimes de violence physique ou sexuelle ou avoir été témoins de violence conjugale avant l'âge de 16 ans étaient environ 3,5 fois plus susceptibles de signaler une consommation problématique de substances que les autres (même en tenant compte de certaines variables sociodémographiques, notamment l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et le revenu)^[152]. La gravité de la violence subie dans l'enfance joue également un rôle dans le risque de consommer des substances. Les Canadiens qui ont été exposés aux trois formes de violence susmentionnées sont presque 11 fois plus susceptibles de signaler un trouble lié à la consommation de substances que ceux qui n'y ont jamais été exposés^[152]. Un tiers des Canadiens de plus de 15 ans (33 %) déclarent avoir connu au moins un des trois types de violence faite aux enfants avant l'âge de 15 ans^[154].</p>

Suite à la page suivante

FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION	LIEN AVEC UNE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE DE SUBSTANCES
MEMBRE DE LA FAMILLE PRÉSENTANT UNE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE DE SUBSTANCES	<p>La consommation de substances dans la famille augmente la probabilité, pour les jeunes, d'y être directement exposés et d'y avoir accès. La consommation nocive de substances perturbe les habitudes et le soutien social, ce qui rend le milieu familial stressant^{[155][156]}. La reproduction des attitudes et du comportement négatifs des parents ou des frères et sœurs constitue un facteur de risque pour les jeunes^[156]. Par exemple, un lien a été établi entre la consommation d'alcool, de tabac et de substances illégales par la mère et les troubles liés à la consommation de cannabis et d'autres substances chez les jeunes adultes^[157].</p> <p>En outre, les enfants qui subissent de mauvais traitements et connaissent également des dysfonctionnements dans leur milieu familial sont les plus à risque d'avoir des problèmes de santé mentale à l'âge adulte^[153]. En 2012, près de 30 % des élèves canadiens (15 à 17 ans) ont déclaré qu'un membre de leur famille avait un problème d'ordre émotif, de santé mentale ou de consommation de substances, et plus de 25 % d'entre eux ont affirmé être « beaucoup » ou « assez » touchés par cette situation^[143].</p>

TABLEAU 5D Exemples de facteurs de risque et de protection individuels

FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION	LIEN AVEC UNE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE DE SUBSTANCES
RÉSILIENCE	<p>La résilience est généralement reconnue comme un facteur de protection contre la consommation problématique de substances chez les jeunes. Bien qu'il n'y ait aucune définition universelle pour ce terme, la résilience est souvent définie comme l'aptitude à transformer les événements stressants ou adverses en occasions d'apprentissage^{[158][159]}. La résilience est la résultante dynamique de ressources individuelles (p. ex., aptitudes à résoudre des problèmes, confiance et capacité d'adaptation), des ressources relationnelles (p. ex., relations avec les pourvoyeurs principaux de soins, les parents, les mentors et les enseignants), ainsi que des ressources du milieu (communauté et culture) qui aident les jeunes à faire face à des situations difficiles^{[159][160]}.</p> <p>Il existe diverses manières de mesurer la résilience, et aucun indicateur national unique n'est actuellement utilisé. Toutefois, des données collectées en 2012 à l'échelle nationale et fondées sur des mesures substitutives montrent que seulement 45 % des jeunes de 12 à 17 ans ont déclaré qu'ils estimaient avoir un niveau de contrôle élevé face aux changements de la vie, alors que plus de 40 % d'entre eux ont déclaré avoir les aptitudes nécessaires pour assumer leurs responsabilités quotidiennes^[143].</p>
ÉTAT DE SANTÉ MENTALE	<p>Il est depuis longtemps prouvé que les aspects liés à la santé mentale positive, comme le fait de vivre dans un foyer stable et enrichissant, l'attachement à la famille et à l'école, et le fait de vivre dans un quartier sécuritaire et solidaire, protègent les jeunes de la consommation problématique de substances^[161].</p> <p>D'un autre côté, une santé mentale précaire et une maladie mentale sont des facteurs de risque bien établis qui influent sur la consommation nocive de substances^[77]. Les jeunes qui ont une maladie mentale sont sujets à consommer des substances pour gérer la situation ou s'adapter^{[51][162]}. Par ailleurs, les jeunes qui consomment fréquemment des substances ou qui commencent très tôt sont plus à risque de développer des troubles liés à la consommation de substances. La concomitance d'une consommation problématique de substances et d'une maladie mentale et de troubles (en particulier l'anxiété et la dépression) peut avoir toute une série d'effets négatifs, y compris un taux de rechute élevé si les troubles ne sont pas traités en même temps que la maladie mentale^[161].</p>
GÉNÉTIQUE	<p>Les interactions entre les gènes et l'environnement peuvent, en partie, expliquer les facteurs de protection (p. ex., attachement parental) ou les facteurs de risque (p. ex., traumatisme dans l'enfance, logement précaire ou pauvreté) qui influent sur la consommation précoce de substances^{[163][164][165][166]}. Aucun gène ne prédispose à lui seul à la consommation de substances. Au contraire, une multitude de gènes interagissent les uns avec les autres et leur environnement, ce qui rend les gens plus ou moins susceptibles de développer des troubles liés à la consommation de substances^{[163][164]}. Les preuves montrent que ces troubles peuvent être héréditaires^{[157][167]}. Leur potentiel de transmission varie selon la substance. Les troubles liés à des substances plus addictives (comme les opiacés) sont plus susceptibles de se transmettre d'une génération à l'autre^[163].</p>



3

INTERVENTIONS

VISANT À PRÉVENIR LA CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE DE SUBSTANCES CHEZ LES JEUNES

Introduction

On ne peut prévenir ou réduire la consommation problématique de substances chez les jeunes au Canada qu'en menant une série de mesures coordonnées permettant de favoriser leur mieux-être, de réduire les risques et les méfaits, de renforcer les facteurs de protection et d'améliorer l'accès à des services de santé mentale et de soutien de qualité. Toutes les mesures mises en œuvre pour l'ensemble des jeunes doivent être respectueuses des valeurs culturelles et ne pas stigmatiser les personnes qui consomment des substances. La présente section expose les principes et les éléments d'une approche globale et équitable en matière de prévention. Intervenir tôt afin de contrer les facteurs de risque liés à la consommation problématique de substances est le meilleur moyen d'exercer une influence positive sur le développement des jeunes et de réduire, pour eux et la société en général, les méfaits à long terme^[5].

En bref

EN PRENANT DES MESURES ORIENTÉES PAR CERTAINS PRINCIPES FONDAMENTAUX

APPROCHE
TENANT
COMPTE DES
TRAUMATIS-
MES

MESURES
ÉQUITABLES ET
SÉCURITAIRES
POUR DIVERSES
POPULATIONS

AXÉES SUR LES
JEUNES ET LA
COMMUNAUTÉ

Nous veillerons à ce que les politiques et les programmes mis en place tiennent compte des différents besoins des jeunes.

IL FAUT TOUTE UNE SÉRIE DE MESURES POUR FAVORISER LE MIEUX-ÊTRE DES JEUNES,

réduire les risques et les méfaits, et améliorer l'accès à des services de santé mentale et de soutien de qualité.

UNE APPROCHE GLOBALE COMPREND DES POLITIQUES ET DES PROGRAMMES QUI :



CRÉENT DES CONDITIONS
SOCIALES ET ÉCONOMIQUES
PLUS ÉQUITABLES;



PERMETTENT DE DÉVELOPPER
LES COMPÉTENCES ET LA RÉSILIENCE
DES JEUNES ET DE LEUR FAMILLE;



PROMEUVENT DES NORMES
SOCIALES POSITIVES,
COMMUNIQUENT LES RISQUES
ET RÉDUISENT LA DISPONIBILITÉ
ET L'ACCESSIBILITÉ DES
SUBSTANCES;



FAVORISENT UNE INTERVENTION
PRÉCOCE POUR LES JEUNES QUI
ONT BESOIN D'AIDE.

Principes éclairant les interventions de prévention

En prenant des mesures orientées par certains principes fondamentaux ([approche tenant compte des traumatismes](#), mesures équitables et sécuritaires pour diverses populations, et axées sur les jeunes et la communauté), nous veillerons à ce que les politiques, systèmes, programmes et services de santé publique répondent aux besoins des divers groupes de jeunes et à ce que les iniquités actuelles cessent de se perpétuer et de s'intensifier.

Approche tenant compte des traumatismes

Beaucoup de jeunes qui sont aux prises avec une consommation problématique de substances ont déjà souffert d'un traumatisme. Aussi, il est impératif de tenir compte de cette réalité et d'intégrer une meilleure compréhension de telles expériences dans tous les aspects de l'intervention^[168]. Il est particulièrement important que les responsables des programmes et des services travaillent avec les jeunes de façon à s'assurer que ceux qui demandent de l'aide se sentent en sécurité et peuvent tirer profit de l'intervention. Les services et les systèmes qui tiennent compte des traumatismes permettent d'éviter de traumatiser à nouveau leur client; ils donnent le choix aux jeunes et leur permettent de garder le contrôle^[168]. Les programmes sont conçus pour être inclusifs, transparents, collaboratifs et habilitants^{[169][170]}.

Mesures équitables et sécuritaires pour diverses populations

Les interventions de prévention devraient être axées sur l'équité et respectueuses des valeurs culturelles. Comment s'y prend-t-on? Il s'agit en premier lieu de concevoir des interventions répondant aux besoins des divers groupes de jeunes, y compris ceux qui viennent de communautés socialement et économiquement marginalisées. Ensuite, on facilite l'accès aux services et programmes en éliminant les pratiques stigmatisantes et les obstacles institutionnels (comme le racisme et la discrimination), qui empêchent certains jeunes marginalisés de demander de l'aide^[18]. Miser sur l'équité, c'est aussi reconnaître que la consommation problématique de substances est influencée par le genre et le sexe et que les interventions devraient être conçues et évaluées en conséquence^{[171][172][173]}. Cela permet également de participer à des programmes sexo-transformateurs (approche transformative du genre), dont le but est de modifier les normes et les stéréotypes négatifs sur le genre et de corriger les déséquilibres du pouvoir^[174].

La sécurité culturelle est un principe fondamental pour toutes les pratiques de santé publique, en particulier celles qui sont

destinées aux peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Elle consiste à s'assurer que toutes les interactions et initiatives concernant les Autochtones sont fondées sur les principes suivants : humilité, respect, compréhension culturelle et équité^[175]. Pour ce faire, les établissements et les organisations ont intérêt à mettre en place des politiques ainsi qu'une formation sur la sécurité culturelle à l'intention des professionnels de la santé, des écoles et des organismes de services sociaux.

Mesures axées sur les jeunes et la communauté

La mobilisation communautaire, phénomène où les membres du milieu sont à la fois les instigateurs et les participants actifs d'un processus, est un élément essentiel des politiques et des initiatives équitables et adaptées. Les communautés peuvent être définies de manière géographique ou socioculturelle (p. ex., municipalités et populations autochtones). Une communauté peut également être composée de personnes qui ont des expériences et des vulnérabilités communes, comme les jeunes LGBTQ2 ou les jeunes qui consomment des substances.

La mobilisation communautaire peut également orienter la manière de concevoir des interventions adaptées à différentes populations et de stimuler l'action à l'échelle locale pour résoudre le problème de l'intégration sociale et renforcer les soutiens du milieu. Les jeunes, et en particulier ceux qui consomment des substances, peuvent se voir encouragés à participer en tant que collaborateurs à la résolution des enjeux qui touchent leur communauté; une telle initiative fera d'eux, vis-à-vis de leurs camarades, des chefs de file locaux ayant la possibilité d'influer sur le développement des programmes et les campagnes de prévention^{[176][177]}. Ainsi, les activités seraient menées de manière à écarter les jugements de valeur et les jeunes se sentiraient à l'aise d'y participer. Soutenir les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis dans leurs efforts pour définir leurs initiatives de prévention, cela peut renforcer la pertinence culturelle et faciliter la prise en charge collective.

Approche de prévention axée sur la santé publique

Pour assurer une approche globale en matière de santé publique, deux questions fondamentales sont à considérer :

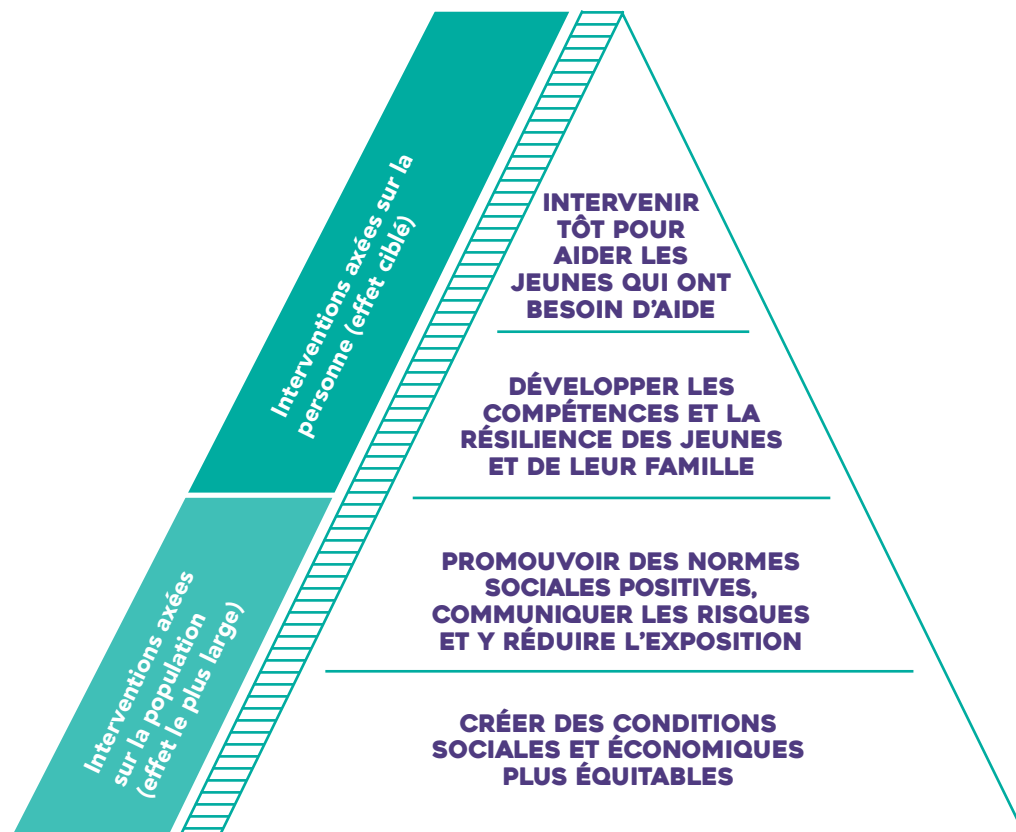
1. Quelles sont les interventions générales les plus bénéfiques pour le plus grand nombre de personnes?
2. Quels types d'interventions faut-il mener pour réduire les [iniquités en matière de santé](#)?

La **pyramide de la santé publique** montre dans quels domaines mener différents types d'interventions (Figure 8)^[178]. Les efforts ciblés sur la population, au bas de la pyramide, peuvent profiter à un plus grand nombre de jeunes, car ils visent à réduire la consommation générale de substances à l'échelle de la société ou de la communauté ou dans de plus petits groupes, comme les écoles. De même, comme elles sont destinées à de larges populations, ces initiatives peuvent éviter la stigmatisation de certains groupes de jeunes. Les interventions plus ciblées sur les personnes, tout en haut

de la pyramide, sont importantes pour répondre aux besoins des jeunes socialement marginalisés aux besoins variés.

