



Sédatifs

Points clés

- Le taux d'usage de sédatifs d'ordonnance dans la population adulte générale canadienne (~12 %) est demeuré plutôt stable depuis 2013.
- Au Canada, la prévalence de l'usage de sédatifs d'ordonnance est la plus élevée chez les personnes âgées (~16,5 %) et est plus élevée chez les femmes (14 %) que chez les hommes (9 %).
- L'usage non médical de sédatifs a presque doublé chez les élèves de la 10^e à la 12^e année en 2016-2017 (~3 %), par rapport à 2014-2015 (~1,5 %).
- Au Canada, il existe peu de données sur les méfaits associés à l'usage de sédatifs, même cet usage contribuerait aux intoxications et décès par surdose liés aux opioïdes.
- Au Canada, il existe aussi peu de données permettant de déterminer si la disponibilité des sédatifs illicites est en hausse.

Introduction

Les sédatifs sont des dépresseurs* du système nerveux central (SNC), c.-à-d. qu'ils affaiblissent ou ralentissent l'activité cérébrale. Ils servent principalement à traiter l'anxiété, l'insomnie ou d'autres troubles de sommeil, mais ils ont aussi d'autres emplois thérapeutiques, notamment apaiser les patients lors d'interventions chirurgicales et médicales, traiter le sevrage alcoolique, contrôler les convulsions et les migraines et détendre les muscles. Les sédatifs† sont regroupés en trois grandes catégories : les benzodiazépines, les somnifères non benzodiazépines et les barbituriques. Le tableau 1 donne des exemples pour chaque catégorie et énumère certains de leurs noms génériques, commerciaux et de rue. D'autres termes sont souvent utilisés de façon interchangeable pour parler des sédatifs, dont tranquillisants‡ ou hypnotiques.

Tableau 1. Noms génériques, commerciaux et de rue couramment donnés aux sédatifs

Catégorie de médicament	Nom générique	Nom commercial	Noms de rue§
Benzodiazépines	Alprazolam	Xanax ^{MD}	Z-bars, bars
	Clonazépam	Rivotril ^{MD}	K-pins, super valium
	Diazépam	Valium ^{MD}	V, benzos, tranks, downers
	Estazolam	ProSom ^{MD}	bars, benzos, chill pills
	Flurazépam	Dalmane ^{MD}	tranks, downers, nerve pills
	Lorazépam	Ativan ^{MD}	nerve pills, tranks, downers
	Nitrazépam	Mogadon ^{MD}	jellies, eggs, vallies

* L'alcool est le plus important dépresseur du SNC. Parmi les autres dépresseurs du SNC aux propriétés sédatives, mentionnons les antidépresseurs, les tranquillisants antipsychotiques et les antihistaminiques.

† Quelques exemples de sédatifs non inclus dans ces grandes catégories : le GHB (Xyrem^{MD}), la gabapentine (Neurontin^{MD}), la buspirone (Buspar^{MD}), l'ethchlorvynol (Placidyl^{MD}) et le rameltéon (Rozerem^{MD}).

‡ Les tranquillisants incluent divers types de relaxants musculaires.

§ Quelques noms de rue communs des benzodiazépines : benzos, dippers, blues, heavenly blues, downers, tranks et nerve pills.



Catégorie de médicament	Nom générique	Nom commercial	Noms de rue [§]
	Oxazépam	Seresta ^{MD}	benzos, downers, nerve pills
	Témazepam	Restoril ^{MD}	rugby balls, tems, jellies
	Triazolam	Halcion ^{MD}	Up Johns, tranks, downers
Somnifères non benzodiazépines	Zolpidem	Ambien ^{MD}	Z-drug, forget-me pills, rophies
	Zopiclone	Imovane ^{MD}	Z-drug
Barbituriques	Amobarbital	Amytal ^{MD}	angels, blue heavens
	Pentobarbital	Nembutal ^{MD}	barbs, M&Ms, nembies
	Phénobarbital	Luminal ^{MD}	barbs, nembies, downers

Les sédatifs d'ordonnance se prennent habituellement sous forme de comprimés, mais aussi parfois de suppositoires ou de solutions à injecter. Pour en ressentir les effets euphoriques à des fins non médicales**, certains utilisateurs altèrent parfois le médicament, c.-à-d. qu'ils modifient la forme du médicament ou son mode d'administration, ou les deux.

