

**TOXICOMANIE AU CANADA :**  
Enjeux et options actuels





# Table des matières

<b>Introduction</b>	<b>2</b>
<b>Politiques relatives à l'alcool : nouvelles orientations</b> Eric Single, Ph. D. <i>Révisseur : Florence Kellner, Ph. D.</i>	<b>5</b>
<b>Réduction des méfaits</b> Benedikt Fischer, Ph. D. <i>Révisseur : Thomas Kerr, Ph. D.</i>	<b>11</b>
<b>Conduite sous l'influence de stupéfiants</b> Doug Beirness, Ph. D. <i>Révisseur : Robert Mann, Ph. D.</i>	<b>17</b>
<b>Accès et recours aux traitements fondés sur des résultats</b> Thomas Brown, Ph. D., D <sup>r</sup> Maurice Dongier et Greg Graves, M. A. <i>Révisseur : Darlene James, M. A.</i>	<b>23</b>
<b>Abus de médicaments d'ordonnance</b> Jürgen Rehm, Ph. D. et John Weekes, Ph. D. <i>Révisseur : D<sup>re</sup> Christiane Poulin</i>	<b>31</b>
<b>Sanctions de rechange pour l'usage et la possession de cannabis</b> Patricia Erickson, Ph. D. <i>Révisseur : Serge Brochu, Ph. D.</i>	<b>39</b>
<b>Conclusions</b>	<b>44</b>

# Introduction

DE TOUT TEMPS, LA TOXICOMANIE A CONSTITUÉ UN SUJET DE PRÉOCCUPATION EN MATIÈRE DE SANTÉ publique, ici comme à l'étranger. Le gouvernement du Canada a réitéré son engagement à agir sur ce problème lorsqu'il a renouvelé, en mai 2003, la Stratégie canadienne antidrogue (SCA), y allouant 245 millions de dollars sur une période de cinq ans. Par cette stratégie renouvelée et une approche exhaustive en quatre volets – sensibilisation, prévention, réduction des méfaits et application des lois –, le Canada continue d'œuvrer pour atteindre son objectif de réduction significative des méfaits de la consommation d'alcool et d'autres drogues.

Dans la foulée du renouvellement de la SCA, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), l'organisme canadien de renseignements sur les toxicomanies, a lancé une initiative d'envergure pour attirer l'attention sur une série de grandes questions d'actualité en matière de toxicomanie au Canada. Le projet vise à faire connaître de nouvelles facettes de ces questions de même que leurs répercussions sur les politiques, en présentant chaque année un « instantané » annuel de la toxicomanie au pays. Cependant, le CCLAT ne s'est pas lancé seul dans cette entreprise. Ses représentants ont procédé à de vastes consultations afin de recueillir des idées et des suggestions aux quatre coins du Canada, non seulement auprès de particuliers et d'organismes du domaine de la toxicomanie, mais aussi des représentants de l'État et des élus qui interviennent dans l'élaboration de politiques.

Bien des questions et des enjeux sont regroupés sous le terme général de « toxicomanie », notamment la consommation de drogues injectables et le VIH/sida, la décriminalisation de l'usage du cannabis, la culture de stupéfiants et les laboratoires de production clandestins, les drogues en milieu carcéral, l'utilisation illicite de médicaments d'ordonnance, l'abus de la méthamphétamine ainsi qu'un éventail de problèmes propres aux femmes, aux jeunes, aux aînés et aux autochtones. Par ces consultations, le CCLAT cherchait à déterminer quelles étaient les questions jugées les plus pertinentes et urgentes par la population en 2004.

Que révèle la recherche quant à l'incidence de chaque problème sur la santé et le bien-être des Canadiens et à l'efficacité des interventions? Quelles données les politiciens et les décideurs doivent-ils absolument connaître? C'est à ce type de questions que le présent rapport tente de répondre.

Après avoir analysé les commentaires formulés dans le cadre des consultations, y compris une centaine d'interventions exhaustives, le CCLAT a retenu six thèmes aux fins de la rédaction du rapport de 2004, puis a formé une équipe de spécialistes chargés d'en rédiger et d'en réviser les chapitres. Tous ces auteurs et réviseurs sont des sommités travaillant au Canada et reconnus à l'échelle internationale dans leur domaine respectif. Afin d'intéresser un maximum de lecteurs, on a demandé aux auteurs d'user d'un langage clair et peu technique et de n'inclure que les références bibliographiques les plus importantes. Cependant, tous les faits présentés sont étayés de preuves empiriques. Chaque chapitre commence par une étude de cas pertinente et comprend une liste à puces résumant les données principales.

Voici les thèmes, les auteurs et les réviseurs retenus.

#### **Politiques relatives à l'alcool : nouvelles orientations**

*Auteur* : Eric Single, Ph. D., Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

*Révisseur* : Florence Kellner, Ph. D., Département de sociologie, Université Carleton

#### **Réduction des méfaits**

*Auteur* : Benedikt Fischer, Ph. D., Centre de toxicomanie et de santé mentale

*Révisseur* : Thomas Kerr, Ph. D., B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS

#### **Conduite sous l'influence de stupéfiants**

*Auteur* : Doug Beirness, Ph. D., Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada

*Révisseur* : Robert Mann, Ph. D., Centre de toxicomanie et de santé mentale

#### **Accès et recours aux traitements fondés sur des résultats**

*Auteurs* : Thomas Brown, Ph. D., et Dr Maurice Dongier, Hôpital Douglas et Université McGill, et Greg Graves, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

*Révisseur* : Darlene James, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission

#### **Abus de médicaments d'ordonnance**

*Auteurs* : Jürgen Rehm, Ph. D., Centre de toxicomanie et de santé mentale et John Weekes, Ph. D., Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

*Révisseur* : Dr<sup>e</sup> Christiane Poulin, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Dalhousie

#### **Sanctions de rechange pour l'usage et la possession de cannabis**

*Auteure* : Patricia Erickson, Ph. D., Centre de toxicomanie et de santé mentale

*Révisseur* : Serge Brochu, Ph. D., Centre international de criminologie comparée, Université de Montréal

Nous remercions les auteurs et les réviseurs précités de leur contribution, de même que les membres suivants du personnel du CCLAT, dont le travail a permis de mener ce rapport à terme : Patricia Begin, directrice de la recherche et des politiques; John Weekes, Ph. D., analyste principal de la recherche, et Richard Garlick, éditeur et rédacteur en chef. ■



*Gerry, 28 ans, est célibataire et travaille à plein temps dans une usine locale. Ces dernières années, ses amis et lui ont pris l'habitude de sortir dans les bars du centre-ville la fin de semaine. Dans un établissement plein à craquer, Gerry a déjà bu sept ou huit bières lorsqu'un jeune homme le heurte violemment du coude. Une querelle s'ensuit, qui vire rapidement à la bagarre. Gerry assène plusieurs coups de poing au visage de son adversaire, lui pochant l'œil et lui brisant le nez et la mâchoire. En tombant, ce dernier s'assomme sur le comptoir et perd connaissance. D'autres clients interviennent et maîtrisent Gerry jusqu'à l'arrivée des policiers, qui l'arrêtent. Il est accusé de voies de fait graves, puis condamné à trois années d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral.*

# Politiques relatives à l'alcool : nouvelles orientations

Eric Single, Ph. D.

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies  
et Université de Toronto

*Révisé par*

Florence Kellner Ph. D.

Département de sociologie, Université Carleton

## AUTEUR

**Eric Single, Ph. D.**, est professeur de sciences de la santé publique à l'Université de Toronto et conseiller scientifique émérite au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Il compte plus de 30 années d'expérience en recherche sur les questions associées à la toxicomanie et est l'auteur de nombreuses publications.

## Prévention : une nouvelle approche

Par le passé, les initiatives de lutte contre les problèmes d'alcool étaient axées sur une réglementation de la consommation de boissons alcoolisées par la population, comme la taxation et le contrôle de l'offre. Plus récemment, les mesures prises visent non pas à rendre l'alcool moins abordable ou accessible, mais plutôt à réduire les problèmes qui risquent de survenir si on en consomme. C'est ce qu'on désigne parfois sous le terme de mesures de *réduction des méfaits*.

Le devancement des heures d'ouverture d'une succursale de la régie des alcools de l'Alberta située dans le centre-ville d'Edmonton, dans les années 1990, en est un exemple. Cette mesure avait pour objectif de diminuer l'usage, possiblement mortel, d'alcool non destiné à la consommation parmi les sans-abri alcooliques. Elle ne visait aucunement à modérer leur consommation, puisque leur absorption d'alcool *potable* risquait *d'augmenter*, mais plutôt à réduire les torts imputables à l'ingestion de cirage à souliers et d'autres substances semblables.

Autre exemple de mesure de réduction des méfaits : le réaménagement d'établissements licenciés afin de limiter les blessures en cas de bagarre, notamment en cloisonnant les espaces ouverts ou en capitonnant le mobilier. Il existe même un nouveau type de verrerie qui se pulvérise au lieu de se briser en éclats pouvant servir d'arme.

L'une des mesures la plus importante de réduction des méfaits a été l'insertion de programmes de formation destinés au personnel de service et aux exploitants des établissements licenciés dans tout le pays. Ces derniers découvrent comment prévenir certains problèmes en évitant les promotions sur l'alcool, notamment les « 5 à 7 », et en élaborant des stratégies de transport en toute sécurité des clients qui boivent trop, alors que le personnel de service apprend à reconnaître les signes d'intoxication et à inciter poliment les clients intoxiqués à passer aux boissons faibles en alcool ou non alcoolisées. Mentionnons aussi d'autres exemples de réduction des méfaits comme les contre-mesures concernant l'alcool au volant ainsi que le recours à des stratégies de boire contrôlé à titre d'option de traitement.

### Comparaison des stratégies de prévention

La prévention par la réduction des méfaits vise des personnes ou des situations précises. On luttait traditionnellement contre les problèmes d'alcool en réglementant la consommation de celui-ci par la population, soit en imposant des taxes sur l'alcool ou en en restreignant l'accès afin de réduire les niveaux de consommation d'alcool. Ces approches ont certains avantages : elles sont faciles à mettre en œuvre, elles génèrent des recettes publiques substantielles et elles donnent manifestement de bons résultats<sup>1, 2, 3, 4</sup>. En outre, on affirme souvent, malgré que ce soit difficile à évaluer, que ces mesures ont une valeur symbolique en montrant à la population que les gouvernements cherchent réellement à lutter contre l'abus d'alcool et les problèmes qui s'y rattachent<sup>5</sup>.

Cependant, les mesures de réglementation de la population comportent également des inconvénients. Le premier : leur efficacité limitée. En effet, chaque année, la consommation d'alcool est à l'origine du décès de quelque 6 700 Canadiens et de l'hospitalisation de 86 000 autres<sup>6</sup>. De plus, l'abus d'alcool entraîne des pertes de plus de 7,5 milliards de dollars pour l'économie nationale<sup>7</sup>. Les mesures de réduction des méfaits ont d'ailleurs principalement vu le jour pour essayer d'améliorer la situation en complétant et en bonifiant les approches traditionnelles.

En second lieu, les mesures de réglementation de la population ne ciblent pas particulièrement les personnes qui présentent le plus de risques. La limitation de l'accès et les taxes sur l'alcool touchent la population en entier, y compris les personnes qui ne sont pas des buveurs à risque. Ces mesures rendent l'accès à l'alcool plus difficile, mais ne réduisent aucunement l'apparition éventuelle de problèmes.

Enfin, les mesures de prévention réduisant la consommation globale d'alcool au sein de la population pourraient du même coup inhiber les effets bénéfiques associés à une consommation modérée, qui ne sont pas négligeables : on constatera plus loin que le nombre de vies sauvées par la consommation raisonnable de boissons alcoolisées est supérieur à celui des décès dus à leur abus, au Canada comme à l'étranger<sup>6, 8</sup>.

Malgré les carences que présentent ces approches, la taxation et la limitation raisonnable de l'accès à l'alcool ne devraient pas être

abandonnés. En effet, des taux de taxation relativement élevés et indexés au coût de la vie sont justifiables puisqu'ils permettent de recouvrer les coûts (contrairement à d'autres programmes de prévention, dont les frais ne peuvent être récupérés), et les mesures de limitation sont visiblement nécessaires pour empêcher la consommation de boissons alcoolisées par des mineurs ou la promotion excessive de l'alcool. Les mesures de réduction des méfaits et la réglementation de la consommation d'alcool par la population ne divergent pas forcément, et les politiques publiques relatives à l'alcool ont pour rôle d'établir un juste équilibre entre ces deux stratégies complémentaires de gestion des problèmes d'alcool.\*

La principale différence entre la réduction des méfaits et les mesures de réglementation réside en leurs objectifs principaux<sup>9</sup>. Les mesures de réglementation visent principalement à réduire la consommation de boissons alcoolisées et les risques qui y sont associés. Le message adressé à tous les buveurs est généralement identique et sans équivoque : *boire moins, c'est mieux*.

En revanche, la réduction des méfaits cherche surtout à diminuer les effets néfastes éventuels de la consommation d'alcool de même que la gravité de ces derniers sans pour autant chercher à influencer sur la quantité d'alcool consommé. Le message diffère légèrement : *évittez de vous retrouver dans une situation délicate lorsque vous buvez*. Il s'agit d'une approche hautement pratique : la norme de réussite ne correspond pas à un degré de consommation idéal, mais bien à la mesure dans laquelle une intervention réussit à atténuer les conséquences négatives.

La réduction des méfaits reconnaît que la consommation d'alcool ne cessera pas, que les buveurs ne sont pas des gens anormaux et que ceux-ci sont responsables de leurs propres actes. Elle adopte une position neutre relativement aux objectifs à long terme de toute mesure d'intervention, qui peut ou non inclure l'abstinence pour certains buveurs.

### Renseignements disponibles

De nombreuses recherches ont été réalisées pour déterminer le juste équilibre entre les stratégies de réglementation et de réduction des méfaits qui permettent de lutter contre les problèmes d'alcool. Il

\* Il importe en outre de préciser que la distinction entre les mesures de réglementation et de réduction des méfaits est souvent difficile à établir. Certaines mesures de réduction des méfaits impliquent la réduction du niveau de consommation d'alcool. Ainsi, les programmes d'intervention par le personnel de service impliquent qu'on cessera de servir les clients intoxiqués, et les mesures de prévention de l'alcool au volant peuvent entraîner une réduction globale de la quantité d'alcool bu. De même, les mesures efficaces de réglementation pourraient diminuer les risques de méfaits en situation donnée en réduisant le niveau de consommation global.



**Figure 1 : Comparaison des domaines clés entre les mesures de réglementation et les mesures de réduction des méfaits, et éléments d'appréciation permettant de mettre davantage l'accent sur ces dernières**

Domaine clé	Mesures de réglementation	Mesures de réduction des méfaits	Éléments en faveur de la réduction des méfaits
Spécificité de l'intervention	Niveau de consommation	Habitudes de consommation à haut risque	Incidence relativement élevée des habitudes de consommation sur les indicateurs de problèmes
Principal problème traité	Dépendance et maladies chroniques	Problèmes graves	Proportion relativement élevée de décès et de maladies découlant de problèmes graves liés à l'alcool
Incidence sur les buveurs modérés	Considérable et voulue	Accessoire et non voulue	Avantages significatifs d'une consommation modérée pour la santé

importe de se rappeler qu'il ne s'agit pas de faits constatés pouvant mener à l'adoption d'une approche plutôt que d'une autre, mais bien d'éléments d'appréciation permettant de savoir où les efforts devraient être concentrés.

La figure 1 montre trois domaines clés dans lesquels les stratégies de réglementation diffèrent de celles destinées à réduire les méfaits : la spécificité des interventions, les principaux types de problèmes traités et les effets sur les buveurs qui ne sont pas à risque. Premièrement, alors que la réglementation cible tous les types de consommation, les mesures de réduction des méfaits visent généralement à diminuer les cas de consommation jusqu'à l'ébriété ou la consommation conjugués à des activités exigeant concentration et acuité sans pour autant la limiter. Il importe par conséquent, lorsqu'on juge du juste équilibre entre les deux types de stratégies, de tenir compte des répercussions relatives des *niveaux* de consommation par opposition à celles des *habitudes* de consommation.

En analysant les données nationales pour l'Australie<sup>10</sup>, le Canada<sup>11</sup> et les États-Unis<sup>12</sup>, il pourrait être plus efficace de s'intéresser aux occasions de forte consommation plutôt qu'aux niveaux individuels de consommation globale, toutes les analyses révélant que le nombre d'occasions de forte consommation (cinq verres ou plus par occasion) constitue la meilleure variable prédictive des problèmes d'alcool.

*En effet, les buveurs légers ou modérés consommant occasionnellement une quantité excessive d'alcool sont davantage susceptibles d'éprouver un problème d'alcool grave que les gros buveurs qui consomment rarement de façon excessive, voire jamais.*<sup>10</sup>

Les gros buveurs ont possiblement moins de problèmes d'alcool grâce à la tolérance physique qu'ils ont développée ou à leur tendance à trouver des soutiens sociaux et autres mécanismes visant à réduire les effets néfastes de leur consommation. Évidemment, à long terme, leur forte consommation accroîtra de façon substantielle les risques de maladies chroniques, comme la dépendance à l'alcool ou la cirrhose<sup>2,3,8,11</sup>. Malgré tout, les buveurs légers ou modérés qui consomment occasionnellement une quantité excessive d'alcool

représentent une source importante de préoccupation dans le cas de nombreux et graves problèmes comme la conduite en état d'ébriété, le dysfonctionnement familial ou les difficultés professionnelles.

Comme le montre la figure 1, l'autre domaine majeur pouvant contribuer à déterminer le juste équilibre entre la réduction des méfaits et la réglementation touche la mesure dans laquelle les maladies chroniques par opposition aux maladies aiguës contribuent aux problèmes dus à l'alcool. La réglementation touche davantage les maladies chroniques alors que les mesures de réduction des méfaits sont conçues pour atténuer les problèmes graves découlant de la consommation de boissons alcoolisées.

Il y a dix ans à peine, on estimait qu'environ 80 % des décès liés à l'alcool au Canada résultaient d'une maladie chronique<sup>13</sup>, mais des données plus récentes obtenues à l'aide d'une méthodologie plus poussée révèlent une proportion moins élevée de maladies chroniques dues à l'abus d'alcool et une proportion plus élevée correspondante de décès découlant de problèmes graves liés à l'alcool, surtout des accidents et des suicides<sup>6</sup>. En effet, les problèmes graves sont à l'origine de la moitié de tous les décès associés à la consommation d'alcool, et puisque les victimes sont souvent relativement jeunes, elles représentent plus des deux tiers des années de vie potentielles perdues en raison de l'abus d'alcool.

La figure 1 indique en outre un troisième exemple montrant les effets bénéfiques d'une consommation modérée. La réglementation ne tient aucun compte de ces effets puisqu'elle vise à diminuer la quantité d'alcool consommée, ce qui pourrait nuire à son efficacité réelle.

