

Bulletin du RCCET

Risques et dangers associés aux benzodiazépines d'usage non médical dans la drogue obtenue illégalement au Canada

Synthèse

Les risques associés à la consommation de substances sont grandement accrus pour les personnes qui obtiennent leur drogue sur le marché de la drogue illégale, où elles ne font pas l'objet d'un contrôle de la qualité et où leur contenu est imprévisible. Ce manque de prévisibilité a augmenté durant la pandémie de COVID-19, alors que les chaînes d'approvisionnement ont été perturbées par les fermetures de frontière et les mesures de sécurité. Les consommateurs de drogue sont donc devenus plus susceptibles de consommer des substances altérées ou inhabituelles. Dans certaines régions, les mesures contre la COVID-19 ont aussi réduit la capacité des services destinés aux consommateurs et l'accès à ceux-ci, ce qui a compliqué la prévention et la prise en charge des méfaits pour la santé des substances altérées.

Bien que les benzodiazépines fassent partie des médicaments les plus souvent prescrits dans le monde, ces substances et les substances semblables qui ne sont pas utilisées en contexte médical se retrouvent de plus en plus souvent dans la drogue illégale, surtout dans celle qui est censée être des opioïdes. On les appelle dans ce bulletin « benzodiazépines d'usage non médical » (BUNM).

Cette situation mérite une attention accrue pour trois raisons :

1. **La combinaison de BUNM et d'opioïdes accroît le risque d'intoxication.** Les effets de ces substances s'additionnent, puisque les deux ralentissent les fonctions vitales comme la respiration. Cela contribuerait aux taux record de morts par intoxication à la drogue.
2. **Les intoxications impliquant des combinaisons d'opioïdes et de BUNM peuvent être difficiles à contrer.** La naloxone peut contrer les effets des opioïdes en rétablissant la respiration, mais ne peut rien contre la sédation causée par les BUNM. Cela signifie qu'une personne pourrait recommencer à respirer sans reprendre connaissance, compliquant les protocoles de premiers soins.
3. **La prise régulière de benzodiazépines peut entraîner une tolérance.** Cela comprend l'usage involontaire ou inconnu de BUNM ajoutées à d'autres substances. L'arrêt de la prise du médicament peut mener à une interruption abrupte et non volontaire de la consommation de BUNM, entraînant des symptômes de sevrage des benzodiazépines qui nécessitent une prise en charge médicale.

Le présent bulletin s'adresse aux fournisseurs de services de réduction des méfaits, aux premiers répondants, aux médecins et aux professionnels de la santé, aux décideurs et aux consommateurs de drogue. Il offre une brève description des principales BUNM détectées au Canada, présente des ressources locales et vise à orienter les interventions locales de prévention et de réductions des méfaits connexes pour la santé.



Le bulletin se termine avec des considérations et des options d'intervention à l'échelle de la personne, des programmes et des politiques, et demande davantage de données démographiques, notamment sur le sexe et le genre.

Contexte

En 2020, le Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies (RCCET), dont la coordination est assurée par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS), a préparé un rapport sur les adultérants et les contaminants fréquemment trouvés dans la drogue obtenue illégalement au Canada¹. Le rapport a montré que l'ajout de substances inattendues ou non désirées dans la drogue obtenue illégalement était courant et répandu. Un bulletin de suivi a montré que cette tendance s'était accrue durant la pandémie de COVID-19². Cela a entraîné une hausse des méfaits associés, dont un taux record d'intoxications à la drogue, surtout chez les hommes et les personnes de 20 à 49 ans³.

Des benzodiazépines et des substances semblables qui ont été produites illégalement ou détournées des sources légales pour l'usage en contexte non médical sont de plus en plus souvent trouvées dans la drogue achetée illégalement en Europe⁴ et en Amérique du Nord^{5,6}, y compris au Canada. (Ce bulletin les appelle « benzodiazépines d'usage non médical », BUNM.) Cette situation est préoccupante, puisque ces ajouts sont associés à des méfaits pour les consommateurs de drogue et engendrent des difficultés uniques pour les services de réduction des méfaits et de traitement.

Le présent bulletin s'adresse aux fournisseurs de services de réduction des méfaits, aux premiers répondants, aux médecins et aux professionnels de la santé, aux décideurs et aux consommateurs de drogue. Il :

- présente les BUNM les plus souvent détectées dans la drogue obtenue illégalement au Canada (voir l'encadré 1);
- donne une brève description de chacune;
- fournit des références pertinentes où trouver plus d'information;
- conclut avec un résumé des implications et des prochaines étapes potentielles.

Encadré 1 : benzodiazépines d'usage non médical mentionnées dans ce bulletin

- Étizolam
- Flubromazolam
- Flualprazolam
- Clonazolam
- Méclonazépam
- Bromazolam
- Flubromazépam
- Deschloroétizolam

Bien que des efforts aient été faits pour appliquer l'analyse comparative entre les sexes et les genres+ (ACSG+) aux données présentées ici, il manquait souvent de données pour ce faire. (Pour en savoir plus et trouver des ressources, voir le <https://www.ccsa.ca/fr/analyse-comparative-entre-les-sexes-et-les-genres>.) Les lacunes dans les connaissances entourant le sexe, le genre, la race, l'ethnicité, le revenu et d'autres renseignements démographiques mettent en évidence le besoin d'envisager une collecte et une communication des données plus détaillées.

Que sont les benzodiazépines?

Les benzodiazépines sont classées comme des dépresseurs du système nerveux central ou des sédatifs hypnotiques non barbituriques. Elles ralentissent le système nerveux, ce qui leur donne des propriétés calmantes et somnifères. Certaines sont utilisées médicalement pour traiter les troubles du sommeil, anxieux et convulsifs⁷. Les benzodiazépines couramment prescrites sont le clonazépam (Klonopin^{MD}), le lorazépam (Ativan^{MD}), l'alprazolam (Xanax^{MD}) et le diazépam (Valium^{MD}). Selon



certaines estimations, ces médicaments seraient parmi les plus souvent prescrits dans le monde⁸ et sont considérablement plus susceptibles d'être prescrits aux femmes qu'aux hommes⁹.

Benzodiazépines d'usage non médical

En plus des benzodiazépines utilisées à des fins médicales, il existe de nombreuses substances que nous appelons ici les BUNM (voir l'encadré 2). Celles-ci comprennent des benzodiazépines et des substances semblables qui :

- sont utilisées comme médicaments, mais ont été détournées pour un usage non médical ou se trouvent dans des régions où elles sont interdites;
- ont été mises au point, mais non commercialisées au Canada;
- sont des drogues de confection nouvellement synthétisées.

Encadré 2 : termes courants pour les substances considérées ici comme des BUNM

- Nouvelles substances psychoactives (NSP) benzodiazépines
- Benzodiazépines légales
- Benzodiazépines de confection
- Analogues des benzodiazépines

Beaucoup de BUNM sont classées comme nouvelles substances psychoactives (NSP), n'ont jamais été testées sur des humains ou des animaux et ont un statut légal incertain. En octobre 2020, au moins 29 BUNM avaient été recensées dans 49 pays et territoires dans le monde¹⁰.

Pourquoi les benzodiazépines d'usage non médical posent-elles un problème?

Les BUNM sont souvent utilisées, volontairement ou non, en combinaison avec d'autres substances. Ce mélange de substances est communément appelé « benzodope » dans certaines régions du Canada. Certaines personnes consomment délibérément des BUNM avec des opioïdes, des stimulants ou d'autres substances pour en modifier l'effet ou gérer le sevrage¹¹. Cependant, on sait aussi que des BUNM sont ajoutées à des substances et consommées involontairement ou à l'insu des utilisateurs. Mais dans tous les cas, la combinaison de BUNM avec d'autres substances pose trois grands problèmes :

1. **La combinaison de BUNM et d'opioïdes accroît le risque d'intoxication.** Les effets de ces substances s'additionnent, puisque les deux ralentissent les fonctions vitales comme la respiration. Cela contribuerait au taux record d'intoxications à la drogue.
2. **Les intoxications impliquant des combinaisons d'opioïdes et de BUNM peuvent être difficiles à contrer.** La naloxone peut contrer les effets des opioïdes en rétablissant la respiration, mais ne peut rien contre la sédation causée par la BUNM. Cela signifie qu'une personne pourrait recommencer à respirer sans reprendre connaissance, compliquant les protocoles de premiers soins.
3. **L'utilisation régulière de benzodiazépines peut entraîner une tolérance.** Cela comprend l'usage involontaire ou inconnu de BUNM ajoutées à d'autres substances. L'arrêt de l'utilisation du médicament (p. ex. traitement par agonistes opioïdes ou programme fondé sur l'abstinence, hospitalisation ou incarcération) peut mener à une interruption abrupte et non volontaire de la consommation des BUNM, entraînant des symptômes de sevrage qui nécessitent une prise en charge médicale.

Ces problèmes sont particulièrement pertinents pour les femmes qui prennent de la drogue. Le taux accru de prescription de benzodiazépines chez les femmes peut accroître le risque de toxicité



lorsque les benzodiazépines sont combinées à des BUNM contenues dans la drogue illégale. Cela peut aussi accroître la gravité de la tolérance aux benzodiazépines et des symptômes de sevrage.

Données sur la présence de BUNM et méfaits connexes au Canada

La hausse de la détection de BUNM dans la drogue obtenue illégalement a été confirmée par tous les sites du RCCET déclarant ces données (Colombie-Britannique, Manitoba, Ontario, Québec et Nouvelle-Écosse). (Pour la liste complète des sites, visiter le <https://www.ccsa.ca/fr/partenaires-et-collaboration-rccet>.) Par exemple, les données d'analyses d'urine d'un laboratoire commercial en Colombie-Britannique ont montré que, parmi les échantillons positifs pour les benzodiazépines, la proportion contenant de l'étizolam était passée d'environ 40 % au début de la pandémie de COVID-19 (avril 2020) à environ 70 % en juillet 2021. La présence de flubromazépam s'est élevée de moins de 10 % à plus de 20 % en juillet 2021. (Données fournies au site RCCET de Colombie-Britannique par LifeLabs, un laboratoire commercial faisant des analyses d'urine pour détecter l'exposition récente à des substances précises.) Comme ces données n'étaient pas ventilées selon le sexe, le genre ou d'autres facteurs démographiques, les différences d'exposition aux BUNM en fonction de ces facteurs sont inconnues.