Effets des sédatifs

À court terme : La majorité des sédatifs activent un neurotransmetteur inhibiteur appelé acide gamma-aminobutyrique (GABA), ce qui entraîne une baisse de l'activité cérébrale. Certains sédatifs et d'autres dépresseurs du SNC (p. ex. des antidépresseurs et des antipsychotiques aux propriétés sédatives) ralentissent l'activité cérébrale, par différents mécanismes. À doses faibles à modérées, les sédatifs peuvent atténuer l'anxiété d'intensité faible à modérée et amener un effet de calme et de relaxation. À plus fortes doses, ces médicaments peuvent soulager l'insomnie et une détresse émotionnelle grave, et causer de la somnolence et de l'incoordination. Parmi les autres effets à court terme des sédatifs, citons la dilatation des pupilles, les troubles de l'élocution, une respiration irrégulière, une baisse de la fréquence cardiaque et de la tension artérielle, la désinhibition, un jugement affaibli et des troubles d'apprentissage et de mémoire. De plus, ces médicaments ont parfois des effets secondaires, notamment la confusion, la désorientation, l'amnésie, la dépression, des étourdissements et, plus rarement, l'agitation et des hallucinations. Ces médicaments nuisent à la capacité de conduire un véhicule et augmentent le risque d'accident, surtout s'ils sont pris avec de l'alcool ou d'autres drogues.

À long terme : Les sédatifs produisent plusieurs effets à long terme, dont la fatigue chronique, des problèmes de vision, des sautes d'humeur, un comportement agressif, des réflexes émoussés, des problèmes respiratoires, des lésions hépatiques, des troubles du sommeil et une dysfonction sexuelle. À long terme, l'usage peut mener à l'acquisition d'une tolérance – de sorte que l'effet du médicament est affaibli, ce qui incite le consommateur de sédatifs d'ordonnance à augmenter la dose pour retrouver les effets escomptés. Le potentiel d'accoutumance et de dépendance augmente avec l'usage répété de fortes doses.

L'arrêt d'une consommation régulière prolongée devrait se faire graduellement et sous surveillance médicale. Si une personne physiquement dépendante d'un sédatif cesse soudainement d'en

** À noter que dans le présent document, « usage de sédatifs d'ordonnance » s'applique à la prise de sédatifs selon les indications d'un médecin. L'« usage de sédatifs d'ordonnance à des fins non médicales », lui, fait notamment référence à la prise de sédatifs d'ordonnance dans les cas suivants : alors que la personne n'a pas d'ordonnance, les sédatifs ont été prescrits par plusieurs médecins, infirmières ou pharmaciens (c.-à-d. obtention d'ordonnances de plusieurs prescripteurs), l'usage se fait à des fins autres que celles pour lesquelles les sédatifs ont été prescrits (p. ex. pour leurs effets euphoriques), l'usage se fait d'une façon autre que celle prescrite (p. ex. altération de la forme du médicament ou de son mode d'administration) ou la personne prend des sédatifs plus ou moins souvent que ce qui est prescrit.



prendre, elle présentera des symptômes de sevrage. La gravité de ces symptômes dépend du type de médicaments, de la quantité consommée, de la durée de la consommation et si l'arrêt de la médication est soudain ou non. Parmi les symptômes de sevrage possibles, notons les maux de tête, l'insomnie, la tension, la transpiration, les troubles de concentration, les tremblements, les perturbations sensorielles, la peur, la fatigue, des douleurs gastriques et une perte d'appétit. Plusieurs graves symptômes de sevrage sont liés à l'arrêt de la prise régulière de fortes doses de sédatifs, à savoir l'agitation, la paranoïa, le délire et les convulsions.

Règle générale, il ne faut pas prendre de sédatifs avec d'autres médicaments ou substances qui pourraient diminuer l'activité du système nerveux central, dont l'alcool, les opioïdes et certains médicaments en vente libre contre le rhume et les allergies. Une surdose se reconnaît notamment aux symptômes suivants : troubles d'élocution, confusion, grande somnolence, faiblesse et démarche chancelante, ralentissement du rythme cardiaque, troubles respiratoires et perte de connaissance.