Les faits constatés au cours des vingt dernières années révèlent que boire modérément procure des effets bénéfiques substantiels sur le système cardiovasculaire des adultes d'âge moyen et âgés. Selon des études réalisées en Australie<sup>8</sup>, en Nouvelle-Zélande<sup>14</sup>, en Finlande<sup>15</sup> et au Canada<sup>6</sup>, une consommation raisonnable permet d'éviter un grand nombre de décès – en fait, plus qu'il n'en cause dans les trois premiers pays. L'ennui, c'est que l'abus d'alcool entraîne

beaucoup plus d'hospitalisations que n'en préserve une consommation modérée et qu'il en résulte plus d'années de vie perdues que sauvées. Toutefois, savoir que l'alcool empêche davantage de décès qu'il n'en cause requiert qu'on privilégie les mesures de réduction des méfaits qui ont une incidence moindre sur les buveurs légers ou modérés au détriment de la réglementation.

### Conclusions et répercussions pour le Canada

L'étude de la consommation d'alcool au cours des deux dernières décennies a permis de dégager trois conclusions parmi les plus significatives :

1. les habitudes de consommation jouent un rôle manifeste dans la détermination de la gravité des problèmes dus à l'alcool;
2. les problèmes d'alcool graves sont à l'origine d'un plus grand nombre de décès et de maladies qu'on le pensait auparavant;
3. la consommation modérée d'alcool procure des effets bénéfiques substantiels sur la santé.

Chacune de ces trois grandes conclusions concourt à donner plus de poids aux stratégies de réduction des méfaits afin d'éviter les problèmes dus à l'alcool. Ces stratégies portent davantage sur les habitudes de consommation d'alcool à haut risque que sur les niveaux de consommation, et leurs impacts se manifestent surtout au niveau des problèmes graves, comme la conduite en état d'ébriété et la violence liée à l'alcool, plutôt que sur les maladies chroniques. En outre, les mesures de réduction des méfaits sont moins susceptibles de nuire par inadvertance aux effets bénéfiques d'une consommation modérée.

D'après toutes les autres constatations, l'approche la plus efficace permettant de prévenir les problèmes d'alcool serait de continuer d'exercer une mainmise raisonnable sur l'accès aux boissons alcoolisées tout en multipliant les mesures de réduction des méfaits visant à limiter les conséquences néfastes d'une consommation excessive dans des situations données. La limitation raisonnable de l'accès aux boissons alcoolisées demeure fondée car elle prévient certains problèmes, et l'imposition de taxes sur l'alcool se justifie pour des raisons de recouvrement de coûts.

Toutefois, au vu des nouveaux éléments rassemblés sur l'importance des habitudes de consommation, des conséquences graves de l'abus d'alcool et des effets bénéfiques de sa consommation sur le système cardiovasculaire, il est à prévoir que les politiques destinées à prévenir les problèmes liés à l'alcool porteront de plus en plus sur la réduction des effets néfastes de cette consommation plutôt que sur le simple contrôle de la quantité globale d'alcool bue par la population canadienne. ■

## Survol: comparaison des stratégies de prévention

- Les mesures de réglementation, comme l'imposition de taxes sur l'alcool ou la limitation de l'accès aux boissons alcoolisées, sont relativement faciles à mettre en œuvre et génèrent des recettes publiques substantielles, et tout permet de croire qu'elles limitent les problèmes d'alcool.
- La réduction des méfaits cherche surtout à diminuer le risque de subir les effets néfastes de la consommation d'alcool de même que la gravité de ces derniers sans pour autant chercher à influencer sur la quantité d'alcool bue. Le message clé de ces mesures et celui des mesures de réglementation sont respectivement « évitez de vous retrouver dans une situation délicate lorsque vous buvez » et « boire moins, c'est mieux ».
- Au Canada, le nombre de vies sauvées grâce à l'usage raisonnable d'alcool est supérieur à celui des décès dus à une consommation abusive. Les avantages significatifs d'une consommation modérée sur la santé pourraient nuire à l'efficacité des stratégies de réglementation, qui visent à réduire la quantité globale d'alcool consommée.
- La limitation raisonnable de l'accès aux boissons alcoolisées demeure fondée puisqu'elle prévient certains problèmes, et l'imposition de taxes sur l'alcool se justifie pour des raisons de recouvrement de coûts. Toutefois, au vu des nouveaux éléments rassemblés, il serait préférable de faire porter les efforts plus sur la réduction des effets néfastes de cette consommation que sur le simple contrôle de la quantité globale d'alcool bue.

## Références bibliographiques

- 1 Bruun, K., G. Edwards, M. Lumio, K. Makela, L. Pan, R. Popham et al. *Alcohol control policies in public health perspective*, Helsinki (Finlande), Finnish Foundation for Alcohol Studies, 1975.
- 2 Loxley, W., J. Toumbourou., T. Stockwell, B. Haines, K. Scott, C. Godfrey, E. Waters, G. Patton, R. Fordham, D. Gray, J. Marshall, D. Ryder, S. Siggers, L. Sancu et J. Williams. *The prevention of substance use, risk and harm in Australia: A review of the evidence*, Perth (Australie), National Drug Research Centre, 2004.
- 3 Edwards, G., P. Anderson, T. F. Babor et al. *Alcohol policy and the public good*, Oxford (Grande-Bretagne), Oxford University Press, 1994.
- 4 Babor, T., R. Caetano et S. Casswell. *Alcohol: No ordinary commodity: Research and public policy*, Oxford (Grande-Bretagne), Oxford University Press, 2002.
- 5 Gusfield, J. *Contested meanings: The construction of alcohol problems*, Madison (Wisconsin), University of Wisconsin Press, 1996.
- 6 Single, E., J. Rehm, L. Robson et M. Truong. « The relative risks and aetiologic fractions of different causes of disease and death attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, n° 162, 2000, p. 1669-1675.
- 7 Single, E., L. Robson, X. Xie et J. Rehm. « The economic costs of alcohol, tobacco and illicit drugs in Canada, 1992 », *Addiction*, n° 93, 1998, p. 983-998.
- 8 English, D., C. Holman, E. Milne, M. Winter, G. Hulse et al. *The quantification of drug-caused morbidity and mortality in Australia 1992*, Canberra (Australie), Commonwealth Department of Human Services and Health, 1998.
- 9 Single, E. « The concept of harm reduction and its application to alcohol: The 6<sup>th</sup> annual Dorothy Black lecture », *Drugs: Education, Prevention and Policy*, n° 4, 1997, p. 7-22.
- 10 Stockwell, T., D. Hawks, E. Lang et P. Rydon. *Unravelling the prevention paradox*, Perth (Australie), National Drug Research Centre, 1994.
- 11 Single E., J. Brewster, P. Macneil, J. Hatcher et C. Trainor. « The 1993 General Social Survey II: Alcohol problems », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 86, n° 6, 1995, p. 402-407.
- 12 Midanik, L., T. Tam, T. Greenfield et R. Caetano. *Risk functions for alcohol-related problems in a 1988 US national sample*, Berkeley (Californie), California Pacific Medical Research Center Research Institute, Alcohol Research Group, 1994.
- 13 Williams, R., E. Single et D. McKenzie. *Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1995.
- 14 Scragg, R. A quantification of alcohol-related mortality in New Zealand. *Australian and New Zealand Journal of Medicine*, n° 25, 1995, p. 5-11.
- 15 Makela, P., T. Valkonen, et K. Poikolainen. Estimated numbers of deaths from coronary heart disease caused and prevented by alcohol: An example from Finland. *Journal of Studies on Alcohol*, n° 58, 1997 p. 455-463.



*Par une nuit d'hiver particulièrement glacée, Mike, itinérant alcoolique, décide de se rendre dans un refuge où on lui permet de consommer l'alcool qu'il apporte. Il continue de boire jusqu'aux petites heures du matin, mais il ne risque pas de mourir gelé dans la rue.*

*Yannick est un fumeur invétéré. Son médecin et lui dressent un plan visant à limiter cette habitude à l'aide d'une stratégie de contrôle du tabagisme recourant aux timbres de nicotine. Ainsi, Yannick continuera de consommer de la nicotine tout en réduisant son exposition à la fumée toxique de la cigarette.*

*Graham est un des toxicomanes parmi des dizaines d'autres qui vont régulièrement dans un établissement local supervisé pour s'injecter de l'héroïne ou de la cocaïne, achetées dans la rue, sous la surveillance de personnel médical et à l'abri des éléments stressants liés à la consommation sur la rue. Il continue de consommer des drogues illicites, mais il est moins susceptible de partager sa seringue, réduisant ainsi les risques de contracter une maladie infectieuse ou de mourir d'une surdose.*

# Réduction des méfaits

Benedikt Fischer, Ph. D.

Centre de toxicomanie et de santé mentale et Université de Toronto

*Révisé par*

Thomas Kerr, Ph. D.

British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS

Hôpital St. Paul's

## AUTEUR

**Benedikt Fischer, Ph. D.**, est chercheur et cochef de la Section de la santé publique et des politiques de réglementation au Centre de toxicomanie et de santé mentale ainsi que professeur adjoint aux départements des sciences de la santé publique et de criminologie à l'Université de Toronto. Ses champs d'intérêt comprennent la consommation de substances, la santé publique et la justice pénale.

## Réduction des méfaits au Canada

Les trois scénarios décrits sur la page 10 illustrent les interventions en matière de consommation d'alcool ou d'autres drogues en vigueur au Canada, toutes aussi controversées, toutes destinées à améliorer la santé de l'utilisateur et mettant toutes en pratique le concept de *réduction des méfaits*. Ces vingt dernières années, la réduction des méfaits a contribué, au Canada, à définir, de façon importante et explicite, les politiques et interventions touchant la consommation d'alcool ou d'autres drogues. Même s'il n'a pas été facile de définir ce concept et qu'il a fait face à une opposition idéologique depuis son instauration, il a pour importance fondamentale de se démarquer nettement de l'approche dominante, selon laquelle la gravité des problèmes liés à la consommation d'alcool ou d'autres drogues est définie par l'ampleur de la consommation dans une population donnée et par la quantité absorbée. Cette définition implique donc que toute politique relative à la toxicomanie doit prioritairement mener à l'abstinence.

Même si les principes qui sous-tendent la réduction des méfaits remontent à plusieurs décennies, ce concept a été symboliquement réinventé à l'aube de l'épidémie de VIH/sida parmi les utilisateurs de drogues injectables (UDI), au début des années 1980. C'est à cette époque que les professionnels de la santé ont commencé à fournir des seringues stériles aux UDI au lieu de les obliger à s'abstenir afin d'enrayer la propagation de la maladie. Depuis, des modèles de réduction des méfaits ont été établis dans tous les domaines de la consommation d'alcool ou d'autres drogues (voir ci-après), non sans difficultés ni heurts.

En effet, les opposants à la réduction des méfaits soutiennent que puisque le concept de « méfait » n'est pas clairement défini, il est impossible de fonder la mise en œuvre et l'évaluation de ces mesures sur des faits concrets<sup>1</sup>. De plus, certains prétendent que ce type d'approche *semble* admettre, voire favoriser la toxicomanie, et qu'il pourrait donc faciliter la « légalisation » de substances illicites ou transmettre « le mauvais message<sup>2</sup> ». Enfin, on entend souvent dire que les mesures de réduction des méfaits contreviennent aux traités internationaux relatifs au contrôle des stupéfiants, bien que ces accusations aient été

rejetées tant en théorie qu'en pratique<sup>3</sup>. Les débats et initiatives propres à chacun des grands domaines de la consommation d'alcool ou d'autres drogues sont uniques; nous en résumons les principaux plus loin.

**Consommation d'alcool :** L'alcool est généralement accepté et socialement apprécié. Comme on a constaté récemment qu'en boire avec modération contribue à la bonne santé de certaines personnes\*, l'abstinence en ce sens n'est un objectif ni nécessaire ni réaliste en matière de politique. L'application d'une politique de réduction des méfaits doit plutôt porter sur les populations et les comportements les plus à risque ainsi que sur les conséquences de la consommation de boissons alcoolisées sous l'influence de facteurs sociaux ou environnementaux.

Ainsi, les méfaits de l'alcool surviennent souvent lorsque la consommation est jumelée à des activités à risque; les facteurs environnementaux peuvent être manipulés afin de cibler avec succès ce genre de situation<sup>4</sup>. Par exemple, la façon la plus efficace de diminuer le nombre d'accidents dus à la conduite en état d'ébriété est d'appliquer les mesures législatives relatives à l'alcool au volant. De même, les programmes d'intervention par le personnel de service ou la modification de l'aménagement des débits de boisson afin de diminuer la violence liée à l'alcool peut prévenir les méfaits associés à des situations données<sup>5</sup>.

Contre les méfaits de l'alcool sur la santé, la méthode la plus efficace consiste à adopter des habitudes de consommation équilibrées et modérées, notamment en évitant l'alcoolisme périodique<sup>6</sup>. Concrètement, il faut donc procéder à des interventions ciblées auprès de populations à risque données (par exemple, les étudiants)<sup>7</sup>. Même si on rejette souvent la « consommation contrôlée » comme méthode pouvant être employés auprès des alcooliques, il s'agit d'une pratique de réduction des méfaits admise au sein de certaines populations et dans des contextes précis<sup>8, 9</sup>. L'un des scénarios présentés précédemment décrit une situation semblable, soit celle des refuges où il est permis de boire de l'alcool.

**Tabagisme :** On prétend souvent que les méthodes de réduction des méfaits ne peuvent s'appliquer au tabagisme puisque fumer, ne serait-ce qu'une petite quantité de tabac, peut nuire à la santé<sup>10</sup>. Cependant, l'évolution des mentalités a réorienté la perception de ces méthodes<sup>11, 12, 13</sup>. En effet, dans la plupart des pays occidentaux,

le tabagisme touche essentiellement une population de fumeurs invétérés qui manifestent souvent des symptômes associés à la dépression<sup>14</sup> et qui sont économiquement défavorisés<sup>15</sup>. Même si ces personnes sont incapables de cesser de fumer, les mesures de réduction des méfaits qui diminuent les risques associés à la cigarette leur seraient profitables. De plus, ces dernières pourraient représenter des solutions de rechange moins punitives que la stigmatisation des fumeurs, qui vivent dans un milieu réprouvant de plus en plus le tabagisme<sup>16</sup>.

On parle beaucoup des nouveaux modèles de consommation de nicotine qui n'ont pas les effets hautement carcinogènes associés au tabagisme et qui seraient plus « doux », plus « sécuritaires » ou plus « propres »<sup>17</sup>, allant de la gomme à mâcher aux timbres en passant par un éventail de produits du tabac à mâcher propres à chaque culture. Certains ont en outre souligné qu'un « contrôle » ou une « réduction » de la consommation de cigarettes permettrait au moins de limiter l'exposition à la fumée nocive du tabac ainsi que les conséquences qui en découlent<sup>18, 19</sup>. Un objectif récent et important concernant les mesures de réduction des méfaits du tabagisme est de protéger les non-fumeurs de la fumée secondaire en milieu de travail, dans les restaurants et même à la maison et en voiture<sup>20</sup>.

**Consommation de drogues illicites :** C'est dans ce domaine que la réduction des méfaits a peut-être été l'approche la plus controversée et la plus significative. Selon les faits constatés ces vingt dernières années, les risques de décès et de maladies qu'implique l'usage de telles drogues sont importants et ces faits mettent précisément en évidence le rôle crucial que les facteurs comportementaux, sociaux et environnementaux jouent dans l'exacerbation ou l'atténuation de ces risques<sup>21</sup>. Diverses mesures de réduction des méfaits ont été utilisées afin d'atténuer de façon pragmatique les risques associés à la toxicomanie, comme les programmes d'échange de seringues qui diminuent réellement les risques de transmission du VIH et de l'hépatite B et C chez les UDI<sup>22</sup>. De nombreux établissements d'injection supervisée sont exploités en Europe et en Australie, et un site pilote a été ouvert à Vancouver en 2003. Ils visent à limiter les problèmes de surdose, de maladies infectieuses et d'ordre public chez les UDI en leur donnant accès à un milieu sécuritaire supervisé par du personnel médical<sup>23</sup>.

Des recherches récentes montrent la prévalence croissante de la consommation de crack et confirment que le partage des pipes à

\* Pour des explications plus détaillées, voir le chapitre intitulé *Politiques relatives à l'alcool : nouvelles orientations*.

## Survol : principes clés associés à la réduction des méfaits<sup>37,38,39</sup>

- La réduction des méfaits s'intéresse aux *conséquences* de la consommation d'alcool ou d'autres drogues plutôt qu'à la consommation elle-même. Il faut établir les méfaits à traiter ainsi que leur ordre de priorité. Les décisions doivent être prises en mettant en jeu la responsabilité de chacun, en fonction des connaissances existantes sur le bien-être de chaque patient, sur la santé publique et sur la gravité du problème.
- Certains toxicomanes ne peuvent pas ou ne cesseront pas de consommer à court terme. Les mesures de réduction des méfaits visent donc à réduire au minimum les méfaits subis, et ce, de façon pragmatique et efficace.
- Les méfaits découlant de la consommation d'alcool ou d'autres drogues ne sont pas dus uniquement au comportement de l'utilisateur : des facteurs sociaux et environnementaux distincts entrent également en jeu. Des mesures concrètes et réalistes doivent être prises afin de bien comprendre ce contexte socio-environnemental et d'en tenir compte afin de réduire les méfaits.
- La sensibilisation, les connaissances et la prise de décisions éclairées par les usagers actuels et potentiels sont des composantes essentielles de toute mesure de réduction des méfaits.
- Des interventions ou des politiques inefficaces ou fondées sur des renseignements erronés peuvent être des *sources* de méfaits tout aussi importantes que le comportement des usagers ou le contexte entourant la consommation de drogues et, par conséquent, doivent aussi faire l'objet de « mesures de réduction des méfaits ».

cet effet peut faciliter la transmission de maladies contagieuses. Ces constatations ont suscité des mesures de réduction des risques, notamment en distribuant des « trousse de consommation sans risque » comprenant des pipes non toxiques, des tamis, d'autres outils et des renseignements sur une consommation de crack présentant moins de risques. À ce jour, la volonté politique permettant de donner suite à cette stratégie n'existe pas<sup>24</sup>. Des initiatives de réduction des méfaits distinctes doivent en outre être mises en œuvre à l'intention des détenus consommateurs de drogues. En effet, selon des travaux de recherche réalisés au Canada et à l'étranger, cette population à risque est l'une de celles où les problèmes associés à la toxicomanie en général et à l'injection de drogues en particulier sont les plus prévalents<sup>25</sup>. Malgré ce risque très élevé, les autorités carcérales canadiennes refusent encore d'instaurer dans leurs établissements des programmes d'échange de seringues ou d'autres programmes clés<sup>26,27</sup>.

La réduction des méfaits est également pertinente dans des contextes plus ordinaires de consommation de drogues actuellement jugées illicites, comme le cannabis ou l'ecstasy, généralement par des jeunes. Selon les recherches effectuées, un usage fréquent et à long terme de même que la présence de substances étrangères dans ces drogues sont associés à une augmentation des risques pour les consommateurs<sup>28,29</sup>. Les programmes de réduction des méfaits visent à limiter ces risques par des mesures de sensibilisation à des comportements à risque donnés. De même, la consommation de drogue en lien avec d'autres activités, notamment la conduite automobile<sup>30</sup>, implique des risques semblables à ceux associés à l'usage d'alcool; il s'agit donc d'un comportement appelant des interventions ciblées.

