



APERÇU DE LA CONSOMMATION À DES FINS NON MÉDICALES DES MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE ET DES QUESTIONS DE JUSTICE PÉNALE AU CANADA

Rédigé par :

Benedikt Fischer¹, PhD

Jürgen Rehm², PhD

Jude Gittins³, M.Sc

**Division de la recherche et de la statistique
Ministère de la Justice du Canada**

Octobre 2009

Les opinions exprimées dans le présent rapport sont celles des auteurs et ne traduisent pas nécessairement celles du ministère de la Justice du Canada

¹ Centre for Applied Research in Mental Health and Addictions (CARMHA) et faculté des sciences de la santé, Université Simon Fraser, Vancouver

² Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), Toronto
Département de psychiatrie et école de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, Toronto

³ Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto



©Sa Majesté la Reine du chef du Canada
représentée par le ministre de la Justice et procureur général du Canada, 2013

ISBN 978-0-660-21371-2

No de cat. J4-31/2013F-PDF

Table des matières

Sommaire	i
1. Méthodologie	1
2. Épidémiologie de la consommation à des fins non médicales de médicaments sur ordonnance au Canada	2
2.1. La prévalence de la consommation à des fins non médicales d'opioïdes d'ordonnance (OOFNM)	2
2.1.1. Introduction	2
2.1.2. La population en général	2
2.1.3. Les populations de consommateurs de drogues de la rue	4
2.1.4. Les populations en traitement	6
2.2. La prévalence de la consommation de benzodiazépines à des fins non médicales (BDFNM)	7
2.2.1. Introduction	7
2.2.2. La population en général	7
2.2.3. Les populations de consommateurs de drogues de la rue	8
2.2.4. Les populations en traitement	9
3. Qui consomme des médicaments sur ordonnance à des fins non médicales (p. ex., le sexe, l'âge et les différences socioéconomiques)?	11
3.1. Qui consomme des opioïdes d'ordonnance à des fins non médicales?	11
3.1.1. La population en général	11
3.1.2. Les populations de consommateurs de drogues de la rue	13
3.1.3. Les populations en traitement	13
3.2. Qui consomme des benzodiazépines à des fins non médicales?	14
3.2.1. La population en général	14
4. Comment et dans quelles circonstances des individus obtiennent-ils des médicaments sur ordonnance à des fins non médicales? Y a-t-il des liens avec le crime organisé ou d'autres réseaux criminels?	15
4.1. Introduction	15
4.2. Comment se procure-t-on des opioïdes d'ordonnance?	16
4.2.1. Les données canadiennes	16
4.2.2. Les données américaines	17
4.3. Comment se procure-t-on des benzodiazépines	20
4.3.1. Les données canadiennes	20
4.3.2. Les données américaines	20

5. Quelles conséquences les médicaments sur ordonnance consommés à des fins non médicales (p. ex., la dépendance, la consommation d'autres drogues illicites, la comorbidité, le recours à des traitements) ont-ils sur la santé de ceux qui les consomment?	23
5.1. Les risques pour la santé des OOFNM	23
5.1.1. Introduction	23
5.1.2. La dépendance.....	24
5.1.3. La surdose	24
5.1.4. Les risques de maladie	25
5.1.5. Les blessures	26
5.1.6. L'utilisation des traitements et des services de santé.....	26
5.2. Les risques pour la santé des BDFNM	27
5.2.1. La dépendance.....	27
5.2.2. La surdose	27
5.2.3. Les benzodiazépines et la dépendance à l'égard d'autres substances ou l'abus d'autres substances.....	28
5.2.4. Les blessures	28
5.2.5. L'utilisation des traitements et des services de santé.....	28
6. Quelles sont les conséquences sur la société de l'augmentation de la consommation à des fins non médicales de médicaments sur ordonnance?	30
6.1. Introduction.....	30
6.2. La santé	31
6.2.1. La morbidité.....	31
6.2.2. La mortalité.....	32
6.3. Le crime	33
7. Quelles questions stratégiques en matière de justice pénale la consommation à des fins non médicales de médicaments sur ordonnance pose-t-elle?	38
8. Questions non traitées/conclusions	46
Bibliographie.....	50

Sommaire

Au Canada, la consommation des médicaments sur ordonnance à des fins non médicales, en particulier d'opioïdes d'ordonnance (OO) et de benzodiazépines (BD), suscite depuis quelques années une attention croissante. Bien que les données épidémiologiques soient, à l'échelle du pays, actuellement peu abondantes, le tableau que les données des provinces et celles des É.-U. permettent de brosser est de plus en plus préoccupant. Le présent rapport porte sur les tendances de la consommation d'opioïdes d'ordonnance à des fins non médicales (OOFNM) et de benzodiazépines à des fins non médicales (BDFNM), ainsi que sur les conséquences de cette consommation sur la santé et sur la société et sur certaines questions stratégiques touchant à la justice pénale au Canada.

Les caractéristiques des consommateurs et de la consommation d'OOFNM et de BDFNM

La consommation déclarée d'OO à des fins médicales au Canada a environ doublé en moins d'une décennie et le Canada se classe actuellement au troisième rang après les É.-U. et l'Allemagne parmi les pays les plus grands consommateurs d'OO par personne. Parallèlement à cette augmentation de la disponibilité générale, les occasions de consommation à des fins non médicales se sont accrues. Malheureusement, l'information sur les OOFNM et les BDFNM au Canada est relativement peu abondante, en raison d'un manque de données longitudinales et de préoccupations méthodologiques (soit, les définitions opérationnelles, la formulation des questions et les taux de réponse).

Les données disponibles font ressortir la consommation des OOFNM dans les groupes d'âge les plus jeunes dans la population générale, sans différence quant au sexe chez les adultes, mais avec une surreprésentation des jeunes adultes (19 à 24 ans) et une consommation déclarée plus importante chez les jeunes filles des écoles secondaires. De plus, des études menées aux É.-U. révèlent un statut socioéconomique plus bas, ainsi que des variables associées comme la pauvreté, le chômage ou la faiblesse du revenu, comme étant des facteurs de risque pour les OOFNM dans la population générale. Dans les populations de consommateurs de drogues de la rue, certaines observations portent à croire que la prévalence des OOFNM pourrait dépasser celle de l'héroïne. Contrairement aux populations générales de consommateurs d'OOFNM, la moyenne d'âge des populations qui consomment à des fins non médicales des OO obtenus dans la rue tend à être plus élevée que celle des autres consommateurs de drogues de la rue. Selon les données provinciales de l'Ontario, les OO sont de plus en plus fréquemment mentionnés comme substance provoquant la toxicomanie, pour justifier l'admission dans un centre de traitement, plus de 80 % des personnes déclarant avoir consommé des OOFNM l'année précédente. On ne dispose actuellement d'aucune étude portant spécifiquement sur les caractéristiques sociodémographiques des consommateurs d'OO dans les centres de traitement.

Contrairement aux OO, les dépenses par personne au Canada sont demeurées très stables au cours de la dernière décennie pour les BD. Malheureusement, il existe peu d'études sur la

consommation des BDFNM dans la population générale au Canada et l'importance de la consommation à des fins non médicales n'est donc pas établie clairement actuellement. Selon les enquêtes effectuées auprès des étudiants des écoles secondaires et des universités, environ 2 % des étudiants ont déclaré avoir consommé des tranquillisants l'année précédente; cependant, ce ne sont pas toutes les études qui comportent des renseignements sur la consommation à des fins non médicales. L'évolution au cours du temps de la prévalence de la consommation de BDFNM dans les populations de consommateurs de drogues de la rue n'est pas établie clairement, en raison de la rareté des comparaisons au fil du temps, les taux de prévalence variant de 6 %, dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver, à 31,3 %, à Victoria. La consommation de BDFNM dans les populations en traitement est stable au fil du temps, les BD tendant à être davantage mentionnées comme médicament ayant provoqué la toxicomanie avec l'âge croissant des répondants et étant plus souvent mentionnées par les femmes.

Le détournement

Il n'est pas aisé de déterminer la façon dont les consommateurs se procurent des médicaments sur ordonnance comme les OO et les BD à des fins non médicales, puisqu'il s'agit de produits fabriqués légitimement et qui sont disponibles et distribués légalement dans tout le système médical. Selon les données sur le détournement disponibles aux É.-U., les sources et les chemins empruntés depuis le lieu de fabrication jusqu'au consommateur sont multiples, ce qui complique davantage la question de savoir où faire porter les interventions.

Nous disposons actuellement de peu de renseignements sur la population canadienne en général en ce qui a trait à la façon dont les consommateurs se procurent des OO à des fins non médicales; les médecins, les amis, la famille, la rue, l'obtention d'ordonnances multiples et les travailleurs de la santé sont toutefois cités comme des sources potentielles. En ce qui concerne les populations de consommateurs de drogues de la rue, les revendeurs habituels, les amis ou partenaires, le commerce et le système médical lui-même ont été identifiés comme des sources, les revendeurs inhabituels, les médecins et le vol étant moins souvent mentionnés. Les consommateurs d'OOFNM dans les centres de désintoxication identifient les ordonnances de médecin, la rue, ou une combinaison des deux comme des sources.

La prévalence de la consommation de BD est moindre que celle des OO et les taux de consommation de BD sont demeurés relativement stables au cours du temps. Malheureusement, nous disposons de peu de renseignements sur les sources de BDFNM au Canada. Une étude portant sur plusieurs sites a révélé que les sources les plus fréquentes pour les consommateurs de drogues de la rue sont les amis puis les médecins, des sources moins fréquemment mentionnées étant les revendeurs habituels ou non, un partenaire et le vol. Selon des études menées aux É.-U. auprès de la population générale, les jeunes et les étudiants mentionnent surtout les pairs, les amis et les membres de la famille comme sources de BD. De plus, des observations portent à croire que des travailleurs de la santé participent au détournement des BD.

Les impacts sur la santé

Selon certaines estimations, entre 10 % et 33 % des consommateurs d'OOFNM au Canada peuvent devenir dépendants ou souffrir d'autres troubles liés à la consommation de drogues. Quoiqu'il soit fait état de décès expressément attribuables à la consommation d'OO au Canada (p. ex., de fentanyl ou d'oxycodone), l'insuffisance des données à l'échelle nationale sur les décès par surdose d'OOFNM rend difficile de procéder à une quantification exacte; aux É.-U., le nombre de ces décès a toutefois augmenté depuis les années 1990, l'OOFNM remplaçant l'héroïne et la cocaïne au titre des drogues les plus fréquemment associées à des surdoses ayant causé la mort. En s'appuyant sur le profil épidémiologique du Canada et sur les taux aux É.-U., on peut prévoir un grand nombre de décès liés aux OOFNM. De plus, les OOFNM sont associés à diverses maladies dont de nombreux troubles liés à la consommation d'une autre substance, des taux élevés de troubles mentaux et des maladies somatiques (en particulier la douleur). Quoique les études canadiennes ayant porté sur les associations entre les blessures et les OOFNM soient peu nombreuses, selon la documentation internationale, des blessures, intentionnelles et non intentionnelles, peuvent être associées à la consommation d'OOFNM. Et enfin, on a assisté à l'augmentation constante dans les centres de traitement de l'Ontario du nombre des clients qui déclarent avoir consommé des OO l'année précédente et qui citent ces drogues comme ayant causé leurs problèmes de toxicomanie.

Les données relatives aux impacts sur la santé de la consommation de BDFNM au Canada sont peu abondantes; cependant, les BD, tout comme les OO, présentent des propriétés de renforcement qui peuvent provoquer la dépendance et la toxicomanie. Les enquêtes menées aux É.-U. indiquent que 9,8 % des répondants ayant déclaré avoir consommé des sédatifs ou des tranquillisants à des fins non médicales l'année antérieure satisfaisaient aux critères de la toxicomanie et de la dépendance, la prévalence étant plus élevée (17,4 %) chez les adolescents. En dépit du manque d'études portant sur les associations possibles entre les BDFNM et les décès par surdose au Canada, des études internationales ont identifié l'empoisonnement consécutif à la consommation de BD dans approximativement 3,8 % des décès provoqués par la consommation d'une seule drogue. Quoique l'on ait fait état d'associations entre la consommation de BD et des blessures (blessures consécutives à un accident routier, suicides et chutes), la relation n'est pas manifeste. Contrairement aux OO, le nombre des admissions pour traitement liées à la consommation de BD est demeuré stable.

Les conséquences sur la société

La santé, le fardeau des maladies et la criminalité liée à la consommation de drogues constituent les plus importants facteurs qui déterminent les « coûts sociaux » directement attribuables à la consommation de drogues. Étant donné l'absence de données canadiennes, on ne dispose actuellement d'aucune évaluation de ces coûts; cependant, en 2001, les coûts sociaux entraînés par la consommation d'OO aux É.-U. ont été estimés à environ 8,6 milliards de dollars et ces

coûts sont probablement plus élevés aujourd'hui étant donné l'augmentation de la consommation d'OO.

Les admissions à des programmes de désintoxication ainsi que les admissions dans les salles d'urgence, qui sont consécutives à la consommation d'OO, constituent des catégories clés qui donnent la mesure des problèmes de santé et du fardeau des maladies associés à la consommation d'OO au cours du temps. Comme l'on ne recueille pas de données sur les admissions dans les salles d'urgence régulièrement ou systématiquement au Canada, les taux de ces admissions ne sont actuellement pas bien connus. Aux É.-U., des études révèlent que les visites liées à la consommation d'OO dans les salles d'urgence ont augmenté de 120 % dans la période de 1997 à 2002. On estime que le taux des admissions pour traitement liées à la consommation d'OO en Ontario a approximativement doublé en moins d'une décennie (passant de 9,4 % à 15,7 %) et il s'agit probablement d'une sous-estimation, car le système de déclaration ne couvre pas les admissions visant à obtenir un traitement de substitution à la suite de la consommation d'opioïdes.

On connaît peu de choses sur la mortalité attribuable à la consommation d'OO au Canada, car les données sur les décès accidentels attribuables à la consommation de médicaments psychotropes ne sont pas recueillies dans un même centre. Selon une analyse récente effectuée en Ontario, les taux de mortalité attribuables à la consommation d'OO auraient doublé dans la période de 1991 à 2004. Plusieurs études menées aux É.-U. indiquent en outre que les décès consécutifs à un empoisonnement accidentel causé par la consommation d'OO ont augmenté de manière importante ces dernières années et qu'ils dépassent les décès attribuables à la consommation d'héroïne ou de cocaïne.

Il n'existe actuellement pas d'évaluations empiriques spécifiques des impacts sur la criminalité de la consommation à des fins non médicales de médicaments sur ordonnance au Canada et l'on ne présentera donc de données que relativement à la nature potentielle et à l'étendue des impacts sur la criminalité. Comme les voies de l'offre et les sources des médicaments sur ordonnance diffèrent de celles des drogues illicites, notamment les amis, la famille et l'obtention d'ordonnances multiples, la tâche de définir et de réprimer les crimes liés à l'acquisition de drogues est très complexe. Une analyse d'une cohorte de la population des consommateurs de drogues de la rue au Canada a abouti à des résultats semblables à ceux obtenus aux É.-U. où les toxicomanes qui ne consomment que des OO sont plus susceptibles d'être mieux intégrés socialement et moins engagés dans la criminalité que les consommateurs de drogues de la rue qui utilisent l'héroïne ou la cocaïne et le crack.

Les questions stratégiques

Comme le Canada en est aux premiers stades de l'élaboration d'une politique, il est crucial de mettre au point la politique la plus appropriée possible en ce qui a trait à la question complexe de la consommation à des fins non médicales d'OO et de BD. À ce titre, toute politique devrait

reconnaître que les OO et les BD sont des médicaments importants dans plusieurs domaines de soins médicaux, comme le traitement de la douleur, de l'insomnie et des troubles mentaux, et que l'on devrait, lors de l'élaboration de toute politique ou intervention, prendre garde de ne pas nuire à la prestation de soins de santé efficaces dans ces domaines. Nous présentons diverses questions stratégiques, en faisant ressortir l'utilisation de mesures actives et renforcées d'application de la loi et de contrôles plus serrés des fournisseurs de soins de santé et de médicaments. De plus, nous soulignons certaines des difficultés et des conséquences néfastes qui découlent de telles initiatives, notamment les effets possiblement nocifs sur les jeunes de la criminalisation, l'impact des mesures d'application de la loi sur les dynamiques du marché noir, les difficultés de la surveillance et le phénomène de l'opiophobie et son impact sur l'accès à des soins médicaux efficaces.

Conclusion

Étant donné notre incapacité actuelle à évaluer de manière précise l'étendue de la consommation d'OOFNM et de BDFNM au Canada, nous avons besoin de manière urgente d'effectuer davantage de travaux de recherche avant de pouvoir proposer des politiques sur cette question complexe. Les évaluations, les interventions et les propositions de mesures ayant trait à la consommation à des fins non médicales de médicaments sur ordonnance ont tendance à poser que la racine du problème se situe au niveau individuel. Nous recommandons fortement que l'on adopte une perspective large aux fins de formuler des politiques relatives à la consommation d'OOFNM et de BDFNM au Canada et que l'on reconnaisse les facteurs ou les dynamiques systémiques éventuelles. Nous recommandons, en outre, que la consommation d'OOFNM et de BDFNM soit considérée d'abord et avant tout comme un problème de santé et donne lieu à des interventions fondées sur la santé ou à des améliorations des soins de santé.

1. Méthodologie

Nous avons utilisé AMSTAR, un outil de mesure servant à évaluer la qualité méthodologique des examens systématiques (Shea et al., 2007) ainsi que le survol effectué par Egger et ses collègues (2001) pour orienter la présente recension systématique de la documentation.

Une recherche systématique de la documentation a été effectuée pour établir une liste des études épidémiologiques ayant traité de :

- la *prévalence* de la *consommation à des fins non médicales* des *OO* de même que celle des *BD* en *Amérique du Nord* (les termes de la recherche sont en italique; pour rechercher l'Amérique du Nord, les termes utilisés ont été Canada, É.-U. ou Amérique du Nord)
- la *consommation à des fins non médicales* des *OO* et des *BD* en combinaison avec *population générale* ou avec *consommateur de drogues de la rue*
- les *conséquences* des *OO* et des *BD* en *Amérique du Nord* (nous avons précisé : surdose, douleur, blessure et santé mentale séparément)

dans plusieurs bases de données bibliographiques électroniques dont : Ovid MEDLINE, PubMed, EMBASE, Web of Science (notamment Science Citation Index, Social Sciences Citation Index, Arts and Humanities Citation Index), PsycINFO, CABS (BIDS), WHOLIST, SIGLE, ETOH, Google Scholar, et la base de données Cochrane sur les recensions systématiques. On a recherché la documentation disponible publiée et non publiée jusqu'au mois de juillet 2008 inclusivement. De plus, une recherche effectuée à la main dans les pages bibliographiques d'articles choisis et de diverses recensions ainsi que dans les tables des matières des revues les plus importantes en matière d'épidémiologie et de toxicomanie a été faite. La recherche ne s'est pas limitée aux publications en langue anglaise.

De plus, nous avons cherché des renseignements sur les OOFNM et les BDFNM dans les enquêtes canadiennes d'importance majeure et nous avons analysé les questions respectives dans les enquêtes effectuées en Ontario, où le deuxième auteur est actuellement le principal chercheur (pour l'information technique, voir Adlaf et Paglia-Boak, 2007; Ialomiteanu et al., 2009; Ialomiteanu et Adlaf, 2009).

2. Épidémiologie de la consommation à des fins non médicales de médicaments sur ordonnance au Canada

2.1. La prévalence de la consommation à des fins non médicales d'opioïdes d'ordonnance (OOFNM)

2.1.1. Introduction

Au Canada, le point de vue a été abondamment exprimé selon lequel la consommation à des fins non médicales d'opioïdes d'ordonnance⁴ (OOFNM) semble avoir augmenté, en suivant des tendances semblables à celles qui existent aux États-Unis depuis quelques années (Fischer et al., 2008c; Popova et al., 2009; Compton et Volkow, 2006; Hurwitz, 2005; Fischer et al., 2008b). Ce point de vue est en partie soutenu par le fait que la consommation d'OO à des fins médicales – un facteur d'importance primordiale qui influence la consommation à des fins non médicales – au Canada est au plus haut niveau selon une comparaison globale et a approximativement doublé lors de la dernière décennie (Fischer et Rehm, 2008). De ce fait, la dépense au détail par Canadien rajustée en fonction de l'inflation pour les médicaments opioïdes au Canada a également plus que doublé entre 1998 et 2007 (passant de 7 \$ à 14,20 \$ en dollars de 2007), principalement en raison du choix thérapeutique et des effets de volume (Morgan et al., 2008). Le Canada – après les É.-U. et l'Allemagne – se classe au troisième rang des pays où il se consomme le plus d'OO par personne, la consommation moyenne en unités de dose thérapeutique quotidienne (DTQ) par million d'habitants par jour totalisant 18 914 (19 965 en Allemagne et 40 604 aux É.-U.) (Organe international de contrôle des stupéfiants, 2009a).

2.1.2. La population en général

La dernière enquête qui a été effectuée auprès de la population générale au Canada relativement à la toxicomanie, l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC; Adlaf et al. 2005a), ne comportait aucune information sur la consommation à des fins non médicales des médicaments sur ordonnance et on ne dispose par conséquent d'aucune information épidémiologique actuellement sur la consommation d'OOFNM dans la population canadienne adulte dans son ensemble. Selon la nouvelle Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) – menée en 2008 par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de la population nationale canadienne de 16 672 personnes, 28,4 % des personnes dans l'échantillon total avaient utilisé des médicaments pharmaceutiques psychoactifs l'année précédente. De ces 28,4 %, 2,0 % ont déclaré avoir consommé de tels

⁴ Les opioïdes d'ordonnance (OO) dans le contexte de la présente analyse comprennent principalement les compositions d'opioïdes utilisées à des fins médicales ou les produits suivants : la codéine, la morphine, l'oxycodone, l'hydromorphone, l'hydrocodone, le fentanyl; lorsqu'il est fait référence à d'autres substances, cela est précisé.

médicaments pour « l'effet euphorique »⁵. Environ un cinquième (21,6 %) des consommateurs de médicaments pharmaceutiques psychoactifs de l'ESCCAD avaient consommé des OO l'année précédente. De ces 21,6 %, 1,5 % (ou 0,3 % de la population totale) les avaient consommés pour « pour l'effet euphorique » (Santé Canada, 2009). Comme il en sera question plus loin, ces chiffres sont largement moindres que les taux de consommation d'OOFNM déclarés pour la population générale aux États-Unis (soit, 5,0 % en 2007 (Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA), 2008b)).

Selon une méthode différente, qui faisait usage des données canadiennes et des prévisions fondées sur des taux tirés des indicateurs épidémiologiques des É.-U., il y avait au Canada, en 2003, entre 321 000 et 914 000 consommateurs d'OOFNM parmi les individus âgés de 15 à 49 ans dans la population générale (Popova et al., 2009). Plusieurs indicateurs locaux dans tout le pays ont trait à la prévalence des OOFNM. Par exemple, à Edmonton en 2002, 7,8 % des adultes de plus de 18 ans ont déclaré avoir consommé des médicaments sur ordonnance à des fins non médicales au cours de l'année précédente, les OO étant les médicaments les plus fréquemment consommés (4,9 %) (Wild et al., 2008).

L'Enquête sur les campus canadiens (ECC) a permis de recueillir des données relatives à la consommation d'alcool et d'autres drogues et à d'autres questions de santé dans un échantillon aléatoire de 6 282 étudiants à temps plein de premier cycle provenant de 40 universités en 2004. Quatorze pour cent ont déclaré avoir consommé durant leur vie [TRADUCTION] « d'autres médicaments sur ordonnance de type opiacé », 5 % ont déclaré en avoir consommé l'année précédente et 1 % ont déclaré en avoir consommé dans les derniers trente jours. Cependant, quoique ces questions aient figuré parmi d'autres questions sur la consommation de drogues illicites, il n'était pas précisé dans l'ECC si la consommation de ces médicaments était à des fins médicales ou non médicales (Adlaf et al., 2005a). La version antérieure de l'ECC (1998; (Gliksman et al., 2000)) ne contenait aucun élément sur les OOFNM et, par conséquent, il est impossible d'effectuer des comparaisons au fil du temps.

