

**L'ABUS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES
ET LA POLITIQUE PUBLIQUE AU CANADA :
IV. USAGE, PRÉVALENCE ET CONSÉQUENCES**

Chantal Collin
Division des affaires politiques et sociales

Le 11 avril 2006

Le Service d'information et de recherche parlementaires de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, il assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les analystes peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

**THIS DOCUMENT IS ALSO
PUBLISHED IN ENGLISH**

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	1
CANNABIS	3
A. Nature, usage et effets.....	3
B. Usage thérapeutique de la marijuana	3
C. Prévalence de l'usage du cannabis.....	4
D. Conduite sous l'effet du cannabis	6
COCAÏNE ET CRACK	8
A. Nature, usage et effets.....	8
B. Prévalence de l'usage de la cocaïne.....	8
C. Usage simultané de cocaïne et d'héroïne.....	9
HALLUCINOGENES	10
A. Nature, usage et effets.....	10
B. Prévalence de l'usage des hallucinogènes	10
HÉROÏNE	11
A. Nature, usage et effets.....	11
B. Usage thérapeutique des opioïdes.....	12
C. Prévalence de l'usage de l'héroïne	13
D. Projets pilotes : Site d'injection supervisé à Vancouver et Initiative nord-américaine sur les médicaments opiacés	14
INHALANTS.....	14
A. Nature, usage et effets.....	14
B. Prévalence de l'usage des inhalants.....	15
C. Abus des inhalants chez les jeunes Autochtones	15
MÉTHAMPHÉTAMINES ET ECSTASY.....	16
A. Nature, usage et effets.....	16
1. Méthamphétamines	16
2. Ecstasy	17
B. Prévalence de l'usage des méthamphétamines et de l'ecstasy.....	17
CONCLUSION.....	19



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

**L'ABUS DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES
ET LA POLITIQUE PUBLIQUE AU CANADA :
IV. USAGE, PRÉVALENCE ET CONSÉQUENCES⁽¹⁾**

INTRODUCTION

L'impact de l'usage (ou consommation) et de l'abus de substances psychoactives dans la société canadienne sur les plans des soins de santé, de l'application de la loi, de la productivité, de la recherche, de la prévention, du bien-être et de la sécurité des personnes et des collectivités est de plus en plus lourd. Selon une étude récente, le coût de cet abus se chiffrait à 39,8 milliards de dollars au Canada en 2002, soit 17 milliards de dollars (42,7 p. 100 du total) pour le tabac, 14,6 milliards de dollars (36,6 p. 100) pour l'alcool et 8,2 milliards de dollars (20,7 p. 100) pour les drogues illégales. Les auteurs de l'étude signalent que : « Derrière ce chiffre se cache un bilan dramatique correspondant à des dizaines de milliers de décès, à des centaines de milliers d'années de vie productive perdues et à des millions de jours d'hospitalisation. »⁽²⁾ L'étude révèle aussi que le nombre de décès et de maladies attribuables à la consommation de drogues illicites a nettement augmenté au cours des dix dernières années. En 2002, 1 695 Canadiens sont décédés pour avoir consommé des substances psychoactives illicites. Les principales causes de décès ont été les surdoses (958 décès), suivies par les suicides attribuables aux drogues (295), et l'hépatite C (165) et le VIH (87) contractés par suite de la consommation de drogues⁽³⁾.

(1) Le présent document est le quatrième de la série intitulée *L'abus de substances psychoactives et la politique publique au Canada* de la même auteure. Les autres sont les suivants : I. *La Stratégie canadienne antidrogue*, PRB 06-15F, II. *Les mesures parlementaires (1987 à 2005)*, PRB 06-05F, III. *Notions essentielles*, PRB 06-11F, et V. *L'alcool et les méfaits connexes*, PRB 06-20F, Ottawa, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement, 2006.

(2) J. Rehm *et al.*, *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002 – Points saillants*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, mars 2006, p. 10
(http://www.ccsa.ca/CCSA/FR/Research/Research_Activities/TheCostsofSubstanceAbuseinCanada.htm).

(3) *Ibid.*, p. 9.

Le présent document décrit diverses substances psychoactives licites⁽⁴⁾ et illicites et les problèmes et conséquences associés à leur usage, et il résume l'information la plus récente sur la prévalence de l'usage de substances psychoactives au Canada⁽⁵⁾. Les données statistiques proviennent surtout du rapport sur l'Enquête sur les toxicomanies au Canada en 2004⁽⁶⁾, publié en mars 2005, et elles sont complétées par d'autres données recueillies dans l'Enquête de 2004 sur la toxicomanie dans les Territoires du Nord-Ouest⁽⁷⁾, le Sondage sur la consommation de drogue parmi les élèves de l'Ontario⁽⁸⁾, l'Enquête nationale sur la santé de la population (1998-1999), l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (de 1994-1995 à 2002-2003), l'étude intitulée *Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire* (2001-2002) et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2003).

-
- (4) Lorsque nous abordons les inhalants dans le présent document, il n'est question que de l'usage des inhalants licites. L'alcool, les conséquences de son abus pour la santé et la société, la prévalence de son usage et la politique publique le concernant font l'objet de la cinquième étude de la présente série consacrée à l'abus des substances psychoactives et à la politique publique au Canada.
- (5) Il est facile de trouver de l'information sur les substances psychoactives licites et illicites. Voir, par exemple, *Les drogues – Faits et méfaits*, 2000 (http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-drogues/straight_facts-faits_mefaits/facts-faits_f.pdf). Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies est une autre excellente source d'information sur les substances licites et illicites qui se prêtent aux abus, sur toutes les formes d'accoutumance et sur la politique publique reliée aux problèmes associés à l'usage de ces produits et à la toxicomanie.
- (6) L'Enquête de 2004 sur les toxicomanies au Canada est un sondage téléphonique auprès de personnes de 15 ans et plus habitant dans les dix provinces du Canada. Il n'a pas été tenu compte des trois territoires du Nord. Il importe de signaler que ce type de sondage ne fournit aucune donnée sur les populations difficiles à joindre comme les jeunes de la rue, les Autochtones des localités éloignées et rurales, les personnes qui n'ont pas le téléphone, etc. Certaines de ces populations difficiles à joindre comptent parmi celles qui ont un risque élevé d'usage et d'abus de substances psychoactives licites et illicites. Il faut donc analyser les taux de prévalence dans ce contexte, en comprenant que les taux réels peuvent être beaucoup plus élevés. Pour connaître les résultats de cette enquête, voir *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) – Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens – La prévalence de l'usage et les méfaits – Rapport détaillé*, mars 2005 (<http://www.statcan.ca/francais/Dli/Metadata/cas/2004/etc2004-rapport-detaille.pdf>).
- (7) L'Enquête sur les toxicomanies au Canada, au début de 2004, ne comprenait pas les Territoires du Nord-Ouest. En août 2004, Santé Canada et le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest ont conclu une entente afin de combler cette lacune et de faire une enquête dans ce territoire. Pour en connaître les résultats, voir Santé et Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, *Territoires du Nord-Ouest – Enquête sur la toxicomanie*, janvier 2006 (http://www.hlthss.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/addictions/2006/french/nwt_addiction_survey_french.pdf).
- (8) Le Sondage sur la consommation de drogue parmi les élèves de l'Ontario est l'enquête dans les écoles qui se poursuit depuis le plus longtemps au Canada. Les données de ce sondage serviront ici à dégager les tendances de la prévalence de l'usage de substances psychoactives chez les adolescents. Voir Edward M. Adlaf et Angela Paglia-Boak, *Sondage sur la consommation de drogue par les élèves de l'Ontario, 1977-1999 : Résultats du SCDEO*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2005 (<http://www.camh.net/Research/osdus.html#2005osdusdrugusereport>).