La plupart des sites RCCET ont également confirmé que la hausse des BUNM était associée à une augmentation des méfaits pour la santé, qui se reflète dans le nombre croissant d'avis de santé communautaire et est corroborée par les données des coroners et des médecins légistes. Par exemple, un rapport ontarien sur les décès liés aux opioïdes durant la pandémie de COVID-19¹² a montré que des benzodiazépines ont été détectées dans près de la moitié (46 %) des décès liés aux opioïdes enregistrés durant la pandémie (de mars à décembre 2020). Cela représentait une hausse significative par rapport à la proportion de 30 % observée avant la pandémie (de mars à décembre 2019). Cette hausse était propulsée par une augmentation importante de la présence d'étizolam, passée d'un taux de détection de 5 % avant la pandémie à un taux de 25 % pendant celle-ci. Le rapport indiquait aussi une hausse considérable des décès liés aux opioïdes chez les hommes, bien qu'on ignore si cette hausse a été causée par les benzodiazépines. En Colombie-Britannique, la présence de benzodiazépines dans des cas de décès par intoxication mettant en cause de la drogue illicite est passée de 15 % en juillet 2020 à 47 % en juin 2021, l'étizolam étant impliqué dans 40 % des cas durant cette période¹³. Ce nombre a atteint un sommet de 60 % en mai 2021. Les données sur le sexe et le genre et d'autres données démographiques pourraient aider à établir plus précisément qui est à risque d'exposition aux BUNM et de méfaits connexes.

Échantillons saisis par les organismes d'application de la loi

Le Service d'analyse des drogues (SAD) de Santé Canada analyse le contenu de la drogue saisie par des agents d'application de la loi et soumise à son laboratoire. (Il fait la liste de toutes les substances détectées dans chaque échantillon, mais ne précise pas leur quantité ni ce que l'échantillon est censé être.) L'analyse des données du SAD indique que 7,5 % des échantillons soumis dans la première moitié de 2021 (3 878 échantillons sur 51 741) contenaient au moins une benzodiazépine (prescrite ou d'usage non médical), soit une augmentation comparativement aux 2,5 % (1 386 échantillons sur 55 967) de la première moitié de 2019.

L'annexe A donne de l'information sur la présence de benzodiazépines dans les échantillons analysés de janvier à juin 2021. Le tableau montre que les trois principales benzodiazépines détectées étaient des BUNM (étizolam, flubromazolam et flualprazolam). Elles représentaient près de 80 % de toutes les benzodiazépines détectées.



En plus des totaux, le tableau montre la cooccurrence avec d'autres substances psychoactives (c.-à-d. la fréquence à laquelle chaque benzodiazépine a été détectée seule et en combinaison avec des opioïdes, des stimulants ou les deux). Les benzodiazépines approuvées pour usage médical sont généralement détectées seules, ce qui laisse penser qu'il s'agirait de médicaments détournés. En revanche, la plupart des BUNM étaient combinées à d'autres substances, dont elles seraient possiblement des adultérants. Par exemple, le lorazépam (Ativan^{MD}) était détecté seul dans 98 % des cas, alors que l'étizolam ne l'était que dans 7 % des cas. Dans 86 % des cas de détection d'étizolam, il était combiné à un opioïde. La cooccurrence avec des stimulants a aussi été observée, mais moins fréquemment.

La détection de benzodiazépines et la cooccurrence avec d'autres substances n'étaient pas uniformes au pays (voir le tableau 2 de l'annexe A). Par exemple, des 501 benzodiazépines détectées dans des échantillons soumis par les organismes d'application de la loi en Colombie-Britannique, 63 (12,6 %) étaient seules, 18 (3,6 %) étaient combinées à un stimulant et 404 (80,6 %) étaient combinées à un opioïde. Au Québec, par contre, des 789 benzodiazépines détectées dans les échantillons soumis par des organismes d'application de la loi, 500 (63,4 %) étaient seules, 26 (3,3 %) étaient combinées à un stimulant et 90 (11,4 %) étaient combinées à un opioïde. Les rapports sommaires sur les drogues analysées par le SAD sont mis à jour régulièrement et sont accessibles ici : [Service d'analyse des drogues, Rapport sur les drogues analysées](#).

Une correspondance avec l'Agence des services frontaliers du Canada (ASFC) a fourni davantage d'information sur la présence de BUNM dans la drogue obtenue illégalement au Canada. Les données des échantillons analysés dans les laboratoires de l'ASFC depuis janvier 2019 indiquent que les BUNM sont importées en grandes quantités d'autres pays, principalement la Chine et Hong Kong pour la poudre en gros et généralement les Pays-Bas pour les produits sous forme pharmaceutique (comprimés, gélules, etc.). De plus, sauf quelques rares exceptions, les BUNM saisies à l'entrée au Canada sont habituellement pures (c.-à-d. qu'elles sont la seule substance, psychoactive ou non, dans les échantillons analysés). Considérant que les données du SAD indiquent que les BUNM sont généralement combinées à d'autres substances, il semblerait que leur ajout comme adultérant se ferait à l'intérieur des frontières.

Information fournie par les services de vérification de la drogue

Il n'y a actuellement que quelques services de vérification de la drogue au Canada qui ont la capacité de détecter ou d'identifier les BUNM dans la drogue obtenue illégalement. La plupart des services n'ont pas accès à des technologies de vérification sophistiquées, et ceux qui y ont accès n'ont pas toujours la capacité de détecter les BUNM à des concentrations suffisamment faibles.

Bien qu'il soit facile de se procurer des bandelettes de détection des benzodiazépines, celles-ci ont des limites. Elles ont un taux élevé de faux négatifs (la sensibilité à l'étizolam est de 50 % à 70 %), puisque les benzodiazépines ne se dissolvent pas bien dans l'eau, ce qui est nécessaire pour l'analyse. C'est pourquoi il faut une formation pour bien utiliser les bandelettes (voir le [guide par étapes](#) du Centre sur l'usage de substances de la Colombie-Britannique). En outre, les bandelettes peuvent seulement déterminer s'il y a des BUNM, et non déterminer de quelle substance précise il s'agit, ni en mesurer la concentration.

Malgré ces limites, trois services de vérification de la drogue ayant accès à la technologie nécessaire ont fourni de l'information pour le présent bulletin, corroborant ainsi l'augmentation des BUNM décrite plus haut :

1. En novembre 2020, le Centre sur l'usage de substances de la Colombie-Britannique (BCCSU), qui coordonne les données de vérification de la drogue de plusieurs services et autorités de santé dans la province, a déclaré que des BUNM étaient présentes dans 14,6 % des substances censées être des opioïdes. En juillet 2021, cette proportion atteignait 24,3 %.



2. Durant la même période, le Vancouver Island Drug Checking Project [projet de vérification de la drogue de l'île de Vancouver], qui utilise des technologies distinctes, plus sensibles que celles du BCCSU, a signalé une hausse des mêmes mesures, qui sont passées de 20 % à 36 %, avec un sommet de 69 % en avril 2021. L'étizolam était présent dans 30 % des échantillons contenant des BUNM, avec un sommet de 56 % en avril 2021. Ce groupe a également noté que les échantillons soumis comprenaient de grandes quantités de comprimés de Xanax^{MD} contrefaits contenant de l'étizolam et qu'il y avait une hausse à la fois de la fréquence de détection des BUNM et de leur concentration.
3. De même, le Toronto's Drug Checking Service [service de vérification de la drogue de Toronto] a rapporté qu'en juillet 2021, 70 % des échantillons censés être du fentanyl contenaient une ou plusieurs BUNM, comparativement à 34 % au lancement du service à l'automne 2019. (Le service est coordonné par le Centre for Drug Policy Evaluation et utilise de l'équipement de laboratoire hospitalier pour l'analyse des échantillons.) À ce jour, le service a détecté 13 substances apparentées aux benzodiazépines dans des opioïdes sur le marché de la drogue illégale à Toronto (voir l'annexe B).

Parallèlement à la hausse des méfaits pour la santé, le service de vérification de la drogue de Toronto indique que 76 % des échantillons censés être du fentanyl qui ont été associés à une intoxication entre octobre 2019 et le 31 août 2021 contenaient au moins une substance apparentée aux benzodiazépines.

Les résultats de vérification de la drogue à jour, y compris la détection de BUNM, se trouvent sur les sites suivants (en anglais seulement) :

- [Toronto's Drug Checking Service](#)
- [BCCSU Drug Checking](#)
- [Vancouver Island Drug Checking Project](#)

Profils de benzodiazépines d'usage non médical

Les profils de quelques BUNM sont fournis à l'annexe C. Ces BUNM ont été détectées dans de la drogue au Canada et ont été associées à des méfaits pour la santé. La liste des composés ne se veut pas exhaustive, et les descriptions ne visent pas à être complètes, mais simplement à mettre en valeur des sources d'information pertinentes. Dans la mesure du possible, le lecteur est invité à consulter des renseignements plus complets.

Conclusions et implications

La drogue obtenue illégalement au Canada est grandement imprévisible, et les consommateurs ne savent souvent pas quelles substances ils prennent, ni en quelles quantités. Ce problème est devenu encore plus urgent durant la pandémie de COVID-19, alors que l'approvisionnement est encore plus imprévisible et que l'accès aux services destinés aux consommateurs a diminué dans certaines parties du pays en raison des consignes sanitaires. On croit que la présence de BUNM dans la drogue a grandement contribué à l'augmentation récente des intoxications, particulièrement à cause de la combinaison fréquente de BUNM et d'opioïdes dans de nombreuses régions. Cette hypothèse est principalement appuyée par des données de coroners et des alertes communautaires.



