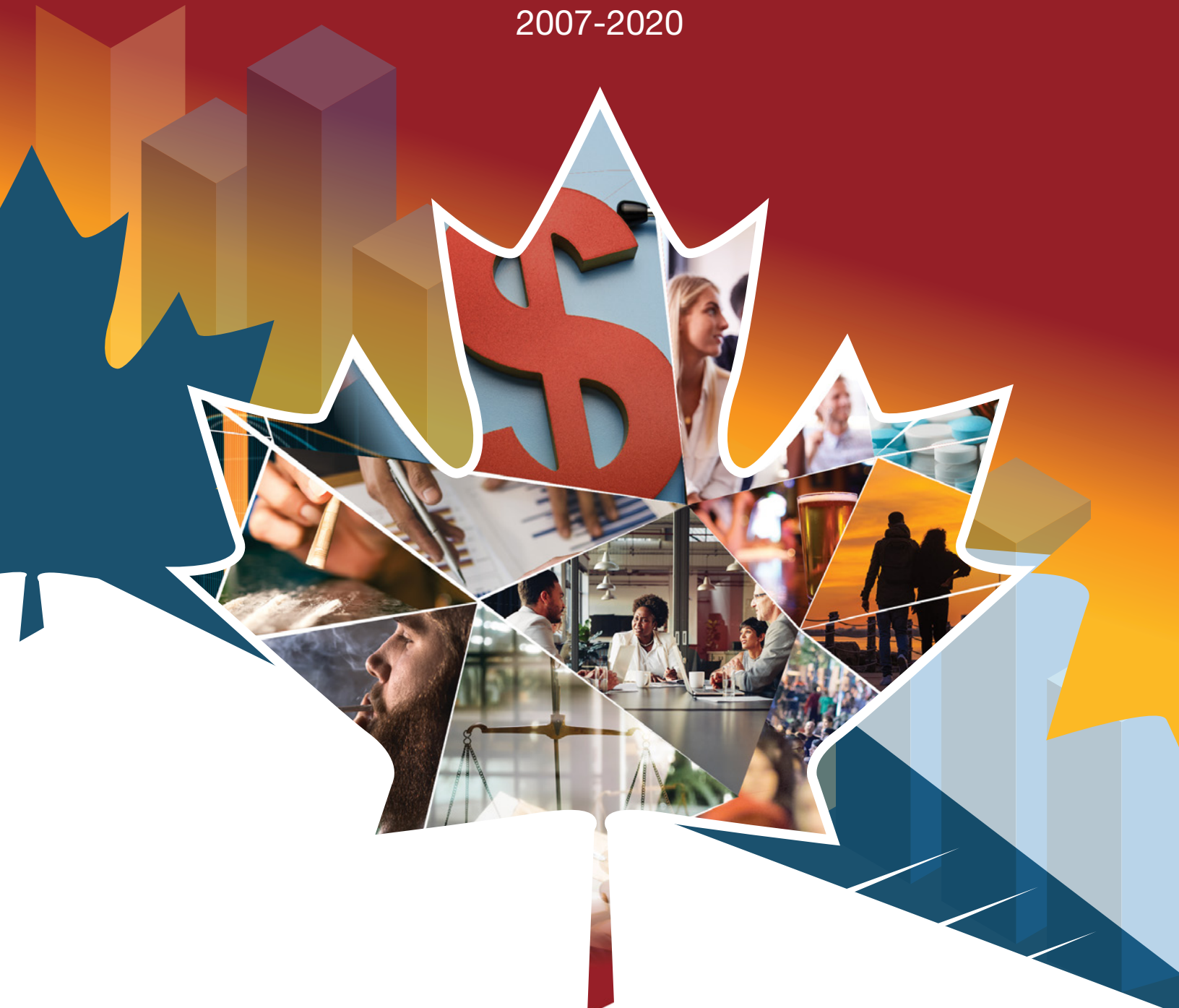


# Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada

2007-2020



Centre canadien sur  
les dépendances et  
l'usage de substances



University  
of Victoria

Canadian Institute  
for Substance  
Use Research

Institut canadien  
de recherche sur  
l'usage de substances



# CEMUSC Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada

Ce document est publié par le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.

Citation proposée : Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2020)*, préparé par l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023.

## Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada

### Institut canadien de recherche sur l'usage de substances (ICRUS)

Tim Stockwell, Ph.D., chercheur principal  
Scientifique, ICRUS  
Professeur émérite, Université de Victoria

Samuel Churchill, M.Sc.  
John Dorocicz, M.Sc.A.  
Adam Sherk, Ph.D.  
Jinhui Zhao, Ph.D.

### Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS)

Pamela Kent, Ph.D., chercheure principale  
Directrice intérimaire, Recherche, CCDUS

Emily Biggar, MSP  
Aisha Giwa, Ph.D.  
Raadiya Malam, MSP  
Nolan McGreer, B.A.  
Doris Payer, Ph.D.  
Anat Ziv, Ph.D.

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023.

CCDUS, 75 rue Albert, bureau 500  
Ottawa (Ont.) K1P 5E7  
Tél. : 613 235-4048  
Courriel : cemusc@ccsa.ca

Ce document a été produit grâce à une contribution financière de Santé Canada.  
Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF au [www.ccdus.ca](http://www.ccdus.ca)

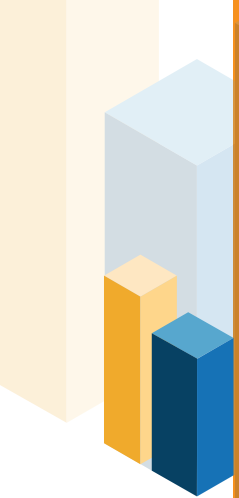
This document is also available in English under the title:  
*Canadian Substance Use Costs and Harms 2007–2020*

ISBN 978-1-77871-063-6

# Table des matières

<b>Synthèse générale</b> .....	<b>1</b>
Total des coûts liés à l'usage de substances .....	2
Coûts de soins de santé .....	3
Coûts de perte de productivité .....	4
Coûts de justice pénale .....	5
Autres coûts directs .....	6
Implications .....	6
Conclusions .....	8
<b>Introduction</b> .....	<b>11</b>
<b>Total des coûts liés à l'usage de substances</b> .....	<b>13</b>
Tendances dans les coûts, de 2007 à 2020 .....	16
Survol des méthodes .....	17
<b>Estimations de la prévalence de l'usage de substances</b> .....	<b>23</b>
Résultats .....	24
Limites .....	25
<b>Coûts de soins de santé</b> .....	<b>27</b>
Résultats .....	29
Limites .....	33
<b>Coûts de perte de productivité</b> .....	<b>35</b>
Méthodes d'estimation des décès attribuables à des intoxications dues à l'usage de substances .....	35
Méthodes d'évaluation de l'invalidité de longue et de courte durée .....	35
Résultats .....	36
Limites .....	41
<b>Coûts de justice pénale</b> .....	<b>43</b>
Résultats .....	44
Limites .....	47
<b>Autres coûts directs</b> .....	<b>49</b>
Résultats .....	50
Limites .....	53
<b>Analyse</b> .....	<b>55</b>
Alcool et tabac .....	55
Cannabis .....	56
Opioides .....	56
Cocaïne et autres stimulants du SNC .....	57
La pandémie de COVID-19 et l'usage de substances .....	57
<b>Points forts et limites</b> .....	<b>59</b>
Différences dans les méthodes comparativement aux rapports précédents .....	59
<b>Conclusions</b> .....	<b>65</b>
<b>Bibliographie</b> .....	<b>66</b>





## Remerciements

Le projet a pu compter sur le travail, les conseils et l'appui de nombreuses personnes. Le Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada tient à exprimer toute sa gratitude et sa reconnaissance à Jürgen Rehm et à Kevin Shield du Centre de toxicomanie et de santé mentale pour leur travail d'avant-garde dans le domaine et leur précieuse contribution pendant les premières étapes de ce projet. Nous tenons aussi à exprimer notre gratitude à Lawson Greenberg et à Mark Stinner de Statistique Canada pour leur aide dans l'établissement des estimations pour les décès attribuables aux substances. Nous tenons aussi à exprimer notre gratitude à Shanna Farrell-MacDonald pour son aide et son soutien technique dans l'établissement des fractions attribuables liées à la criminalité.

Nous voulons enfin remercier tous les anciens membres du Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, lequel a évolué avec le temps. Nous tenons à remercier tout particulièrement Matthew Young, Ph.D., qui nous a transmis son expertise et ses réflexions essentielles à chaque itération du projet.

## Avis de correction

Juillet 2023

Le nombre d'hospitalisations attribuables à toutes les substances (autres que l'alcool et le tabac) a été révisé (p. 29). Des codes CIM-10-CA pour des maladies liées à la drogue qui surviennent pendant la grossesse ont été inclus par erreur. Ces codes ont été retirés, et les totaux qui en résultent ont diminué. Les coûts des hospitalisations attribuables à l'usage de substances restent inchangés, la surestimation étant inférieure à 0,5 %. L'interprétation présentée dans ce rapport reste la même.



## Synthèse générale

En 2020, on estime que l'usage de substances a coûté aux contribuables canadiens plus de 49 milliards de dollars et a coûté la vie à près de 200 personnes chaque jour. Les estimations du présent rapport montrent comment la consommation de diverses substances touche la santé et la productivité individuelles au Canada. Elles définissent aussi un point de référence permettant d'évaluer les effets des niveaux et des modes de consommation changeants, de même que les retombées des modifications apportées aux politiques en matière d'usage de substances et les réponses sociétales au problème. Pensons entre autres aux effets de la légalisation du cannabis, aux conséquences de la hausse de la toxicité des drogues illicites non réglementées et aux répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances.

Arriver à suivre les coûts et les tendances en matière de méfaits entièrement causés par des types précis de substances sera un atout précieux dans les efforts des gouvernements, des chercheurs, des entreprises et des groupes de défense visant à réduire ces méfaits. Une meilleure compréhension des coûts sociétaux associés à l'usage de substances licites et illicites pourrait aider les décideurs à adopter en priorité des politiques adéquates et à guider l'octroi des ressources. Les estimations pourraient aussi aider à repérer les angles morts dans les données actuelles qui demanderaient plus de recherche. Ces connaissances pourraient servir dans tout le continuum de prévention et de soins, notamment dans la sensibilisation, les traitements, la réduction des méfaits et les services de soutien et les services policiers.

Le présent rapport fournit des estimations des coûts de l'usage de substances au Canada de 2007 à 2020, en fonction des catégories suivantes :

- Catégorie de coûts (soins de santé, perte de productivité, justice pénale et autres coûts directs);
- Substance (alcool, tabac, cannabis, opioïdes, autres déprimeurs du système nerveux central [SNC], cocaïne, autres stimulants du SNC, autres substances);
- Province et territoire.

L'outil de visualisation en ligne (<https://cemusc.ca/consulter-les-donnees/>) présente les coûts et méfaits par sexe, groupe d'âge, problème de santé et catégorie d'infractions, pour certains types de coûts pour lesquels des données sont disponibles.