CANNABIS

A. Nature, usage et effets

Les produits du cannabis comprennent des substances très connues comme la marijuana, le haschisch et l'huile de cannabis. Le principal ingrédient actif du cannabis est le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC). La teneur en THC des produits du cannabis est difficile à vérifier et elle dépend des conditions de culture : dans la nature, en serre ou dans des installations hydroponiques. D'après les échantillons saisis dans la rue entre 2000 et 2002, la teneur varie entre 3 et 30 p. 100, la moyenne étant d'environ 10 p. 100⁽⁹⁾. Le cannabis est habituellement fumé ou ingéré, et il agit sur des récepteurs spécifiques du cerveau pour produire un effet euphorique à court terme. De fortes doses peuvent provoquer une distorsion des perceptions, une désorganisation de la pensée et de légères hallucinations. Les éventuels effets nocifs à long terme et les conséquences de l'usage du cannabis pour le bien-être physique, psychologique et social des usagers font souvent l'objet de débats, et ils n'ont pas encore été pleinement établis. Néanmoins, on a associé la fumée de cannabis à un risque plus élevé de cancer du poumon, à la bronchite chronique et à d'autres maladies du poumon⁽¹⁰⁾.

B. Usage thérapeutique de la marijuana

Des chercheurs ont étudié la valeur thérapeutique éventuelle de la marijuana. Selon certaines observations, il est possible de l'utiliser pour gérer la douleur, traiter les symptômes associés à des maladies particulières (p. ex. pour stimuler l'appétit et atténuer le syndrome cachectique – amaigrissement et fatigue généralisée – dû au sida, abaisser la pression intraoculaire attribuable au glaucome, réduire l'occurrence des crises d'épilepsie et atténuer la spasticité et les tremblements reliés à la sclérose en plaques) ou encore pour atténuer les effets secondaires de certains traitements (p. ex. soulager les nausées et vomissements causés par la

(9) Santé Canada, *Information destinée aux professionnels de la santé – Marihuana (marijuana, cannabis) plante séchée pour administration par ingestion ou par d'autres moyens*, dernières modifications le 5 août 2005 (http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/alt_formats/hecs-sesc/pdf/marihuana/how-comment/medpract/infoprof/marihuana_f.pdf).

(10) Pour obtenir de plus amples renseignements sur le cannabis, voir le rapport exhaustif du Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites, *Le cannabis – Positions pour un régime de politique publique pour le Canada*, septembre 2002 (http://www.parl.gc.ca/common/Committee_SenRep.asp?Language=F&Parl=37&Ses=1&comm_id=85).

chimiothérapie et les thérapies du sida). Au Canada, la possession et la production de marijuana à des fins médicales sont autorisées et contrôlées par le *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales*⁽¹¹⁾. Le *Règlement* a été pris en 2001 par suite de décisions rendues par les tribunaux; il permet à des personnes atteintes de maladies graves et débilitantes d'avoir accès à ce produit. Au 7 avril 2006, 1 399 Canadiens étaient autorisés à posséder de la marijuana et 1 005, à cultiver ou produire de la marijuana à des fins médicales⁽¹²⁾. Santé Canada, avec la collaboration des Instituts de recherche en santé du Canada, finance actuellement des recherches sur l'innocuité et l'efficacité de la marijuana lorsqu'elle est utilisée à des fins médicales.

C. Prévalence de l'usage du cannabis

D'après le *World Drug Report 2005*, le cannabis est la substance psychoactive illicite la plus largement produite et consommée dans le monde et celle dont le trafic est le plus important. Au Canada, l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (2004) a révélé que 44,5 p. 100 des répondants de 15 ans et plus avaient, selon leur déclaration, consommé du cannabis à un moment ou un autre de leur vie. Les résultats montrent aussi que « les hommes ont plus souvent consommé du cannabis que les femmes, car 50 p. 100 d'entre eux l'ont essayé, contre 39 p. 100 chez les femmes »⁽¹³⁾. Plus de 50 p. 100 des répondants de 15 à 54 ans ont déclaré avoir consommé de la marijuana au cours de leur vie, le taux le plus élevé – près de 70 p. 100 – étant celui des jeunes de 18 à 24 ans. L'enquête a aussi révélé que 14,1 p. 100 des répondants avaient consommé du cannabis au cours de la dernière année, le taux le plus élevé, soit 47 p. 100, étant celui des jeunes de 18 et 19 ans, suivi de près par le groupe de 20 à 24 ans (36,5 p. 100)⁽¹⁴⁾. Dans ce groupe des répondants qui ont consommé du cannabis au cours de la dernière année, 20,8 p. 100 ont dit ne pas en avoir pris au cours des trois mois précédant l'enquête, tandis que 24,9 p. 100 ont déclaré en avoir consommé une ou deux fois, 16 p. 100 tous les mois, 20,3 p. 100 toutes les semaines et 18,1 p. 100 tous les jours. Environ le tiers de ce groupe de répondants qui ont consommé du cannabis dans l'année

(11) L'usage de la marijuana à des fins médicales a également été autorisé aux Pays-Bas en septembre 2003.

(12) Pour de plus amples renseignements sur la façon de se procurer de la marijuana à des fins médicales, voir le site Web de Santé Canada (http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/index_f.html).

(13) David Patton et Jennifer Bodnarchuk, *Cannabis Use in Canada*, exposé présenté à Questions de substance, Conférence nationale du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies 2005 (<http://www.issuesofsubstance.ca/NR/rdonlyres/77D2303C-92C2-46D9-8CC5-A0C995BEF37A/0/BriefPaperPOC2DavidPatton.pdf>) [traduction].

(14) *Ibid.*

précédant l'enquête a avoué n'avoir pas pu contrôler sa consommation (34,1 p. 100) et avoir une forte envie d'en consommer (32 p. 100). Environ le sixième de ces répondants ont dit que des amis ou des parents avaient exprimé des inquiétudes au sujet de leur consommation de cannabis, 6,9 p. 100 qu'ils n'avaient pas su répondre à certaines attentes et 4,9 p. 100 qu'ils avaient eu des problèmes de santé ou d'ordre social ou encore, des démêlés avec la justice à cause de leur consommation⁽¹⁵⁾.

La proportion globale de ceux qui ont dit en 2004 avoir consommé du cannabis au cours de l'année précédant l'enquête est plus élevée qu'elle l'était dans l'Enquête de 2002 sur la santé dans les collectivités canadiennes, selon laquelle 12,2 p. 100 des Canadiens interrogés avaient consommé du cannabis au moins une fois dans l'année écoulée. Parmi ces consommateurs, 47 p. 100 en avaient consommé moins d'une fois par mois, 10 p. 100 toutes les semaines et 10 p. 100 tous les jours⁽¹⁶⁾.