Lors d'initiatives précédentes, la communauté de la santé publique a appris que, pour avoir une approche globale, il fallait répondre aux besoins à l'échelle de la population et atteindre des résultats suffisamment larges, tout en privilégiant également des interventions individuelles plus ciblées. Par exemple, les politiques axées sur la population comme telle ont permis de réduire substantiellement le nombre général de jeunes qui fument. En même temps, le taux de tabagisme reste plus élevé dans certaines populations, comme celles qui ont un statut socioéconomique plus faible ainsi que les jeunes LGBTQ2^{[179][180]}. Pour réduire ces disparités, le renouvellement actuel de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme cible tout particulièrement les taux de tabagisme élevés dans les populations vulnérables^[95].

FIGURE 8 Interventions de la santé publique visant à prévenir la consommation problématique de substances chez les jeunes



CRÉER DES CONDITIONS SOCIALES ET ÉCONOMIQUES PLUS ÉQUITABLES

Les interventions générales qui visent à améliorer les conditions socioéconomiques ainsi que le développement de la petite enfance permettront d'améliorer la santé et la résilience générales de la communauté et des individus en réduisant le risque de consommation problématique de substances. Ces types d'interventions ciblent les « causes premières » des problèmes de santé sociétaux^[181]. Bien qu'il puisse être difficile d'évaluer les résultats directement liés à la consommation problématique de substances, les interventions menées à ce niveau atteindront certainement le plus de personnes possible en réduisant les facteurs de stress économiques et sociaux pour les familles et les jeunes. Il est crucial de prendre des mesures pour réduire la pauvreté infantile et de répondre aux besoins de logement fondamentaux des familles. La petite enfance est le meilleur

moment pour influencer de manière positive sur la santé et le mieux-être futurs des individus^{[182][183]}. Tous les enfants de 0 à 6 ans devraient bénéficier de services d'éducation préscolaire et de garde d'enfants de qualité afin d'avoir le meilleur départ possible dans la vie.

Des initiatives nationales sont en cours pour renforcer le soutien apporté aux familles et améliorer le développement de la petite enfance. Quatre d'entre elles ainsi que leurs effets potentiels sur la prévention de la consommation problématique de substances sont présentés dans le Tableau 6 ci-dessous. À l'avenir, les secteurs santé et services sociaux pourraient envisager de mesurer les effets de ces initiatives sur la santé.

TABLEAU 6 Exemples de réformes stratégiques majeures en cours au Canada et effets potentiels

INITIATIVE STRATÉGIQUE	EFFETS POTENTIELS SUR LA CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE DE SUBSTANCES
Stratégie canadienne de réduction de la pauvreté ^[184]	<p>Cette stratégie vise à réduire la pauvreté de 50 % d'ici 2030 tout en se conformant aux présentes stratégies provinciales et municipales de réduction de la pauvreté. Elle comprend un plan pour mesurer et rendre publics les progrès réalisés.</p> <p>Les programmes comme l'Allocation canadienne pour enfants et l'Allocation canadienne pour les travailleurs aident à réduire la pauvreté et à soutenir les familles à faible revenu en, éventuellement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • réduisant le stress familial; • augmentant le temps nécessaire pour développer des liens familiaux; • offrant davantage de possibilités de participer à des activités sportives et à d'autres types d'activités dans la communauté.
Logement d'abord ^[217]	<p>Logement d'abord, il s'agit là d'une approche fondée sur des preuves en vue de réduire l'itinérance en accordant la priorité aux gens qui en souffrent. Ce programme s'inspire de principes de réduction des méfaits, de façon à ce que les personnes concernées n'aient pas à entreprendre un traitement visant la consommation de substances pour avoir accès à un logement permanent. Selon les analyses effectuées, le programme récolte des retombées positives quant à la stabilité et à l'entretien du logement. Il a également été associé à une consommation moindre d'alcool, ainsi qu'à des coûts moindres découlant d'une consommation chronique d'alcool dans les établissements de santé et de justice sociale^{[218][219]}.</p>
Stratégie nationale sur le logement ^[185]	<p>Cette stratégie est un plan sur 10 ans qui comprend des objectifs afin de réduire le nombre de gens sans domicile fixe et d'accroître l'accès à un logement abordable et durable. Ces efforts pourraient réduire les facteurs de stress familiaux ainsi que la consommation de substances chez les parents. Parallèlement à cette stratégie, l'investissement dans des infrastructures connectées, inclusives et communautaires pourrait réduire l'exposition des jeunes aux substances.</p>
Cadre d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones ^[186]	<p>Ce cadre vise à mettre en place un plan d'action pour faciliter l'accès à des services d'apprentissage et de garde des jeunes enfants culturellement pertinents, de haute qualité, complètement inclusifs, flexibles et abordables pour les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis. La mise en œuvre réussie de cette initiative permettrait d'améliorer le développement des enfants tout au long de leur vie.</p>

PROMOUVOIR DES NORMES SOCIALES POSITIVES, COMMUNIQUER LES RISQUES ET RÉDUIRE L'EXPOSITION À CEUX-CI

L'alcool, le cannabis et certains opioïdes sont des substances psychoactives réglementées qu'il est possible de se procurer légalement. Les pratiques publicitaires et de marketing influent sur les normes sociales (p. ex., ce qui est considéré comme socialement acceptable) et les habitudes liées à la consommation

problématique de substances en augmentant l'exposition à celles-ci et en favorisant leur utilisation. En ce qui concerne les opioïdes sur ordonnance, le marketing à outrance peut influencer les professionnels de la santé et entraîner une surprescription^[187].

Mise en œuvre des politiques : changer la culture de l'alcool au niveau local

Des municipalités de l'ensemble du Canada s'efforcent de modifier la culture de l'alcool au sein de leurs communautés. Les provinces ont élaboré des guides afin de leur donner différentes options stratégiques ainsi que des exemples à l'étranger^[7]. Ces guides comprennent des mesures fondées sur des données probantes visant nombre de secteurs : réglementation de la disponibilité des substances, restriction des pratiques de marketing et publicitaires, modification du contexte de la consommation d'alcool, élaboration de stratégies d'éducation et application des règlements. Les politiques municipales globales sur l'alcool se sont avérées efficaces pour réduire l'accès des mineurs à l'alcool, le nombre de blessures et de visites à l'hôpital ainsi que les cas de conduite avec facultés affaiblies^[14].

Il est possible de mettre en place tout un éventail de mesures stratégiques pour rendre ces substances moins accessibles, modifier les normes sociales et sensibiliser davantage la population aux risques en jeu. Par exemple, les politiques de réglementation peuvent restreindre l'accès aux substances et limiter les pratiques de marketing susceptibles de favoriser la consommation problématique de substances. Les campagnes d'éducation du public peuvent faire connaître les conséquences sanitaires d'une telle consommation et diffuser des messages sur la [réduction des méfaits](#). Des lignes directrices sur la réduction des risques peuvent être diffusées en vue de promouvoir de nouvelles normes sociales. L'historique de la lutte contre le tabagisme montre que les normes et les perceptions sociales entourant les substances psychoactives peuvent changer par suite de l'application de mesures stratégiques multiples, comme les initiatives d'éducation du public, les avertissements relatifs à la santé et d'autres politiques de réglementation^[98].

Les mesures stratégiques axées sur la prévention de la consommation problématique de substances sont adaptées à certaines substances et peuvent être mises en place par les pouvoirs publics au niveau local, provincial ou fédéral. Ces types d'interventions axées sur la population sont évalués en fonction de leur portée et de leurs effets, c'est-à-dire du nombre de personnes exposées à la politique et éventuellement influencées par celle-ci^[98].

À ce titre, même si les politiques ne profitent pas toujours à tout le monde, elles peuvent avoir un effet majeur sur la population si bon nombre sont exposés à l'intervention. Pour optimiser leur efficacité, il est possible de coordonner les interventions à tous les paliers de gouvernement et de faire en sorte qu'elles correspondent aux initiatives communautaires et scolaires connexes.

Le Tableau 7 ci-dessous décrit une série d'outils stratégiques pour prévenir la consommation problématique de substances chez les jeunes et cite quelques mesures possibles à examiner à l'avenir. En particulier, deux mesures liées à l'alcool semblent être fort prometteuses pour réduire une consommation nocive^[98] :

- 1. Politiques garantissant une hausse des prix et des taxes :** Les jeunes et les personnes à faible revenu sont « sensibles aux prix » et réduisent généralement leur consommation d'alcool lorsque les prix augmentent. Les seuils de prix sont également un facteur important lorsqu'il est question de cannabis et d'autres substances réglementées. Des prix plus élevés peuvent effectivement contribuer à limiter leur consommation, mais s'ils sont trop élevés, les consommateurs pourraient se tourner vers le marché illégal de produits moins coûteux.
- 2. Politiques réduisant la disponibilité des substances :** Restreindre l'accès à l'alcool dans les commerces de détail peut avoir un effet majeur sur le comportement des jeunes en matière de consommation de substances.

TABLEAU 7 Mesures stratégiques visant à prévenir la consommation problématique de substances susceptibles d'influer sur leur utilisation chez les jeunes (adapté de^[98])

OBJECTIF STRATÉGIQUE	MESURE STRATÉGIQUE	APPROCHE STRATÉGIQUE ACTUELLE AU CANADA	CONSIDÉRATIONS POUR UNE ACTION FUTURE AU CANADA
Promouvoir des normes sociales positives et communiquer les risques	Restrictions liées au marketing et à la publicité	Restrictions partielles et normes volontaires pour l'industrie des boissons alcoolisées <i>La Loi sur le cannabis</i> comprend des restrictions globales Intention de restreindre le marketing et la publicité des opioïdes auprès des praticiens de la santé	Examiner les restrictions globales liées au marketing et à la publicité pour l'alcool Surveiller la conformité aux restrictions liées à la publicité et évaluer le besoin de mesures nouvelles ou additionnelles
	Campagnes d'éducation du public	Campagnes dans les médias de masse et les médias sociaux pour sensibiliser aux risques et encourager la mise en place de mesures afin de réduire les méfaits (alcool, cannabis et opioïdes) Activités de formation et de sensibilisation ciblant les parents, les jeunes et leurs influenceurs, ainsi que d'autres populations prioritaires (p. ex., les peuples autochtones) afin de communiquer les risques liés à la consommation du cannabis pour la santé et la sécurité	Veiller à ce que les campagnes de sensibilisation soient menées conjointement avec d'autres initiatives (p. ex., initiatives scolaires ou communautaires) Surveiller et adapter les activités publiques de formation et de sensibilisation concernant le cannabis en fonction des données à jour (p. ex., prévalence de l'utilisation, des connaissances, des attitudes et des croyances)
	Lignes directrices sur la consommation à faible risque	Lignes directrices sur la consommation d'alcool à faible risque Lignes directrices sur la consommation de cannabis à faible risque Lignes directrices promouvant les pratiques exemplaires liées à la prescription d'opioïdes	Promouvoir les lignes directrices actuelles par l'intermédiaire des associations de santé et des services sociaux
	Politiques de santé en milieu scolaire	Politiques portant à la fois sur le développement positif des jeunes et sur l'éducation, selon le territoire de compétence	Améliorer les occasions de renforcer la résilience des jeunes dans le secteur de la santé et de l'éducation
	Messages d'avertissement relatifs à la santé sur les produits	Rendre obligatoires des messages d'avertissement et un affichage standardisé du logo cannabis et des quantités de tétrahydrocannabinol (THC) et de cannabidiol (CBD) sur les produits Autocollant d'avertissement pour les opioïdes et brochure à l'intention des patients pour tous les opioïdes sur ordonnance	Surveiller et évaluer la conformité à la réglementation fédérale visant l'étiquetage du cannabis, ainsi qu'évaluer le besoin de nouvelles mesures

Suite à la page suivante

OBJECTIF STRATÉGIQUE	MESURE STRATÉGIQUE	APPROCHE STRATÉGIQUE ACTUELLE AU CANADA	CONSIDÉRATIONS POUR UNE ACTION FUTURE AU CANADA
Réduire la disponibilité et l'accessibilité des substances psychoactives	Contrôle du contenu des substances	Mesures législatives et réglementaires fédérales visant à contrôler et à restreindre l'accès au cannabis, à en informer les consommateurs, à protéger le public contre l'ingestion accidentelle du produit et à rendre le cannabis moins attractif pour les jeunes Intention de limiter la concentration d'alcool dans les boissons alcoolisées très sucrées	Mettre en place, d'ici le mois d'octobre 2019, une réglementation axée sur des preuves et les risques pour restreindre la vente légale de produits du cannabis additionnels (comme le cannabis comestible et les concentrés)
	Âge légal de consommation	Application de l'âge légal pour la possession, la vente et la distribution du cannabis selon le territoire de compétence Application de l'âge légal pour la consommation d'alcool	Surveiller à quel point les mesures d'application relatives au cannabis sont adéquates et diffuser les pratiques exemplaires dans les différents territoires de compétence
	Vente privée et vente publique	Imposer des conditions législatives fédérales minimales pour la vente au détail du cannabis, sans égard aux systèmes de vente provinciaux/territoriaux, y compris des restrictions légales aux points de vente Éventail des approches liées à la vente d'alcool au Canada, y compris le monopole de l'État et la vente privée	Évaluer les approches liées à la vente au détail du cannabis concernant la consommation des jeunes
	Contrôle de l'offre	Surveillance fédérale de la chaîne d'approvisionnement du cannabis, y compris : licences accordées aux producteurs, strictes exigences relatives à l'innocuité du produit et au contrôle de la qualité, et production obligatoire de rapports sur le flux de cannabis à l'échelle de la chaîne d'approvisionnement Systèmes de surveillance des ordonnances d'opioïdes afin de promouvoir une prescription appropriée	Calibrage permanent des mesures de conformité et d'application relatives au cannabis en fonction de l'évaluation des risques
	Établissement des prix minimaux et des taxes	Taxes d'accise fédérales pour les produits du cannabis et recouvrement des coûts réglementaires auprès des producteurs sous licence Augmentation du prix des boissons alcoolisées et des taxes afférentes	Évaluer les retombées de la taxation canadienne sur le cannabis et le cadre de recouvrement des coûts

Compte tenu du contexte actuel de la légalisation du cannabis, ainsi que de la crise liée aux surdoses d'opioïdes, il faut mener plus de recherches afin de déterminer quelles politiques permettront de prévenir la consommation problématique de ces substances chez les jeunes. Cela dit, en ce qui a trait au tabac, tout porte à croire que des politiques imposant des restrictions globales et obligatoires sur les pratiques publicitaires et de marketing aideraient à réduire la consommation problématique de cannabis et d'alcool chez les jeunes^[98]. Les restrictions volontaires ne semblent pas être aussi efficaces. De prochains règlements canadiens limiteront bientôt le marketing et la publicité des opioïdes auprès des praticiens de la santé, ce qui pourrait contribuer à réduire leur surprescription^[188]. De plus, des lignes directrices récemment publiées ciblent l'utilisation problématique des prescriptions en donnant des consignes claires sur les pratiques de prescription appropriées concernant les opioïdes (ainsi que sur les cas où il ne faut pas délivrer d'ordonnance)^[189].