Le présent rapport constitue une mise à jour des rapports *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2014)* et *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2015-2017)* (Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, 2018; 2020). Les estimations qu'il contient tiennent compte des données les plus récentes et de sources de données actualisées, et reflètent les nombreuses améliorations apportées à la méthodologie. Conséquemment, **il faut les considérer comme les plus précises à ce jour et éviter de les comparer à celles des précédents rapports.**



## Total des coûts liés à l'usage de substances



En 2020, plus de 62 % du total des coûts liés à l'usage de substances (US) étaient attribuables à l'alcool et au tabac. Les quatre substances associées aux coûts les plus importants étaient (dans l'ordre) :

- l'alcool, avec 19,7 milliards de dollars, soit 40,1 % du total (coûts nets des bienfaits présumés)<sup>1</sup>;
- le tabac, avec 11,2 milliards, soit 22,7 % du total;
- les opioïdes, avec 7,1 milliards, soit 14,4 % du total;
- la cocaïne, avec 4,2 milliards, soit 8,5 % du total.

De 2007 à 2020, les coûts par personne<sup>2</sup> associés à l'US ont augmenté de 11,8 % en valeur réelle, passant de 1 154 \$ en 2007 à environ 1 291 \$ en 2020<sup>3</sup>. Soulignons cependant que ces coûts variaient considérablement entre les différentes substances étudiées. Voici, en ordre croissant, les trois substances pour lesquelles les coûts par personne ont le plus augmenté de 2007 à 2020 :

- Stimulants du système nerveux central (SNC) (y compris les amphétamines comme la méthamphétamine, mais à l'exclusion de la cocaïne) : hausse des coûts de 71,8 %, de 46 \$ à 80 \$;
- Opioides : hausse des coûts de 66,4 %, de 112 \$ à 186 \$;
- Alcool : hausse des coûts de 21,3 %, de 427 \$ à 518 \$.

Pendant cette période, les coûts par personne associés au cannabis ont augmenté de 5,2 %. Plus précisément, ces coûts ont augmenté de 15,8 % entre 2007 et 2018, puis ont diminué de 9,1 % entre 2018 et 2020, à la suite de la légalisation de l'usage à des fins récréatives.

À titre comparatif, le coût par personne pour le tabagisme a chuté de près de 20 % (passant de 365 \$ à 293 \$).

C'est dans les territoires que le coût par personne associé à l'US était le plus élevé, pour chaque catégorie de coûts à l'étude. Ce constat reflète le fait que le coût des soins de santé et le taux de consommation d'alcool et de tabac sont plus élevés pour les résidents des territoires.

<sup>1</sup> Représente le coût net de la consommation d'alcool (les coûts présumés des bienfaits d'un niveau faible de consommation pour certains problèmes de santé sont soustraits du total des coûts [bruts] et des méfaits de la consommation d'alcool). Tous les coûts et méfaits de la consommation d'alcool présentés dans ce rapport représentent des estimations nettes, et non brutes.

<sup>2</sup> Les estimations par personne dans ce rapport n'incluent pas les coûts associés aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour, aux visites à l'urgence et aux services ambulanciers pour le Québec. Cette méthode entraîne probablement une sous-estimation des coûts totaux d'environ 914 millions de dollars, soit 1,9 % du total. Les coûts par personne estimés en 2020 n'incluaient pas les coûts de perte de productivité attribuables aux décès prématurés au Yukon, puisque ces chiffres n'étaient pas compilés dans la base de données de l'état civil de Statistique Canada au moment de la publication. Cette méthode entraîne probablement une sous-estimation des coûts totaux d'environ 96 millions de dollars, soit 0,2 % du total. Toutes les estimations sont en fait probablement plutôt prudentes, dans une proportion de 2,0 % du total, soit 1,0 milliard de dollars.

<sup>3</sup> Dans ce rapport, les coûts sont en dollars canadiens de 2020, pour toutes les années à l'étude.



## Coûts de soins de santé

Sont inclus dans les coûts de soins de santé les coûts attribuables aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour, aux visites à l'urgence, aux services ambulanciers, aux épisodes de traitement spécialisé<sup>4</sup> pour des troubles liés à l'US, à la rémunération des médecins et aux médicaments sur ordonnance.

En 2020 :

- Les coûts associés aux soins de santé attribuables à l'US s'élevaient à 13,4 milliards de dollars (27,3 % des coûts totaux associés à l'US), soit 386 \$ par personne au Canada<sup>5</sup>.
- Les coûts combinés pour l'alcool et le tabac, s'élevant respectivement à 6,3 et à 5,4 milliards de dollars, représentaient environ 87 % des coûts.
- Les opioïdes arrivaient en troisième place des coûts les plus importants pour le système de santé, avec 519 millions de dollars, soit 3,9 %.
- On inclut aussi dans ce total les coûts inhérents aux 270 695 hospitalisations dues à l'US, dont 117 871 (43,5 %) découlaient de la consommation d'alcool et 116 027 (42,9 %), du tabagisme.

De 2007 à 2020, le coût par personne pour les soins de santé associés à l'US, toutes substances confondues, a augmenté de 10,0 %, pour passer de 321 \$ à 353 \$<sup>6</sup>. Cette tendance s'explique par les hausses qui sont survenues dans les coûts associés aux substances suivantes (en ordre croissant) :

- Stimulants du SNC (à l'exclusion de la cocaïne) : hausse de près de 180 % (de 3 \$ à 9 \$).
- Cannabis : hausse des coûts de 88,8 %, de 5 \$ à 10 \$.
- Alcool : hausse des coûts de 40,5 %, de 117 \$ à 165 \$.
- Opioïdes : hausse de 15,1 % (de 12 \$ à 14 \$).

Les coûts de soins de santé attribuables à l'US ont augmenté de manière stable entre 2007 et 2020. Toutefois, on observe une baisse marquée (13,9 %) des coûts par personne attribuables au tabagisme entre 2019 et 2020, qui a entraîné une diminution générale des coûts de soins de santé pendant la première année de la pandémie.

---

<sup>4</sup>Par « traitement spécialisé », on entend la prestation de services psychosociaux visant strictement l'usage de substances, dans la mesure où ces traitements s'inscrivent dans un vaste système de soins de santé. Pour plus d'information sur la nature de ces traitements, voir le rapport technique.

<sup>5</sup>Seules quelques données sur les soins de santé étaient disponibles pour le Québec. Ces coûts de soins de santé par personne n'incluent pas les coûts ou la population du Québec.

<sup>6</sup>Seules quelques données sur les soins de santé étaient disponibles pour le Québec. Ces estimations nationales des tendances par personne incluent les coûts et la population du Québec et diffèrent donc du montant de 386 \$ mentionné précédemment.



## Coûts de perte de productivité

Les estimations des coûts de perte de productivité dus à l'US ont été calculées à partir de la valeur du temps de travail perdu attribuable à la mortalité prématurée, à l'invalidité de longue durée et à l'invalidité de courte durée (absentéisme et perte d'efficacité au travail, aussi appelée « présentéisme »).

En 2020 :

- Les coûts de perte de productivité attribuables à l'US totalisaient 22,4 milliards de dollars, soit 589 \$ par personne<sup>7</sup>.
- On estime qu'environ 60 % des coûts de perte de productivité associés à l'US étaient dus à la consommation d'alcool et de tabac.
- Près de 74 000 décès attribuables à l'US sont survenus en 2020, dont 24 346 concernaient des personnes âgées de moins de 65 ans, ce qui équivaut à 345 091 années potentielles de vie productive perdues.
- Si le tabac (46 366) et l'alcool (17 098) ont entraîné plus de décès que les opioïdes (6 491), ces derniers sont la principale cause d'années potentielles de vie productive perdues, en raison de l'âge moyen de décès attribuables aux opioïdes, qui est relativement bas.

De 2007 à 2020 :

- Le total des coûts par personne de perte de productivité a augmenté de 16,2 %, passant de 507 \$ en 2007 à 589 \$ en 2020<sup>8</sup>.
- C'est aux opioïdes qu'est associée la plus importante hausse des coûts par personne de perte de productivité, qui ont doublé, passant de 69 \$ en 2007 à 139 \$ en 2020. Les coûts par personne de perte de productivité associés aux autres stimulants du SNC ont augmenté d'à peu près autant (88,5 %), de 22 \$ à 41 \$.
- Le nombre de décès attribuables à l'usage d'opioïdes et d'autres stimulants du SNC a plus que doublé pendant cette période (opioïdes : de 2 770 à 6 491 décès; autres stimulants du SNC : de 729 à 1 518), en raison d'une forte hausse du nombre de décès par blessures accidentelles (principalement des intoxications).
- Les coûts par personne de perte de productivité attribuables au tabagisme ont diminué de 23,7 %, de 181 \$ en 2007 à 138 \$ en 2020.

Le coût total en perte de productivité a diminué entre 2018 et 2019. Cette baisse pourrait s'expliquer en partie par la hausse des investissements dans les services de prévention, de réduction des méfaits et de traitement et par l'accroissement de leur portée. Toutefois, ces coûts ont remonté vers des sommets inégalés pendant la première année de la pandémie. Les coûts par personne de perte de productivité attribuables à l'usage d'opioïdes ont augmenté de plus de 30 % entre 2019 et 2020 seulement.

<sup>7</sup> Aucune donnée sur la mortalité prématurée n'était disponible pour le Yukon pour 2017 à 2020. Ces coûts par personne de perte de productivité (589,40 \$) n'incluent pas les coûts ou la population du Yukon.

<sup>8</sup> Aucune donnée sur la mortalité prématurée n'était disponible pour le Yukon pour 2017 à 2020. Ces estimations nationales des tendances par personne (588,70 \$ en 2020) incluent les coûts et la population du Yukon et diffèrent donc légèrement du montant de 589,40 \$ mentionné précédemment.



## Coûts de justice pénale

Les coûts de justice pénale comprennent les coûts associés aux interventions policières, aux procédures judiciaires et aux services correctionnels. Nous avons calculé les dépenses pour les éléments suivants :

- Les crimes entièrement attribuables à l'US (p. ex. conduite avec facultés affaiblies et infractions relatives à la drogue qui relèvent de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* ou de la *Loi sur le cannabis*);
- Les crimes partiellement attribuables à l'US (p. ex. crimes violents tels que des homicides ou des voies de fait, et crimes non violents tels que des vols ou des incendies volontaires).

En 2020 :

- Les coûts de justice pénale liés à l'US ont atteint environ 10,0 milliards de dollars, ce qui correspond à 262 \$ par personne au Canada.
- Les coûts les plus importants pour le système de justice pénale étaient attribuables à la consommation d'alcool, avec près de 4,0 milliards de dollars, soit 39,8 % de tous les coûts de justice pénale.
- Pour ce qui est des coûts de justice pénale associés à l'US, la cocaïne se trouvait au deuxième rang des substances en cause, avec 2,4 milliards de dollars, soit 24,2 % du total.
- La consommation d'opioïdes se trouvait au troisième rang des coûts de justice pénale associés à l'US, avec 1,1 milliard de dollars, soit 11,3 %.

Les types d'infractions liés aux interventions policières, aux accusations criminelles ou aux admissions en établissement correctionnel attribuables à l'US varient selon la substance. En 2020, près de la moitié des coûts liés à l'alcool résultaient de crimes violents. En comparaison, environ la moitié des coûts dus aux opioïdes, à la cocaïne et à d'autres stimulants du SNC découlaient de crimes non violents. Un peu plus de 20 % des coûts attribuables à l'usage de cannabis depuis 2018 concernaient des manquements à la *Loi sur le cannabis*, qui touche la production, le trafic et la possession de la substance.