### Conclusions et répercussions pour le Canada

Les initiatives de réduction des méfaits qui ont cours au Canada et à l'étranger sont fortement soumises aux courants politiques et

idéologiques. C'est pourquoi elles doivent en tout temps être conformes à des normes et à des mesures fondées sur des données probantes, tant en théorie qu'en pratique, afin qu'elles puissent être mises en œuvre et évaluées en toute objectivité. Pourtant, il arrive que des décideurs et des responsables de programmes ne tiennent aucun compte des faits qui étayent les interventions de réduction des méfaits<sup>31,32,33</sup>; voilà pourquoi les responsables de politiques et de programmes doivent répondre davantage de leurs décisions.

Même si les principes qui sous-tendent la réduction des méfaits sont intégrés à un plan directeur d'envergure, comme la Stratégie canadienne antidrogue<sup>34</sup>, la portée de celui-ci est limitée lorsqu'il s'insère dans un contexte plus vaste qui, à la base, contredit ses objectifs. Ainsi, la criminalisation des usagers de drogues illicites en vertu des mesures législatives canadiennes actuelles est diamétralement opposée aux objectifs des programmes de santé publique et, en réalité, *contribue* à perpétuer nombre des problèmes de drogue que la réduction des méfaits tente de régler. C'est pourquoi, par exemple, la criminalisation des toxicomanes contrecarre les efforts relatifs à la prévention de la transmission des maladies infectieuses ou des risques de surdose chez les UDI<sup>35</sup>.

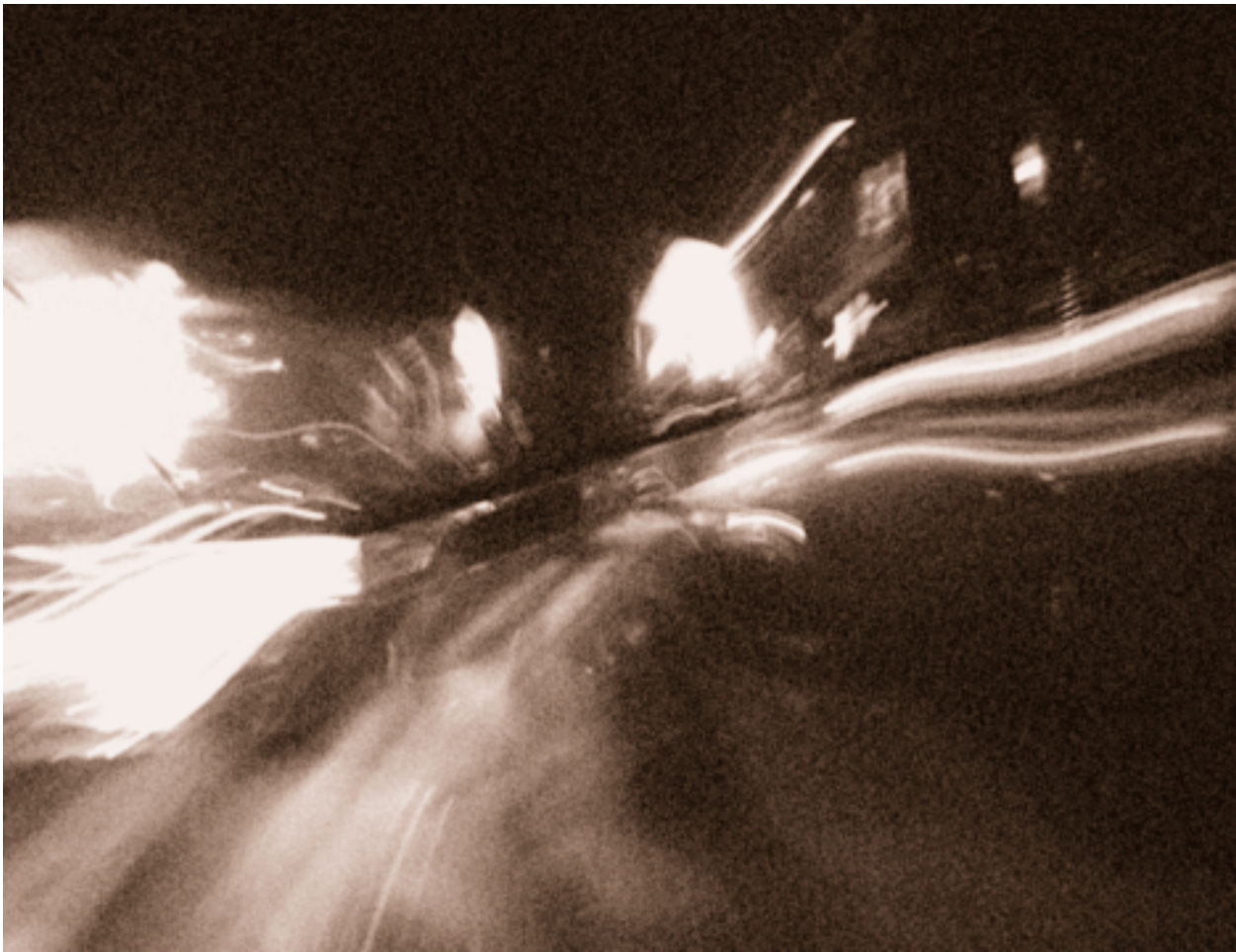
Pourtant, des expériences réalisées à l'étranger, notamment en Europe de l'Ouest et en Australie, révèlent que les mesures de réduction des méfaits donnent les meilleurs résultats lorsqu'elles ne constituent qu'un élément d'une politique alliant prévention, traitement et application de la loi<sup>36</sup>. Les décideurs canadiens devraient, par conséquent, entériner l'évaluation scientifique des nouvelles initiatives de réduction des méfaits et voir à leur mise en œuvre lorsque leur efficacité a été démontrée. Ils doivent en outre garantir que le milieu sociopolitique canadien dans son ensemble permettra l'instauration d'une politique relative à la consommation d'alcool ou d'autres drogues qui soit cohérente et qui, en tout temps, donne sa juste place à la réduction des méfaits. ■

## Références bibliographiques

- 1 Rehm, J. et B. Fischer. « Measuring harm reduction: Implications for alcohol epidemiology ». Dans M. Plant et E. Single (éd.). *Minimising the Harm. What Works?*, Londres, Free Association Books, 1997, p. 248-261.
- 2 DuPont, R. « Harm reduction and decriminalization in the United States: A personal perspective », *Substance Use and Misuse*, n° 31, 1996, p. 1929-1945.
- 3 Room, R. « Impact and implications of the international drug control treaties on IDU and HIV/AIDS prevention and policy ». Dans B. Fischer, J. Rehm et E. Haydon (éd.). *Reducing the Risks, Harms and Costs of HIV/AIDS and Injection Drug Use: A Synthesis of the Evidence Base for Development of Policies and Programs*. 2<sup>e</sup> dialogue international sur les politiques sur le VIH/sida, Varsovie (Pologne), Santé Canada/ONUSIDA/Agence canadienne de développement international, 2003. (Communication n° 4 de la conférence).
- 4 Rehm, J., B. Fischer, K. Graham, E. Haydon, R. Mann et R. Room. « The importance of environmental modifiers of substance use and harm », *Addiction*, n° 99, 2004, p. 663-666.
- 5 Babor, T., R. Caetano, S. Casswell, G. Edwards, N. Giesbrecht, K. Graham, J. Grube, P. Gruenewald, L. Hill, H. Holder, R. Homel, E. Osterberg, J. Rehm, R. Room et I. Rossow. *Alcohol: No Ordinary Commodity—Research and Public Policy*, Oxford (Grande-Bretagne), Oxford University Press, 2003.
- 6 Rehm, J., R. Room, K. Graham, M. Monteiro, G. Gmel et C. Sempos. « The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease—An overview », *Addiction*, n° 98, 2003, p. 1209-1228.
- 7 Hartzler, B. et K. Fromme. « Heavy episodic drinking and college entrance », *Journal of Drug Education*, n° 33, 2003, p. 259-274.
- 8 Marlatt, G. et K. Witkiewitz. « Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment », *Addictive Behaviours*, n° 27, 2002, p. 867-886.
- 9 Wilton, P. « Shelter “goes wet”, opens infirmary to cater to Toronto’s homeless », *Journal de l’Association médicale canadienne*, n° 168, 2003, p. 888.
- 10 Institute of Medicine. *Clearing the Smoke: Assessing the Science Base for Tobacco Harm Reduction*, Washington (DC), Institute of Medicine, 2001.
- 11 Shiffman, S., J. Gitchell, K. Warner, J. Slade, J. Henningfield et J. Pinney. « Tobacco harm reduction: Conceptual structure and nomenclature for analysis and research », *Nicotine and Tobacco Research*, n° 4, 2002, p. S113-S129.
- 12 Hatsukami, D., J. Henningfield et M. Kotlyar. « Harm reduction approaches to reducing tobacco-related mortality », *Annual Review of Public Health*, n° 25, 2004, p. 377-395.
- 13 Hughes, J. « Applying harm reduction to smoking », *Tobacco Control*, n° 4, 1995, p. S33-S38.
- 14 Fergusson, D., L. Goodwin et L. Horwood. « Major depression and cigarette smoking: Results of a 21-year longitudinal study », *Psychological Medicine*, n° 33, 2003, p. 1357-1367.
- 15 Barbeau, E., N. Krieger et M.-J. Soobader. « Working class matters: Socioeconomic disadvantage, race/ethnicity, gender, and smoking in NHIS 2000 », *American Journal of Public Health*, n° 94, 2004, p. 269-278.
- 16 Poland, B. « The “considerate” smoker in public space: the micro-politics and political economy of “doing the right thing” », *Health and Place*, n° 6, 2000, p. 1-14.
- 17 Ferrence, R., J. Slade, R. Room et M. Pope. *Nicotine and Public Health*, Washington (DC), American Public Health Association, 2000.
- 18 Drinkmann, A. « Kontrolliertes Rauchen: Standortbestimmung und Perspektiven », *Suchttherapie*, n° 3, 2002, p. 81-86.
- 19 Hughes, J. « Reduced smoking: An introduction and review of the evidence », *Addiction*, n° 95, 2000, p. 3-7.
- 20 Ferrence, R. et al. 2000.
- 21 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *Annual Report: State of the Drugs Problem in the European Union and Norway*, Lisbonne (Portugal), OEDT, 2003.



- 22 Vlahov, D., D. Des Jarlais, E. Goosby, P. Hollinger, P. Lurie, M. Shriver et S. Strathdee. « Needle exchange programs for the prevention of human immunodeficiency virus infection: epidemiology and policy », *American Journal of Epidemiology*, n° 154, 2001, p. S70-S77.
- 23 Kimber, J., K. Dolan, I. van Beek, D. Hedrich et H. Zurhold. « Drug consumption facilities: An update since 2000 », *Drug and Alcohol Review*, n° 22, 2003, p. 227-233.
- 24 Haydon, E. et B. Fischer. *Smoke alarm: Crack use as a public health issue in Canada*, 2004. (Manuscrit à publier).
- 25 Weekes, J., G. Thomas et G. Graves. *FAQ sur les toxicomanies dans les établissements de correction*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2004.
- 26 Réseau juridique canadien VIH/sida. *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard — Un rapport d'étape*, Montréal (Québec), Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002.
- 27 Revue canadienne de santé publique. « Évaluation des besoins en soins de santé des détenus sous responsabilité fédérale », *Revue canadienne de santé publique*, n° 95, supplément 1, 2004.
- 28 Hall, W. « Assessing the health and psychological effects of cannabis use ». Dans H. Kalant, W. Corrigall, W. Hall et R. Smart (éd.). *The Health Effects of Cannabis*, Toronto (Ontario), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 1999, p. 2-17.
- 29 Kalasinsky, K., J. Hugel et S. Kish. « Use of MDA (the Love Drug) and methamphetamine in Toronto by unsuspecting users of Ecstasy (MDMA) », *Journal of Forensic Sciences*, n° 49, 2004, p. 1-7.
- 30 Mura, P., P. Kintz, B. Ludes, J. Gaulier, P. Marquet, S. Martin-Dupont, F. Vincent, A. Kaddour, J. Goullé, J. Nouveau, M. Moulisma, S. Tilhet-Coartet et O. Pourrat. « Comparison of the prevalence of alcohol, cannabis and other drugs between 900 injured drivers and 900 control subjects: results of a French collaborative study », *Forensic Science International*, n° 133, p. 79-85, 2003.
- 31 Santé Canada. *Déclaration de Varsovie : un cadre pour des actions efficaces touchant le VIH/sida et l'injection de drogue*, Ottawa (Ontario), Santé Canada, 2003.
- 32 Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002.
- 33 Fischer, B., J. Rehm et T. Blitz-Miller. « Injection drug use and preventive measures: a comparison of Canadian and Western European jurisdictions over time », *Journal de l'Association médicale canadienne*, n° 162, 2000, p. 1709-1713.
- 34 Stratégie canadienne antidrogue. *Stratégie antidrogue et substances contrôlées*, [en ligne], 2004. [www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sesc/sasc.htm].
- 35 Fischer, B. « Prohibition, public health and a window of opportunity: An analysis of Canadian drug policy, 1985-1997 », *Policy Studies*, n° 20, 1999, p. 197-210.
- 36 Klingemann, H. « Harm Reduction and Abstinence: Swiss Drug Policy at a Time of Transition ». Dans H. Klingemann et G. Hunt (éd.). *Drug Treatment Systems in an International Perspective: Drugs, Demons and Delinquents*, Thousand Oaks (Californie), Sage Publications, 1998, p. 94-111.
- 37 Riley, D., E. Sawka, P. Conley, D. Hewitt, W. Mitic, C. Poulin, R. Room, E. Single et J. Topp. « Harm reduction: Concepts and practice. A policy discussion paper », *Substance Use and Misuse*, n° 34, 1999, p. 9-24.
- 38 Drucker, E. « Harm reduction: A public health strategy », *Current Issues in Public Health*, n° 1, 1995, p.64-70.
- 39 Smith, R. « Editorial: The war on drugs: Prohibition isn't working, some legalization will help », *British Medical Journal*, n° 311, 1995, p. 1655-1656.



*Marie, 32 ans, reconduit chez lui un ami après une fête au cours de laquelle elle a consommé une grande quantité de méthamphétamine (« Ice »), qui nuit grandement à sa coordination et à sa capacité de se concentrer. Conduisant déjà rapidement, elle tente de traverser une intersection au feu jaune. Sa voiture emboutit la minifourgonnette d'une famille revenant d'une soirée chez des proches. Le conducteur et son fils de huit ans sont tués sur le coup, mais sa femme et leur fille de trois ans s'en sortent avec des blessures légères. Marie a le nez et le sternum cassés et, ayant été précipitée contre le volant, subit de graves contusions internes. Comme elle, son ami n'avait pas bouclé sa ceinture de sécurité, et il souffre d'importantes blessures à la tête, contractées au contact du pare-brise; il est dans le coma.*

# Conduite sous l'influence de stupéfiants

Douglas J. Beirness, Ph. D.

Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada

*Révisé par*

Robert Mann, Ph. D.

Centre de toxicomanie et de santé mentale

## AUTEUR

**Douglas Beirness, Ph. D.**, est vice-président à la recherche à la Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, où il travaille depuis 1983. Il a publié de nombreux articles sur la conduite avec facultés affaiblies, les jeunes conducteurs et l'évaluation de programmes de sécurité routière.

## Conduite sous influence de stupéfiants au Canada

Les situations comme celle décrite sur la page 16 ne sont pas rares sur les routes du Canada sans pour autant être courantes. Il y a longtemps que les professionnels de la sécurité routière sont au fait des problèmes que peut causer la conduite d'un véhicule après avoir fait usage de certains types de drogues ou de médicaments, mais dans l'ensemble, le grand public vient seulement de les découvrir, parfois dans des circonstances tragiques.

Après deux décennies de progrès en matière d'alcool au volant, les défenseurs de la sécurité routière, les décideurs, les législateurs et les policiers commencent à s'inquiéter de la consommation de drogues par les conducteurs. Même si on estime depuis longtemps que l'abus de drogues constitue un problème social majeur, les conséquences aussi graves que dévastatrices de la conduite sous l'influence de stupéfiants n'ont que depuis peu été portées à l'avant-plan des préoccupations de la population. Malheureusement, comme la recherche sur la drogue au volant accuse un retard considérable par rapport à celle sur l'alcool au volant, il reste davantage de questions que de réponses. Le présent chapitre se penche sur les faits connus et inconnus du problème de la conduite sous l'influence de drogues ou de médicaments afin de pouvoir dégager des moyens potentiels de prendre en compte cette question.

## Contexte

À bien des égards, la question de la conduite sous l'influence de stupéfiants est plus complexe que celle de l'alcool au volant. En effet, les types de drogue susceptibles de nuire à la conduite d'un véhicule comprennent les substances illicites, les médicaments délivrés sur ordonnance et certains médicaments en vente libre. La pharmacocinétique (c'est-à-dire la façon dont les drogues ou les médicaments sont résorbés et distribués dans l'organisme, puis transformés et éliminés) et la pharmacodynamique (c'est-à-dire l'effet des drogues sur l'organisme) de ces substances peuvent en effet être considérablement plus complexes que celles associées à l'alcool.

Ainsi, alors que la concentration réelle d'alcool dans l'organisme peut être mesurée facilement et avec exactitude à partir d'un échantillon d'haleine, seuls des échantillons de sang, d'urine ou de salive permettent de déceler la présence et la quantité d'autres types de drogues. En

## Même si l'affaiblissement des capacités associé à la consommation d'alcool est bien documenté, les effets associés à d'autres drogues peuvent affecter d'autres facultés.

Outre, les métabolites de certaines substances courantes, comme la marijuana, sont détectables dans l'urine des jours, voire des semaines après les avoir ingérées. Voilà pourquoi les niveaux de drogue relevés dans ces échantillons pour déterminer l'affaiblissement des capacités d'un conducteur sont sujets à caution.

### Recherches sur la conduite sous l'influence de stupéfiants

Pour bien comprendre le sujet, il est essentiel de disposer de preuves obtenues à l'aide de deux approches complémentaires, soit la recherche expérimentale (en laboratoire) et la recherche épidémiologique<sup>1</sup>. La première vise à exposer la nature et la portée de l'incapacité psychomotrice et cognitive associée à une dose donnée d'une drogue, alors que la seconde examine l'ampleur de la consommation de drogues chez diverses populations de conducteurs usagers afin de déterminer l'étendue du problème de la conduite sous l'influence de stupéfiants ainsi que les drogues constituant des facteurs de risque pour la sécurité routière, pour ensuite quantifier ce risque.