L'étude intitulée Ontario Student Drug Use and Health Survey (OSDUHS) est une enquête représentative menée auprès des étudiants de niveau secondaire dans la province de l'Ontario. Dans la version la plus récente (2007) de l'étude, 21 % des répondants ont déclaré avoir consommé des OOFNM l'année précédente (Adlaf et Paglia-Boak, 2007). Des données sur les tendances n'ont pu être fournies que pour la consommation d'Oxycontin, laquelle a été étudiée pour la première fois en 2005; la consommation à des fins non médicales d'Oxycontin l'année précédente est passée de 1 % (2005) à 1,8 % (2007) (Adlaf et Paglia-Boak, 2005; Adlaf et Paglia-Boak, 2007). De manière analogue à l'OSDUHS, d'autres études provinciales ont mis en

⁵ Cette définition opérationnelle est beaucoup plus étroite que les définitions de « consommation de médicaments à des fins non médicales » qui sont par exemple utilisées aux É.-U. et n'est donc pas comparable aux dernières données, car elle est susceptible de donner lieu à des sous-estimations importantes. L'ESCCAD soulève d'autres préoccupations méthodologiques, car le taux de réponse à l'enquête était seulement de ~35 %.

évidence des formes de prévalence de la consommation d'OOFNM chez les étudiants des écoles secondaires. L'étude intitulée Student Drug Use Survey in the Atlantic Provinces (SDUSAP), sur la consommation de drogues chez les étudiants des provinces de l'Atlantique, comprenait un nouvel élément sur les OOFNM en 2007 (quoique cette fois-ci encore sans données antérieures pour établir des tendances). Entre 17 % et 20 % des étudiants ayant répondu à l'enquête dans les provinces de la N.-É., du N.-B., de T.-N.-L. et d'Î.-P.-É. ont déclaré avoir consommé de tels médicaments (Poulin et Elliot, 2007). En Alberta, selon l'enquête intitulée 2005 Alberta Youth Experience Survey, menée en 2005 auprès des jeunes, 0,8 % des adolescents des niveaux scolaires allant de la 7^e à la 12^e année ont déclaré avoir consommé de l'Oxycontin l'année précédente (Lane et AADAC Research Services, 2006). À l'automne de 2007, au Manitoba, un total de 3,5 % des garçons et de 3,9 % des filles de la 7^e année jusqu'au secondaire 4 ont déclaré avoir consommé l'année précédente des opioïdes. Cependant, quoiqu'on ait demandé aux étudiants en général s'ils consommaient des médicaments sur ordonnance pour obtenir une sensation d'euphorie, il semble qu'on ne les a interrogés de manière précise que sur le médicament Ritalin (Friesen et al., 2008). Enfin, le groupe de travail sur l'Oxycontin à Terre-Neuve-et-Labrador ainsi que la Cape Breton Victoria Regional School Board ont l'un et l'autre déclaré que la consommation d'Oxycontin était problématique chez les jeunes et qu'elle nécessitait une enquête plus poussée (OxyContin Task Force, 2004; Covell, 2004).

2.1.3. Les populations de consommateurs de drogues de la rue

Selon une étude récente, qui s'appuie sur les données sur les décès par surdose et sur une enquête auprès d'informateurs clés, la population canadienne de consommateurs de drogues de la rue qui fait usage d'OOFNM, d'héroïne ou de ces deux types de drogues est de 72 000 personnes, le nombre des individus consommant des OO à des fins non médicales étant plus élevé que celui des consommateurs d'héroïne en 2003 (Popova et al., 2009). Plusieurs études au Canada portent sur les schémas de consommation de drogues des personnes considérées comme des consommateurs de drogues de la rue, soit les consommateurs de drogues injectables (CDI) ou d'autres consommateurs de drogues à risque élevé, qui obtiennent leurs drogues principalement dans la rue. Selon l'étude OPICAN menée dans plusieurs villes, une étude de cohorte des consommateurs d'opioïdes et d'autres drogues dans sept villes canadiennes (N = 484), en 2005 les OO étaient consommés par 80,6 % de l'échantillon total, avec ou sans héroïne (allant de 29,5 % à 100 % par ville (Fischer et al., 2008a)). Des comparaisons avec les évaluations de référence donnent à penser que la consommation d'OO a nettement augmenté dans la cohorte depuis 2001 et a dans une grande mesure remplacé celle de l'héroïne, laquelle est en baisse (Fischer et al., 2006a). En 2005, la prévalence de la consommation d'OOFNM était supérieure à celle de l'héroïne (lors des derniers trente jours) dans cinq des sept échantillons urbains. La prévalence de la consommation d'héroïne a nettement diminué chez les participants non traités depuis l'année de référence (2001 et les années suivantes) dans tous les sites étudiés, ce qui semble indiquer le remplacement récent de l'héroïne par les OO dans l'échantillon étudié (Fischer et al., 2006b).

L'étude « I-Track », qui porte sur la consommation de drogues et sur les comportements à risque associés chez les utilisateurs de drogues injectables dans plusieurs villes canadiennes, donne des renseignements sur la consommation de drogues injectables et non injectables des répondants dans les six derniers mois de 2004 (« Phase pilote » (Santé Canada, 2004)) et 2006 (Phase 1 (Santé Canada, 2006)). Pour ce qui est des drogues injectables, la morphine (54,3 % en 2004; 53,7 % en 2006) et le Dilaudid (50,2 %; 32,9 %) sont ressortis comme présentant des niveaux de consommation élevés, quoique relativement stables ou dé croissants; en comparaison, la consommation d'héroïne injectable a baissé, de 42,8 % (2004) à 27,6 % (2006). Parmi les drogues non injectables, le Tylénol avec codéine (52,3 % en 2004 et 51,5 % en 2006), le Dilaudid (27,0 %, 23,6 %) et le Demerol (15,8 %, 11,5 %) sont ressortis comme présentant des niveaux stables dans l'ensemble; en comparaison, la consommation d'héroïne non injectable a baissé de 25,6 % (2004) à 15,6 % (2006). Dans l'ensemble, dans les sept sites étudiés en 2006, des proportions plus élevées de répondants s'étaient injectés du Dilaudid plutôt que de l'héroïne dans les six mois précédents (27,6 % contre 32,9 %) et la prévalence de la consommation de Dilaudid était plus élevée dans quatre des sept villes. Dans l'ensemble, dans les sept villes, plus de répondants s'étaient injectés de la morphine non prescrite que de l'héroïne, dans les six mois précédents (27,6 % contre 32,9 %) (Santé Canada, 2006).

D'autres sites étudiés dans le Canada ont permis de mettre en évidence la prévalence de la consommation d'OOOFNM chez les consommateurs de drogues de la rue. La comparaison des résultats de la phase 1 (2003) et de la phase 2 (2005) de l'enquête I-Track pour la ville de Victoria fait ressortir un tableau semblable aux données d'ensemble, avec des taux de prévalence de consommation de drogues injectables de 49,8 % et de 52,8 % pour la morphine, et de 40,3 % et 39,6 % pour le Dilaudid, et des taux de prévalence de consommation de drogues non injectables de 47,6 % et 31,3 % pour la combinaison Tylénol/codéine, et de 24,4 % et 24,1 %, pour le Dilaudid (Epidemiology and Disease Control and Population Health Surveillance Unit, 2006). Parmi les clients du site d'injection supervisée de Vancouver (« Insite » : N = 4 764), la consommation, exprimée selon le pourcentage de toutes les visites entre mars 2004 et avril 2005, qui a été déclarée par les minorités était de 13,2 % pour la morphine, de 6 % pour le Dilaudid, et de 0,5 % pour l'Oxycontin; ces taux de consommation étaient toutefois nettement moindres que ceux enregistrés pour l'héroïne (40 %) et la cocaïne (28,2 %) (Tyndall et al., 2006). L'équipe du projet CHASE dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver qui étudiait les schémas de consommation de drogues non injectables a constaté que 6 % des répondants avaient déclaré avoir consommé du Dilaudid (comparativement à 55 % pour le crack et la cocaïne et à 6 % pour les benzodiazépines) (équipe du projet CHASE, 2005). Enfin, selon plusieurs études, Edmonton a une très petite communauté de consommateurs d'héroïne et les OO ont remplacé cette drogue. Dans l'ensemble, selon une enquête auprès des consommateurs de drogues injectables des quartiers défavorisés d'Edmonton, 33,3 % des répondants ont déclaré que leur drogue de prédilection actuelle était la morphine (comparativement à 3,3 % pour la cocaïne et à 10 % pour la cocaïne et les opiacés) (Wild et al., 2003; Strang et Rashiq, 2005). Selon des données plus récentes d'ARC (2007), les consommations spécifiques d'OO au cours du mois précédent par les

toxicomanes des quartiers défavorisés d'Edmonton étaient de 60 % pour l'Oxycontin, de 50 % pour le Dilaudid, de 8,9 %, pour la morphine, et de 3,3 % pour le Demerol (Wild et al., 2008).

2.1.4. Les populations en traitement

Certaines données sur les tendances provenant de personnes admises à des services de désintoxication sont disponibles relativement à la consommation problématique d'OO. Pour ce qui est plus particulièrement de la province de l'Ontario, en ce qui a trait aux OO, le système intitulé « Drogue et alcool – système d'information sur le traitement » (DASIT) relève, pour la quasi-totalité des personnes admises dans les services de désintoxication financés par des fonds publics (N = 80 881 en 2003-2004; N = 103 345 en 2007-2008, excluant les membres de la famille), la prévalence de la consommation (dans les 12 mois précédents) ainsi que les déclarations relatives aux substances problématiques. Ces deux indicateurs, soit la prévalence de la consommation d'OO (passée de 13,6 % en 2003-2004 à 20,1 % en 2007-2008) et les déclarations selon lesquelles les OO sont les substances problématiques (déclarations qui ont augmenté de 7,6 % à 13,6 % dans la même période), ont presque doublé chez les personnes admises ces dernières années (Drogue et alcool – système d'information sur le traitement (DASIT), 2008). Quarante-deux pour cent des patients admis, à Toronto, au programme de traitement d'entretien à la méthadone au Centre de toxicomanie et de santé mentale – le plus grand hôpital de traitement de la toxicomanie au Canada – ont déclaré avoir consommé des OOFNM l'année précédente (avec ou sans héroïne (Brands et al. 2004)). Le pourcentage des personnes admises entre 2000 et 2004 à un programme de désintoxication du CAMH, relativement aux opioïdes, et ayant déclaré avoir consommé de l'Oxycontin a augmenté, de 3,8 %, en 2000, à 55,4 %, en 2004 (Sproule et al. 2009).

Les données transversales locales démontrent également une consommation problématique chez les populations en traitement. Ainsi, à Regina, en 2004-2005, 1 192 clients traités dans des centres de désintoxication ont déclaré avoir consommé des narcotiques d'ordonnance et 70 % ont déclaré que cette consommation était problématique (Addictions Services Regina Qu'Appelle Health Region, 2006). En 2003, le groupe de travail sur l'Oxycontin a fait état d'une augmentation de 9,5 % du nombre des personnes admises à un traitement de désintoxication à Terre-Neuve, relativement à l'Oxycontin, comparativement à l'année précédente (OxyContin Task Force, 2004). Enfin, entre les mois de mai et de décembre 2000, 209 nouveaux clients des services de toxicomanie pour les Autochtones, à Calgary, ont répondu à un questionnaire autoadministré. Sur le total, 48 % ont déclaré avoir consommé de façon inappropriée des médicaments sur ordonnance et 62 % de ce pourcentage ont déclaré avoir consommé des opioïdes ou d'autres analgésiques (Wardman et al., 2002).

2.2. La prévalence de la consommation de benzodiazépines à des fins non médicales (BDFNM)

2.2.1. Introduction

Au Canada en 2007, la dépense par personne, affectée à l'achat au détail de benzodiazépines et des médicaments associés, zopiclone et zaleplon, s'est élevée à 7,50 \$ environ. Cependant, contrairement aux OO, la dépense par personne, entre 1998 et 2007, a très peu augmenté, compte tenu de l'inflation (Morgan et al., 2008). De ce fait, selon le rapport le plus récent de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) sur les substances psychotropes, comparativement aux autres pays, la consommation de benzodiazépines au Canada varie selon la catégorie de médicaments, mais a été dans l'ensemble assez stable au cours de la dernière décennie. C'est ainsi que, au Canada, la consommation moyenne en doses thérapeutiques quotidiennes (DTQ), par millier d'habitants et par jour, de sédatifs hypnotiques de type benzodiazépine s'est élevée à 8,74 dans la dernière période étudiée dans le rapport (comparativement à 12,77 en Australie, à 16,47 aux É.-U., et à 32,44 au R.-U.). La consommation d'anxiolytiques de type benzodiazépine est, par contre, plus élevée qu'il y a une décennie, à 24,66 (comparativement à 43,03 aux É.-U., à 12,76 au R.-U. et à 19,02 en Australie). Enfin, la consommation d'antiépileptiques de type benzodiazépine (en particulier le clonazépan) est considérablement plus basse, à 2,95, bien qu'elle soit plus élevée qu'aux É.-U. (1,45), au R.-U. (1,3) et en Australie (0,76) (OICS, 2009b).

2.2.2. La population en général

La dernière enquête qui a été effectuée auprès de la population générale au Canada relativement à la toxicomanie, l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC; Adlaf et al. 2005a), ne comportait aucune information sur la consommation des médicaments sur ordonnance et n'est donc d'aucune utilité pour nous renseigner sur l'usage de BDFNM dans la population adulte canadienne dans son ensemble. Selon l'enquête récente ESCCAD, d'envergure nationale, 10,7 % de la population adulte canadienne a consommé des sédatifs pharmaceutiques, surtout des benzodiazépines, au cours de l'année précédente. De cette proportion, 1,4 % - ou 0,2 % du total de la population échantillon - a consommé ces drogues « pour l'effet euphorique » ((Santé Canada, 2009); voir plus haut les réserves méthodologiques relatives à l'ESCCAD).

Les autres informations dont nous disposons donnent une image floue de l'importance de la consommation des BDFNM. Par exemple, selon l'étude intitulée « Seven Addictive Behaviours Study » de l'Addiction and Mental Health Research Laboratory, 0,9 % de la population générale de l'Alberta en 2002 a déclaré avoir consommé des tranquillisants à des fins non médicales (p. ex., l'Ativan, le Valium et le Xanax) au cours des douze mois précédents, comparativement à 4,9 %, pour les analgésiques, et à 3 %, pour les sédatifs (Wild et al., 2008).

L'Enquête sur les campus canadiens (ECC) a permis de recueillir des données relatives à la consommation d'alcool et d'autres drogues et à d'autres questions de santé dans un échantillon aléatoire de 6 282 étudiants à temps plein de premier cycle provenant de 40 universités en 2004. Cinq pour cent des répondants ont déclaré avoir déjà consommé des tranquillisants (des médicaments sur ordonnance comme le Valium, le Librium, le Xanax, l'Ativan et le Klonopin), 2 % ont déclaré en avoir consommé l'année précédente et 1 %, en avoir consommé au cours des derniers 30 jours. Cependant, quoique ces questions aient figuré parmi d'autres questions sur la consommation de drogues illicites, il n'était pas précisé si la consommation de ces médicaments était à des fins médicales ou non médicales (Adlaf et al., 2005b). La version antérieure de l'ECC (1998; (Gliksman et al., 2000)) ne contenait aucun élément sur la consommation à des fins non médicales des tranquillisants sur ordonnance et, par conséquent, il est impossible d'effectuer des comparaisons au fil du temps. Des taux plus élevés ont été constatés dans des enquêtes de plus petite envergure auprès d'étudiants universitaires; par exemple, 8,1 % des répondants à une enquête menée en 2003-2004 auprès de 149 étudiants de l'université McGill ont déclaré avoir consommé des BDFNM (Barrett et al., 2006).

Plusieurs enquêtes récentes visant des populations d'élèves du niveau secondaire ont montré des taux semblables de consommation de tranquillisants à des fins non médicales au cours de l'année précédente. L'étude intitulée Ontario Student Drug Use and Health Survey (OSDUHS) est une enquête représentative menée auprès des étudiants de niveau secondaire dans la province de l'Ontario. Selon la version la plus récente (2007) de l'enquête, 1,8 % des répondants ont déclaré avoir consommé des tranquillisants (p. ex., le Valium, l'Ativan et le Xanax) au cours de l'année précédente et 2,2 %, ont déclaré en avoir consommé au cours de leur vie. Il ne s'est produit aucun changement significatif au cours de la dernière décennie quant à la consommation au cours de l'année précédente, les pourcentages gravitant autour de 2 % (Adlaf et Paglia-Boak, 2007). D'autres études provinciales ont fait état de résultats comparables : ainsi, entre 2,3 % et 3 % des élèves dans les provinces de la N.-É., du N.-B., de T.-N.-L et de l'Î.-P.-É ont répondu avoir consommé des tranquillisants à des fins non médicales dans l'étude intitulée Student Drug Use Survey in the Atlantic Provinces (SDUSAP). Cela met en évidence une baisse depuis 1998, année où la consommation à des fins non médicales de tels médicaments au cours de l'année précédente variait de 3,4 % à 5,9 % (Poulin et Elliot, 2007). La consommation de tranquillisants au cours de l'année précédente a diminué depuis 2002 jusqu'à 1 % dans l'étude de 2005 intitulée Alberta Youth Experience Survey (Lane and AADAC Research Services, 2006). Enfin, les données sur la consommation de drogues des adolescents révèlent que la consommation d'anxiolytiques (p. ex., le Valium, le Xanax et l'Ativan) au cours des 30 jours précédents se situait entre 0,8 % et 2,3 % dans des régions du cap Breton (Covell, 2004).

2.2.3. Les populations de consommateurs de drogues de la rue

L'étude « I-Track », qui porte sur la consommation de drogues et sur les comportements à risque associés chez les utilisateurs de drogues injectables dans plusieurs villes canadiennes, donne des

renseignements sur la consommation de drogues injectables et non injectables des répondants dans les six derniers mois de 2004 (« Phase pilote » de quatre sites (Santé Canada, 2004)) et 2006 (Phase 1 – total de sept sites au Canada (Santé Canada, 2006)). Pour ce qui est des drogues injectables, la consommation de BDFNM dans la population totale étudiée est demeurée stable, dans tous les sites, entre les deux phases (12,1 % en 2004; 8,4 % en 2006). Pour ce qui est des drogues non injectables, la consommation de BDFNM a nettement augmenté, passant de 13,2 % en 2004, à 49,1 % en 2006. Cependant, il faut noter que des exemples de benzodiazépines (par exemple, le Xanax, le Valium, les calmants) ont été ajoutés comme choix de réponse spécifique à la phase 1 et il convient donc de procéder aux comparaisons au fil du temps en faisant preuve de prudence. Selon l'étude OPICAN menée dans plusieurs villes, une étude de cohorte des consommateurs d'opioïdes et d'autres drogues au Canada, les benzodiazépines étaient les médicaments sur ordonnance les plus fréquemment utilisés, hormis les opioïdes, dans tous les sites étudiés, 36,2 % des personnes de l'échantillon ayant déclaré en avoir consommé au cours des 30 jours précédents (consommation légitime ou à des fins non médicales) (Haydon et al., 2005).

Plusieurs études locales ont mis en évidence la haute prévalence de la consommation de BDFNM chez les consommateurs de drogues de la rue. Lors d'une évaluation faite à Edmonton, des informateurs clés ont confirmé que les BDFNM étaient parmi les médicaments sur ordonnance les plus fréquemment utilisés à des fins non médicales par les consommateurs de drogues de la rue. En outre, 43,7 % des personnes de la cohorte locale des quartiers défavorisés de la ville qui ont répondu à l'enquête OPICAN ont déclaré avoir consommé des BDFNM au cours des 30 jours précédents, ainsi que 45,6 % des répondants dans l'étude intitulée « Assessment of Risk Contexts » (ARC) (Wild et al., 2008). Si on examine plus particulièrement les schémas de consommation des drogues non injectables, une comparaison des données disponibles de la phase 1 (2003) et de la phase 2 (2005) de l'étude I-Track pour le site de Victoria révèle que les taux de prévalence de la consommation de BDFNM étaient de 33,9 %, lors de la phase 1, et de 31,3 %, lors de la phase 2 (Epidemiology and Disease Control and Population Health Surveillance Unit, 2006). Cependant, l'équipe du projet CHASE, dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver, qui étudiait les schémas de consommation de drogues non injectables a constaté que 6 % seulement des répondants à l'enquête ont déclaré avoir consommé des BDFNM (équipe du projet CHASE, 2005).

2.2.4. Les populations en traitement

Certaines données longitudinales sur les BDFNM, recueillies auprès de personnes admises à des services de désintoxication, sont disponibles et elles sont généralement stables dans le temps. Pour ce qui est plus particulièrement de la province de l'Ontario, en ce qui a trait aux benzodiazépines, le système DASIT relève, pour la quasi-totalité des personnes admises dans les services de désintoxication financés par des fonds publics (N = 80 881 en 2003-2004; N = 103 345 en 2007-2008, excluant les membres de la famille), la prévalence de la

consommation (dans les 12 mois précédents) ainsi que des déclarations relatives à des problèmes de consommation. Ces deux indicateurs, soit la prévalence de la consommation de benzodiazépines (passée de 11,2 % en 2003-2004 à 10 % en 2007-2008) et les déclarations selon lesquelles les benzodiazépines sont les substances problématiques (3,9 % en 2003-2004 et 3,4 % en 2006-2007 de même qu'en 2007-2008) chez les personnes admises à des traitements sont demeurés relativement stables au cours de cette période (Drogue et alcool – système d'information sur le traitement (DASIT), 2008). À Toronto, les demandes de traitement qui ont été relevées dans le répertoire intitulé « Drogue et alcool – répertoire des traitements (DART) » révèlent que, en 2002-2003, 1 % des personnes ayant effectué les demandes considéraient les benzodiazépines comme des substances problématiques, alors que le total correspondant pour l'année suivante était < 2 % (Research Group on Drug Use, 2004). Vingt-six pour cent des personnes admises au CAMH pour un traitement d'entretien à la méthadone entre les années 1994 et 1999 ont déclaré avoir un problème de consommation de benzodiazépines, aucun changement significatif n'ayant été observé au fil du temps (Brands et al., 2002). Vingt-huit pour cent des personnes admises pour un traitement à la Addictions Foundation of Manitoba (AFM) ont déclaré avoir déjà consommé des sédatifs/hypnotiques et des tranquillisants au moins une fois au cours de leur vie, dont les plus fréquemment consommés étaient les benzodiazépines. La consommation de sédatifs hypnotiques et de tranquillisants a augmenté de 22,4 % en 2000-2001, à 31,3 % en 2005-2006, mais on ne sait pas bien la part de cette augmentation qui est attribuable aux BDFNM (RCCET, 2004; Stevens et The Winnipeg Site Network Team, 2006).

3. Qui consomme des médicaments sur ordonnance à des fins non médicales (p. ex., le sexe, l'âge et les différences socioéconomiques)?

3.1. Qui consomme des opioïdes d'ordonnance à des fins non médicales?

3.1.1. La population en général

Comme il est indiqué plus haut, l'enquête ESCCAD, pour laquelle le travail sur le terrain a été accompli en 2008 (Santé Canada, 2009) a été la première enquête représentative, d'envergure nationale, à traiter de la question de la consommation des OOFNM. Jusqu'à maintenant, seuls ont été publiés les résultats ayant trait à la question de la [TRADUCTION] « consommation pour obtenir un effet euphorique », lesquels sont limités sur le plan méthodologique et ne fournissent pas un tableau complet du phénomène de la consommation des OOFNM. Dans cette catégorie, aucune différence n'a été constatée entre les hommes et les femmes, mais les jeunes adultes (âgés de 19 à 24 ans) étaient très surreprésentés (4,9 % de tous les jeunes adultes consommateurs d'OO en consomment pour l'effet euphorique, comparativement à 1,0 % pour les autres.