Entre 2007 et 2020, les coûts de justice pénale ont augmenté de 9,0 %, passant de 241 \$ par personne en 2007 à environ 262 \$ en 2020. Cette hausse s'explique par les coûts liés aux opioïdes (augmentation de 24,1 %), à la cocaïne (augmentation de 18,6 %) et aux autres stimulants du SNC (augmentation de 52,7 %). En comparaison, les coûts attribuables à l'alcool sont demeurés les mêmes, à 104 \$ par personne pour les deux années (augmentation de 0,2 %).

Les coûts de justice pénale par personne attribuables au cannabis ont diminué de 21,4 %, passant de 36 \$ en 2007 à 28 \$ en 2020. Plus précisément, les coûts ont chuté de 13,5 % entre 2018, soit le début de l'application de la *Loi sur le cannabis*, et 2020, en raison d'une diminution des accusations, des incarcérations et des incidents liés à la possession de cannabis.



## Autres coûts directs

Les autres coûts directs liés à l'US comprennent les coûts dans plusieurs catégories comme la recherche et la prévention, les dommages causés par le feu, les dommages aux véhicules, l'aide sociale pour des invalidités attribuables à l'US et les coûts relatifs au milieu de travail autres que ceux liés à la perte de productivité (p. ex. programmes d'aide aux employés, programmes de dépistage de la drogue et coûts administratifs des indemnisations des accidents du travail).

En 2020 :

- Ces autres coûts directs représentaient plus de 3,3 milliards de dollars – l'équivalent de 87 \$ par personne au Canada – des coûts totaux associés à l'US.
- L'alcool représentait 47,3 % des autres coûts directs, suivi par le tabac, qui correspond à 14,2 % de ces coûts.
- Plus de 1,3 milliard de dollars ont été dépensés pour des dommages aux véhicules en raison d'accidents de la route impliquant l'US.
- Les dommages aux biens découlant d'incendies dus à l'US totalisaient 897 millions de dollars.

De 2007 à 2020, les autres coûts directs ont augmenté de 1,2 %, de 86 \$ par personne en 2007 à environ 87 \$ en 2020.

## Implications

### ***Alcool, tabac et cannabis***

L'usage d'alcool et de tabac a représenté au moins 60 % du total des coûts par personne associés à l'US au Canada (environ 25 à 30 milliards de dollars par année) pendant les 14 dernières années. Toutefois, les coûts attribuables à l'usage d'alcool ont grimpé de plus de 21 %, alors que ceux liés au tabagisme sont ceux qui ont diminué le plus, toutes substances confondues (près de 20 %). Ces tendances différentes n'ont rien de surprenant. Au cours des deux dernières décennies, on a instauré un ensemble de politiques de santé publique visant à réduire l'usage du tabac (étiquettes de mise en garde sur les emballages, taxation accrue, restrictions relatives à la publicité, etc.). Il n'existe que peu de politiques semblables pour l'alcool, et lorsqu'elles existent, c'est sans avoir évolué au fil des ans. En fait, la consommation et les ventes d'alcool ont grimpé au cours de la pandémie et ont été associées à une hausse des nouveaux cas d'infection à la COVID-19 deux semaines plus tard (Stockwell et coll., 2022). Les leçons apprises de cette réponse sociale aux mesures de lutte contre le tabagisme pourraient être appliquées pour s'attaquer à l'accessibilité économique et physique de l'alcool et pour mieux informer la population canadienne des risques de la consommation de cette substance pour la santé.

Dans le calcul des méfaits (soins de santé et perte de productivité) attribuables à l'alcool, nous avons utilisé des estimations prudentes en supposant certains bienfaits pour la santé qui semblent associés à une consommation d'alcool à faible volume, pour certains problèmes de santé. Par conséquent, dans ce rapport, les estimations des coûts et des méfaits attribuables à l'alcool sont des estimations nettes, et non brutes. Aucun bienfait n'est présumé pour les autres substances, et nous notons que le fondement scientifique des bienfaits présumés de la consommation d'alcool pour la santé sont de plus en plus remis en question (Ortolá et coll., 2019; World Heart Federation, 2022).



Le cannabis a compté pour 2,4 milliards de dollars, soit tout juste en dessous de 5 % des coûts totaux attribuables à l'US en 2020. Les coûts par personne liés à l'usage du cannabis ont diminué d'environ 9 % entre 2018 et 2020, suivant la légalisation de l'usage récréatif de la substance, en raison d'une baisse de 13,5 % des coûts de justice pénale attribuables au cannabis. À titre comparatif, on observe une hausse de 17 % des coûts totaux par personne entre 2007 et 2018. Ces résultats indiquent que la légalisation aurait mené à une légère réduction des coûts associés à l'usage du cannabis.

### ***Décès attribuables à l'usage de substances***

L'usage de substances a entraîné le décès de 73 994 personnes en 2020, soit plus de 200 personnes par jour. Le tabagisme est responsable de près de deux décès sur trois (46 366 en 2020). Si l'usage d'alcool et d'opioïdes a coûté considérablement moins cher en pertes humaines (17 098 et 6 491 en 2020 respectivement), les coûts totaux associés à la baisse de productivité attribuable à ces substances avoisinent ceux du tabagisme. Cela s'explique par le fait que beaucoup des décès liés à l'usage d'alcool et d'opioïdes surviennent à un jeune âge, signifiant un plus grand nombre d'années de vie productive perdues. En fait, c'est l'usage d'opioïdes qui a entraîné le plus grand nombre d'années de vie productive perdues, toutes substances confondues, pour la première fois en 2017, puis de nouveau en 2018 et en 2020.

### ***Opiïdes et stimulants***

L'usage d'opioïdes a coûté 7,1 milliards de dollars en 2020, le montant le plus important de toutes les années à l'étude. Près de 75 % de ces coûts sont liés à la perte de productivité, et plus particulièrement, aux décès à un jeune âge à cause de l'usage d'opioïdes. Au Canada, plus de deux fois plus de personnes sont mortes à cause des opioïdes en 2020 qu'en 2007. Cette accélération qui se reflète dans nos estimations correspond clairement à la prolifération du fentanyl et de diverses drogues nocives non réglementées (Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies [RCCET], 2013, 2020).

Bien que les coûts et les méfaits liés à l'usage d'opioïdes aient été à leur plus fort en 2020, on notait des signes d'amélioration entre 2018 et 2019. Cela peut s'expliquer par la hausse des mesures nationales de réduction des méfaits, de traitement et de sensibilisation. Cependant, les perturbations de service à cause de la pandémie additionnées à une plus grande toxicité des drogues ont probablement contribué à l'importante remontée de ces coûts observée en 2020 (RCCET, 2020b; CCDUS, 2020). Ces résultats mettent en lumière l'importance d'investir dans un éventail de services et d'en étendre la portée afin de répondre aux divers besoins des personnes qui consomment des opioïdes. Cela pourrait impliquer de combler les lacunes dans les services offerts aux personnes qui fument des opioïdes, qui est la méthode de consommation la plus courante dans certaines régions du Canada.

L'étude a aussi mis en évidence une autre tendance importante, soit une hausse abrupte des méfaits associés à la consommation de stimulants. Entre 2007 et 2020, les coûts par personne attribuables à d'autres stimulants du SNC (à l'exclusion de la cocaïne) sont ceux qui ont augmenté le plus, toutes substances confondues (72 %). Bien que la catégorie englobe tous les stimulants de type amphétamine (que nous n'avons pu sous-diviser en raison de limites dans les sources de données), c'est la hausse de l'usage de méthamphétamine et des méfaits qui en découlent qui est vraisemblablement responsable de cette tendance (RCCET, 2019; RCCET, 2022). Les coûts attribuables à l'usage de cocaïne ont également augmenté régulièrement dans les dernières années, inversant la tendance à la baisse observée année après année entre 2007 et 2012. Suivant la même tendance que les coûts attribuables aux opioïdes, les coûts associés à la cocaïne ont chuté en 2019, pour remonter abruptement en 2020 avec le début de la pandémie. La hausse des méfaits associés aux stimulants et aux opioïdes s'explique probablement par l'augmentation de l'imprévisibilité des drogues toxiques non réglementées pendant la pandémie (RCCET, 2020) et par la hausse de la polyconsommation volontaire et involontaire (Payer et coll., 2020; Konefal et coll., 2022; CCDUS, 2022a).



### ***La pandémie et l'usage de substances***

Certaines des multiples conséquences de la pandémie se dégagent clairement de nos estimations pour la dernière année. En général, les réponses sociétales à la pandémie ont été associées à un usage accru de substances licites et illicites et à une hausse de la toxicité des drogues non réglementées. Ces facteurs ont entraîné une augmentation de certains méfaits liés à de nombreux types d'US. Toutefois, les coûts des soins de santé attribuables à l'US ont diminué en 2020, pour la première fois depuis 2007. Cela s'explique partiellement par des changements dans les comportements visant la recherche de soins de santé et dans la capacité des services pendant la pandémie. Après 2020, on s'attend à une hausse des coûts et des méfaits associés aux cancers, aux troubles mentaux et comportementaux et à d'autres problèmes de santé associés à l'US pour lesquels l'intervention précoce est essentielle.

## **Conclusions**

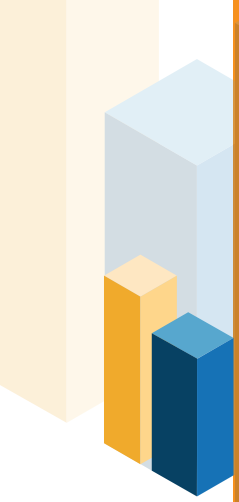
Les estimations du présent rapport dressent un portrait des coûts et méfaits actuels associés à l'usage de substances au Canada, et de leur évolution au cours des 14 dernières années en ce qui a trait aux niveaux et aux modes de consommation ainsi qu'aux politiques liées à l'US.

Les résultats montrent que la priorisation des politiques visant la réduction des méfaits de la consommation d'alcool pourrait mener à une réduction généralisée des méfaits et du fardeau économique de l'usage de substances au Canada. Les coûts de la consommation d'alcool ont continué d'augmenter en parallèle avec les politiques de déréglementation et la disponibilité, tendance qui s'est accentuée pendant la pandémie (Stockwell et coll., 2022). Il faudra continuer d'évaluer la réussite des politiques liées au tabac – la substance ayant entraîné le plus de décès pour chaque année à l'étude – alors même que la prévalence du vapotage ne fait que croître et que les données associant ce type de consommation à des risques pour la santé à long terme établissent des liens de plus en plus clairs.

Nous prévoyons que les coûts et les méfaits attribuables à l'usage d'opioïdes et de stimulants continueront d'augmenter en parallèle, selon les tendances observées dans des données récentes sur les intoxications (Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, 2022). Les politiques et les services pourraient être guidés par davantage de recherche explorant les diverses intentions et préférences liées à la consommation combinée de ces substances. On s'assurera ainsi que les services de réduction des méfaits et de traitement sont adaptés aux besoins des personnes qui consomment des drogues dans les collectivités du Canada.

On pourrait améliorer la santé, la productivité et les expériences liées à l'US au Canada par la mise en œuvre de politiques et de programmes fondés sur des données probantes en matière de prévention et de soins et par l'expansion de leur portée. Le rapport *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada* fournit des données sur lesquelles pourraient s'appuyer ces mesures et avec lesquelles on pourrait en évaluer l'efficacité.