### Les drogues ont-elles une incidence sur la conduite sécuritaire?

Des études sur une variété de drogues ont montré que celles-ci compromettent diverses tâches psychomotrices et cognitives associées à la prudence au volant. En général, les substances ayant un effet sédatif ou hypnotique (p. ex., stupéfiants, benzodiazépines et autres calmants légers), les barbituriques de même que certains antihistaminiques et antidépresseurs sont très susceptibles de nuire à la conduite automobile. À faible dose, les stimulants sont moins à même d'affaiblir les capacités et pourraient même améliorer certains aspects de la conduite, comme le temps de réaction; par contre, à dose plus élevée, ils sont tout aussi nuisibles<sup>2</sup>.

Les résultats d'études expérimentales doivent être interprétés avec circonspection. En effet, même si l'affaiblissement des capacités associé à la consommation d'alcool est bien documenté (perte de direction, ralentissement des réactions ou des mouvements, ataxie ou perte du contrôle de ses mouvements, etc.), les effets associés à d'autres drogues peuvent affecter d'autres facultés. Ainsi, des études réalisées en circuit fermé ont montré que les personnes ayant fait usage de cannabis conduisaient plus lentement, évitaient de doubler d'autres voitures et étaient généralement moins téméraires au volant<sup>3</sup>.

Même si certains soutiennent que les changements notés au sujet du cannabis indiquent qu'il rend la conduite plus « sécuritaire », des études ont montré que son usage nuisait à d'autres facultés

(ralentissement du processus cognitif et du temps de réaction, perte de direction, etc.) et qu'il a une incidence négative sur la capacité de conduire un véhicule en toute sécurité<sup>4</sup>. Il importe par conséquent de reconnaître que les types d'« affaiblissement des capacités » causés par des drogues données peuvent différer de ceux généralement associés à l'alcool.

Par ailleurs, l'effet de la consommation de drogue avec de l'alcool ou une autre drogue peut être plus important que celui associé à chacun de ces éléments pris séparément<sup>5</sup>. Parfois, une personne mélange alcool et médicaments par inadvertance ou sans connaître les conséquences de son geste; d'autres fois, cette situation est intentionnelle. Dans les deux cas, il peut en résulter une augmentation imprévue du niveau d'affaiblissement des facultés.

**Combien de collisions impliquent l'usage de drogues?** Dans le cadre d'une des premières études épidémiologiques sur la drogue au volant réalisées au Canada, les chercheurs ont procédé à des tests toxicologiques sur des échantillons sanguins obtenus auprès de 401 personnes décédées dans un accident de la route en Ontario<sup>6</sup>. La présence de drogues a été relevée dans 26 % des cas et celle d'alcool, dans 57 % d'entre eux. Dans 54 % des cas impliquant des drogues, l'alcool était aussi présent. Les substances les plus couramment relevées étaient le cannabis (16 % de l'ensemble des cas) et les calmants légers (benzodiazépines, 6 %).

Des enquêtes plus récentes rapportent des résultats semblables. Une étude réalisée sur 227 personnes décédées des suites d'un accident de la route en Colombie-Britannique a noté la présence de drogues ou de médicaments dans 20 % des cas<sup>7</sup>, les plus fréquents étant le cannabis (18 %), les benzodiazépines (5 %) et la cocaïne (4 %). En outre, l'alcool a été décelé dans plus de la moitié (55 %) des cas impliquant des stupéfiants.

Une importante étude cas-témoin réalisée au Québec a révélé la présence de drogues dans 32 % des échantillons d'urine recueillis auprès de personnes décédées au volant. Une fois de plus, le cannabis (20 %), les benzodiazépines (10 %) et la cocaïne (8 %) étaient les substances détectées le plus fréquemment, et dans 47 % des cas impliquant de la drogue, l'alcool était aussi présent<sup>8,9</sup>.

Une étude a déterminé que 41 % des conducteurs grièvement blessés et admis dans un centre régional de traumatologie de Toronto

avaient consommé différentes drogues<sup>10</sup> et que 40 % de ceux-ci avaient aussi pris de l'alcool. Les drogues les plus courantes étaient le cannabis (14 % de tous les cas), les benzodiazépines (12 %) et la cocaïne (5 %).

Combinées, ces conclusions indiquent que la présence de drogues ou de médicaments dans l'organisme n'est pas rare parmi les conducteurs qui sont grièvement blessés dans un accident de la route ou qui en décèdent. Cependant, leur interprétation est compliquée par le fait que la drogue consommée n'est pas nécessairement à l'origine de l'accident. Il est donc nécessaire de procéder à d'autres études épidémiologiques conçues expressément pour évaluer la portée des risques de collision découlant de la consommation de drogues<sup>11, 12, 13, 14</sup>.

#### Combien de personnes conduisent sous l'influence de stupéfiants?

Un sondage téléphonique récent a révélé qu'environ 18 % des conducteurs canadiens affirment avoir pris le volant dans les deux heures suivant la consommation d'une drogue illicite ou d'un médicament, en vente libre comme d'ordonnance, pouvant affecter leur capacité de conduire en toute sécurité. Malgré tout, rares sont ceux parmi eux qui ont dit avoir conduit après avoir fumé de la marijuana (1,5 %) ou consommé une autre drogue illicite (0,9 %)<sup>15</sup>.

De même, selon une enquête ontarienne, 1,9 % des conducteurs de la province ont pris le volant dans l'heure suivant l'inhalation de cannabis, et ce, à au moins une reprise au cours des douze mois précédents<sup>16</sup>. La conduite sous l'influence de marijuana était nettement plus courante chez les élèves du secondaire : 19,7 % des conducteurs ont dit avoir pris le volant dans l'heure suivant la consommation de marijuana ou de haschisch au cours de l'année précédente<sup>17</sup>.

Une autre approche pour déterminer l'étendue de l'usage de drogues parmi les conducteurs consiste à obtenir d'eux des échantillons de fluides corporels dès leur sortie du véhicule. Cette technique d'enquête sur route est utilisée couramment afin d'obtenir des données sur la consommation d'alcool à partir d'échantillons d'haleine. Dans le cadre d'une étude unique réalisée au Québec<sup>18</sup>, on a établi que des drogues étaient présentes dans 11,8 % des échantillons d'urine soumis\*. Le cannabis (7 %) était la substance la plus fréquente, suivi des benzodiazépines (3,6 %), des opiacés (1,2 %) et de la cocaïne (1,1 %). Seuls 6 % des cas impliquant des drogues indiquaient également la présence d'alcool.

**Qui conduit sous l'influence de stupéfiants?** Les hommes célibataires âgés de 16 à 25 ans constituent le groupe le plus susceptible de conduire sous l'influence de stupéfiants<sup>19, 20</sup>, mais la question est plus complexe que ne semblent indiquer ces simples données démographiques. En effet, s'il n'est pas rare, l'usage de drogues illicites demeure surtout l'apanage d'une fraction de la population. Par ailleurs, les médicaments d'ordonnance ou en vente libre sont faciles à obtenir et sont utilisés pour traiter divers problèmes de santé. Les aînés tendent à consommer plus de médicaments que les jeunes, ce qui augmente le risque qu'ils éprouvent des difficultés au volant.

Pour élaborer des programmes de prévention efficaces, il est essentiel de comprendre les caractéristiques des diverses sous-populations de personnes conduisant sous l'influence de stupéfiants. Ainsi, les mesures de prévention ciblant les jeunes consommateurs de marijuana seront vraisemblablement très différentes de celles destinées aux usagers de calmants délivrés sur ordonnance. Les personnes qui prennent des drogues illicites constituent probablement un groupe précis qui se distingue de la population en général par une variété d'aspects sociaux et comportementaux allant bien au-delà de l'âge et du sexe; encore une fois, il faudra recourir à une approche différente.

#### Conclusions et répercussions au Canada

Nous comprenons encore mal la problématique de la drogue au volant. Une action urgente à cet égard est une recherche épidémiologique fondamentale au Canada afin de déterminer la nature et l'ampleur de ce problème, c'est-à-dire combien de collisions sont associées à un conducteur ayant consommé de la drogue ou des médicaments, lesquels de ces derniers posent le plus grand danger et quelles sont les populations les plus à risque. Non seulement les conclusions de cette recherche permettront d'orienter l'élaboration de programmes et de politiques de prévention, mais elles contribueront aussi à définir l'effort qui sera nécessaire pour tenter de résoudre efficacement ce problème.

Selon les premières indications, la question de la conduite sous l'influence de stupéfiants est prioritaire et exige un investissement considérable en temps, en énergie et en ressources afin d'en comprendre la nature, l'ampleur et la dynamique. Après, seulement, des programmes et des politiques pourront être élaborés afin de la régler efficacement. Cependant, cette démarche ne devrait pas être entreprise aux dépens des mesures préventives actuelles en matière

\* Aux fins de cette étude, des toilettes portables étaient utilisées pour recueillir les échantillons d'urine, mais cette méthodologie serait peu pratique dans le cadre d'un programme d'application de la loi.

d'alcool au volant, puisqu'elle entraînerait un recul de certains des progrès réalisés à ce jour dans ce domaine.

Même s'il existe certaines similarités entre l'alcool et la drogue au volant, il importe de savoir que ces questions diffèrent. Dans ce contexte, il ne faut pas simplement présumer que les techniques, les politiques, les procédures et les mesures de prévention qui s'adressent à la conduite en état d'ébriété peuvent être facilement adaptées ou transposées; à bien des égards, la drogue au volant est effectivement une question bien plus complexe.

Ainsi, alors que l'alcool est une substance licite dont l'usage imprègne divers aspects de notre société, la possession de la plupart des drogues susceptibles de poser problème est illégale ou n'est permise qu'à des fins thérapeutiques. L'exception à cette règle concerne les médicaments en vente libre, notamment certains antihistaminiques, qui peuvent être obtenus facilement afin de traiter des conditions bien précises. Chaque type de substance (drogues et médicaments d'ordonnance ou en vente libre) représente une facette distincte de la question globale de la conduite sous l'influence de drogues; chacune concerne une tranche différente de la population et personne ne sait dans quelle mesure ces tranches se recoupent. Par conséquent, il se peut que plusieurs stratégies soient nécessaires, chacune ayant sa propre perspective en matière de prévention, d'application de la loi, de sanctions et de réhabilitation. ■

## Survol : le défi associé à la question de la drogue au volant

- La conduite d'un véhicule entretient un lien plus complexe avec la consommation de drogues ou de médicaments qu'avec celle d'alcool en raison de la diversité des drogues illicites et des médicaments d'ordonnance ou en vente libre qui existent ainsi que du vaste éventail de signes et de symptômes associés à des facultés et à un comportement affaiblis. Il n'existe aucun outil semblable à l'ivressomètre pour mesurer la consommation de drogue.
- Des tests toxicologiques réalisés sur des échantillons sanguins provenant de conducteurs décédés au volant ont révélé qu'une proportion non négligeable d'entre eux avaient consommé de la drogue ou encore de la drogue et de l'alcool, mais on connaît mal la véritable nature et l'ampleur réelle du problème de la drogue au volant au Canada.

## Références bibliographiques

- 1 Simpson, H. M. et E. Vingilis. « Epidemiology and special population surveys ». Dans S. D. Ferrara et R. Giogetti (éd). *Methodology in Man-Machine Interaction and Epidemiology on Drugs and Traffic Safety. Experiences and Guidelines from an International Workshop*, Padoue (Italie), Fondation italienne pour la recherche sur la toxicomanie, 1992, p. 51-93.
- 2 Jones, R. K., D. Shinar et J. M. Walsh. *State of Knowledge of Drug-Impaired Driving. Report No. DOT HS 809 642*, Washington (DC), National Highway Traffic Safety Administration, 2003.
- 3 Robbe, H. et J. O'Hanlon. *Marijuana and Actual Driving Performance. Report No. DOT HS 808 078*, Washington (DC), National Highway Traffic Safety Administration, 1993.
- 4 Smiley, A. *Marijuana: On Road and Driving Simulator Studies*, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la santé, 1998.
- 5 Lamers, D. T. J. et J. F. Ramaekers. « Marijuana and alcohol effects on visual search and general driving proficiency », *Journal of Psychopharmacology*, n° 13, supplément A, 1999, p. A53.

- 6 Cimbura, G., D. M. Lucas, R. C. Bennett, R. A. Warren et H. M. Simpson. « Incidence and toxicological aspects of drugs detected in 484 fatally injured drivers and pedestrians in Ontario », *Journal of Forensic Sciences*, n° 27, 1982, p. 855-867.
- 7 Mercer, G. W. et W. K. Jeffrey. « Alcohol, drugs and impairment in fatal traffic accidents in British Columbia », *Accident Analysis and Prevention*, n° 27, 1995, p. 335-343.
- 8 Brault, M., C. Dussault, J. Bouchard et A.-M. Lemire. « The contribution of alcohol and other drugs among fatally injured drivers in Quebec: Final results ». Dans J. Oliver, P. Williams et A. Clayton (éd.). *Proceedings of the 17<sup>th</sup> International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety*, [cédérom], Glasgow (Grande-Bretagne), Conseil international sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière, 2004.
- 9 Dussault, C., M. Brault, J. Bouchard et A.-M. Lemire. « The Contribution of Alcohol and Other Drugs Among Fatally Injured Drivers in Quebec: Some Preliminary Results ». Dans D. R. Mayhew et C. Dussault (éd.). *Proceedings of the 16<sup>th</sup> International Conference on Alcohol, Drugs and Traffic Safety*, Québec (Québec), Société de l'assurance automobile du Québec, 2002, p. 423-430.
- 10 Stoduto, G., E. Vingilis, B. M. Kapur, W. J. Sheu, B. A. McLellan et C. B. Liban. « Alcohol and drug use among motor vehicle collision victims admitted to a regional trauma unit: demographic, injury and crash characteristics », *Accident Analysis and Prevention*, n° 25, 1993, p. 411-420.
- 11 Donelson, A. C., D. J. Beirness, G. C. Haas et P. J. Walsh. *Alcohol and Fatal Traffic Crashes in British Columbia During 1985-1986*, Ottawa (Ontario), Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, 1989.
- 12 Dussault, C. et al. 2002.
- 13 Robertson, M. D. et O. H. Drummer. « Responsibility analysis: A methodology to study the effects of drugs in driving », *Accident Analysis and Prevention*, n° 26, 1994, p. 243-247.
- 14 Terhune, K., C. Ippolito, D. Hendricks, J. Michalovic, S. Bogema, P. Santinga, R. Blomberg et D. Preusser. *The incidence and role of drugs in fatally injured drivers. Report No. DOT HS 808 065*, Washington (DC), National Highway Traffic Safety Administration, 1992.
- 15 Beirness, D. J., H. M. Simpson et K. Desmond. *The Road Safety Monitor 2002. Drugs and Driving*, Ottawa (Ontario), Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, 2003.
- 16 Walsh, G. et R. E. Mann. « On the high-road: Driving under the influence of cannabis in Ontario », *Revue canadienne de santé publique*, n° 90, 1999, p. 260-263.
- 17 Adlaf, E. M., R. E. Mann et A. Paglia. « Drinking, cannabis use and driving among Ontario students », *Journal de l'Association médicale canadienne*, n° 168, 2003, p. 565-566.
- Cimbura, G., D. M. Lucas, R. C. Bennett et A. C. Donelson. « Incidence and toxicological aspects of cannabis and ethanol detected in 1,394 fatally injured drivers and pedestrians in Ontario (1982-1984) », *Journal of Forensic Sciences*, n° 35, 1990, p. 1035-1041.
- 18 Dussault, C. et al. 2002.
- 19 Walsh, G. et R. E. Mann. 1999.
- 20 Beirness, D. J. et al. 2003.



*Après avoir passé un examen de routine au cours duquel il a répondu à des questions générales sur sa consommation d'alcool et d'autres drogues, Jean, 43 ans, est abasourdi à l'annonce par son médecin qu'il a un problème d'alcool. Jean a toujours bu modérément, mais depuis qu'il a franchi la quarantaine, il boit beaucoup plus et admet prendre plaisir à consommer trois ou quatre cocktails par jour. Il a remarqué que sa femme le houspillait depuis quelque temps à ce sujet, d'où des querelles parfois animées. Son médecin lui explique qu'il doit cesser de boire et l'aiguille vers les Alcooliques anonymes. Jean proteste, mais son médecin et sa femme (abstinente) insistent et conviennent tous deux qu'il nie avoir un problème, un signe évident de son « alcoolisme ». Malgré tout, Jean refuse obstinément d'y aller.*



# Accès et recours aux traitements fondés sur des résultats

Thomas G. Brown, Ph. D.  
Hôpital Douglas et Université McGill

D<sup>r</sup> Maurice Dongier, FRCPC  
Hôpital Douglas et Université McGill

Greg Graves, M. A.  
Centre canadien de lutte contre  
l'alcoolisme et les toxicomanies

*Révisé par*

Darlene James, M. A.  
Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission

## AUTEURS

**Thomas Brown, Ph. D.**, est chef de la recherche pour le programme de traitement de la toxicomanie du Pavillon Foster, directeur du Programme de recherche sur les toxicomanies (alcoolisme et toxicomanies) au Centre de recherche de l'Hôpital Douglas et professeur adjoint au Département de psychiatrie de l'Université McGill, à Montréal. Titulaire depuis 1994 d'une bourse provinciale de recherche échelonnée sur douze ans, il étudie dans le cadre de ses programmes en milieu appliqué diverses approches novatrices pour le traitement de la dépendance pathologique et la transmission du savoir en milieu appliqué.

**D<sup>r</sup> Maurice Dongier, FRCPC**, a enseigné la psychiatrie à l'Université de Liège (Belgique) et à l'Université McGill, à Montréal, où il a en outre été chef de département de 1974 à 1985. De 1985 à 1997, il a codirigé un programme de recherche sur l'alcoolisme à l'Hôpital Douglas. Il a publié des articles sur le traitement psychosocial et psychopharmacologique de l'alcoolisme.

**Greg Graves, M. A.**, est coordonnateur des pratiques exemplaires et de la formation au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Titulaire d'une maîtrise en sociologie, obtenue en 1990 à l'Université Carleton, il compte plus de 15 années d'expérience dans divers milieux du domaine de la toxicomanie et se spécialise dans les approches d'évaluation et de traitement fondées sur la recherche.

## Traitements fondés sur des résultats au Canada

Une consultation chez son médecin de famille ou tout autre professionnel de la santé constitue une bonne occasion de dépister rapidement un problème d'alcool ou d'autres drogues (PAAD) et d'intervenir efficacement. Plus un PAAD est décelé tôt, moindres sont les conséquences, et plus l'intervention sera efficace. Malheureusement, bien des professionnels de la santé s'estiment mal préparés à le faire ou jugent que s'occuper de PAAD est inutile, compliqué ou chronophage<sup>1</sup>. De même, la population en général a des idées bien arrêtées à ce sujet, et celles-ci ne reflètent pas nécessairement les dernières découvertes scientifiques dans ce domaine.

Les PAAD ne sont pas une entité unique : ils incluent un vaste éventail de substances, de modes de consommation et de degrés de gravité, et s'accompagnent souvent d'autres problèmes physiques ou psychiatriques qui compliquent leur dépistage, leur évaluation et leur traitement. Enfin, les PAAD peuvent toucher n'importe qui, en tout temps. La plupart des gens se sentent stigmatisés lorsqu'on les qualifie d'*alcooliques* ou de *toxicomanes*. De toute évidence, il n'existe pas un traitement universel qui convienne à toutes les formes possibles de PAAD ou à l'ensemble des personnes qui en souffrent.