En 2004, la proportion des répondants des Territoires du Nord-Ouest qui avaient consommé du cannabis au cours de l'année écoulée était plus élevée que dans les provinces. En effet, l'Enquête sur les toxicomanies dans les Territoires du Nord-Ouest a révélé que 20,7 p. 100 des répondants avaient déclaré avoir consommé du cannabis dans les 12 mois précédant l'enquête. Comme dans le reste du Canada, les jeunes de 15 à 24 ans étaient beaucoup plus nombreux à déclarer en avoir pris (46,3 p. 100). Interrogés à propos de la fréquence de leur consommation au cours des trois derniers mois, 20 p. 100 des répondants ont dit en avoir pris tous les jours ou presque, 19,1 p. 100 toutes les semaines, 19,9 p. 100 tous les mois et 26,9 p. 100 moins d'une fois par mois⁽¹⁷⁾.

L'usage du cannabis est également répandu chez les adolescents. D'après le Sondage de 2005 sur la consommation de drogue parmi les élèves de l'Ontario, 26,5 p. 100 des élèves de la 7^e à la 12^e année ont dit avoir consommé du cannabis au cours de l'année écoulée et 15 p. 100, au moins six fois. L'usage augmente avec l'âge, la proportion étant de 23 p. 100 pour les élèves de 9^e année et de 46,2 p. 100 pour les élèves de 12^e année⁽¹⁸⁾.

(15) *Enquête sur les toxicomanies au Canada* (2005), p. 49.

(16) Michael Tjepkema, « Consommation de cannabis et d'autres drogues illicites », *Rapports sur la santé*, vol. 15, n^o 4, Statistique Canada, n^o de cat. 82-003, juillet 2004, p. 43 à 47.

(17) Santé et Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (2006), p. 15.

(18) Adlaf et Paglia-Boak (2005), p. 73 à 78.

Il vaut également la peine de signaler que les enquêtes révèlent que le pourcentage de jeunes Canadiens qui disent consommer est plus élevé pour le cannabis que pour le tabac⁽¹⁹⁾. Des éléments, anecdotiques pour la plupart, semblent montrer que certains jeunes croient que la marijuana est une drogue à usage récréatif plus sûre que le tabac. Des recherches plus poussées s'imposent, mais certaines études sur les effets de l'inhalation de fumée de cannabis montrent que la consommation régulière de marijuana est associée à un risque accru de maladies pulmonaires.

D. Conduite sous l'effet du cannabis

Enfin, il faut signaler que l'effet du cannabis sur la conduite est une préoccupation croissante au Canada, ce qui s'explique en partie par l'usage désormais réglementé de la marijuana à des fins médicales et par les propositions récentes de modifications législatives qui décriminaliseraient la possession et la culture de petites quantités de cannabis. L'inquiétude au sujet de la conduite sous l'influence du cannabis se fonde aussi sur les données d'une enquête récente selon laquelle ce phénomène est de plus en plus fréquent chez les jeunes et que les consommateurs de cannabis tendent à méconnaître le risque d'avoir les facultés affaiblies. Par exemple, le Sondage de 2005 sur la consommation de drogue parmi les élèves de l'Ontario a révélé que le cinquième des élèves de la 10^e à la 12^e année qui avaient leur permis de conduire avaient conduit un véhicule dans l'heure suivant la consommation de cannabis⁽²⁰⁾. Une autre étude de la même année sur un faible échantillon d'étudiants universitaires qui avaient conduit après avoir pris du cannabis a montré que 37,8 p. 100 d'entre eux l'avaient fait 13 fois ou plus au cours des 12 mois précédents et que 64,5 p. 100 avaient conduit dans l'heure suivant la consommation de cette substance. La vaste majorité d'entre eux « (95,1 p. 100) croyaient que le cannabis, généralement au moins, provoquait un certain affaiblissement des facultés dans la conduite automobile; par contre, moins de trois étudiants sur cinq (57,8 p. 100) estimaient qu'eux-mêmes avaient les facultés affaiblies et la majorité d'entre eux pensaient avoir des moyens de compenser au moins une partie de ces effets »⁽²¹⁾.

(19) Pour connaître les données les plus récentes, voir Santé Canada, *Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2005* (http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/ctums-esutc/2005/wave-phase-1_summary-sommaire_f.html).

(20) Adlaf et Paglia-Boak (2005), p. 195.

(21) Benedikt Fischer *et al.*, « Toking and driving: Characteristics of Canadian university students who drive after cannabis use – an exploratory pilot study », *Drugs: Education, Prevention and Policy*, vol. 13, n° 2, avril 2006, p. 182 [traduction].

On sait peu de chose sur l'incidence qu'a l'usage du cannabis sur la sécurité routière au Canada. Toutefois, des études épidémiologiques montrent que la présence de drogues autres que l'alcool n'est pas rare chez les conducteurs qui ont de graves accidents de la route⁽²²⁾. On a constaté également que la consommation de cannabis conjuguée à celle d'alcool présente des risques qui peuvent être plus élevés que ceux de la consommation d'une seule de ces deux substances⁽²³⁾. Une étude sur le rôle de l'alcool et d'autres drogues dans les accidents mortels au Québec entre 1999 et 2001 a permis d'établir que parmi les conducteurs qui ont subi des blessures mortelles, 52,8 p. 100 avaient de traces d'alcool, de drogues ou des deux dans le sang ou l'urine (22,6 p. 100, alcool seul; 12,4 p. 100, alcool et drogues; 17,8 p. 100, drogues seules). Dans l'échantillon, le cannabis a été décelé dans 19,5 p. 100 de cas, suivi des benzodiazépines (8,5 p. 100) et de la cocaïne (6,8 p. 100)⁽²⁴⁾. À ce jour, les éléments qui établissent un lien entre la conduite sous l'effet du cannabis et le risque d'accident plus élevé demeurent peu nombreux⁽²⁵⁾. Il faut approfondir les recherches pour établir la nature et l'ampleur du problème au Canada.

-
- (22) Douglas J. Bierness, *The Risks Associated with Drugs in Traffic*, exposé présenté à « Questions de substance », Conférence nationale du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies 2005 (<http://www.issuesofsubstance.ca/NR/rdonlyres/A158D117-F276-4952-8397-CFB1C919DB98/0/BriefPaperEN5DouglasBierness.pdf>).
- (23) J.G. Ramaekers *et al.*, « Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 73, 2004, p. 109 à 119.
- (24) L'étude reposait sur une analyse avec groupe témoin dans laquelle la présence d'une drogue, d'alcool ou des deux chez les conducteurs ayant subi des blessures mortelles a été comparée à celle d'un groupe témoin de conducteurs qui ont fourni des échantillons sur la route. Les tests ont révélé des traces d'alcool ou de drogue chez 16,2 p. 100 des participants. L'étude a ses limites et les résultats sont préliminaires. Pour de plus amples renseignements, voir C. Dussault *et al.*, « Le rôle de l'alcool et des autres drogues dans les accidents mortels de la route au Québec : Résultats préliminaires », *Délibérations de la 17^e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière*, Montréal, 4 au 9 août 2002.
- (25) Voir, par exemple, Robert E. Mann *et al.*, *Effets du cannabis sur la conduite : une analyse de l'état actuel des connaissances centrée sur les données canadiennes*, étude réalisée pour Sécurité routière et réglementation automobile, Transports Canada, mai 2003 (<http://www.tc.gc.ca/securiteroutiere/tp/tp14179/menu.htm>); Conseil canadien de la sécurité, *Les automobilistes et la mari – les enjeux et les options*, 24 juillet 2003 (<http://www.safety-council.org/CCS/sujet/route/alcool/mari.html>); Douglas J. Bierness, « Conduite sous l'influence de stupéfiants », dans Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *Toxicomanie au Canada : Enjeux et options actuels*, p. 17 à 21 (<http://www.ccsa.ca/NR/rdonlyres/12A67E09-21A0-491A-87B3-FA905CDB986D/0/ccsa0040332005.pdf>).