Enfin, les politiques de décriminalisation sont généralement considérées comme des stratégies de réduction des méfaits plutôt que comme des mesures de prévention primaire. Elles priorisent une approche de la santé publique comportant la réduction des méfaits comme composante clé plutôt que des stratégies d'application de la loi. Dans les pays qui connaissent des résultats positifs par suite de la décriminalisation de la simple possession de substances psychoactives, une telle initiative s'insère toujours dans une suite de mesures (prévention primaire, soutien social, traitement et réduction des méfaits) adaptées au contexte du pays en question. Pour conclure, un revirement majeur au niveau social comme la décriminalisation exige un débat et un engagement publics qui reposent à la fois sur des données probantes à jour et sur la reconnaissance de la nécessité d'éliminer la stigmatisation et la discrimination des personnes qui consomment des substances.

DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES ET LA RÉSILIENCE DES JEUNES ET DE LEUR FAMILLE

Les programmes visant à aider les jeunes et leur famille à développer leurs compétences sociales et affectives, à améliorer les relations parents-enfants et à gérer les normes sociales liées à la consommation de substances peuvent aider à réduire leur consommation nocive chez les jeunes. Bien que les interventions, à ce niveau, soient conçues pour aider des personnes ou des sous-groupes, elles peuvent exercer une influence sur l'ensemble de la population si elles sont appliquées de manière universelle et efficace^[178]. Pourtant, l'efficacité de bon nombre de programmes n'est pas évaluée de manière suffisamment rigoureuse et complète pour que ces derniers soient plus largement adoptés ou élargis. Ces programmes sont importants, car ils permettent de communiquer avec les jeunes dans leur milieu et d'intervenir tôt pour aider ceux qui ont besoin d'un soutien supplémentaire. Afin d'assurer un environnement favorable pour ces programmes, les

communautés peuvent veiller à ce que les jeunes et leur famille disposent d'un large éventail d'initiatives et d'activités pour établir des liens et nouer le dialogue^[190].

La présente section résume les composantes et les approches clés qui se sont avérées efficaces ou prometteuses dans les programmes de prévention menés en milieu scolaire ainsi que ceux des services sociaux et de santé, ou dans des activités comme les programmes sportifs. Les programmes qui regroupent divers éléments, qui sont axés sur les points forts et qui sont interactifs semblent les plus prometteurs pour réduire de manière régulière la consommation problématique de substances.

Programmes axés sur la famille

Les interventions de prévention qui aident à développer les compétences et les ressources des pourvoyeurs de soins peuvent entraîner des améliorations du développement de la petite enfance au cours des premières années^[183]. Les programmes fondés sur la participation des parents combinés à d'autres programmes de renforcement des compétences axés sur les jeunes permettent de consolider les relations familiales et la communication, de renforcer la résilience familiale et de réduire la consommation d'alcool et de substances au cours de la préadolescence et le début de l'adolescence^[191]. Les programmes qui offrent très tôt des soutiens sociaux supplémentaires aux parents peuvent éventuellement améliorer les relations parents-enfants (p. ex., attachement) et réduire les mauvais traitements infligés aux enfants ainsi que la consommation nocive de substances qui en découle chez les jeunes^[192]. Des programmes ont également été mis en place pour aider de nombreuses familles à assurer le mieux-être de leur enfant LGBTQ2 et à diminuer le risque de comportement nuisible, bien que leur efficacité à réduire la consommation problématique de substances ne soit pas encore tout à fait établie^[193].

Programmes de renforcement des compétences et d'augmentation de la résilience

Les programmes qui sont axés sur l'apprentissage des techniques de résistance et qui corrigent les fausses informations sur les substances psychoactives s'avèrent plus prometteurs lorsqu'ils sont associés à des éléments visant à renforcer la résilience et les aptitudes cognitives, comme les compétences d'autogestion, de prise de décisions et les aptitudes sociales^{[194][195][196]}. En général, les programmes uniquement fondés sur les connaissances n'entraînent aucun changement majeur dans le comportement des jeunes^[194]. Il peut également être efficace de donner aux jeunes des outils et des informations pour réduire les méfaits liés à la consommation de substances (en particulier l'alcool) et faire des choix éclairés^{[197][198]}. En ce qui concerne les peuples autochtones, les composantes de programme axées sur la résilience s'appuieraient sur les valeurs culturelles, comme les notions culturellement distinctes de la personne, l'importance de l'histoire collective ainsi que les langues et les traditions autochtones^[199].

Programmes interactifs et dirigés par les jeunes

Les interactions entre les enseignants et les élèves (et entre les élèves et leurs camarades) qui mettent l'accent sur la communication, ainsi que des discussions équilibrées sur la consommation de substances, peuvent aider à améliorer les programmes de prévention^{[200][201]}. Discuter avec les jeunes de la conception des programmes peut aider à s'assurer que les programmes d'éducation sont adaptés à leurs besoins^[202]. En général, la plupart des programmes axés sur la peur et l'abstinence qui sont menés par des agents de police dans les écoles sont inefficaces et n'ont aucun effet chez les jeunes^[203].

Programmes adaptés au développement

Les études montrent que les interventions de prévention les plus efficaces sont celles qui sont mises en place avant la consommation initiale de substances ou aux toutes premières étapes^[204]. À ce titre, des programmes de prévention peuvent être instaurés à tous les niveaux scolaires, et en particulier aux âges qui représentent des points de transition clés, lorsque les jeunes commencent généralement à consommer des substances^[205]. Ces programmes pourraient s'avérer le plus efficaces s'ils sont mis en œuvre au niveau intermédiaire, lorsque les élèves sont plus susceptibles de s'initier à la consommation de substances^[200].

INTERVENIR TÔT POUR LES JEUNES QUI ONT BESOIN D'AIDE

Des interventions fondées sur des interactions individuelles avec les jeunes peuvent être mises en place dans divers milieux, comme les cliniques, les écoles, les établissements qui offrent des services à l'enfance et les établissements communautaires. Ces initiatives peuvent se voir renforcées par un solide réseau de services de soutien et de santé mentale axés sur les jeunes et non stigmatisants. Elles sont généralement conçues pour aider les jeunes de manière individuelle, mais elles peuvent également être mises en œuvre de manière globale^[206].

Le programme Dépistage de l'abus d'alcool, intervention rapide et orientation, destiné aux adolescents et aux jeunes adultes, est le programme individuel ayant fait l'objet du plus grand nombre d'évaluations. Son objectif est d'encourager et de favoriser une modification du comportement en peu de temps (de une à cinq séances). En raison de sa brièveté et de son coût faible, ce type d'interventions peut être mené à une échelle relativement grande^[206]. Le programme a produit certains effets sur la réduction de la consommation problématique de substances chez les jeunes, en particulier pour l'alcool, et pourrait aussi permettre d'éviter la consommation abusive d'autres substances^{[206][207]}. Les interventions consistent généralement à discuter avec les jeunes afin de détecter une consommation précoce de substances, puis à prendre les mesures nécessaires pour éviter une aggravation des problèmes. Le volet consacré au dépistage consiste à évaluer

les comportements liés à la consommation de substances; ces renseignements servent ensuite à établir le type d'intervention le plus adapté : soit discuter brièvement avec le jeune de façon à l'inciter à changer son comportement, soit l'aiguiller vers un programme de traitement plus intensif. Les interventions les plus efficaces favorisent un changement de comportement en renforçant la confiance des jeunes et en les interrogeant de manière empathique et motivante^[208].

ADOPTER UNE APPROCHE GLOBALE

Les initiatives multiniveaux et multisectorielles globales pourraient avoir des effets plus importants et plus durables que les interventions isolées^[209]. Les deux études de cas suivants témoignent d'une approche générale concernant la prévention de la consommation de substances. Elles vont au-delà des interventions individuelles qui ciblent les jeunes pour s'attaquer à différents [déterminants sociaux](#) et communautaires de la santé qui sont étroitement liés.

Le programme Iceland Youth Initiative (IYI)

[Trad.] « Nous avons appris grâce aux études que nous devons créer le cadre dans lequel les jeunes puissent mener une vie saine et prennent conscience qu'ils n'ont pas besoin de prendre de substances, parce que la vie est amusante et qu'ils ont plein de choses à faire – et qu'ils sont soutenus par leurs parents, qui passent du temps avec eux. »
– Professeure Inga Dóra Sigfúsdóttir^[210]

Ayant prouvé son efficacité à réduire la consommation nocive de substances chez les jeunes, le programme IYI est reconnu comme une véritable réussite en matière de santé publique. Il s'attaque au problème très répandu de la consommation de substances chez les jeunes en menant des interventions à l'échelle de la communauté et de la société^[211]. Ce programme a eu des effets spectaculaires, en particulier dans les cas d'initiation précoce à la consommation d'alcool. Le pourcentage d'adolescents (10^e année) n'ayant jamais consommé d'alcool est passé de 20,8 % en 1995 à 65,5 % en 2015. Au cours de la même période, la proportion d'adolescents ayant consommé au moins 40 fois a chuté, passant de 13,7 à 2,8 %^[212].

Les interventions visent à réduire les facteurs de risque connus qui influent sur la consommation de substances tout en renforçant un large éventail de facteurs de protection parentaux, scolaires et communautaires. Ses concepteurs ont estimé que s'ils offraient des solutions de rechange facilement accessibles et peu coûteuses, ils parviendraient à réduire la consommation de substances. À l'échelle de la société, les fonds ont été augmentés pour les sports organisés, la musique, l'art, la danse et les autres clubs, et les jeunes issus de familles à faible revenu reçoivent un soutien financier pour prendre

part à ces activités. Des politiques nationales ont été mises en œuvre afin de restreindre l'âge minimal pour acheter du tabac (18 ans) et de l'alcool (20 ans), et la publicité pour le tabac et l'alcool a été interdite. Une politique a également été instaurée pour interdire aux adolescents (de 13 à 16 ans) de rester dehors après 22 h en hiver, et minuit en été^[212].

Les volets interpersonnel et communautaire soulignent l'importance des relations familiales et parentales. Le programme a été soutenu par la communauté grâce à la création d'alliances entre les écoles, associations de parents, autorités locales et travailleurs de l'industrie des loisirs, ce qui a permis de constituer un réseau structuré favorisant le soutien mutuel pour les jeunes^[212].

Ces interventions sont éclairées par la Youth in Iceland Survey (enquête sur les jeunes en Islande), une enquête auprès de la population destinée aux élèves de la 9^e et 10^e année visant à évaluer leur consommation de substances. Les renseignements collectés aident à orienter les mesures prises à l'échelle de la communauté. Les résultats de l'enquête sont transmis aux travailleurs communautaires et aux décideurs dans un délai de deux mois, ce qui favorise une réaction rapide au niveau local^[212].

Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations

Le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations (le Cadre) a été lancé en 2015 afin de répondre aux enjeux liés à la santé mentale et à la consommation de substances dans les communautés des Premières Nations au Canada en adoptant une approche globale fondée sur la culture^[213]. Fruit d'une vaste collaboration entre communautés des Premières Nations, leaders autochtones et divers ministères fédéraux, cette initiative a été conçue pour mieux s'orienter dans la promotion du mieux-être mental en tenant compte des besoins, valeurs, croyances et coutumes particuliers des communautés des Premières Nations. L'entreprise s'appuie sur un plan d'action communautaire et sur une vision commune parmi les communautés et partenaires des Premières Nations appelés à promouvoir le mieux-être mental axé sur la famille et la communauté.

Ce Cadre est un modèle complexe fondé sur la culture qui met l'accent sur les points forts, la résilience et les déterminants sociaux de la santé qui touchent les Autochtones. Il est constitué d'une superposition d'éléments cruciaux pour favoriser le

mieux-être mental des Premières Nations à toutes les étapes de la vie, y compris durant la jeunesse. Une composante clé consiste à reconnaître que la santé et le bien-être des individus reposent essentiellement sur la culture, les connaissances et la sagesse des Premières Nations. Cette approche systémique fournit un encadrement qui permet aux services, organismes de soutien et partenaires de collaborer pour répondre à l'ensemble des risques et des méfaits liés au mieux-être mental en s'appuyant sur des données probantes et en tenant compte du contexte culturel^[213].

Depuis son lancement, les partenaires ont dressé un plan visant à le mettre en œuvre et à définir les priorités à court, moyen et long terme. Afin de faire avancer ces priorités, ils travaillent de façon concertée et continuent à mobiliser les gouvernements provinciaux et territoriaux pour faire progresser le Cadre. Un plan d'évaluation qui facilitera l'amélioration continue de la mise en œuvre est en développement. Bien qu'il en soit encore à ses débuts, le Cadre pourrait devenir une « pratique exemplaire » en vue d'une approche systémique en matière de santé publique ciblant les principaux déterminants sociaux de la santé à toutes les étapes de la vie et à tous les niveaux de la société. S'il s'avère une réussite, le Cadre pourrait avoir des effets majeurs, à long terme, sur la réduction de la consommation problématique de substances, et créer les conditions les plus favorables pour le mieux-être mental chez les jeunes des Premières Nations^[213].

Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances (SCDS)

Les deux études de cas décrites ci-dessus, ainsi que nos connaissances sur les exigences d'une approche globale, peuvent nous éclairer en vue d'actions futures.

En 2016, le gouvernement du Canada a lancé la SCDS, une nouvelle approche publique visant à renforcer les mesures liées à la consommation problématique de substances légales et illégales^[214]. Il s'agit d'un cadre de travail visant à répondre à la consommation nocive de substances au moyen de principes clés : la prévention, la réduction des méfaits, le traitement et l'application de la loi. À l'automne de 2018, des consultations ont été lancées pour connaître l'opinion des intervenants sur les différents éléments à mettre en place en vue d'une approche collaborative et globale qui s'inspire des données probantes et des pratiques exemplaires les plus récentes^[215].

« Nous savons que notre succès dépend de solutions communautaires, et que les cultures autochtones doivent être au centre de nos efforts pour combattre les problèmes de toxicomanie et promouvoir le mieux-être des personnes, des familles et des communautés (...). [La réalisation] du continuum de mieux-être mental envisagé nécessitera une collaboration, un leadership et un engagement soutenus de la part de toutes les parties. » –Stan Beardy, chef régional de l'Assemblée des Premières Nations pour l'Ontario^[213]



4

MARCHE À SUIVRE –

COMMENT PRÉVENIR LA CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE DE SUBSTANCES CHEZ LES JEUNES

La consommation problématique de substances chez les jeunes dépend de l'interaction dynamique de certains facteurs, comme le marketing des substances psychoactives et leur disponibilité pour les jeunes, les relations avec la famille et les camarades, les mauvais traitements et les traumatismes, la stabilité du logement et le revenu familial.

Comme il s'agit d'une réalité complexe, notre réponse collective doit être d'une portée tout aussi vaste et générale. Le présent rapport examine diverses interventions de prévention pouvant éclairer les discussions intersectorielles et dirigées par les jeunes sur la manière de procéder en ce qui a trait à l'adoption de solutions novatrices et intégrées.

Je lance un appel à tous les échelons du gouvernement ainsi qu'aux organismes non gouvernementaux, privés et de bienfaisance de tous les secteurs – y compris la santé publique, les soins de santé primaires, les services sociaux, la justice et l'éducation – pour qu'ils adoptent une approche coordonnée afin de prévenir la consommation problématique de substances chez les jeunes.