## Introduction

Le présent rapport fournit des estimations du coût total de l'usage de substances (US) au Canada faites à partir des méthodes et sources de données les plus fiables et les plus récentes pour les années allant de 2007 à 2020 (cette dernière étant l'année la plus récente pour laquelle des données complètes étaient disponibles). Il s'adresse aux responsables des politiques, décideurs, chercheurs, entreprises et groupes de défense qui voudraient en savoir plus sur les coûts et les méfaits de l'US au Canada.

Le rapport constitue une mise à jour des rapports *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2014)* et *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2015-2017)* (Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, 2018; 2020). Pour parvenir aux estimations qu'il contient, nous avons amélioré plusieurs aspects de notre méthodologie. Par exemple, nous avons raffiné la modélisation de la prévalence de l'usage de substances, avons rapporté le coût de diverses infractions criminelles avec plus d'exactitude et avons ajouté deux nouveaux types de coûts et de méfaits. **C'est pourquoi les estimations du présent rapport devraient être considérées comme les plus précises à ce jour et ne devraient pas être directement comparées à celles des autres rapports *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada* et des études précédentes sur les coûts au Canada.**

Les données présentées dans ce rapport figurent dans l'outil de visualisation en ligne (<https://cemusc.ca/consulter-les-donnees/>). Les responsables des politiques, les chercheurs et les personnes au Canada s'intéressant à cette question peuvent y consulter les données par province ou territoire, année, substance, type de méfaits ou de coûts, sexe, groupe d'âge, problème de santé et catégorie d'infractions.

Comme dans nos rapports antérieurs, nous présentons ici une estimation des coûts associés à la consommation d'une multitude de substances, dont l'alcool, le tabac, le cannabis, les opioïdes, les dépresseurs du SNC comme les benzodiazépines et les barbituriques (à l'exclusion de l'alcool et des opioïdes)<sup>9</sup>, la cocaïne, les stimulants du SNC (à l'exclusion de la cocaïne)<sup>10</sup> comme les amphétamines et la méthamphétamine, et d'autres substances comme les hallucinogènes et les inhalants.

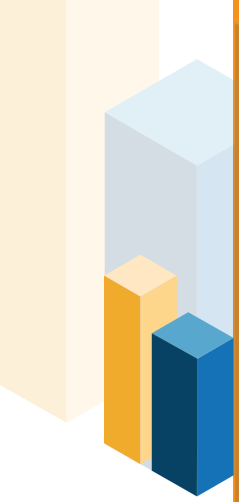
Ajoutons que les estimations sont présentées par province ou territoire et par type de coûts (c.-à-d. soins de santé, perte de productivité, justice pénale et autres coûts directs). Les résultats sont présentés dans l'ordre suivant :

- Total des coûts
- Estimation de la prévalence de l'usage de substances
- Coûts de soins de santé
- Coûts de perte de productivité
- Coûts de justice pénale
- Autres coûts directs

Pour une description détaillée des méthodes utilisées, voir le *Rapport technique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada*, disponible sur demande à [cemusc@ccsa.ca](mailto:cemusc@ccsa.ca).

<sup>9</sup> Désignés dans le présent rapport comme « autres dépresseurs du SNC ».

<sup>10</sup> Désignés dans le présent rapport comme « autres stimulants du SNC ».

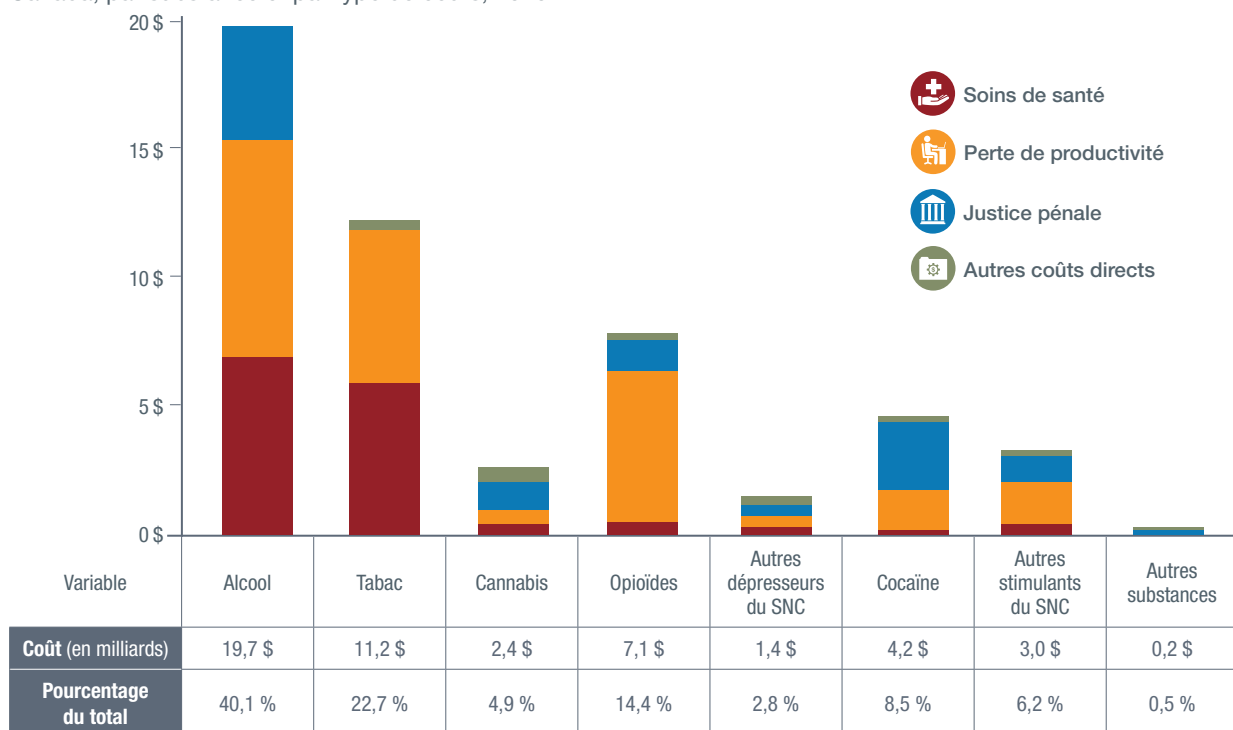




## Total des coûts liés à l'usage de substances

En 2020, le total des coûts liés à l'usage de substances (US) au Canada a été estimé à 49,1 milliards de dollars<sup>11</sup>, soit environ 1 291 \$ par personne. En 2020, deux des substances psychoactives légales<sup>12</sup> et les plus consommées, à savoir l'alcool et le tabac, représentaient environ 62,8 % de ces coûts. L'alcool comptait pour environ 19,7 milliards de dollars (40,1 %) (coûts nets des bienfaits présumés)<sup>13</sup>, le tabac, pour environ 11,2 milliards (22,7 %), et toutes les autres substances, pour 18,2 milliards (37,2 %) (figure 1 et tableau 1). Parmi les autres substances étudiées, les opioïdes étaient celles qui engendraient le plus de coûts (7,1 milliards), suivis par la cocaïne (4,2 milliards).

**Figure 1.** Total des coûts (en milliards) et pourcentage du total des coûts attribuables à l'usage de substances au Canada, par substance et par type de coûts, 2020



**Remarque :** Ces estimations n'incluent pas les coûts associés aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour, aux visites à l'urgence et aux services ambulanciers pour le Québec, ni les coûts associés à la perte de productivité attribuable aux décès prématurés pour le Yukon.





<sup>11</sup> Ce nombre n'inclut pas les coûts associés aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour, aux visites à l'urgence et aux services ambulanciers pour le Québec. Une estimation brute fondée sur les coûts par personne en Ontario pour ces quatre types de coûts indique qu'ils correspondent à environ 914 millions de dollars, soit 1,9 % du total. Les estimations de 2020 n'incluent pas les coûts de perte de productivité associés aux décès prématurés au Yukon. Si on se base sur l'évaluation menée dans les Territoires du Nord-Ouest, les coûts totaux seraient sous-évalués d'environ 96 millions de dollars (0,2 % des coûts totaux). Toutes les estimations (globales et par personne) doivent être considérées comme prudentes dans une proportion de 2,1 % des coûts totaux, soit 1,0 milliard de dollars.

<sup>12</sup> Dans le présent rapport, le terme « substances légales » désigne les produits qui étaient en vente libre et qui pouvaient être consommés à des fins récréatives durant la période d'analyse (alcool, tabac et cannabis à partir de 2018). Pour les autres substances, les coûts et méfaits comptabilisés peuvent tout de même découler d'une utilisation légale (p. ex. une personne qui prend un opioïde lui ayant été prescrit peut quand même subir des méfaits).

<sup>13</sup> Représente le coût net de la consommation d'alcool (les coûts présumés des bienfaits d'un niveau faible de consommation pour certains problèmes de santé sont soustraits du total des coûts [bruts] et des méfaits de la consommation d'alcool). Tous les coûts et méfaits de la consommation d'alcool présentés dans ce rapport représentent des estimations nettes, et non brutes.

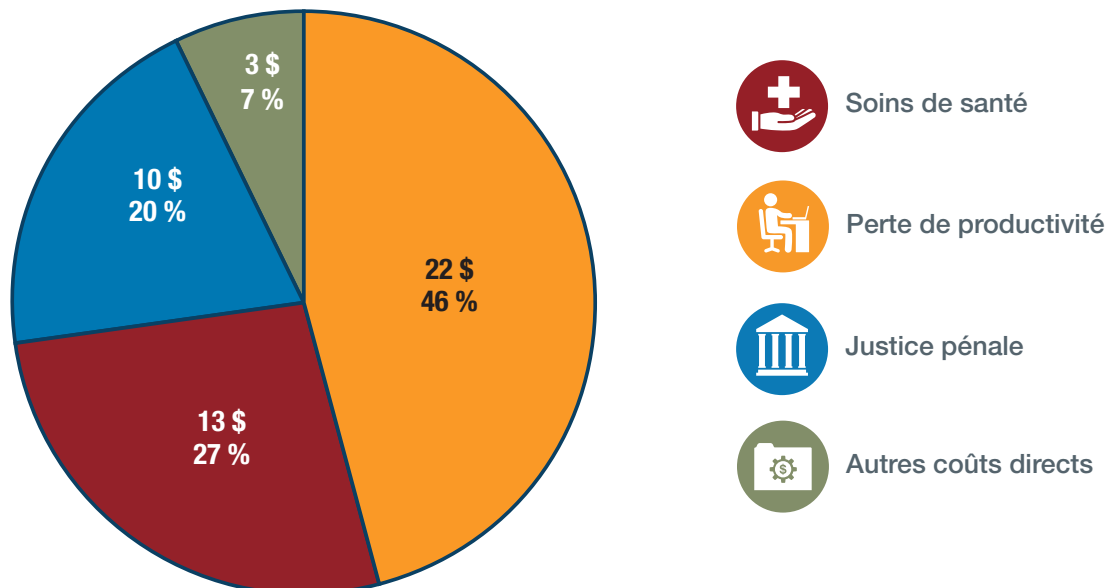


Les estimations présentées dans ce rapport sont réparties selon quatre grands types de coûts :

- 
 Les **coûts de soins de santé** associés aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour, aux visites à l'urgence, aux services ambulanciers, au traitement spécialisé des troubles de l'US, à la rémunération des médecins et aux médicaments sur ordonnance;
- 
 Les **coûts de perte de productivité** associés aux décès prématurés, à l'invalidité de longue durée et à l'invalidité de courte durée (absentéisme et perte d'efficacité au travail [« présentéisme »]) attribuables à l'US;
- 
 Les **coûts de justice pénale** associés aux interventions policières, aux procédures judiciaires et aux services correctionnels attribuables à l'US, y compris ceux liés à l'application des lois en vigueur sur la drogue et la conduite avec facultés affaiblies et à la proportion des crimes violents ou non violents qui ne seraient pas survenus si leurs auteurs n'avaient pas fait un certain usage de substances;
- 
**Autres coûts directs** est une catégorie hétérogène qui regroupe notamment les coûts associés au financement par le fédéral de programmes de recherche et de prévention, aux dommages causés par le feu et aux dommages aux véhicules attribuables à l'US, au dépistage de la drogue au travail, à l'aide sociale, aux programmes d'aide aux employés et aux indemnités des accidents du travail.