Le présent chapitre résume les méthodes de traitement des PAAD les plus efficaces, selon les observations scientifiques effectuées, avant de revenir à l'étude du cas présenté afin d'en revoir le scénario. Enfin, il abordera les difficultés qui sous-tendent la prestation de traitements fondés sur des résultats aux personnes qui pourraient en profiter le plus.

## Approches psychosociales

**Thérapie cognitivo-comportementale (TCC).** Selon des données expérimentales, certaines TCC permettraient de traiter des PAAD précis<sup>2,3,4</sup>. En règle générale, la nature hautement structurée et efficace des TCC et la possibilité de recours à des manuels pour fins consultatives assurent la qualité des interventions. Ces dernières sont habituellement réalisées en groupe, et peuvent constituer un traitement en soi ou être intégrées à une infrastructure thérapeutique globale plus exhaustive. Voici un survol des aspects conceptuels et techniques des

composantes *cognitives* et *comportementales* de ce modèle qui montrent les applications pratiques de cette méthode dans son ensemble.

**Composante cognitive.** La thérapie cognitive est fondée sur le principe voulant que les pensées, les émotions et les comportements destructeurs puissent être modifiés en réapprenant à se percevoir et à percevoir le monde. Selon cette théorie, ce sont les pensées et les attitudes qui influent sur l'humeur, et non les événements; les émotions sont la façon dont nous interprétons ces derniers. Parmi les techniques cognitives les plus courantes, mentionnons la résolution de problèmes, la relaxation, la modélisation, la modification de modes de réflexion dénaturés, la remise en question de fausses prémisses et le remplacement de pensées destructives par des pensées productives.

**Composante comportementale.** La thérapie comportementale se fonde sur le principe voulant qu'il soit possible de remplacer un comportement indésirable en en apprenant d'autres plus souhaitables. Celle-ci mise sur la responsabilisation du patient pour un changement et pour établir une relation thérapeutique réaliste et efficace. Parmi les techniques comportementales les plus courantes, mentionnons l'apprentissage d'aptitudes sociales, la modélisation, la relaxation et les méthodes d'autogestion comme la pratique de nouvelles stratégies d'adaptation<sup>5</sup>.

Lorsque les composantes cognitive et comportementale sont combinées en une approche unique, les séances de traitement se tiennent généralement en groupe et sont dirigées par un intervenant qui aide les participants à acquérir des compétences au regard de la réflexion et du comportement. Les membres d'un groupe ont l'occasion d'apprendre ces compétences en prenant part à des exercices interactifs, à des échanges, à des travaux individuels ou en équipe, en étudiant des cas et en participant à des jeux de rôle. Après les traitements, des activités de suivi ponctuelles et à long terme aident les participants à rester sur la bonne voie et à relever de nouveaux défis. On se concentre alors sur l'apprentissage de méthodes de gestion de situations à risque élevé, comme les états émotifs négatifs ou les pressions exercées par l'entourage, grâce à des techniques structurées de prévention des rechutes.

**La prévention structurée des rechutes (PSR)** est une thérapie cognitivo-comportementale impliquant une douzaine de séances individuelles ou en groupe, puis des séances de suivi<sup>6,7</sup>. On enseigne aux participants à reconnaître et à prévoir les situations risquant d'entraîner une consommation d'alcool ou d'autres drogues (par exemple, lorsqu'ils font une sortie entre amis ou qu'ils se sentent seuls) ainsi qu'à mettre en œuvre des stratégies efficaces afin d'éviter les dérapages ou les rechutes\* ou simplement en minimiser l'incidence. Un examen récent<sup>8</sup> des travaux de recherche réalisés sur la prévention des rechutes laisse à penser que la PSR est particulièrement efficace pour traiter les problèmes d'alcool, lorsque plusieurs substances sont en cause et lorsque le traitement est combiné à une pharmacothérapie. D'autres approches associées au développement de compétences comportementales et qui sont souvent intégrées aux thérapies mentionnées précédemment se sont également révélées efficaces pour traiter les PAAD.

**Interventions brèves.** Au Canada, plusieurs études récentes ont montré que les traitements de courte durée sont tout aussi efficaces que ceux à plus long terme. C'est ainsi qu'on assiste à un recentrement des politiques relatives à la santé publique qui s'écartent de la conviction traditionnelle voulant que tous les toxicomanes aient besoin de traitements intensifs, pour plutôt considérer chaque cas comme un point le long d'un continuum des risques qualifiant la gravité des problèmes. Le recours à un tel continuum dans le cadre de l'évaluation permet d'adopter une approche rentable qui réserve les traitements les plus coûteux aux personnes ayant les problèmes les plus graves<sup>9</sup>.

Les **entrevues motivationnelles**<sup>10</sup> constituent une méthode clinique de courte durée (une à quatre séances) qui s'intéresse aux variations de motivation vécues au cours d'un processus de changement comportemental. Les entrevues se caractérisent par un style de counselling par lequel un partenariat est établi entre le conseiller et le client afin de mettre en valeur le point de vue et les forces de ce dernier. L'intervention est axée sur le client, elle est empathique et fondée sur la reformulation, montrant ainsi l'acceptation du client par le conseiller. On considère que le client possède les ressources et la motivation nécessaires pour changer, et il incombe au conseiller

\* Il importe de distinguer *dérápé* et rechute. Le premier désigne un retour ponctuel à la consommation suivant un traitement, alors que la rechute consiste à reprendre les mêmes habitudes de consommation (fréquence et quantité) qu'avant le traitement. Des stratégies distinctes doivent être adoptées pour chacune de ces situations.

## Les entrevues motivationnelles sont efficace auprès des buveurs et des toxicomanes, à qui elles procurent des avantages suivis et supérieurs à l'absence de traitement ou à l'usage d'un placebo, et elle se comparent avantageusement à des thérapies beaucoup plus longues et coûteuses.

de les faire ressortir. Le changement se produit en se concentrant sur les différences entre le comportement actuel et les valeurs et objectifs jugés importants.

Des travaux de recherche ont montré que les entrevues motivationnelles sont une technique d'intervention efficace auprès des buveurs et des toxicomanes, à qui elles procurent des avantages suivis et supérieurs à l'absence de traitement ou à l'usage d'un placebo, et elle se comparent avantageusement à des thérapies beaucoup plus longues et coûteuses<sup>11</sup>.

Le **soutien communautaire (SC)**<sup>12</sup> reconnaît le rôle que jouent une variété de pressions et de phénomènes sociaux et environnementaux relativement aux PAAD. Axé sur la découverte de ressources de rechange positives au sein d'un milieu social, le SC vise principalement à modifier les aspects importants de la vie, comme le travail, les loisirs et l'engagement familial, afin de favoriser un mode de vie plus valorisant que la toxicomanie. Une des stratégies de SC ayant fait l'objet de recherches exhaustives consiste en un programme incitatif recourant à l'octroi de bons pour promouvoir l'abstinence<sup>13</sup> : lorsqu'une personne soumet un échantillon d'urine sans trace de drogue, elle reçoit des bons échangeables contre des articles en magasin ou des services. Des travaux de recherche<sup>14</sup> indiquent que le SC peut réduire la consommation d'alcool (notamment lorsqu'il est combiné à la prise de disulfirame, ou Antabuse, un médicament qui entraîne des effets désagréables lorsqu'on boit de l'alcool) et qu'il est particulièrement efficace pour traiter la cocaïnomanie.

La **psychothérapie conjugale du comportement (PCC)**<sup>15</sup> consiste en une vingtaine de séances en couple ultrastructurées visant à réduire la toxicomanie directement et à restructurer les interactions conjugales dysfonctionnelles qui favoriseraient les PAAD. La PCC tente de faire contribuer la famille au processus de changement ainsi que de modifier les interactions conjugales et familiales pour renforcer l'abstinence à long terme. De nombreuses constatations corroborent l'efficacité de la PCC par rapport à d'autres approches familiales, ne serait-ce que pour les couples engagés dans une relation durable<sup>16</sup>. On a en outre documenté des améliorations dans d'autres domaines d'interaction, comme la violence conjugale.

**Programmes d'autothérapie et programmes fondés sur le modèle Minnesota.** Sans que leur efficacité ne repose sur autant de données

empiriques que celle d'autres traitements mentionnés précédemment, de nombreuses approches thérapeutiques populaires donnent néanmoins des résultats positifs. La participation à des services d'autothérapie comme les Alcooliques anonymes (AA) ou les Narcotiques anonymes (NA) procure des avantages pour de nombreuses personnes bien que leur efficacité n'ait pas encore été comparée précisément à celle d'autres types de traitement<sup>17</sup>.

Les principes directeurs des AA sont à la base d'un régime thérapeutique en établissement, d'une durée de 21 à 28 jours, connu sous le nom de modèle Minnesota, lequel, jusqu'à tout récemment, constituait la principale méthode de traitement de la toxicomanie. De nombreux centres de réadaptation nord-américains ont recours à ce modèle afin de guider leurs clients tout au long des douze étapes du programme des AA, de les inciter à prendre un engagement à vie envers les AA et à devenir abstinent suite au traitement. Malgré la popularité du modèle Minnesota, peu d'essais cliniques comparatifs ont été réalisés afin d'en établir l'efficacité<sup>18</sup>.

### Traitement psychopharmacologique

Dernièrement encore, le traitement psychopharmacologique des PAAD était surtout réservé aux cas d'intoxication et de sevrage ou, notamment dans le cas du disulfirame (Antabuse), un médicament qui entraîne des effets désagréables lorsqu'on boit de l'alcool, servait à favoriser l'abstinence à court terme. Cependant, les faits constatés donnent à penser que le disulfirame ne serait pas plus efficace qu'un placebo pour maintenir l'abstinence, et d'autres traitements pharmacologiques des PAAD sont empiriquement plus éloquentes. L'un d'entre eux, le naltrexone (ReVia), approuvé par la U.S. Food and Drug Administration (FDA) en 1995 et maintenant disponible au Canada, est un antagoniste des opioïdes minimisant les effets positifs associés à la consommation d'alcool, comme l'euphorie. Des essais cliniques montrent que le naltrexone retarde nettement les rechutes tout en facilitant l'abstinence<sup>19</sup>, particulièrement lorsqu'on y adjoint une thérapie cognitivo-comportementale. Dans le cas de drogues opioïdes comme l'héroïne, le naltrexone pourrait diminuer le caractère revigorant de la consommation, mais il n'est pas aussi efficace à long terme puisque les patients tendent à interrompre leur traitement.

L'acétylhomotaurinate calcique (Acamprosate, Campral), utilisé en Europe depuis une quinzaine d'années, a été approuvé récemment

## Lorsque les personnes prennent une part active à la planification de leur traitement, leur motivation est amplifiée, de même que la probabilité d'obtenir de l'aide.

aux États-Unis. Il semble favoriser l'achèvement d'un traitement et retarder le retour à la consommation, et il est associé à un taux d'abstinence supérieur à celui d'un placebo. Par ailleurs, il est établi que le traitement continu de la dépendance à l'héroïne par la méthadone réduit l'injection de drogue et les risques d'infection au VIH, améliore l'intégration sociale et professionnelle, limite l'activité criminelle et réduit le nombre de décès<sup>20</sup>. En outre, la buprénorphine, un autre substitut aux opiacés qu'on combine habituellement au naloxone (Narcan), un antagoniste des narcotiques, permet de traiter la consommation abusive d'opioïdes et peut être administrée dans un cabinet de médecin<sup>21</sup>.

### Décalages entre la recherche et la pratique

Depuis 1999, Santé Canada produit une série de rapports approfondis fondés sur des résultats cliniques et portant sur le traitement de la dépendance à l'égard de l'alcool ou de la drogue. Ceux-ci se penchent sur des modèles exemplaires et applicables à un vaste éventail de groupes de traitement, notamment la population en général, les femmes, les personnes âgées et les jeunes, ainsi à des groupes particuliers, comme les toxicomanes atteints de maladie mentale (troubles concomitants), les conducteurs aux facultés affaiblies et les personnes dépendantes aux opioïdes. Santé Canada les a fait suivre d'une série d'ateliers et de séances de consultation sur le terrain afin de promouvoir l'adoption de traitements empiriques.

Dans de nombreuses disciplines du domaine de la santé, il existe un décalage entre la recherche et la pratique, ce qui signifie que les meilleurs traitements disponibles ne sont pas nécessairement ceux offerts. Ce décalage est particulièrement évident en ce qui concerne le traitement des problèmes d'alcool ou de drogue, domaine dont le personnel est généralement jugé moins perfectionné que celui d'autres secteurs des soins de santé, notamment la santé mentale<sup>22</sup>. Pour ce qui est du perfectionnement professionnel, la main-d'œuvre canadienne en matière de dépendances est relativement faible et n'est pas représentée par un organisme national chargé de conférer un agrément ou une certification.

Plusieurs raisons justifient ce décalage entre la production et le transfert de connaissances. En effet, le Canada ne dispose actuellement d'aucun mécanisme comparable aux Addiction Technology Transfer Centers américains, qui ont été mis sur pied par le Center for Substance Abuse Treatment au sein de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) expressément pour favoriser la transmission du savoir dans le domaine.

Sur le plan clinique, les traitements fondés sur des résultats tendent à être très structurés, et nombre de cliniciens hésitent à céder un peu de leur liberté professionnelle pour prodiguer un traitement à leur convenance<sup>23</sup>. En outre, les thérapies novatrices doivent faire concurrence à des dogmes bien établis, mais ne reposant sur aucune preuve scientifique. Par exemple, les recommandations actuelles relativement aux PAAD peinent à s'imposer face à l'idée fictive couramment répandue voulant que tous les cas de PAAD exigent des soins intensifs et doivent mener à l'abstinence à vie. Par conséquent, les interventions brèves sont négligées et les traitements excessifs, courants<sup>24</sup>.

Malgré les avantages manifestes du traitement suivi de la dépendance à l'héroïne par la méthadone, cette forme de thérapie n'est offerte que par quelques programmes pourvus de critères d'admission rigoureux<sup>25</sup>. Le naltrexone, même s'il est disponible aux États-Unis et au Canada depuis un certain temps, n'est pratiquement jamais utilisé, et de nombreux cliniciens ne sont pas au courant des fortes indications tendant à prouver son efficacité à prévenir les rechutes; le naltrexone générant peu de profits, contrairement aux antidépresseurs, des raisons commerciales pourraient contribuer à expliquer cette situation. Enfin, les médicaments qui bloquent ou imitent les effets agréables associés à la consommation d'alcool ou d'autres drogues sont souvent écartés, étant jugés n'être qu'une « béquille »<sup>26</sup>.

On estime de plus en plus que la transmission du savoir, processus visant la diffusion et l'utilisation de pratiques innovatrices et fondées sur des résultats, fait partie intégrante de la recherche sur les PAAD et du traitement de ces derniers. Trouver des stratégies efficaces à cet effet devient en soi un sujet de recherche qui gagne en popularité. Les approches novatrices en matière de transmission du savoir pourraient améliorer l'adoption et la pratique de traitements des PAAD reposant sur des résultats cliniques. Elles incluent le recours à Internet pour sensibiliser la population aux PAAD de même que pour favoriser l'autodépistage et la décision de changer<sup>27</sup>, ainsi que pour élaborer des mécanismes de soutien décisionnel assistés par ordinateur visant à inciter les cliniciens débordés ou non spécialistes à procéder à un dépistage et à de brèves interventions<sup>28</sup>.

### Retour sur l'étude de cas

En appliquant une norme fondée sur des résultats à la situation de Jean, il est possible de conclure que ses habitudes de consommation d'alcool constituent vraisemblablement un problème léger ou modéré et qu'il n'est pas « alcoolique » (c'est-à-dire qu'il n'a aucune

## Survol : combler le décalage entre la recherche et la pratique

- Des données théoriques et empiriques prouvent l'efficacité de nombreux modèles d'évaluation et de traitement des PAAD qui existent au Canada.
- Tout traitement ayant un fondement théorique, établi sur la base de résultats et offert par un thérapeute formé à cet effet, bien supervisé et se guidant d'un manuel procure des résultats plus positifs que l'absence de traitement ou le recours à des interventions non spécifiques, comme le counselling sans fondement théorique et les processus et objectifs thérapeutiques mal définis<sup>29, 30</sup>.
- Une échelle tenant compte de la gravité des problèmes de toxicomanie et des divers traitements possibles devrait être établie. En général, les services les plus coûteux, les plus intensifs et les plus longs devraient être réservés aux personnes manifestant les problèmes chroniques les plus graves, puisqu'un grand nombre de gens ayant des PAAD mineurs pourraient obtenir d'excellents résultats simplement en suivant des traitements courts et ayant une intensité réduite.
- Un décalage entre la recherche et la pratique existe au Canada et ailleurs, les programmes fondés sur des résultats étant encore sous-utilisés. Un grand nombre des traitements pour les PAAD offerts au Canada ne reposent sur aucune théorie éprouvée et sont étayés par peu d'observations scientifiques, voire aucune.
- Au Canada, les professionnels de la dépendance manquent de cohésion; il n'existe aucun organisme national regroupant les fournisseurs de services ou conférant un agrément ou une certification.
- La sensibilisation du public et des professionnels de la santé de même qu'un engagement politique envers le traitement des PAAD sont essentiels à la réussite et à l'amélioration des services d'évaluation et de traitement offerts aux personnes ayant besoin d'aide.

dépendance à l'égard de l'alcool). Pour bien mesurer son problème, nous recommandons de demander à une infirmière ou à un autre professionnel de la santé de procéder rapidement à une évaluation objective pour ensuite en communiquer les résultats au médecin.

Le médecin rencontre ensuite Jean pendant une vingtaine de minutes afin de formuler des commentaires objectifs sur sa consommation d'alcool, sans porter de jugement, et de passer en revue les facteurs de risque associés à celle-ci par rapport à celle d'un groupe-type de buveurs de son âge. En effet, en milieu clinique, les gens sont souvent plus enclins à modifier leurs habitudes lorsqu'ils comparent leur situation à celle de personnes qui boivent de façon sécuritaire. Le médecin invite ensuite son patient à interpréter ses habitudes de consommation d'alcool et à examiner plus en profondeur les facteurs de risque existants.

Si Jean reconnaît avoir un comportement à risque, son médecin peut fixer divers objectifs à atteindre, allant d'une consommation sécuritaire à l'abstinence. Ultimement, il incombe à Jean de maîtriser sa consommation d'alcool et de se prendre en charge, notamment grâce aux méthodes d'autoassistance, à la motivation au changement dirigée ou à une intervention brève. Pour terminer la rencontre, le médecin fait le point sur la situation de Jean, sur son type de consommation et sur les coûts et avantages de la démarche, reconnaît les forces de son patient et passe en revue le plan d'action convenu.

L'empathie permet d'établir une relation thérapeutique et de convaincre le patient qu'il lui incombe de changer son comportement. On juge cette approche plus efficace que le style conflictuel décrit au début du chapitre.