COCAÏNE ET CRACK

A. Nature, usage et effets

La cocaïne et le crack (cocaïne épurée)⁽²⁶⁾ sont des substances puissantes qui stimulent pendant une brève période le système nerveux central. La cocaïne peut être reniflée, fumée ou injectée. Le crack peut être injecté ou fumé. Les effets à court terme de la cocaïne sont les suivants : sensation d'euphorie, vivacité et énergie accrues, accélération du rythme cardiaque et de la respiration, accroissement de la tension artérielle et hausse de la température corporelle, diminution de l'appétit et du sommeil, et parfois des comportements étranges, irréguliers ou violents. Plus la dose absorbée est importante, plus les effets sont marqués. À forte dose, la cocaïne peut provoquer des hallucinations, des idées paranoïdes, des convulsions et des crises épileptiques, des accidents vasculaires cérébraux, des hémorragies cérébrales et des défaillances cardiaques. Les effets à long terme varient selon le mode d'absorption et peuvent comprendre des problèmes respiratoires, des maladies infectieuses, des abcès, la psychose paranoïde, la dépression et le décès par défaillance de l'appareil respiratoire. Les consommateurs chroniques qui prennent de fortes doses sont portés à acquérir une tolérance à la drogue et une forte dépendance psychologique. Seule l'héroïne est plus susceptible que la cocaïne de provoquer la dépendance et d'entraîner la mort.

B. Prévalence de l'usage de la cocaïne

Selon le *World Drug Report 2005*, environ 14 millions de personnes, dans le monde entier, consomment de la cocaïne. Au Canada, l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (2004) a révélé que 10,6 p. 100 des répondants de 15 ans et plus avaient consommé de la cocaïne à un moment ou un autre de leur vie, ce qui est nettement plus élevé que les 3,8 p. 100 de 1994. Comme dans le cas du cannabis, les hommes sont nettement plus nombreux à l'avoir fait (14,1 contre 7,3 p. 100). Parmi les répondants, 1,9 p. 100 ont dit avoir consommé de la cocaïne dans l'année précédant le sondage⁽²⁷⁾. En 2002, d'après l'Enquête sur la santé dans les collectivités

(26) On produit le crack en faisant bouillir un mélange de cocaïne dissoute dans une solution de bicarbonate de soude et d'eau jusqu'à ce que l'eau s'évapore. La solution rend un son de craquement lorsqu'on la fait chauffer, d'où son nom. On retire la substance solide et on la laisse sécher. On la divise ensuite en cristaux qui pèsent le plus souvent moins d'un demi-gramme.

(27) *Enquête sur les toxicomanies au Canada* (2005), p. 57.

canadiennes, 1,3 p. 100 des Canadiens de 15 ans et plus ont déclaré avoir consommé de la cocaïne ou du crack au moins une fois dans l'année précédant le sondage. Là encore, la probabilité était plus forte pour les hommes que pour les femmes (1,9 contre 0,7 p. 100)⁽²⁸⁾.

L'enquête réalisée dans les Territoires du Nord-Ouest en 2004 a révélé que 11,6 p. 100 des répondants âgés de 15 ans et plus avaient consommé de la cocaïne ou du crack à un moment ou un autre de leur vie (15,7 p. 100 chez les hommes et 7,2 p. 100 chez les femmes). On estime que 1,8 p. 100 des habitants des Territoires du Nord-Ouest ont consommé de la cocaïne au cours de l'année précédant le sondage, mais il y a lieu de considérer cette estimation avec prudence étant donné la grande variabilité de l'échantillonnage⁽²⁹⁾.

La consommation de cocaïne chez les élèves de la 7^e à la 12^e année est restée relativement stable de 2001 à 2005, et la précocité de la consommation de pareilles drogues chez certains enfants canadiens continue de susciter des inquiétudes. Selon le Sondage de 2005 sur la consommation de drogue parmi les élèves de l'Ontario, la consommation de cocaïne au cours de l'année précédant le sondage était de 4,4 p. 100 chez les élèves, en légère baisse par rapport aux 4,8 p. 100 de 2004 (exception faite des élèves de 12^e année et des élèves de l'Ouest, chez qui il y a eu augmentation) et au même niveau qu'en 2001. On n'a observé aucune différence significative entre les garçons et les filles (4,5 et 4,3 p. 100). La consommation au cours de l'année précédant le sondage augmente avec l'âge : moins de 1 p. 100 des élèves de 7^e année ont dit avoir pris de la cocaïne, mais la proportion passe à 3,8 p. 100 en 9^e année et à 7,2 p. 100 en 11^e année. Chez tous ceux qui ont déclaré avoir pris de la cocaïne au cours de l'année, 25 p. 100 ont dit l'avoir fait 10 fois ou plus⁽³⁰⁾.

C. Usage simultané de cocaïne et d'héroïne

Enfin, il importe de signaler que l'usage simultané d'héroïne et de cocaïne est également répandu au Canada. Une étude récente fondée sur une enquête menée auprès de quelque 750 personnes qui prennent des drogues par voie intraveineuse a permis de constater que 50 p. 100 de celles qui s'injectent de l'héroïne régulièrement s'injectent aussi de la cocaïne ou fument du crack⁽³¹⁾. Une étude menée auprès de consommateurs de drogues injectables à

(28) Tjepkema (2004), p. 45 à 48.

(29) Santé et Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (2006), p. 19.

(30) Adlaf et Paglia-Boak (2005), p. 122 et 123.

(31) Francesco Leri *et al.*, « Patterns of opioid and cocaine co-use in Canada: a descriptive study », *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, sous presse.

Montréal a aussi révélé une forte prévalence de l'usage simultané d'héroïne et de cocaïne, mais la cocaïne était leur drogue illicite de prédilection. Parmi les répondants interrogés dans cette étude qui s'injectent de l'héroïne, environ 70 p. 100 ont dit s'injecter également de la cocaïne⁽³²⁾.