La figure 2 et le tableau 1 montrent la répartition des coûts associés à l'US par types de substance au Canada en 2020. Les coûts de perte de productivité correspondent à 22,4 milliards de dollars (45,6 % du total), tandis que ceux associés aux soins de santé s'élèvent à 13,4 milliards de dollars (27,3 % du total). Au troisième rang des coûts totaux découlant de l'US, on trouve les coûts associés à la justice pénale, qui correspondent à 10,0 milliards (20,3 % du total). Les autres coûts directs totalisaient 3,3 milliards (6,7 %).

**Figure 2.** Total des coûts (en milliards) et pourcentage du total des coûts attribuables à l'usage de substances au Canada, par type de coûts, 2020



**Tableau 1.** Coûts attribuables à l'usage de substances au Canada (en millions de dollars), 2020

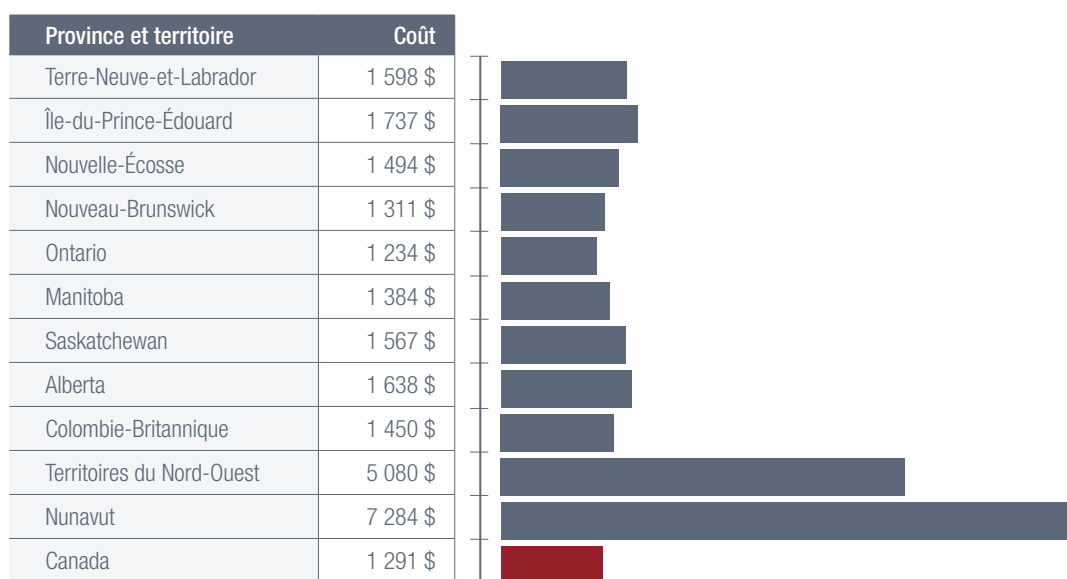
	Alcool	Tabac	Cannabis	Opioides	Autres déprimeurs du SNC	Cocaïne	Autres stimulants du SNC	Autres substances	Total
<b>Coûts de soins de santé</b>	<b>6 267,8</b>	<b>5 429,0</b>	<b>380,6</b>	<b>519,0</b>	<b>240,6</b>	<b>184,3</b>	<b>359,1</b>	<b>25,0</b>	<b>13 405,3</b>
Hospitalisations	1 628,4	1 369,1	58,6	95,1	39,4	36,1	59,9	4,2	3 290,9
Chirurgies d'un jour	68,1	62,4	0,7	0,3	0,3	0,5	0,4	0,1	132,7
Visites à l'urgence	235,5	92,9	15,9	28,4	8,9	11,0	19,3	1,7	413,5
Services ambulanciers	128,8	49,5	7,6	15,6	5,6	5,5	10,2	1,0	223,8
Traitement spécialisé de l'US	454,5	—	46,7	43,8	9,2	18,9	54,0	2,1	629,2
Rémunération des médecins	1 935,3	1 972,1	123,6	176,0	89,2	59,7	115,0	8,1	4 479,1
Médicaments sur ordonnance	1 817,2	1 883,0	127,4	159,8	88,0	52,6	100,3	7,8	4 236,1
<b>Coûts de perte de productivité</b>	<b>7 868,9</b>	<b>5 248,7</b>	<b>490,9</b>	<b>5 264,1</b>	<b>489,6</b>	<b>1 413,4</b>	<b>1 542,2</b>	<b>57,2</b>	<b>22 375,0</b>
Décès prématurés	4 641,1	2 612,1	242,6	4 882,0	312,2	1 280,2	1 282,1	40,1	15 292,5
Invalidité de longue durée	1 490,6	1 047,2	88,9	157,5	68,2	55,3	107,5	6,4	3 021,7
Invalidité de courte durée (absentéisme et présentéisme)	1 737,2	1 589,3	159,4	224,6	109,2	77,8	152,6	10,7	4 060,9
<b>Coûts de justice pénale</b>	<b>3 969,0</b>	<b>5,5</b>	<b>1 066,8</b>	<b>1 127,3</b>	<b>344,8</b>	<b>2 414,8</b>	<b>928,9</b>	<b>117,3</b>	<b>9 974,4</b>
Interventions policières	2 180,4	—	535,6	611,7	145,2	1 238,6	495,6	57,8	5 264,9
Procédures judiciaires	763,6	—	198,3	206,5	71,7	424,6	182,1	21,6	1 868,5
Services correctionnels	1 025,0	—	332,9	309,0	127,9	751,6	251,2	37,9	2 835,6
<b>Autres coûts directs</b>	<b>1 565,4</b>	<b>471,1</b>	<b>443,0</b>	<b>163,2</b>	<b>294,2</b>	<b>149,0</b>	<b>200,5</b>	<b>20,7</b>	<b>3 307,0</b>
Recherche et prévention	16,5	60,7	7,7	14,6	0,5	0,1	0,4	3,0	103,6
Dommages causés par le feu	681,7	186,1	29,0	—	—	—	—	—	896,7
Dommages aux véhicules	424,1	—	309,8	87,6	223,1	111,8	140,2	12,5	1 309,1
Dépistage de la drogue au travail	10,4	—	9,9	7,1	6,9	1,1	1,6	0,9	37,8
Programmes d'aide aux employés	46,1	—	2,7	2,7	0,5	1,0	4,5	0,1	57,7
Coûts administratifs des indemnités des accidents du travail	66,1	—	64,8	17,7	48,7	23,0	30,6	2,8	253,8
Aide sociale	320,4	224,3	19,0	33,5	14,5	11,9	23,2	1,4	648,3
<b>Total</b>	<b>19 671,1</b>	<b>11 154,3</b>	<b>2 381,3</b>	<b>7 073,7</b>	<b>1 369,3</b>	<b>4 161,4</b>	<b>3 030,6</b>	<b>220,2</b>	<b>49 061,8</b>
<b>Total par personne (en dollars)</b>	<b>517,6</b>	<b>293,5</b>	<b>62,7</b>	<b>186,1</b>	<b>36,0</b>	<b>109,5</b>	<b>79,7</b>	<b>5,8</b>	<b>1 290,9</b>
<b>Pourcentage des coûts</b>	<b>40,1 %</b>	<b>22,7 %</b>	<b>4,9 %</b>	<b>14,4 %</b>	<b>2,8 %</b>	<b>8,5 %</b>	<b>6,2 %</b>	<b>0,4 %</b>	<b>100,0 %</b>

(suite)

**Tableau 1.** (suite)

**Remarque :** Ces estimations n'incluent pas les coûts associés aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour, aux visites à l'urgence et aux services ambulanciers pour le Québec. Au moment de rédiger ce rapport, les données sur les décès prématurés au Yukon (seulement pour 2017 à 2020) qui sont nécessaires au calcul du coût des années potentielles de vie productive perdues ne figuraient pas dans la base de données de l'état civil de Statistique Canada. Les coûts associés aux visites à l'urgence et à la rémunération des médecins attribuables à l'alcool sont sous-estimés d'environ 3 %, ce qui entraîne une sous-estimation d'environ 1 % du coût total des soins de santé attribuables à cette substance. Cela est dû à une sous-estimation du nombre de problèmes de santé cardiovasculaire et digestive attribuables à l'alcool et des coûts qui en découlent pour les visites à l'urgence et la rémunération des médecins uniquement. — = sans objet. SNC = système nerveux central.

En 2020, pour l'US, c'est dans les territoires qu'on recensait le coût par personne le plus élevé. Ce constat reflète le fait que le coût des soins de santé et le taux de consommation d'alcool et de tabac sont plus élevés pour les résidents des territoires (figure 3).

**Figure 3.** Coûts par personne attribuables à l'usage de substances, par province et territoire, 2020

**Remarque :** Il a été impossible de calculer les coûts exacts par personne pour le Québec et le Yukon. Il convient de considérer que les coûts estimés par personne au Canada sont en deçà de la réalité, puisqu'au Québec, on n'y inclut pas les coûts attribuables aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour, aux visites à l'urgence, et qu'au Yukon, on ne comptabilise pas les coûts de perte de productivité découlant des décès prématurés.

## Tendances dans les coûts, de 2007 à 2020

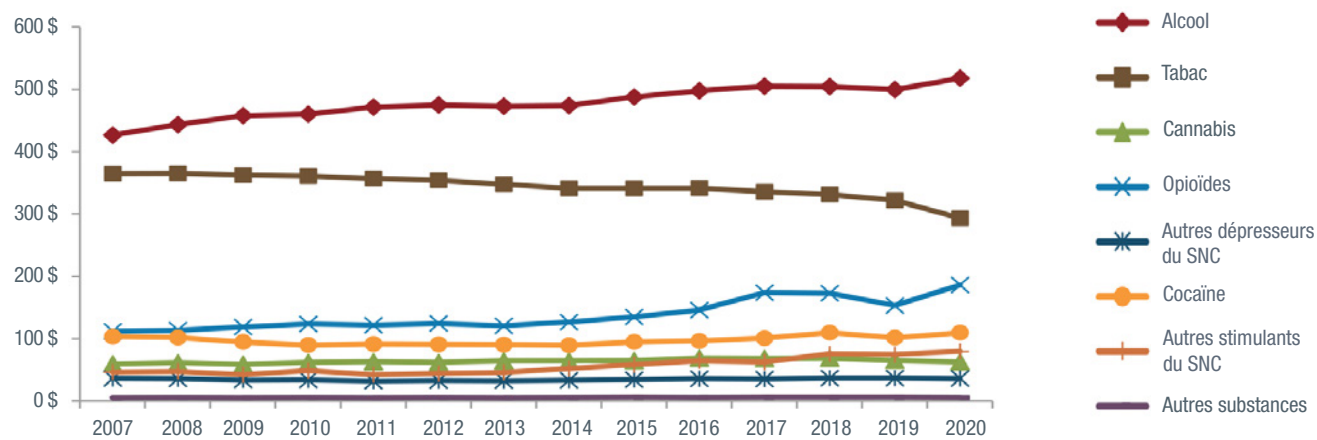
Les coûts de l'US au Canada ont augmenté de près de 30 %, passant de 38,0 milliards de dollars en 2007 à 49,1 milliards en 2020. Il faut cependant noter que la population canadienne a elle aussi augmenté pendant cette période. Au Canada, les coûts par personne associés à l'US ont augmenté de 11,8 %, pour passer de 1 154 \$ en 2007 à 1 291 \$ en 2020 (en dollars canadiens ajustés de 2020).