Statut juridique des sédatifs au Canada

Les sédatifs d'ordonnance sont pour la plupart inscrits à l'annexe IV de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*^{††}. L'usage de sédatifs est légal uniquement sur ordonnance d'un professionnel de la santé autorisé et par la seule personne à laquelle ils sont prescrits. En soi, la possession de sédatifs n'est pas illégale. Cela dit, l'obtention d'ordonnances multiples (c.-à-d. de plusieurs médecins prescripteurs sans les informer des ordonnances reçues au cours des 30 derniers jours) est passible de 18 mois d'emprisonnement. Le trafic, l'importation, l'exportation et la production de sédatifs sont passibles de trois ans d'emprisonnement¹.

Usage autodéclaré

Usage de sédatifs dans la dernière année au Canada

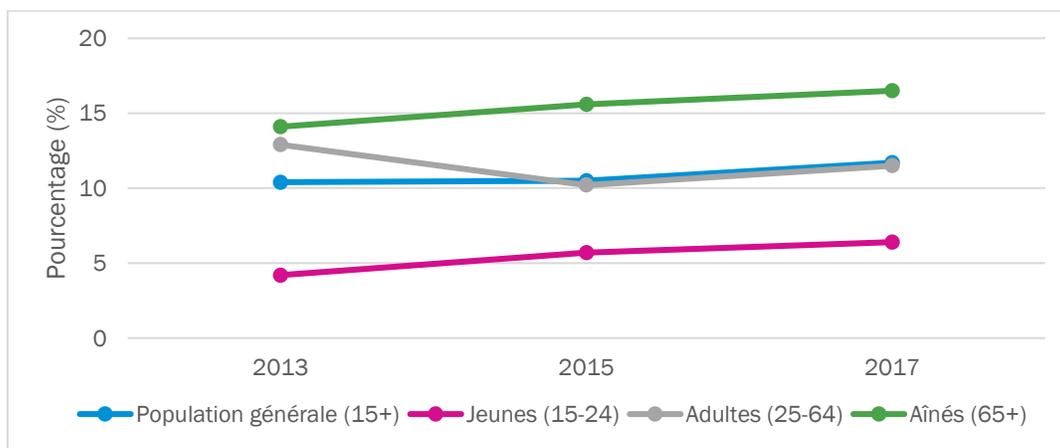
- **Population générale (15 ans et plus)** : Selon l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD), la prévalence de l'usage de sédatifs d'ordonnance dans la population générale atteignait 12 % en 2017, soit un taux inchangé par rapport à celui de 2015 (11 %) ^{2,3}.
- **Jeunes (15 à 24 ans)** : La prévalence de l'usage de sédatifs d'ordonnance des jeunes est la plus faible de toute la population canadienne (6,4 % en 2017)². Chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans, le taux d'usage de sédatifs d'ordonnance dans la dernière année en 2017 était de 5,1 %; le taux correspondant chez les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans était plus élevé (7,5 %) ².
- **Adultes (25 ans et plus)** : La prévalence de l'usage de sédatifs d'ordonnance dans la dernière année chez les adultes canadiens en 2017 (12,6 %) était environ deux fois plus élevée que celle des 15 à 24 ans (6,4 %) ². Le taux d'usage de sédatifs d'ordonnance dans la dernière année des adultes canadiens de 2017 est semblable à celui de 2015 ^{2,3}.
- **Aînés (65 ans et plus)** : Les aînés sont les plus grands consommateurs de sédatifs d'ordonnance de toute la population canadienne (16,5 % en 2017, contre 15,6 % en 2015) ^{2,3}.

^{††} Certains somnifères non benzodiazépines (p. ex. la zopiclone) ne relèvent pas de cette loi.