HALLUCINOGENES

A. Nature, usage et effets

Les hallucinogènes comprennent des drogues comme le LSD, la PCP, la kétamine, la mescaline et les « champignons magiques » (psilocybine). Ce groupe de substances, parfois appelées « drogues psychédéliques », cause des hallucinations, fausse la perception de la réalité et agit sur les sens. Les hallucinogènes peuvent être fumés, ingérés ou reniflés, selon le cas. Les usagers mentionnent les effets suivants : altération de la pensée et de l'humeur, dilatation de l'esprit et expériences extracorporelles, et amélioration des aptitudes en communications et de la sociabilité. Selon l'hallucinogène consommé, les effets à court terme comprennent notamment la distorsion de la perception du temps, du mouvement, des couleurs et de soi (dissociation), ce qui n'est pas sans exposer l'utilisateur au risque de se blesser. Les hallucinogènes peuvent aussi causer de l'anxiété, la dépression, la désorientation, la paranoïa et un comportement parfois étrange et violent. Les épisodes psychotiques peuvent se produire des jours, des semaines, voire des mois après la consommation. Les hallucinogènes ont d'autres effets physiques : nausées et vomissements, transpiration abondante, rythme cardiaque rapide, dépression respiratoire et convulsions. La consommation peut entraîner une dépendance psychologique, mais on n'a observé aucun symptôme de dépendance physique.

B. Prévalence de l'usage des hallucinogènes

On connaît très peu de choses sur la prévalence de l'usage d'hallucinogènes dans le monde. Au Canada, à l'exception du cannabis, ces drogues sont celles que les répondants de l'Enquête de 2004 sur les toxicomanies au Canada ont le plus souvent dit avoir consommées à un moment ou un autre de leur vie (11,4 p. 100). La prévalence de l'usage de ces substances à un

(32) Francesco Leri *et al.*, « Heroin and cocaine co-use in a group of injection drug users in Montréal », *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, vol. 29, n° 1, janvier 2004, p. 40 à 47 (http://epe.lac-bac.gc.ca/100/201/300/jrn_psychiatry_neuroscience-ef/2004/jpn_29-1/pdf/pg40.pdf).

moment ou un autre de la vie a nettement augmenté depuis 1994, année où elle se situait à 5,2 p. 100. Là aussi, les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de déclarer en avoir fait usage au cours de leur vie (16 contre 7,1 p. 100). L'usage était particulièrement répandu chez les adultes de 20 à 34 ans (19,2 p. 100 dans le groupe de 20 à 24 ans et 17,8 p. 100 dans celui des 25 à 34 ans). Par contre, le taux d'usage au cours de l'année précédant l'enquête était beaucoup plus faible, soit seulement 0,7 p. 100 des répondants qui avaient pris ces drogues⁽³³⁾. Dans les Territoires du Nord-Ouest, la prévalence de l'usage à un moment ou un autre de la vie (11,7 p. 100 en 2004) se comparait à celle enregistrée dans les provinces⁽³⁴⁾.

La consommation du LSD et du PCP a aussi beaucoup diminué chez les élèves ontariens, comme l'ont révélé les Sondages de 2003 et de 2005 sur la consommation de drogue parmi les élèves de l'Ontario. Chez les élèves de la 7^e à la 12^e année, la consommation de LSD au cours de l'année précédant le sondage était de 1,7 p. 100 en 2005, en baisse par rapport à 2,9 p. 100 en 2003. De même, le taux de consommation de PCP est passé de 2,2 à 1,1 p. 100 entre 2003 et 2005, et celui d'autres hallucinogènes, de 10 à 6,7 p. 100.

HÉROÏNE

A. Nature, usage et effets

L'héroïne est un opioïde illicite de la famille des dépresseurs du système nerveux central utilisés en médecine comme analgésiques. Ce groupe de drogues comprend des substances naturelles comme l'opium, la morphine et la codéine, ainsi que des médicaments semi-synthétiques (p. ex. Dilaudid, OxyContin)⁽³⁵⁾ et synthétiques (p. ex. Demerol, méthadone). L'héroïne (diamorphine) est un opioïde semi-synthétique dérivé de la morphine. Tous les opioïdes sont régis par la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (annexe 1).

(33) *Enquête sur les toxicomanies au Canada* (2005), p. 61 et 62.

(34) Santé et Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (2006), p. 17. Aucune donnée n'est disponible sur l'usage des hallucinogènes dans les Territoires du Nord-Ouest au cours de l'année précédant l'enquête.

(35) Le mésusage et l'abus d'OxyContin qui se retrouve dans les rues sont fréquents dans le Canada atlantique. Un groupe de travail mis sur pied en 2004 par le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador a étudié le phénomène dans cette province. Son rapport final peut être consulté en ligne (<http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/oxyfinal/OxyContinFinalReport.pdf>). La ville du Grand Sudbury a aussi chargé récemment un groupe de travail d'étudier le problème dans sa région (<http://www.police.sudbury.on.ca/publications/OxyContin.pdf>). L'abus d'OxyContin et ses graves conséquences (morbidité et mortalité) inquiètent de plus en plus au Canada.

L'héroïne, qui est également connue dans la rue sous les noms de héro, H, schnouffe, etc., est une fine poudre blanche ou brune⁽³⁶⁾ que les consommateurs s'injectent habituellement par voie intraveineuse. Cette drogue peut aussi se prendre par voie orale ou être reniflée, fumée par inhalation des vapeurs produites lorsque la substance est chauffée (les usagers emploient l'expression « chasing the dragon ») ou absorbée par injection sous-cutanée (« skin popping »). L'héroïne est fortement toxicomanogène et entraîne rapidement la dépendance et la tolérance. Les consommateurs d'opioïdes recherchent différents effets dans ces drogues : réduction de la tension et de l'anxiété, soulagement de la douleur, détachement de la détresse psychologique ou physique, sensation d'euphorie. Les opioïdes ont divers effets à court terme, entre autres : nausées et vomissement, somnolence, apathie, élocution lente et mauvaise articulation, manque de concentration et euphorie. Si les doses sont plus fortes, les usagers ressentent les mêmes effets, mais plus marqués, et ils peuvent aussi éprouver une contraction des pupilles, la dépression respiratoire, une baisse de tension artérielle et, parfois, un rythme cardiaque rapide et irrégulier. Les usagers chroniques sont aux prises avec de graves problèmes de santé et des difficultés d'ordre social et économique : maladies du cœur, du foie et des poumons, maladies infectieuses, troubles mentaux, itinérance, chômage, pauvreté et criminalité. Ceux qui s'injectent des drogues courent aussi le risque de contracter l'hépatite ou le VIH/sida à cause de l'utilisation à plusieurs d'aiguilles et de seringues non stérilisées⁽³⁷⁾. Selon la quantité de drogue consommée, sa pureté et sa teneur, l'usage d'héroïne et d'autres opioïdes peut entraîner la mort.

B. Usage thérapeutique des opioïdes

Les opioïdes jouent un rôle important dans le traitement des douleurs graves et de la diarrhée, ainsi que dans le traitement des toxicomanies et de la dépendance (thérapie par substitution d'opioïdes). Par exemple, la méthadone est utilisée depuis des années pour traiter

(36) L'héroïne pure est une poudre blanche au goût amer. Toutefois, celle qui se vend dans les rues a une couleur qui va du blanc au brun foncé, à cause des additifs et des impuretés.