Principaux champs d'action

METTRE EN ŒUVRE UNE SÉRIE DE SOLUTIONS INTÉGRÉE

Comme il s'agit d'une question complexe, la prévention de la consommation problématique de substances chez les jeunes nécessite une série d'interventions comprenant des politiques, des programmes et des campagnes d'éducation du public et des professionnels efficaces.

Nous pouvons nous inspirer des approches de santé publique qui ont été adoptées pour le tabac afin de traiter la question d'autres substances psychoactives. Notre expérience nous montre que, combinés à d'autres interventions touchant notamment l'éducation du public,

les efforts déployés pour restreindre globalement le marketing, l'accès aux substances psychoactives et leur disponibilité peuvent provoquer une réduction nette de la consommation et des méfaits au niveau de la société. En vertu de la nouvelle *Loi sur le cannabis*, l'approche actuelle de santé publique en qui a trait au cannabis vise à restreindre cette substance chez des jeunes, à en contrôler l'accès chez les adultes, à rendre le public plus conscient des risques pour la santé et à réduire le fardeau des méfaits sur le système de justice pénale. Nous avons l'occasion d'évaluer l'approche de santé publique liée au cannabis. Par ailleurs, le présent rapport souligne les niveaux élevés de consommation abusive d'alcool au Canada, ainsi que l'ampleur des méfaits et des coûts qui s'ensuivent. C'est maintenant qu'il nous faut réexaminer en profondeur la meilleure façon d'aborder cette problématique préoccupante et le besoin d'adopter une série de mesures appuyées par des preuves pour améliorer le bilan en matière de santé.

Nous pouvons également adopter de nouvelles approches pour concevoir des initiatives multisectorielles. Nous pourrions par exemple créer des campagnes d'éducation en santé publique en partenariat avec des spécialistes en sciences sociales et des jeunes (y compris des personnes qui consomment ou ont déjà consommé des substances) afin de veiller à ce que les messages publics parlent directement aux jeunes, quel que soit leur milieu, et à ce qu'ils tiennent compte de leurs attitudes, croyances et comportement actuels.

COLLABORER POUR ADOPTER DE NOUVELLES APPROCHES

Aucun organisme n'est à lui seul capable de mettre en place une série complète de solutions. Nous devons collaborer avec les différents secteurs, avec les jeunes et avec ceux mêmes qui consomment des substances afin de regrouper nos connaissances, cerner les lacunes essentielles en matière de prévention et trouver tous ensemble de nouvelles solutions.

Pour avancer dans cette approche intégrée, nous devons accélérer les partenariats déjà établis et en gestation entre le secteur de la santé publique et les secteurs sociaux et économiques, comme l'éducation, le logement et le soutien du revenu. Par exemple, afin de prévenir la consommation problématique de substances, les responsables de la santé publique et de l'éducation pourraient consolider leurs efforts de collaboration pour favoriser la santé des communautés scolaires; et ils auraient également intérêt à élargir ou adapter les approches axées sur le milieu scolaire qui s'avèrent prometteuses. Ces types de partenariat ont toutes chances de contribuer à accroître de manière continue le nombre d'écoles et de communautés sécuritaires et solidaires propres à renforcer la résilience des jeunes.

RENFORCER LES DONNÉES PROBANTES ISSUES DE PLUSIEURS DISCIPLINES POUR LA PRISE DE DÉCISIONS

La recherche et les données qui en découlent forment le corpus d'éléments probants qui permettent de mettre en place une série de solutions efficaces. Beaucoup de secteurs possèdent les renseignements clés nécessaires pour obtenir une image plus complète de la situation. Nous pouvons agir différemment, il s'agira, d'une part, d'adopter une perspective systémique dans la coordination des réseaux à l'échelle des disciplines et des secteurs et, d'autre part, de collecter les données susceptibles de nous aider à mieux comprendre l'interaction des facteurs biologiques et sociaux. Pour cela, les divers intervenants en sciences sociales et en sciences de la santé devront travailler ensemble pour : d'abord, élaborer des questions de recherche et, ensuite, établir des moyens de déterminer si nos interventions sont efficaces. De concert avec des systèmes de surveillance robustes et reliés tenant compte des comportements et des méfaits, une telle approche systémique peut nous aider à saisir la complexité inhérente de la consommation problématique de substances et à agir efficacement devant l'apparition de nouvelles tendances.

Nous devons aussi établir l'efficacité des mesures que nous prenons pour prévenir la consommation problématique de substances en menant une évaluation rigoureuse des politiques actuelles, des campagnes d'éducation du public et des programmes adaptés. Pour cela, il est nécessaire d'évaluer les effets de ces initiatives sur la réduction des iniquités en matière de santé et d'établir si ces mesures répondent aux besoins des différents groupes de jeunes. Enfin, il nous est possible de mieux appliquer les pratiques et interventions dont nous reconnaissons déjà l'efficacité. Ces interventions pourraient être partagées par les différents intervenants, dans l'ensemble des réseaux, afin d'être adaptées à de nouveaux contextes ou de rejoindre davantage de jeunes.

RÉPONDRE AU TRAUMATISME ET SUPPRIMER LA STIGMATISATION

Tout le monde a une histoire à raconter. Il est important de reconnaître que, s'il n'est pas traité, un traumatisme peut inciter les jeunes à se tourner vers des substances pour faire face à des réalités douloureuses. Stigmatiser les jeunes qui en consomment en les considérant comme des toxicomanes ou des ratés n'est pas productif; et cela risque d'empirer la situation. Nous pouvons réduire les effets négatifs de la stigmatisation en modifiant notre manière de parler de la consommation de substances. Les secteurs comme ceux de la santé, de la justice et des services sociaux, ainsi que les médias peuvent adopter un langage neutre qui « met l'accent sur les gens » (comme les personnes qui consomment des substances) et qui les respecte. En travaillant en partenariat étroit avec des jeunes qui consomment ou ont déjà consommé des substances, nous pouvons nous assurer de communiquer et d'offrir un soutien de manière adéquate et bienveillante.

Les jeunes ont besoin d'un milieu communautaire, médical et scolaire à la fois sécuritaire et stimulant leur permettant de faire face aux traumatismes passés et d'explorer leurs forces sur le plan culturel et identitaire. Pour atteindre cet objectif, nous devons adopter une approche nouvelle, tenant compte des traumatismes dans la prestation des politiques, des pratiques et des programmes. Cela suppose que les institutions tiennent compte des effets du traumatisme dans tous les aspects organisationnels et qu'elles accordent la priorité à la sécurité et à l'autonomie affectives des jeunes. En adoptant les principes de la sécurité culturelle et en traitant les obstacles institutionnels, nous pouvons veiller à ce que les programmes et les services soient exempts de discrimination pour tous les jeunes qui les utilisent. Par exemple, si l'on réduisait les obstacles institutionnels – comme ne pas interdire aux jeunes la consommation de substances pour accéder aux services de logement –, cela pourrait inciter davantage les intéressés à se prévaloir d'un soutien indispensable.

FAIRE DE LA PRÉVENTION UNE PRIORITÉ

Les pernicious effets de la consommation abusive de substances nous obligent à faire les choses différemment. Il nous faut appliquer des mesures à l'échelle même du continuum englobant la prévention, la réduction des méfaits, le traitement et le rétablissement. Pour ce qui est de la prévention de la consommation abusive, la condition pour y arriver, ce sera d'en reconnaître les risques et d'agir en conséquence, tout en renforçant les facteurs de protection de sorte que les jeunes soient engagés, acquièrent de la résilience et se prennent en main.

Je suis persuadée que le présent rapport fournit suffisamment de connaissances pour nous aider à consolider les présents efforts visant à combattre la consommation abusive de substances avant même qu'elle n'ait lieu. C'est maintenant qu'il nous faut agir, ensemble, afin que les chances jouent en notre faveur pour le mieux-être futur de nos jeunes.

RÉFÉRENCES

1. Agence de la santé publique du Canada, Un cadre d'indicateur : C'est quoi au juste? 2017; Accessible en ligne : <https://infobase.phac-aspc.gc.ca/datalab/indicator-framework-blog-fr.html>
2. Agence de la santé publique du Canada, Nombre de cas signalés de maladies de 1924 à 2016 au Canada - maladies à déclaration obligatoire en direct. 2018.
3. Thunderbird Partnership Foundation. Cadre du continuum du mieux-être mental des premières nations - rapport sommaire. 2015; Accessible en ligne : http://thunderbirdpf.org/wp-content/uploads/2017/10/24-14-1273-FN-Mental-Wellness-Summary-FR02_low.pdf
4. City of Toronto, Stigma, Discrimination & Substance Use: Experiences of people who use alcohol and other drugs in Toronto. 2010, Toronto Drug Strategy Implementation Panel: Toronto.
5. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Toxicomanie au Canada : Pleins feux sur les jeunes. 2007 : Ottawa. Accessible en ligne : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-011521-2007-f.pdf>
6. Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Faits saillants de la première phase de l'étude nationale sur les décès par surdose liée aux opioïdes et aux drogues : observations des coroners et des médecins légistes. 2018, Agence de la santé publique du Canada.
7. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Élaborer et mettre en oeuvre des politiques municipales en matière d'alcool. 2018; Accessible en ligne : <http://www.ccdus.ca/fra/topics/alcohol/developing-and-implementing-municipal-alcohol-policies/pages/default.aspx>
8. Institut canadien d'information sur la santé, Méfaits de l'alcool au Canada : hospitalisations entièrement attribuables à l'alcool et stratégies de réduction des méfaits. 2017, Institut canadien d'information sur la santé.
9. Ye, X., Sutherland, J., Henry, B., Tyndall, M., & Kendall, P.R.W., Impact of drug overdose-related deaths on life expectancy at birth British Columbia. Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada, 2018. 38(6).
10. Centre de toxicomanie et de santé mentale. Les Préjugés - Comprendre les effets des opinions préconçues et de la discrimination sur les personnes ayant des problèmes de santé mentale et de toxicomanie, 2018.
11. Inuit Tapiriit Kanatami. Social Determinants of Inuit Health in Canada. 2014; Accessible en ligne : https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2016/07/MentalWellness_FactSheet.pdf
12. Agence de la santé publique du Canada, Réduction des répercussions sur la santé des infections transmissibles sexuellement et par le sang au Canada d'ici 2030 : un cadre d'action pancanadien sur les ITSS, 2018 : Ottawa.
13. Commission de vérité et réconciliation du Canada. Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir, sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada. 2015; Accessible en ligne : http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/French_Exec_Summary_web_revised.pdf
14. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario), Municipal Alcohol Policies and Public Health: A Primer. 2016, Public Health Ontario: Toronto.
15. Bellis, M.A., et al., The alcohol harm paradox: using a national survey to explore how alcohol may disproportionately impact health in deprived individuals. BMC Public Health, 2016. 16(1): p. 111.
16. Martens, P., et al., Profile of Metis health status and healthcare utilization in Manitoba: a population-based study. Winnipeg, MB: Manitoba Centre for Health Policy, 2010.
17. Commission de vérité et réconciliation du Canada. Commission de vérité et réconciliation du Canada: Appels à l'action. 2012; Accessible en ligne : http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Calls_to_Action_French.pdf
18. National Academies of Sciences, E. and Medicine, Ending discrimination against people with mental and substance use disorders: The evidence for stigma change. 2016: National Academies Press.
19. Van Boekel, L.C., et al., Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. Drug & Alcohol Dependence, 2013. 131(1): p. 23-35.
20. Hatzenbuehler, M.L., J.C. Phelan, and B.G. Link, Stigma as a Fundamental Cause of Population Health Inequalities. American Journal of Public Health, 2013. 103(5): p. 813-821.
21. Room, R., Stigma, social inequality and alcohol and drug use. Drug and Alcohol Review, 2005. 24(2): p. 143-155.
22. Statistique Canada. Espérance de vie et autres éléments de la table de mortalité, Canada, toutes les provinces excepté l'Île-du-Prince-Édouard (Tableau 13-10-0114-01). 2018; Tableau 053-0003; Accessible en ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310011401>
23. Organisation de coopération et de développement économiques. Panorama de la santé 2017. 2017; Accessible en ligne : https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante_19991320
24. Agence de la santé publique du Canada, Quel est l'état de santé des Canadiens? 2017. Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/quel-est-l-etat-sante-des-canadiens.html>
25. Agence de la santé publique du Canada, Outil de données sur les inégalités en santé. 2018. Accessible en ligne : <https://infobase.phac-aspc.gc.ca/health-inequalities/index-fr.aspx>

26. Statistique Canada. L'écart entre l'espérance de vie prévue des Autochtones et celle de l'ensemble de la population canadienne devrait diminuer. 2015; Accessible en ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-645-x/2010001/life-expectancy-espérance-vie-fra.htm>
27. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease Data Visualization. 2017; Accessible en ligne : <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>
28. Statistique Canada. Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire de 2015. 2017; Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2015.html>
29. Statistique Canada. Caractéristiques de la santé des Canadiens, estimations annuelles (Tableau 13-10-0096-01). 2018; Accessible en ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009601>
30. Agence de la santé publique du Canada, Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2017 – Concevoir un mode de vie sain. 2017. Accessible en ligne : https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/chief-public-health-officer-reports-state-public-health-canada/2017-designing-healthy-living/PHAC_CPHO-2017_Report_F.pdf
31. Agence de la santé publique du Canada. Faits saillants sur les quartiers résidentiels et l'activité physique au Canada. 2011. Accessible en ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/assets/pdf/fast-facts-faits-rapidesV2-fra.pdf>
32. Centre for Indigenous Peoples' Nutrition and Environment, Inuvialuit settlement region Inuit Health Survey 2007–2008. 2010.
33. Centre for Indigenous Peoples' Nutrition and Environment, Nunatsiavut Inuit Health Survey 2007–2008. 2010.
34. Centre for Indigenous Peoples' Nutrition and Environment, Nunavut Inuit Health Survey 2007–2008. 2010.
35. Institut national de santé publique du Québec, Nunavik Inuit Health Survey 2004. 2008.
36. Statistique Canada, Statistiques et graphiques sur l'insécurité alimentaire des ménages au Canada de 2011 à 2012. 2017. Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/science-nutrition-et-recherche/securite-alimentaire/statistiques-insecurite-alimentaire-menages-2011-2012.html>
37. Agence de la santé publique du Canada, La vie et le souffle : Les maladies respiratoires au Canada. 2007. Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/2007/vie-souffle-maladies-respiratoires-canada-2007.html>
38. Statistique Canada, Décès et causes de décès, 2015. 2018. Accessible en ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/180223/dq180223c-fra.htm>
39. Demicheli, V., et al., Vaccines for preventing influenza in the elderly. The Cochrane Library, 2018.
40. Darvishian, M., et al., Effectiveness of seasonal influenza vaccination in community-dwelling elderly people: an individual participant data meta-analysis of test-negative design case-control studies. The Lancet Respiratory Medicine, 2017. 5(3): p. 200-211.
41. Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI), Chapitre sur la grippe du Guide canadien d'immunisation et Déclaration sur la vaccination antigrippale pour la saison 2017-2018. 2017. Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/guide-canadien-immunisation-declaration-vaccination-antigrippale-2017-2018.html>
42. Vachon J., Gallant V., Siu W., La tuberculose au Canada, 2016. Can Commun Dis Rep, 2018. 44(3/4):75-81.
43. Agence de la santé publique du Canada, Le moment d'agir - Pleins feux de l'ACSP sur l'élimination de la tuberculose au Canada. 2018. Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/eliminer-tuberculose.html>
44. Association canadienne de santé publique. La santé publique : Une histoire canadienne. 2009; Accessible en ligne : https://cpha.ca/sites/default/files/assets/history/book/history-book-print_all_f.pdf
45. Association canadienne de santé publique. Chronologie de l'immunisation. n.d.; Accessible en ligne : <https://www.cpha.ca/fr/chronologie-de-limmunisation>
46. Agence de la santé publique du Canada, Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2013 – Les maladies infectieuses – une menace perpétuelle. 2013. Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/rapport-administrateur-chef-sante-publique-etat-sante-publique-canada-2013-maladies-infectieuses-menace-perpetuelle.html>
47. Agence de la santé publique du Canada, Système canadien de surveillance de la résistance aux antimicrobiens – Rapport de 2016. 2016. Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/medicaments-et-produits-sante/systeme-canadien-surveillance-resistance-antimicrobiens-rapport-2016.html>
48. Agence de la santé publique du Canada, Objectifs nationaux de couverture vaccinale et cibles nationales de réduction des maladies évitables par la vaccination d'ici 2025. 2018. Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/priorites-immunization-et-vaccins/strategie-nationale-immunisationvaccination-objectifs-nationaux-couverture-vaccinale-cibles-nationales-reduction-maladies-evitables-2025.html>
49. Agence de la santé publique du Canada, Maladies évitables par la vaccination : Rapport de surveillance en date du 31 décembre 2015. 2017. Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/maladies-evitables-vaccination-rapport-surveillance-31-decembre-2015.html>
50. Agence de la santé publique du Canada, La maladie de Lyme au Canada – Cadre fédéral 2017. Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/lyme-disease-canada-federal-framework/lyme-disease-canada-federal-framework-fra.pdf>