L'étude intitulée « Ontario CAMH Monitor of 2008 » fait état de résultats semblables, quoique l'on puisse comparer en plus les résultats ayant trait aux OOFNM en général aux résultats portant sur les personnes ayant déclaré avoir consommé des OO pour « l'effet euphorique ». Les adultes de l'Ontario ont déclaré dans une proportion de 2,3 % (de 1,3 % à 3,1 %) avoir consommé des OO quelconques. Aucune différence significative n'a été notée entre les hommes (2,3 %) et les femmes (2,3 %). La seule différence significative notée concernait la détresse psychologique. La consommation d'analgésiques était significativement plus élevée chez les personnes ayant déclaré éprouver une forte détresse psychologique (8,2 % c. 1,4 %). Aucune autre différence significative n'a été constatée quant à l'âge, à la consommation occasionnelle excessive d'alcool, au revenu, au tabagisme et à la région (CAMH Monitor 2008, données non publiées).

Les adultes de l'Ontario ont déclaré dans une proportion de 0,5 % avoir consommé des OOFNM pour « l'effet euphorique », soit la même proportion que pour le Canada. La consommation d'OOFNM pour « l'effet euphorique » était significativement plus élevée chez les hommes (0,9 %) que chez les femmes (0,1 %). Des analyses bidimensionnelles ont révélé des différences significatives en ce qui a trait à la détresse psychologique et au tabagisme. L'usage d'analgésiques pour « l'effet euphorique » était significativement plus élevé chez les personnes ayant déclaré éprouver une forte détresse psychologique (3,5 %) et chez les fumeurs actuels (2,7 %). Aucune différence significative n'a été constatée quant à l'âge, à la consommation occasionnelle excessive d'alcool, au revenu et à la région (CAMH Monitor, 2008, données non publiées).

Des taux beaucoup plus élevés de consommation d'OOFNM ont été constatés dans l'enquête OSDUHS menée auprès des élèves d'écoles secondaires en 2007. Les élèves ont déclaré dans une proportion de 20,6 % avoir consommé des OOFNM au cours de l'année précédente (soit, au moins une fois au cours des douze mois précédents). Une analyse bidimensionnelle relative au sexe des répondants a permis de mettre en évidence une différence significative entre les garçons (18,0 %) et les filles (23,5 %). Selon l'analyse de régression, des prédicteurs significatifs étaient le sexe, les filles étant plus susceptibles que les garçons de déclarer une consommation (rapport des cotes = 1,4), l'année scolaire, une augmentation significative étant manifeste entre la 7^e année et la 8^e année (rapport des cotes = 1,9), la consommation de tabac lors de l'année précédente (rapport des cotes = 1,8), la consommation d'alcool (rapport des cotes = 1,8) et toute consommation de drogue illicite (rapport des cotes : 1,9) (Adlaf et Paglia-Boak, 2007).

De manière plus précise, les élèves ont déclaré dans une proportion de 1,8 % (IC à 95 % : 1,3 % à 2,4 %) avoir consommé de l'Oxycontin à des fins non médicales au cours de la dernière année. Une analyse bidimensionnelle relative au sexe n'a révélé aucune différence significative entre les garçons (1,7 %; IC à 95 % : 1,2 % à 2,3 %) et les filles (1,9 %, IC à 95 % : 1,3 % à 2,8 %). L'analyse de régression a montré que les prédicteurs significatifs étaient le tabagisme (RC=2,2, IC à 95 % : 1,4 à 4,3), toute consommation de drogue illicite (RC=9,8, IC à 95 % : 5,4 à 18,1), et une autoévaluation de la santé mentale mauvaise (RC = 2,5, IC à 95 % : 1,1 à 5,8).

Dans l'ensemble, le gradient d'âge avec plus d'OOFNM a également été confirmé par Sproule et al. (1999) et par des travaux de recherche effectués à l'extérieur du Canada (É.-U. : (Dowling et al., 2006; Zacny et al., 2003)). Par conséquent, dans l'ensemble, les adolescents ou les jeunes adultes semblent être les groupes d'âge dans lesquels la prévalence de la consommation d'OOFNM est la plus élevée. Cependant, il se peut qu'un deuxième groupe d'âge dans la quarantaine présente un taux de consommation plus élevé d'OOFNM (Simoni-Wastila et Strickler, 2004); en outre, les personnes âgées présentent une prévalence un peu plus élevée (Martin, 2008).

En ce qui a trait au sexe, le tableau est moins clair. Il n'a pas été constaté que la prévalence de la consommation d'OOFNM au Canada était dans l'ensemble plus élevée chez les femmes, mais chez les élèves des écoles secondaires. Par contre, plus d'hommes que de femmes ont déclaré avoir consommé des OOFNM pour « l'effet euphorique ». Aux É.-U., les études indiquent souvent des prévalences plus élevées pour les femmes (Mitka, 2000; Simoni-Wastila, 2000; Simoni-Wastila et al., 2004b).

Un autre important facteur de risque relativement à la consommation d'OOFNM est le statut socioéconomique, quoique les données sur ce point proviennent entièrement des É.-U. (Spiller et al., 2009; Huang et al., 2006). Plusieurs études ont montré qu'un statut socioéconomique bas avec des variables associées comme la pauvreté, l'emploi ou la faiblesse du revenu étaient des facteurs de risque relativement à la consommation d'OOFNM.

Par conséquent, dans l'ensemble, l'âge moins élevé, le SSE bas et la consommation ou l'abus d'autres substances semblent être les meilleurs prédicteurs de la consommation d'OOFNM dans la population générale.

3.1.2. Les populations de consommateurs de drogues de la rue

En ce qui a trait aux consommateurs de drogues de la rue, certains éléments laissent aussi croire que les consommateurs qui utilisent surtout des OO présentent des caractéristiques socioéconomiques différentes de celles des consommateurs d'héroïne ou d'autres drogues de la rue. Une analyse fondée sur les données de suivi provenant de l'enquête OPICAN menée dans plusieurs villes donne à penser que les consommateurs d'OOFNM sont plus susceptibles d'être plus âgés et de toucher un revenu tiré d'un emploi légal que les personnes consommant seulement de l'héroïne (Fisher et al., 2008a). Des renseignements pertinents provenant de plusieurs études américaines tendent également à montrer que les caractéristiques socioéconomiques des consommateurs d'OOFNM diffèrent quelque peu. Par exemple, des niveaux plus bas de revenus attribuables à des occupations illégales et des niveaux plus élevés de revenus attribuables à un travail rémunéré ont été constatés chez les personnes qui consomment principalement des OOFNM comparativement aux autres consommateurs de drogues (Sigmon, 2006). La relation de l'âge dans la population générale ne se vérifie pas, chez les consommateurs de drogues de la rue, pour les consommateurs d'OOFNM, ce qui est peut-être lié au fait qu'il existe un groupe de consommateurs d'OOFNM de la rue qui sont d'anciens utilisateurs d'héroïne par voie intraveineuse pour plusieurs raisons (p. ex., (Fischer et al., 2008a; Strang et Rashiq, 2005)).

3.1.3. Les populations en traitement

Les données provenant du DASIT indiquent que les clients en Ontario traités principalement pour la consommation problématique d'OO présentaient les caractéristiques suivantes (tiré de (Fischer et al., 2009c), soumis au JAMC) : plus d'hommes (58,7 %; une proportion plus petite d'hommes comparativement à d'autres substances problématiques); des personnes plus jeunes comparativement à d'autres substances problématiques, 60 % ayant moins de 35 ans; environ un quart des personnes dans l'échantillon ont un emploi à temps plein ou à temps partiel (ce qui est comparable aux personnes pour lesquelles la cocaïne est la substance problématique, mais ce taux d'emploi est moindre que celui des personnes ayant des problèmes de consommation d'alcool); 29,8 % ont des problèmes juridiques (un taux plus bas que pour d'autres substances).

3.2. Qui consomme des benzodiazépines à des fins non médicales?

3.2.1. La population en général

Il y a très peu d'études sur les BDFNM au Canada dans des échantillons de la population générale. L'ESCCAD comportait une catégorie de sédatifs qui, selon toute vraisemblance, consistaient surtout en benzodiazépines. Au total, la consommation de sédatifs était d'environ 11 % dans la population en général, plus importante chez les femmes (13,2 %) que chez les hommes (8,0 %), et plus importante chez les personnes âgées (11,7 %) comparativement aux jeunes adultes (définis comme le groupe d'âge des personnes de 15 à 24 ans; 5,5 %). Cependant, lorsqu'ils consomment des sédatifs pour obtenir un effet d'euphorie, les jeunes adultes présentent manifestement des taux plus élevés : 14,4 % des répondants dans ce groupe d'âge en ont convenu. On n'a constaté aucune différence entre les sexes en ce qui a trait à l'utilisation des sédatifs pour l'effet euphorique (Santé Canada, 2009).

Les élèves des écoles secondaires ont, dans une proportion de 1,8 %, déclaré avoir consommé à des fins non médicales des sédatifs au cours de la dernière année. L'analyse bidimensionnelle relative au sexe n'a révélé aucune différence significative entre les garçons (1,7 %) et les filles (1,9 %). Le seul prédicteur significatif mis en évidence par l'analyse de régression était une autoévaluation de la santé mentale mauvaise (RC = 2,4) (Adalf et Paglia-Boak, 2007).

Dans les échantillons de personnes en traitement, la consommation problématique de benzodiazépines augmentait avec l'âge ((Rush, 2002); basé sur le système DASIT) et était plus élevée chez les femmes (5,9 %) comparativement aux hommes (2,5 %). Les clients ayant des problèmes de consommation benzodiazépine sont compris dans la population du DASIT des individus qui veulent se faire traiter en Ontario; aucune analyse spécifique n'a toutefois été faite pour décrire de manière détaillée les caractéristiques sociodémographiques de cette sous-population.

Aux États-Unis, il y a davantage d'enquêtes représentatives à grande échelle qui s'intéressent à la consommation de BDFNM dans la population générale, mais elles ne donnent lieu à aucune conclusion claire et constante, pas même quant au sexe, à l'appartenance ethnique ou à l'âge (Goodwin et Hasin, 2002; Huang et al., 2006; Simoni-Wastila, 2000; Simoni-Wastila et al., 2004b; Simoni-Wastila et Strickler, 2004).

4. Comment et dans quelles circonstances des individus obtiennent-ils des médicaments sur ordonnance à des fins non médicales? Y a-t-il des liens avec le crime organisé ou d'autres réseaux criminels?

4.1. Introduction

Contrairement aux drogues illicites comme l'héroïne et la cocaïne, les médicaments sur ordonnance comme les opioïdes (OO) et les benzodiazépines sont des produits fabriqués dans le respect de la loi et qui sont, pour cette raison, disponibles et distribués légalement, plus particulièrement dans le système médical. Il ressort des données provenant des É.-U., en particulier en ce qui a trait aux OO, qu'il y a au moins cinq points dans le système où le médicament peut être détourné du système médical, soit au site de fabrication, lors du transport, par le distributeur ou le fournisseur, là où l'ordonnance est délivrée ou par le consommateur (Smith et Woody, 2005). Par conséquent, les sources et les voies par lesquelles les OO peuvent être détournés du système médical et se rendre jusqu'aux personnes qui les consomment à des fins non médicales sont diverses et hétérogènes.

Le contexte essentiel du phénomène de la consommation à des fins non médicales des médicaments sur ordonnance concerne l'augmentation récente de la disponibilité générale et de la consommation légitime de médicaments sur ordonnance, car l'augmentation de la disponibilité médicale se traduit évidemment par la multiplication des occasions de détournement. Selon l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS), la consommation totale de tous les OO en doses thérapeutiques quotidiennes, par million d'habitants par jour, au Canada a plus que doublé en six ans, passant de 8 713, en 2000-2002, à 18 914, en 2005-2007. Le Canada arrive actuellement au troisième rang des plus importants consommateurs dans le monde après les É.-U. et l'Allemagne (OICS, 2004; OICS, 2005a; OICS, 2009a). De manière similaire aux OO, la consommation totale d'anxiolytiques de type benzodiazépine en doses thérapeutiques quotidiennes, par milliers d'habitants par jour, au Canada a augmenté de 21,65 en 2000-2002, à 38,66 en 2005-2007 (OICS, 2005b; OICS, 2008b; OICS, 2009c). Quoique selon des données de la fin des années 1990 le détournement constitue seulement un très petit pourcentage du nombre des médicaments qui sont distribués au Canada, l'augmentation de la consommation se traduit également par une augmentation des quantités disponibles pour la consommation à des fins non médicales (Darke et Stewart, 1999; Goldman, 2008).

4.2. Comment se procure-t-on des opioïdes d'ordonnance?

4.2.1. Les données canadiennes

4.2.1.1 La population en général

Nous ne disposons que de très peu de données provenant du Canada, en particulier pour la population en général et plus particulièrement en ce qui concerne la consommation d'OO. Selon une enquête effectuée au moyen de questionnaires envoyés par courrier à des consommateurs habituels de codéine, 37 % des répondants satisfaisaient aux critères de la dépendance à la codéine. Dans le groupe dépendant, en plus de la codéine qu'ils recevaient légalement de leurs médecins, 32 % des répondants obtenaient aussi de la codéine d'amis, 11 % de membres de la famille, 19 % de la rue et 11 % au moyen d'ordonnance de plus d'un médecin (obtention d'ordonnances multiples) (Sproule et al., 1999).

4.2.1.2 Les populations de consommateurs de drogues de la rue

Il y a relativement plus de données disponibles sur les sources des médicaments consommés par les populations marginalisées au Canada. Les consommateurs de drogues de la rue semblent recourir à une diversité de sources, qui habituellement comprennent les revendeurs, ce qui démontre que les marchés d'OO obtenus dans la rue fonctionnent. Par exemple, des entrevues en profondeur avec des consommateurs de drogues injectables à Toronto ont permis de constater que la grande majorité des OO consommés à des fins non médicales étaient achetés auprès de revendeurs. De plus, il semble y avoir une distinction générale entre les marchés des OO et les marchés des autres drogues (Firestone-Cruz et Fischer, 2008). Les entrevues menées avec les consommateurs d'OO de la rue dans deux villes canadiennes ont permis de déterminer que les sources habituelles (définies comme ayant donné lieu à de multiples transactions dans le mois précédent et comme étant caractérisées par un rapport personnel ou d'affaires et par le fait d'avoir une connaissance mutuelle des offres/préférences) étaient utilisées plus fréquemment à Toronto (79,1 %) qu'à Victoria (35,9 %). De plus, 46,5 % des consommateurs, à Toronto, et 69,2 % à Victoria, avaient vendu des OO et la majorité des consommateurs avaient échangé des OO contre d'autres drogues (76,7 % à Toronto et 79,5 % à Victoria). Enfin, dans les deux villes, il y avait encore une fois une ligne de démarcation possible entre les sources des OO et les sources des autres drogues illicites (Fischer et al., 2009a). En ce qui concerne les consommateurs d'opioïdes illicites dans la cohorte de l'étude OPICAN menée dans plusieurs villes, les données de référence révèlent qu'environ la moitié des répondants, pour plusieurs OO déterminés, ont mentionné les amis comme des sources et que 40 % environ des répondants ont utilisé des revendeurs habituels. Les autres sources moins fréquentes comprenaient les revendeurs inhabituels (entre 10 % et 20 %), un médecin (entre 8 % et 40 %, selon le médicament déterminé) et le vol pour une petite proportion (Haydon et al., 2005). Les données de suivi provenant de la cohorte de l'étude OPICAN ont confirmé qu'une proportion importante des OO

consommés à des fins non médicales étaient obtenus directement ou indirectement (p. ex., par l'intermédiaire d'amis ou de partenaires) de sources dans le système médical (Fischer et al., 2006b). Enfin, une description donnée sous forme de narration du commerce des drogues de la rue en particulier à Edmonton (Alberta) en 2005 donne à penser que la plupart des OO étaient obtenus au moyen du cambriolage, du dé tournement, de la vente d'ordonnances obtenues légalement et de l'utilisation d'ordonnances en blanc volées (Strang et Rashiq, 2005).

4.2.1.3 Les populations en traitement

Une source relativement riche de données provient des patients qui se font admettre à des traitements pour dépendance aux opioïdes. La majorité des consommateurs d'OOFNM admis comme patients au programme de traitement d'entretien à la méthadone (TEM) au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) – le plus grand hôpital de traitement de la toxicomanie au Canada – à Toronto entre les mois de janvier 2000 et décembre 2004 ont déclaré que leur source était les ordonnances de médecins (37 %); d'autres sources importantes étaient : la rue (21 %), une combinaison des ordonnances de médecins et de la rue (26 %), des achats sans ordonnances (soit, des formulations de codéine en vente libre) (5 %) et la famille ou les amis (1 %) (Sproule et al., 2009). De manière intéressante, il y avait une tendance linéaire manifeste entre l'âge et la source, la probabilité de l'obtention des médicaments dans la rue décroissant avec l'âge et celle de l'obtention auprès de médecins augmentant avec l'âge (Sproule et al., 2009). Une étude antérieure des patients admis entre les mois de janvier 1997 et décembre 1999 au TEM au CAMH a donné lieu à des résultats semblables, les OO étant obtenus auprès de médecins, achetés dans la rue, obtenus par l'intermédiaire de la famille ou d'amis. Cependant, 61 % des patients ont déclaré avoir obtenu au moins une partie du médicament au moyen d'ordonnances de médecins (Brands et al., 2004).

4.2.2. Les données américaines

4.2.2.1 La population en général

De manière semblable à la situation au Canada, il y a très peu de données disponibles aux É.-U. quant aux sources des OO pour la population en général. Les consommateurs d'OOFNM jeunes ou étudiants mentionnent principalement les pairs, les amis et les membres de la famille comme étant leurs sources principales, ainsi que leurs colocataires ou partenaires (McCabe et Boyd, 2005). Cependant, une enquête menée par Internet auprès d'étudiants de l'université Midwestern en 2005 a révélé que près de 40 % des répondants avaient déclaré avoir plus d'une source (McCabe et al., 2007). Par exemple, la majorité (53 %) des personnes âgées de 18 à 25 ans ayant consommé des OOFNM au cours de la dernière année et ayant pris part à l'étude NSDUH de 2005 se procuraient leurs médicaments par l'intermédiaire d'un ami ou d'un membre de la famille gratuitement. D'autres méthodes d'obtention des OO à des fins non médicales consistaient à obtenir le médicament d'un médecin (12,7 %) et à l'acheter d'un ami ou d'un

membre de la famille (10,6 %) (SAMHSA, 2006). De plus, il a été montré que les détenteurs d'une ordonnance constituent des sources d'OO. Dans un échantillon aléatoire de 2003 d'étudiants de premier cycle, 26 % des détenteurs d'une ordonnance d'OO avaient reconnu qu'il leur avait été demandé de détourner leurs médicaments (McCabe et al., 2006). Des échantillons dans les collèges ont aussi révélé plusieurs différences quant au sexe en ce qui a trait aux sources. Dans l'échantillon de l'étude NSDUH, les garçons étaient trois fois plus susceptibles que les filles d'avoir acheté le médicament d'un revendeur et ils étaient plus susceptibles d'avoir acheté des OO d'un ami. Au contraire, les filles sont plus susceptibles d'obtenir leurs OO d'un ami ou d'un membre de la famille gratuitement (McCabe et al., 2007; SAMHSA, 2006). De plus, les personnes dans l'échantillon de l'étude NSDUH qui satisfaisaient aux critères relatifs à la dépendance étaient moins susceptibles d'obtenir les OO gratuitement d'un ami ou d'un membre de la famille (37,5 %), mais plus susceptibles de les avoir achetés d'un ami ou d'un membre de la famille (19,9 %). (8,1 % F c. 15,9 % H) (SAMHSA, 2006).

Pour les élèves des écoles secondaires à Détroit, les sources les plus fréquentes d'OO étaient la famille et les amis, mais les consommateurs obtenaient souvent aussi les OO d'un revendeur ou au moyen d'un vol (Boyd et al., 2006). De même que pour les étudiants dans les collèges, les élèves des écoles secondaires ayant une ordonnance légitime d'OO sont des sources fréquentes. Dix pour cent des élèves de la 7^e à la 12^e année dans un district scolaire du Michigan qui détenaient des ordonnances ont déclaré avoir échangé leurs médicaments, 25 % les avaient donnés ou les avaient prêtés à d'autres élèves (les garçons plus fréquemment à des garçons et les filles plus fréquemment à des filles) et 12 % s'étaient fait prendre leurs médicaments sans leur consentement ou s'étaient fait voler (Boyd et al., 2007).

En ce qui a trait à d'autres sources déterminées, certains sont d'avis que l'Internet est devenu une source de plus en plus importante pour obtenir illégalement des médicaments sur ordonnance (Compton et Volkow, 2006). Cependant, la question de la quantité de médicaments sur ordonnance qu'il est possible d'obtenir grâce à l'Internet est controversée et l'on discute de la possibilité que le rôle de l'Internet ait été exagéré (Zacny et al., 2003; Dekker, 2007; Mitka, 2000; Forman, 2006). Sur les sites Web dans lesquels des médicaments sur ordonnance étaient bel et bien vendus sans ordonnances, les médicaments sur ordonnance les plus fréquemment offerts en 2006 étaient les benzodiazépines (84 %), puis les OO (68 %). Quoique le nombre total des sites aient augmenté entre 2004 et 2006, le pourcentage des sites offrant ces médicaments aurait diminué dans l'ensemble (Beau Dietl and Associates, 2006). De plus, ce qui est peut-être lié à une conscience accrue du phénomène et à une meilleure application de la loi et des règlements, la disponibilité des médicaments dans l'Internet a diminué ces dernières années (Boyer et Wines, 2008).

Enfin, certaines observations portent à croire que les travailleurs de la santé pourraient servir d'intermédiaires pour détourner les médicaments sur ordonnance. Par exemple, les enquêtes menées à Cincinnati entre 1992 et 2002 relativement aux cas de détournement de médicaments

dans lesquels des travailleurs de la santé étaient impliqués ont révélé que les opioïdes étaient les médicaments les plus fréquemment détournés (67,4 %). Les infirmiers, les aides-infirmiers et les adjoints médicaux étaient responsables dans les ¾ des cas, les sources les plus fréquentes étant les hôpitaux, puis les pharmacies (Inciardi et al., 2006).

4.2.2.2 Les populations de consommateurs de drogues de la rue

Tout comme pour la population en général, des observations donnent à penser que les consommateurs de drogues de la rue obtiennent souvent des OO à des fins non médicales d'amis, de connaissances ou de membres de la famille, ainsi qu'au moyen d'ordonnances personnelles. Cependant, il semble qu'ils utilisent aussi une diversité d'autres sources, dont l'achat d'ordonnances, le magasinage de médecins, le cambriolage de résidences et les vols dans les pharmacies ainsi que les marchés actifs de la rue (Inciardi et al., 2007; Joranson et Gilson, 2007). Selon une étude des sources pour un échantillon de consommateurs d'héroïne injectable dans la ville de New York, près de deux personnes sur cinq de l'échantillon avaient vendu au moins une dose d'OO au moins une fois au cours de leur vie et ceux qui avaient vendu de l'héroïne ou de la cocaïne au cours de leur vie étaient deux fois plus susceptibles de vendre des OO (Davis et Johnson, 2008). De manière intéressante, dans cet échantillon, la source principale d'Oxycontin en particulier différait selon l'objectif principal de la consommation. Par exemple, les personnes consommant l'Oxycontin pour l'effet euphorique ou le sevrage étaient deux fois plus susceptibles d'avoir recours à un revendeur que les personnes dont l'objectif principal était le soulagement de la douleur (83 % des personnes ayant mentionné un médecin ou une pharmacie comme source). (Davis et Johnson, 2008).

4.2.2.3 Les populations en traitement

Les personnes qui sont admises à un programme de désintoxication constituent une source de données relativement riche sur les sources. Selon un certain nombre de ces études, tout comme c'est le cas pour la population en général, les amis ou la famille sont une source principale d'OO, ~50 % à 70 % des personnes admises mentionnant cette source (Anonyme, 2005; Cicero et al., 2008b; Levy, 2007; Rosenblum et al., 2007). De plus, certaines observations portent à croire que les personnes qui se présentent avec un problème de toxicomanie utilisent une grande diversité de sources, une étude concluant que plus de 60 % des personnes admises utilisent régulièrement plus d'une source (Cicero et al., 2008a). Dans certaines études, la source la plus fréquente est un revendeur, cette source étant mentionnée dans une proportion pouvant atteindre 82 % des personnes admises, et ceci plus fréquemment par les hommes et par les personnes qui disent que leur motivation principale pour la consommation de la drogue n'est pas le soulagement de la douleur (Anonyme, 2005; Rosenblum et al., 2007; Cicero et al., 2008a; Cicero et al., 2008b). Entre 17 % et 37 % des personnes admises mentionnent les médecins comme source directe ou indirecte, 84 % des personnes admises ayant déclaré, dans l'une des études, avoir eu une ordonnance légitime à un certain moment (Anonyme, 2005; Levy, 2007; Passik et al., 2006). Les

sources moins fréquentes comprennent les vols et les contrefaçons d'ordonnance, la source la moins fréquemment reconnue, peut-être sans surprise, étant l'Internet (Cicero et al., 2008a; Cicero et al., 2008b; Anonyme, 2005; Rosenblum et al., 2007; Passik et al., 2006).