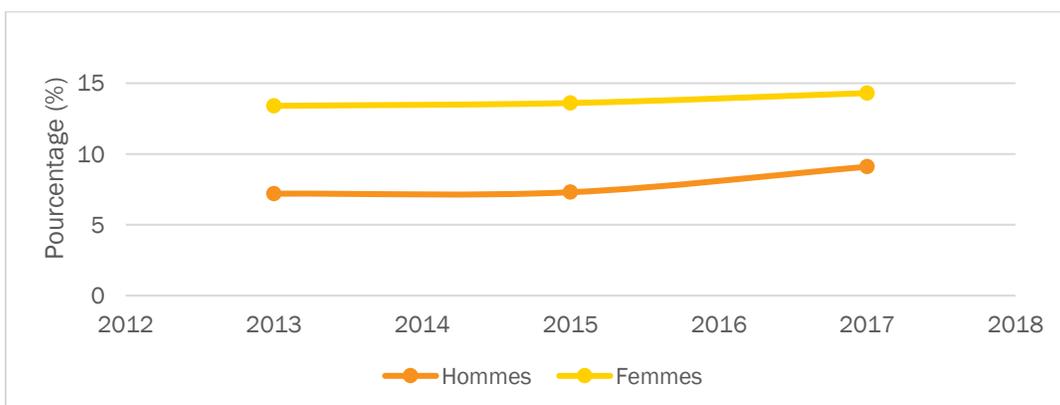
- **Sexe** : Selon des données de l'ECTAD 2017, la prévalence de l'usage de sédatifs d'ordonnance dans la dernière année est beaucoup plus élevée chez les femmes (14,3 %) que chez les hommes (9,1 %)². Cette différence correspond aux pourcentages de l'ECTAD 2015³.
- **Adultes des Premières Nations** : 6,1 % des Autochtones âgés de 18 ans et plus vivant dans des réserves ou dans des communautés nordiques au Canada ont dit avoir pris des sédatifs d'ordonnance dans la dernière année en 2015-2016⁴.
- **Jeunes des Premières Nations** : 1,3 % des Autochtones âgés de 12 à 17 ans ont dit avoir fait usage de sédatifs d'ordonnance en 2015-2016⁴.

Figure 1. Prévalence de l'usage autodéclaré de sédatifs d'ordonnance chez les Canadiens, selon la catégorie d'âge



Source : ECTAD 2013⁵, ECTAD 2015⁶ et ECTAD 2017⁷

Figure 2. Prévalence de l'usage autodéclaré de sédatifs d'ordonnance chez les Canadiens, selon le sexe



Source : ECTAD 2013⁸, ECTAD 2015³ et ECTAD 2017²

Prévalence dans la dernière année de l'usage de sédatifs à des fins non médicales au Canada

Les sédatifs sont parfois consommés à des fins non médicales en raison de leurs propriétés psychoactives. L'accessibilité de ces médicaments, le fait qu'ils peuvent être détournés à n'importe quelle étape de la chaîne d'approvisionnement (c.-à-d. les voies par lesquelles les médicaments d'ordonnance se rendent aux patients, notamment les fabricants, les grossistes et les pharmacies)



et le sentiment de relative sécurité qu'ils procurent par rapport aux drogues illicites, entre autres, augmentent le risque de dépendance psychologique et physique. La consommation de sédatifs d'ordonnance à des fins non médicales consiste à ne pas respecter son ordonnance (p. ex. en prenant une plus forte dose que celle prescrite ou en prenant le médicament avec de l'alcool) ou à altérer le médicament pour obtenir un effet plus rapide et plus fort.