### Conclusions et répercussions pour le Canada

Les interventions en matière de PAAD évoluent, au Canada comme à l'étranger, passant du recours à des modèles pauvres en données théoriques et en recherches à un éventail de modèles de traitement reposant sur des résultats théoriques et empiriques exhaustifs. Une évolution semblable marque aussi le traitement à caractère médical de la toxicomanie, ce qui ne manque pas d'importance puisque aucune approche unique ne s'est encore révélée être universellement plus efficace que toutes les autres.

En outre, il est de plus en plus évident que lorsque les personnes prennent une part active à la planification de leur traitement, leur motivation est amplifiée, de même que la probabilité d'obtenir de l'aide. Le Canada a besoin d'une infrastructure thérapeutique diversifiée, efficace et fondée sur les résultats, qui permet aux clients éclairés de choisir leur traitement avec confiance parmi un éventail de possibilités, une composante essentielle de l'optimisation de la thérapie.

En plus des progrès réalisés dans le traitement efficace des PAAD, les méthodes de détection et d'évaluation des habitudes critiques de consommation d'alcool ou d'autres drogues se sont elles aussi améliorées. Associées aux approches d'intervention brève, ces méthodes peuvent procurer des avantages, y compris financiers, significatifs, notamment en santé de première ligne, où les PAAD sont souvent d'abord remarqués. La participation active des divers professionnels de la santé au dépistage des PAAD est tout aussi pertinente pour la santé de la population que des bons programmes de dépistage établis pour d'autres problèmes de santé courants, comme le tabagisme. ■

## Références bibliographiques

- 1 Danielsson, P. E., F. P. Rivara, L. M. Gentilello et R. V. Maier. « Reasons why trauma surgeons fail to screen for alcohol problems », *Archives of Surgery*, n° 134, 1999, p. 564-568.
- 2 Miller, W. R. et P. L. Wilbourne. « Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders », *Addiction*, n° 97, 2002, p. 265-277.
- 3 Ogborne, A. et G. Roberts. *Meilleures pratiques – Alcoolisme et toxicomanie : Traitement et réadaptation*, Ottawa, Santé Canada, 1998.
- 4 Miller, W. R., J. M. Brown, T. L. Simpson, N. S. Handmaker, T. H. Bien, L. F. Luckie, H. A. Montgomery, R. K. Hester et J. S. Tonigan. « What Works? A Methodological Analysis of the Alcohol Treatment Outcome Literature ». Dans R. K. Hester et W. R. Miller (éd.). *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*, Massachusetts, Allyn and Bacon, 1995.
- 5 Wanberg, K. W. et H. B. Milkman. *Criminal Conduct and Substance Abuse Treatment*, Californie, Sage Publications, 1998.
- 6 Graham, K., H. M. Annis, P. J. Brett et P. Venesoen. « A controlled field trial of group versus individual cognitive-behavioural training for relapse prevention », *Addiction*, n° 91, 1996, p. 1127-1139.
- 7 Annis, H. M. « Relapse to substance abuse: empirical findings within a cognitive-social learning approach », *Journal of Psychoactive Drugs*, n° 22, 1990, p. 117-124.
- 8 Irvin, J. E., C. A. Bowers, M. E. Dunn et M. C. Wang. « Efficacy of relapse prevention: a meta-analytic review », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n° 67, 1999, p. 563-570.
- 9 Ogborne, A. et G. Roberts. 1998.
- 10 Miller, W. R. et S. Rollnick. *Motivational Interviewing (2<sup>nd</sup> Edition): Preparing People for Change*, New York, Guilford Press, 2002.
- 11 Burke, B. L., H. Arkowitz et M. Menchola. « The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n° 71, 2003, p. 843-861.
- 12 Roozen, H. G., J. J. Boulogne, M. W. van Tulder, W. van den Brink, C. A. De Jong et A. J. Kerkhof. « A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction », *Drug and Alcohol Dependence*, n° 74, 2004, p. 1-13.
- 13 Higgins, S. T., S. C. Sigmon, C. J. Wong, S. H. Heil, G. J. Badger, R. Donham et al. « Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients », *Archives of General Psychiatry*, n° 60, 2003, p. 1043-1052.
- 14 Roozen, H. G. et al. 2004.
- 15 O'Farrell, T. J. et W. Fals-Stewart. « Behavioural couples and family therapy for substance abusers », *Current Psychiatry Report*, n° 4, 2002, p. 371-376.
- 16 O'Farrell, T. J. et W. Fals-Stewart. « Alcohol abuse », *Journal of Marital and Family Therapy*, n° 29, 2003, p. 121-146.
- 17 Morgenstern, J., E. Labouvie, B. McCrady, C. W. Kahler et R. M. Frey. « Affiliation with Alcoholics Anonymous after treatment: a study of its therapeutic effects and mechanisms of action », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, n° 65, 1997, p. 768-777.
- 18 Swearingen, C. E., A. Moyer et J. W. Finney. « Alcoholism treatment outcome studies, 1970-1998. An expanded look at the nature of the research », *Addictive Behaviour*, n° 28, 2003, p. 415-436.
- 19 Streeton, C. et G. Whelan. « Naltrexone, a relapse prevention maintenance treatment of alcohol dependence: a meta-analysis of randomized controlled trials », *Alcohol*, no 36, 2001, p. 544-552.

- 20 Zweben, J. E. et J. T. Payte. « Methadone maintenance in the treatment of opioid dependence. A current perspective », *Western Journal of Medicine*, n° 152, 1990, 588-599.
- 21 Raisch, D. W., C. L. Fye, K. D. Boardman et M. R. Sather. « Opioid dependence treatment, including buprenorphine/naloxone », *Annals of Pharmacotherapy*, n° 36, 2002, p. 312-321.
- 22 Roche, Anne. *What is Workforce Development?*, National Center for Education and Training, Australie, [s. d.].
- 23 Cunningham et al. 1998.
- 24 Kosanke, N., S. Magura, G. Staines, J. Foote et A. DeLuca. « Feasibility of matching alcohol patients to ASAM levels of care », *American Journal of Addiction*, n° 11, 2002, p. 124-134.
- 25 Bailey, K. P. « Pharmacological treatments for substance use disorders », *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, n° 42, 2004, p. 14-20.
- 26 O'Brien, C. P. « The Mosaic of Addiction », *American Journal of Psychiatry*, n° 161, 2004, p. 1741-1742.
- 27 Squires, D. D. et R. K. Hester. « Using technical innovations in clinical practice: the Drinker's Check-Up software program », *Journal of Clinical Psychology*, n° 60, 2004, p. 159-169.
- 28 Brown, T. G., J. Topp et D. Ross. « Rationales, obstacles and strategies for local outcome monitoring systems in substance abuse treatment settings », *Journal of Substance Abuse Treatment*, n° 24, 2003, p. 31-42.
- 29 Berglund, M., S. Thelander, M. Salaspuro, J. Franck, S. Andreasson et A. Ojehagen. « Treatment of alcohol abuse: an evidence-based review », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, n° 27, 2003, p. 1645-1656.
- 30 Stinchfield, R. et P. Owen.



*Célibataire et prestataire de l'aide sociale, Normand, 33 ans, vit dans un refuge du centre-ville réservé aux hommes. Depuis dix ans, à raison de quatre à cinq jours par semaine, il consomme des opioïdes (antidouleurs) à des fins récréatives. En règle générale, il prend des médicaments d'ordonnance, comme le Percocet, le Percodan, le MS Contin et l'OxyContin, mais il lui arrive aussi de prendre des Tylenol 3 et de la méthadone, selon ce qui lui est offert sur la rue et l'argent dont il dispose. Normand gagne sa vie en procédant à du trafic de drogues à petite échelle, en quête et en volant à l'occasion. Certains des médicaments qu'il consomme lui ont été prescrits pour son dos par le médecin d'une clinique sans rendez-vous, et il complète le tout avec ce qu'il obtient de revendeurs de rue qui se fournissent en feignant des symptômes de douleur chronique auprès de nombreux médecins afin d'obtenir de multiples ordonnances pour des antidouleurs, qu'ils font remplir dans diverses pharmacies.*



# Abus de médicaments d'ordonnance

Jürgen Rehm, Ph. D.  
Centre de toxicomanie et de santé mentale  
et Université de Toronto

John Weekes, Ph. D.  
Centre canadien de lutte contre  
l'alcoolisme et les toxicomanies

*Révisé par*

D<sup>re</sup> Christiane Poulin, FRCPC  
Département de santé communautaire et d'épidémiologie  
Université Dalhousie

## AUTEURS

**Jürgen Rehm, Ph. D.**, est scientifique principal au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) et titulaire de la chaire conjointe de l'Université de Toronto et du CAMH sur les politiques en matière de toxicomanie. Ses travaux de recherche portent principalement sur l'épidémiologie et les politiques relatives à la consommation de substances, et il a publié sur ce sujet plus de 300 documents revus par des pairs.

**John Weekes, Ph. D.**, est analyste principal de la recherche au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies ainsi que professeur de recherche auxiliaire au département de psychologie de l'Université Carleton. Anciennement coordonnateur de la Stratégie nationale antidrogue au Service correctionnel du Canada, il offre des services d'expert-conseil à divers organismes gouvernementaux et non gouvernementaux de l'étranger sur des questions touchant l'abus de substances

## Abus de médicaments d'ordonnance contrôlés au Canada

Au Canada comme ailleurs dans le monde, le problème de la consommation abusive de médicaments d'ordonnance n'a rien de nouveau. En 1979, un éditorial paru dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*<sup>1</sup> relevait le problème de l'abus de médicaments narcotiques et soulignait le besoin d'acquiescer davantage de connaissances et de contrôle à ce sujet. Pourtant, les statistiques actuelles révèlent que les paroles de ces éditorialistes sont aujourd'hui plus vraies que jamais.

Le *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques* (CPSP), publié par l'Association des pharmaciens du Canada, regroupe des centaines de médicaments et de produits pharmaceutiques licites<sup>2</sup>. Le présent chapitre se contentera de traiter de la consommation non médicale ou récréative de médicaments ayant des propriétés *psychotropes*, c'est-à-dire des produits régis par les conventions internationales des Nations Unies relatives aux substances narcotiques ou psychotropes et comprenant notamment les antidouleurs opiacés, les calmants comme les benzodiazépines, les stimulants et les amphétamines de même que les sédatifs et les barbituriques. Au Canada, ces substances « contrôlées » sont régies par la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDas), qui les répartit en diverses catégories, ou annexes<sup>3</sup>.

## Ampleur de l'abus de médicaments d'ordonnance au Canada

Il n'existe aucune statistique précise sur le nombre de personnes au Canada qui consomment des médicaments d'ordonnance à des fins non médicales ou qui en sont dépendantes puisqu'il n'y a aucun système national ou mécanisme de surveillance permettant de mesurer le phénomène. Par conséquent, l'ampleur et la nature du problème à l'égard de médicaments d'ordonnance ne peuvent être mesurées qu'indirectement en analysant les statistiques relatives à la distribution et à la vente ainsi que l'évolution annuelle de la délivrance d'ordonnance pour des catégories données de médicaments.

Ces sources révèlent que les Canadiens comptent parmi les plus grands consommateurs de médicaments psychotropes au monde. Ainsi, en 2002, le Canada se classait en quatrième

## Malgré les prix élevés en vigueur sur le marché noir, il serait plus économique et plus facile aux personnes ayant une dépendance de se procurer des médicaments d'ordonnance que des drogues illicites, comme l'héroïne

position pour l'usage par habitant de narcotiques d'ordonnance et en deuxième position pour celui de sédatifs hypnotiques (y compris les benzodiazépines), et constituait l'un des quinze pays où des amphétamines étaient le plus couramment prescrites<sup>4, 5</sup>. Ces données élevées par habitant ont été confirmées par diverses études, mais aucune enquête nationale n'a encore été réalisée afin de déterminer ou d'évaluer l'ampleur de cette consommation à des fins non médicales ou de l'abus de médicaments d'ordonnance, puisque les taux de consommation de médicaments psychotropes ne constituent pas de bons indicateurs de l'abus. Parmi les indicateurs indirects de l'abus de médicaments d'ordonnance, mentionnons les cas de vol et de fraude (contrefaçon et altération frauduleuse d'ordonnances) rapportés par les pharmacies, les hôpitaux, les cliniques et les cabinets de médecin.

L'ampleur et la nature de l'abus de médicaments d'ordonnance peuvent également être estimées en étudiant les données sur les admissions dans des centres de désintoxication, des programmes de traitement ainsi que des services d'urgence, en passant en revue les rapports de coroners sur les cas de surdose ainsi qu'en analysant le type et la gravité des problèmes de toxicomanie en milieu carcéral<sup>6</sup>. À Toronto, le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) a déterminé, en examinant les chiffres rapportés par les centres de traitement ontariens pour 1999 et 2000, que jusqu'à 11 % des personnes admises comptaient les médicaments d'ordonnance parmi les substances dont ils abusaient<sup>7</sup>.

Certains pays ont procédé à des enquêtes nationales et mis sur pied des systèmes de suivi, comme la National Household Survey on Drug Abuse<sup>8</sup> et le Drug Abuse Warning Network (DAWN)<sup>9</sup> aux États-Unis, et la National Drug Household Survey<sup>10</sup> en Australie, qui mesurent directement la proportion de la population qui abuse des médicaments d'ordonnance. Ainsi, la National Household Survey on Drug Abuse, réalisée en 2001, a révélé que plus de onze millions d'Américains (8 % des personnes âgées de 12 ans et plus) avaient déjà consommé des médicaments à des fins non médicales. Les conclusions de ces enquêtes montrent en outre que ce type d'usage gagne en importance depuis dix ans pour tous les grands groupes de médicaments d'ordonnance<sup>11, 12</sup>.

Dans les provinces de l'Atlantique, un groupe de travail s'est penché sur l'abus de l'analgésique opioïde semi-synthétique appelé Oxy-

Contin et a déterminé qu'un nombre restreint de médecins avait rédigé des ordonnances pour de grandes quantités de ce produit de même que pour d'autres substances contrôlées, notamment les benzodiazépines<sup>13</sup>. Ainsi, les données obtenues à l'aide du programme pilote de suivi des ordonnances de Terre-Neuve-et-Labrador ont révélé, alors que 68 % des médecins ont délivré moins de cent ordonnances pour des substances contrôlées au cours d'une période de 16 mois, que 2 % en avaient rédigé plus de 2 500 et 1 %, plus de 5 000<sup>14</sup>.

### Comment s'effectue le détournement des médicaments d'ordonnance?

Le détournement de médicaments d'ordonnance à des fins non médicales s'effectue de diverses façons; la liste qui suit résume certaines des méthodes les plus courantes<sup>15, 16, 17</sup>.

- Obtention d'ordonnances multiples en consultant plusieurs médecins;
- Vol de médicaments dans des cabinets de médecin, des pharmacies, des cliniques et des hôpitaux ainsi que chez des grossistes;
- Vol de blocs et falsification d'ordonnances;
- Vente de fausses ordonnances par des médecins;
- Achat de médicaments auprès d'amis, de parents ou de revendeurs à qui ils ont été prescrits légitimement;
- Vol par effraction d'un lieu privé ou auprès de clients sortant d'une pharmacie;
- Détournement de médicaments directement chez le grossiste (notamment pendant les opérations de transport ou de distribution);
- Détournement de médicaments dans les centres de traitement pour toxicomanes (p. ex., méthadone);
- Achat de médicaments sur Internet.

### Qui abuse des médicaments d'ordonnance?

La majorité des recherches indiquent que l'abus de médicaments d'ordonnance est présente dans toutes les strates sociales, mais que les adolescents, les jeunes adultes, les aînés, les femmes et les autochtones semblent particulièrement à risque. Ainsi, la National Household Survey on Drug Abuse a déterminé que c'est parmi les adolescents et les jeunes adultes qu'on retrouve les taux les plus élevés d'usage de médicaments d'ordonnance à des fins non médicales et que ces personnes consomment souvent plusieurs substances à la fois, tant licites qu'illicites<sup>18</sup>.

Dans les provinces de l'Atlantique, le groupe de travail sur l'Oxy-Contin a révélé qu'un nombre croissant de jeunes abusent de ce médicament et que, sur une période de six mois, une cinquantaine d'entre eux ont fait appel à des services externes en santé mentale à St. John's (T.-N.-L.)<sup>19</sup>. L'habitude de consommer des médicaments d'ordonnance à des fins non médicales semble s'établir à l'adolescence pour ensuite évoluer jusqu'à inclure l'abus de plusieurs substances à l'âge adulte. Par ailleurs, le risque de surdose fatale serait plus élevé lorsque l'abus de médicaments d'ordonnance est en cause<sup>20</sup>.

Une analyse des données américaines<sup>21, 22</sup> révèle que les femmes sont 50 % plus susceptibles que les hommes d'être dépendantes aux médicaments d'ordonnance, alors que ces derniers tendent davantage à abuser aussi de l'alcool s'ils usent de telles substances à des fins non médicales<sup>23</sup>.

L'abus de médicaments d'ordonnance est un problème de longue date chez les populations autochtones du Canada<sup>24</sup>; elle prévaut toujours<sup>25</sup>, même si les données exactes sur ce phénomène sont rares.

Par ailleurs, les statistiques montrent que jusqu'à 20 % des Canadiens âgés de 60 ans et plus consommeraient des antidouleurs durant une période prolongée<sup>26</sup> et que l'usage abusif de médicaments (surconsommation ou non-respect de la posologie) est courant chez ces personnes. En règle générale, les aînés tendent à consommer des psychotropes d'ordonnance en plus grande quantité que les personnes plus jeunes et se font prescrire des doses plus élevées de benzodiazépines (calmants) pour une période plus longue que nécessaire d'un point de vue médical. La consommation à long terme s'accompagne d'un lot de répercussions négatives, notamment l'accroissement du risque de développer une dépendance et de chuter ou de subir d'autres types d'accidents ainsi que l'affaiblissement des facultés intellectuelles. Une étude réalisée au Québec a déterminé que chez les usagers de benzodiazépines, ce sont les personnes âgées qui faisaient remplir le plus d'ordonnances et qui étaient les moins renseignées sur les effets, notamment secondaires, de ces substances<sup>27</sup>.

### **Pourquoi détourner les médicaments d'ordonnance à des fins non médicales?**

Divers facteurs expliquent la popularité de ce phénomène. En premier lieu, le trafic de médicaments d'ordonnance est une

entreprise hautement lucrative : une étude réalisée à Vancouver en 1998 confirme que le trafic de divers médicaments dégage une marge bénéficiaire considérable. Ainsi, un comprimé de 60 mg de MS Contin (morphine à libération prolongée), dont le coût s'élève à 1,70 \$ en pharmacie, se vend en moyenne 35 \$ chez les revendeurs, pour une marge de 2 059 %, alors que pour 4 mg de Dilaudid, les prix s'élèvent respectivement à 0,32 \$ et 32 \$ (marge de 7 800 %)<sup>28</sup>. En fait, le trafic de médicaments d'ordonnance constitue l'un de ces cas d'exception où un produit de contrebande gagne en valeur au moment de sa revente. À l'inverse, un téléviseur ou un magnétoscope se vendraient rarement à un prix supérieur à son prix en magasin. En outre, les médicaments sont plus faciles à cacher et à transporter que du matériel électronique.