4.3. Comment se procure-t-on des benzodiazépines

4.3.1. Les données canadiennes

4.3.1.1 Les populations de consommateurs de drogues de la rue

Encore une fois, on ne dispose que de très peu de données sur les sources auxquelles s'approvisionnent les populations marginalisées qui consomment des benzodiazépines à des fins non médicales. Pour les consommateurs de drogues de la rue dans la cohorte de l'étude OPICAN, les données de référence révélaient que les sources les plus fréquentes de benzodiazépines à des fins non médicales étaient les amis (46 %) et les médecins (27,6 %). Les sources moins fréquemment mentionnées étaient les revendeurs inhabituels (16,5 %), les revendeurs habituels (8,8 %), un partenaire (3,5 %) et, comme pour les OO, seulement un très petit nombre de vols (0,4 %) (Haydon et al., 2005). Selon une étude d'envergure plus locale, les sources de benzodiazépines mentionnées par des informateurs clés des quartiers défavorisés d'Edmonton (Alberta) étaient la rue (55 %), les médecins (33,3 %) et la rue et les médecins (11,1 %) (Wild et al., 2008).

4.3.2. Les données américaines

4.3.2.1 La population en général

Les informations très limitées dont nous disposons sur la façon dont la population en général obtient des benzodiazépines à des fins non médicales tendent à montrer que, tout comme pour les OO, les consommateurs, jeunes ou étudiants, de BDFNM mentionnent principalement les pairs, les amis et les membres de la famille comme leurs sources principales, ainsi que leurs colocataires ou leurs partenaires. Dans une étude de 2003 intitulée « Student Life Survey », une enquête menée au moyen de l'Internet auprès d'un échantillon aléatoire d'étudiants de l'université Midwestern, 58,2 % des personnes ayant déclaré avoir consommé des sédatifs ou des anxiolytiques à des fins non médicales (p. ex., l'Ativan, le Xanax, le Valium, le Klonopin) ont dit avoir obtenu leurs médicaments d'amis, et 9,6 % de la famille (McCabe et Boyd, 2005). De nouveau, comme pour les OO, les jeunes détenteurs d'une ordonnance légitime ont fait état du détournement de leurs médicaments personnels. Par exemple, dans une étude de 2005 auprès d'élèves de la 7^e à la 12^e année, parmi ceux qui détenaient une ordonnance de sédatifs ou d'anxiolytiques (p. ex., l'Ativan, le Xanax, le Valium, le Klonopin, etc.), 10 % ont déclaré avoir échangé leurs médicaments, beaucoup moins affirmant les avoir vendus. De plus, 15 % les avaient donnés ou prêtés et 14 % se les étaient fait prendre contre leur volonté (Boyd et al.,

2007). De même que pour les OO, certaines observations portent à croire que les travailleurs de la santé servent d'intermédiaires pour détourner les benzodiazépines. Les données provenant d'enquêtes menées relativement à des cas de détournement de médicaments impliquant des travailleurs de la santé à Cincinnati entre 1992 et 2002 montrent que les médicaments les plus fréquemment détournés étaient les OO (67,4 %), puis les benzodiazépines (14,5 %) (Inciardi et al., 2006).

4.3.2.2 Les populations de consommateurs de drogues de la rue

Les informations dont on dispose sur l'obtention par les consommateurs de drogues de la rue de benzodiazépines sont principalement anecdotiques ou de provenance locale. Par exemple, les cliniciens locaux et les travailleurs des services d'approche à Denver (Colorado) relatent la facilité avec laquelle on peut se procurer des benzodiazépines (p. ex., le Valium, le Xanax, l'Ativan) dans la rue. De même, les benzodiazépines et d'autres déprimeurs sur ordonnance sont perçus comme une menace croissante en Géorgie où il est facile de se les procurer dans la rue ou au moyen de l'Internet. Les revendeurs et les toxicomanes eux-mêmes utilisent diverses méthodes pour se procurer les médicaments, notamment le vol de blocs d'ordonnances, le vol de pharmacies et les tentatives pour convaincre les médecins d'ordonner les pilules désirées (Community Epidemiology Work Group, 2008). Selon une étude disponible, qui comportait des entrevues auprès de consommateurs de drogues injectables dans les villes américaines entre 2004 et 2006, il existe trois principales sources pour tous les médicaments sur ordonnance, dont les tranquillisants (comme le Xanax, le Valium et le Klonopin). Les sources principales mentionnées étaient la personne elle-même, les amis ou les membres de la famille ayant des ordonnances légitimes, les endroits publics ou les rues et l'obtention des médicaments sur ordonnance dans la rue ou ailleurs (Lankenau et al., 2007).

5. Quelles conséquences les médicaments sur ordonnance consommés à des fins non médicales (p. ex., la dépendance, la consommation d'autres drogues illicites, la comorbidité, le recours à des traitements) ont-ils sur la santé de ceux qui les consomment?

5.1. Les risques pour la santé des OOFNM

5.1.1. Introduction

On peut diviser les risques que posent les OO pour la santé dans les deux catégories suivantes :

- Les risques liés à la drogue elle-même et aux processus biochimiques consécutifs à l'ingestion. À cet égard, toutes les formes de consommation d'opioïdes sont tout à fait semblables.
- Les risques liés aux circonstances dans lesquelles la consommation de la drogue a lieu. Ces risques sont tout particulièrement importants pour les sous-groupes de toxicomanes qui consomment aussi d'autres drogues illégales et que l'on peut considérer comme faisant partie de la population des consommateurs de drogues de la rue. Dans certains environnements, bon nombre des OO sont consommés en même temps que d'autres drogues et d'une manière qui comporte des risques spécifiques pour la santé (p. ex., de manière intraveineuse).

Il existe quatre formes principales de risques pour la santé :

1. la dépendance et d'autres formes de troubles liés à la toxicomanie;
2. la surdose;
3. les risques de maladie, comme les associations avec les maladies mentales et troubles du comportement, les maladies infectieuses comme l'hépatite C (HC) et B (HB), l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et d'autres affections somatiques;
4. les blessures, qu'elles soient non intentionnelles (d'autres formes d'empoisonnement que la surdose) ou intentionnelles (suicide, violence).

Les formes de relation entre les OOFNM et les effets sur la santé peuvent être des associations ou des relations causales. La plus grande partie de la documentation sur le sujet traite seulement des associations, même si de nombreux auteurs ont tendance à les mésinterpréter comme causales. Dans la suite du texte, nous n'utiliserons les termes ayant trait à la causalité que lorsqu'une relation de causalité sera fermement établie.

5.1.2. La dépendance

Quoique les OO soient très toxicomanogènes, les consommateurs d'OOFNM ne deviennent pas tous dépendants et n'en viennent pas tous à souffrir d'autres problèmes de toxicomanie. Selon Sproule et al. (1999), environ 1/3 des consommateurs de codéine dans un échantillon de commodité en Ontario satisfaisaient aux critères de la dépendance (Sproule et al., 1999). Cette proportion semble élevée étant donné le potentiel toxicomanogène que l'on a constaté dans des études récentes aux É.-U., ou dans le passé pour d'autres médicaments consommés à des fins non médicales. Par exemple, aux É.-U., la prévalence de la consommation d'OOFNM au cours de l'année précédente était de 4,5 % chez les répondants, âgés de 18 ans ou plus (n = 91 823), aux enquêtes intitulées « National Surveys on Drug Use and Health », lesquelles ont été menées de 2002 à 2004 et étaient représentatives à l'échelle nationale. Les répondants qui consommaient des OOFNM à des fins non médicales satisfaisaient, dans une proportion de 12,9 %, aux critères de l'abus/dépendance (Becker et al., 2008). Dans une étude antérieure qui était représentative des É.-U., Anthony et al. sont parvenus à la conclusion qu'environ ¼ des consommateurs d'héroïne à des fins non médicales risquaient de devenir dépendants au cours de leur vie (Anthony et al., 1994). Quoique nous n'ayons pas suffisamment de données représentatives pour le Canada, on peut estimer qu'entre 10 % et 33 % des consommateurs d'OOFNM deviendront dépendants ou souffriront d'autres troubles de toxicomanie. Rien n'indique que ce taux soit différent de celui des consommateurs d'opioïdes illégaux.

5.1.3. La surdose

Les OOFNM ont été associés avec la surdose et les décès par surdose. Malgré la rareté des données pour le Canada, on a rapporté des décès liés au fentanyl en Ontario (Martin et al., 2006) ainsi que 27 décès liés à l'oxycodone, en 2002, dans la seule ville de Toronto (Research Group on Drug Use, 2004). Cependant, le nombre exact de décès liés à la consommation d'OOFNM n'est pas établi pour le Canada.

Aux É.-U., les décès liés à la consommation d'OOFNM ont augmenté depuis le milieu des années 1990 et les médicaments sur ordonnance ont remplacé l'héroïne et la cocaïne comme drogues prédominantes impliquées dans les décès par surdose dans toutes les catégories urbaines et rurales (Paulozzi et Yongli, 2008). On trouvera plus de détails sur les décès par surdose à la section 7 ci-après.

Étant donné le profil épidémiologique d'ensemble (voir les autres chapitres), nous prévoyons un grand nombre de décès liés à la consommation d'OOFNM au Canada également (Popova et al., 2009). Cependant, quoique les OOFNM soient liés à la surdose et à la mortalité au Canada, la question devrait être posée de savoir si les OOFNM ne sont pas relativement plus sécuritaires que les opioïdes illégaux de la rue, soit l'héroïne au Canada. Dans l'ensemble, les OOFNM semblent être moins associés avec l'injection et leur contamination par d'autres substances est

aussi moins probable, de sorte qu'ils sont moins susceptibles de donner lieu à des transmissions de maladies infectieuses (p. ex., l'HC ou le VIH) ou à des surdoses. Par conséquent, dans l'ensemble, il se peut que des avantages du point de vue de la santé publique soient associés avec le changement récent pour les OOFNM dans la scène de la consommation des drogues de la rue (Fischer et al., 2009b).

5.1.4. Les risques de maladie

En général, pour les consommateurs de drogues de la rue, les conditions générales d'hygiène déficientes qui sont attribuables à la négligence de la personne en ce qui concerne sa santé en général, les pratiques non sécuritaires d'injection et les multiples injections quotidiennes, la pauvreté, les déficiences nutritionnelles ainsi que l'effet direct de suppression du système immunitaire par les opioïdes (Govitrapong et al., 1998) peuvent affecter défavorablement le système immunitaire et donner lieu à diverses infections bactériennes, dont l'endocardite bactérienne, la septicémie, la pneumonie, les infections bactériennes des os et des articulations et les maladies de la bouche.

De plus, dans la plupart des études jusqu'à maintenant, et quel que soit l'échantillon, les OOFNM ont été associés à des taux élevés de symptômes et de troubles psychiatriques ainsi que de douleurs, comparativement à la population en général (voir les descriptions du C AMH Monitor 2008 et de l'OSDUHS ci-dessus; (Brands et al., 2004; Monga et al., 2007; Sproule et al., 1999; Sproule et al., 2009)). Également, d'autres consommations de drogue et d'alcool et d'autres troubles de toxicomanie sont présents de manière disproportionnée chez les consommateurs d'OOFNM (Adlaf et al., 2006; Brands et al., 2004; Firestone-Cruz et Fischer, 2008; Fischer et al., 2008a; Leri et al., 2005; Monga et al., 2007; Patra et al., 2009; Sproule et al., 1999; Strang et Rashiq, 2005). Dans l'ensemble, beaucoup de preuves montrent qu'au Canada la consommation d'OOFNM est associée avec la consommation importante d'autres drogues et d'alcool et avec des taux élevés de troubles mentaux.

En ce qui concerne les maladies somatiques, on prévoit des taux plus élevés pour toutes les catégories associées avec un système immunitaire faible et avec la douleur, quel que soit l'échantillon examiné (soit, dans la population en général, dans les échantillons de personnes en traitement et dans les échantillons de personnes marginalisées, comparativement à des personnes similaires ne consommant pas d'OOFNM) et, pour les personnes qui s'injectent des OO à des fins non médicales, des taux d'infections connexes plus élevés.

Les liens les plus clairs avec les maladies somatiques semblent être entre la consommation d'OOFNM et la douleur. Il a été relevé que, clairement, de nombreux consommateurs d'OOFNM de la population en général (Banta-Green et al., 2009), d'échantillons de personnes marginalisées (Monga et al., 2008) ainsi que d'échantillons de personnes en traitement (Brands et al., 2004; Sproule et al., 2000) ont déclaré éprouver de fortes douleurs qui constituaient un problème.

5.1.5. Les blessures

Peu d'études traitent des associations entre la consommation des OOFNM et les blessures au Canada. Dans une des premières études en Saskatchewan, Shorr et al. (1992) sont parvenus à la conclusion que le risque relatif d'une fracture de la hanche chez les personnes de 65 ans ou plus qui consomment actuellement de la codéine ou du propoxyphène était de 1,6 comparativement aux non-consommateurs (Shorr et al., 1992). Dans l'ensemble, selon la documentation générale hors du Canada, on estime qu'il existe un lien entre les blessures intentionnelles de même que non intentionnelles et la consommation d'OOFNM ((Maurer, 2009), mais voir (Kelly et al., 2004)), mais des études spécifiques sont nécessaires pour vérifier cette hypothèse.

5.1.6. L'utilisation des traitements et des services de santé

On ne dispose pas de données, pour l'ensemble du Canada, sur les admissions à des traitements relativement à la consommation d'OO. Les données les plus systématiques que nous ayons trouvées portent sur l'Ontario, province dans laquelle on constate une nette tendance à la hausse des admissions ayant trait à la consommation d'OOFNM (pour des données plus précises, voir la section 7 ci-après).

TABEAU 1 : OO CONSOMMÉS AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDENTS/ MISE EN CAUSE DES OO COMME ÉTANT LES SUBSTANCES PROBLÉMATIQUES AYANT PROVOQUÉ LA TOXICOMANIE DES CLIENTS QUI ONT BÉNÉFICIÉ D'ADMISSIONS OUVERTES (SANS LES MEMBRES DE LA FAMILLE) NOTÉES DANS LE SYSTÈME DASIT (DROGUE ET ALCOOL – SYSTÈME D'INFORMATION SUR LE TRAITEMENT (DASIT), 2008)

Exercice financier	2003-2004		2004-2005		2005-2006		2006-2007		2007-2008	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
12 mois précédents	10 977	13,6	14 288	15,3	16 507	16,7	18 404	18,0	20 756	20,1
Substances problématiques	6 192	7,6	8 860	9,5	10 568	10,7	12 046	11,8	14 049	13,6

Source : Tableaux statistiques DATIS <http://www.datis.ca/>

Comme les admissions à des traitements pour consommation abusive d'OOFNM tendent à très bien corrélérer la consommation d'ensemble, on peut prévoir de nouvelles augmentations ici, dans la mesure où la consommation d'ensemble par personne d'OO augmente.

Dans une enquête menée auprès des paramédicaux à Brockville et dans la circonscription Leeds Greenville (Ontario), 15 % des répondants ont déclaré que l'Oxycontin était l'une des substances problématiques les plus fréquentes, le pourcentage estimé des appels médicaux d'urgence provoqués par l'Oxycontin ou liés à l'Oxycontin étant de 2 % (plus que la cocaïne et le crack, l'héroïne et les hallucinogènes) (Garvin, 2004).

5.2. Les risques pour la santé des BDFNM

5.2.1. La dépendance

Pour le Canada, les données sur les BDFNM sont peu abondantes (voir précédemment) et celles sur les conséquences sur la santé de la consommation des BDFNM le sont encore moins. Les benzodiazépines sont une catégorie de médicaments qui ont manifestement des propriétés renforçantes et qui sont donc susceptibles de provoquer la dépendance et de susciter l'abus (Busto et Sellers, 1991; Busto et al., 1989). Cependant, pour le Canada, on ne dispose d'aucune donnée sur la prévalence ou l'incidence, en ce qui a trait à la dépendance aux benzodiazépines ou aux troubles liés à la consommation de benzodiazépines.

Pour les É.-U., de telles données existent : selon l'étude de 2002-2004 intitulée « National Survey on Drug Use and Health » (NSDUH), pour les répondants de 18 ans et plus ($n = 92\ 020$), la prévalence de la consommation à des fins non médicales, au cours de l'année précédente, de sédatifs ou de tranquillisants, lesquels appartiennent pour la plupart à la catégorie des benzodiazépines, était de 2,3 %. Les personnes consommant ces médicaments à des fins non médicales satisfaisaient, dans une proportion de 9,8 %, aux critères de l'abus et de la dépendance (Becker et al., 2007). Chez les adolescents ayant répondu à l'étude NSDUH de 2005, les taux de prévalence étaient remarquablement plus élevés, 8,2 % d'entre eux ayant déclaré avoir consommé des tranquillisants à des fins non médicales au cours de l'année précédente (notamment des benzodiazépines et d'autres tranquillisants mineurs). Dans l'ensemble, les consommateurs de médicaments sur ordonnance à des fins non médicales satisfaisaient dans une proportion de 17,4 % aux critères de la dépendance, 6,5 % de ce dernier pourcentage y satisfaisant seulement en ce qui a trait à la consommation de tranquillisants à des fins non médicales (Schepis et Krishnam-Sarin, 2008).

5.2.2. La surdose

La consommation de benzodiazépines fait partie du mélange des drogues de la rue utilisées par les consommateurs de drogues de la rue (voir précédemment). Au Canada, des décès par surdose de benzodiazépine ont également été constatés, mais aucune étude systématique n'a été faite sur de possibles associations. En Angleterre, les études révèlent que 3,8 % des décès par empoisonnement découlant de la consommation d'une seule drogue sont attribuables aux benzodiazépines (Charlson et al., 2009). Des bilans de même qu'un certain nombre d'études de l'Australie ont corroboré ces résultats et concluent à l'importance relativement grande des benzodiazépines dans les décès par surdose dans lesquels l'héroïne et les opioïdes ou les méthamphétamines jouent également un rôle (Darke et al., 2007; Darke et Zador, 1996; Kaye et al., 2008; Paulozzi et al., 2009). On n'a pas mené beaucoup d'études au Canada sur ce thème, mais Fisher et al. (2004) ont corroboré les résultats internationaux et conclu à une association bidimensionnelle significative entre la consommation de benzodiazépines et le risque de surdose

(RC = 1,70; 95 % IC : 1,13 – 2,57) (Fischer et al., 2004). Par conséquent, dans l'ensemble, les benzodiazépines sont associées de manière constante avec les surdoses et les décès par surdose dans les populations marginalisées.

Pour la population en général, les résultats concernant les BDFNM et la mortalité n'étaient pas concluants. Les travaux de recherche menés jusqu'à maintenant traitent peu des effets distincts de la consommation des BDFNM sur la mortalité. Des travaux de recherche seront nécessaires dans le futur pour étudier attentivement les risques respectifs de la consommation conforme aux ordonnances de médecin et de la consommation à des fins non médicales (Charlson et al., 2009).

5.2.3. Les benzodiazépines et la dépendance à l'égard d'autres substances ou l'abus d'autres substances

Pour le Canada, nous manquons de données sur les associations avec les BDFNM dans la population en général. Pour le sous-groupe relativement petit des consommateurs de drogues de la rue, les observations montrent clairement que ceux de ces consommateurs qui présentent le profil de polytoxicomanie le plus commun consomment des BDFNM, comme le démontrent de nombreuses études sur les consommateurs de drogues injectables ou d'opioïdes au Canada (p. ex., (Santé Canada, 2006; Haydon et al., 2005; Fischer et al., 2005; Wild et al., 2008). Dans ces populations, on constate également des injections intraveineuses des benzodiazépines. Dans l'échantillon des personnes en désintoxication, les observations montrent également clairement que des benzodiazépines sont consommées de manière parallèle, en particulier dans les cas de traitement d'entretien à la méthadone (Brands et al., 2004).

5.2.4. Les blessures

L'association de la consommation de benzodiazépines avec des blessures consécutives à des accidents de la route (Kelly et al., 2004) et des suicides (Fantom et al., 2007) a été mise en évidence. Il se peut que cette dernière relation ne résulte que de la confusion reposant sur le trouble primaire lorsque des benzodiazépines sont prescrites. Certaines observations indiquent que des chutes chez les personnes âgées sont associées avec la consommation de benzodiazépines, mais les données ne sont pas concluantes (Hegeman et al., 2009). La relation entre les BDFNM et les blessures n'est pas claire.

5.2.5. L'utilisation des traitements et des services de santé

On ne dispose pas de données, pour l'ensemble du Canada, sur les admissions à des traitements relativement à la consommation de benzodiazépines. Les données les plus systématiques que nous ayons trouvées portent sur l'Ontario, province dans laquelle on n'a constaté aucune tendance en ce qui a trait à la consommation de benzodiazépines (Drogue et alcool – système d'information sur le traitement (DASIT), 2008).

TABLEAU 2 : MENTIONS DES BENZODIAZÉPINES COMME ÉTANT LES SUBSTANCES PROBLÉMATIQUES AYANT PROVOQUÉ LA TOXICOMANIE DES CLIENTS QUI ONT BÉNÉFICIÉ D'ADMISSIONS OUVERTES (SANS LES MEMBRES DE LA FAMILLE) NOTÉES DANS LE SYSTÈME DASIT (DROGUE ET ALCOOL – SYSTÈME D'INFORMATION SUR LE TRAITEMENT (DASIT), 2008)

2003-2004		2004-2005		2005-2006		2006-2007		2007-2008	
N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
3 186	3,9	3 777	4,0	3 647	3,7	3 503	3,4	3 548	3,4

Dans l'enquête menée auprès des paramédicaux à Brockville et dans la circonscription Leeds Greenville (Ontario), 38 % des répondants ont déclaré que les sédatifs et les hypnotiques (dont les benzodiazépines et les barbituriques) étaient les substances problématiques les plus fréquentes en ce qui avait trait aux appels médicaux d'urgence, comparativement à 15 % pour l'Oxycontin (Garvin, 2004).

6. Quelles sont les conséquences sur la société de l'augmentation de la consommation à des fins non médicales de médicaments sur ordonnance?

6.1. Introduction

Il existe deux domaines principaux dans lesquels l'occurrence de la consommation de substances psychoactives ou l'augmentation d'une telle consommation a une incidence très forte sur la société : la santé ou le fardeau des maladies (p. ex., la mortalité prématurée, la morbidité et l'invalidité) ainsi que la criminalité liée à la consommation. La criminalité liée à la drogue, à son tour, peut être associée, du point de vue comportemental, avec la consommation de la substance respective ou être associée avec son usage, p. ex., sous la forme des crimes d'approvisionnement (voir ci-après). Ces deux domaines, ainsi que les coûts ayant trait au lieu de travail ou à la productivité, sont aussi très importants, car ils constituent les facteurs primaires qui déterminent les « incidences » sur les « coûts pour la société » de la consommation des substances. Pour illustrer concrètement cela : Bimbaum et ses collègues (2006) ont procédé à une évaluation des coûts pour la société de la consommation d'OO aux É.-U. en 2001. Les coûts totaux ont été estimés à 8,6 milliards de dollars, dont 2,6 milliards pour les coûts de soins de santé, 1,4 milliard pour les coûts de justice pénale et 4,6 milliards pour les coûts ayant trait au lieu de travail (leur méthodologie particulière d'analyse des coûts ne comprenait pas les coûts sociaux de la victimisation liée au crime) (Birnbbaum et al., 2006). Comme ces coûts ont été estimés pour 2001 et qu'ils reposaient sur une méthodologie prudente, et que les niveaux de consommation d'OOFNM sont plus importants aujourd'hui, on peut supposer que ces coûts sont nettement plus élevés aujourd'hui. Étant donné la rareté ou l'absence de données pertinentes, de données épidémiologiques systématiques ou de données sur les services de santé ou sur la criminalité ayant trait à la consommation des médicaments sur ordonnance à des fins non médicales au Canada, nous n'avons pu présenter de calculs et d'estimations empiriques pour ces incidences potentielles. Cette situation persiste aujourd'hui comme en font foi les lacunes de la version la plus récente de l'étude intitulée « Economic Costs of Substance in Canada » (Rehm et al., 2006), laquelle ne contenait aucune donnée sur les médicaments sur ordonnance à des fins non médicales du fait que les indicateurs de données pertinents n'existaient pas et le tableau des coûts économiques présenté par l'étude serait probablement fort différent s'il y était tenu compte des médicaments sur ordonnance. Le mieux que l'on puisse faire au présent stade est de présenter certaines « conjectures éclairées » sur les questions du point de vue social qui ont trait à la consommation de médicaments sur ordonnance à des fins non médicales, l'examen de ces questions étant soutenu par l'analyse des données limitées actuelles qui proviennent du Canada et des autres pays (p. ex., les É.-U.).