Il y a trois grands problèmes associés à la combinaison de BUNM avec d'autres substances obtenues illégalement :

1. Risque accru d'intoxication;
2. Soins complexes requis pour les personnes intoxiquées;
3. Dépendance involontaire aux benzodiazépines et sevrage en cas d'arrêt soudain.

Les sections suivantes portent sur ces problèmes. Des considérations associées aux politiques et aux programmes, ainsi qu'au sexe, au genre et à l'équité sont aussi abordées.

Risque accru d'intoxication

Les effets des benzodiazépines et des opioïdes sont cumulatifs, puisque les deux ralentissent des fonctions vitales comme la respiration. Cela augmente le risque d'intoxication chez les personnes qui utilisent des BUNM avec des opioïdes, volontairement ou non. De plus, le profil de risque change selon la population. Par exemple, on prescrit plus souvent des benzodiazépines aux femmes qu'aux hommes, et les femmes en ressentent des effets à de plus faibles doses¹⁴, ce qui peut accroître le risque d'intoxication chez les femmes exposées aux BUNM.

Les options d'intervention suivantes peuvent aider à prévenir ou à réduire les cas d'intoxication.

Interventions possibles

Faciliter la prise de décisions éclairées. Pour atténuer les risques d'usage involontaire de BUNM, les consommateurs doivent avoir accès à des services et outils qui donnent de l'information sur le contenu de leur drogue. Il peut s'agir de vérification de la drogue, avec de l'information de meilleure qualité que ce qu'offrent les bandelettes seules ou encore de distribution de substances dont le contenu est connu et réglementé (voir la section Politiques et programmes ci-dessous) et le retrait d'obstacles liés au genre pour l'accès aux services de réduction des méfaits¹⁵.

Faire connaître les risques et les stratégies de réduction des méfaits. Les campagnes d'information sur la présence de BUNM et les risques connexes, ainsi que sur les profils de risque des différentes sous-populations pourraient aider les consommateurs à se préparer et à agir en conséquence. Les campagnes doivent être conçues avec ou par des consommateurs pour garantir leur pertinence et leur crédibilité¹⁶. Elles doivent contenir de l'information sur les limites des services et outils de réduction des méfaits (p. ex. sensibilité des instruments de vérification) et rappeler que la prudence est toujours de mise. La connaissance et la compréhension de la [Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose \(LBSSVS\)](#) demeurent limitées chez les services policiers et certains groupes de consommateurs¹⁷. Les campagnes devraient chercher à sensibiliser et à encourager les consommateurs à composer le 9-1-1 en cas d'urgence. Cependant, malgré la LBSSVS, les consommateurs ont souvent de la méfiance envers les policiers ou des traumatismes à leur égard.



Protocoles plus complexes pour inverser les effets des intoxications

Dans le cas d'intoxications mettant en cause une combinaison de BUNM et d'opioïdes, les protocoles d'intervention comme l'administration de naloxone sont appropriés, mais leur exécution requiert plus de connaissances préalables et de temps. La naloxone renversera les effets des opioïdes (p. ex. dépression respiratoire), mais pas ceux des benzodiazépines (p. ex. perte de conscience). Cela signifie qu'une personne à qui on administre de la naloxone pourrait recommencer à respirer sans toutefois reprendre connaissance. De plus, en raison de la longue durée d'action des BUNM (de 7 à 15 heures pour l'étizolam; voir l'encadré 3), les intoxications peuvent durer plus longtemps. Par ailleurs, comme les benzodiazépines peuvent prendre plus de temps que les opioïdes à faire effet, la personne peut sembler normale après la consommation, mais perdre connaissance plus tard. Ensemble, ces facteurs rendent la situation plus difficile, tant pour la personne intoxiquée que pour celle qui intervient. Ainsi, un répondant qui n'a pas suivi la formation appropriée pourrait décider d'administrer plusieurs doses de naloxone si la personne ne reprend pas connaissance. Cela pourrait entraîner des symptômes de sevrage des opioïdes comme des vomissements, ce qui peut être dangereux chez une personne inconsciente et non supervisée. Ajoutons qu'une personne inconsciente ou qu'on ne peut pas réveiller facilement pour de longues périodes peut être vulnérable aux agressions ou aux vols, ou aux éléments si elle est à l'extérieur.

Interventions possibles

Ajuster les protocoles de premiers soins. Les personnes en état d'intoxication devraient être surveillées pour une période prolongée. Une attention particulière devrait être portée à leur respiration. Il a été montré que certains outils, comme l'oxymètre pulsatile (dispositif mesurant la quantité d'oxygène dans le sang et pouvant aider à déterminer si une personne a besoin de respiration de sauvetage), sont acceptables et efficaces¹⁸. Les ressources énumérées dans les encadrés 3 et 4 donnent des suggestions spécifiques sur la manière d'adapter les protocoles de premiers soins aux BUNM. De tels ajustements peuvent cependant ajouter du travail au personnel de réduction des méfaits; on doit donc en tenir compte et le rémunérer équitablement.

Sensibiliser les consommateurs de drogue et les premiers répondants. Les consommateurs de drogue et les premiers répondants devraient connaître les symptômes d'une intoxication à une combinaison de BUNM et d'opioïdes, et avoir les connaissances, le temps et les outils additionnels nécessaires pour une intervention appropriée. Les consommateurs et les premiers répondants devraient aussi savoir qu'il est sécuritaire et recommandé d'administrer de la naloxone à une personne inconsciente qui ne respire pas, puisqu'elle pourrait aussi avoir consommé des opioïdes. Toutefois, il n'est pas nécessaire de continuer à administrer de la naloxone tant que la personne respire.

Encadré 3 : ressources pour les professionnels de la santé (en anglais seulement)

- [Clinical Bulletin: Benzodiazepines and Opioids](#)
- [Summary Sheet for Health Professionals: Benzodiazepines found in Opioids in BC](#)
- [ALERT! Benzos on the Rise in Illicit Opioid Overdoses in B.C.](#)
- [Potent sedatives in opioids in BC: Implications for resuscitation, and benzodiazepine and etizolam withdrawal](#)

Encadré 4 : ressources pour les consommateurs (en anglais seulement)

- [Information Sheet for the General Public: Withdrawal from Benzodiazepines Mixed in BC's Illicit Drug Supply](#)
- [Do I Keep Giving Naloxone?](#)
- [Overdose Resources: Opioids and Benzos or Etizolam](#)
- [Mixed Opioid and Benzodiazepine Overdose](#)



Sevrage après une interruption abrupte

Si certains consommateurs de drogue recherchent l'effet combiné des BUNM et des opioïdes, beaucoup ne savent toutefois pas qu'ils ont pris des BUNM, souvent utilisées comme adultérants, sur de longues périodes. Une personne peut développer une tolérance aux benzodiazépines en quatre semaines seulement. Par conséquent, si elle entreprend une thérapie supervisée aux opioïdes ou un traitement fondé sur l'abstinence, ou si elle est hospitalisée ou incarcérée, l'abandon soudain des BUNM peut causer des symptômes de sevrage bénins – comme l'anxiété, l'irritabilité, les céphalées, les étourdissements, les nausées et les vomissements – ou potentiellement mortels – comme les palpitations, la tachycardie et les convulsions (voir l'encadré 3). Comme la prise de BUNM peut être involontaire, ces symptômes pourraient être inattendus ou non familiers. Par ailleurs, comme les benzodiazépines sont plus souvent prescrites aux femmes qu'aux hommes, le risque de tolérance et de sevrage pourrait être particulièrement élevé chez les femmes. Il peut aussi être difficile pour les professionnels de la santé de distinguer un sevrage des benzodiazépines d'un sevrage des opioïdes ou d'une intoxication aux stimulants. Les analyses d'urine pourraient ne pas détecter certaines BUNM.

Interventions possibles

Sensibiliser les consommateurs de drogue et les professionnels de la santé. Les professionnels de la santé, les fournisseurs de services et les consommateurs de drogue devraient savoir que l'exposition involontaire aux BUNM est une possibilité. Les professionnels de la santé et les fournisseurs de services devraient être prêts à prendre en charge un sevrage des benzodiazépines même si la personne dit n'avoir consommé que des opioïdes, particulièrement s'il s'agit d'une femme. Les consommateurs de drogue – surtout les femmes – doivent connaître les symptômes du sevrage, y compris le risque de convulsions, et savoir qu'ils pourraient avoir besoin de soins médicaux ou d'un sevrage graduel.

Fournir des soins de soutien. Les professionnels de la santé devraient garder en tête le potentiel de sevrage des benzodiazépines et prodiguer des soins appropriés. Pour des directives spécifiques, consulter les ressources de l'encadré 3.

Envisager une pharmacothérapie appropriée. Bien que le flumazénil puisse neutraliser les effets des benzodiazépines, on ne recommande pas son utilisation pour inverser une intoxication, car les risques l'emportent sur les avantages. Les professionnels de la santé devraient toutefois envisager de traiter le trouble lié à l'usage d'opioïdes par l'administration de buprénorphine, puisqu'il a été récemment démontré qu'elle prévient l'intoxication chez les personnes consommant aussi des benzodiazépines¹⁹.

Politiques et programmes

En améliorant la prévisibilité des substances contenues dans la drogue obtenue illégalement, on pourrait réduire les méfaits liés aux substances, y compris ceux associés aux BUNM. Des interventions de réduction des méfaits associés à la drogue obtenue illégalement devront faire partie d'une approche exhaustive dont les options peuvent être utilisées en synergie. Pour être efficaces, les programmes et les politiques doivent être conçus avec les conseils, le soutien et la participation concrets des consommateurs de drogue²⁰⁻²².

Interventions possibles

Soutenir les services de vérification de la drogue. Les services de vérification de la drogue nécessitent une exemption en vertu de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. En simplifiant et en clarifiant le processus réglementaire permettant d'obtenir



cette exemption, on encouragerait la multiplication des services de vérification. Par ailleurs, la possibilité d'obtenir une exemption permanente et un financement durable aiderait à améliorer l'accès à ces services dans tout le pays²³.