51. Craig, G., et al., Tuberculosis stigma as a social determinant of health: a systematic mapping review of research in low incidence countries. *International Journal of Infectious Diseases*, 2017. 56: p. 90-100.
52. Agence de la santé publique du Canada. Poliomyélite (polio). 2017; Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/immunisation/maladies-pouvant-etre-prevenues-vaccination/poliomyelite-polio.html>
53. Institut canadien d'information sur la santé, Améliorer la santé des Canadiens 2009 : Explorer la santé mentale positive. 2009, Institut canadien d'information sur la santé. Ottawa. Accessible en ligne : <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=fr&pf=PFC1051>
54. Agence de la santé publique du Canada, Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive. 2016; Ottawa. Accessible en ligne : <https://infobase.phac-aspc.gc.ca/positive-mental-health/index-fr.aspx>
55. Agence de la santé publique du Canada. Promotion de la santé mentale. 2014; Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/sante-mentale/promotion-sante-mentale.html>
56. Ozbay, F., et al., Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edmont)*, 2007. 4(5): p. 35.
57. Reblin, M. and B.N. Uchino, Social and emotional support and its implication for health. *Current opinion in psychiatry*, 2008. 21(2): p. 201.
58. Uchino, B.N., Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of behavioral medicine*, 2006. 29(4): p. 377-387.
59. Statistique Canada. Tableau 1 : Taux de certains troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substance, au cours de la vie et des 12 derniers mois, Canada, population à domicile âgée de 15 ans et plus, 2012. 2015; Accessible en ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/tbl/tbl1-fra.htm>.
60. Public health Agency of Canada, Mood and Anxiety Disorders in Canada. Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice, 2016. 36(12).
61. Association canadienne de santé publique. Décriminalisation de la consommation personnelle de substances psychotropes. 2017; Accessible en ligne : <https://www.cpha.ca/fr/decriminalisation-de-la-consommation-personnelle-de-substances-psychotropes>
62. U.S. Department of Health & Human Services. Facing addiction in America: The Surgeon General's report on alcohol, drugs, and health. Novembre 2016; Accessible en ligne : <https://addiction.surgeongeneral.gov/sites/default/files/surgeon-generals-report.pdf>
63. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Reducing Alcohol-Related Harm in Canada: Toward a Culture of Moderation. 2007; Accessible en ligne : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-023876-2007.pdf>
64. GBD 2016 Alcohol Collaborators, Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 2018. Accessible en ligne : <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2818%2931310-2>
65. Bulloch, A.G.M., et al., Trends in binge drinking in Canada from 1996 to 2013: a repeated cross-sectional analysis. *CMAJ Open*, 2016. 4(4): p. E599-E604.
66. First Nations Information Governance Centre, National Report of the First Nations Regional Health Survey: Phase 3. 2018, First Nations Information Governance Centre: Ottawa. Accessible en ligne : http://fnigc.ca/sites/default/files/docs/fnigc_rhs_phase_3_national_report_vol_1_en_final_web.pdf
67. L'Institut canadien d'information sur la santé. Hausse des méfaits de l'alcool chez les Canadiennes. 2018; Accessible en ligne : <https://www.cihi.ca/fr/hausse-des-mefaits-de-lalcool-chez-les-canadiennes>.
68. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement. 2016; Accessible en ligne : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-National-Treatment-Indicators-Report-2016-fr.pdf>
69. Statistique Canada, Crimes déclarés par la police, certaines infractions, Canada. 2018. Accessible en ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/180723/t001b-fra.htm>
70. Transports Canada. Sécurité routière au Canada. 2011; Accessible en ligne : <https://www.tc.gc.ca/media/documents/securiteroutiere/tp15145f.pdf>
71. Agence de la santé publique du Canada, Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2015 : La consommation d'alcool au Canada. 2015. Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/rapport-administrateur-en-chef-sante-publique-sur-etat-sante-publique-au-canada/2015-consommation-alcool-canada.html>
72. Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G. & Rehm, J. (2017). Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Global Health*, 5, e290–e299.
73. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, Cannabis. 2017. Accessible en ligne : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Cannabis-2018-fr.pdf>
74. Rotermann, M. and R. Macdonald, Analysis of trends in the prevalence of cannabis use in Canada, 1985 to 2015. *Health Rep*, 2018. 29(2): p. 10-20.
75. Rotermann, M., Langlois, K. Prévalence et corrélats de la consommation de marijuana au Canada, 2012. 2015; Accessible en ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2015004/article/14158-fra.htm>
76. Fischer, B., et al., Crude estimates of cannabis-attributable mortality and morbidity in Canada—implications for public health focused intervention priorities. *Journal of Public Health*, 2015. 38(1): p. 183-188.
77. National Academies of Sciences, E. and Medicine, The Health Effects of Cannabis and Cannabinoids: The Current State of Evidence and Recommendations for Research. 2017,

- Washington, DC: The National Academies Press. 486.
78. Volkow, N.D., et al., Adverse health effects of marijuana use. *New England Journal of Medicine*, 2014. 370(23): p. 2219-2227.
79. Gurney, J., et al., Cannabis exposure and risk of testicular cancer: a systematic review and meta-analysis. *BMC cancer*, 2015. 15(1): p. 897.
80. Memedovich, K., et al., The adverse health effects and harms related to marijuana use: an overview review. *CMAJ open*, 2018. 6(3): p. E339-E346.
81. Gunn, J., et al., Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 2016. 6(4): p. e009986.
82. Viteri, O.A., et al., Fetal anomalies and long-term effects associated with substance abuse in pregnancy: a literature review. *American journal of perinatology*, 2015. 32(05): p. 405-416.
83. Williams, J.H. and L. Ross, Consequences of prenatal toxin exposure for mental health in children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 2007. 16(4): p. 243-253.
84. Agence de la santé publique du Canada. Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes. 2018; Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/consommation-problematique-medicaments-ordonnance/opioïdes/decès-liés-opioïdes.html>
85. Belzak, L., Halverson, J., Evidence synthesis - The opioid crisis in Canada: a national perspective. 2018, Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Public Health Agency of Canada p. 224-233.
86. Pain & Policy Studies Group - University of Wisconsin. Canada: opioid consumption in morphine equivalence (ME), mg per person. n.d.; Accessible en ligne : <http://www.painpolicy.wisc.edu/country/profile/canada>
87. Institut canadien d'information sur la santé, Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes, de 2012 à 2016. 2017, Ottawa. Accessible en ligne : https://secure.cihi.ca/free_products/pan-canadian-trends-opioid-prescribing-2017-fr-web.pdf
88. Fischer, B., L. Vojtila, and J. Rehm, The 'fentanyl epidemic' in Canada—Some cautionary observations focusing on opioid-related mortality. *Preventive medicine*, 2018. 107: p. 109-113.
89. Statistique Canada, Résultats de l'Enquête sur la sensibilisation aux opioïdes, novembre 2017. 2018. Accessible en ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/180109/dq180109a-fra.htm>
90. First Nations Health Authority, Overdose Data and First Nations in BC. 2018, First Nations Health Authority. Accessible en ligne : http://www.fnha.ca/newsContent/Documents/FNHA_OverdoseDataAndFirstNationsInBC_PreliminaryFindings_FinalWeb.pdf
91. Public Health Ontario, Poster: Opioid-related harms and socioeconomic inequalities in Ontario: A population health assessment. 2018. Accessible en ligne : <http://www.tophc.ca/wp-content/uploads/2018/04/Poster-78-%E2%80%93-Opioid-Related-Harms-and-Socioeconomic-Inequalities-in-Ontario-A-population-health-assessment.pdf>
92. Meges D, Zevin B, Cookson E, Bascelli L, Denning P, Little J, Doe-Simkins M, Wheeler E, Watlov Phillips S, Bhalla P, Nance M, Cobb G, Tankanow J, Williamson J, Post P (Ed.). *Adapting Your Practice: Recommendations for the Care of Homeless Patients with Opioid Use Disorders*. 102 pages. Nashville: Health Care for the Homeless Clinicians' Network, National Health Care for the Homeless Council, Inc., 2014.
93. BC Centre for Disease Control. The BC Public Health Opioid Overdose Emergency: March 2017 Update. 2017; Accessible en ligne : http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Educational%20Materials/Epid/Other/Public%20Surveillance%20Report_2017_03_17.pdf
94. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada : 2007-2014. 2018; Accessible en ligne : <http://www.ccdus.ca/Resource%20Library/CSUCH-Canadian-Substance-Use-Costs-Harms-Report-2018-fr.pdf>
95. Santé Canada. Saisir l'occasion : consultation publique sur l'avenir de la lutte contre le tabagisme au Canada. 2018. Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/programmes/lavenir-lutte-antitabac/lavenir-lutte-antitabac.html>
96. Patton, G.C., et al., Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*, 2016. 387(10036): p. 2423-78.
97. Fischer, B., et al., Lower-Risk Cannabis Use Guidelines: A Comprehensive Update of Evidence and Recommendations. *Am J Public Health*, 2017. 107(8): p. e1-e12.
98. Hammond D., G.S., Policy Approaches for Problematic Substance Use: Evidence Review (Unpublished). 2018.
99. Santé Canada. Résumé des résultats de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves 2016-2017. 2018; Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-eleves/sommaire-2016-2017.html>
100. Tourand, J., Smith, A., Poon, C., Stewart, D. & McCreary Centre Society, Ta Saantii: A profile of Métis youth health in BC. 2016. Accessible en ligne : http://www.mcs.bc.ca/pdf/ta_saantii.pdf
101. Klingemann, H.W.H.O., Alcohol and its social consequences - the forgotten dimension. 2001: Copenhagen : WHO Regional Office for Europe. Accessible en ligne : <http://www.unicri.it/min.san.bollettino/dati/E76235.pdf>
102. Testa, M. and J.A. Livingston, Alcohol Consumption and Women's Vulnerability to Sexual Victimization: Can Reducing Women's Drinking Prevent Rape? *Substance use & misuse*, 2009. 44(9-10): p. 1349-1376.
103. Lindgren, K.P., et al., College students' perceptions about alcohol and consensual sexual behavior: alcohol leads to sex. *J Drug Educ*, 2009. 39(1): p. 1-21.
104. Brunelle, N., et al., Patterns of psychoactive substance use among youths in Nunavik. *Inditerra*, 2010. 2: p. 1-12.
105. Patton, G.C., et al., Cannabis use and mental health in young people: cohort study. *BMJ : British Medical Journal*, 2002. 325(7374): p. 1195-1198.
106. CTADS – Analyse personnalisée

107. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Toxicomanie au Canada : Les effets de la consommation de cannabis pendant l'adolescence. 2015; Accessible en ligne : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Effects-of-Cannabis-Use-during-Adolescence-Report-2015-fr.pdf>
108. Porath-Waller, A.J., Dissiper la fumée entourant le cannabis: Consommation chronique, fonctionnement cognitif et santé mentale. 2016 : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Accessible en ligne : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Chronic-Cannabis-Use-Effects-Report-2016-fr.pdf>
109. Schrager, S.M., et al., Correlates and Consequences of Opioid Misuse among High-Risk Young Adults. *Journal of Addiction*, 2014. 2014: p. 8.
110. Gomes, T., et al., Measuring the Burden of Opioid-related Mortality in Ontario, Canada. *Journal of Addiction Medicine*, 2018. Publish Ahead of Print.
111. Institut canadien d'information sur la santé. Préjudices liés aux opioïdes au Canada (Recueil de graphiques). 2017; Accessible en ligne : https://secure.cihi.ca/free_products/opioid-harms-chart-book-fr.pdf
112. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies & Institut canadien d'information sur la santé. Hospitalisations et visites au service d'urgence liées à une intoxication aux opioïdes au Canada. 2016; Accessible en ligne : https://secure.cihi.ca/free_products/Opioid%20Poisoning%20Report%20%20FR.pdf
113. Kuntsche, E., et al., Replication and validation of the Drinking Motive Questionnaire Revised (DMQ-R, Cooper, 1994) among adolescents in Switzerland. *Eur Addict Res*, 2006. 12(3): p. 161-8.
114. Kuntsche, E., S.H. Stewart, and M.L. Cooper, How stable is the motive-alcohol use link? A cross-national validation of the Drinking Motives Questionnaire Revised among adolescents from Switzerland, Canada, and the United States. *J Stud Alcohol Drugs*, 2008. 69(3): p. 388-96.
115. Smith, A., Stewart, D., Poon, C., Peled, M., Saewyc, E., & McCreary Centre Society, From Hastings Street to Haida Gwaii: Provincial results of the 2013 BC Adolescent Health Survey. 2014, McCreary Centre Society: Vancouver, British Columbia. Accessible en ligne : https://www.mcs.bc.ca/pdf/From_Hastings_Street_To_Haida_Gwaii.pdf
116. Kairouz, S., et al., For all these reasons, I do...drink: a multilevel analysis of contextual reasons for drinking among Canadian undergraduates. *J Stud Alcohol*, 2002. 63(5): p. 600-8.
117. Zvolensky, M.J., et al., Marijuana Use Motives: A Confirmatory Test and Evaluation among Young Adult Marijuana Users. *Addictive Behaviors*, 2007. 32(12): p. 3122-3130.
118. McKiernan, A., & Fleming, K., Les perceptions des jeunes Canadiens sur le cannabis. 2017, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies : Ottawa. Accessible en ligne : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Canadian-Youth-Perceptions-on-Cannabis-Report-2017-fr.pdf>
119. Vilhena-Churchill, N. and A.L. Goldstein, Child maltreatment and marijuana problems in young adults: Examining the role of motives and emotion dysregulation. *Child Abuse & Neglect*, 2014. 38(5): p. 962-972.
120. Public Health England, Health matters: giving every child the best start in life. 2016, PHE London. Accessible en ligne : <https://publichealthmatters.blog.gov.uk/2016/05/12/health-matters-giving-every-child-the-best-start-in-life/>
121. Chandler, M.J. and C. Lalonde, Cultural Continuity as a Hedge against Suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 1998. 35(2): p. 191-219.
122. Chandler, M., J and C. Lalonde, Cultural Continuity as a Protective Factor Against Suicide in First Nations Youth. Vol. 10. 2008.
123. McCormick, R., Indigenous traditions in the treatment of substance abuse. *Canadian Journal of Counselling*, 2000. 34(1): p. 25-32.
124. Lovato, C., A. Watts, and L.F. Stead, Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane Database Syst Rev*, 2011(10): p. Cd003439.
125. Anderson, P., et al., Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and Alcoholism*, 2009. 44(3): p. 229-243.
126. Moreno, M.A., et al., A content analysis of displayed alcohol references on a social networking web site. *J Adolesc Health*, 2010. 47(2): p. 168-75.
127. Stern, S. and L. Morr, Portrayals of teen smoking, drinking, and drug use in recent popular movies. *J Health Commun*, 2013. 18(2): p. 179-91.
128. Nunez-Smith, M., et al., Media exposure and tobacco, illicit drugs, and alcohol use among children and adolescents: a systematic review. *Subst Abuse*, 2010. 31(3): p. 174-92.
129. Matthews, S., R. Dwyer, and A. Snoek, Stigma and Self-Stigma in Addiction. *Journal of Bioethical Inquiry*, 2017. 14(2): p. 275-286.
130. Patrick, M.E., et al., Socioeconomic status and substance use among young adults: a comparison across constructs and drugs. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 2012. 73(5): p. 772-782.
131. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Manuel d'Approche systémique : Déterminants socioéconomiques de la santé. 2014. Ottawa. Accessible en ligne : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Systems-Approach-Socioeconomic-Determinants-2014-fr.pdf>
132. Galea, S. and D. Vlahov, Social determinants and the health of drug users: socioeconomic status, homelessness, and incarceration. *Public health reports*, 2002. 117(Suppl 1): p. S135.
133. Statistique Canada. La disposition à apprendre à l'école pour les jeunes de cinq ans au Canada. 2006; Accessible en ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-599-m/89-599-m2006004-fra.htm>
134. Raphael, D., Social determinants of health: Canadian perspectives. 2009: Canadian Scholars' Press.
135. Xiang, Y., et al., ED visits for drug-related poisoning in the United States, 2007. *Am J Emerg Med*, 2012. 30(2): p. 293-301.
136. Spiller, H., et al., Epidemiological trends in abuse and misuse of prescription opioids. *J Addict Dis*, 2009. 28(2): p. 130-6.
137. Fischer, B., et al., Determinants of overdose incidents among illicit opioid users in 5 Canadian cities. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 2004. 171(3): p. 235-239.