Malgré les prix élevés en vigueur sur le marché noir, il serait plus économique et plus facile aux personnes ayant une dépendance de se procurer des médicaments d'ordonnance, en obtenant des ordonnances auprès de plusieurs médecins ou en acceptant de payer le prix exigé par les revendeurs, que des drogues illicites, comme l'héroïne<sup>29</sup>. En outre, certains de ces médicaments consommés à des fins non médicales sont parfois remboursés par des plans d'assurance-médicaments ou par le régime d'aide sociale.

La popularité du détournement de médicaments d'ordonnance pourrait également s'expliquer par la conviction qu'ont les usagers à des fins non médicales que les substances produites légalement par des sociétés pharmaceutiques réputées soient moins nocives et moins dangereuses que celles fabriquées à l'aide d'ingrédients douteux dans des laboratoires clandestins insalubres par des personnes ayant des liens directs avec le crime organisé. Si, en principe, ce phénomène est bien réel, les taux élevés de consommation abusive, de dépendance et de surdose impliquant des médicaments d'ordonnance laissent à penser qu'il s'agit d'un grave problème de société. De plus, les consommateurs peuvent croire que la possession de médicaments est moins compromettante que celle de drogues comme l'héroïne ou le crack s'ils se font interpellés par la police.

En dernier lieu, le secteur de la production, de la distribution et de l'administration de médicaments d'ordonnance emploie littéralement des dizaines de milliers de personnes au Canada et engage des milliers de pharmacies, d'hôpitaux, de cliniques et de cabinets de

médecin. Malgré le professionnalisme et l'éthique irréprochable de la vaste majorité de ces intervenants, il suffit d'une poignée de personnes corrompues et rongées par l'appât du gain pour réussir à fournir en médicaments des régions entières du pays à des fins non médicales.

### Comment lutter contre l'abus de médicaments d'ordonnance?

La réponse habituelle à cette question est d'améliorer la sensibilisation et la formation, notamment auprès des médecins, qui prescrivent les médicaments, des pharmaciens, qui remplissent les ordonnances, et des patients. Ainsi, les médecins peuvent apprendre à reconnaître les comportements caractéristiques de ceux qui cherchent à tout prix à obtenir des médicaments et d'autres indices révélateurs, à sensibiliser leurs patients à leur régime posologique et à établir des lignes directrices fermes, mais raisonnables relativement à la rédaction d'ordonnances<sup>30</sup>. D'autres méthodes de sensibilisation du public pourraient plutôt être axées sur les effets associés à diverses substances.

Même si les objectifs visés par la sensibilisation et la formation des professionnels de la santé et des patients sont louables, les recherches indiquent que ces mesures ont *peu de répercussions, voire aucune*, sur le comportement des médecins si elles ne s'accompagnent pas d'un avis officiel adressé à ces derniers sur leurs procédés de rédaction d'ordonnances<sup>31</sup>.

Parmi les autres mesures de prévention envisageables, mentionnons le resserrement de la réglementation relative à la rédaction d'ordonnances par les médecins et à leur délivrance par les pharmaciens, une mesure qui n'est efficace que si la réglementation est appliquée et que toute infraction est punie<sup>32</sup>. De telles mesures exigent une surveillance gouvernementale ainsi que la mise en œuvre de programmes de lutte contre les détournements semblables aux systèmes électroniques de suivi utilisés dans plusieurs États américains<sup>33</sup> et certaines provinces canadiennes.

Le contrôle et la surveillance électroniques des ordonnances semble une méthode prometteuse pour réduire l'obtention d'ordonnances auprès de plusieurs médecins ainsi que les risques associés à l'usage abusif de médicaments. Le Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments de la Chambre des communes a retenu PharmNet, de la Colombie-Britannique, comme modèle de système exhaustif de contrôle et de suivi des

## Survol : solutions à l'abus de médicaments d'ordonnance

- En 2002, le Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments de la Chambre des communes a recommandé la mise en œuvre de systèmes permettant de suivre en temps réel les ordonnances prescrites pour des médicaments susceptibles d'être consommés abusivement ainsi que leur délivrance<sup>38</sup>. Le système PharmNet, utilisé en Colombie-Britannique, représenterait un modèle de pointe à cet égard.
- Les solutions rentables aux problèmes d'abus de médicaments exigent la mise en œuvre d'un système exhaustif et permanent évaluant avec exactitude la nature, l'ampleur et les conséquences des abus. Des enquêtes ponctuelles ne peuvent fournir les données nécessaires pour contrer les problèmes de consommation excessive de médicaments d'ordonnance au Canada.
- Les incitatifs financiers associés au détournement et à la revente de médicaments d'ordonnance sont si considérables qu'il faut mettre sur pied un système réglementaire et coercitif, faute de quoi toute intervention ou presque demeurera inefficace.
- Le moindre maillon faible dans la chaîne de production, de distribution et d'administration peut entraîner une avalanche de médicaments d'ordonnance pouvant être consommés à des fins non médicales dans des régions entières.

ordonnances à imiter dans le reste du pays. En outre, dans les provinces de l'Atlantique, le groupe de travail sur l'OxyContin a recommandé que Santé Canada mette sur pied un système officiel de suivi pour tous les narcotiques délivrés sur ordonnance<sup>34</sup>.

À ce jour, cinq provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba et Nouvelle-Écosse) ont mis sur pied un système de suivi des ordonnances multiples afin de réduire les détournements de certains médicaments à risque élevé de revente et d'abus. Même si ces programmes n'ont fait l'objet d'aucun travail de recherche exhaustif, des études existantes laissent à penser que l'instauration de programmes semblables pousse certains médecins à prescrire des médicaments non régis par ces programmes<sup>35</sup>, ce qui pourrait entraîner la multiplication d'ordonnances prescrites pour des médicaments moins appropriés<sup>36</sup>.

Enfin, les inquiétudes associées à l'abus de certains médicaments pourraient inciter le milieu médical à envisager de recourir à d'autres pratiques thérapeutiques pour gérer la douleur ou pour traiter d'autres états pathologiques habituellement soignés à l'aide de médicaments. Toutefois, ces mesures ne devraient être adoptées que si les patients avaient accès à des antidouleurs au besoin.

### Conclusions et répercussions pour le Canada

Même si aucun chiffre exact n'est encore disponible à ce sujet, l'abus de médicaments d'ordonnance représente un problème majeur de santé publique au Canada. Un rapport récent du Bureau du vérificateur général du Canada recommande une amélioration de l'analyse et de la diffusion des renseignements relatifs aux rythmes de consommation de médicaments au Canada<sup>37</sup>. De toute

évidence, il existe un marché noir pour de nombreux médicaments d'ordonnance dans les villes canadiennes ainsi que des incitatifs financiers réels associés au trafic de ces produits.

Il semble en outre que certains médecins tendent à prescrire trop facilement des médicaments susceptibles d'entraîner la consommation abusive. On a vu qu'une minorité d'entre eux dans les provinces de l'Atlantique, par exemple, rédigent un nombre excessif d'ordonnances pour des antidouleurs et d'autres substances contrôlées, et que le moindre maillon faible dans la chaîne de production, de distribution et d'administration peut entraîner une avalanche de médicaments d'ordonnance détournés à des fins non médicales dans des régions entières.

Au Canada, l'abus de médicaments d'ordonnance est une question complexe qui impose à la société des coûts faramineux, mais nous ne disposons pour l'instant d'aucune méthode permettant de mesurer l'ampleur du problème. Les travaux de recherche doivent chercher à comprendre cette dernière et à en évaluer les conséquences pour la santé, la situation financière et le bien-être des Canadiens; ces travaux permettront aussi d'élaborer des interventions fondées sur les résultats afin de réduire les méfaits de l'abus de médicaments d'ordonnance.

L'élaboration de politiques canadiennes en matière de drogues et de médicaments devrait viser à enrayer l'abus de médicaments d'ordonnance. Pour ce faire, il faudra cibler soigneusement et directement les abus commis tout en veillant à ne pas nuire à l'offre et à la disponibilité de ces médicaments importants qui permettent de traiter en toute légalité la douleur et la maladie. ■

## Références bibliographiques

- 1 Wilson, R. G. et D. A. Geekie. « Canadian narcotic consumption warrants government, pharmaceutical industry and professional study », *Journal de l'Association médicale canadienne*, n° 120, 1979, p. 1267-1268.
- 2 Association des pharmaciens du Canada. *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*, 39<sup>e</sup> édition, Ottawa, Association des pharmaciens du Canada, 2004.
- 3 CANADA. *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, Lois du Canada, chapitre 19, Imprimeur de la Reine pour le Canada, 1996.
- 4 International Narcotics Control Board. *Narcotic Drugs: Estimated World Requirements for 2004—Statistics for 2002*, Vienne (Autriche), International Narcotics Control Board, 2004.

- 5 International Narcotics Control Board. *Psychotropic Substances: Statistics for 2002, Assessments of Medical and Scientific Requirements for Substances in Schedule II, III, and IV*, Vienne (Autriche), International Narcotics Control Board, 2004.
- 6 Center for Substance Abuse Research de l'Université du Maryland. « Number of treatment admissions and emergency department mentions for narcotic painkillers continues to increase », *CESAR-FAX*, vol. 13, n° 44, 2004.
- 7 Rush, B. *Client characteristics and patterns of service utilization within Ontario's specialized addictions treatment agencies: A provincial report from DATIS*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2002.
- 8 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA) report. Nonmedical Use of Prescription-type Drugs Among Youths and Young Adults*, Washington (DC), Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U. S. Department of Health and Human Services, 2003.
- 9 Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services. *Drug Abuse Warning Network*, [en ligne], [s. d.]. [<http://dawninfo.samsa.gov>].
- 10 Australian Institute of Health and Welfare. *2001 National Drug Strategy Household Survey*, Canberra (Australie), Australian Institute of Health and Welfare, 2001.
- 11 Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003.
- 12 Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie. *Drugs and Schedules*, Ottawa, Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie, 2004.
- 13 Rapport final du groupe de travail sur l'OxyContin, juin 2004.
- 14 Rapport final du groupe de travail sur l'OxyContin, juin 2004.
- 15 Commissioner's Drugs Committee. *The diversion of pharmaceutical drugs onto the illicit market*, Marden (Australie), Australasian Centre for Policing Research, 2002.
- 16 Poulin, C. « Medical and non-medical stimulant use among adolescents: from sanctioned to unsanctioned use », *Journal de l'Association médicale canadienne*, n° 16, 2001, p. 1039-1044.
- 17 Martyres, R. F., D. Clode et J. M. Burns. « Seeking drugs or seeking help? Escalating "doctor shopping" by young heroin users before fatal overdose », *Medical Journal of Australia*, n° 180, 2004, p. 211-214.
- 18 Fischer, B., J. Rehm, S. Brissette, S. Brochu, J. Bruneau, N. el-Guebaly, L. Noël, M. W. Tyndall, C. Wild, P. Mun et D. Baliunas. « Illicit opioid use in Canada—Comparing social, health and drug use characteristics of untreated users in five cities (OPICAN Study) », *Journal of Urban Health*, [en cours de publication].
- 19 Rapport final du groupe de travail sur l'OxyContin, juin 2004.
- 20 Fischer, B., S. Brissette, S. Brochu, J. Bruneau, N. el-Guebaly, L. Noël, J. Rehm, M. W. Tyndall, C. Wild, P. Mun, E. Haydon et D. Baliunas. « Prevalence and determinants of overdose incidents among illicit opioid users in five cities across Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, [en cours de publication].
- 21 Simoni-Wastila, L. « The use of abusable prescription drugs: The role of gender », *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, n° 9, 2000, p. 289-297.
- 22 Simoni-Wastila, L., G. Ritter et G. Strickler. « Gender and other factors associated with the nonmedical use of abusable prescription drugs », *Substance Use and Misuse*, n° 39, 2004, p. 1-23.
- 23 Simoni-Wastila, L. et al. 2004.

- 24 Kermodé-Scott, B. « Alberta tackling epidemic: Prescription drug abuse among Natives », *Médecin de famille canadien*, n° 40, 1994, p. 2030-2032.
- 25 Wardman, D., N. Khan et N. el-Guebaly. « Prescription medication use among an Aboriginal population accessing addiction treatment », *Revue canadienne de psychiatrie*, n° 47, 2002, p. 355-360.
- 26 Egan, M., Y. Moride, C. Wolfson et J. Monette. « Long-term continuous use of benzodiazepines in older adults in Quebec: Prevalence, incidence and risk factors », *Journal of the American Geriatrics Society*, n° 48, 2000, p. 811-816.
- 27 Larose, D.S., C. Landry et C. Colletette. « La surconsommation de psychotropes », *The Canadian Nurse/L'infirmière canadienne*, vol. 95, n° 5, 1999, p. 45-50.
- 28 Sajan, A., T. Corneil et S. Grzybowski. « The street value of prescription drugs », *Journal de l'Association médicale canadienne*, n° 159, 1998, p. 139-142.
- 29 Sajan, A. et al. 1998.
- 30 Isaacson, J. H. « Preventing prescription drug abuse », *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, n° 67, 2000, p. 473-475.
- 31 Anderson, J. F., K. L. McEwan et W. P. Hrudely. « Effectiveness of notification and group education in modifying prescribing of regulated analgesics », *Journal de l'Association médicale canadienne*, n° 154, 1996, p. 31-39.
- 32 Frick, U., S. Lerch, J. Rehm et C. Crotti. « Pilotstudie zur Rezeptierung von Benzodiazepinen in der Schweiz: Beeinflusst die kognitive Verfügbarkeit von Gesetzesvorschriften das ärztliche Verschreibungsverhalten? », *Das Gesundheitswesen*, n° 66, 2004, p. 499-504.
- 33 Simoni-Wastilia, L. et C. Tompkins. « Balancing diversion control and medical necessity: the case of prescription drugs with abuse potential », *Substance Use and Misuse*, n° 36, 2001, p. 1275-1296.
- 34 Rapport final du groupe de travail sur l'OxyContin, juin 2004.
- 35 Wastila, L. J. et C. Bishop. « The influence of multiple copy prescription programs on analgesic utilization », *Journal of Pharmacy Care and Pain Symptom Control*, n° 4, 1996, p. 3-19.
- 36 Schwartz, H. I. « Negative clinical consequences of triplicate prescription regulation of benzodiazepines », *New York State Journal of Medicine*, n° 91, 1991, p. 9S-12S.
- 37 Bureau du vérificateur général du Canada. « Chapitre 4 : La gestion des programmes fédéraux de prestations pharmaceutiques », *Rapport de la vérificatrice générale du Canada*, Ottawa, Bureau du vérificateur général du Canada, novembre 2004.
- 38 Gouvernement du Canada. *Politique pour le nouveau millénaire : Redéfinir ensemble la Stratégie canadienne antidrogue – Rapport intérimaire du Comité spécial sur la consommation de drogues ou médicaments*, Ottawa, Bibliothèque du Parlement, 2002.



*Bruno, jeune célibataire de 21 ans, travaille dans l'industrie du service et habite chez ses parents. Ayant fait l'essai de la marijuana pour la première fois à 15 ans, il a pris l'habitude d'en fumer deux ou trois fois par semaine. Revenant du travail un soir de juin 2004, il décide de s'arrêter pour fumer un joint avec des amis dans un petit garage du centre-ville. Des policiers remarquent leurs mouvements et décident d'intervenir, puis déposent une accusation de possession simple d'environ un gramme de cannabis. Bruno, qui n'avait jamais été arrêté de sa vie, doit maintenant comparître au tribunal un mois plus tard.*



# Sanctions de rechange pour l'usage et la possession de cannabis

Patricia G. Erickson, Ph. D.  
Centre de toxicomanie et de santé mentale  
et Université de Toronto

*Révisé par*  
Serge Brochu, Ph. D.  
Centre international de criminologie comparée  
Université de Montréal

## AUTEUR

**Patricia Erickson, Ph. D.**, est scientifique principale au Centre de toxicomanie et de santé mentale ainsi que professeure auxiliaire de sociologie à l'Université de Toronto. Ses travaux de recherche portent actuellement sur la jeunesse et la violence dans l'optique de la santé mentale et de la consommation de substances, sur les politiques relatives aux drogues ainsi que sur les difficultés sociales, la santé et la consommation de drogues.

## Possession de cannabis au Canada

Ce qui arrivera à Bruno peut paraître évident. Après tout, la consommation de cannabis est interdite au Canada depuis plus de 80 ans aux termes des mesures législatives fédérales relatives à la drogue<sup>1</sup>, et les contrevenants sont passibles des mêmes sanctions pénales à l'échelle du pays.

Cependant, le droit criminel n'est pas nécessairement immuable, surtout lorsque des substances psychoactives sont en cause, et il évolue continuellement. En outre, la loi n'est pas toujours appliquée de manière uniforme. Comme le montre le présent document, le sort judiciaire de Bruno découlera de divers facteurs allant au-delà de la loi elle-même.

Nous verrons les autres sanctions qui ont été imposées par le passé ou qui pourraient l'être à l'avenir. Nous étudierons en outre diverses mesures mises à l'essai à l'étranger, ce qui permettra de constater qu'il existe un vaste éventail de sanctions associées à la possession de cannabis dans le monde<sup>2</sup>, lesquelles méritent d'être considérées.

Dans les années 1960, un nombre grandissant de consommateurs de cannabis étaient traduits en justice. Les dossiers semblables à celui de Bruno avaient une chance sur deux de conclure à une peine d'emprisonnement<sup>3</sup>, auquel cas le contrevenant était mis sous probation, avec ou sans amende. À l'époque, la peine maximale prévue aux termes de la *Loi sur les stupéfiants* pour possession simple s'élevait à six mois d'emprisonnement accompagné d'une amende de 1 000 \$; cette sanction n'avait pas changé depuis que la *Loi sur l'opium et les drogues narcotiques* avait fait du cannabis une substance illicite, en 1923.

C'est en 1969 toutefois que les peines imposées par les juges commencent à se multiplier<sup>4</sup>, et l'imposition d'une « simple amende » devient rapidement l'option privilégiée, étant retenue pour près de trois cas de possession sur quatre. En 1972, la libération conditionnelle et inconditionnelle s'ajoutent à la liste des possibilités, mais elles ne touchent que le quart des dossiers traités au pays, les juges leur préférant toujours l'amende. L'incarcération est moins commune, mais est imposée dans 3 à 5 % des cas.

## Ici comme à l'étranger, la consommation de cannabis est courante chez les jeunes, une situation sur laquelle les politiques nationales de répression semblent n'avoir que peu d'incidence.

Compte tenu du vaste éventail de possibilités offertes, il n'est nullement surprenant que les modèles de détermination des peines commencent à diverger, tant entre provinces qu'à l'intérieur même de celles-ci. Ainsi, selon une étude réalisée auprès de cinq grandes instances de l'Ontario, entre 8 et 55 % des contrevenants sont jugés coupables pour possession de cannabis et condamnés à une amende<sup>5</sup>. Une autre étude, effectuée à Toronto, montre qu'il n'existe aucune différence significative entre les caractéristiques personnelles ou celles associées à la cause judiciaire des contrevenants condamné à une amende et ceux qui bénéficient d'une libération, conditionnelle ou non<sup>6</sup>, ce qui signifie que les juges usent de leur pouvoir discrétionnaire pour prononcer leur sentence, entraînant par le fait même un manque de cohérence généralisé.