Améliorer l'accès à des substances sûres. Des programmes d'approvisionnement sûr sont mis à l'essai pour accroître l'accès à des substances dont la composition est connue, réduisant du coup les risques associés à la drogue obtenue illégalement, qui peut être adultérée et toxique²⁴. En augmentant la portée de programmes existants qui donnent accès à des substances plus prévisibles et fiables (p. ex. traitement à l'héroïne)²⁵ et en soutenant de nouveaux programmes pilotes, on peut créer des approches efficaces, durables et adaptables qui permettent d'atténuer la toxicité de la drogue. Les gouvernements et les organismes de réglementation provinciaux et territoriaux pourraient multiplier les programmes de distribution d'opioïdes en comprimés ou injectables faciles d'accès dans des sites existants, comme les pharmacies et les cliniques de santé publique, ce qui pourrait élargir l'accès à des substances sûres sans investissements ni problèmes d'infrastructure majeurs.

Améliorer les protocoles d'intervention d'urgence. Les décideurs et les corps policiers pourraient appuyer des initiatives se fondant sur la LBSSVS pour encourager les consommateurs de drogue à composer le 9-1-1 s'ils sont en détresse, y compris par l'abolition de certains obstacles en vertu de la *Loi*, comme l'exemption relative aux mandats d'arrestation. Il faudrait améliorer la connaissance de la LBSSVS des policiers et des consommateurs de drogue^{17,26}. De plus, les premiers répondants devraient suivre des formations sur la lutte contre la stigmatisation et sur les soins sensibles aux traumatismes en vue d'améliorer les soins aux consommateurs de drogue^{27,28}. Le contact avec les premiers répondants peut être traumatisant, particulièrement pour les personnes ayant vécu de la stigmatisation ou du racisme précédemment durant des interventions. Les policiers ne devraient pas participer à une intervention pour des méfaits liés à la consommation de drogue, à moins qu'on ait demandé leur présence ou qu'aucun autre intervenant ne soit disponible. Ces protocoles peuvent réduire les obstacles à l'accès aux soins pour les personnes qui consomment de la drogue.

Continuer à élargir les programmes de réduction des méfaits. Les provinces et les territoires peuvent continuer à contribuer à la réduction des méfaits en développant les outils existants, comme la distribution de naloxone et la formation sur les interventions en cas d'empoisonnement à la drogue (p. ex. protocoles à jour de réponse à la consommation accidentelle de plusieurs substances). Assurer la distribution gratuite de naloxone permettra à ceux qui en ont besoin de s'en procurer. L'élargissement de l'accès à des outils novateurs comme les oxymètres pulsatiles peut contribuer à réduire les méfaits associés aux BUNM et à d'autres adultérants dans la drogue obtenue illégalement.

Explorer la décriminalisation et d'autres changements légaux et réglementaires. Il serait possible de promouvoir davantage des politiques fondées sur des données probantes et axées sur la santé pour la réduction des méfaits associés à la toxicité de la drogue obtenue illégalement. Cela pourrait se faire par des exemptions additionnelles en vertu de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* ou encore par l'étude d'autres modèles de décriminalisation de la possession personnelle de substances illicites²⁹. On pourrait aussi aller plus loin que la décriminalisation de la possession personnelle et explorer les données probantes en faveur de la mise en œuvre de voies d'approvisionnement réglementées.

Accroître les investissements dans les interventions, les services et les formes de soutien liés à l'usage de substances. En accroissant et en stabilisant les investissements par tous les ordres de gouvernement dans des interventions de réduction des méfaits et des options thérapeutiques fondées sur des données probantes, on pourra assurer la pérennité des services et un accès aux options thérapeutiques dans des délais raisonnables, au moment et à l'endroit requis. Il faut mettre en place un continuum de services accessibles associé à une décriminalisation afin de passer d'une approche axée sur l'application de la loi à une approche plus holistique centrée sur la santé et le bien-être.



Instaurer un observatoire national de la drogue. Un observatoire canadien de la drogue aiderait à surveiller, à l'échelle nationale, le contenu de la drogue et ses effets néfastes pour la santé afin de déceler les tendances inquiétantes, harmoniser la collecte de données pour permettre la comparaison entre les régions du Canada et diffuser rapidement des alertes de santé et des options de réponse.

Considérations liées au sexe, au genre et à l'équité

La richesse des données présentées dans ce bulletin est limitée par l'absence de prise en compte de certaines sous-populations et de conclusions sur celles-ci, particulièrement en ce qui a trait aux profils de risque d'intoxication et aux obstacles à l'accès à des services de réduction des méfaits qui diffèrent en fonction du sexe, du genre, de la race, de l'âge, des capacités, du revenu et d'autres dimensions socioéconomiques. Par exemple, chez les femmes, la prescription de benzodiazépines est plus fréquente, et des facteurs physiologiques influencent la dose efficace, la tolérance et le profil de sevrage. Le risque d'intoxication et de sevrage des benzodiazépines peut être accru chez les femmes et devrait être surveillé de près. De plus, il faudra élargir l'accès à des services sensibles aux traumatismes, car la violence sexuelle et familiale peut créer des barrières à l'accès aux services pour les femmes qui consomment de la drogue, y compris aux services de réduction des méfaits.

Interventions possibles

Collecte de données. La collecte et la communication de données sur l'épidémiologie des risques associés à l'usage de substances devraient se faire en tenant compte du sexe, du genre et d'autres caractéristiques démographiques, ce qui permettra de guider plus précisément la prestation des services et l'élaboration des politiques.

Analyse comparative entre les sexes et les genres. Une analyse comparative entre les sexes et les genres+ (ACSG+) exhaustive des enjeux mentionnés dans ce bulletin pourrait aider à mettre en évidence les questions et les éléments qui devraient être pris en compte et faire l'objet d'une intervention ciblée. (Pour des ressources sur l'ACSG+, voir le <http://bccewh.bc.ca/category/post/research-methods-sgba>.)

Ressources d'ordre général

Voici quelques ressources qui abordent globalement la question des BUNM :

- [Collated BC resource: Benzodiazepine/etizolam in illicit opioids](#) – préparé par le BCCDC, avec des liens à des ressources s'adressant aux personnes qui consomment, aux pairs aidants et aux professionnels de la santé
- [Clinical Bulletin: Benzodiazepines and Opioids](#) – préparé par le Centre sur l'usage de substances de la Colombie-Britannique, met en évidence les risques associés aux benzodiazépines et encadre la prestation de soins
- [Drug Checking: A Supplemental Report on British Columbia's Unregulated Drug Supply Amidst Dual Public Health Emergencies](#) – préparé par le Centre sur l'usage de substances de la Colombie-Britannique, synthétise les résultats de la vérification de drogue au point d'intervention et de la contamination aux benzodiazépines dans des échantillons de substances opioïdes et non opioïdes
- [Potent sedatives in opioids in BC: Implications for resuscitation, and benzodiazepine and etizolam withdrawal](#) – opinion du Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique publiée dans la revue *B.C. Medical Journal* qui synthétise les données récentes et propose des prochaines étapes



- [An outbreak of novel psychoactive substance benzodiazepines in the unregulated drug supply: Preliminary results from a community drug checking program using point-of-care and confirmatory methods](#) – article de recherche qui porte sur la détection de l'étizolam, du flualprazolam, du flubromazolam et du flubromazépam en Colombie-Britannique et sur la précision de plusieurs technologies de vérification de la drogue

Le RCCET entend continuer à suivre la situation liée aux benzodiazépines sur le marché non réglementé au Canada. Si vous avez des questions, des commentaires, des renseignements à nous transmettre ou des corrections à apporter au présent bulletin, ou si vous souhaitez vous abonner et recevoir des mises à jour dès que de nouveaux renseignements sont disponibles, il suffit d'écrire à RCCET@ccsa.ca.

Pour obtenir d'autres renseignements sur le RCCET et consulter les alertes et bulletins sur la drogue précédents, voir le www.RCCET.ca.

Bibliographie

1. Payer, D.E., M.M. Young, B. Maloney-Hall, C. Mill, P. Leclerc, J. Buxton, Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies et Groupe de travail national sur la vérification de drogue. *Adultérants, contaminants et substances cooccurrentes dans les drogues obtenues illégalement au Canada : une analyse des données provenant de saisies de drogues, de programmes de vérification des drogues et d'analyses d'urine*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020. <https://www.ccsa.ca/fr/adulterants-contaminants-et-substances-cooccurrentes-dans-les-drogues-obtenues-illegalement-rapport>
2. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies. *Changements à l'offre de drogues illicites et à l'accès aux services dans le contexte de la COVID-19, et méfaits pour la santé associés (alerte du RCCET)*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020. <https://www.ccsa.ca/fr/changements-loffre-de-drogues-illicites-et-laccès-aux-services-dans-le-contexte-de-la-covid-19>
3. Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. *Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, septembre 2021. <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants>
4. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *New benzodiazepines in Europe – A review*, Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 2021. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13759/TD0221596ENN_002.pdf
5. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. « Non-medical use of benzodiazepines: A growing threat to public health? », *Global SMART Update*, vol. 18, 2017. https://www.unodc.org/documents/scientific/Global_SMART_Update_2017_Vol_18.pdf
6. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Global synthetic drugs assessment 2020*, Vienne (Autriche), Nations Unies, 2020. https://www.unodc.org/documents/scientific/Global_Synthetic_Drugs_Assessment_2020.pdf
7. Gouvernement du Canada. *Benzodiazépines*, 2021. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/drogues-illicites-et-reglementees/benzodiazepines.html>
8. Cascade, E. et A.H. Kalali. « Use of benzodiazepines in the treatment of anxiety », *Psychiatry*, vol. 5, n° 9, 2008, p. 21–22. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2687085/>