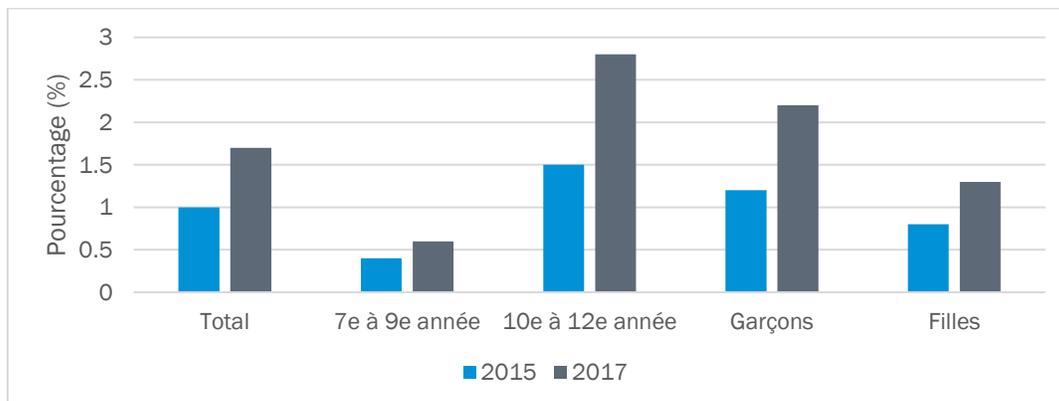
- **Population générale (15 ans et plus)** : Des données de l'ECTAD 2017 révèlent que parmi les personnes qui ont pris des sédatifs dans la dernière année, 1,4 %^{##} ne l'avaient fait que pour la sensation/l'expérience qu'ils procurent ou pour « planer » (0,2 %^{§§} de la population totale)².
- **Élèves** : Selon l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves (ECTADE), en 2016-2017, 0,6 % des élèves canadiens de la 7^e à la 9^e année (premier cycle du secondaire) ont dit avoir consommé des sédatifs ou des tranquillisants dans la dernière année pour leurs effets euphoriques, et non à des fins médicales, soit un pourcentage inchangé depuis 2014-2015 (0,4 %). Le taux d'usage dans la dernière année des élèves de la 10^e à la 12^e année (deuxième cycle du secondaire) en 2016-2017 (2,8 %) a augmenté par rapport aux 1,5 % de 2014-2015. Chez les élèves de la 7^e à la 12^e année, les garçons présentaient un taux d'usage dans la dernière année plus élevé (2,2 %) que celui des filles (1,3 %). Du côté des somnifères, 2,1 % des élèves de la 7^e à la 9^e année et 4,9 % de ceux de la 10^e à la 12^e année ont dit en avoir pris pour planer en 2016-2017 (3,6 % des garçons et 3,4 % des filles, de la 7^e à la 12^e année⁹). Il s'agit d'une hausse considérable de l'usage déclaré par rapport à 2014-2015 (0,7 % de la 7^e à la 9^e année et 1,6 % de la 10^e à la 12^e année)¹⁰.
- **Élèves de l'Ontario** : En 2017, 2,7 % des élèves de la 9^e à la 12^e année de la province ont dit avoir pris des tranquillisants ou des sédatifs à des fins non médicales (2,7 % des garçons et 2,6 % des filles)¹¹.
- **Étudiants postsecondaires** : Des données issues du National College Health Assessment Survey [sondage national d'évaluation de la santé dans les établissements postsecondaires] mené au printemps 2016 à partir d'un échantillon de commodité de 41 établissements postsecondaires canadiens (donc, un échantillon non représentatif de tous les étudiants au Canada) indiquent que 2,2 % de ces étudiants (2,1 % des hommes, 2,1 % des femmes) avaient pris des sédatifs qui ne leur avaient pas été prescrits dans les 12 mois précédents¹².

^{##} Variabilité modérée de l'échantillonnage, interpréter avec prudence.

^{§§} Variabilité modérée de l'échantillonnage, interpréter avec prudence.



Figure 3. Prévalence de l'usage autodéclaré de sédatifs/tranquillisants à des fins non médicales dans la dernière année chez les élèves canadiens, par année, niveau scolaire et sexe



Source : ECTADE 2015¹⁰ et ECTADE 2017⁹

Comparaison avec d'autres pays

- **États-Unis** : En 2017, la prévalence de l'usage de tranquillisants à des fins non médicales atteignait 0,6 %, et la prévalence de l'usage de sédatifs à des fins non médicales, elle, s'établissait à 0,1 % chez les personnes âgées de 12 ans et plus¹³.
- **Australie** : En 2016, la prévalence dans la dernière année de l'usage de tranquillisants et de somnifères d'ordonnance à des fins non médicales était de 1,6 % chez les personnes âgées de 14 ans et plus¹⁴.

Méfais connexes

Les coûts par personne de soins de santé associés aux dépresseurs du SNC*** (excluant l'alcool ou les opioïdes) n'ont pas beaucoup changé de 2007 à 2014¹⁵. Cela dit, en 2014, 217 millions de dollars en soins de santé étaient attribuables à ces dépresseurs (soit environ 20 % de tous les coûts de soins de santé associés à des substances autres que l'alcool et le tabac)¹⁵.