(37) Depuis 1999, le nombre de nouvelles infections par le VIH chez les consommateurs de drogues injectables a légèrement diminué, mais il demeure élevé. On estime qu'en 2002, 56 000 Canadiens étaient atteints par le VIH (ou le sida). De ce nombre, 11 000 (20 p. 100) étaient des consommateurs de drogues injectables et 2 200 (4 p. 100) étaient des hommes qui avaient des relations sexuelles avec des hommes qui consommaient ces drogues. Il vaut la peine de signaler le taux de prévalence du VIH chez les jeunes adultes autochtones : 39 p. 100 des jeunes de 24 ans ou moins étaient séropositifs, d'après la Vancouver Injection Drug User Study (VIDUS), 2003. Voir Agence de santé publique du Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, mai 2005 (http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-aepi/epi-05/pdf/epi_05_f.pdf).

les toxicomanes qui consomment des opioïdes. La codéine sert aussi à calmer la toux. Il ne faut pas confondre l'usage médical avec l'usage pour le plaisir et l'abus. Le contrôle et la surveillance des opioïdes par les gouvernements sont un problème délicat, car il faut à la fois assurer l'accès à des fins médicales, mais prévenir le mésusage et l'abus et interdire l'usage pour la détente.

C. Prévalence de l'usage de l'héroïne

D'après le *2005 World Drug Report*, il y a 10,6 millions de personnes dans le monde (0,3 p. 100 de la population adulte) qui font abus d'héroïne. Pourtant, « plus de 60 p. 100 de la demande de traitements reliée aux drogues en Europe et en Asie concerne l'abus d'opiacés »⁽³⁸⁾. Au Canada, d'après l'Enquête de 2004 sur les toxicomanies au Canada, le pourcentage de ceux qui ont consommé de l'héroïne à un moment ou un autre de leur vie est de 0,9 p. 100 (1,3 p. 100 des hommes et 0,5 p. 100 des femmes); ce taux est inférieur à 1 p. 100 depuis 1994 (0,5 p. 100). Sur le plan géographique, on n'observe aucune différence entre les provinces, à une exception notable près, celle de la Colombie-Britannique, où le taux atteint 1,8 p. 100⁽³⁹⁾. Dans les Territoires du Nord-Ouest, la proportion de ceux qui ont consommé de l'héroïne à un moment ou un autre de leur vie est semblable au taux enregistré dans les provinces : 1,2 p. 100 des répondants ont dit en 2004 qu'ils en avaient pris⁽⁴⁰⁾. La prévalence de l'usage de l'héroïne chez les élèves ontariens (de la 7^e à la 12^e année) est aussi élevée que chez les adultes, d'après le Sondage de 2005 sur la consommation de drogue parmi les élèves de l'Ontario, car 0,9 p. 100 des élèves ont dit en avoir pris au cours de l'année précédant le sondage⁽⁴¹⁾.

(38) Nations Unies, Bureau du contrôle des drogues et du crime, *2005 World Drug Report*, vol. 1, chap. 1, p. 56 [traduction].

(39) *Enquête sur les toxicomanies au Canada* (2005), p. 61 et 73. Aucune donnée n'est disponible sur l'usage de l'héroïne dans l'année précédant l'enquête.

(40) Santé et Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (2006), p. 17. Il faut interpréter ce taux de prévalence avec prudence en raison de la forte variabilité de l'échantillon.

(41) Adlaf et Paglia-Boak (2005), p. 133.

D. Projets pilotes : Site d'injection supervisé à Vancouver et Initiative nord-américaine sur les médicaments opiacés

Pour tenter de régler la multitude des problèmes avec lesquels les consommateurs de drogues injectables sont aux prises dans leur quotidien, on a ouvert le premier site d'injection légal sous surveillance médicale en Amérique du Nord à Vancouver en 2003⁽⁴²⁾. Il s'agit d'un projet pilote de recherche scientifique. La décision de soustraire ce site à l'application des lois sur les drogues sera revue en septembre 2006, et cet examen s'accompagnera d'une évaluation du rôle que le site a pu jouer dans la réduction du préjudice. Deux villes canadiennes (Vancouver et Montréal) participent également à l'Initiative nord-américaine sur les médicaments opiacés (NAOMI), qui mène des études cliniques soigneusement contrôlées pour déterminer si la prescription d'héroïne de qualité pharmaceutique dans le cas des consommateurs chroniques de drogues injectables qui n'ont pas répondu aux autres traitements serait un moyen plus efficace que la méthadone et améliorerait leur qualité de vie⁽⁴³⁾. On attend les résultats préliminaires vers la fin de 2006. Au Canada, comme dans de nombreux autres pays, la méthadone est donnée sur ordonnance pour aider à traiter la toxicomanie aux opiacées.

INHALANTS

A. Nature, usage et effets

L'usage et l'abus d'inhalants ou substances inhalées – on parle également d'abus de solvants, de consommation de substances volatiles et de reniflette – sont associés à des problèmes importants de morbidité et de mortalité : lésions du système nerveux central et des poumons, perte auditive et mort subite après inhalation volontaire. Les produits couramment utilisés sont la colle pour modèles réduits, l'essence, la colle contact, les peintures, le butane, les aérosols de cuisine, etc. Souvent, les usagers chroniques sont au chômage, pauvres, consomment d'autres substances psychoactives, appartiennent à une famille dysfonctionnelle, échouent dans leurs études et sont mêlés à la délinquance.

(42) On peut trouver de l'information sur Insite, le site d'injection supervisé, sur le site Web de Vancouver Coastal Health (<http://www.vch.ca/sis/>).

(43) Les essais cliniques de NAOMI au Canada sont financés par les Instituts de recherche en santé du Canada; voir « Le rôle clé des comités consultatifs locaux dans le projet NAOMI », *L'Éthique en direct!* @IRSC, n° 4, automne 2005 (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29084.html>). On trouve des questions et réponses concernant le projet NAOMI sur le site Web du projet (http://www.naomistudy.ca/pdfs/naomi_faq.pdf).

B. Prévalence de l'usage des inhalants

On possède peu de renseignements sur l'usage d'inhalants à l'échelle nationale. D'après l'Enquête de 2004 sur les toxicomanies au Canada, seulement 1,3 p. 100 des répondants ont dit avoir reniflé de la colle ou des solvants à un moment ou un autre de leur vie. Toutefois, l'usage d'inhalants est un phénomène associé surtout aux jeunes. L'enquête de 2004 a révélé que parmi ceux qui ont dit avoir utilisé ces substances, 67 p. 100 l'ont fait pour la première fois entre 12 et 16 ans, 13 p. 100 avant 12 ans et 19 p. 100 lorsqu'ils avaient 17 ans ou plus⁽⁴⁴⁾. Dans les Territoires du Nord-Ouest, d'après l'enquête qui y a été faite en 2004, 2,7 p. 100 ont utilisé des inhalants à un moment ou un autre de leur vie⁽⁴⁵⁾. De la même façon, le Sondage de 2005 sur la consommation de drogue parmi les élèves de l'Ontario a révélé que la proportion des adolescents canadiens qui ont dit avoir utilisé des inhalants dans l'année précédant le sondage allait de 2,3 à 5,3 p. 100, selon qu'ils avaient utilisé de la colle ou d'autres solvants⁽⁴⁶⁾. Chez les jeunes Autochtones, l'usage d'inhalants est plus fréquent. Il semblerait que le phénomène prenne des proportions épidémiques dans certaines collectivités éloignées, tandis qu'il est à peu près inexistant ailleurs⁽⁴⁷⁾.