9. McHugh, R.K., R.B. Geyer, A.R. Chase, M.L. Griffin, O. Bogunovic et R.D. Weiss. « Sex differences in benzodiazepine misuse among adults with substance use disorders », *Addictive Behaviors*, vol. 112, 2021, p. 106608. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2020.106608>
10. Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Current NPS threats*, vol. III, Vienne (Autriche), Nations Unies, octobre 2020. https://www.unodc.org/documents/scientific/Current_NPS_Threats_Vol.3.pdf
11. Laing, M.K., L. Ti, A. Marmel, S. Tobias, A.M. Shapiro, R. Laing, ... et E. Socias. « An outbreak of novel psychoactive substance benzodiazepines in the unregulated drug supply: Preliminary results from a community drug checking program using point-of-care and confirmatory methods », *International Journal of Drug Policy*, vol. 93, 2021, p. 103169. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103169>
12. Gomes, T., R. Murray, G. Kolla, P. Leece, S. Bansal, J. Besharah, ... et J. Watford. *Changing circumstances surrounding opioid-related deaths in Ontario during the COVID-19 pandemic*, Toronto, Ontario Drug Policy Research Network, 2021. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/c/2021/changing-circumstances-surrounding-opioid-related-deaths.pdf>
13. British Columbia Coroners Service. *Illicit drug toxicity, type of drug data, data to July 31, 2021*, 2021. <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/illicit-drug-type.pdf>
14. Whitley, H.P. et W. Lindsey. « Sex-based differences in drug activity », *American Family Physician*, vol. 80, n° 11, 2009, p. 1254–1258. <https://www.aafp.org/afp/2009/1201/p1254.html>
15. Ka Hon Chu, S. et C. Kazatchkine. *Le genre est à prendre en compte : les femmes, les personnes de genres divers et l'accès à la réduction des méfaits au Canada*, Toronto (Ont.), Réseau juridique canadien VIH/sida, 2020. <https://www.hivlegalnetwork.ca/site/gendering-the-scene-women-gender-diverse-people-and-harm-reduction-in-canada-full-report/?lang=fr>
16. Greer, A.M., S.A. Luchenski, A.A. Amlani, K. Lacroix, C. Burmeister et J.A. Buxton. « Peer engagement in harm reduction strategies and services: A critical case study and evaluation framework from British Columbia, Canada », *BMC Public Health*, vol. 16, 2016, p. 452. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3136-4>
17. Mehta, A., A. Moustaqim-Barrette, K. Papamihali, J. Xavier, B. Graham, S. Williams et J.A. Buxton. « Good Samaritan Drug Overdose Act awareness among people who use drugs in British Columbia, Canada », *Journal of Community Safety and Well-Being*, vol. 6, n° 3, 2021, p. 133–141. <https://doi.org/10.35502/jcswb.197>
18. Feldman-Kiss, D., Z. Mamdani et J.A. Buxton. *Evaluation report. The use of pulse oximeters to supplement overdose response in British Columbia: Perceptions of experiential workers*, BC Centre for Disease Control, 2020. <https://towardtheheart.com/assets/uploads/1604598409WF3fxAYv9kGf00iSxa4wLhHloHRjg4aOAXB8lo9.pdf>
19. Xu, K.Y., J.T. Borodovsky, N. Presnall, C.M. Mintz, S.M. Hartz, L.J. Bierut et R.A. Grucza. « Association between benzodiazepine or Z-drug prescriptions and drug-related poisonings among patients receiving buprenorphine maintenance: A case-crossover analysis », *American Journal of Psychiatry*, vol. 178, n° 7, 2021, p. 651–659. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20081174>
20. Ti, L., D. Tzemis et J.A. Buxton. « Engaging people who use drugs in policy and program development: A review of the literature », *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, vol. 7, 2012, p. 47. <https://doi.org/10.1186/1747-597X-7-47>



21. Jüergens, R. *Rien à notre sujet sans nous – l'implication accrue et significative des personnes qui utilisent les drogues illégales : un impératif sanitaire, éthique et des droits de la personne*, Toronto, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2005.
<https://www.hivlegalnetwork.ca/site/nothing-about-us-without-us-greater-meaningful-involvement-of-people-who-use-illegal-drugs-a-public-health-ethical-and-human-rights-imperative-canadian-edition/?lang=fr>
22. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Lignes directrices sur la collaboration avec les personnes ayant une expérience passée ou présente de l'usage de substances, leur famille et leurs amis*, Ottawa, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2021. <https://www.ccsa.ca/fr/lignes-directrices-sur-la-collaboration-avec-les-personnes-ayant-une-experience-passee-ou-presente>
23. Wallace, B., T. van Roode, F. Pagan, P. Phillips, H. Wagner, S. Calder, ... et D. Hore. « What is needed for implementing drug checking services in the context of the overdose crisis? A qualitative study to explore perspectives of potential service users », *Harm Reduction Journal*, vol. 17, 2020, p. 29. <https://doi.org/10.1186/s12954-020-00373-4>
24. Harris, M.T., R.K. Seliga, N. Fairbairn, S. Nolan, A.Y. Walley, Z.M. Weinstein et J. Turnbull. « Outcomes of Ottawa, Canada's Managed Opioid Program (MOP) where supervised injectable hydromorphone was paired with assisted housing », *International Journal of Drug Policy*, vol. 98, 2021, p. 103400. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103400>
25. Boyd, S., D. Murray, SNAP et D. MacPherson. « Telling our stories: Heroin-assisted treatment and SNAP activism in the Downtown Eastside of Vancouver », *Harm Reduction Journal*, vol. 14, 2017, p. 27. <https://doi.org/10.1186/s12954-017-0152-3>
26. Xavier, J., A. Greer, A. Crabtree, S. Ferencz et J.A. Buxton. « Police officers' knowledge, understanding and implementation of the Good Samaritan Drug Overdose Act in BC, Canada », *International Journal of Drug Policy*, vol. 97, 2021, p. 103410. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103410>
27. BC Society of Transition Houses. *Report on violence against women, mental health and substance use*, Toronto, Fondation canadienne des femmes, 2011.
https://canadianwomen.org/wp-content/uploads/2018/03/PDF-VP-Resources-BCSTH-CWF-Report_Final_2011_-Mental-Health_Substance-use.pdf
28. Rivera, E.A., H. Phillips, C. Warshaw, E. Lyon, P.J. Bland et O. Kaewken. *An applied research paper on the relationship between intimate partner violence and substance use*, Chicago (IL), National Center on Domestic Violence, Trauma & Mental Health, 2015.
<http://www.nationalcenterdvtraumamh.org/wp-content/uploads/2016/03/IPV-SAB-Final202.29.1620NO20LOGO.pdf>
29. Jesseman, R. et D. Payer. *La décriminalisation : les options et les données probantes*, Ottawa, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018.
<https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Decriminalization-Controlled-Substances-Policy-Brief-2018-fr.pdf>



Annexe A

Benzodiazépines (dont celles d'usage non médical) détectées dans des échantillons analysés par le Service d'analyse des drogues de Santé Canada

Tableau 1. Benzodiazépines et médicaments apparentés aux benzodiazépines, y compris les benzodiazépines sur ordonnance et les benzodiazépines d'usage non médical (BUNM), détectées dans 3 878 échantillons soumis par des organismes d'application de la loi du Canada de janvier à juin 2021. Notons que bien qu'il y ait 3 878 échantillons contenant des benzodiazépines, le nombre total de substances détecté est de 4 000, puisqu'un échantillon pouvait contenir plus d'une substance.

Benzodiazépine détectée	Nombre de fois où la benzodiazépine a été détectée, <i>n</i> (% de 4 000*)	Nombre de fois où elle a été détectée seule, <i>n</i> (% de la 1 ^{re} colonne)	Nombre de fois où elle a été détectée avec un stimulant, <i>n</i> (% de la 1 ^{re} colonne)*	Nombre de fois où elle a été détectée avec un opioïde, <i>n</i> (% de la 1 ^{re} colonne)†
Étizolam (BUNM)	2 490 (62,25)	169 (6,79)	147 (5,90)	2 137 (85,82)
Flubromazolam (BUNM)	346 (8,65)	100 (28,90)	8 (2,31)	100 (28,90)
Flualprazolam (BUNM)	328 (8,20)	169 (51,52)	17 (5,18)	135 (41,16)
Clonazépam (Klonopin ^{MD})	215 (5,38)	211 (98,14)	4 (1,86)	0 (0,00)
Lorazépam (Ativan ^{MD})	162 (4,05)	160 (98,77)	1 (0,62)	1 (0,62)
Alprazolam (Xanax ^{MD})	142 (3,55)	105 (73,94)	21 (14,79)	5 (3,52)
Diazépam (Valium ^{MD})	85 (2,13)	74 (87,06)	0 (0,00)	1 (1,18)
Adinazolam (Deracyn ^{MD})	53 (1,33)	5 (9,43)	10 (18,87)	2 (3,77)
Clonazolam (BUNM)	47 (1,18)	44 (93,62)	1 (2,13)	0 (0,00)
Méclonazepam (BUNM)	37 (0,93)	9 (24,32)	4 (10,81)	27 (72,97)
Oxazépam (Serax ^{MD} et autres)	26 (0,65)	25 (96,15)	1 (3,85)	0 (0,00)
Témazépam (Restoril ^{MD})	20 (0,50)	19 (95,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Bromazolam (BUNM)	12 (0,30)	1 (8,33)	0 (0,00)	10 (83,33)



Flubromazépam (BUNM)	8 (0,20)	0 (0,00)	0 (0,00)	7 (87,50)
Deschloroétizolam (BUNM)	7 (0,18)	2 (28,57)	2 (28,57)	1 (14,29)
Nitrazépam (Mogadon ^{MD} , Nitrazadon ^{MD})	7 (0,18)	7 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Bromazépam (Lectopam ^{MD})	6 (0,15)	5 (83,33)	0 (0,00)	0 (0,00)
Chlordiazépoxyde (Librium ^{MD})	4 (0,10)	4 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Flurazépam (Dalmane ^{MD} , Som-Pam ^{MD})	2 (0,05)	2 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Autre	3 (0,09)	2 (66,67)	0 (0,00)	0 (0,00)
Total	4 000 (100,00)‡	1 113 (27,83)	216 (5,40)	2 426 (60,65)

Note. Un échantillon peut être compté dans les colonnes des benzodiazépines utilisées en combinaison avec des stimulants et en combinaison avec des opioïdes. Si un échantillon contenait deux benzodiazépines ou plus sans autre type de substance (stimulants ou opioïdes), il ne sera compté qu'une fois.