Morbidité

Les données hospitalières constituent une mesure importante des répercussions de l'usage de substances sur le système de santé. En 2014, il y a eu 5 500 hospitalisations au Canada (sauf le Québec) pour des problèmes de santé entièrement ou partiellement attribuables aux dépresseurs du SNC¹⁵, ce qui représente 25 % de toutes les hospitalisations attribuables à l'usage de substances au Canada en 2014 (excluant celles pour l'alcool et le tabac)¹⁵.

L'alcool et les opioïdes agissent de manière synergétique avec d'autres dépresseurs du SNC, et l'usage combiné d'alcool ou d'opioïdes (ou les deux) avec des sédatifs augmente le risque d'intoxication et de surdose. Selon des données de l'Institut canadien d'information sur la santé, en 2014-2015, les benzodiazépines étaient les substances concomitantes les plus souvent détectées lors d'hospitalisations pour intoxication aux opioïdes (19 %)¹⁶. Les personnes ayant fait une

*** Ce terme fait ici référence aux produits sédatifs ou tranquillisants obtenus généralement, mais pas exclusivement, d'un médecin, comme le Valium, l'Ativan et le Xanax."



intoxication intentionnelle aux opioïdes risquaient davantage de faire un usage concomitant de benzodiazépines (29 %) ¹⁶.

La perte de productivité est un autre méfait attribuable à l'usage de sédatifs. La mortalité prématurée, l'invalidité de longue durée, l'absentéisme et la perte d'efficacité au travail (présentéisme) sont autant de formes que peut prendre la perte de productivité attribuable à l'usage de substances. Le coût total de perte de productivité attribuable à l'usage de dépresseurs du SNC a augmenté d'environ 16 %, passant de 17 \$ par personne en 2007 à 19 \$ par personne en 2014, et le coût total de perte de productivité en 2014 a été estimé à environ 520 millions de dollars ¹⁵.

Mortalité

Au Canada, il n'existe aucune estimation nationale de la prévalence des décès par surdose attribuables à l'usage de sédatifs ou de benzodiazépines ou en combinaison avec d'autres substances. Mentionnons toutefois qu'on estime que les dépresseurs du SNC ont joué un rôle dans 796 décès prématurés au Canada en 2014, soit une hausse de 13 % par rapport à 2007 ¹⁵.

Selon des données des États-Unis, le nombre de décès par surdose impliquant des benzodiazépines (en l'absence de tout opioïde) a augmenté de 1,5 fois de 2012 à 2017 ¹⁷. De son côté, le nombre de décès par surdose impliquant des benzodiazépines et un opioïde a augmenté de 1,8 fois, alors que le nombre de décès impliquant des benzodiazépines et d'autres narcotiques synthétiques⁺⁺⁺ a augmenté de 7,4 fois ¹⁷. En 2017, aux États-Unis, environ 20 % des décès liés aux opioïdes et 35 % des décès par surdose de narcotiques synthétiques (fentanyl) impliquaient des benzodiazépines.

Des données de la Colombie-Britannique et de l'Ontario montrent que les benzodiazépines jouent souvent un rôle dans les surdoses liées aux opioïdes :

- **Colombie-Britannique** : Une étude de cohorte prospective menée de 1996 à 2013 chez des consommateurs de drogue injectable de Vancouver indique que ceux qui prenaient des benzodiazépines et des opioïdes étaient plus de deux fois plus susceptibles que ceux qui ne prenaient que des opioïdes de faire une surdose mortelle ¹⁸.
- **Ontario** : Des benzodiazépines étaient impliquées dans environ la moitié des surdoses mortelles aux opioïdes⁺⁺⁺ en Ontario en 2015 ¹⁹.

Conduite

L'usage de sédatifs est associé à la conduite avec facultés affaiblies et entraîne notamment un ralentissement du temps de réaction et une incapacité à se concentrer. Au Canada, il n'existe aucune estimation nationale de la prévalence de la conduite sous l'effet des sédatifs (détection dans la salive ou le sang). La capacité à déterminer, lors d'enquêtes routières, si un conducteur a consommé des sédatifs est limitée parce qu'il est plus facile de détecter leur présence dans le sang que dans la salive. Ce qui explique pourquoi très peu de conducteurs ont testé positifs aux benzodiazépines lors d'enquêtes routières faites en Colombie-Britannique ²⁰ et en Ontario ²¹ qui n'ont recueilli que des échantillons de salive (deux conducteurs sur 1 672 en Colombie-Britannique et un seul sur 1 735 en Ontario). Ajoutons qu'au Canada, les enquêtes routières se font généralement le vendredi et le samedi soir, alors que l'usage de sédatifs pourrait se faire à d'autres moments. Du côté des États-Unis, une enquête routière (n = 1 991) faite en 2013-2014 a permis d'estimer que

⁺⁺⁺ Les narcotiques synthétiques incluent notamment les opioïdes synthétiques comme le fentanyl.