6.2. La santé

6.2.1. La morbidité

Il existe plusieurs catégories importantes d'impacts sur la santé, consécutifs à la consommation des OOFNM, pour lesquels on dispose de données au fil du temps, soit les données sur les admissions à des programmes de désintoxication ayant trait à la consommation d'OO, ainsi que celles sur les admissions ayant trait à la consommation d'OO dans les salles d'urgence. Les deux indicateurs – dans le contexte de la consommation croissante d'OO à des fins médicales et d'OOFNM aux É.-U. – ont nettement augmenté depuis les années 1990 (Fischer et al., 2008b). Par exemple, dans la période de 1997 à 2002, les visites dans les salles d'urgence ayant trait aux OO aux É.-U. ont augmenté de 120 %, soit à un taux beaucoup plus élevé que les visites dans les salles d'urgence ayant trait à l'alcool ou aux drogues illégales (Gilson et al., 2004). De nouvelles augmentations ont été notées pour la période de 2004 à 2006, années pendant lesquelles les admissions ayant trait aux OO dans les salles d'urgence ont augmenté de 172 726 à 247 669, soit de 43 % dans une période de deux ans (ces chiffres reposent sur une méthodologie différente de celle utilisée pour la période précédente et ils ne sont donc pas entièrement comparables (Substance Abuse et Mental Health Administration (SAMHSA), 2008a). Au Canada, on ne dispose d'aucune donnée sur les admissions dans les salles d'urgence, car de telles données ne sont pas recueillies régulièrement ou systématiquement. Certaines données sur les admissions à des programmes de traitement relatifs à la consommation d'OO sont récemment devenues disponibles. En Ontario, la province la plus peuplée du Canada, le DASIT recueille des données de presque tous les organismes, services et programmes de désintoxication financés par des fonds publics dans la province. Les données les plus récentes indiquent que les admissions ayant trait aux OO dans les organismes de désintoxication financés par des fonds publics en Ontario ont approximativement doublé dans la période de 2004-2005 à 2008-2009 (les exercices financiers), soit dans une période de 5 ans, seulement. Plus précisément, les admissions à des traitements relatifs à la consommation d'OO ont augmenté au total de 60 %; la proportion des admissions aux programmes de traitement ayant trait aux OO par rapport à la totalité des admissions à des programmes de traitement a augmenté de 9,4 % à 15,7 % durant la période ((Fischer et al., 2009c) soumis au JAMC). Ces données suivent des tendances encore plus prononcées aux É.-U., où les admissions à des programmes de désintoxication ayant trait aux OO – selon la base de données nationale intitulée « Treatment Episode Data Set » – ont augmenté de 16 605, en 1997, à 74 750, en 2007, ce qui constitue un quadruplement dans environ une décennie (Department of Health and Human Services, 2009). Les augmentations du nombre de personnes admises à des traitements ayant trait aux OO qui ont été consignées pour l'Ontario sont probablement des sous-estimations, puisque le DASIT ne tient pas compte des admissions aux programmes de traitement d'entretien (p. ex., à la méthadone ou à la buprénorphine) relativement à la consommation d'opioïdes, programmes qui constituent une forme normale de traitement pour toute forme de dépendance aux opioïdes ((Fischer et al., 2009c) soumis au JAMC). En fait, ces dernières années, en Ontario, les programmes locaux de traitement

d'entretien à la méthadone ainsi que les programmes de désintoxication ayant trait aux opioïdes ont noté de nettes augmentations des admissions ayant trait aux problèmes de consommation d'OO. Par exemple, dans un échantillon de 178 personnes admises à des programmes de traitement d'entretien à la méthadone au CAMH (Toronto) entre 1997 et 1999, 83 % des personnes admises ont déclaré consommer soit des OO uniquement, soit des OO en combinaison avec de l'héroïne (Brands et al., 2004). Pour les 571 personnes admises au programme de désintoxication ayant trait aux opioïdes entre 2000 et 2004 au CAMH, la proportion annuelle de la consommation déclarée d'Oxycontin a augmenté de 3,8 %, en 2000, à 55,4 %, en 2004 (Sproule et al., 2009). Évidemment, toute forme de morbidité (p. ex., la dépendance) ayant trait à la consommation à des fins non médicales de médicaments sur ordonnance peut conduire à des pertes de productivité sociale ou économique (p. ex., en conséquence d'une invalidité à court ou à long terme et de l'incapacité de travailler) et conduire ainsi – d'une manière semblable à ce qui se produit pour la consommation abusive de drogue et d'alcool – à des impacts sociaux négatifs (voir Birnbaum et al., 2006; Wall et al., 2000; Rehm et al., 2006). Cependant, nous ne disposons, pour le Canada, d'aucune donnée qui permettrait d'estimer de façon même très lointaine de tels impacts potentiels d'une manière complète.

6.2.2. La mortalité

Plusieurs études provenant des É.-U. font état de la nette augmentation des décès accidentels par empoisonnement (soit, des décès par surdose) liés à la consommation d'OO au cours des dernières années. Selon une étude pionnière de Paulozzi et al., les décès accidentels par empoisonnement liés aux OO aux É.-U. ont augmenté à un taux de 91,2 % entre 1999 et 2002, c'est-à-dire qu'ils ont doublé dans une période de seulement 3 ans jusqu'à un total de 5 528 décès causés par les OO en 2002 (Paulozzi et al., 2006). De plus, en 2002, le nombre déclaré de décès accidentels liés aux OO a excédé celui des décès accidentels liés à l'héroïne ou à la cocaïne, soit les deux principales drogues illicites associées à des conséquences de mortalité (Paulozzi et al., 2006). Plusieurs études des É.-U. font en outre état de fortes augmentations des décès liés aux OO aux niveaux locaux et régionaux (p. ex., au niveau des États) (p. ex., en Virginie-Occidentale, voir (Paulozzi et al., 2009)). Au Canada, on en sait beaucoup moins sur l'évolution de la situation en ce qui a trait à la mortalité liée aux OO. Ces lacunes dans les données s'expliquent en partie par le fait que le Canada ne dispose pas d'une base de données centrale sur les décès accidentels liés à la consommation de médicaments psychoactifs et qu'il n'existe aucun dépôt national de données pertinentes, car ces données relèvent de la compétence des services des coroners provinciaux. D'autres problèmes méthodologiques et pratiques proviennent du fait que les normes de classification et d'analyse ainsi que les procédures de gestion des données (p. ex., l'utilisation de dossiers électroniques plutôt que de papier) des coroners provinciaux diffèrent beaucoup et que bon nombre d'instances ne séparent pas automatiquement les décès liés à la consommation d'OO de ceux liés à la consommation d'autres substances. Quoiqu'on ne dispose pas de données systématiques sur la mortalité liée aux OO au Canada, on dispose de certaines informations locales et sporadiques ou préléminaires, qui

semblent au moins indiquer que les décès liés à la consommation d'OO jouent un rôle non négligeable et probablement d'importance croissante dans la mortalité liée à la consommation de substances psychoactives. Une analyse récente de Dhalla et ses collègues donne à penser que les taux de mortalité liés à la consommation d'OO dans la population de l'Ontario ont presque doublé, passant de 14 par million de résidents en 1991, à 27 par million de résidents en 2004 (Dhalla et al., 2009). Également en Ontario, on rapporte que l'Oxycontin a joué un rôle dans un total de 464 décès liés à la drogue dans la période de 2004 à 2008, ce qui représente une proportion approximative de 20 à 25 % de tous les décès liés à la drogue consignés par le bureau du coroner provincial durant cette période – et ce qui constitue une mortalité totale approximative dix fois plus élevée que le nombre de décès liés à l'héroïne (Silversides, 2009). Une évaluation préliminaire des données limitées récentes sur les surdoses liées aux drogues, provenant de provinces choisies (p. ex., la C.-B. et le Québec) donne à penser qu'il est même possible que les OO jouent un rôle dans 30 à 40 % des décès liés à la drogue dans ces provinces. Une étude de Martin et al. a examiné 112 cas de décès par surdose de fentanyl ayant eu lieu dans la province de l'Ontario entre 2002 et 2004; ces cas représentaient à eux seuls une proportion de ~8 % de tous les décès par surdose de drogue s'étant produit en Ontario durant cette période (Martin et al., 2006).

6.3. Le crime

Une autre considération clé en ce qui concerne l'impact sur la société de la consommation à des fins non médicales des médicaments sur ordonnance est l'impact éventuel sur la criminalité et le fardeau qui s'ensuit pour le système de justice pénale. En particulier en ce qui a trait aux coûts sociaux liés à la toxicomanie, les impacts ayant trait à la criminalité et au système de justice pénale sont très pertinents, puisqu'ils sont généralement responsables de la part du lion – soit, jusqu'à 80 % – des coûts sociaux liés à la toxicomanie, surtout du fait que les ressources pour les victimes éventuelles et pour le système de justice pénale (p. ex., les ressources pour l'application de la loi et le système correctionnel) sont extrêmement dispendieuses comparativement aux autres sources de coûts potentiels (Wall et al., 2000; Fischer, 2003).

Quoiqu'il n'existe actuellement aucune évaluation empirique spécifique des impacts de la consommation à des fins non médicales de médicaments sur ordonnance sur le crime et le système de justice pénale au Canada, nous présenterons un certain nombre de considérations clés relativement à la nature potentielle et à l'ampleur de tels impacts et nous illustrerons ces considérations au moyen de données empiriques correspondantes lorsque cela sera possible. En tout premier lieu, selon le modèle tripartite de Paul Goldstein sur les catégories fondamentales de crimes liés aux drogues, il existe trois catégories fondamentales de formes de crimes liées à la toxicomanie : a) la criminalité pharmacologique/comportementale (p. ex., la criminalité résultant des effets sur le comportement de la pharmacologie des substances consommées, p. ex., la violence interpersonnelle), 2) les crimes d'acquisition (p. ex., les crimes perpétrés aux fins d'obtenir des drogues, soit par l'achat illégal ou le trafic, ou les crimes commis pour obtenir les

fonds ou les ressources nécessaires pour obtenir les drogues), 3) la violence systémique (p. ex., les crimes liés à la distribution illégale et aux marchés des drogues (Goldstein, 1985). Comme les OO de même que les benzodiazépines sont des médicaments de la catégorie des narcotiques et des sédatifs et qu'ils ne produisent pas d'effets de stimulation et d'agressivité, les effets potentiels de type pharmacologique ou comportemental, p. ex., sous la forme de violence – contrairement aux effets de cette sorte qui sont bien documentés pour l'alcool ou la cocaïne et le crack – sont probablement négligeables et nous n'en traiterons pas davantage ici (Brands et al., 1998).

La pertinence de l'analyse de l'impact sur la criminalité liée à la consommation à des fins non médicales de médicaments sur ordonnance est probablement applicable à la seconde catégorie de crimes éventuels, soit les crimes d'acquisition. Plusieurs considérations distinctes et prudentes sont nécessaires ici. En tout premier lieu, étant donné des augmentations éventuelles de la consommation à des fins non médicales de médicaments sur ordonnance dans la population en général (soit, une population non marginalisée), il est tout à fait possible que de telles augmentations donnent lieu à des augmentations considérables des crimes d'acquisition connexes, puisque ces médicaments sont consommés à des fins non médicales et qu'ils doivent donc être obtenus illégalement. Illustrons ce point : l'équivalent du taux des consommateurs d'OOFNМ relativement à la population aux É.-U. (5,0 %) se traduirait par environ >1 million de consommateurs canadiens d'OOFNМ, ce qui impliquerait un nombre important de crimes liés aux OO. Quoique la plupart des consommateurs d'autres drogues illégales qu'il est impossible de fabriquer à la maison ou que le consommateur ne peut fabriquer lui-même (alors que cela est possible, par exemple, pour le cannabis) sont fréquemment impliqués dans les crimes courants d'acquisition, lesquels visent surtout à s'approvisionner en drogues, une considération importante est que les voies d'approvisionnement et les sources des médicaments sur ordonnance consommés à des fins non médicales sont différentes de celles d'autres drogues illégales et hétérogènes par rapport à celles-ci, même si ces voies et sources n'ont pas été déterminées avec tous les détails nécessaires au Canada (Fischer et al., 2008b; Inciardi et al., 2007; Fischer et al., 2009a). Comme cela est montré dans la partie 3, la majorité des consommateurs de médicaments sur ordonnance à des fins non médicales aux É.-U. déclarent obtenir principalement leurs médicaments de manière informelle par l'intermédiaire de la famille ou d'amis et, par conséquent, cela ne nécessite aucun crime lié à la drogue comme on l'entend habituellement (voir p. ex. (McCabe et Boyd, 2005; Inciardi et al., 2007; Gilson et al., 2004)). Selon certaines données provenant des É.-U. ou d'ailleurs, une importante proportion des médicaments sur ordonnance consommés à des fins non médicales sont obtenus au moyen des méthodes suivantes : « l'obtention d'ordonnances multiples » comme il est convenu d'appeler cette méthode (soit, la présentation de problèmes de santé faux ou réels à divers fournisseurs de soins médicaux ou à des pharmacies) pour obtenir des ordonnances multiples; la contrefaçon d'ordonnances ou la fraude; les vols de pharmacie; les vols de produits pharmaceutiques; les entrées par effraction ou les cambriolages de maisons dans lesquelles des médicaments sur ordonnance sont détenus par des patients légitimes (Inciardi et al., 2007; Hurwitz, 2005;

Martyres et al., 2004; Inciardi et al., 2009). Les répondants à l'enquête canadienne OPICAN sur les consommateurs habituels d'opioïdes illicites ont déclaré qu'ils obtenaient leurs médicaments de revendeurs ainsi que de médecins, les personnes qui consommaient surtout des OO déclarant dans une plus grande proportion [TRADUCTION] « avoir un docteur habituel » et donnant ainsi à penser qu'ils avaient potentiellement un meilleur accès aux OO au moyen de l'approvisionnement médical (Fischer et al., 2009a). Dans une étude canadienne plus ancienne sur les toxicomanes en traitement, 39 % des répondants ont déclaré qu'ils obtenaient leurs médicaments de plus d'un médecin et, donc, qu'ils avaient utilisé la méthode de l'obtention de multiples ordonnances (Goldman, 2002). De plus, une proportion importante des médicaments sur ordonnance – consommées ou non à des fins médicales – peuvent être obtenus au moyen de ventes dans l'Internet, lesquelles ne constituent pas non plus des actes criminels liés à la drogue, comme on l'entend habituellement (Forman, 2006; Inciardi et al., 2007). Pourtant, il ressort de certaines études faites aux É.-U. de même que des travaux de recherche limités menés au Canada que des médicaments sur ordonnance sont offerts dans les marchés noirs au Canada et que des activités commerciales portant sur des produits de médicaments sur ordonnance existent manifestement au Canada. Il y a plus d'une décennie, Sajan et ses collègues ont démontré, dans une étude portant sur les marchés de drogues de la rue, que les médicaments sur ordonnance, notamment les OO et les benzodiazépines, étaient facilement disponibles dans les marchés de drogues de la rue à Vancouver (Sajan et al., 1998). Dans une étude récente portant sur deux sites, menée à Toronto et à Victoria, Fisher et al. ont conclu que les OO étaient disponibles dans les marchés de drogues de la rue, mais qu'on pouvait couramment se les procurer auprès de revendeurs autres que ceux offrant des drogues illicites et qu'ils étaient vendus au moyen de mécanismes de vente ou de commerce différents (Fisher et al., 2009a). Quoique les récents rapports de la GRC intitulés « Rapports sur la situation des drogues illicites » ne traitent que de manière très incidente de la disponibilité sur le plan national des médicaments sur ordonnance ici étudiés ainsi que des activités commerciales ayant trait à ces drogues sur les marchés noirs (soit, en en traitant sous la catégorie des « autres drogues »; (Renseignements criminels de la GRC, 2008)), l'ampleur des crimes liés aux médicaments sur ordonnance, en particulier en ce qui a trait à la consommation de ces médicaments dans la population en général, n'est nullement suffisamment évaluée pour permettre une forme quelconque de quantification, mais on devrait considérer comme un objectif prioritaire de la recherche d'évaluer cette importance.

Outre la consommation éventuelle de médicaments sur ordonnance à des fins non médicales dans la population en général, certaines considérations spécifiques doivent porter sur les populations de consommateurs de drogues de la rue, pour lesquelles il a été noté que la consommation de médicaments sur ordonnance à des fins non médicales était élevée et croissante. L'étude canadienne OPICAN menée dans plusieurs villes a évalué un échantillon de $n = 671$ consommateurs habituels d'opioïdes illicites (héroïne et OO) et d'autres drogues (Fisher et al., 2005; Fischer et al., 2006b)). Quoique la majorité des personnes de l'échantillon aient commis des crimes (surtout des crimes contre les biens) dans le but de gagner un revenu, une analyse des déterminants de l'implication dans des crimes contre les biens de l'échantillon étudié, évaluée à

la valeur de référence, n'a pas donné lieu à la conclusion que l'implication dans la consommation d'OOFNM constituait un prédicteur significatif de niveaux distincts d'implication dans les crimes contre les biens, même s'il est important de noter que la présente analyse n'a pas examiné des sous-échantillons clairement définis selon la consommation de drogues spécifiques, mais elle prenait principalement en compte les répondants présentant des profils de consommation simultanée ou en chevauchement (Manzoni et al., 2006). Une analyse plus récente et détaillée de l'échantillon de suivi de la cohorte de l'étude canadienne OPICAN, qui faisait la distinction entre les consommateurs d'héroïne uniquement, d'OO uniquement et d'une combinaison d'héroïne et d'OO, a conclu que les consommateurs d'OO uniquement présentaient une prévalence de revenus tirés d'un travail légal rémunéré nettement plus élevée que les deux autres catégories de consommateurs (bien que l'analyse n'ait pas traité spécifiquement de l'implication dans les crimes liés à la drogue (Fisher et al., 2008a). Ces conclusions reprennent ce qui a été documenté dans plusieurs études américaines récentes sur les consommateurs d'OO, soit que les personnes qui consomment surtout des médicaments sur ordonnance – p. ex., des OO – dans les populations de consommateurs de drogues de la rue semblent être mieux intégrées socialement (p. ex., moins susceptibles d'être sans domicile ou plus susceptibles de tirer des revenus d'un emploi légal) et moins impliquées dans des crimes (p. ex., en ce qui a trait aux crimes contre les biens, au travail sexuel pour gagner un revenu ou au trafic de drogue) que – par exemple – les consommateurs de drogues de la rue consistant surtout en héroïne ou en cocaïne et en crack (Rosenblum et al., 2007; Davis et Johnson, 2008; Sigmon, 2006; Surratt et al., 2006; Miller et al., 2004). Ces observations tendent à démontrer que les personnes qui consomment principalement des médicaments sur ordonnance obtenus dans la rue constituent une population de consommateurs d'opioïdes illégaux quelque peu différente – mieux socialement intégrée et moins criminogène – dans laquelle les profils prédominants de consommation de médicaments sur ordonnance peuvent réduire la probabilité ou la nécessité d'une implication dans la criminalité. Plus précisément, il est tout à fait possible que les voies disponibles différentes pour obtenir des médicaments sur ordonnance (p. ex., l'obtention de multiples ordonnances, les échanges de médicaments sur ordonnance) puissent diminuer l'ampleur de l'implication dans des crimes contre les biens, ayant trait à l'acquisition de drogues (Fischer et al., 2009a). Une fois encore, ces détails n'ont nullement été évalués de manière empirique et systématique au Canada, même si cela doit être considéré comme un objectif prioritaire urgent de la recherche.

Un autre aspect important des « méfaits sur le plan social » liés à la consommation à des fins non médicales des médicaments sur ordonnance est l'ensemble des coûts éventuellement engendrés pour le système médical ainsi que pour les régimes d'assurance médicament privés (assurances) ou publics. En 2007, les dépenses totales pour les médicaments sur ordonnance au Canada se sont élevées à 485 millions de dollars pour les OO, et à 247 millions de dollars pour les benzodiazépines (Morgan et al. 2008). Quoique les dépenses pour les benzodiazépines soient demeurées relativement stables depuis 1998, les dépenses pour les OO ont approximativement doublé durant cette période (Morgan et al., 2008). Actuellement, la question n'est nullement claire de savoir quelles proportions de ces médicaments ont été administrées ou ont été

finalement consommées à des fins non médicales. Même si seulement 1 % – probablement une sous-estimation – de la quantité déclarée totale des médicaments a été administrée ou obtenue pour faciliter leur consommation à des fins non médicales, les incidences négatives sur le plan économique pour les régimes d'assurance médicament privés ou publics seraient déjà de plusieurs millions de dollars.

Actuellement, au Canada, peu de données, ou aucune, ne sont disponibles pour déterminer si les médicaments sur ordonnance jouent un rôle dans les activités du crime organisé (les « gangs ») ayant trait aux drogues et à la violence qui y est liée (p. ex., les tirs d'arme à feu) et d'autres méfaits au Canada; de telles données existent pour l'héroïne, la cocaïne ou le cannabis.

7. Quelles questions stratégiques en matière de justice pénale la consommation à des fins non médicales de médicaments sur ordonnance pose-t-elle?

Plusieurs questions clés doivent être considérées en ce qui a trait aux politiques de justice pénale relatives à la consommation à des fins non médicales des médicaments sur ordonnance, questions qui sont particulièrement importantes et cruciales dans le climat actuel où le domaine de la consommation à des fins non médicales des médicaments sur ordonnance se trouve dans les premiers stades de l'élaboration de politiques ou de la formulation, durant lesquels les meilleures politiques possibles devraient être élaborées et les mauvaises, évitées. Les points qui seront discutés ci-après ne seront pas présentés dans un ordre particulier.

Premièrement, soit sur la base de modifications aux lois applicables pour le contrôle des drogues (p. ex., LRCDas/LAD), soit sur celle d'un nouveau ciblage ou d'une réorientation des ressources et de la pratique de l'application des lois existantes (en matière de drogues), des tentatives pourraient être faites pour s'attaquer au problème actuellement grandissant de la consommation à des fins non médicales de médicaments sur ordonnance au moyen de mesures d'application de la loi actives et renforcées. Il ressort des données statistiques disponibles que relativement peu d'incidents de consommation à des fins non médicales de médicaments sur ordonnance donnent lieu à des mesures d'application de la loi en vertu des lois actuelles en matière de drogue. Seulement environ 15 % du total de 100 675 infractions en matière de drogues qui ont été rapportées par la police en 2007 au Canada concernaient les « autres drogues », la moitié environ de celles-ci étant des infractions de possession, quoique cette catégorie générale, outre qu'elle comprenait éventuellement les OO, portait sur des drogues comme les méthamphétamines, le LSD, l'ecstasy, etc. (les données ne comportent pas de détails sur les mesures d'application de la loi ayant trait aux OO; (Dauvergne, 2009)). Notamment, il convient de penser que, au vu des estimations actuelles de la prévalence de la consommation à des fins non médicales des médicaments sur ordonnance, un grand nombre de personnes dans la population générale canadienne, et encore plus d'incidents réels de consommation à des fins non médicales, pourraient – en théorie – faire l'objet de mesures d'application de la loi pénale en matière de drogue en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDas) pour la possession de drogues ayant trait à la consommation abusive de médicaments sur ordonnance qui ne leur appartiennent pas ou qui ne sont pas consommés aux fins médicales prescrites. Pour être plus précis, si on applique les taux de la population générale des É.-U., quelque >1 million d'adultes canadiens et environ un étudiant des écoles secondaires sur cinq selon les sondages seraient des consommateurs actifs d'OOFNM et pourraient donc faire l'objet de poursuites criminelles pour possession illégale. En même temps, de nombreuses infractions ont lieu lors de l'obtention des médicaments sur ordonnance – qui ne tombent pas sous le coup de lois criminelles formelles, comme les cambriolages, les vols, les contrefaçons d'ordonnances, etc. – qui sont perpétrées en vue de la consommation à des fins non médicales et qui pourraient être perçues et interprétées en vertu de la législation actuelle sur le contrôle des drogues comme

constituant des actes de commerce ou de trafic illégaux du point de vue de l'application de la loi et donner lieu par conséquent, de manière stricte, à des poursuites et des peines au niveau pénal.