* Stimulants : méthamphétamine, cocaïne, MDMA et autres, y compris les analogues de la méthamphétamine et de l'amphétamine, ainsi que les pipérazines. La caféine n'était pas incluse.

† Opioïdes : héroïne, fentanyl, carfentanil, opioïdes synthétiques et nouveaux opioïdes synthétiques (« U-drugs »).

‡ Durant cette période, le nombre total d'échantillons contenant des benzodiazépines était de 3 878. Comme un échantillon pouvait contenir plus d'une substance, le nombre total de benzodiazépines détecté était de 4 000.

**Tableau 2.** Benzodiazépines détectées dans chaque province et territoire, et fréquence de détection des benzodiazépines seules et en combinaison avec d'autres substances.

Province ou territoire	Nombre de fois où une benzodiazépine a été détectée, <i>n</i> (% de 4 000*)	Nombre de fois où elle a été détectée seule, <i>n</i> (% de la 1 ^{re} colonne)	Nombre de fois où elle a été détectée avec un stimulant, <i>n</i> (% de la 1 ^{re} colonne)*	Nombre de fois où elle a été détectée avec un opioïde, <i>n</i> (% de la 1 ^{re} colonne)†
Colombie-Britannique	501 (12,53)	63 (12,57)	18 (3,59)	404 (80,64)
Alberta	407 (10,18)	67 (16,46)	25 (6,41)	307 (75,43)
Saskatchewan	29 (0,73)	8 (27,59)	6 (20,69)	17 (58,62)
Manitoba	70 (1,75)	12 (17,14)	4 (5,71)	39 (55,71)
Ontario	2 109 (52,73)	386 (18,30)	133 (6,31)	1 561 (74,02)
Québec	789 (19,73)	500 (63,37)	26 (3,30)	90 (11,41)
Nouveau-Brunswick	57 (1,43)	49 (85,96)	3 (5,26)	2 (3,51)
Nouvelle-Écosse	32 (0,80)	25 (78,13)	1 (3,13)	5 (15,63)
Terre-Neuve-et-Labrador	3 (0,08)	3 (100,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Île-du-Prince-Édouard	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Yukon	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Territoires du Nord-Ouest	3 (0,08)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (33,33)
Nunavut	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)
Total	4 000 (100,00)‡	1 113 (27,83)	216 (5,40)	2 426 (60,65)

Note. Un échantillon peut être compté dans les colonnes des benzodiazépines utilisées en combinaison avec des stimulants et en combinaison avec des opioïdes. Si un échantillon contenait deux benzodiazépines ou plus sans autre type de substance (stimulants ou opioïdes), il ne sera compté qu'une fois.

* Stimulants : méthamphétamine, cocaïne, MDMA et autres, y compris les analogues de la méthamphétamine et de l'amphétamine, ainsi que les pipérazines. La caféine n'était pas incluse.

† Opioïdes : héroïne, fentanyl, carfentanil, opioïdes synthétiques et nouveaux opioïdes synthétiques (« U-drugs »).

‡ Durant cette période, le nombre total d'échantillons contenant des benzodiazépines était de 3 878. Comme un échantillon pouvait contenir plus d'une substance, le nombre total de benzodiazépines détecté était de 4 000.



Annexe B

Substances apparentées aux benzodiazépines identifiées sur le marché non réglementé des opioïdes de Toronto, du 10 octobre 2019 au 31 août 2021

	Nom de la substance	Date de la 1 ^{re} détection	Détectée dans les échantillons d'opioïdes analysés, n*
1	Étizolam	15 octobre 2019	1 067
2	Deschloroétizolam	10 novembre 2020	317
3	Flualprazolam	12 novembre 2019	172
4	Flubromazolam	7 novembre 2019	53
5	Méclonazépam	23 janvier 2020	49
6	Bromazolam	19 avril 2021	41
7	Alprazolam (Xanax ^{MD})	20 décembre 2019	16
8	Diazépam (Valium ^{MD})	19 janvier 2021	9
9	Flubromazépam	13 mai 2021	8
10	Desalkylflurazépam	12 mars 2021	5
11	Flurazépam (Dalmane ^{MD})	13 avril 2021	3
12	Témazépam	19 mars 2021	1
13	Clonazépam	13 juillet 2020	1
	Total		1 721

* 2 071 échantillons d'opioïdes analysés que l'on croyait contenir du carfentanil, de la codéine, des dépresseurs, du fentanyl, de l'héroïne, de l'hydromorphone ou de la méthadone.



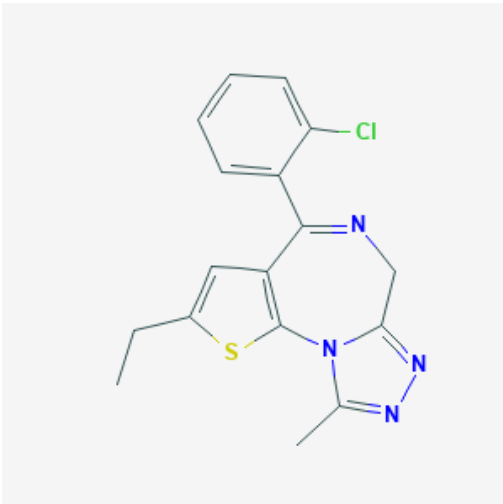
Annexe C

Benzodiazépines d'usage non médical dans la drogue illicite au Canada

Les substances mentionnées ci-dessous sont des benzodiazépines d'usage non médical (BUNM) qui ont été détectées dans la drogue illicite au Canada et ont été associées à des méfaits. La liste de composés inclus et leur description ne sont pas exhaustives : elles servent plutôt à mettre en évidence des sources d'information pertinentes. Dans la mesure du possible, le lecteur est invité à consulter des renseignements plus complets. L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) a publié en 2021 une revue générale des benzodiazépines nouvellement apparues sur le marché de la drogue illicite⁴.

Toutes les structures chimiques apparaissant dans la présente annexe sont tirées de la base de données PubChem Compound Database, du National Center for Biotechnology Information (<https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/>). Toutes les ressources de PubChem ont été consultées pour la dernière fois en septembre 2021.

Étizolam



Structure chimique de l'étizolam (PubChem CID 3307; C₁₇H₁₅ClN₄S <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Etizolam>.)

De quoi s'agit-il?

L'étizolam est proche de la famille des benzodiazépines (il s'agit d'une thiénodiazépine), et ses effets cliniques sont très semblables. Breveté en 1974, il a commencé à être prescrit au Japon en 1983 pour traiter l'anxiété et les troubles du sommeil. Il est commercialisé comme médicament sur ordonnance au Japon, en Italie et en Inde, mais n'est pas autorisé au Canada ni aux États-Unis.

Pourquoi est-ce important?

Au Canada, l'étizolam a été détecté pour la première fois dans des échantillons saisis en avril 2018 et a pris le premier rang des BUNM trouvées dans la drogue illicite. Durant les six premiers mois de 2021, on l'a détecté dans 62 % ($n = 2\,490$) de tous les échantillons contenant des benzodiazépines analysés par le Service d'analyse des drogues (SAD) de Santé Canada. L'étizolam a été détecté dans des échantillons d'opioïdes et de stimulants saisis en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, en Nouvelle-Écosse et à Terre-Neuve-et-Labrador. On le trouve fréquemment en combinaison avec des opioïdes puissants comme le fentanyl et le carfentanil. On l'a détecté dans 39 % des cas de décès par intoxication en Colombie-Britannique survenus entre juillet 2020 et mai 2021, et dans 25 % des cas de décès attribuables aux opioïdes en Ontario entre mars et décembre 2020.



Pour en savoir plus

Données, rapports et ressources

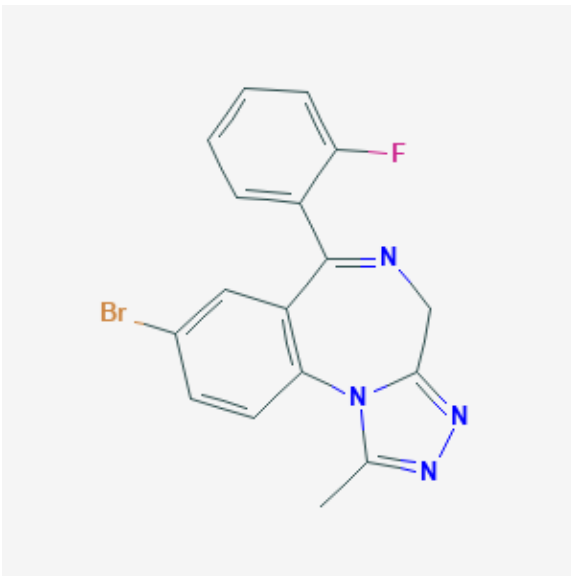
- [Collated BC resource: Benzodiazepine/etizolam in illicit opioids](#) – préparé par le Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique (BCCDC), avec des liens à des ressources pour les personnes qui consomment de la drogue, les pairs aidants et les professionnels de la santé
- [Fact Sheet: Etizolam in British Columbia's Illicit Drug Market](#) – préparé par le BCCDC, aborde le statut juridique, la pharmacologie et la prévalence en Colombie-Britannique, avec des lignes directrices cliniques et sur la réduction des méfaits
- [Etizolam: Public Notice](#) – préparé par les Services de santé de l'Alberta
- [Etizolam](#) – préparé par KFL&A Public Health (Ontario)
- [Benzodiazepines in the unregulated drug supply in Ontario](#) – préparé par le Ontario Harm Reduction Network, avec des données des médecins légistes de l'Ontario sur l'étizolam jusqu'en septembre 2019
- [Etizolam: Critical Review Report](#) – préparé par le Comité d'experts de la pharmacodépendance de l'Organisation mondiale de la Santé, avec de l'information sur la chimie, la pharmacologie, la toxicologie et le potentiel de dépendance, entre autres facteurs

Avis publics et alertes

- [Drug Advisory: Etizolam detected in overdose case in Regina](#) – préparé par l'Ordre des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan
- Santé Nouvelle-Écosse – 11 juin 2021 : [A grey rock-like substance that may appear like MDMA tested positive for cocaine, opioids, etizolam, and an amphetamine analogue](#)
- Santé Nouvelle-Écosse – 27 juillet 2021 : [A substance seized in the Halifax area \(blotter paper\) was confirmed to be Etizolam](#)
- [Appel à la vigilance – Agrégat de surdoses liées à la consommation de contrefaçons d'alprazolam \(Xanax\) dans un milieu scolaire](#) – préparé par le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie



Flubromazolam



Structure chimique du flubromazolam (PubChem CID 21930924; $C_{17}H_{12}BrFN_4$ <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Flubromazolam>)

De quoi s'agit-il?