138. Feng, C., et al., Homelessness independently predicts injection drug use initiation among street-involved youth in a Canadian setting. *J Adolesc Health*, 2013. 52(4): p. 499-501.
139. Hawkins, J.D., R.F. Catalano, and J.Y. Miller, Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 1992. 112(1): p. 64.
140. Resnick, M.D., et al., Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *Jama*, 1997. 278(10): p. 823-832.
141. Morrison, W. and P. Kirby, Schools as a setting for promoting positive mental health: Better practices and perspectives. 2011: Joint Consortium for School Health. Accessible en ligne : <http://www.jcsh-cces.ca/upload/PMH%20July10%202011%20WebReady.pdf>
142. Freeman, J.G., King, M., & Pickett, W., Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire : Rapport sur les tendances 1990-2010. 2015, Agence de la santé publique du Canada: Ottawa. Accessible en ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/prog-ini/school-scolaire/behaviour-comportements/assets/pdf/trends-tendances-fra.pdf>
143. Agence de la santé publique du Canada. Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive : Statistiques rapides, jeunes (12 à 17 ans). 2017 : Ottawa. Accessible en ligne : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/hpcdp-pspmc/37-4/assets/pdf/ar-04-fra.pdf>
144. Kaufmann, D.R., Wyman, P.A., Forbes-Jones, E. L., & Barry, J., Prosocial involvement and antisocial peer affiliations as predictors of behavior problems in urban adolescents: Main effects and moderating effects. *Journal of Community Psychology*, 2007. 35(4): p. 417-434.
145. Winstanley, E.L., et al., The association of self-reported neighbourhood disorganization and social capital with adolescent alcohol and drug use, dependence, and access to treatment. *Drug Alcohol Depend*, 2008. 92(1-3): p. 173-82.
146. National Institute on Drug Abuse. Preventing Drug Use among Children and Adolescents (In Brief). 2003; Accessible en ligne : <https://www.drugabuse.gov/publications/preventing-drug-abuse-among-children-adolescents/acknowledgments>
147. Waddell, C., et al., A public health strategy to improve the mental health of Canadian children. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2005. 50(4): p. 226-233.
148. Leslie, K., Youth substance use and abuse: challenges and strategies for identification and intervention. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal*, 2008. 178(2): p. 145-148.
149. Janus, M., Brinkman, S., Duku, E., Hertzman, C., Santos, R., Sayers, M., et al., The Early Development Instrument: Population-based measure for communities. A handbook on development, properties, and use. 2007, Offord Centre for Child Studies. (n.d.) : Hamilton. Accessible en ligne : https://www.researchgate.net/publication/238581896_The_Early_Development_Instrument_A_Population-based_Measure_for_Communities_A_Handbook_on_Development_Properties_and_Use
150. Chan, M., Linking child survival and child development for health, equity, and sustainable development. *The Lancet*, 2013. 381(9877): p. 1514-1515.
151. Institut canadien d'information sur la santé. Enfants vulnérables dans certains domaines de la petite enfance : un déterminant de la santé des enfants. 2014; Accessible en ligne : https://secure.cihi.ca/free_products/Children_Vulnerable_in_Areas_of_Early_Development_FR.pdf
152. Afifi, T.O., et al., Child abuse and mental disorders in Canada. *Cmaj*, 2014. 186(9): p. E324-32.
153. SAMHSA's Center for the Application of Prevention Technologies, The Role of Adverse Childhood Experiences in Substance Abuse and Related Behavioral Health Problems. SAMHSA's Center for the Application of Prevention Technologies. Accessible en ligne : <https://www.samhsa.gov/capt/sites/default/files/resources/aces-behavioral-health-problems.pdf>
154. Statistique Canada. La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2015. 2017; Accessible en ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2017001/article/14698-fra.htm>
155. Lander, L., J. Howsare, and M. Byrne, *The Impact of Substance Use Disorders on Families and Children: From Theory to Practice*. Social work in public health, 2013. 28(0): p. 194-205.
156. Griffin, K.W. and G.J. Botvin, Evidence-Based Interventions for Preventing Substance Use Disorders in Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2010. 19(3): p. 505-526.
157. Stone, A.L., et al., Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. *Addict Behav*, 2012. 37(7): p. 747-75.
158. Hodder, R.K., et al., Systematic review of universal school-based 'resilience' interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit substance use: a meta-analysis. *Preventive Medicine*, 2017. 100: p. 248-268.
159. Liebenberg, L., Joubert, N., & Foucault, M.L. Understanding core resilience elements and indicators: A comprehensive review of the literature. 2017; Accessible en ligne : <http://lindaliebenberg.com/wp-content/uploads/2017/11/PHAC-Resilience-Report-Final-Version-November-2017.pdf>
160. Bonell, C., et al., What is positive youth development and how might it reduce substance use and violence? A systematic review and synthesis of theoretical literature. *BMC Public Health*, 2015. 16(1): p. 135.
161. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants. 2009; Accessible en ligne : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-011812-2010.pdf>
162. Schuckit, M.A., Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*, 2006. 101 Suppl 1: p. 76-88.
163. Goldman, D., G. Oroszi, and F. Ducci, The genetics of addictions: uncovering the genes. *Nat Rev Genet*, 2005. 6(7): p. 521-32.
164. Meyers, J.L. and D.M. Dick, Genetic and Environmental Risk Factors for Adolescent-Onset Substance Use Disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 2010. 19(3): p. 465-477.
165. Bierut, L.J., Genetic vulnerability and susceptibility to substance dependence. *Neuron*, 2011. 69(4): p. 618-627.

166. Kreek, M.J., et al., Genetic influences on impulsivity, risk taking, stress responsivity and vulnerability to drug abuse and addiction. *Nature Neuroscience*, 2005. 8(11): p. 1450.
167. Merikangas, K.R. and S. Avenevoli, Implications of genetic epidemiology for the prevention of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 2000. 25(6): p. 807-820.
168. Schmidt, R., Poole, N., Greaves, L., and Hemsing, N, New Terrain Tools to Integrate Trauma and Gender Informed Responses into Substance Use Practice and Policy. 2018, Centre of Excellence for Women's Health: Vancouver. Accessible en ligne : http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2018/06/NewTerrain_FinalOnlinePDF.pdf
169. Bowen, E.A. and N.S. Murshid, Trauma-Informed Social Policy: A Conceptual Framework for Policy Analysis and Advocacy. *Am J Public Health*, 2016. 106(2): p. 223-9.
170. BC Centre of Excellence for Women's Health, Healing Families, Helping Systems: A Trauma-Informed Practice Guide for Working with Children, Youth and Families. 2016.
171. Grella, C.E., et al., Gender similarities and differences in the treatment, relapse, and recovery cycle. *Evaluation review*, 2008. 32(1): p. 113-137.
172. Blake, S.M., et al., A review of substance abuse prevention interventions for young adolescent girls. *The Journal of Early Adolescence*, 2001. 21(3): p. 294-324.
173. Clow, B., et al., Rising to the challenge: Sex and gender-based analysis for health planning, policy and research in Canada. Halifax, NS: Atlantic Centre of Excellence for Women's Health, 2009. Accessible en ligne : http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2009_Rising_to_the_challenge.pdf
174. Bialystok, L., Nancy, P., Greaves, L. & Thomas, G., Recalculating Risk: An Opportunity for Gender-Transformative Alcohol Education for Girls and Women, in *Making It Better: Gender-Transformative Health Promotion*. 2014: Canadian Scholar's Press/Women's Press.
175. Reading, J., C. Loppie, and J. O'Neil, Indigenous health systems governance: From the Royal Commission on Aboriginal Peoples (RCAP) to Truth and Reconciliation Commission (TRC). *International Journal of Health Governance*, 2016. 21(4): p. 222-228.
176. Société canadienne du sida. *Pairologie : un guide d'implication par et pour les personnes utilisatrices de drogues*. 2015. Accessible en ligne : <https://www.catie.ca/fr/ressources/pairologie-guide-dimplication-les-personnes-utilisatrices-drogues>
177. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Engagement éthique des jeunes dans des campagnes de prévention de la toxicomanie*. 2013. Accessible en ligne : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-2013-Ethical-Youth-Engagement-fr.pdf>
178. Frieden, T.R., A Framework for Public Health Action: The Health Impact Pyramid. *American Journal of Public Health*, 2010. 100(4): p. 590-595.
179. Watson, R.J., et al., Sexual minority youth continue to smoke cigarettes earlier and more often than heterosexuals: Findings from population-based data. *Drug and Alcohol Dependence*, 2018. 184: p. 64-70.
180. Brown, T., S. Platt, and A. Amos, Equity impact of interventions and policies to reduce smoking in youth: systematic review. *Tob Control*, 2014. 23(e2): p. e98-105.
181. Marmot, M., Social determinants of health inequalities. *The Lancet*, 2005. 365(9464): p. 1099-1104.
182. McCain, M.N., J.F. Mustard, and S. Shanker, *Early years study 2: Putting science into action*. 2007, Council for Early Child Development Toronto. Accessible en ligne : <http://www.peterborough.ca/AssetFactory.aspx?did=27309>
183. National Institute on Drug Abuse, *Principles of Substance Abuse Prevention for Early Childhood: A Research-Based Guide*. 2016. Accessible en ligne : <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-substance-abuse-prevention-early-childhood/table-contents>
184. Emploi et Développement social Canada. *Une chance pour tous : La première stratégie canadienne de réduction de la pauvreté*. 2018. Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/campagne/reduction-pauvrete.html>
185. Société canadienne d'hypothèques et de logement, *Stratégie nationale sur le logement*. s.d. Accessible en ligne : <https://www.cmhc-schl.gc.ca/fr/nhs>
186. Emploi et Développement social Canada. *Apprentissage et garde des jeunes enfants autochtones*. 2017. Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/apprentissage-jeunes-enfants-autochtones.html>
187. Van Zee, A., *The Promotion and Marketing of OxyContin: Commercial Triumph, Public Health Tragedy*. *American Journal of Public Health*, 2009. 99(2): p. 221-227.
188. Santé Canada. *Avis d'intention de restreindre le marketing et la publicité des opioïdes*. 2018. Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medicaments/annonces/restreindre-marketing-publicite-opioides.html>
189. National Pain Centre. *Lignes directrices canadiennes relatives à l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse*. 2017, National Pain Centre: Hamilton. Accessible en ligne : <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/PDFofnewFrenchguideline28sept2017.pdf>
190. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Compétences pour les intervenants en prévention de la consommation de substances chez les jeunes : Rapport sur les compétences pour les intervenants en prévention*. 2015; Accessible en ligne : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Prevention-Workforce-Competencies-Report-2015-fr.pdf>
191. Petrie, J., F. Bunn, and G. Byrne, Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review. *Health Education Research*, 2007. 22(2): p. 177-191.
192. Miller, T.R., Projected Outcomes of Nurse-Family Partnership Home Visitation During 1996-2013, USA. *Prev Sci*, 2015. 16(6): p. 765-77.
193. Ryan, C., Generating a revolution in prevention, wellness & care for LGBT children & youth. *Temple Political & Civil Rights Law Review*, 2014. 23(2): p. 331-344.
194. Faggiano, F., et al., Universal school-based prevention for illicit drug use. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014(12): p. Cd003020.