De 2007 à 2020, les plus importantes hausses de coûts par personne étaient associées à la consommation d'autres stimulants du SNC, puis à celle d'opioïdes. Les coûts associés à ce premier groupe ont en effet augmenté de 71,8 %, passant de 46 \$ à 80 \$, tandis que les coûts associés à ce deuxième groupe ont augmenté de 66,6 %, passant de 112 \$ à 186 \$ (figure 4).

En ce qui concerne les trois substances légales en 2020, les coûts par personne pour la consommation d'alcool ont augmenté le plus (21,3 %), passant de 427 \$ en 2007 à 518 \$ en 2020. Ceux associés à l'usage de cannabis ont augmenté de 5,2 %, de 60 \$ à 63 \$. À titre comparatif, les coûts par personne attribuables au tabac ont diminué de façon considérable (19,6 %) – il s'agit de la seule catégorie de substances à l'avoir fait – et sont passés de 365 \$ en 2007 à 294 \$ en 2020. Ces diminutions des coûts attribuables à l'US s'expliquent principalement par la baisse du nombre d'hospitalisations et de décès dus au tabagisme.



**Figure 4.** Coûts par personne attribuables à l'usage de substances au Canada, par substance, 2007-2020



Substance	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Alcool	427	443	458	460	472	475	473	474	488	497	505	504	500	518
Tabac	365	365	362	361	357	354	347	341	341	341	336	331	322	293
Cannabis	60	61	59	62	63	62	64	64	65	69	68	69	65	63
Opioides	112	114	119	124	122	124	121	126	135	146	174	173	153	186
Autres dépresseurs du SNC	36	36	34	34	32	33	33	33	34	36	35	37	37	36
Cocaïne	103	102	95	90	92	91	90	90	95	97	101	110	102	109
Autres stimulants du SNC	46	47	42	49	42	44	46	52	58	64	62	76	75	80
Autres substances	5	6	5	6	5	6	5	6	6	6	6	6	6	6

**Remarque :** Ces estimations n'incluent pas les coûts associés aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour, aux visites à l'urgence et aux services ambulanciers pour le Québec, ni les coûts associés à la perte de productivité attribuable aux décès prématurés pour le Yukon (uniquement pour 2017 à 2020). Elles sont donc probablement de 2,1 % plus élevées que ce qui est indiqué ici.

## Survol des méthodes

Les méthodes utilisées pour ce projet ont servi dans d'autres études sur les coûts de l'US faites au Canada et sur la scène internationale (p. ex. Rehm et coll., 2006; Collins et Lapsley, 2008). Cela dit, l'accès à des ensembles de données et à des techniques d'analyse supplémentaires nous a permis de grandement améliorer et raffiner les méthodes utilisées dans plusieurs secteurs. C'est pourquoi **les estimations fournies dans ce rapport ne devraient pas être directement comparées à celles des autres rapports Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada et des études précédentes sur les coûts au Canada.**

Toutes les estimations présentées sont en dollars canadiens de 2020. L'indice national des prix à la consommation a été utilisé pour ajuster les coûts d'années précédentes en dollars de 2020 (Statistique Canada, 2022j). Par ailleurs, les résultats dont fait état ce rapport sont aussi présentés par année civile. Les données qui n'étaient disponibles que par année financière (AF) ont donc été converties pour correspondre aux années civiles, avec le report de 25 % des coûts et des nombres à l'année suivante. Par exemple, la conversion de l'AF 2019-2020 en années civiles 2019 et 2020 a été réalisée de la façon suivante : 25 % de l'AF 2018-2019 a été ajouté à l'année 2019, 25 % de l'AF 2019-2020 a été ajouté à l'année 2020, et ainsi de suite.

Nous avons d'abord utilisé, lorsque cela était possible, les données les plus récentes et les données propres à chaque province ou territoire pour estimer les méfaits pertinents de l'US pouvant engendrer des coûts. Par exemple, dans bien des cas, les dossiers médicaux indiquent clairement la cause d'une hospitalisation attribuable à l'US (p. ex. surdose



d'opioïdes, trouble lié à l'US, psychose alcoolique). Nous avons eu accès à des données individuelles sur les coûts liés aux divers types d'hospitalisations et avons pu combiner ces données pour calculer de manière précise les coûts de ces hospitalisations qui sont entièrement attribuables à l'US. Cependant, il existe un grand nombre de problèmes de santé et de crimes qui ne sont que partiellement attribuables à l'US. Les registres sur la santé et la criminalité ne rendent pas toujours compte avec fiabilité du rôle joué par l'US, alors nous avons utilisé des **fractions attribuables** indirectes pour estimer la proportion des coûts de santé et de criminalité pouvant être considérée comme causée par l'usage d'alcool ou d'autres substances.

### Approche de la fraction attribuable

Certains problèmes de santé et certains crimes sont, par définition, entièrement attribuables à l'US. Par exemple, tous les séjours à l'hôpital dont le code diagnostic correspond à « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool »<sup>14</sup> selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM) sont attribuables à l'alcool. De même, toute possession de cocaïne enfreignant la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* peut être entièrement attribuable à l'US. En revanche, les dossiers médicaux et criminels ne précisent pas toujours si les cas sont liés à l'US.

Par exemple, un lien a été établi entre des niveaux précis de consommation d'alcool et le cancer colorectal (Organisation mondiale de la Santé, 2018). Mais ce cancer n'est pas toujours causé par l'alcool. Avec des fractions attribuables, nous avons pu estimer le nombre de cas de cancer colorectal dans la population pouvant être attribuables à l'usage d'alcool. Pour ce faire, nous évaluons le risque de développer un problème de santé (dans le cas présent, le cancer colorectal) qui est associé à plusieurs quantités d'alcool consommé et la proportion d'une population qui boit ces quantités d'alcool. Grâce à cette information, nous pouvons estimer la proportion des cas de cancer colorectal attribuable à l'usage d'alcool. En multipliant cette proportion par le nombre total de cas de cancer colorectal, nous arrivons à calculer le nombre de cas attribuables à l'alcool et les coûts associés à leur traitement. On peut établir de telles corrélations pour tous les problèmes de santé habituellement associés à la consommation d'alcool.

Pour tous les problèmes de santé examinés dans le rapport, les associations causales étaient fondées sur des analyses des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis (2008) et de l'Organisation mondiale de la Santé (2018). Nous avons d'abord constaté qu'on recense 39 maladies découlant de problèmes de santé associés à l'alcool (tableau 2). Nous avons ensuite mené une analyse semblable pour toutes les autres substances. Une liste de ces substances et des problèmes de santé attribuables partiellement ou entièrement à l'US se trouve au tableau 2.

Dans le calcul des méfaits (soins de santé et perte de productivité) attribuables à l'alcool, nous avons utilisé des estimations prudentes en supposant certains bienfaits pour la santé qui semblent associés à une consommation d'alcool à faible volume, pour certains problèmes de santé (p. ex. cardiopathies ischémiques et diabète). Par conséquent, dans ce rapport, les estimations des coûts et des méfaits attribuables à l'alcool sont des estimations nettes, et non brutes. Aucun bienfait n'est présumé pour les autres substances.

C'est donc dire que ce sont principalement des fractions attribuables épidémiologiques par problème de santé qui ont servi à préparer les estimations sur les soins de santé et la perte de productivité. Ce faisant, nous avons calculé la proportion de chaque problème de santé lié à l'US qui serait éliminée en l'absence d'US. Les proportions ainsi obtenues ont servi à estimer les coûts de soins de santé et de perte de productivité encourus dans une année donnée.

Voir le rapport technique pour en savoir plus sur les fractions attribuables et leur utilisation pour estimer les différents coûts.

---

<sup>14</sup> Au Canada, quand un patient obtient son congé de l'hôpital, on lui attribue un code indiquant la principale raison de son séjour. Le système de codage utilisé diffère selon la base de données consultée. La Base de données sur les congés des patients et la Base de données sur la morbidité hospitalière se servent de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>e</sup> version, améliorations canadiennes* (CIM-10-CA; Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], sans date) pour coder le diagnostic à l'origine du séjour à l'hôpital.



Tableau 2. Problèmes de santé entièrement (E) et partiellement attribuables à l'usage de substances

Catégorie de problèmes de santé	Alcool	Tabac	Cannabis	Cocaïne	Autres stimulants du SNC	Opioides	Autres dépresseurs du SNC	Autres substances
Cancer	Cavité buccale, pharynx, œsophage, côlon, rectum, foie, larynx, sein	Cavité buccale, pharynx, œsophage, estomac, côlon, rectum, pancréas, larynx, trachée, poumon, col de l'utérus, rein, pelvis rénal, vessie, leucémie aiguë myéloïde	—	—	—	—	—	—
Maladies cardiovasculaires	Myocardionopathie alcoolique (E), hypertension, cardiopathies ischémiques, accidents vasculaires cérébraux (AVC) hémorragiques, AVC ischémiques, varices œsophagiennes	Autres cardiopathies, cardiopathies ischémiques, maladies cérébrovasculaires, autres maladies vasculaires	—	—	—	—	—	—
Maladies transmissibles	VIH	—	—	Hépatite virale B, hépatite virale C, VIH	Hépatite virale B, hépatite virale C, VIH	Hépatite virale B, hépatite virale C, VIH	—	—
Maladies qui surviennent pendant la grossesse	Complications pendant la grossesse dues à l'usage d'alcool de la mère (E), syndrome d'alcoolisme fœtal (E), faible poids de naissance	Affections prénatales, syndrome de la mort subite du nourrisson	Complications de la grossesse et de la naissance dues à la consommation de la mère *	Complications de la grossesse et de la naissance dues à la consommation de drogue de la mère *	Complications de la grossesse et de la naissance dues à la consommation de drogue de la mère *	Complications de la grossesse et de la naissance dues à la consommation de drogue de la mère *	Complications de la grossesse et de la naissance dues à la consommation de drogue de la mère *	Complications de la grossesse et de la naissance dues à la consommation de drogue de la mère *
Maladies de l'appareil digestif	Gastrite alcoolique (E), pancréatite causée par l'alcool (E), cirrhose, pancréatite	—	—	—	—	—	—	—
Maladies endocriniennes	Pseudosyndrome de Cushing dû à l'alcool (E), diabète (type 2)	Diabète (type 2)	—	—	—	—	—	—
Accidents de la route	Accidents de la route	—	Accidents de la route	Accidents de la route	Accidents de la route	Accidents de la route	Accidents de la route	Accidents de la route
Affections neuro-psychiatriques	Trouble lié à l'usage d'alcool (E), polymérite alcoolique, myopathie et dégénérescence du système nerveux (E), épilepsie	Troubles mentaux et comportementaux liés à l'usage de tabac (E), problèmes mentaux et comportementaux attribuables à la polyconsommation*	Troubles mentaux et comportementaux liés à l'usage de cannabis (E), problèmes mentaux et comportementaux attribuables à la polyconsommation*	Troubles mentaux et comportementaux liés à l'usage de cocaïne (E), problèmes mentaux et comportementaux attribuables à la polyconsommation*	Troubles mentaux et comportementaux liés à l'usage d'autres stimulants et d'amphétamines (E), problèmes mentaux et comportementaux attribuables à la polyconsommation*	Troubles mentaux et comportementaux liés à l'usage d'opioïdes (E), problèmes mentaux et comportementaux attribuables à la polyconsommation*	Troubles mentaux et comportementaux liés à l'usage d'autres dépresseurs du SNC (E), problèmes mentaux et comportementaux attribuables à la polyconsommation*	Troubles mentaux et comportementaux liés à l'usage de toutes les autres substances psychoactives (E), problèmes mentaux et comportementaux attribuables à la polyconsommation*
Blessures accidentelles	Intoxication accidentelle par l'alcool (E), chutes, noyades, incendies, autres blessures accidentelles, intoxication accidentelle par des substances autres que l'alcool	Intoxication accidentelle par le tabac ou la nicotine (E), incendies	Intoxication accidentelle par le cannabis (E), incendies	Intoxication accidentelle par la cocaïne (E)	Intoxication accidentelle par d'autres stimulants et amphétamines (E)	Intoxication accidentelle par les opioïdes (E)	Intoxication accidentelle par tous les autres dépresseurs du SNC (E)	Intoxication accidentelle par toutes les autres substances psychoactives (E)