Le flubromazolam est un produit dérivé de benzodiazépine très puissant à longue durée d'action (plus précisément, une triazolobenzodiazépine, TBDZ). On ne trouve pas de publications sur sa synthèse, ce qui suggère qu'il aurait été conçu comme une version plus puissante du flubromazépam (voir ci-dessous), une des premières benzodiazépines de confection à faire son entrée sur le marché de la drogue illégale.

Pourquoi est-ce important?

Le flubromazolam occupe le deuxième rang des BUNM détectées dans des échantillons saisis par des agents d'application de la loi au Canada. Durant la première moitié de 2021, on l'a détecté dans 9 % ($n = 346$) de tous les échantillons contenant des benzodiazépines. Il a été détecté par un service de vérification de la drogue de Toronto dans des échantillons où l'on s'attendait à trouver du fentanyl aussi récemment que septembre 2021. Le service l'a qualifié de « drogue notable inattendue », qu'il définit comme « une substance associée aux surdoses ou à d'autres effets indésirables, très puissante ou proche parente de drogues très puissantes, et/ou non désirée par certains clients ». En raison de sa grande puissance, le flubromazolam peut poser un risque de réaction indésirable plus élevé que les autres BUNM. Sa détection dans des comprimés de Xanax contrefaits a déclenché une alerte à Winnipeg et dans le sud du Québec (voir ci-dessous).

Pour en savoir plus

Données, rapports et ressources

- [Characterization of the four designer benzodiazepines clonazepam, deschloroetizolam, flubromazolam, and meclonazepam, and identification of their in vitro metabolites](#)
- [Flubromazolam: Critical Review Report](#) – préparé par le Comité d'experts de la pharmacodépendance de l'Organisation mondiale de la Santé, avec de l'information sur la chimie, la pharmacologie, la toxicologie et le potentiel de dépendance, entre autres facteurs
- [Flubromazolam](#) – préparé par PsychonautWiki, plateforme alimentée par les utilisateurs, avec des données expérimentales et autres renseignements

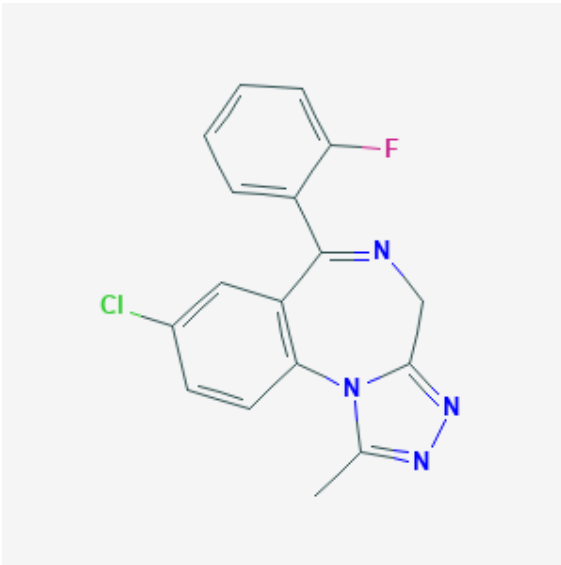


Avis publics et alertes

- [Appel à la vigilance : surdoses sévères en lien avec l'ingestion de flubromazolam vendu comme du Xanax](#) – préparé par le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie
- [Appel à la vigilance : cas de surdoses sévères liés à l'ingestion de flubromazolam vendu comme du Xanax](#) – préparé par le Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Estrie
- [Appel à la vigilance : agrégat de surdoses liées à la consommation de contrefaçons d'alprazolam \(Xanax\) dans un milieu scolaire](#) – préparé par le Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie
- [Drug and Overdose Alerts Winnipeg: June 20, 2019, Fake Xanax TS Tablets \(Xani Bars\) containing carfentanil, fentanyl, and strong benzodiazepines](#)



Flualprazolam



Structure chimique du flualprazolam (PubChem CID 10359044; $C_{17}H_{12}ClFN_4$ <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Flualprazolam#section=2D-Structure>)

De quoi s'agit-il?

Le flualprazolam est un produit dérivé de benzodiazépine (une TBDZ) dont la structure est très semblable à celle de l'alprazolam (Xanax^{MD}), mais qui a une durée d'action et une puissance supérieures. Breveté dans les années 1970, il n'a jamais été commercialisé.

Pourquoi est-ce important?

Le flualprazolam occupe le troisième rang des BUNM détectées dans des échantillons saisis par des agents d'application de la loi au Canada. Il a été détecté pour la première fois dans des échantillons saisis en avril 2019. Durant la première moitié de 2021, on l'a détecté dans 8 % ($n = 328$) des échantillons contenant des benzodiazépines. À Toronto, des services de vérification de la drogue l'ont détecté dans des échantillons où ils s'attendaient à trouver du fentanyl, de la cocaïne et du crack. Les services de vérification de la drogue de Toronto l'ont qualifié de « drogue notable inattendue ». Le flualprazolam a aussi été vendu en tant que Xanax contrefait. En raison de sa puissance, sa consommation peut accroître le risque d'effets indésirables. À l'international, il a été détecté dans un nombre croissant de cas de médecine légale et de cas cliniques.

Pour en savoir plus

Données, rapports et ressources

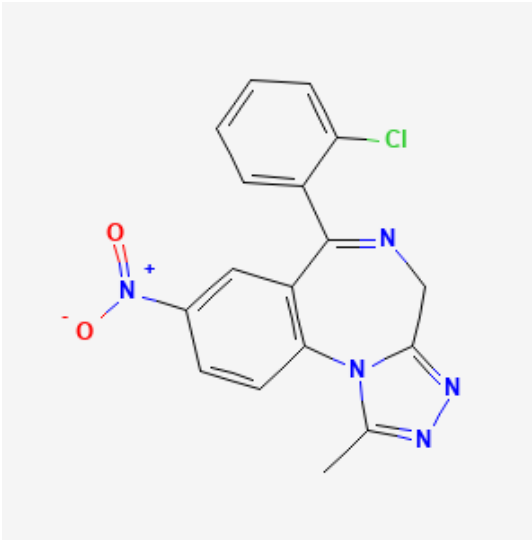
- [Critical Review Report: Flualprazolam](#) – préparé par le Comité d'experts de la pharmacodépendance de l'Organisation mondiale de la Santé, avec de l'information sur la chimie, la pharmacologie, la toxicologie et le potentiel de dépendance, entre autres facteurs
- [A fluorine turns a medicinal benzodiazepine into NPS: the case of flualprazolam](#) – revue de la littérature sur la chimie, la pharmacologie, la toxicologie, la prévalence et le statut juridique

Avis publics et alertes

- [Benzodiazepines in the unregulated drug supply in Ontario](#) – préparé par le Ontario Harm Reduction Network
- Santé Nouvelle-Écosse, 8 janvier 2021 – [A recent sample from Windsor, Nova Scotia, tested positive for Flualprazolam](#)



Clonazolam



Structure chimique du clonazolam
(PubChem CID 12317881; $C_{17}H_{12}ClN_5O_2$
<https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Clonazolam>)

De quoi s'agit-il?

D'abord synthétisé dans les années 1970, le clonazolam n'a jamais été approuvé pour usage médical. Sa structure s'apparente à celle du clonazépam (Klonopin^{MD}) et de l'alprazolam (Xanax^{MD}), mais il est plus puissant que l'alprazolam.

Pourquoi est-ce important?

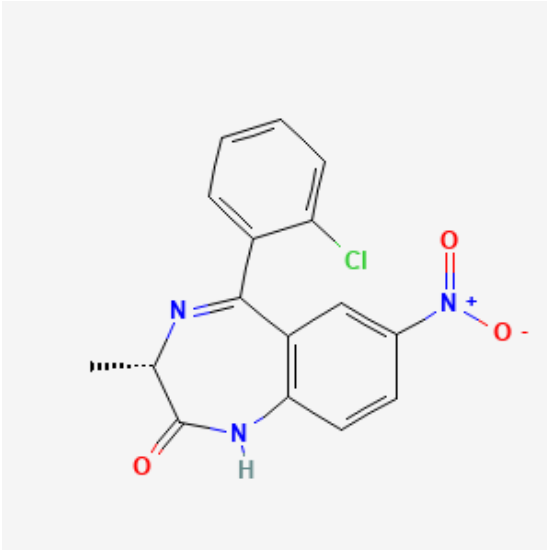
Bien que le clonazolam ait d'abord été détecté dans des échantillons saisis par des agents d'application de la loi en avril 2018, on le retrouve dans un nombre d'échantillons beaucoup plus faible que les trois BUNM mentionnées précédemment (1 % ou 47 échantillons durant les six premiers mois de 2021). Bien que le SAD et les services de vérification de la drogue n'aient rapporté aucun cas de cooccurrence du clonazolam et d'opioïdes dans des échantillons, il s'agit d'une benzodiazépine très puissante, qui peut donc poser des risques d'effets indésirables plus élevés que d'autres BUNM (p. ex. effet sédatif lorsque combiné à des opioïdes ou symptômes de sevrage).