195. Slater, M.D., et al., Combining in-school and community-based media efforts: reducing marijuana and alcohol uptake among younger adolescents. *Health Educ Res*, 2006. 21(1): p. 157-67.
196. Foxcroft, D.R. and A. Tsertsvadze, Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(5).
197. McBride, N., et al., Harm minimization in school drug education: final results of the School Health and Alcohol Harm Reduction Project (SHAHRP). *Addiction*, 2004. 99(3): p. 278-91.
198. McBride N, F.F., Muleners L, Midford R, School health and alcohol harm reduction project: details of intervention development and research procedures. 2006, National Drug Research Institute: Curtin University of Technology, Perth, Australia.
199. Kirmayer, L.J., et al., Rethinking resilience from indigenous perspectives. *Can J Psychiatry*, 2011. 56(2): p. 84-91.
200. Soole, D.W., L. Mazerolle, and S. Rombouts, School-Based Drug Prevention Programs: A Review of What Works. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 2008. 41(2): p. 259-286.
201. Moffat, B.M., R.J. Haines-Saah, and J.L. Johnson, From didactic to dialogue: Assessing the use of an innovative classroom resource to support decision-making about cannabis use. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 2017. 24(1): p. 85-95.
202. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Consolider nos forces : Normes canadiennes de prévention de l'abus de substances en milieu scolaire (version 2.0). 2010. Accessible en ligne : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/ccsa-011816-2010.pdf>
203. Singh, R.D., Jimerson, S.R., Renshaw, T. et al., A Summary and Synthesis of Contemporary Empirical Evidence Regarding the Effects of the Drug Abuse Resistance Education Program (D.A.R.E.). *Contemporary School Psychology*, 2011. 15(1): p. 93-102.
204. McBride, N., A systematic review of school drug education. *Health Educ Res*, 2003. 18(6): p. 729-42.
205. Onrust, S.A., et al., School-based programmes to reduce and prevent substance use in different age groups: What works for whom? Systematic review and meta-regression analysis. *Clin Psychol Rev*, 2016. 44: p. 45-59.
206. Tanner-Smith, E.E. and M.W. Lipsey, Brief alcohol interventions for adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. *J Subst Abuse Treat*, 2015. 51: p. 1-18.
207. Tanner-Smith, E.E., et al., Can Brief Alcohol Interventions for Youth Also Address Concurrent Illicit Drug Use? Results from a Meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 2015. 44(5): p. 1011-1023.
208. Tevyaw, T.O.a.M., P.M., Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: Foundations, applications and evaluations. *Addiction Science & Clinical Practice*, 2004. 99: p. 63-75.
209. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Normes de prévention de la consommation problématique de drogues. 2014. Accessible en ligne : <http://www.ccdus.ca/fra/topics/Children-and-Youth/Drug-Prevention-Standards/Pages/default.aspx>
210. Young, E. How Iceland Got Teens to Say No to Drugs. 2017; Accessible en ligne : <https://www.theatlantic.com/health/archive/2017/01/teens-drugs-iceland/513668/>.
211. Sigfusdottir, I., et al., Trends in prevalence of substance use among Icelandic adolescents, 1995–2006. Vol. 3. 2008. 12.
212. Arnarsson, A., G.K. Kristofersson, and T. Bjarnason, Adolescent alcohol and cannabis use in Iceland 1995-2015. 2018. 37 Suppl 1: p. S49-s57.
213. Assemblée des Premières Nations. Lancement du Cadre de continuum du mieux-être mental des Premières Nations. 2015; Accessible en ligne : <http://www.afn.ca/fr/2015/01/28/lancement-du-cadre-de-continuum-du-mieux-etre-mental-des-premieres-nations/>
214. Gouvernement du Canada. La nouvelle Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances. 2016; Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2016/12/nouvelle-strategie-canadienne-drogues-autres-substances.html>
215. Santé Canada. Le renforcement de l'approche du Canada à l'égard des enjeux liés à la consommation de substances. 2018; Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/strategie-canadienne-drogues-substances/renforcement-approche-canada-egard-questions-liees-consommation-substances.html>
216. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. Directives pour aider les fournisseurs de soins de santé à promouvoir la consommation d'alcool à faible risque chez les patients [brochure]. 2013; Accessible en ligne : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/2012-Guidelines-For-Healthcare-Providers-to-Promote-Low-Risk-Drinking-Among-Patients-fr.pdf>
217. Emploi et Développement social Canada. Logement d'abord. 2017; Accessible en ligne : <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/programmes/communautes/sans-abri/logement-abord.html>
218. Collins, S. E., D. K. Malone and M. E. Larimer. 2012. Motivation to change and treatment attendance as predictors of alcohol-use outcomes among project-based Housing First residents. *Addictive Behaviors* 37(8): 931-939.
219. Larimer, M. E., D. K. Malone, M. D. Garner, D. C. Atkins, B. Burlingham, H. S. Lonczak, K. Tanzer, J. Ginzler, S. L. Clifasefi, W. G. Hobson and G. A. Marlatt. 2009. Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *Jama* 301(13): 1349-1357.
220. Popova, S., Lange, S., Chudley, A.E., Reynolds, J.N., & Rehm, J. in collaboration with May, P.A. and Riley, E.P. (2018). World Health Organization International Study on the Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD): Canadian Component. Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health. Available from <https://www.camh.ca/-/media/files/pdfs---reports-and-books---research/who-fasd-report-english-april2018-pdf.pdf?la=en&hash=347373E4C8C362E1F746C28BB063C7DA9E2987AE>
221. Popova, S., Lange, S., Shield, K., Burd, L., & Rehm J. (under review). Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorder among special sub-populations: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*.

ANNEXE 1 :

GLOSSAIRE

TERME	DÉFINITION
Approche tenant compte des traumatismes	Une approche tenant compte des traumatismes consiste à reconnaître des expériences de traumatisme passées et présentes et en tenir compte au sein des systèmes, politiques, programmes et pratiques de l'organisation de façon à pouvoir agir efficacement et avec compassion auprès de la personne éprouvée. L'approche opère à des niveaux multiples : de la part du praticien, de l'organisation, et ce, avec l'appui d'une collaboration élargie à l'échelle des systèmes et des secteurs. Elle a pour but de réduire au minimum les méfaits et d'éviter un nouvel épisode traumatique tout en assurant la sécurité de la personne, des choix possibles et la prise en charge.
Autochtones	Terme collectif désignant les premiers peuples d'Amérique du Nord et leurs descendants. Il existe trois groupes de peuples autochtones au Canada : les Premières Nations, les Inuits et les Métis.
Cannabis	Terme générique qui renvoie à plusieurs préparations psychoactives de la plante appelée <i>genus cannabis</i> . Il contient des centaines de substances chimiques et plus de 100 cannabinoïdes, dont la plupart sont biologiquement actifs. Parmi ces substances, deux cannabinoïdes ont reçu le plus grand intérêt scientifique : le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) et le cannabidiol (CBD). Le THC, qui a des effets thérapeutiques, est le composé essentiellement responsable des effets psychomimétiques caractéristiques du cannabis, tandis que le CBD induit des effets thérapeutiques mais pas d'effets psychomimétiques apparents, même s'il s'agit d'une substance psychoactive.
Consommation abusive d'alcool	Le fait de consommer une quantité excessive de verres standard d'alcool (c.-à-d., 341 ml de bière ou de cidre, 142 ml de vin, ou 43 ml de spiritueux) : au moins 5 verres pour les hommes et 4 pour les femmes, en une seule occasion, et au moins une fois par mois l'année précédente.
Consommation de substances	Il existe un continuum de la consommation de substances, de l'expérimentation à la consommation chronique à doses élevées.
Consommation problématique de substances	Consommation d'une substance psychoactive qui, en raison de la manière dont celle-ci est consommée, des circonstances ambiantes, de la quantité consommée ou de la fréquence de consommation, peut nuire à l'intéressé ou aux personnes qui l'entourent.
Déterminants sociaux de la santé	Circonstances où les personnes naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent. Ces circonstances sont liées à la place de ces personnes dans la société, que ce soit en fonction du revenu, de l'éducation ou de l'emploi. L'expérience de discrimination ou d'un traumatisme historique est aussi un important déterminant social de la santé pour certains groupes comme les peuples autochtones.
Développement positif des jeunes	Approche fondée sur les points forts qui vise à accroître la résilience des jeunes et à renforcer les facteurs de protection dans leur environnement. Elle favorise des résultats positifs pour les jeunes en leur offrant des possibilités, en promouvant des relations positives et en leur offrant le soutien nécessaire pour qu'ils surmontent l'adversité.
Facteurs de protection	Facteurs qui réduisent la probabilité, pour une personne, de développer des problèmes de consommation de substances ou des problèmes de santé liés à une telle consommation.
Facteurs de risque	Facteurs qui augmentent la probabilité que certaines personnes se mettent à consommer des substances de manière problématique ou à développer des problèmes de santé liés à cette consommation.
Inégalités en matière de santé	Différences dans l'état de santé ou la répartition des déterminants de la santé entre divers groupes de population. Ces différences peuvent être dues à des déterminants non modifiables, tels que des facteurs biologiques ou la chance, ou encore à des déterminants modifiables, tels que le revenu, la scolarité, l'emploi et les soutiens sociaux.

Suite à la page suivante

TERME	DÉFINITION
Iniquités en matière de santé	Sous-ensemble d'inégalités en matière de santé découlant de la persistance de déterminants modifiables dans certains groupes de population.
Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE)	Outil très utilisé qui sert à mesurer la disposition à apprendre des enfants. Il s'agit d'une liste de vérification remplie par l'enseignant de la maternelle qui a été conçue pour évaluer la maturité scolaire des élèves dans cinq domaines de développement : santé physique et bien-être, compétences sociales, maturité affective, habiletés cognitives et développement du langage, et connaissances générales et habiletés de communication. Les résultats de l'IMDPE renvoient au pourcentage d'enfants qui se trouvent en dessous du seuil de 10 % de la population de comparaison (p. ex., province ou Canada) dans au moins un des cinq domaines de développement.
Jeunes (adolescents et jeunes adultes)	Conformément à la définition de l'Organisation mondiale de la Santé, l'adolescence, dans le présent rapport, est définie comme la période qui se situe entre les âges de 10 et 19 ans, et la période des jeunes adultes est celle qui se situe entre les âges de 20 et 24 ans. Tout au long du rapport, le terme « jeunes » renvoie à l'un ou l'autre de ces groupes.
LGBTQ2	Sigle en constante évolution qui désigne les lesbiennes, les gais, les bisexuels, les transgenres, les queers, les bispirituels et d'autres groupes identitaires.
Normes sociales	Règles de conduite coutumières qui sont considérées comme acceptables au sein des groupes et des sociétés.
Opioides	Médicaments puissants (comme la codéine, l'oxycodone, la morphine, l'hydromorphone et le fentanyl) généralement prescrits pour atténuer la douleur; ils peuvent produire une sensation d'euphorie, ce qui peut entraîner une surconsommation. S'ils sont pris en grandes quantités ou avec d'autres dépressifs (comme de l'alcool), les opioïdes peuvent occasionner une dépression respiratoire et le décès. En plus d'être des médicaments sur ordonnance, ils peuvent être produits ou obtenus de manière illégale.
Réduction des méfaits	Renvoie aux politiques, aux programmes et aux pratiques qui visent à réduire les conséquences sanitaires, sociales et économiques néfastes associées à la consommation de substances psychoactives légales et illégales, sans nécessairement imposer aux personnes qui les consomment de s'en abstenir ou d'arrêter complètement d'en consommer. L'approche de réduction des méfaits consiste à respecter le droit des personnes à consommer des substances, à promouvoir une consommation à risque plus faible et à traiter les facteurs de risque et de protection liés aux méfaits.
Résilience	Capacité à se remettre d'une épreuve. Les personnes, les familles et les communautés résilientes sont plus à même de faire face aux difficultés et à l'adversité que celles qui le sont moins.
Substances psychoactives	Substances qui, lorsqu'elles sont ingérées, altèrent les processus mentaux. Pour les besoins du présent rapport, le terme « substances » renvoie aux substances psychoactives. Les substances présentées dans le présent rapport sont l'alcool, le cannabis et les opioïdes.
Traumatisme	Effets des expériences qu'une personne ne parvient pas à surmonter. Ces expériences peuvent être des cas de sévices, de négligence et d'exposition à la violence pendant l'enfance ou des événements plus tardifs, comme une agression sexuelle, une violence conjugale, une catastrophe naturelle, une guerre, des accidents, un décès soudain et imprévu et un éloignement forcé du domicile ou du milieu culturel.
Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF)	Terme diagnostique générique qui sert à décrire les diverses conséquences qui peuvent survenir chez les personnes qui ont été exposées à l'alcool avant leur naissance. Ces effets peuvent être physiques, cognitifs et comportementaux, entraîner des troubles de la mémoire et des difficultés d'apprentissage, et être permanents.
Trouble lié à la consommation de substances	A lieu lorsque la consommation récurrente de substances entraîne une grande incapacité clinique et fonctionnelle, comme des problèmes de santé, une invalidité et l'incapacité d'assumer d'importantes responsabilités au travail, à l'école ou à la maison. D'après le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health Disorders (manuel diagnostique et statistique des troubles de santé mentale), 5 ^e édition (DSM-V), le diagnostic des troubles liés à la consommation de substances s'appuie sur les signes d'altération du contrôle, de mésadaptation sociale et de consommation risquée, ainsi que sur des critères pharmacologiques.

ANNEXE 2 :

TABLEAU DE BORD DE L'ACSP SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

TABLEAU A État de santé général

SUJET	INDICATEUR	ANNÉE DES DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	SOURCES DES DONNÉES	TENDANCE AU FIL DU TEMPS (JUSQU'À 15 ANS)	RÉFÉRENCE INTERNATIONALE
Espérance de vie à la naissance	82 ans Espérance de vie générale	2013-2015	Statistique de l'état civil	Meilleure	Même ⁱ
	84 ans Espérance de vie des femmes	2013-2015	Statistique de l'état civil	Meilleure	Même ⁱ
	80 ans Espérance de vie des hommes	2013-2015	Statistique de l'état civil	Meilleure	Même ⁱ
Espérance de vie ajustée en fonction de la santé (EVAS) à la naissance	71 ans EVAS des femmes	2010-2012	Statistique de l'état civil, Bases de données sur les naissances et les décès et estimations de la population; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; Enquête nationale sur la santé de la population, volet établissements de soins de santé; Enquête sur les établissements de soins pour bénéficiaires internes; Enquête canadienne sur les mesures de la santé; Recensement de la population	Meilleure	Meilleure ^{**i}
	69 ans EVAS des hommes	2010-2012		Meilleure	
Santé perçue	61 % de la population (de 12 ans et plus) qui s'estime être en « très bonne » ou « excellente » santé	2017	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)	Même	Meilleure ^{**i}
Santé mentale perçue	70 % de la population (de 12 ans et plus) qui s'estime être en « très bonne » ou « excellente » santé mentale	2017	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)	Pire	S.O.

* La « Région des Amériques » de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a servi de comparateur.

** En ce qui concerne cette question de l'enquête, le Canada offrait un ensemble différent de réponses positives, ce qui a créé un biais positif dans cette estimation.

TABLEAU B Facteurs qui influent sur la santé

CATÉGORIE	SUJET	INDICATEUR	ANNÉE DES DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	SOURCES DES DONNÉES	TENDANCE AU FIL DU TEMPS (JUSQU'À 15 ANS)	RÉFÉRENCE INTERNATIONALE
Facteurs sociaux	Appartenance à la communauté	69 % de la population (de 12 ans et plus) qui déclare un sentiment d'appartenance « plutôt fort » ou « très fort » à la communauté locale	2017	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)	Meilleure	S.O.
	Pauvreté (seuil officiel de la pauvreté au Canada)	11 % de la population vivant sous le seuil officiel de la pauvreté au Canada, selon la Mesure du panier de consommation (MPC) – une mesure de faible revenu basée sur le coût d'un panier de biens et de services correspondant à un niveau de vie de base	2016	Enquête canadienne sur le revenu (ECR)	Meilleure	S.O.
	Pauvreté chez les enfants (seuil officiel de la pauvreté au Canada)	11 % d'enfants vivant sous le seuil officiel de la pauvreté au Canada, selon la MPC	2016	Enquête canadienne sur le revenu (ECR)	Meilleure	S.O.
	Éducation	14 % de la population (de plus de 25 ans) ne détenant pas de certificat, de diplôme ou de grade	2017	Enquête sur la population active	Meilleure	Meilleure ⁱⁱⁱ
	Besoins impérieux en matière de logement	13 % de ménages ayant des besoins impérieux en matière de logement (considéré inadéquat, inabordable ou d'une taille non convenable)	2016	Recensement	Même	S.O.
	Insécurité alimentaire	8 % de ménages vivent dans l'insécurité alimentaire	2011-2012	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)	Même	S.O.
Consommation problématique de substances	Tabagisme	13 % de la population (de 15 ans et plus) qui déclare fumer quotidiennement ou occasionnellement à l'heure actuelle (cigarettes seulement)	2015	Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD)	Meilleure	Meilleure ⁱ
	Cannabis	3 % de la population (de 15 ans et plus) qui déclare consommer quotidiennement, ou presque, du cannabis (12 derniers mois)	2015	Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD)	S.O.	Pire ^{*iv}

Suite à la page suivante

* Relativement à une enquête internationale sur le nombre de personnes de 15 ans ayant déclaré avoir déjà consommé du cannabis.