C. Abus des inhalants chez les jeunes Autochtones

Des études réalisées au Canada, mais surtout aux États-Unis, révèlent que l'abus des inhalants est un problème majeur chez les jeunes Autochtones. Certaines études ont fait état de taux de prévalence qui peuvent atteindre 60 p. 100. L'enquête la plus récente effectuée dans toutes les réserves au Canada est l'Enquête sur l'abus des vapeurs de solvants parmi les jeunes

(44) Colleen Anne Dell, *What the Data Tells Us About Youth Volatile Solvent Abuse (VSA) in Canada*, présentation en PowerPoint à la conférence « Inhalant Abuse Among Children and Adolescents: Consultation on Building an International Research Agenda », à Rockville (Maryland), 7 novembre 2005. Voir également les documents présentés à la conférence internationale sur l'usage de solvants dont le Canada, les États-Unis et le Mexique ont été les hôtes à Washington en novembre 2005. On trouvera les liens pour consulter les exposés sur le site Web du National Institute on Drug Abuse (http://international.drugabuse.gov/meetings/inhalant_presentations.html).

(45) Santé et Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (2006), p. 17. Il faut interpréter ce taux de prévalence avec prudence en raison de la forte variabilité de l'échantillon. Aucune donnée n'est disponible sur l'usage des inhalants pendant l'année précédant l'enquête.

(46) Adlaf et Paglia-Boak (2005), p. 91.

(47) Comité de santé des Indiens et Inuit, Société canadienne de pédiatrie, « L'intoxication aux substances inhalées », *Paediatrics & Child Health*, vol. 3, n^o 2, 1998, réapprouvé en janvier 2005 (<http://www.cps.ca/francais/enonces/II/ii97-01.htm>).

des communautés des Premières nations et des Inuits de 1993. Néanmoins, diverses études locales et régionales, les données de centres de traitement et d'organismes d'application de la loi ainsi que des études sur la morbidité et la mortalité donnent toutes à penser que la prévalence du problème chez les jeunes Autochtones du Canada, et notamment chez ceux qui habitent dans certaines régions rurales et éloignées, est tout aussi élevée qu'aux États-Unis. En 2003, par exemple, un rapport de la Première nation Pauingassi, au Manitoba, a révélé que 50 p. 100 des jeunes de moins de 18 ans habitant dans la réserve faisaient usage de solvants. Ce problème de santé important est étudié par le Youth Solvent Abuse Committee⁽⁴⁸⁾, qui travaille en partenariat avec Santé Canada, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et la National Native Addiction Partnership Foundation. Jusqu'en 2004, huit centres de traitement adaptés à la culture autochtone avaient été mis en place pour lutter contre le problème de l'usage de solvants chez les jeunes Autochtones.

MÉTHAMPHÉTAMINES ET ECSTASY

A. Nature, usage et effets

1. Méthamphétamines

Les méthamphétamines sont des stimulants de type amphetamine qui, comme la cocaïne, agissent sur le système nerveux central. Ces substances synthétiques, souvent appelées speed, crystal, glass, meth, ice, etc., prennent des formes diverses et peuvent être ingérées, fumées, reniflées ou injectées. Le crystal et l'ice sont les formes les plus puissantes. Les effets des stimulants de ce type sont semblables à ceux de la cocaïne, mais ils peuvent parfois durer pendant 24 heures, parce que la métabolisation des méthamphétamines est plus lente. En voici certains : sensation intense d'euphorie, vivacité accrue, augmentation de l'énergie, du rythme respiratoire, du rythme cardiaque et de la température corporelle, avec diminution de l'appétit,

(48) La mission du Youth Solvent Abuse Committee est de créer chez les Premières nations et les Inuits un réseau de santé formé de centres de traitement pour l'usage de solvants à l'intention des jeunes Autochtones, de leurs familles et de leurs collectivités. Le Comité a été très actif, et certains de ses centres jouissent d'une réputation internationale pour leurs programmes d'avant-garde en traitement et en prévention. On trouvera de plus amples renseignements sur le site Web du Comité (<http://www.members.shaw.ca/ysac/>). Voir également Colleen Anne Dell, Debra E. Dell et Carol Hopkins, « Ressort psychologique et traitement global de l'abus de substances inhalées », *Journal de santé autochtone*, vol. 2, n° 1, mars 2005, p. 4 à 12 (http://www.naho.ca/french/documents/substances_inhalees.pdf).

dilatation des pupilles et insomnie. Lorsque les doses sont plus fortes, ces substances peuvent causer de l'euphorie, des hallucinations, de l'irritabilité, du délire, de la paranoïa, des lésions nerveuses, des crises d'épilepsie, de fortes fièvres, le coma, l'arythmie cardiaque, des défaillances cardiaques et la mort. Des observations donnent à penser que la consommation des méthamphétamines peut provoquer des lésions durables au cerveau. Les usagers peuvent aussi être portés à adopter un comportement étrange, irrégulier et violent, et ils ont davantage tendance à adopter un comportement sexuel à risque. Les grands consommateurs chroniques peuvent devenir tolérants et dépendants. La production, la distribution et la possession non autorisées de méthamphétamines sont interdites par la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*⁽⁴⁹⁾.

2. Ecstasy

L'ecstasy (MDMA) est très proche des stimulants de type amphétamine par sa structure chimique, mais son effet est quelque peu différent, car elle provoque des expériences émotives subjectives intenses⁽⁵⁰⁾. Les effets aigus nuisibles comprennent la fébrilité, l'ataxie, les tremblements, la myoclonie, la diarrhée et, effet secondaire le plus grave, l'hyperthermie; l'usage du MDMA a été aussi associé à la mort subite et au collapsus cardio-vasculaire, la cause la plus courante des décès étant l'hyperthermie⁽⁵¹⁾. L'ecstasy est souvent ingérée, parfois reniflée, mais rarement injectée.

B. Prévalence de l'usage des méthamphétamines et de l'ecstasy

Le *2005 World Drug Report* estime à 26 millions dans le monde entier (0,6 p. 100 de la population âgée de 15 à 64 ans) le nombre de personnes qui consommaient des stimulants de type amphétamine et à 7,9 millions le nombre de celles qui prenaient de l'ecstasy en 2003. Au

(49) En août 2005, la peine maximale pour la production et la distribution de méthamphétamines est passée de dix ans à l'emprisonnement à vie. L'imposition des sanctions les plus lourdes a été rendue possible par l'inscription des méthamphétamines à l'annexe 1 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Pour de plus amples renseignements sur la question, consulter le site Web de Santé Canada (http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2005/2005_88_f.html).

(50) Dans la littérature, l'ecstasy est parfois placée dans le groupe des hallucinogènes, parce qu'elle tend à affecter les perceptions, les émotions et les processus mentaux.

(51) Samantha R. Gross *et al.*, « Ecstasy and Drug Consumption Patterns: A Canadian Rave Population Study », *La revue canadienne de psychiatrie*, vol. 47, août 2002 (<http://www.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2002/August/originalResearchEcstasy1.asp>).