⁺⁺⁺ Métabolites détectées lors des analyses toxicologiques post mortem.



1,2 % des conducteurs (de jour comme de nuit)²² avaient pris le volant sous l'effet des sédatifs (détection dans la salive et le sang)^{§§§}.

Un rapport du Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé publié en 2014 sur le problème des accidents liés à l'alcool et à la drogue montre que parmi les 324 conducteurs mortellement blessés ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage de drogue, environ 40 % des résultats positifs étaient pour des dépresseurs du SNC (ce qui comprend les sédatifs, les antidépresseurs et les tranquillisants antipsychotiques²³).

Tendances en matière de prescription

Selon des données de l'Institut canadien d'information sur la santé, au Canada, la quantité globale de benzodiazépines et de médicaments de la classe des benzodiazépines délivrée est en baisse depuis 2012 (baisse de 5,9 % entre 2016 et 2017²⁴).

Application de la loi

Échelle nationale : Selon l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), en 2016, environ 690 kg de benzodiazépines ont été saisis au Canada, soit plus de 76 fois plus qu'en 2015 (saisies de seulement 9 kg) et de 13 fois plus qu'en 2012 (saisie de 52 kg)²⁵. L'ONUDC indique aussi qu'en 2016, environ 566 kg de GHB ont été saisis au Canada, soit quatre fois plus qu'en 2015²⁵.

Selon des données fournies par le Service d'analyse des drogues****, d'avril 2018 à mars 2019, il n'y a eu aucune variation importante de la proportion d'échantillons analysés contenant des sédatifs. En moyenne, des sédatifs ont été détectés dans environ 230 échantillons par mois, ce qui représente environ 2,4 % de tous les échantillons de drogue saisis analysés²⁶. À noter toutefois que ces statistiques ne reflètent pas nécessairement des changements à la disponibilité de certains sédatifs. Par exemple, la proportion d'échantillons contenant de l'étizolam (une benzodiazépine) a augmenté de près de 2,5 fois d'avril 2018 à mars 2019, et la proportion d'échantillons contenant du GHB a presque doublé pendant la même période.

Autres ressources

- [Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada \(2007-2014\) \(rapport\)](#)
- [Effets des psychotropes d'ordonnance sur la conduite \(rapport\)](#)
- [Meilleure qualité de vie : usage de substances et vieillissement \(rapport\)](#)

§§§ Un résultat positif ne signifie pas forcément que les facultés du conducteur étaient affaiblies au moment du test; il indique seulement la présence d'une drogue dans son organisme.

**** Le Service d'analyse des drogues analyse les drogues soupçonnées d'être illicites saisies par les organismes canadiens d'application de la loi. Les drogues analysées ne correspondent pas à l'ensemble des substances saisies par les organismes d'application de la loi et ne devraient pas servir à évaluer la quantité de drogues ou à déterminer les types de drogues disponibles sur la rue. De plus, un échantillon unique peut contenir plus d'une substance.