En 1997, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS) maintient à six mois d'emprisonnement accompagné d'une amende de 1000 \$ la peine maximale pour possession simple. Le seul changement relatif à la possession de cannabis vise alors une pratique courante selon laquelle le procureur peut choisir d'engager des procédures en fonction d'accusations réduites, maintenant enchâssée dans la loi pour les cas de possession de moins de 30 grammes de marijuana ou de un gramme de haschisch<sup>7</sup>.

En outre, une nouvelle politique fédérale de déjudiciarisation, annoncée dans la foulée de la LRCDAS, permet aux délinquants primaires d'assumer la responsabilité de leur infraction et d'ainsi éviter d'avoir un casier judiciaire, une autre possibilité qui pouvait s'appliquer à la possession de cannabis<sup>8</sup>. Dans le cadre d'une étude réalisée à Toronto, des chercheurs ont passé en revue le dossier de plus de 600 personnes qui ont bénéficié du programme de déjudiciarisation du cannabis en 1998 et en 1999, et conclu que plus de 90 % de ceux-ci avaient rempli les obligations imposées (généralement, des peines de substitution) et qu'à peine 5 % d'entre eux avaient été arrêtés à nouveau après six mois<sup>9</sup>. Par ailleurs, la plupart des contrevenants rencontrés dans le cadre d'une étude effectuée en été 1998 ont affirmé préférer la déjudiciarisation à la condamnation et être conscients des avantages que procurent un casier judiciaire vierge, mais la majorité d'entre eux ont aussi dit prévoir continuer de consommer du cannabis au cours de l'année<sup>10</sup>.

Une autre possibilité a été proposée et examinée par un comité parlementaire en 2003, mais n'a pas encore été soumise à la

Chambre des communes : l'avant-projet de loi C-38 modifierait la LRCDAS et ferait de la possession de petites quantités de cannabis (au plus quinze grammes de marijuana et un gramme de haschisch) une infraction fédérale à caractère non pénal régie par la Loi sur les contraventions et entraînant pour les adultes l'imposition d'une contravention se situant entre 150 et 400 \$<sup>11</sup>. Pour les mineurs, l'amende serait moindre, et malgré l'imposition d'un plafond, les provinces auraient la possibilité de la réduire.

Le paiement de la contravention éliminerait tout besoin de comparaître et n'entacherait pas le casier judiciaire des contrevenants, mais les pénalités associées au non règlement de celle-ci n'ont pas encore été déterminées. La possession de quantités de cannabis excédant celles énoncées précédemment—jusqu'à trente grammes—continuerait d'être régie par la LRCDAS, et laissés à l'appréciation des policiers. La possession de quantités plus importantes continuerait toutefois d'entraîner l'imposition d'une peine de six mois d'emprisonnement ou d'une amende de 1000 \$.

Il importe de préciser en quoi la décriminalisation fédérale de la possession de petites quantités de drogue se distingue de la libération conditionnelle ou inconditionnelle. En effet, plusieurs estiment à tort que ces dernières ne sont pas versées au casier judiciaire, et ces personnes pourraient juger l'imposition d'une amende non pénale plus sévère que la libération conditionnelle ou inconditionnelle, qui n'entraîne pour l'instant aucune pénalité financière. Cependant, cette amende pourrait être un faible prix à payer pour éviter, aux termes de cette nouvelle sanction, d'avoir un casier judiciaire.

Ici comme à l'étranger, la consommation de cannabis est courante chez les jeunes, une situation sur laquelle les politiques nationales de répression semblent n'avoir que peu d'incidence<sup>12</sup>. Cette répression diffère selon les pays : non-criminalisation (Espagne, Portugal); imposition d'une simple sanction administrative (Danemark, Italie); pénalisation de l'usage dans des lieux publics seulement (Colombie); non-application de la loi par la police (Pays-Bas) ou par les procureurs (Allemagne) et recours aux mises en garde de préférence aux inculpations (Royaume-Uni)<sup>13</sup>.

D'autres pays ont une approche ressemblant davantage à celle du Canada et continuent de criminaliser les contrevenants, et ce, quelles que soient la quantité de drogue et les circonstances en cause

## Survol : pour une réforme du régime de sanction

- Par le passé, le Canada a été un chef de file non seulement en ce qui concerne la répression des stupéfiants, mais aussi en ce qui concerne la promotion de la santé et la définition de politiques novatrices. En continuant de punir la possession de cannabis, il compromet l'établissement de politiques axées sur la santé et fondées sur des résultats qui ont fait sa réputation et il va à contre-courant de la majorité des démocraties occidentales<sup>18</sup>.
- L'acceptation par la population des sanctions de rechange pour usage et possession de cannabis variera selon l'âge, le sexe, le lieu de résidence et divers autres facteurs, mais globalement, les enquêtes attitudinales réalisées à ce jour indiquent que, dans ce domaine, des politiques moins punitives et davantage axées sur la santé seraient bien accueillies<sup>19</sup>.
- Une analyse coûts-avantages révèle que l'imposition de contraventions pour possession simple permettrait aux ressources policières et judiciaires de réaliser des économies. L'expérience d'autres instances montre d'ailleurs que l'assouplissement des sanctions n'entraîne pas une augmentation de la consommation et des méfaits qui s'y rattachent<sup>20</sup>.
- La consommation de cannabis se déstigmatise graduellement au fil des ans sous l'influence de processus sociaux, mais sa décriminalisation et l'absence de casier judiciaire qui en découle permettraient bien davantage d'amoinrir cette stigmatisation et de réduire les méfaits<sup>21</sup>.
- Les principes d'équité et de justice exigent l'adoption d'une approche plus uniformisée envers les contrevenants que ce n'est le cas actuellement dans les diverses instances et entre celles-ci. Puisque la majorité des usagers contestent la validité des mesures législatives touchant cette substance, il est peu probable que même la déjudiciarisation ou la décriminalisation en réduisent la consommation<sup>22</sup>.
- Les recherches réalisées sur les consommateurs de cannabis au cours des trente dernières années ont montré à de nombreuses reprises qu'ils comprennent mal les mesures législatives en vigueur au Canada et leurs conséquences, indiquant qu'il serait nécessaire que toute modification à celles-ci s'accompagne d'une vaste campagne de sensibilisation<sup>23</sup>.
- Plus de un demi-million de Canadiens ont un casier judiciaire pour possession de cannabis, et ils continueront d'être stigmatisés tant que des mesures ne seront pas mises en œuvre pour l'annuler<sup>24</sup>.
- Puisque l'effet des changements apportés aux sanctions imposées pour possession de cannabis est susceptible de varier, comme le montrent certaines études réalisées à l'étranger, il importe d'en assurer le suivi en évaluant rigoureusement l'expérience du Canada<sup>25</sup>.

(France, Suède, Norvège). Certains États américains imposent, pour simple possession, à la fois des sanctions civiles et pénales<sup>14</sup>. Alors que plusieurs pays (Canada, Australie, Écosse et Irlande) ont créé des tribunaux spécialisés chargés de juger les opiomanes et les cocaïnomanes, les États-Unis recourent plutôt à ces instances afin d'obliger les consommateurs de cannabis à se faire traiter<sup>15</sup>. En outre, contrairement au Canada, l'Australie a différentes lois et structures pénales dans divers États australiens incluant la mise en garde, des amendes administratives et des sanctions pénales<sup>16</sup>.

### Conclusions et répercussions pour le Canada

Le sort de Bruno, inculpé de possession simple dans le scénario d'ouverture, n'a rien de certain. Sa peine peut aller de l'emprisonnement à la libération conditionnelle ou inconditionnelle, avec ou sans conditions, en passant par l'imposition d'une amende – dans tous les cas, il aura désormais un casier judiciaire. Puisque la ville dans laquelle il vit n'offre pas de programme de déjudiciarisation, il se peut qu'il ne puisse pas l'éviter, même si, dans certains cas, le procureur fédéral peut proposer un mécanisme de déjudiciarisation informel qui éviterait à Bruno d'avoir un casier judiciaire. D'ailleurs,

l'arrestation même du jeune homme était laissée à l'appréciation des policiers; il ne s'agit donc pas d'une mesure automatique<sup>17</sup>.

S'il devait un jour être inculpé aux termes d'une modification de la LRCDAS et de la Loi sur les contraventions, comme le décrit le présent document, il pourrait n'avoir à payer qu'une amende, et son casier judiciaire demeurerait vierge. À l'étranger, les personnes dans sa situation sont soumises à une gamme de sanctions allant de la non-criminalisation à l'emprisonnement, la tendance générale étant cependant à la réduction, voire à l'élimination des sanctions.

Une fois de plus, le Canada est parvenu à la croisée des chemins; il a la possibilité d'apporter des changements favorables aux mesures législatives régissant la possession et l'usage du cannabis. Si nous suivions la voie empruntée par d'autres pays, c'est le climat politique et culturel qui dicterait les politiques nationales canadiennes et non les accords internationaux antidrogues recommandant une application uniforme des sanctions sans égard aux priorités locales. De cette façon, il sera possible d'établir un vaste éventail de sanctions de rechange. ■

## Références bibliographiques

- 1 Giffen, P. J., S. Endicott et S. Lambert. *Panic and indifference: The politics of Canada's drug laws*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1991.
- 2 Zimmer, L. « The ascendancy and decline of worldwide cannabis prohibition ». Dans L. Boellinger (éd.). *Cannabis Science: From Crime to Human Right*, Francfort (Allemagne), Peter Lang, 1997, p. 15-30.
- 3 Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales [Commission Le Dain]. *Cannabis*, Ottawa, Information Canada, 1972.
- 4 Erickson, P. G. *Cannabis criminals: The social effects of punishment on drug users*, Toronto, ARF Books, 1980.
- 5 Murray, G. F. et P. G. Erickson. « Regional variation in criminal justice practices: Cannabis possession in Ontario », *Criminal Law Quarterly*, n° 26, 1983, p. 74-96.
- 6 Erickson, P. G. 1980.
- 7 Fischer, B., P. G. Erickson et R. Smart. « The new Canadian drug law: One step forward, two steps backward », *International Journal of Drug Policy*, n° 7, 1996, p. 172-179.
- 8 Ministère de la Justice du Canada. *Diversion for Federal Offenders*, Ottawa, 1997.
- 9 Landau, T. C. *Évaluation du Programme de déjudiciarisation après la mise en accusation : Rapport final*, Ottawa, Division de la recherche et de la statistique, ministère de la Justice du Canada, 2002.
- 10 Erickson, P. G., A. D. Hathaway et C. D. Urquhart. « Backing into cannabis reform: The CDSA and Toronto's diversion experiment », *Windsor Review of Legal and Social Issues*, n° 17, 2004, p. 9-27.
- 11 Lafrenière, G. *Projet de loi C-10 : Loi modifiant la Loi sur les contraventions et la Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, Ottawa, Bibliothèque du Parlement, 2003. (Résumé législatif).
- 12 Kilmer, B. *Do cannabis possession laws affect cannabis use?*, Utrecht (Pays-Bas), Institut Trimbos, février 2002. (Communication présentée à la Conférence européenne sur le cannabis). Voir aussi C. Reinerman, P. Cohen et H. Kaal. « The limited relevance of drug policy: Cannabis in Amsterdam and in San Francisco », *American Journal of Public Health*, n° 94, 2004, p. 836-842.
- 13 Lenton, S., P. Heale, P. G. Erickson, E. Single, E. Lang et D. Hawks. « International Experience of Legislative Models ». Dans *The Regulation of Cannabis Possession, Use and Supply*, Perth (Australie), National Drug Research Institute, 2000, p. 83-108.
- 14 MacCoun, R. J. et P. Reuter. *Drug war heresies: Learning from other vices, times and places*, Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press, 2001.
- 15 Harrison, L. et E. Scarpitti. « Introduction: Progress and issues in drug treatment courts », *Substance Use and Misuse*, n° 37, 2002, p. 1441-1468; C. Butzin, C. Saum et F. Scarpitti. « Factors associated with completion of a drug treatment court diversion program », *Substance Use and Misuse*, vol. 37, 2002, p. 1615-1633.
- 16 Lenton, S., R. Humeniuk, P. Heale et P. Christie. « Infringement versus conviction: The social impact of a minor cannabis offence in South Australia and Western Australia », *Drug and Alcohol Review*, n° 19, 2000, p. 257-264. Voir aussi S. Lenton et al. 2000.
- 17 Warner, J., B. Fischer, R. Albanes et O. Amitay. « Marijuana, juveniles and the police: What high-school students believe about detection and enforcement », *Revue canadienne de criminologie et de justice pénale*, vol. 40, n° 4, 1998, p. 401-420.
- 18 Erickson, P. G. et E. O'Connell. « Cannabis in Canada—a puzzling policy », *International Journal of Drug Policy*, n° 10, 1999, p. 313-318.

- 19 Savas, D. « Public opinion and illicit drugs: Canadian attitudes towards decriminalizing the use of marijuana ». Dans P. Basham (éd.). *Sensible solutions to the urban drug problem*, Vancouver, The Fraser Institute, 2001.
- 20 Single, E., P. Christie et R. Ali. « The impact of cannabis decriminalization in Australia and the United States », *Journal of Public Health Policy*, n° 21, 2000, p. 157-186.
- 21 Erickson, P. G. et M. S. Goodstadt. « Legal stigma for marijuana possession », *Criminology*, n° 17, 1979, p. 208-216. Voir aussi P. G. Erickson. 1980.
- 22 Hathaway, A. D. et P. G. Erickson. « Drug reform principles and policy debates: Harm reduction prospects for cannabis in Canada », *Journal of Drug Issues*, n° 33, 2003, p. 465-495. Voir aussi P. G. Erickson et al. 2004.
- 23 Erickson, P. G. *Three decades of cannabis criminals*, Ottawa, 2001. Mémoire présenté au Comité spécial sur les drogues illicites, 14 mai 2001.
- 24 Husak, D. *Drugs and rights*, Cambridge (Royaume-Uni), Cambridge University Press, 1992. Voir aussi S. Lenton et al. 2000.
- 25 Erickson, P. G. « Addiction research and drug policy: Will the twain ever meet? », [s. l.], *Mémoires de la Société royale du Canada*, septième série, tome 2, 2002. (Actes du colloque *Dépendances : Impact sur le Canada*).

# Conclusion

POUR DES RAISONS QU'ON S'EXPLIQUE MAL, SURTOUT LORSQU'ON CONSIDÈRE QUE L'ABUS D'ALCOOL ET d'autres drogues constitue un problème reconnu depuis des siècles, le domaine de la toxicomanie n'a jamais reçu la même attention que d'autres champs de recherche ou d'études de la part des chercheurs et des scientifiques. À bien des égards, ce n'est que depuis quelques décennies que l'élaboration de théories et la réalisation de travaux empiriques gagnent manifestement du terrain dans ce domaine important de la santé publique, ici comme à l'étranger. Les thèmes retenus pour le présent document reflètent les questions prioritaires en matière de toxicomanie au Canada, et chaque chapitre souligne l'importance d'envisager des approches fondées sur les résultats aux fins de l'élaboration de politiques publiques et de la prise de décisions.

Le présent rapport fait ressortir trois messages fondamentaux qui trouvent un écho dans les thèmes et les points abordés par les divers chapitres qui le composent.

**Message 1 – Le domaine de la toxicomanie évolue rapidement : la prestation de services efficaces aux Canadiens aux prises avec des problèmes de toxicomanies sera fondée sur un ensemble exhaustif de données théoriques étayées par les résultats de travaux de recherche en cours, et les politiques en matière de drogues et de médicaments compteront bientôt l'abus de ces substances parmi les questions de santé publique.**

Le chapitre 4, qui porte sur l'accès et le recours aux traitements fondés sur des résultats, met ces éléments en évidence. Un bon nombre de programmes de traitement actuellement offerts à la population canadienne ne sont ni fondés sur un cadre théorique solide, ni étayés par des résultats de recherche éprouvés. Pourtant, comme le soutiennent les auteurs, d'autres programmes satisfont à ces critères stricts mais, pour diverses raisons, ne sont pas utilisés comme ils le pourraient. Le défi consiste donc à déterminer pourquoi il en est ainsi,

puis à trouver des moyens efficaces de transmettre les connaissances sur les pratiques exemplaires.

**Message 2 – Dans un contexte de mondialisation où la reddition de comptes est devenue une composante essentielle de tous les domaines d’action publics et privés, on semble mieux comprendre l’importance d’orienter le processus décisionnel en matière de toxicomanie en fonction de données fondées sur des résultats.**

Le chapitre 1 souligne le besoin de repenser les politiques relatives à la consommation et à l’abus d’alcool, malgré toute l’attention ayant été consacrée à ce sujet depuis quelques années. En effet, il est de plus en plus évident que les mesures de réduction des méfaits, comme la formation du personnel et un nouvel aménagement des bars, peuvent être beaucoup plus efficaces pour réduire le nombre de cas d’ivresse et de blessures que les politiques traditionnelles visant à convaincre chacun de boire moins.

Le chapitre 6, traitant des sanctions de rechange pour l’usage et la possession de cannabis, examine certains des enjeux et des défis auxquels sont confrontés les décisionnaires chargés de déterminer comment le système de justice pénale devrait traiter les personnes trouvées en possession de marijuana. Cette question demeurera au cœur de vastes débats lorsque le gouvernement, se fondant sur les conclusions de deux études parlementaires, décidera de modifier les dispositions du Code criminel relatives à la possession et à la consommation de petites quantités de marijuana.

**Message 3 – Même s’il est clair, à la lecture du présent document, que des résultats empiriques considérables sont déjà disponibles pour étayer l’élaboration de politiques et la prise de décisions, il y a encore beaucoup à faire pour mettre en œuvre des bases de données et des systèmes de suivi pouvant fournir des renseignements de base sur les méfaits de la toxicomanie.**

Les chapitres 3 et 5, portant respectivement sur la conduite sous l’influence de stupéfiants et la dépendance aux médicaments d’ordonnance, révèlent tous deux des lacunes importantes dans nos connaissances ainsi qu’un besoin d’intensifier les recherches sur la prévalence de l’usage. On connaît mal la nature et l’ampleur du problème des stupéfiants au volant au Canada, et même si, pour l’alcool, des technologies fiables permettent déjà de détecter et de mesurer l’affaiblissement des capacités d’un conducteur (par exemple, l’ivressomètre), aucune méthode semblable ne permet pour l’instant de déceler l’une ou l’autre des drogues consommées et d’en mesurer l’effet combiné entre elles ou avec l’alcool.

Depuis quelque temps, les médias canadiens portent une attention considérable à l’abus de médicaments d’ordonnance de même qu’aux questions entourant la dépendance et les décès par surdose associés aux antidouleurs. Logiquement, pour comprendre ces dossiers cruciaux, il faudrait avant tout élaborer des méthodes de surveillance et de suivi afin de définir l’ampleur et les caractéristiques du problème, puisque aucun système de ce genre n’existe à ce jour. De toute évidence, il s’agit là d’un domaine où bien des travaux restent à accomplir. ■