Rien de cela ne semble recommandable comme mesures ou objectifs prioritaires, sur le fondement de plusieurs sortes d'observations et de renseignements. Premièrement, la plus grande partie de la consommation à des fins non médicales des médicaments sur ordonnance, ainsi que les formes prédominantes des pratiques d'approvisionnement des consommateurs de médicaments à des fins non médicales, soit l'approvisionnement informel auprès des amis et de la famille, l'approvisionnement par l'utilisation de fournitures médicales en trop, etc. (voir ci-dessus) ne peuvent probablement pas – sauf pour les populations marginalisées, p. e x., les populations de la rue ou les incidents de consommation/approvisionnement se produisant dans les endroits publics – faire l'objet de mesures de façon réaliste, équitable ou efficace. Deuxièmement, au stade actuel, il existe peu ou pas de données exhaustives disponibles – en particulier pour le Canada – pour évaluer la proportion réelle de la consommation prétendument « à des fins non médicales » qui n'est pas sous une forme liée à des états pathologiques ou à des problèmes de santé (p. ex., sous la forme d'automédication dans le contexte de soins inadéquats, interrompus, inabordables ou inaccessibles pour la douleur, etc. (Fischer et al., 2008b)) et qui en réalité satisferait fort probablement au critère fondamental pour l'abus « criminel » de médicaments. Par exemple, dans une enquête représentative de la population des É.-U., Novak et al. sont parvenus à la conclusion qu'il existait une association significative entre la consommation d'OOFNM, régulière de même qu'incidente, et la présence de la douleur physique et de symptômes de troubles psychiatriques (Novak et al., 2009). Dans un échantillon d'adolescents dépendants consommateurs d'OOFNM évalués dans un centre de traitement à Baltimore, plus de 75 % présentaient un trouble de l'axe 1, la moitié souffrant de 2 troubles ou plus et 68 % présentant des antécédents de traitements psychiatriques (Subramaniam et Stitzer, 2009). Cette dynamique – soit, la possibilité que, de par sa nature, la prise de mesures d'application de la loi relativement à la consommation de substances illicites soit remise en question comme constituant un crime contre des gens qui sont gravement malades, c'est-à-dire qui consomment probablement des substances illicites en raison de leur dépendance ou de besoins d'automédication (voir aussi (Fischer et al., 2005; Fischer et al., 2008b; Khantzian, 1997) – est bien entendu présente dans les débats actuels sur le contrôle des drogues illicites et n'est ainsi pas nouvelle lorsqu'on l'applique à la question de savoir quelles mesures et approches seraient appropriées en ce qui a trait au contrôle des médicaments sur ordonnance.

Cependant, le domaine du contrôle des médicaments sur ordonnance – en particulier du point de vue de la justice criminelle – en est à une première étape de formulation de politiques et, par conséquent, est dans un état où il est, dans une grande mesure, encore possible d'éviter des erreurs ou des orientations contreproductives à cet égard. Deuxièmement, comme les personnes qui consomment actuellement des médicaments sur ordonnance à des fins non médicales au Canada sont souvent des jeunes, la criminalisation éventuelle de ces personnes pourrait faire plus de mal que de bien, p. ex., par la stigmatisation ou l'étiquetage de ces personnes comme des

criminels, par la déviance secondaire, par l'abolition de possibilités sociales, professionnelles et éducatives, etc., ce qui pourrait être beaucoup plus grave que les avantages réellement obtenus grâce à de telles mesures d'application de la loi aux consommateurs (Fischer et al., 1998; Lenton et Heale, 2000; Lenton et al., 2000). Ces effets ont été très bien étudiés pour d'autres groupes de consommateurs de substances psychoactives (p. ex., les consommateurs de cannabis) qui font actuellement l'objet de mesures d'application de la loi et pour lesquels – dans l'intérêt de politiques sensées, saines et orientées vers la santé publique – la non-application de la loi ou l'élimination de la criminalisation des consommateurs actifs a été maintes fois et péremptoirement recommandée (voir p. ex. (Room et al., 2008)).

D'autres considérations connexes sont que le fait éventuel de se concentrer de manière plus soutenue sur les mesures d'application de la loi en ce qui a trait aux sources d'approvisionnement des médicaments sur ordonnance consommés à des fins non médicales pourrait éventuellement intensifier les dynamiques du marché noir et avoir des conséquences connexes non voulues. En particulier, si les mesures d'application de la loi relatives aux médicaments sur ordonnance (voir le « Rapport sur la situation des drogues illicites de la GRC »; (Renseignements criminels de la GRC, 2008)), qui sont actuellement faibles, étaient renforcées, les médicaments en cause pourraient être vendues ou négociées plus activement dans le contexte des marchés noirs (soit, par des revendeurs professionnels, ce qui augmenterait éventuellement l'implication du crime organisé) aux prix croissants du marché noir et – dans l'hypothèse où la demande et la consommation de médicaments à des fins non médicales demeurerait constantes – conduirait éventuellement à l'augmentation des niveaux et de la gravité des crimes d'acquisition commis par les consommateurs de médicaments à des fins non médicales et des crimes d'offre correspondants commis par les trafiquants, les revendeurs, etc. Ces effets conjecturaux à l'intérieur des scénarios décrits sont des dynamiques qui ont été bien étudiées relativement à d'autres domaines de la consommation de substances psychoactives, dont récemment sous diverses formes dans le contexte de la consommation d'alcool, de tabac, de cannabis et de khat (MacCoun et Reuter, 2001; Babor et al., 2003; Room et al., 2008; Joossens et Raw, 2000; Beare, 2002).

Une dernière considération a trait aux réalités et aux profils actuels des sources des médicaments sur ordonnance – à des fins médicales ou non – dans un Canada mondialisé au vingt-et-unième siècle. Quoique les estimations spécifiques varient, il est incontestable qu'une quantité importante de l'offre actuelle de médicaments sur ordonnance – les catégories de médicaments spécifiques dont il est question dans le présent document étant au sommet de la liste – est achetée ou obtenue au moyen de l'Internet (Inciardi et al., 2007; Joranson et Gilson, 2006; Fischer et al., 2008b; Nielsen et Barratt, 2009; Compton et Volkow, 2006). Par exemple, Foreman et al. (2006) ont constaté que le Vicodin était disponible sans ordonnance dans environ la moitié des 100 plus importants sites Internet qui offrent des médicaments sur ordonnance (voir aussi (Forman, 2006)). Littlejohn et ses collègues ont constaté qu'il était facile d'acheter des médicaments sur ordonnance dans l'Internet, mais ils ont fait remarquer que cet accès favorisait encore les

individus appartenant aux couches socioéconomiques les plus élevées, qui jouissent d'un plus grand accès à l'Internet (Littlejohn et al., 2005). Dans une étude du CASA menée en 2007, un total de 210 heures ont été consacrées à répertorier le nombre de sites Internet offrant des médicaments sur ordonnance choisis. À l'aide de moteurs de recherche et d'annonces par courriel, les chercheurs ont découvert que sur les 187 sites Internet identifiés comme vendant durant cette période des médicaments contrôlés vendus sur ordonnance, 157 (84 %) ne requéraient aucune ordonnance. Cinquante-deux de ces sites (33 %) déclaraient clairement qu'aucune ordonnance n'était nécessaire, 83 (53 %) offraient une [TRADUCTION] « consultation en ligne » et 22 (14 %) ne faisaient aucune mention d'une ordonnance (Beau Dietl et Associates, 2006). Parallèlement, certaines études américaines dans lesquelles il était demandé aux consommateurs d'OOFNM des renseignements sur leurs sources d'approvisionnement sont parvenues à la conclusion que les ventes par Internet jouaient encore un rôle relativement mineur ou secondaire comme source d'approvisionnement (Cicero et al., 2008b; Inciardi et al., 2007). Il est probable que l'importance de ce rôle de l'Internet ira en augmentant de manière constante, plutôt qu'en diminuant, dans les années à venir. Quoique la problématique et les défis que posent l'administration et l'application des lois en ce qui a trait à l'Internet aient été bien analysés ailleurs (p. ex., (Jerian, 2006)), il suffira ici de dire que l'Internet comme source d'approvisionnement des médicaments sur ordonnance consommés à des fins non médicales pose et continuera à poser de grandes difficultés, dans le meilleur des cas, étant donné les moyens disponibles d'application de la loi pénale. Des efforts importants sont actuellement faits pour contrôler ou diminuer cette forme de commerce « virtuel » de médicaments, mais il est improbable que ces efforts modifient de manière significative la quantité de médicaments sur ordonnance qu'il est possible d'obtenir par ces canaux pour ceux qui ont accès à un ordinateur, à l'Internet et à une carte de crédit (soit, la majorité des Canadiens).

Un élément clé dans le débat plus large sur les politiques portant sur les mécanismes éventuels de contrôle, législatifs et réglementaires, ayant trait à la consommation à des fins non médicales des médicaments sur ordonnance concerne le contrôle plus étroit des fournisseurs de soins médicaux et de médicaments (soit, les médecins et les pharmaciens), p. ex., au moyen de l'examen ou de la vérification plus stricte de la conformité aux exigences relatives au contrôle des drogues, à l'émission des ordonnances, à l'administration des médicaments et à la reddition de compte, ainsi que de divers modèles ou variations de « programmes de surveillance des ordonnances » (PSO). Les PSO sont des mécanismes par lesquels – soit au moyen des documents papier relatifs aux ordonnances ou à l'administration des médicaments, soit au moyen des programmes d'entrée ou de surveillance de données électroniques – des données sont recueillies relativement aux activités de prescription et d'administration de médicaments sur ordonnance choisis, des médecins et des pharmaciens, ainsi que relativement au moment et aux quantités des médicaments respectifs prescrits ou administrés à des patients individuels. L'utilisation des PSO – en théorie – permet d'empêcher, de détecter ou de réprimer les prescriptions ou administrations irrégulières de médicaments par les professionnels de la santé (p. ex., la prescription excessive de médicaments) ou les comportements déviants de patients (p. ex., l'obtention d'ordonnances

multiplés). Au Canada, des PSO ou, selon le nom qui leur est donné, des « programmes d'ordonnances en trois exemplaires » sont en place dans certaines provinces, bien que – en raison de la responsabilité première et relativement indépendante des provinces en ce qui concerne la prestation de soins de santé – ils soient conçus et mis en application de manière assez incohérente (El-Aneed et al., 2009; College of Physicians et Surgeons of Alberta: 2004).

Également, au vu du fait crucial que les médicaments sur ordonnance dont il est question ici sont d'abord et avant tout des produits médicaux ou pharmaceutiques mis au point pour être utilisés dans des domaines clés des soins médicaux (p. ex., la douleur, la santé mentale, les troubles du sommeil), il existe, en ce qui a trait aux mécanismes de contrôle mentionnés précédemment, d'importantes considérations théoriques et des expériences empiriques documentées, qui sont d'un grand intérêt en vue de l'élaboration de politiques sensées. De manière très spécifique, un défi crucial est de choisir, de définir et d'élaborer des mécanismes de contrôle (p. ex., des PSO – voir également ci-après) qui soient efficaces pour empêcher la consommation à des fins non médicales de médicaments sur ordonnance ou des dommages connexes, tout en évitant les formes éventuelles de « dommages collatéraux » dans les domaines des soins médicaux dans lesquels les médicaments sur ordonnance dont il est question ici sont requis et utilisés dans l'intérêt des soins à donner au patient et de la santé publique et individuelle (Joranson et al., 2002; Joranson et Gilson, 2006; Simoni-Wastila, 2001; Simoni-Wastila et al., 2004a; Brushwood, 2003; Fischer et al., 2008c; Fishman, 2006; Hurwitz, 2005).

Des expériences empiriques à cet égard pertinentes ont été faites, principalement aux É.-U. En général, – même si les É.-U. sont de loin le pays qui présente le plus haut taux de consommation d'OO à des fins médicales au monde – on reconnaît généralement que le phénomène de l'« opioïphobie » a, depuis des décennies, nui et fait obstacle à une efficacité suffisante ainsi qu'à la disponibilité et à l'accessibilité des soins administrés contre la douleur aux É.-U. (et que cela continue ailleurs dans le monde, reconnaissant également que les données montrent de manière incontestable que les soins prodigués contre la douleur dans la plupart des régions du monde sont insuffisants, ce qui est lamentable et inhumain). L'« opioïphobie » a fait obstacle à l'administration de soins adéquats contre la douleur aux É.-U. et ailleurs depuis les débuts du XX^e siècle, lorsque l'accoutumance aux formes originelles d'opioïdes (p. ex., la morphine) est devenue largement prévalente et a conduit à la surveillance et aux contrôles légaux restrictifs – et punitifs – des opioïdes (qui diffèrent de ceux relatifs à la plupart des autres formes de produits pharmaceutiques) (Morgan, 1985; Bennett et Carr, 2001; Rhodin, 2006). Les rapports qui faisaient état des propriétés toxicomanogènes des opioïdes de même que les contrôles législatifs stricts et punitifs relatifs aux médicaments sur ordonnance contenant des opioïdes ont créé, jusqu'à nos jours, chez les fournisseurs de soins médicaux, une mythologie ou une culture de peur (« phobie ») concernant la consommation éventuelle de ces médicaments pour les soins médicaux, ce qui a eu pour effet de faire obstacle à l'administration de soins médicaux et de santé adéquats, accessibles et efficaces reposant sur ces médicaments (ibidem). Il faut reconnaître l'« opioïphobie » et y faire obstacle, notamment au moyen de la formation et de

l'éducation des médecins, et reconnaître également qu'il est nécessaire d'en tenir compte comme d'un élément crucial dans les interventions éventuelles visant à s'attaquer au problème de la consommation à des fins non médicales des médicaments sur ordonnance et du détournement de ces médicaments.

L'un des principaux outils mis au point aux É.-U. pour contrôler la consommation à des fins non médicales des produits pharmaceutiques psychoactifs sont les programmes appelés programmes de surveillance des ordonnances (PSO). Le premier PSO a été établi dans l'État de New York dans les années 1910 et des PSO sont aujourd'hui en place dans environ les deux tiers des États américains (Office of Diversion Control, 2008). L'objectif primordial des PSO est essentiellement de permettre à un pouvoir central de surveiller et de contrôler les ordonnances et l'administration de certaines drogues contrôlées afin d'empêcher et de réprimer « l'obtention d'ordonnances multiples », les contrefaçons d'ordonnances, les faux, les détournements, etc. (soit, l'abus de médicaments du côté de la demande) ainsi que les ordonnances ou les administrations excessives de médicaments (p. ex., en raison de l'inconduite de médecins ou de pharmaciens). Les premiers PSO reposaient sur l'utilisation d'ordonnances en deux ou trois exemplaires, dont l'une était envoyée à un organisme désigné chargé de recueillir des données et de surveiller le médicament prescrit ou administré. Les versions actuelles ou modernes des PSO reposent sur l'entrée de données électroniques, le monitoring et l'analyse, ce qui peut en grande partie se faire en temps réel (ou presque en temps réel) grâce aux systèmes avancés. Tous les PSO aux É.-U. reposent sur l'État et il n'existe pas de PSO ou de base de données centrale au niveau fédéral, quoique les bases de données des PSO fassent régulièrement l'objet d'examen par les autorités de contrôle fédérales et qu'il existe des mesures incitatives au palier fédéral pour que les États mettent en place des PSO modernes (c'est-à-dire électroniques) (Fishman et al., 2004; Brushwood, 2003; Office of Diversion Control, 2008).

Quoique les autorités gouvernementales et les autorités chargées de l'application de la loi croient généralement que les PSO sont des outils efficaces pour empêcher la consommation à des fins non médicales et le détournement des substances contrôlées et qu'ils en fassent la promotion à ce titre, les données empiriques disponibles donnent un tableau beaucoup plus complexe et varié, lequel est néanmoins d'importance cruciale pour élaborer en ce domaine des politiques sensées et reposant sur les données (Brushwood, 2003; Office of Diversion Control, 2008). Le premier élément d'importance cruciale à considérer est que, dans l'ensemble, les PSO semblent être associés à des niveaux inférieurs d'ordonnances de substances contrôlées ou donner lieu, lorsqu'ils sont mis en place, à une diminution du nombre des ordonnances. Dans les États de l'Idaho, de New York, du Rhode Island et du Texas, les niveaux de prescription de substances de l'annexe II ont diminué selon des taux entre 50 % et 64 % après la mise en place de PSO (Fishman, 2006). En 1989, les États des É.-U. qui étaient dotés de PSO comptaient 1,8 % de toutes les ordonnances prescrites pour les substances de l'annexe II et les États sans PSO en comptaient 4,7 % (Wastila et Bishop, 1996). Curtis et al. ont étudié les niveaux de prescriptions d'opioïdes dans les États américains, en se fondant sur les demandes de règlement d'assurance

médicament, consignées en 2000 dans une grande base de données pour tout le pays, qui visaient des médicaments sur ordonnance. Les taux des demandes de règlement selon les États variaient beaucoup, de <20 demandes à >100 demandes pour les OO par 1 000 demandes au total. Les auteurs ont conclu que [TRADUCTION]« la présence d'un [PSO] à la grandeur de l'État est associée à des taux de demandes de règlement inférieurs » (Curtis et al., 2006). Quoique les PSO semblent être associés à des niveaux généraux d'ordonnances de substances contrôlées inférieurs ou réduits, il n'y a actuellement [TRADUCTION] « guère de preuve démontrant que les [PSO] empêchent réellement la consommation abusive de médicaments et leur détournement » (Joranson et Gilson dans (Brushwood, 2003; Fishman, 2006)). En d'autres mots, quoique, dans l'ensemble, le nombre des ordonnances de substances contrôlées prescrites dans les États dotés de PSO tend à être plus bas, il n'y a guère de preuves concrètes, sinon aucune, que ces diminutions résultent de l'élimination du détournement, de la mauvaise utilisation ou de l'abus de substances contrôlées.

Le second élément important à considérer est qu'il est possible que les PSO donnent en fait lieu à des conséquences négatives non prévues considérables en ce qui a trait à l'accès aux soins cliniques ou à la qualité de ces soins. Concrètement, cela a trait à « l'effet paralysant », comme on le désigne, des PSO, qui fait en sorte que les médecins ont moins tendance à prescrire toute substance strictement contrôlée, ou ont plus tendance à les prescrire plus tard dans l'évolution des symptômes ou selon des doses ou des concentrations plus petites, comportement qui pourrait être l'effet de la peur de la surveillance, des problèmes éventuels ou du désagrément des procédures réglementaires (p. ex., (Brushwood, 2003)). Cet « effet paralysant » – qui est bien sûr tout à fait problématique dans le domaine de la douleur, domaine dans lequel on s'est battu fort ces dernières années pour améliorer la qualité des soins en augmentant l'accès et les doses dans la plupart des cas – a été mise en évidence en pratique par la comparaison des pratiques pertinentes en matière de soins ou de prescription d'ordonnances (p. ex., pour le traitement de la douleur) ainsi que par des enquêtes sur les attitudes des médecins (p. ex., (Wastila et Bishop, 1996)). Par exemple, selon une étude sur les pratiques de prescriptions d'opioïdes pour les douleurs du bas du dos dans les États américains, il existait une variation significative entre les États quant aux prescriptions hâtives d'opioïdes qui [TRADUCTION] « s'expliquaient presque entièrement par des facteurs contextuels au niveau de l'État » ((Webster et al., 2009):162), soit la présence ou l'absence de PSO. De plus, des éléments de preuve tendent à montrer qu'il existe une association entre la diminution de la qualité des soins cliniques et la mise en place ou en vigueur de PSO, ce qui s'explique en grande mesure par « l'effet de substitution », comme on le désigne et que Fishman décrit ainsi : [TRADUCTION] « Il est bien établi que les médecins qui sont confrontés à des obstacles à la prescription d'un certain type de médicament tendent souvent à se tourner vers des médicaments qui sont moins examinés, même s'ils sont moins efficaces ou plus dommageables » ((Fishman, 2006), voir aussi (Fishman et al., 2004)). Plus particulièrement, après que les benzodiazépines, dans l'État de New York, ont été soumises en 1989 à l'éventail des exigences prévues dans les PSO, le taux d'ordonnances de benzodiazépines a baissé, mais [TRADUCTION] « on a assisté à l'augmentation de médicaments de remplacement qui étaient

souvent moins optimaux du point de vue thérapeutique, pour lesquels le risque de toxicité était plus grand et qui étaient aussi susceptibles, ou même plus, de donner lieu à des abus » (Fishman, 2006; Weintraub et al., 1991). Quoique les surdoses liées aux benzodiazépines aient légèrement diminué, il y a eu une augmentation de 30 % des surdoses de sédatifs-hypnotiques qui n'étaient pas des benzodiazépines dans l'année suivant l'entrée en vigueur des exigences prévues dans les PSO (ibidem). Plus récemment (2004) en Californie, on a découvert que les PSO en trois exemplaires de l'État avaient manifestement donné lieu à des niveaux comparativement plus bas d'ordonnances d'Oxycontin, mais que la Californie présentait un taux disproportionnellement élevé d'ordonnances d'opioïdes de l'annexe III (p. ex., l'hydrocodone (Vicodine) (Fishman, 2006)). Ces tendances sont remarquables, car on avait noté que la prévalence de l'hydrocodone, lors des visites dans les salles d'urgence ayant trait à la consommation d'OO aux É.-U., était plus élevée que celle de l'Oxycontin (Paulozzi et al., 2006).

8. Questions non traitées/conclusions

La consommation à des fins non médicales de médicaments sur ordonnance et les méfaits qui l'accompagnent constituent au Canada un problème important et, du moins en ce qui a trait aux OO, croissant, dont les chercheurs et les décideurs n'ont pris conscience – et qu'ils n'ont commencé à étudier – que récemment (voir (Fischer et al., 2008c)). De bien des façons, par conséquent, le Canada se trouve sur le point d'entrer dans une phase très importante d'élaboration de politiques, dans laquelle les bons choix d'élaboration de politiques doivent être pris et les erreurs, être évitées. Ce qui rend le domaine de la consommation à des fins non médicales des médicaments sur ordonnance complexe et difficile du point de vue de l'élaboration de politiques est que ce phénomène de consommation ne se limite pas aux substances « illégales » et ne se définit pas exclusivement par la consommation de telles substances (comme c'est le cas pour la définition de formes plus conventionnelles de consommation de drogues illégales, comme le cannabis ou la cocaïne), mais qu'il concerne un ensemble de médicaments qui sont des substances pharmaceutiques importantes jouant un rôle majeur dans des domaines clés des soins médicaux (p. ex., la douleur, la psychiatrie, les soins des troubles du sommeil). Dans ce contexte, l'élaboration des politiques doit tenir compte d'éléments et de considérations procédant de divers domaines et les envisager sous différents angles, car les décisions et les mesures stratégiques visant à s'attaquer au problème de la consommation à des fins non médicales des médicaments sur ordonnance, quelles qu'elles soient, peuvent facilement causer des dommages considérables ou nuire à la disponibilité, à l'accessibilité et à la qualité des soins dans ces domaines médicaux connexes, ce qui ne peut et ne devrait jamais être le résultat de l'élaboration de politiques (voir aussi (Joranson et Gilson, 2006; Hurwitz, 2005; Fishman, 2006)). En gardant particulièrement à l'esprit l'élaboration de mesures ou de politiques en matière de droit pénal ou de justice pénale qui visent le problème de la consommation à des fins non médicales des médicaments sur ordonnance, nous désirons exhorter explicitement les décideurs à faire preuve d'une prudence et d'une retenue extrêmes, et à n'utiliser les outils disponibles qu'après avoir considéré les meilleurs éléments d'information disponibles tout en étant par principe disposés à retirer toutes les mesures éventuellement mises en application s'il est démontré qu'elles conduisent à des effets négatifs ou indésirables dans la population ou dans tout domaine pertinent de mesures stratégiques.