(suite)



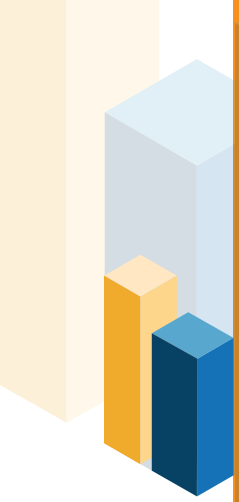
Tableau 2. (suite)

Catégorie de problèmes de santé	Alcool	Tabac	Cannabis	Cocaïne	Autres stimulants du SNC	Opioides	Autres déprimeurs du SNC	Autres substances
Blessures intentionnelles	Auto-intoxication intentionnelle par l'alcool (E), voies de fait et homicides, autres lésions auto-infligées, autres blessures intentionnelles, auto-intoxication intentionnelle par des substances autres que l'alcool	—	Auto-intoxication intentionnelle par le cannabis (E), voies de fait et homicides	Auto-intoxication intentionnelle par la cocaïne (E), voies de fait et homicides, autres lésions auto-infligées	Auto-intoxication intentionnelle par d'autres stimulants et amphétamines (E), voies de fait et homicides, autres lésions auto-infligées	Auto-intoxication intentionnelle par les opioides (E), voies de fait et homicides, autres lésions auto-infligées	Auto-intoxication intentionnelle par d'autres déprimeurs du SNC (E), voies de fait et homicides	Auto-intoxication intentionnelle par toutes les autres substances psychoactives (E), voies de fait et homicides
Maladies de l'appareil respiratoire	Tuberculose, infections des voies respiratoires inférieures	Pneumonie, influenza et tuberculose, maladie pulmonaire obstructive chronique	—	—	—	—	—	—

**Remarque :** La majorité de ces problèmes de santé sont listés dans la CIM-10-CA. On utilise ces codes pour calculer les coûts associés aux hospitalisations, aux décès, aux soins de santé et aux méfaits découlant de l'US. — = Aucun problème de santé attribuable à l'usage de substances.

\*Maladies entièrement attribuables à toutes les substances à l'exclusion de l'alcool et du tabac.







## Estimations de la prévalence de l'usage de substances

La plupart des méthodes utilisées pour nos analyses reposaient sur l'estimation de la prévalence de l'US au Canada par province ou territoire, groupe d'âge, sexe, année et type de substance consommée. Nous nous sommes donc servis de plusieurs enquêtes nationales, provinciales et territoriales comportant des questions sur l'US (tableau 3). Pour certaines des données dont nous avons besoin, les éléments étaient soit manquants, soit incomplets. En revanche, des tendances prévisibles selon le sexe, l'âge, l'année, la province ou le territoire et le type de substance ont pu être dégagées dans les vastes ensembles de données d'enquêtes disponibles. L'uniformité de ces tendances nous a permis de modéliser et d'estimer précisément la prévalence de l'US lorsqu'il était impossible de tirer des estimations directement des enquêtes.

Le rapport technique présente une description de nos méthodes de modélisation des estimations de la prévalence. Pour celles visant la consommation d'alcool et de tabac, les données d'enquêtes ont pu être complétées par les données de vente au détail recueillies chaque année par les provinces et territoires. À ces données d'enquêtes s'est ajouté le nombre d'hospitalisations entièrement attribuables à la consommation de chaque substance survenues par année, dans chaque province et territoire (pour toutes les substances) ainsi que de l'information sur le contenu des substances soumises par les organismes d'application de la loi au Service d'analyse des drogues de Santé Canada (cannabis, cocaïne, autres stimulants du SNC et opioïdes)<sup>15</sup>.

**Tableau 3.** Sources des données utilisées pour modéliser les estimations de la prévalence

Substance	Sources de données
Alcool	Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) 2008-2012 (Statistique Canada, 2022f); Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) 2013, 2015 et 2017 (Statistique Canada, 2022i); Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues (ECAD) 2019 (Statistique Canada, 2022g); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2005 et 2007-2017 (Statistique Canada, 2022h); données de vente officielles de Statistique Canada 2006-2020 (Statistique Canada, 2022s)
Tabac	ESCCAD 2008-2012 (Statistique Canada, 2022f); ECTAD 2013, 2015 et 2017 (Statistique Canada, 2022i); ECAD 2019 (Statistique Canada 2022g); ESCC 2005 et 2007-2017 (2022h); données de vente officielles de Statistique Canada 2006-2020 (Statistiques Canada, 2022u)
Cannabis, opioïdes, autres dépresseurs du SNC, cocaïne, autres stimulants du SNC, autres substances	ESCCAD 2008-2012 (Statistique Canada, 2022f); ECTAD 2013, 2015 et 2017 (Statistique Canada, 2022i); ECAD 2019 (Statistique Canada, 2022g); ESCC 2007, 2015, 2017 (Statistique Canada, 2022h); Northwest Territories Substance Use and Addictions Survey 2012 (Santé et Services sociaux, Territoires du Nord-Ouest, 2017)

(suite)

<sup>15</sup> Hospitalisations portant les codes CIM-10-CA à F15 et T40. Les données du Service d'analyse des drogues sur le cannabis ont été exclues des modèles de prévalence de l'usage de substances après 2017 en raison des changements dans l'application de la loi concernant les saisies, suite à la légalisation.



Tableau 3. (suite)

Toutes les substances	Base de données sur les congés des patients 2006-2007 à 2020-2021 (ICIS, 2022b); Services d'analyse des drogues : échantillons de drogues illicites (Santé Canada, 2022)
-----------------------	--

## Résultats

La prévalence de la consommation d'opioïdes dans la dernière année a diminué de 11,0 %, de 21,6 % à 10,6 %, entre 2007 et 2020, le plus fort pourcentage de toutes les substances à l'étude (figure 5). Nous avons par ailleurs observé une diminution de 7,1 % du tabagisme pendant la période couverte par le projet. À l'inverse, l'usage de cannabis a augmenté, passant de 11,1 % en 2007 à 18,1 % en 2020. Globalement, l'usage de cocaïne et d'autres stimulants du SNC a légèrement augmenté, mais on remarque des hausses plus marquées chez les consommateurs de différents groupes caractérisés par leur âge, leur sexe ou leur région. Par exemple, en 2007, 2,0 % des hommes âgés de 15 à 34 ans ont consommé des stimulants du SNC (à l'exclusion de la cocaïne), proportion qui est passée à 6,3 % en 2020.

**Figure 5.** Estimations de la prévalence de l'usage de substances au Canada, par substance, 2007-2020 (pourcentage de la population ayant consommé chaque substance dans la dernière année)

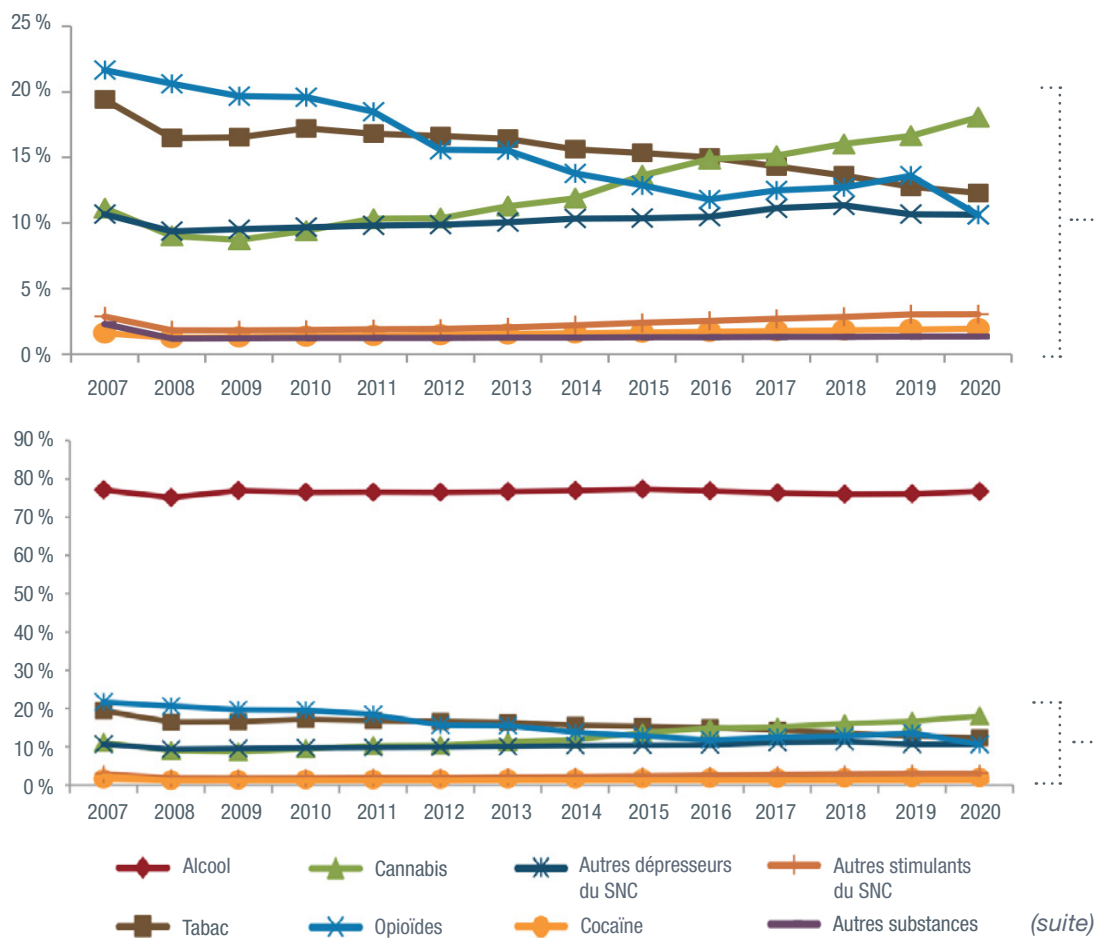




Figure 5. (suite)