- ¹ Loi réglementant certaines drogues et autres substances, L.C. 1996, ch. 19.
- ² Santé Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : tableaux supplémentaires 2017*, Ottawa, chez l'auteur, 2018.
- ³ Santé Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : tableaux supplémentaires 2015*, Ottawa, chez l'auteur, 2016.
- ⁴ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. *National Report of the First Nations Regional Health Survey. Phase 3: Volume 1*, Ottawa, chez l'auteur, 2018.
- ⁵ Statistique Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues 2013* (fichier de microdonnées à grande diffusion), Ottawa, Santé Canada, 2014.
- ⁶ Statistique Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues 2015* (fichier de microdonnées à grande diffusion), Ottawa, Santé Canada, 2016.
- ⁷ Statistique Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues 2017* (fichier de microdonnées à grande diffusion), Ottawa, Santé Canada, 2018.
- ⁸ Santé Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : tableaux supplémentaires 2013*, Ottawa, chez l'auteur, 2014.
- ⁹ Santé Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves : tableaux détaillés de 2016-2017*, Ottawa, chez l'auteur, 2018.
- ¹⁰ Santé Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves : tableaux détaillés de 2014-15*, Ottawa, chez l'auteur, 2016.
- ¹¹ Boak, A., H.A. Hamilton, E.M. Adlaf et R.E. Mann. *Drug use among Ontario students, 1977-2017: Detailed Findings from the Ontario Student Drug Use and Health Survey (OSDUHS) (CAMH Research Document Series No. 46)*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2017.
- ¹² American College Health Association. *National College Health Assessment II: Canadian Reference Group Data Report Spring 2016*, Hanover (Md.), chez l'auteur, 2016.
- ¹³ Center for Behavioral Health Statistics and Quality. *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health*, Rockville (Md.), Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2018.
- ¹⁴ Australian Institute of Health and Welfare. *National Drug Strategy Household Survey Detailed Report 2013 (Drug statistics series no. 28. Cat. no. PHE 183)*, Canberra, chez l'auteur, 2014.
- ¹⁵ Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2014)*, Ottawa, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018.
- ¹⁶ Institut canadien d'information sur la santé et Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Hospitalisations et visites au service d'urgence liées à une intoxication aux opioïdes au Canada*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2016.
- ¹⁷ Centers for Disease Control and Prevention. *National Drug Overdose Deaths, 1999-2017* (base de données), North Bethesda (Md.), National Institute on Drug Abuse, 2019.
- ¹⁸ Walton, G.R., K. Hayashi, P. Bach, H. Dong, T. Kerr, K. Ahamad, ... et E. Wood. « The impact of benzodiazepine use on mortality among polysubstance users in Vancouver, Canada », *Public Health Reports*, vol. 131, n° 3 (2016), p. 491-499.
- ¹⁹ Ontario Drug Policy Research Network. *Latest Trends in Opioid-Related Deaths in Ontario: 1991 to 2015*, Toronto, chez l'auteur, 2017.
- ²⁰ Beirness, D.J. et Canadian Drug and Alcohol Research Team. *Alcohol and Drug Use by Drivers in British Columbia: Findings from the 2018 Roadside Survey*, Ottawa, Beirness & Associates, 2018.
- ²¹ Beirness, D.J. et E.E. Beasley. *Alcohol and Drug Use by Drivers in Ontario: Findings from the 2017 Roadside Survey*, Ottawa, Beirness & Associates, 2018.
- ²² Kelley-Baker, T., A. Berning, A. Ramirez, J.H. Lacey, K. Carr, G. Waehrer et R. Compton. *2013-2014 National Roadside Study of Alcohol and Drug Use by Drivers: Drug Results*, Washington (D.C.), National Highway Traffic Safety Administration, 2017.
- ²³ Brown, S.W., W.G.M. Vanlaar et R.D. Robertson. *The Alcohol and Drug-Crash Problem in Canada 2014 Report*, Ottawa (Ont.), Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé, 2017.
- ²⁴ Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes et de benzodiazépines, de 2012 à 2017*, Ottawa, chez l'auteur, 2018.
- ²⁵ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Annual Drug Seizures, Kg Equivalent* (base de données), Vienne (Autriche), chez l'auteur, 2018. Consulté sur le site : <https://dataunodc.un.org/drugs/seizures>
- ²⁶ Service d'analyse des drogues. *Substances Identified April 2018 – March 2019* (base de données), Ottawa, Santé Canada, 2019.

ISBN 978-1-77178-566-2

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2019



Centre canadien sur
les dépendances et
l'usage de substances

Le CCDUS a été créé par le Parlement afin de fournir un leadership national pour aborder la consommation de substances au Canada. À titre d'organisme digne de confiance, il offre des conseils aux décideurs partout au pays en profitant du pouvoir des recherches, en cultivant les connaissances et en rassemblant divers points de vue.

Les activités et les produits du CCDUS sont réalisés grâce à la contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées par le CCDUS ne reflètent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.