Nous voudrions présenter ou répéter les principales raisons pour cela. Tout d'abord, les politiques et les mesures de contrôle relatives à la consommation des substances psychoactives – en particulier en ce qui a trait aux soi-disant « drogues illégales » – ont traditionnellement été dominées par le droit pénal et des mécanismes juridiques au Canada, même si ces derniers n'ont généralement pas été dans l'intérêt de la santé individuelle des consommateurs ou dans celui de la santé publique et que, de bien des manières, ils entraînaient ou empiraient des problèmes à cet égard (voir (Fischer, 1999; Giffen et al., 1991)). À l'exception de mesures ciblées précises, lorsqu'il est démontré que la dissuasion fonctionne (p. ex., dans la prévention de la conduite avec facultés affaiblies) et que punir semble souhaitable des points de vue normatif et social (p. ex., la

vente de drogues en vue de faire un profit par des non-toxicomanes), les pouvoirs en matière d'application de la loi et de peines ainsi que la justice pénale ne devraient être utilisés et appliqués qu'avec une extrême prudence. Nous affirmons cela en ayant particulièrement à l'esprit la possibilité, au moins théorique, qu'une approche plus active ou intensifiée de « criminalisation » soit prise relativement aux populations, importantes et croissantes, de personnes qui consomment à des fins non médicales des médicaments sur ordonnance au Canada. De tels consommateurs comprennent des jeunes ainsi que des individus de la société canadienne, de toutes appartenances socioéconomiques, culturelles et régionales.

Comme cela a été expliqué à la section 6, une variable particulièrement importante est que, du point de vue empirique, la mesure dans laquelle les diverses formes de consommation à des fins non médicales de médicaments sur ordonnance, au Canada, répondent à des raisons médicales ou liées à la santé – notamment, la dépendance, une comorbidité non diagnostiquée ou non traitée, la détresse psychologique ainsi que la disponibilité, l'accessibilité ou l'abordabilité limitée de soins médicaux convenables comportant des médicaments sur ordonnance – ou à une forme d'automédication, etc. n'est nullement claire actuellement. Comme cela est documenté dans plusieurs études citées précédemment, la présence de comorbidités clés (p. ex., la douleur et les troubles psychiatriques) chez les populations qui abusent des médicaments sur ordonnance est énormément élevée (Novak et al., 2009; Subramaniam et Stitzer, 2009; Rosenblum et al., 2007). De plus, pour de nombreuses personnes, il arrive que la dépendance aux médicaments sur ordonnance ou la consommation à des fins non médicales de tels médicaments résulte des soins médicaux qu'elles ont antérieurement reçus et au cours desquels on leur a administré des médicaments sur ordonnance sans les en sevrer convenablement par la suite, ce qui a provoqué la dépendance, etc. Ces causes et dynamiques – dont la prévalence, selon ce que l'on croit, est très grande dans le nombre total actuel des incidents de consommation à des fins non médicales de médicaments sur ordonnance, même si on ne dispose actuellement d'aucune donnée précise pour le Canada – sont d'abord et avant tout des problèmes de santé qu'il convient de traiter au moyen d'interventions touchant à la santé ou d'améliorations des soins de santé, plutôt qu'en recourant au droit pénal ou à des mesures d'application de la loi ou de la justice pénale. Nous avons besoin de manière urgente de beaucoup plus de recherche sur ces questions pour mieux faire valoir et illustrer de manière empirique les arguments présentés ci-dessus, bien que, sur le fondement des seules considérations sommairement esquissées ci-dessus, le rôle et la place des mesures reposant sur la justice pénale dans la stratégie changeante d'ensemble visant à s'attaquer au phénomène de la consommation à des fins non médicales des médicaments sur ordonnance seront probablement, de manière appropriée, plutôt secondaires (comparativement en particulier aux mesures fondées sur les considérations liées à la santé) et prendront pour cible des aspects très limités et précis du problème.

Un autre point additionnel à faire valoir est que les évaluations actuelles, les interventions et les appels à la prise de mesures, en ce qui a trait au problème de la consommation à des fins non médicales des médicaments sur ordonnance, placent la racine du problème au niveau individuel

(p. ex., des individus déviants qui cherchent à obtenir un « effet euphorique » en essayant d'exploiter les effets psychoactifs des médicaments sur ordonnance visés dans le présent travail, ou des personnalités ou des comportements « toxicomanes », etc.) et recommandent pour solution de mettre en place des mécanismes permettant de reconnaître de tels individus et de les empêcher d'avoir accès aux substances en cause ou d'en « abuser ». Ces perspectives – qui dans une large mesure et de façon problématique – nuisent à la prise en compte des points de vue et des explications qui reposent sur des déterminants ou des dynamiques systémiques, relativement au problème important et croissant de la consommation à des fins non médicales des médicaments sur ordonnance. Par exemple, les taux comparativement élevés – par rapport à d'autres pays industrialisés ou d'autres régions du monde – de consommation d'ensemble des médicaments sur ordonnance au Canada peuvent témoigner de la grande disponibilité de ces médicaments lorsqu'ils sont nécessaires pour l'administration des soins appropriés ou les meilleurs possible, mais ils peuvent aussi refléter un usage trop généreux de ces médicaments – qui contribuerait aux [TRADUCTION] « environnements riches en médicaments sur ordonnance » – lorsqu'ils ne sont pas vraiment importants ou indiqués, ou empêcher de procéder à d'autres interventions (Fisher et al., 2008b). En 2001, l'OICS dans un communiqué de presse relatif à son rapport mondial sur les drogues annuel déplorait [TRADUCTION] « l'usage excessif et la surconsommation très étendue » des narcotiques et des médicaments psychotropes (dont les OO et les benzodiazépines) dans le monde industriel, qui – comme cela est facilité de manière importante par « le marketing agressif [...] les pratiques d'ordonnance incorrectes ou non éthiques [...] et la grande disponibilité » des substances en cause, ont conduit à un problème étendu et croissant d'abus et de détournement et à des problèmes connexes (Organe international de contrôle des stupéfiants, 2001). Parmi les mesures qu'il préconise, l'OICS appelle à instaurer une [TRADUCTION] « culture d'ordonnances plus rationnelle », comme une étape clé nécessaire pour résoudre ces problèmes.

Pour illustrer de manière concrète l'étude de cas du Canada : le taux de consommation à des fins médicales des OO relativement à la population du Canada est environ deux fois supérieur à celui de l'Australie, quatre fois supérieur à celui du R.-U. et 20 fois supérieur à celui du Japon (Organe international de contrôle des stupéfiants, 2008a). Sans examiner des données précises, il est très improbable que les niveaux d'ensemble de la prévalence de la douleur aiguë ou chronique au Canada soient deux fois supérieurs à ceux de l'Australie, quatre fois supérieurs à ceux du R.-U. et 20 fois supérieurs à ceux du Japon. Au Canada, ainsi que dans beaucoup d'autres pays industrialisés, les taux des ordonnances trop généreuses de benzodiazépines sont un sujet de débat depuis des décennies, mais ces débats n'ont pas réellement conduit à des changements ou restrictions fondamentaux (Rogers et al., 2007; Busto et al., 1996; Hamilton et al., 1990; Schiralli et McIntosh, 1987). Cela est un fait important du système de santé que, même dans le contexte d'un système de soins de santé public ou étatique (ce qui signifie que les soins sont surtout payés par les pouvoirs publics, c'est-à-dire au moyen de fonds provenant des impôts), les médecins du système canadien de soins de santé sont encore financièrement récompensés – c'est-à-dire qu'ils ont un incitatif financier à rédiger des ordonnances – et ils ne sont pas payés – n'ont pas un

incitatif financier – pour éviter de rédiger une ordonnance lorsqu'ils examinent un patient. Par ailleurs, dans le cadre des paramètres socioculturels distincts du monde industrialisé occidental, relatifs aux soins de santé et aux relations médecin-patient, une grande proportion des patients – lesquels sont aussi influencés par la publicité préparée par les compagnies de produits pharmaceutiques qui prend les consommateurs pour cible directe – qui présentent des problèmes de santé ou des symptômes s'attendent à recevoir un traitement rapide et palpable sous la forme d'un produit pharmaceutique ou d'une « pilule » et font souvent des demandes précises quant aux médicaments qu'ils voudraient qu'on leur prescrive (Mintzes et al., 2002; Gilbody et al., 2005; Stevenson et al., 2000; Maddox et Katsanis, 1997). Même avant que l'on observe les sommets actuels de la consommation à des fins non médicales des médicaments sur ordonnance, le Canada était le pays présentant de loin le plus haut taux de consommation par personne de codéine dans le monde, ce qui reflétait dans une grande mesure le fait que des « produits de masse » pharmaceutiques en vente libre (p. ex., les sirops pour la toux ou les médicaments contre la douleur bénigne) étaient disponibles, dont la codéine, et qu'ils étaient donc utilisés en grande quantité (voir l'Organe international de contrôle des stupéfiants, 2002; Romach et al., 1999). Le Canada présente aussi l'un des taux les plus bas d'utilisation d'autres formes de soins thérapeutiques, p. ex. homéopathiques, dans les pays occidentaux/industrialisés (p. ex., (Fernandez et al., 1998; Hollenberg, 2006).

Il se peut que tous les indicateurs systémiques mentionnés ci-dessus contribuent de manière importante à augmenter les taux élevés et croissants, actuellement observés, de consommation à des fins non médicales de médicaments sur ordonnance au Canada et l'on devrait en conséquence considérer des révisions ou des interventions respectives – au-delà de l'insistance première sur les « patients déviants » – comme des points potentiellement importants sur lesquels faire porter nos actions ou comme des cibles de prévention ou des mesures stratégiques.

Bibliographie

Addictions Services Regina Qu'Appelle Health Region (2006). *CCENDU Regina and Area 2004 Report* Regina: Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.

Adlaf, E. et Pagila-Boak, A. (2005). Drug Use Among Ontario Students 1977-2005: OSDUS highlights. http://www.camh.ca/en/research/news_and_publications/ontario-student-drug-use-and-health-survey/Documents/2011%20OSDUHS%20Docs/2011OSDUHS_Highlights_DrugUseReport.pdf [En ligne].

Adlaf, E. M. et Paglia-Boak, A. (2007). Drug use among Ontario students: Detailed OSDUHS findings: 1977-2007. http://www.camh.ca/en/hospital/Documents/www.camh.net/OSDUHS2007_DrugDetailed_final.pdf [En ligne].]

Adlaf, E. M., Paglia-Boak, A. et Brands, B. (2006). Use of OxyContin by adolescent students. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 174, p. 1303.

Adlaf, E., A. Demers et L. Gliksman (2005b). *Enquête sur les campus canadiens, 2004*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Adlaf, E., P. Begin et E. Sawka (2005a). Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : la prévalence de l'usage et les méfaits : rapport détaillé. <http://www.ccsa.ca/2005%20CCSA%20Documents/ccsa-004029-2005.pdf> [En ligne].

Anonyme (2005). Prescription opioid addiction leads many to methadone treatment. *Alcoholism and Drug Abuse Weekly*, 17, 1-3-5.

Anthony, J., Warner, L. et Kessler, R. (1994). Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the national comorbidity survey. *Experimental & Clinical Psychopharmacology*, 2, p. 244 à 268.

Babor, T., Caetano, R., Casswell, S., Edwards, G., Giesbrecht, N., Graham, K. et al. (2003). *Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy*. Oxford and London: Oxford University Press.

Banta-Green, C., Merrill, J., Doyle, S., Boudreau, D. et Calsyn, D. (2009). Measurement of opioid problems among chronic pain patients in a general medical population. *Drug and Alcohol Dependence*, 104, p. 43 à 49.

Barrett, S., Darredeau, C. et Pihl, R. (2006). Patterns of simultaneous polysubstance use in drug using university students. *Human Psychopharmacology*, 21, p. 255 à 263.

Beare, M. (2002). Organized corporate criminality - Tobacco smuggling between Canada and the US. *Crime, Law and Social Change*, 37, p. 225 à 243.

- Beau Dietl et associés (2006). *"You've Got Drugs!" Prescription drug pushers on the Internet: 2006 update. A CASA White Paper*. New York: The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University.
- Becker, W., Fiellin, D. et Desai, R. (2007). Non-medical use, abuse and dependence on sedatives and tranquilizers among U.S. adults: Psychiatric and socio-demographic correlates. *Drug and Alcohol Dependence*, 90, p. 280 à 287.
- Becker, W., Sullivan, L., Tetrault, J., Desai, R. A. et Fiellin, D. A. (2008). Non-medical use, abuse and dependence on prescription opioids among U.S. adults: Psychiatric, medical and substance use correlates. *Drug and Alcohol Dependence*, 94, p. 38 à 47.
- Bennett, D. et Carr, D. (2001). Opiophobia as a barrier to the treatment of pain. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*, 16, p. 105 à 109.
- Birnbaum, H., White, A., Reynolds, J., Greenberg, P., Zhang, M., Vallow, S. et al. (2006). Estimated costs of prescription opioid analgesic abuse in the United States in 2001: A societal perspective. *The Clinical Journal of Pain*, 22, p. 667 à 676.
- Boyd, C. J., McCabe, S. E. et Teter, C. J. (2006). Medical and nonmedical use of prescription pain medication by youth in a Detroit area public school district. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, p. 37 à 45.
- Boyd, C.J., McCabe, S. E., Cranford, J.A. et Young, A. (2007). Prescription drug abuse and diversion among adolescents in a Southeast Michigan school district. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161, p. 276 à 281.
- Boyer, E. et Wines, J. (2008). Impact of internet pharmacy regulation on opioid analgesic availability. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 69[5], p. 703 à 708.
- Brands, B., Blake, J. et Marsh, D. (2002). Changing patient characteristics with increased methadone maintenance availability. *Drug and Alcohol Dependence*, 66, p. 11 à 20.
- Brands, B., Blake, J., Sproule, B., Gourlay, D. et Busto, U. (2004). Prescription opioid abuse in patients presenting for methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, p. 199 à 207.
- Brands, B., Sproule, B. et Marshman, J. (1998). *Drugs and Drug Abuse: A Reference Text*. Toronto : Fondation de la recherche sur la toxicomanie. 3rd Edition.
- Brushwood, D. (2003). Maximizing the value of electronic prescription monitoring programs. *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, 31, p. 41 à 54.
- Busto, U. et Sellers, E. (1991). Pharmacologic aspects of benzodiazepine tolerance and dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, p. 29 à 33.
- Busto, U., Bendayan, R. et Sellers, E. (1989). Clinical pharmacokinetics of non-opiate abused drugs. *Clinical Pharmacokinetics*, 16, p. 1 à 26.

- Busto, U., Romach, M. et Sellers, E. (1996). Multiple drug use and psychiatric comorbidity in patients admitted to the hospital with severe benzodiazepine dependence. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16, p. 51 à 57.
- Charlson, F., Degenhardt, L., McLaren, J., Hall, W. et Lynskey, M. (2009). A systematic review of research examining benzodiazepine-related mortality. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 18, 93 à 108.
- CHASE Project Team (2005). *Community Health And Safety Evaluation (CHASE) Project: Final report* Vancouver: Vancouver Coastal Health Authority.
- Cicero, T. J., Lynskey, M., Todorov, A., Inciardi, J. A. et Surratt, H. L. (2008a). Co-morbid pain and psychopathology in males and females admitted to treatment for opioid analgesic abuse. *Pain*, 139, p. 127 à 135.
- Cicero, T. J., Shores, C., Paradis, A. et Ellis, M. (2008b). Source of drugs for prescription opioid analgesic abusers: A role for the internet? *Pain Medicine* 9[6], p. 718 à 723.
- College of Physicians and Surgeons of Alberta: (2004). Triplicate Prescription Program: Information for the pharmacist.
http://www.pharmacists.ab.ca/document_library/tppinforforpharmacist.pdf [En ligne].
- Community Epidemiology Work Group (2008). *Epidemiologic trends in drug abuse: Proceedings of the Community Epidemiology Work Group. Volume II* Bethesda, MD: Division of Epidemiology, Services and Prevention Research. National Institutes of Health.
- Compton, W. M. et Volkow, N. D. (2006). Major increases in opioid analgesic abuse in the United States: concerns and strategies. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, p. 103 à 107.
- Covell, K. (2004). *Adolescents and drug use in Cape Breton: A focus on risk factors and prevention* Cape Breton: Children's Rights Centre, University College of Cape Breton.
- Curtis, L., Stoddard, J., Radeva, J., Hutchison, S., In, P., Wright, A. et al. (2006). Geographic variation in the prescription of schedule II opioid analgesics among outpatients in the United States. *Health Services Research*, 41, p. 837 à 855.
- Darke, A. et Stewart, J. (1999). Efficacy and abuse potential of opioid analgesics and the treatment of chronic noncancer pain. *Pain Research and Management*, 4, p. 104 à 109.
- Darke, S. et Zador, D. (1996). Fatal heroin "overdose": a review. *Addiction*, 91, p. 1764 à 1772.
- Darke, S., Degenhardt, L. et Mattick, R. (2007). *Mortality amongst illicit drug users: Epidemiology, causes and intervention*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dauvergne, M. (2009). Tendances des infractions relatives aux drogues déclarées par la police au Canada, *Juristat*, 29.

Davis, W. et Johnson, B. (2008). Prescription opioid use, misuse, and diversion among street drug users in New York City. *Drug and Alcohol Dependence*, 92, p. 267 à 276.

Dekker, A. (2007). What is being done to address the new drug epidemic? *Journal of the American Osteopathic Association*, p. 107, ES21 à ES26.

Department of Health and Human Services (2009). Treatment Episode Data Sets (TEDS) Highlights - 2007. National admissions to substance abuse treatment services. <http://www.dasis.samhsa.gov/teds07/tedshigh2k7.pdf> [En ligne].

Dhalla, I., Mamdani, M., Sivilotte, M., Kopp, A., Qureshi, O. et Juurlink, D. (2009). Opioid analgesic prescribing and mortality before and after the introduction of long-acting oxycodone in Ontario. *Journal de l'Association médicale canadienne*, publié; vol. 181, n° 12, p. 891 à 896. Voir <http://www.cmaj.ca/content/181/12/891.abstract>

Dowling, K., Storr, C. L. et Chilcoat, H. D. (2006). Potential influences on initiation and persistence of extramedical prescription pain reliever use in the US population. *Clinical Journal of Pain*, 22, p. 776 à 783.

Drogue et alcool – Système d'information sur le traitement (DASIT) (2008). Substance abuse statistical tables. <http://www.datis.ca/pub/reports/DATIS%20Substance%20Abuse%20Statistical%20Tables%20FY200708%20to%20FY201112.pdf> [En ligne].

Egger M, Smith GD, Altman DG (2001). *Systematic reviews in health care. Meta-analysis in context*. London, UK: BMJ Books.

El-Aneed, A., Alaghebandan, R., Gladney, N., Collins, K., MacDonald, D. et Fischer, B. (2009). Prescription drug abuse and methods of diversion: The potential role of a pharmacy network. *J Subst Use*, 14, p. 75 à 83.

Epidemiology and Disease Control and Population Health Surveillance Unit (2006). *I-Track Survey: Enhanced surveillance of risk behaviours and prevalence of HIV and hepatitis C among people who inject drug: Victoria site report* Victoria: Vancouver Island Health Authority and Agence de la santé publique du Canada.

Fanton, L., Bévalot, F., Schoendorff, P., Lalliard, S., Jdeed, K. et Malicier, D. (2007). Toxicologic aspects of deaths due to falls from height. *American Journal of Forensic Medical Pathology*, 28, p. 262 à 266.

Fernandez, C., Stutzer, C., MacWilliam, L. et Fryer, C. (1998). Alternative and complementary therapy use in pediatric oncology in British Columbia: prevalence and reasons for use and nonuse. *Journal of Clinical Oncology*, 16, p. 1279 à 1286.

Firestone-Cruz, M. et Fischer, B. (2008). A qualitative exploration of prescription opioid injection among street-based drug users in Toronto: behaviours, preferences and drug availability. *Harm Reduction Journal*, 5, p. 30.

- Fischer, B. (1999). Prohibition, public health and a window of opportunity: An analysis of Canadian drug policy, 1985-1997. *Policy Studies*, 20, p. 197 à 210.
- Fischer, B. (2003). Illegale Opiatsucht, Behandlung und ökonomische Kostenforschung - ein beispielhafter Überblick und eine Diskussion aus sozialwissenschaftlicher Perspektive [Illicit opioid dependence, treatment and economic cost research - a selective review and discussion from a social science perspective]. *Sucht*, 4, p. 2 à 7.
- Fischer, B. et Rehm, J. (2008). Nonmedical use of prescription opioids: Furthering a meaningful research agenda. *J Pain*, 9, p. 490 à 493.
- Fischer, B., Brissette, S., Brochu, S., Bruneau, J., el-Guebaly, N., Noel, L. et al. (2004). Determinants of overdose incidents among illicit opioid users in 5 Canadian cities. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 171, p. 235 à 239.
- Fischer, B., De Leo, J., Allard, C., Firestone Cruz, M., Patra, J. et Rehm J. (2009a). Exploring drug sourcing among regular prescription opioid users in Canada: Data from Toronto and Victoria. *Revue canadienne de criminologie et de justice pénale*, 51, p. 55 à 72.
- Fischer, B., Gittins, J. et Rehm, J. (2008b). Characterizing the 'awakening elephant': prescription opioid misuse in North America: Epidemiology, harms, interventions. *Contemporary Drug Problems*, 35, p. 397 à 426.
- Fischer, B., Gittins, J., Kendall, et Rehm J. (2009b). Thinking the unthinkable: Could the increasing misuse of prescription opioids among street drug users offer benefits for public health? *Public Health*, 123, p. 145 et 146.
- Fischer, B., Manzoni, P. et Rehm, J. (2006a). Comparing injecting and non-injecting illicit opioid users in a multisite Canadian sample (OPICAN cohort). *European Addiction Research*, 12, p. 230 à 239.
- Fischer, B., Nakamura, N., Rush, B., Rehm, J. et Urbanoski, K. (2009c). Changes in and characteristics of admissions to substance use treatment related to problematic prescription opioid use in Ontario, 2004-2009. Publié dans PubMed à :
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20197216>
- Fischer, B., Patra, J., Firestone Cruz, M., Gittins, J. et Rehm, J. (2008a). Comparing heroin users and prescription opioid users in a Canadian multi-site population of illicit opioid users. *Drug and Alcohol Review*, 27, p. 625 à 632.
- Fischer, B., Rehm, J., Brissette, S., Brochu, S., Bruneau, J., el-Guebaly, N. et al. (2005). Illicit opioid use in Canada: Comparing social, health and drug use characteristics of untreated users in five cities (OPICAN study). *Journal of Urban Health*, 82, p. 250 à 266.
- Fischer, B., Rehm, J., Goldman, B. et Popova, S. (2008c). Non-medical use of prescription opioids and public health in Canada: an urgent call for research and interventions development. *La Revue canadienne de santé publique*, 99, p. 182 à 184.