CATÉGORIE	SUJET	INDICATEUR	ANNÉE DES DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	SOURCES DES DONNÉES	TENDANCE AU FIL DU TEMPS (JUSQU'À 15 ANS)	RÉFÉRENCE INTERNATIONALE
Consommation problématique de substances	Alcool	20 % de la population (de 12 ans et plus) qui déclare avoir une consommation abusive d'alcool (pour les hommes, 5 verres ou plus; pour les femmes, 4 verres ou plus) au moins une fois par mois (12 derniers mois)	2017	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)	Pire**	Même ⁱ
	Opioïdes	11 pour 100 000 habitants Taux de décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes	2017	Surveillance concernant les opioïdes	Pire***	S.O.
		16 pour 100 000 habitants Taux d'hospitalisations attribuables à une surdose liée à la consommation d'opioïdes	2017	Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)	Pire	S.O.
Facteurs de risque relatifs aux enfants et au comportement	Intimidation	22 % de jeunes de la 7 ^e à la 10 ^e année qui déclarent avoir été victimes d'intimidation (au moins 1 ou 2 fois au cours des 2 derniers mois)	2014	Comportements de santé des jeunes d'âge scolaire	Même	Même ^v
	Activité physique	7 % d'enfants et de jeunes (de 6 à 17 ans) qui accumulent au moins 60 minutes d'activité physique modérée à vigoureuse par jour	2015	Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS)	Même	S.O.
	Comportement sédentaire	29 % d'enfants et de jeunes qui déclarent suivre les recommandations pour contrer la sédentarité en passant tout au plus 2 heures par jour à regarder la télévision ou à utiliser un ordinateur durant leurs loisirs	2014-2015	Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS)	S.O.	S.O.

Suite à la page suivante

** En 2013, la définition de la consommation abusive d'alcool a été modifiée. À interpréter avec prudence.

*** Données sur les tendances disponibles seulement pour la dernière année (par rapport à 2016).

CATÉGORIE	SUJET	INDICATEUR	ANNÉE DES DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	SOURCES DES DONNÉES	TENDANCE AU FIL DU TEMPS (JUSQU'À 15 ANS)	RÉFÉRENCE INTERNATIONALE
Facteurs de risque relatifs aux enfants et au comportement	Surpoids et obésité	17 % de la population de 6 à 18 ans entrant dans la catégorie des personnes présentant un surpoids selon la définition de l'OMS	2015	Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS)	Même	Même****i
		14 % de la population de 6 à 18 ans entrant dans la catégorie des personnes obèses selon la définition de l'OMS	2015		Même	
	Violence faite aux enfants	33 % de la population ayant subi l'un ou l'autre des trois types de violence faite aux enfants avant l'âge de 15 ans (violence physique, violence sexuelle, ou avoir été témoin de violence commise par un parent ou un tuteur contre un autre adulte)	2014	Enquête sociale générale	S.O.	S.O.
Facteurs de protection durant la petite enfance	Instrument de mesure du développement de la petite enfance	26 % d'enfants vulnérables dans un des cinq domaines de développement avant d'entamer la 1 ^{re} année scolaire (santé physique et bien-être; compétences sociales; maturité affective; habiletés cognitives et développement du langage; connaissances générales et habiletés de communication)	Données regroupées de différentes années	Offord Centre for Child Studies, Université McMaster	S/O	S/O
	Vaccination	89 % de la population de 2 ans ayant reçu le vaccin contre la rougeole	2015	Enquête sur la couverture vaccinale nationale des enfants	Même	Pire ^{vi}
		77 % de la population de 2 ans ayant reçu les quatre doses recommandées du vaccin contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos	2015		Même	Pire ^{vi}
		91 % de la population de 2 ans ayant reçu le vaccin contre la polio	2015		Même	S/O
		75 % de la population de 2 ans ayant reçu le vaccin contre la varicelle	2015		Même	S/O

Suite à la page suivante

**** Les comparaisons à l'échelle internationale combinaient les enfants en surpoids et les enfants obèses.

CATÉGORIE	SUJET	INDICATEUR	ANNÉE DES DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	SOURCES DES DONNÉES	TENDANCE AU FIL DU TEMPS (JUSQU'À 15 ANS)	RÉFÉRENCE INTERNATIONALE
Facteurs de la santé de la mère et du nourrisson	Faible poids à la naissance	6 % de naissances vivantes dont le poids à la naissance était inférieur à 2 500 g	2016	Statistique de l'état civil	Pire	Même ⁱ
	Allaitement	32 % de la population des femmes (de 15 à 55 ans) qui ont donné naissance à un enfant et qui déclarent l'avoir allaité exclusivement pendant au moins 6 mois, sans autre liquide, eau ou aliment solide	2017	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)	Meilleure	Pire ^{vi}

TABLEAU C Résultats en santé

CATÉGORIE	SUJET	INDICATEUR	ANNÉE DES DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	SOURCES DES DONNÉES	TENDANCE AU FIL DU TEMPS (JUSQU'À 15 ANS)	RÉFÉRENCE INTERNATIONALE
Maladies chroniques et blessures	Cancer	564 pour 100 000 habitants Taux de nouveaux cas de cancer (tous âges)	2015	Indicateurs des maladies chroniques au Canada (IMCC)	S.O.	Même ⁱ
		66 pour 100 000 habitants Taux de nouveaux cas de cancer colorectal (tous âges) (à l'exception du Québec)	2017	Registre canadien du cancer (RCC)	S.O.	S.O.
	Maladie cardiovasculaire	592 pour 100 000 habitants Taux de nouveaux cas de cardiopathie ischémique (20 ans et plus)	2015	Indicateurs des maladies chroniques au Canada (IMCC)	Meilleure	Meilleure ^{*i}
	Diabète	595 pour 100 000 habitants Taux de nouveaux cas de diabète (1 an et plus)	2015	Indicateurs des maladies chroniques au Canada (IMCC)	Meilleure	Même ^{**i}
	Troubles de l'humeur	9 % de la population (de 12 ans et plus) ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur, comme la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie, de la part d'un professionnel de la santé	2017	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)	Pire	S.O.

Suite à la page suivante

* Comparaison à l'échelle internationale du taux de mortalité attribuable à une cardiopathie ischémique, pour 100 000 habitants. L'indicateur porte sur le taux de nouveaux cas.

** Comparaison internationale basée sur tous les cas (nouveaux et déjà existants).

CATÉGORIE	SUJET	INDICATEUR	ANNÉE DES DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	SOURCES DES DONNÉES	TENDANCE AU FIL DU TEMPS (JUSQU'À 15 ANS)	RÉFÉRENCE INTERNATIONALE
Maladies chroniques et blessures	Démence (y compris la maladie d'Alzheimer)	1373 pour 100,000 habitants Taux de nouveaux cas diagnostiqués (65 ans et plus)	2015	Indicateurs des maladies chroniques au Canada (IMCC)	Meilleure	Même**i
	Suicide	11 pour 100,000 habitants Taux de mortalité par suicide	2016	Statistique de l'état civil	Même	Même ⁱ
	Blessures accidentelles	601 pour 100,000 habitants Taux d'hospitalisations attribuables à des blessures	2016	Base de données sur les congés des patients (BDGP), Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)	Meilleure	S.O.
Maladies transmissibles	Tuberculose	5 pour 100,000 habitants Taux de nouveaux cas de tuberculose active	2016	Maladies à déclaration obligatoire en ligne	Même	Meilleure ^{vii}
	Hépatite C	31 pour 100,000 habitants Taux de cas d'hépatite C	2016		Meilleure	Meilleure ^{viii}
	VIH	7 pour 100,000 habitants Taux de nouveaux cas d'infection par le VIH	2016		Même	S.O.

COMPARAISONS INTERNATIONALES

- i Organisation de coopération et de développement économiques. (2017). Panorama de la santé 2017. Accessible en ligne : https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante_19991320
- ii Organisation mondiale de la Santé. (2018). Statistiques sanitaires mondiales. Accessible en ligne : http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/fr/
- iii Organisation de coopération et de développement économiques. (2017). Regard sur l'éducation 2017. Accessible en ligne : <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/eag-2017-fr.pdf?expires=1536867251&id=id&accname=guest&checksum=-24FAEACDC42648097B062AAA105D54A5>
- iv Organisation mondiale de la Santé. (2016). Cannabis use lifetime. Accessible en ligne : https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hbcs_27-cannabis-use-lifetime/
- v Organisation de coopération et de développement économiques. (2017). PISA 2015 Results. Accessible en ligne : https://www.oecd-ilibrary.org/fr/education/pisa-2015-results-volume-iii/students-exposure-to-bullying-results-based-on-students-self-reports-and-index-of-exposure-to-bullying_9789264273856-graph38-en
- vi Organisation de coopération et de développement économiques. (2017). La base de données de l'OCDE sur la famille. Accessible en ligne : <http://www.oecd.org/fr/els/famille/basededonnees.htm>
- vii Organisation mondiale de la Santé. (2017). Global Tuberculosis Report 2017. Accessible en ligne : http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_annex4.pdf?ua=1
- viii Mohd Hanafiah K, Groeger J, Flaxman AD, Wiersma ST. Global epidemiology of Hepatitis C virus infection: New estimates of age-specific antibody to HCV seroprevalence. Hepatology. 2013; 57(4):1333-42.

** Comparaison internationale basée sur tous les cas (nouveaux et déjà existants).

ANNEXE 3 :

DIRECTIVES DE CONSOMMATION D'ALCOOL À FAIBLE RISQUE DU CANADA ET DIRECTIVES CANADIENNES D'USAGE DE CANNABIS À FAIBLE RISQUE

DIRECTIVES DE CONSOMMATION D'ALCOOL À FAIBLE RISQUE DU CANADA

Recommandations^[216] :

RÉDUIRE LES RISQUES DE SANTÉ À LONG TERME

(p. ex., maladie du foie et certains cancers) :

PAS PLUS DE 10 VERRES PAR SEMAINE POUR LES FEMMES, ET AU PLUS 2 VERRES PAR JOUR, LA PLUPART DES JOURS DE LA SEMAINE



PAS PLUS DE 15 VERRES PAR SEMAINE POUR LES HOMMES, ET AU PLUS 3 VERRES PAR JOUR, LA PLUPART DES JOURS DE LA SEMAINE

RÉDUIRE LES RISQUES DE BLESSURE OU DE MALADIE AIGÜE À COURT TERME



PAS PLUS DE 3 VERRES EN UNE SEULE OCCASION POUR LES FEMMES



PAS PLUS DE 4 VERRES EN UNE SEULE OCCASION POUR LES HOMMES

S'ABSTENIR DE BOIRE DANS LES SITUATIONS CONSIDÉRÉES COMME DANGEREUSES

- Conduite d'un véhicule ou utilisation d'une machine ou d'un outil
- Prise d'un médicament ou d'autres substances qui interagissent avec l'alcool

- Tout type d'activité physique dangereuse ou prise de décisions importantes
- Problèmes de santé mentale ou physique ou dépendance à l'alcool
- Grossesse en cours ou prévue, ou avant l'allaitement
- Prise en charge de la sécurité d'autres personnes

DIRECTIVES CANADIENNES D'USAGE DE CANNABIS À FAIBLE RISQUE

Recommandations^[97] :

**LE MEILLEUR MOYEN
D'ÉVITER LES
RISQUES LIÉS
À LA CONSOMMATION
DE CANNABIS EST
DE S'EN ABSTENIR**

**ATTENDRE D'ÊTRE PLUS
ÂGÉ AVANT DE COMMENCER
À PRENDRE DU CANNABIS**

**IDENTIFIER ET CHOISIR
DES PRODUITS DE CANNABIS À
FAIBLE RISQUE**

**ÉVITER LES CANNABINOÏDES
SYNTHÉTIQUES**

**ÉVITER
DE FUMER DU
CANNABIS BRÛLÉ**

**ÉVITER LA
CONSOMMATION
FRÉQUENTE OU
INTENSIVE DE
CANNABIS**

(quotidienne ou
presque)

**S'ABSTENIR
DE CONSOMMER DU
CANNABIS
DANS LES SITUATIONS
CONSIDÉRÉES COMME
DANGEREUSES**

✗ **CONDUITE D'UN VÉHICULE
OU UTILISATION D'UNE
MACHINE**

✗ **RISQUE DE DÉVELOPPER
DES PROBLÈMES DE
SANTÉ MENTALE**

✗ **GROSSESSE**

**ÉVITER LES PRATIQUES
D'INHALATION NOCIVES**

(grandes bouffées ou retenir sa respiration)

**ÉVITER DE COMBINER
CES RISQUES**

REMERCIEMENTS

De nombreuses personnes et organisations ont participé à l'élaboration du Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2018 : Prévention de la consommation problématique de substances chez les jeunes.

Je tiens tout d'abord à remercier les consultants qui ont fourni de précieux conseils d'expert :

- D^r Cory Neudorf, médecin hygiéniste en chef, région sanitaire de Saskatoon, Université de la Saskatchewan
- D^r David Mowat, Partenariat canadien contre le cancer
- D^{re} Elizabeth Saewyc, Université de la Colombie-Britannique
- D^r Jeff Reading, Université de Victoria
- D^r John Frank, Université d'Édimbourg
- D^{re} Margo Greenwood, Université du Nord de la Colombie-Britannique, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone
- D^r Michael Routledge, médecin hygiéniste (Manitoba)
- D^r Perry Kendall, Université de la Colombie-Britannique

Je voudrais remercier en particulier les experts en consommation problématique de substances qui m'ont apporté leur expertise en examinant les différentes versions du rapport :

- D^r Benedikt Fischer, Centre de toxicomanie et de santé mentale
- D^r David Hammond, Université de Waterloo
- D^r Jean-Sébastien Fallu, Université de Montréal
- D^{re} Rebecca Saah, Université de Calgary

J'aimerais également mentionner la contribution de nos partenaires et collaborateurs qui ont été consultés pour ce rapport, dont Marlene Laroque et Nelson Alisappi de l'Assemblée des Premières Nations, Eduardo Vides du Ralliement national des Métis, le personnel de l'Inuit Tapiriit Kanatami et le Conseil national des jeunes de Repaires jeunesse du Canada.

Je voudrais aussi sincèrement remercier les nombreux employés de Santé Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada, de la Société canadienne d'hypothèques et de logement et d'Emploi et Développement social Canada pour avoir passé ce rapport en revue et y avoir apporté leurs contributions.

Je voudrais enfin mentionner l'excellence et le dévouement dont ont fait preuve mon personnel de soutien et l'Unité des rapports de l'ACSP concernant les travaux de recherche et de consultation ainsi que l'élaboration de ce rapport : Bonnie Hostrawser, Anne-Marie Robert, Debjani Mitra, Kimberly Gray, Larry Shaver, Fatimah Elbarrani, Aimée Campeau et Rhonda Fraser.