Canada, 6,4 p. 100 de ceux qui ont répondu à l'Enquête de 2004 sur les toxicomanies au Canada ont dit avoir consommé des méthamphétamines à un moment ou un autre de leur vie (8,7 p. 100 des hommes et 4,1 p. 100 des femmes), et 4,1 p. 100 ont pris de l'ecstasy (5,2 p. 100 des hommes et 3 p. 100 des femmes). L'usage au cours de l'année précédant l'enquête était moins important : 0,8 p. 100 des répondants ont dit avoir consommé des méthamphétamines et 1,1 p. 100, de l'ecstasy⁽⁵²⁾. Dans les Territoires du Nord-Ouest, seulement 3 p. 100 des répondants de l'enquête qui y a été menée en 2004 ont dit avoir déjà consommé des méthamphétamines ou de l'ecstasy à un moment ou un autre de leur vie⁽⁵³⁾. Chez les élèves ontariens de la 7^e à la 12^e année, les réponses sur la consommation au cours de l'année précédant l'enquête ont donné des résultats similaires. En 2005, 2,2 p. 100 des étudiants ont dit avoir pris des méthamphétamines dans les 12 mois précédant le Sondage sur la consommation de drogue parmi les élèves de l'Ontario⁽⁵⁴⁾.

Les faits anecdotiques rapportés par les centres de traitement donnent toutefois à penser que l'usage des méthamphétamines est beaucoup plus répandu que les enquêtes le montrent⁽⁵⁵⁾. Des études ont également révélé que la consommation de ces substances était particulièrement répandue chez les jeunes de la rue et les hommes homosexuels⁽⁵⁶⁾. On lit dans un rapport récent du Western Canadian Summit on Methamphetamine qu'une « enquête sur un échantillon de commodité composé de jeunes de la rue (de 14 à 30 ans) réalisée à Vancouver en 2000 a révélé que 71 p. 100 avaient essayé des stimulants de type amphétamine et que 57 p. 100 d'entre eux les avaient utilisés plus de dix fois ». En outre, « l'enquête Sex Now, réalisée en 2004, a montré que 25,4 p. 100 des hommes homosexuels de la Colombie-Britannique avaient pris des méthamphétamines »⁽⁵⁷⁾. Enfin, les comptes rendus des médias sur l'usage de

(52) *Enquête sur les toxicomanies au Canada* (2005), p. 61 et 62.

(53) Santé et Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (2006), p. 17. Il faut interpréter ce taux de prévalence avec prudence en raison de la forte variabilité de l'échantillon. Aucune donnée n'est disponible sur l'usage de ces substances pendant l'année précédant l'enquête.

(54) Adlaf et Paglia-Boak (2005), p. 114.

(55) Western Canadian Summit on Methamphetamine, *Bringing Together Practitioners, Policy Makers and Researchers, Consensus Panel Report*, Vancouver Coastal Health, avril 2005, p. 11 (http://www.sfu.ca/dialogue/Meth_Booklet_2005_Final.pdf). Ce document contient une foule de renseignements sur toutes les questions qui se rapportent aux méthamphétamines.

(56) Voir, par exemple, Arn J. Schilder *et al.*, « Crystal Methamphetamine and Ecstasy Differ in Relation to Unsafe Sex Among Young Gay Men », *La revue canadienne de santé publique*, vol. 96, n^o 5, septembre-octobre 2005, p. 340 à 343.

(57) Western Canadian Summit on Methamphetamine (2005), p. 10 [traduction].

« crystal meth » ont également sensibilisé l'opinion et avivé les préoccupations au sujet de cette forme de méthamphétamine. Un groupe d'intervenants d'Edmonton et des quatre coins de l'Alberta ont étudié le problème et conclu que les jeunes de 15 à 25 ans sont les principaux consommateurs de « crystal meth » dans cette région, et qu'ils se retrouvent dans toutes les couches socioéconomiques et toutes les parties de la région⁽⁵⁸⁾.

CONCLUSION

Selon l'Enquête de 2004 sur les toxicomanies au Canada, la prévalence de l'usage de substances psychoactives était à la hausse au cours de la dernière décennie. Les hommes sont plus susceptibles de déclarer en avoir fait usage à un moment ou un autre de leur vie. C'est le cannabis qui est le plus fréquemment consommé, et les principaux consommateurs sont les jeunes adultes (18 à 24 ans), qui sont plus susceptibles de déclarer qu'ils consomment du cannabis que du tabac. Exception faite du cannabis, les substances psychoactives les plus couramment consommées à un moment ou un autre de la vie sont les hallucinogènes, suivis par la cocaïne, les méthamphétamines et l'ecstasy. Toutefois, peu nombreux sont les répondants qui disent avoir consommé ces dernières substances au cours de l'année précédant l'enquête. Bien que la proportion des répondants qui ont déclaré, dans l'Enquête sur les toxicomanies au Canada, avoir pris des inhalants et de l'héroïne à un moment ou un autre de leur vie soit relativement faible (1 p. 100 ou moins), les conséquences de l'abus de ces substances pour les usagers et leur milieu sont désastreuses. L'abus de solvants, qui est associé à des taux de morbidité et de mortalité importants, constitue un problème majeur chez les jeunes Autochtones. L'usage et l'abus d'héroïne et l'usage simultané de cocaïne et d'opioïdes ont de lourdes conséquences pour la santé et sur les plans social et économique. L'abus d'héroïne est particulièrement fréquent en Colombie-Britannique, où un site d'injection supervisé a été créé dans le cadre d'un projet pilote. L'abus de méthamphétamines et plus particulièrement de crystal meth est également répandu dans certaines collectivités canadiennes, et il entraîne des conséquences graves.

(58) Ann Goldblatt, *A Community Stakeholder View of Crystal Meth in Edmonton: Trends, Strategies, Challenges and Needs*, rédigé pour le groupe de travail sur le développement social du Comité consultatif d'Edmonton pour le projet Pour des villes plus sûres, février 2004 (<http://www.edmonton.ca/CityGov/CommServices/SaferCitiesReportOnCrystalMethFebruary04.pdf>).

Depuis près de 30 ans, on suit l'usage des substances psychoactives par les élèves ontariens. Globalement, les résultats montrent que l'usage de ces substances, licites ou illicites, a diminué au cours des cinq dernières années. L'Ontario est la seule province où se font des sondages constants sur la consommation de drogue dans les écoles.

L'Enquête sur les toxicomanies au Canada, l'Enquête sur les toxicomanies dans les Territoires du Nord-Ouest et le Sondage sur la consommation de drogue parmi les élèves de l'Ontario ont fourni à divers intervenants, dont les chercheurs, les conseillers en politiques et les fournisseurs de soins de santé et de soins aux toxicomanes, des renseignements précieux sur la prévalence de l'usage des substances psychoactives et des méfaits connexes. Il subsiste néanmoins d'importantes lacunes dans les renseignements, notamment en ce qui concerne les populations à haut risque, l'augmentation de l'usage et de l'abus de substances comme les méthamphétamines, la montée de l'usage simultané de drogues multiples et la présence simultanée des toxicomanies et des troubles mentaux. Si on veut trouver des solutions efficaces aux problèmes relatifs à l'usage et à l'abus de substances psychoactives, il importe de mieux comprendre le phénomène des toxicomanies. Voilà pourquoi de nombreux intervenants sont d'avis que le Canada doit continuer à appuyer la recherche dans ce domaine.