Pour en savoir plus

- [Characterization of the four designer benzodiazepines clonazolam, deschloroetizolam, flubromazolam, and meclonazepam, and identification of their in vitro metabolites](#)
- [Critical Review Report: Clonazolam](#) – préparé par le Comité d'experts de la pharmacodépendance de l'Organisation mondiale de la Santé, avec de l'information sur la chimie, la pharmacologie, la toxicologie et le potentiel de dépendance, entre autres facteurs
- [Updated Trend Reporting for the NPS Benzodiazepine Clonazolam Based on Data-Mining for 8-Aminoclonazolam](#)
- [Clonazolam](#) – préparé par PsychonautWiki, plateforme alimentée par les utilisateurs, avec des données expérimentales et autres renseignements



Méclonazépam



Structure chimique du méclonazépam
(PubChem CID 3033985; $C_{16}H_{12}ClN_3O_3$
<https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Meclonazepam#section=Structures>)

De quoi s'agit-il?

Le méclonazépam est un analogue du clonazépam (Klonopin^{MD}). Breveté en 1988 comme un antiparasitaire, il n'a jamais été commercialisé.

Pourquoi est-ce important?

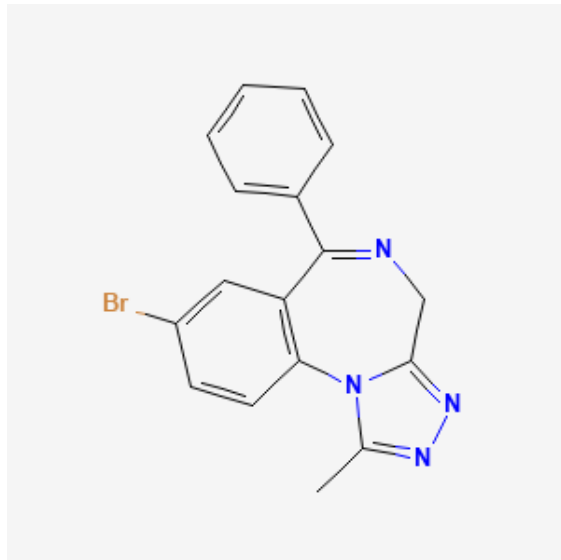
Le méclonazépam a été détecté dans 1 % (37) des échantillons contenant des benzodiazépines saisis par des agents d'application de la loi durant les six premiers mois de 2021. Il a été détecté pour la première fois dans de la drogue illégale en février 2021, ce qui suggère que cette substance commence seulement à émerger comme adultérant et devrait être surveillée de près. Les recherches effectuées pour ce bulletin n'ont permis de trouver qu'un seul cas, détecté par un programme de vérification de la drogue. Au 31 août 2021, le service de vérification de la drogue de Toronto l'avait détecté dans 49 échantillons.

Pour en savoir plus

- [Characterization of the four designer benzodiazepines clonazolam, deschloroetizolam, flubromazolam, and meclonazepam, and identification of their in vitro metabolites](#)



Bromazolam



Structure chimique du bromazolam
(PubChem CID 12562546; $C_{17}H_{13}BrN_4$
<https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/12562546#section=Structures>)

De quoi s'agit-il?

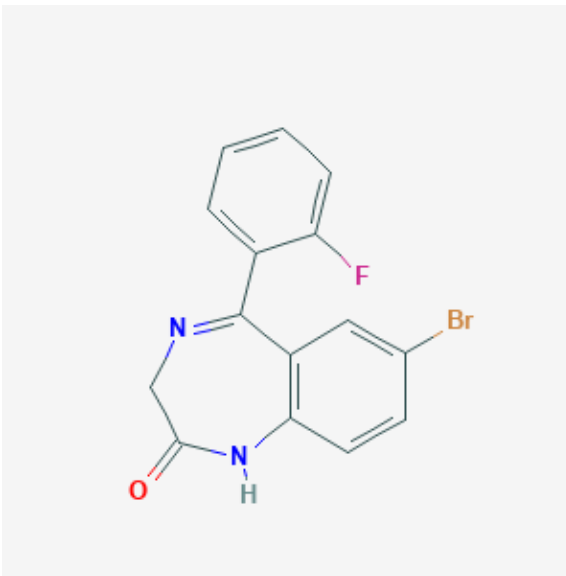
Le bromazolam est une TBDZ et un analogue de l'alprazolam (Xanax^{MD}). Synthétisé pour la première fois dans les années 1970, il a été breveté comme antihypertenseur en 1982, puis comme anxiolytique avec effet sédatif réduit, et pour la suppression de la douleur. Cependant, il n'a jamais été commercialisé.

Pourquoi est-ce important?

Le bromazolam a été détecté dans seulement 12 échantillons contenant des benzodiazépines (< 1 %) saisis par des agents d'application de la loi durant les six premiers mois de 2021. Dans tous les cas sauf un, un opioïde était aussi présent dans l'échantillon.



Flubromazépam



Structure chimique du flubromazépam (PubChem CID 12947024; $C_{15}H_{10}BrFN_2O$ <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Flubromazepam#section=2D-Structure>)

De quoi s'agit-il?

Le flubromazépam est l'une des premières benzodiazépines de conception à être apparues sur le marché de la drogue illégale. Sa durée d'action est très longue, et il est un proche parent du flubromazolam, qui est son analogue chez les triazolobenzodiazépines.

Pourquoi est-ce important?

Le flubromazépam a été détecté pour la première fois dans des échantillons saisis au Canada en septembre 2018. Durant la première moitié de 2021, on l'a détecté dans moins de 1 % ($n = 6$) de tous les échantillons contenant des benzodiazépines. Même s'il apparaît rarement dans les données du SAD, il était combiné à du fentanyl dans les trois quarts des échantillons où il a été détecté en 2021. Les services de vérification de la drogue de Toronto l'ont qualifié de « drogue notable inattendue », et il a été détecté dans un cas de décès par intoxication en Saskatchewan. Sa détection dans un échantillon de fentanyl en Colombie-Britannique a déclenché une alerte (voir ci-dessous).

Pour en savoir plus

Données, rapports et ressources

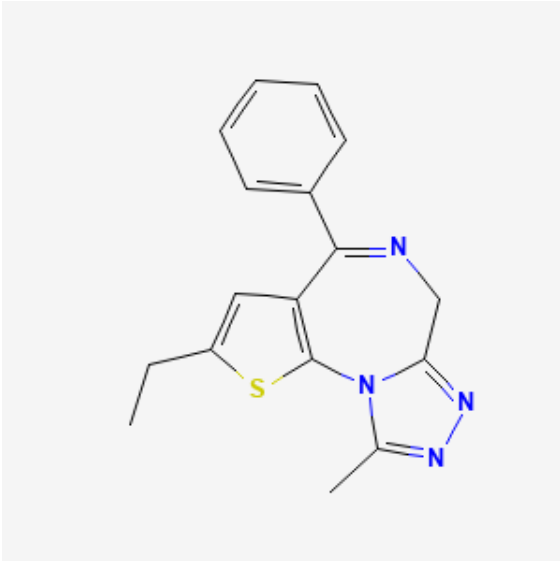
- [Detection and identification of the designer benzodiazepine flubromazepam and preliminary data on its metabolism and pharmacokinetics](#)
- [Flubromazepam](#) – préparé par Wikipédia
- [Characterization of the four designer benzodiazepines clonazepam, deschloroetizolam, flubromazolam, and meclonazepam, and identification of their in vitro metabolites](#)

Avis publics et alertes

- [Drug Alert Poster Kamloops June 29 2021.pdf \(interiorhealth.ca\)](#) – préparé par Interior Health



Deschloroétizolam



Structure chimique du deschloroétizolam
(PubChem CID 827322; C₁₇H₁₆N₄S
<https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Deschloroetizolam>)

De quoi s'agit-il?

Le deschloroétizolam est un proche parent de l'étizolam, mais il est moins puissant et a une durée d'action plus longue. Il a été breveté en 1988, mais n'a jamais été développé pour usage médical.

Pourquoi est-ce important?

Le deschloroétizolam a été détecté pour la première fois dans des échantillons saisis au Canada en février 2019. Durant la première moitié de 2021, il a été détecté dans seulement un échantillon contenant des benzodiazépines. Il a toutefois aussi été détecté par le service de vérification de la drogue de Toronto.

Pour en savoir plus

- [Characterization of the four designer benzodiazepines clonazepam, deschloroetizolam, flubromazolam, and meclonazepam, and identification of their in vitro metabolites](#)
- [Deschloroetizolam](#) – préparé par PsychonautWiki, plateforme alimentée par les utilisateurs, avec des données expérimentales et autres renseignements

Préparé par le CCDUS en partenariat avec le Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies (RCCET)

Le Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies (RCCET) est un réseau pancanadien de partenaires communautaires qui échangent de l'information sur les tendances locales et les nouveaux enjeux touchant l'usage de substances et qui mettent en commun des connaissances et outils propices à une collecte de données plus efficace.

Avertissement : Le CCDUS a tout fait pour recenser et compiler l'information la meilleure et la plus fiable disponible sur le sujet, mais il ne peut, compte tenu de la nature de ce bulletin, confirmer la validité de toute l'information présentée ou tirée des liens fournis. Bien que le CCDUS ait fait le maximum pour assurer l'exactitude de l'information, il n'offre aucune garantie ni ne fait aucune représentation, expresse ou implicite, quant à l'intégralité, à l'exactitude et à la fiabilité de l'information présentée dans ce bulletin ou de l'information contenue dans les liens fournis.

ISBN 978-1-77178-885-4

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2021



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 une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées par le CCDUS ne reflètent pas nécessairement celles du gouvernement du Canada.