- Fischer, B., Rehm, J., Patra, J. et Firestone Cruz, M. (2006b). Changes in illicit opioid use profiles across Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 175, p. 1 à 3.
- Fischer, B., Single, E., Room, R., Poulin, C., Sawka, E., Thompson, H. et Topp, J. (1998). Cannabis use in Canada: Policy options for control. *Options politiques*, p. 34 à 38
- Fishman, S. (2006). Commentary in response to Paulozzi et al: prescription drug abuse and safe pain management. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 15, p. 628 à 631.
- Fishman, S. M., Papazian, J. S., Gonzalez, S., Riches, P. S. et Gilson, A. (2004). Regulating opioid prescribing through prescription monitoring programs: balancing drug diversion and treatment of pain. *Pain Medicine*, 5, p. 309 à 324.
- Forman, R. F. (2006). Innovations: alcohol & drug abuse: narcotics on the net: the availability of web sites selling controlled substances. *Psychiatric Services*, 57, p. 24 à 26.
- Friesen, K., Lemaire, J. et Patton, D. (2008). *Alcohol and other drugs: Students in Manitoba - 2007* Addictions Foundation of Manitoba.
- Garvin, F. (2004). *Safe community coalition of Brockville and District Leeds and Grenville 2004 CCENDU/HEP Report* Brockville: Canadian Community Epidemiology Network on Drug Use & Health, Education and Enforcement Partnership.
- Giffen, J., Endicott, S. et Lambert, S. (1991). *Panic and Indifference - The Politics of Canada's Drug Laws*. Ottawa: Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
- Gilbody, S., Wilson, P. et Watt, I. (2005). Benefits and harms of direct to consumer advertising: a systematic review. *BMJ Quality and Safety in Health Care*, 14, p. 246 à 250.
- Gilson, A., Ryan, K., Joranson, D. E. et Dahl, J. (2004). A reassessment of trends in the medical use and abuse of opioid analgesics and implications for diversion control. *Journal of Pain and Symptom Management*, 28, p. 176 à 188.
- Gliksman, L., A. Demers, E.M. Adlaf, B. Newton-Taylor et K. Schmidt (2000). *Enquête sur les campus canadiens, 1998*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Goldman, B. (2002). Comportement toxicomane, dans R. Jovey (éd.), *La gestion de la douleur : la référence des professionnels canadiens de la santé* (p. 77 à 87), Toronto, Rogers Publishing.
- Goldman, B. (2008). Drug-seeking behaviour. In R. Jovey (Ed.), (p. 119 à 136). Toronto: Rogers Media.
- Goldstein, P. (1985). The drugs/violence nexus: A tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, 15, p. 493 à 506.
- Goodwin, R. et Hasin, D. (2002). Sedative use and misuse in the United States. *Addiction*, 97, p. 555 à 562.

Govitrapong, P., Suttitum, T., Kotchabhakdi, N. et Uneklabh, T. (1998). Alternations of immune functions in heroin addicts and heroin withdrawal subjects. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 286, p. 883 à 889.

GRC Renseignements criminels (2008). Rapport sur la situation des drogues illicites au Canada – 2007. <http://www.rcmp-grc.gc.ca/drugs-drogues/pdf/drug-droque-situation-2007-fra.pdf> [En ligne].

Hamilton, I., Reay, L. et Sullivan, F. (1990). A survey of general practitioners' attitudes to benzodiazepine overprescribing. *Health Bulletin (Edinb)*, 48, p. 299 à 303.

Haydon, E., Rehm, J., Fischer, B., Monga, N. et Adlaf, E. (2005). Prescription Drug Abuse in Canada and the Diversion of Prescription Drugs into the Illicit Drug Market. *La Revue canadienne de santé publique*, 96, p. 459 à 461.

Hegeman, J., van den Bemt, B., Duysens, J. et van Limbeek, J. (2009). NSAIDs and the risk of accidental falls in the elderly: a systematic review. *Drug Safety*, 32, p. 489 à 498.

Hollenberg, D. (2006). Uncharted ground: Patterns of professional interaction among complementary/alternative and biomedical practitioners in integrative health care settings. *Social Science and Medicine*, 62, p. 731 à 744.

Huang, B., Dawson, D., Stinson, F. S., Hasin, D. S., Ruan, W., Saha, T. et al. (2006). Prevalence, correlates, and comorbidity of nonmedical prescription drug use and drug use disorders in the United States: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, p. 1062 à 1073.

Hurwitz, W. (2005). The challenge of prescription drug misuse: A review and commentary. *Pain Medicine*, 6, p. 152 à 161.

Ialomiteanu, A et Adlaf, E.M. (2009). CAMH Monitor 2008: Technical Guide. Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale.
http://www.camh.ca/en/research/Documents/www.camh.net/Research/Areas_of_research/Population_Life_Course_Studies/CAMH_Monitor/CM2008_TechDoc.pdf [En ligne, données non publiées]

Ialomiteanu, A.R., Adlaf, E.M., Mann, R.E. et Rehm J. (2009). *CAMH Monitor eReport. Addiction and mental health indicators among Ontario adults 1977-2007*. Toronto: Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Inciardi, J. A., Surratt, H. L., Kurtz, S. P. et Burke, J. (2006). The diversion of prescription drugs by health care workers in Cincinnati, Ohio. *Substance Use and Misuse*, 41, p. 255 à 264.

Inciardi, J., Surratt, H. L., Cicero, T. J. et Beard, R. (2009). Prescription opioid abuse and diversion in an urban community: The results of an ultrarapid assessment. *Pain Medicine*, 10, p. 537 à 548.

- Inciardi, J., Surratt, H. L., Kurtz, S. et Cicero, T. J. (2007). Mechanisms of prescription drug diversion among drug-involved club- and street-based populations. *Pain Medicine*, 8, p. 171 à 183.
- Jerian, K. (2006). What's a legal system to do? The problem of regulating Internet pharmacies. *Albany Law Review of Science and Technology*, 16, p. 571 à 598.
- Joossens, L. et Raw, M. (2000). How can cigarette smuggling be reduced? *British Medical Journal*, 321, p. 947 à 950.
- Joranson, D. E. et Gilson, A. (2006). Wanted: a public health approach to prescription opioid abuse and diversion. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 15, p. 632 à 634.
- Joranson, D. E. et Gilson, A. (2007). A much-needed window on opioid diversion. *Pain Medicine*, 8, p. 128 et 129.
- Joranson, D., Carrow, G., Ryan, K., Shafer, L., Gilson, A., Good, P. et al. (2002). Pain management and prescription monitoring. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23, p. 231 à 238.
- Kaye, S., Darke, S., Duflou, J. et McKetin, R. (2008). Methamphetamine-related fatalities in Australia: demographics, circumstances, toxicology and major organ pathology. *Addiction*, 103, p. 1353 à 1360.
- Kelly, E., Darke, S. et Ross, J. (2004). A review of drug use and driving: epidemiology, impairment, risk factors and risk perceptions. *Drug and Alcohol Review*, 23, p. 319 à 344.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, p. 231 à 224.
- Lane, J. et AADAC Research Services (2006). *The Alberta Youth Experience Survey (TAYES) 2005* Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC).
- Lankenau, S. E., Sanders, B., Jackson Bloom, J., Hathazi, D., Alarcon, E., Tortu, S. et al. (2007). Prevalence and patterns of prescription drug misuse among young ketamine injectors. *Journal of Drug Issues*, 37, p. 717 à 736.
- Lenton, S. et Heale, P. (2000). Arrest, court and social impacts of conviction for a minor cannabis offence under strict prohibition. *Contemporary Drug Problems*, 27, p. 805 à 833.
- Lenton, S., Humeniuk, R., Heale, P. et Christie, P. (2000). Infringement versus conviction: the social impact of a minor cannabis offence in South Australia and Western Australia. *Drug and Alcohol Review*, 19, p. 257 à 264.
- Leri, F., Stewart, J., Fischer, B., Rehm, J. et al (2005). Patterns of opioid and cocaine co-use: A descriptive study in a Canadian sample of untreated opioid-dependent individuals. *Experimental & Clinical Psychopharmacology*, 13, p. 303 à 310.

- Levy, M. (2007). An exploratory study of OxyContin use among individuals with substance use disorder. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39, p. 271 à 276.
- Littlejohn, C., Baldacchino, A., Schifano, F. et Deluca, P. (2005). Internet pharmacies and online prescription drug sales: A cross-sectional study. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 12, p. 75 à 80.
- MacCoun, R. et Reuter, P. (2001). *Drug War Heresies: Learning from other vices, times, and places*. Cambridge University Press.
- Maddox, L. et Katsanis, L. (1997). Direct-to-consumer advertising of prescription drugs in Canada: Its potential effect on patient-physician interaction. *Journal of Pharmaceutical Marketing and Management*, 12, p. 1 à 21.
- Manzoni, P, Brochu, S, Fischer, B, et Rehm, J (2006). Determinants of Property Crime Among Illicit Opiate Users Outside of Treatment Across Canada. *Deviant Behaviour*, 27, p. 351 à 376.
- Martin, C. (2008). Prescription drug abuse in the elderly. *Consultant Pharmacist*, 23, p. 930 à 934.
- Martin, T. L., Woodall, K. L. et McLellan, B. A. (2006). Fentanyl-related deaths in Ontario, Canada: Toxicological findings and circumstances of death in 112 cases (2002-2004). *J Analytical Toxicology*, 30, p. 603 à 610.
- Martyres, R. F., Clodes, D. et Burns, J. M. (2004). Seeking drugs or seeking help? Escalating "doctor shopping" by young heroin users before fatal overdose. *Medical Journal of Australia*, 180, p. 211 à 214.
- Maurer, H. (2009). Mass spectrometric approaches in impaired driving toxicology. *Analytical and Bioanalytical Chemistry*, 393, p. 97 à 107.
- McCabe, S. E. et Boyd, C. J. (2005). Sources of prescription drugs for illicit use. *Addictive Behaviors*, 30, p. 1342 à 1350.
- McCabe, S. E., Boyd, C. J. et Teter, C. J. (2006). Medical use, illicit use, and diversion of abusable prescription drugs. *Journal of American College Health*, 54, p. 269 à 278.
- McCabe, S. E., Cranford, JA., Boyd, CJ. et Teter, CJ. (2007). Motives, diversion and routes of administration associated with nonmedical use of prescription opioids. *Addictive Behaviors*, 32, p. 562 à 575.
- Miller, N., Greenfeld et A (2004). Patient characteristics and risk factors for development of dependence on hydrocodone and oxycodone. *American Journal of Therapeutics*, 11, p. 26 à 32.
- Mintzes, B., Barer, M., Kravitz, R., Kazanjian, A., Bassett, K., Lexchin, J. et al. (2002). Influence of direct to consumer pharmaceutical advertising and patients' requests on prescribing decisions: two site cross sectional survey. *British Medical Journal*, 324, p. 278 et 279.

- Mitka, M. (2000). Abuse of prescription drugs: Is a patient ailing or addicted? *Journal of the American Medical Association*, 283, p. 1126 et 1127.
- Monga, N., Rehm, J., Fischer, B., Brissette, S., Bruneau, J., el-Guebaly, N. et al. (2007). Using latent class analysis (LCA) to analyze patterns of drug use in a population of illegal opioid users. *Drug and Alcohol Dependence*, 8, p. 1 à 7.
- Morgan, J. (1985). American Opiophobia: Customary underutilization of opioid analgesics. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 5, p. 163 à 172.
- Morgan, S., Raymond, C., Mooney, D. et Martin, D. (2008). The Canadian Rx Atlas: 2nd Edition. http://www.chspr.ubc.ca/sites/default/files/publication_files/chspr08-26_Morgan_CanadianRxAtlas.pdf [En ligne].
- Nielsen, S. et Barratt, M. (2009). Prescription drug misuse: Is technology friend or foe? *Drug and Alcohol Review*, 28, p. 81 à 86.
- Novak, S., Herman-Stahl, M., Flannery, B. et Zimmerman, M. (2009). Physical pain, common psychiatric and substance use disorders, and the non-medical use of prescription analgesics in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 100, p. 63 à 70.
- Office of Diversion Control, U. D. o. J. D. E. A. (2008). Questions and Answers - State prescription drug monitoring programs. http://www.deadiversion.usdoj.gov/faq/rx_monitor.htm [En ligne].
- Organe international de contrôle des stupéfiants (2001). *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2001*, New York, Organisation des Nations Unies.
- Organe international de contrôle des stupéfiants (2002). *Stupéfiants – Évaluations des besoins du monde pour 2003 – Statistiques pour 2001*, New York, Organisation des Nations Unies.
- Organe international de contrôle des stupéfiants (2004). *Stupéfiants – Évaluations des besoins du monde pour 2005 – Statistiques pour 2003*, New York, Organisation des Nations Unies.
- Organe international de contrôle des stupéfiants (2005a). *Stupéfiants – Évaluations des besoins du monde pour 2006 – Statistiques pour 2004*, New York, Organisation des Nations Unies.
- Organe international de contrôle des stupéfiants (2005b). *Substances psychotropes – Statistiques pour 2004 – Prévisions des besoins annuels médicaux et scientifiques concernant les substances des Tableaux II, III et IV de la Convention de 1971 sur les substances psychotropes*, New York, Organisation des Nations Unies.
- Organe international de contrôle des stupéfiants (2008a). *Stupéfiants – Évaluations des besoins du monde pour 2009 – Statistiques pour 2007*. http://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2008/Narcotics_drugs_publication2008.pdf [En ligne].

Organe international de contrôle des stupéfiants (2008b). *Substances psychotropes – Statistiques pour 2007 – Prévisions des besoins annuels médicaux et scientifiques concernant les substances des Tableaux II, III et IV de la Convention de 1971 sur les substances psychotropes*, New York, Organisation des Nations Unies.

Organe international de contrôle des stupéfiants (2009a). *Stupéfiants – Évaluations des besoins du monde pour 2009 – Statistiques pour 2007*, New York, Organisation des Nations Unies.

Organe international de contrôle des stupéfiants (2009b). *Substances psychotropes – Statistiques pour 2007 – Prévisions des besoins annuels médicaux et scientifiques concernant les substances des Tableaux II, III et IV de la Convention de 1971 sur les substances psychotropes*, New York, Organisation des Nations Unies.

Organe international de contrôle des stupéfiants (2009c). *Substances psychotropes – Statistiques pour 2008 – Prévisions des besoins annuels médicaux et scientifiques concernant les substances des Tableaux II, III et IV de la Convention de 1971 sur les substances psychotropes*, New York, Organisation des Nations Unies.

OxyContin Task Force (2004). OxyContin Task Force: Final Report.
http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/oxycontin_final_report.pdf [En ligne].

Passik, S. D., Hays, L., Eisner, N. et Kirsh, K. (2006). Psychiatric and pain characteristics of prescription drug abusers entreing drug rehabilitation. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*, 20, p. 5 à 13.

Patra, J., Fischer, B., Maksimowska, S. et Rehm, J. (2009). Profiling poly-substance use typologies in a multi-site cohort of illicit opioid and other drug users in Canada - a latent class analysis (LCA). *Addiction Research and Theory*, 17, p. 168 à 185.

Paulozzi, L. et Yongli, X. (2008). Recent changes in drug poisoning mortality in the United States by urban-rural status and by drug type. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 17, p. 997 à 1005.

Paulozzi, L., Budnitz, D. et Xi, Y. (2006). Increasing deaths from opioid analgesics in the United States. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 15, p. 618 à 627.

Paulozzi, L., Logan, J., Hall, A., McKinstry, E., Kaplan, J. et Crosby, A. (2009). A comparison of drug overdose deaths involving methadone and other opioid analgesics in West Virginia. *Addiction*, 104, p. 1541 à 1548.

Popova, S., Patra, J., Mohapatra, S., Fischer, B. et Rehm J. (2009). How many people in Canada use prescription opioids non-medically in general and street drug using populations? *La Revue canadienne de santé publique*, 100, p. 104 à 108.

Poulin, C. et Elliot, D. (2007). Student Drug Use Survey in the Atlantic Provinces 2007: Atlantic Technical Report.
http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/atl_tech_report_2007_web_cover.pdf [En ligne].

RCCET (2004). *Winnipeg 2004 Canadian Community Epidemiology Network on Drug Use Report* Winnipeg: RCCET.

Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J. et al. (2006). *The costs of substance abuse in Canada 2002*. Ottawa, Canada: Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT).

Research Group on Drug Use (2004). *Drug Use in Toronto* Toronto: Research Group on Drug Use.

Rhodin, A. (2006). The rise of opiophobia. Is history a barrier to prescribing? *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*, 20, p. 31 et 32.

Rogers, A., Pilgrim, D., Brennan, S., Sulaiman, I., Watson, G. et Chew-Graham, C. (2007). Prescribing benzodiazepines in general practice: a new view of an old problem. *Health*, 11, p. 181 à 198.

Romach, M., Sproule, B., Sellers, E., Somer, G. et Busto, U. (1999). Long-term codeine use is associated with depressive symptoms. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19, p. 373 à 376.

Room, R., Fischer, B., Hall, W., Lenton, S. et Reuter, P. (2008). *The Global Cannabis Commission Report: Cannabis Policy: Moving beyond Stalemate* Oxford: Beckley Foundation and Oxford University Press.

Rosenblum, A., Parrino, M., Schnoll, S., Fong, C., Maxwell, C., Cleland, C. et al. (2007). Prescription opioid abuse among enrollees into methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 90, p. 64 à 71.

Rush, B. (2002). Client characteristics and patterns of service utilization within Ontario's specialized addiction treatment agencies: A provincial report from DATIS. 1^{er} avril 1999 - 31 mars 2000. <http://www.datis.ca/download/DATISClientCharReport.pdf> [En ligne].

Sajan, A., Corneil, T. et Grzybowski, S. (1998). The street value of prescription drugs. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 159, p. 139 à 142.

SAMHSA (2006). *The NSDUH Report: How young adults obtain prescription pain relievers for nonmedical usage* SAMHSA.

Santé Canada (2004). I-Track : surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada : rapport sur l'enquête pilote. <http://library.catie.ca/PDF/P8/21250.pdf> [En ligne].

Santé Canada (2006). I-Track : surveillance améliorée des comportements à risque chez les utilisateurs de drogues injectables au Canada : rapport sur la phase I. <http://library.catie.ca/PDF/P36/23689.pdf> [En ligne].

Santé Canada (2009). Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues : sommaire des résultats pour 2008. <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogués/stat/2008/summary-sommaire-fra.php> [En ligne].

Schepis, T. et Krishnan-Sarin, S. (2008). Characterizing adolescent prescription misusers: A population-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, p. 745 à 754.

Schiralli, V. et McIntosh, M. (1987). Benzodiazepines: Are we overprescribing? *Médecin de famille canadien*, 33, p. 927 à 933.

Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, Porter AC, Tugwell P, Moher D, Bouter LM (2007) Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 7.

Shorr, R., Griffin, M., Daugherty, J. et Ray, W. (1992). Opioid analgesics and the risk of hip fracture in the elderly: codeine and propoxyphene. *Journal of Gerontology*, 47, M111 à 115.

Sigmon, S. (2006). Characterizing the emerging population of prescription opioid abusers. *American Journal on Addictions*, 15, p. 208 à 212.

Silversides, A. (2009). Ontario takes aim at painkiller abuse. <http://www.cmaj.ca/content/181/8/E141.full?sid=70d6f0b8-d2a5-4ea9-b15e-0a0e5228b2b5> [En ligne].

Simoni-Wastila, L. (2000). The use of abusable prescription drugs: the role of gender. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, 9, p. 289 à 297.

Simoni-Wastila, L. (2001). Balancing diversion control and medical necessity: the case of prescription drugs and abuse potential. *Substance Use and Misuse*, 36, p. 1275 à 1296.

Simoni-Wastila, L. et Strickler, G. (2004). Risk factors associated with problem use of prescription drugs. *American Journal of Public Health*, 94, p. 266 à 268.

Simoni-Wastila, L., Ritter, G. et Strickler, G. (2004b). Gender and other factors associated with the nonmedical use of abusable prescription drugs. *Substance Use and Misuse*, 39, p. 1 à 23.

Simoni-Wastila, L., Ross-Degnan, D., Mah, C., Gao, X., Brown, J., Cosler, L. et al. (2004a). A retrospective data analysis of the impact of the New York triplicate prescription program on benzodiazepine use in Medicaid patients with chronic psychiatric and neurologic disorders. *Clinical Therapeutics*, 26, p. 322 à 336.

Smith, M. Y. et Woody, G. (2005). Nonmedical use and abuse of scheduled medications prescribed for pain, pain-related symptoms, and psychiatric disorders: patterns, user characteristics, and management options. *Curr.Psychiatry Rep.*, 7, p. 337 à 343.

Spiller, H., Lorenz, D., Bailey, E. et Dart, R. (2009). Epidemiological trends in abuse and misuse of prescription opioids. *Journal of Addictive Diseases*, 28, p. 130 à 136.

- Sproule, B., Brands, B., Li, S. et Catz-Biro, L. (2009). Changing patterns in opioid addiction. Characterizing users of oxycodone and other opioids. *Méd. fam. can.*, 55, p. 68 et 69.
- Sproule, B., Busto, U., Somer, G., Romach, M. et Sellers, E. (1999). Characteristics of dependent and nondependent regular users of codeine. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19, p. 367 à 372.
- Stevens, K. et The Winnipeg Site Network Team (2006). *CCENDU: Winnipeg 2006 Report* Manitoba: Addictions Foundation of Manitoba, CCENDU.
- Stevenson, F., Barry, C., Britten, N., Barber, N. et Bradley, C. (2000). Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision-making. *Social Science and Medicine*, 50, p. 829 à 840.
- Strang, D. et Rashiq, S. (2005). The illicit sale of prescribed opioid medications in Edmonton, Alberta. *Pain Research and Management*, 10, p. 188 à 189.
- Subramaniam, G. et Stitzer, M. (2009). Clinical characteristics of treatment-seeking prescription opioid vs. heroin-using adolescents with opioid use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 101, p. 13 à 19.
- Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA) (2008a). Drug Abuse Warning Network, 2006: National estimates of drug-related emergency department visits. <http://www.samhsa.gov/data/DAWN/files/ED2006/DAWN2k6ED.htm> [En ligne].
- Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMHSA) (2008b). Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health: National findings. <http://www.oas.samhsa.gov/nsduh/2k7nsduh/2k7Results.cfm#Fig5-2> [En ligne].
- Surratt, H., Inciardi, J. et Kurtz, S. P. (2006). Prescription opioid abuse among drug-involved street-based sex workers. *Journal of Opioid Management*, 2, p. 283 à 289.
- Tyndall, M., Kerr, T., Zhang, R., King, E., Montaner, J. et Wood, E. (2006). Attendance, drug use patterns and referrals made from North America's first supervised injection facility. *Drug and Alcohol Dependence*, 83, p. 193 à 198.
- Wall, R., Rehm, J., Fischer, B., Brands, B., Gliksman, L., Stewart, J. et al. (2000). Social costs of untreated opiate use. *Journal of Urban Health*, 77, p. 688 à 722.
- Wardman, D., Khan, N. et el-Guebaly, N. (2002). Prescription medication use among an aboriginal population accessing addiction treatment. *La Revue canadienne de psychiatrie*, 47, p. 355 à 360.
- Wastila, L. et Bishop, C. (1996). The influence of multiple copy prescription programs on analgesic utilization. *Journal of Pharmaceutical Care in Pain & Symptom Control*, 4, p. 3 à 19.
- Webster, L., Bath, B. et Medve, R. (2009). Opioid formulations in development designed to curtail abuse: who is the target? *Expert Opinion on Investigational Drugs*, 18, p. 255 à 263.

Weintraub, M., Singh, S., Byrne, L., Maharaj, K. et Guttmacher, L. (1991). Consequences of the 1989 New York State triplicate benzodiazepine prescription regulations. *Journal of the American Medical Association*, 266, p. 2392 à 2397.

Wild, C., Wolfe, J., Newton-Taylor, M. et Kang, H. (2008). Prescription drug misuse in Edmonton and Alberta: A rapid assessment.

http://www.uofaweb.ualberta.ca/amhrl/pdf/Wild_Wolfe_Newton-Taylor_Kang_2008_Prescription_Drug_Misuse.pdf [En ligne].

Wild, T., Prakash, M., O'Connor, H., Taylor, M., Edwards, J. et Predy, G. (2003). *Injection drug use in Edmonton's inner city: A multimethod study* University of Alberta: Addiction and Mental Health Research Laboratory, Centre for Health Promotion Studies and Department of Public Health Sciences.

Zacny, J., Bigelow, G., Compton, P., Foley, K., Iguchi, M. et Sannerud, C. (2003). College on Problems of Drug Dependence taskforce on prescription opioid non-medical use and abuse: position statement. *Drug and Alcohol Dependence*, 69, p. 215 à 232.