Substance	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Alcool	77,2	75,2	77,0	76,6	76,6	76,6	76,7	77,0	77,4	76,9	76,4	76,1	76,1	76,8
Tabac	19,4	16,5	16,5	17,2	16,8	16,6	16,4	15,6	15,4	15,0	14,3	13,6	12,8	12,3
Cannabis	11,1	9,0	8,7	9,4	10,3	10,4	11,3	11,9	13,6	14,9	15,1	16,0	16,7	18,1
Opioides	21,7	20,6	19,7	19,6	18,5	15,6	15,5	13,8	12,9	11,8	12,5	12,7	13,6	10,6
Autres déprimeurs du SNC	10,7	9,4	9,5	9,7	9,8	9,9	10,1	10,3	10,4	10,5	11,1	11,4	10,7	10,6
Cocaïne	1,6	1,3	1,3	1,4	1,4	1,5	1,5	1,6	1,7	1,7	1,8	1,8	1,9	2,0
Autres stimulants du SNC	2,9	1,8	1,8	1,9	1,9	1,9	2,1	2,2	2,4	2,6	2,7	2,9	3,0	3,1
Autres substances	2,3	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4

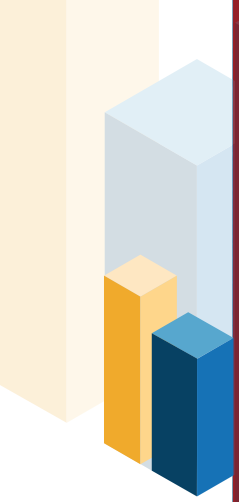
**Remarque :** Les estimations pour l'alcool et le tabac rendent compte du nombre de personnes qui boivent ou qui fument actuellement (donc ayant bu au moins un verre standard dans la dernière année, ou ayant fumé au moins 100 cigarettes dans leur vie, dont au moins une dans la dernière année). Les estimations pour toutes les substances rapportent la prévalence de personnes ayant consommé la substance (ex. opioïdes : analgésique opioïde ou héroïne) au moins une fois dans la dernière année. Ces chiffres sont des totaux ne distinguant ni l'âge, ni le sexe, ni la région. Les données détaillées (distinguant ces groupes) indiquent des variations et sont présentées dans le rapport technique.

## Limites

Nous n'avons eu accès qu'à des données partielles pour compléter les données d'enquêtes, en particulier pour les drogues illicites et les « autres substances », ce qui pourrait compromettre la fiabilité des estimations de la prévalence. En incluant les données sur les hospitalisations pour des problèmes de santé entièrement attribuables à l'US et sur le contenu des substances saisies, nous avons pu améliorer la précision des estimations générées pour 2007-2020, comparativement à celles des éditions antérieures (Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, 2018; 2020).

Nous continuons à modéliser des estimations de la prévalence des substances autres que l'alcool, le tabac et le cannabis dans les territoires où les données d'enquêtes ciblées géographiquement sont limitées. Les données démographiques des territoires et les tendances très uniformes observées dans les données d'enquêtes des provinces ont permis d'estimer l'ampleur de l'US dans les territoires. Pour améliorer la précision de nos estimations pour les provinces et territoires, nous avons utilisé des statistiques sur les maladies entièrement attribuables à l'US.

Pour estimer le nombre de cas de VIH, d'hépatite virale B et d'hépatite virale C attribuables à l'usage de substances, nous avons eu recours à une méthodologie particulière, puisque la voie causale de ces maladies est l'utilisation de drogue injectable (UDI) uniquement, et non l'usage de substances spécifiques. Les sources d'enquêtes consultées pour le présent rapport ne répartissent pas l'UDI en catégories de substances. À cause de ce manque d'information, nous avons utilisé la pondération relative des substances injectables (opioïdes, cocaïne et autres stimulants du SNC) pour diviser la fraction attribuable globale dérivée de la prévalence de l'UDI par région, année, sexe et groupe d'âge.





## Coûts de soins de santé

Des estimations des coûts sont fournies pour les hospitalisations, les chirurgies d'un jour, les visites à l'urgence, les services ambulanciers, le traitement spécialisé pour des troubles de l'US, la rémunération des médecins et les médicaments sur ordonnance. L'utilisation de l'approche de la fraction attribuable est essentielle pour estimer la proportion des divers types de maladies ou de blessures attribuables à l'usage d'une substance précise. Pour calculer les fractions attribuables concernant l'usage d'alcool, nous avons utilisé les dernières méthodes d'évaluation du fardeau des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé (Degenhardt et coll., 2016), ainsi qu'une nouvelle ressource internationale libre d'accès, le modèle international en matière de méfaits et de politiques liés à l'alcool (Sherk et coll., 2017, Sherk et coll., 2020).

Les renseignements diagnostiques relatifs aux hospitalisations sont les plus fiables et les plus détaillés. Nous avons eu accès à des données individuelles sur les coûts liés aux divers types d'hospitalisations pour des maladies qui sont entièrement attribuables à l'US et d'autres qui sont partiellement attribuables à l'US. Nous avons ensuite combiné ces données pour estimer de manière précise les coûts de tous les problèmes de santé en lien avec l'US. Cette information a aussi servi à estimer les coûts de soins de santé attribuables à l'US dans d'autres domaines. Voir le tableau 2 pour une liste de problèmes de santé entièrement ou partiellement attribuables à l'US. Les sources des données utilisées pour établir les estimations des coûts de soins de santé sont présentées dans le tableau 4.

**Tableau 4.** Sources des données utilisées pour calculer les coûts de soins de santé liés à l'usage de substances

Coûts et méfaits	Sources de données
Fractions attribuables à l'US	Alcool : calculées à l'aide du modèle international en matière de méfaits et de politiques liés à l'alcool (Sherk et coll., 2017; Sherk et coll., 2020) Tabac : risques relatifs tirés du <i>Surgeon General's Report</i> des États-Unis (National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2014) Autres substances : divers risques relatifs tirés de la littérature, par maladie spécifique (voir le rapport technique)
Hospitalisations	Base de données sur les congés des patients (BDPC) 2006-2007 à 2020-2021 (comptes) (ICIS, 2022b); coût d'un séjour standard à l'hôpital (indicateur) (ICIS, 2022a)
Chirurgies d'un jour	BDPC 2006-2007 à 2020-2021 (ICIS, 2022b) et Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) 2006-2007 à 2020-2021 (ICIS, 2022c) (comptes); coût d'un séjour standard à l'hôpital (indicateur) (ICIS, 2022a)
Visites à l'urgence	SNISA 2006-2007 à 2020-2021 (comptes) (ICIS, 2022c); coût d'un séjour standard à l'hôpital (indicateur) (ICIS, 2022a)
Services ambulanciers	BDPC 2006-2007 à 2020-2021 (ICIS, 2022b) et SNISA 2006-2007 à 2020-2021 (comptes) (ICIS, 2022c); rapports provinciaux et territoriaux sur les frais de transport par ambulance pour les personnes non assurées (coûts) (voir le rapport technique)

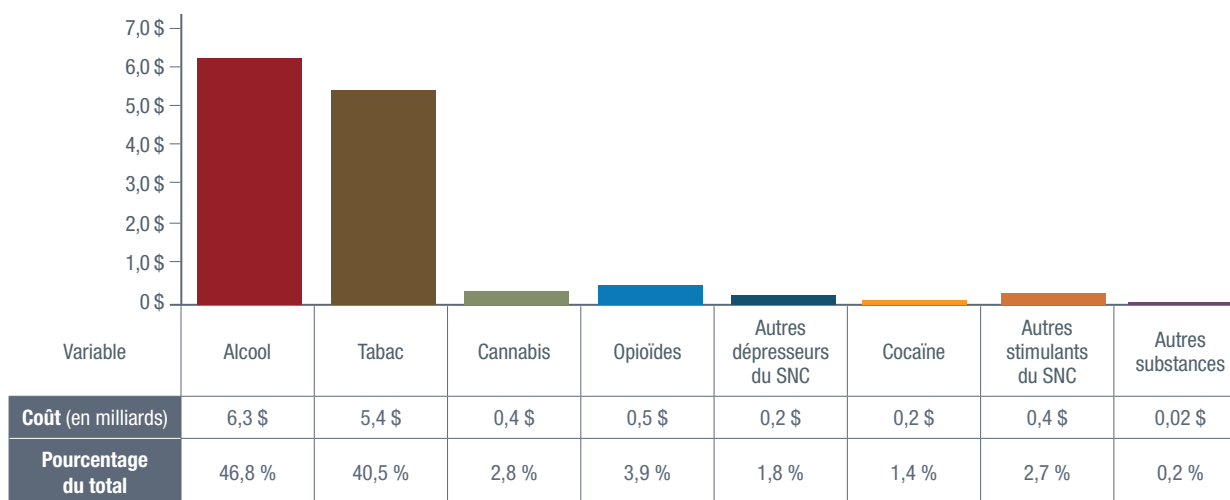
(suite)



Tableau 4. (suite)

Rémunération des médecins	Base de données nationale sur les médecins 2006-2007 à 2019-2020 (ICIS, 2022e) et BDCP 2006-2007 à 2020-2021 (comptes) (ICIS, 2022b); Statistiques éclair : hospitalisations 2007-2020 (ICIS, 2022f)
Médicaments sur ordonnance	Tendances des dépenses nationales de santé 2007-2020 (ICIS, 2022d)
Traitement spécialisé des troubles liés à l'US	Données du Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement (INT) 2009-2010 à 2020-2021 (comptes) (Beasley, Jesseman, Patton et Groupe de travail sur les INT, 2012; CCDUS, 2022b; McQuaid, Di Gioacchino et Groupe de travail sur les INT, 2017; Meister, Maloney-Hall, Urbanoski et Groupe de travail sur les INT, 2018; Pirie, Jesseman, Di Gioacchino et Groupe de travail sur les INT, 2014; Pirie, Jesseman et Groupe de travail sur les INT, 2013; Pirie et Groupe de travail sur les INT, 2015; Pirie, Wallingford, Di Gioacchino, McQuaid et Groupe de travail sur les INT, 2016)  BDCP 2006-2007 à 2020-2021 (ICIS, 2022b); coût d'un séjour standard à l'hôpital (coûts) (ICIS, 2022a)  Littérature : <i>Comorbid mental disorders among clients in addiction treatment: the costs of care</i> (coûts) (Urbanoski et coll., 2014)

Figure 6. Coûts de soins de santé (en milliards) associés à l'usage de substances au Canada, par substance, 2020



**Remarque :** Ces estimations n'incluent pas les coûts associés aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour, aux visites à l'urgence et aux services ambulanciers pour le Québec. Selon un calcul approximatif fait avec les coûts par personne en Ontario et les données québécoises disponibles, ces coûts par personne sont vraisemblablement prudents d'environ 8 %.

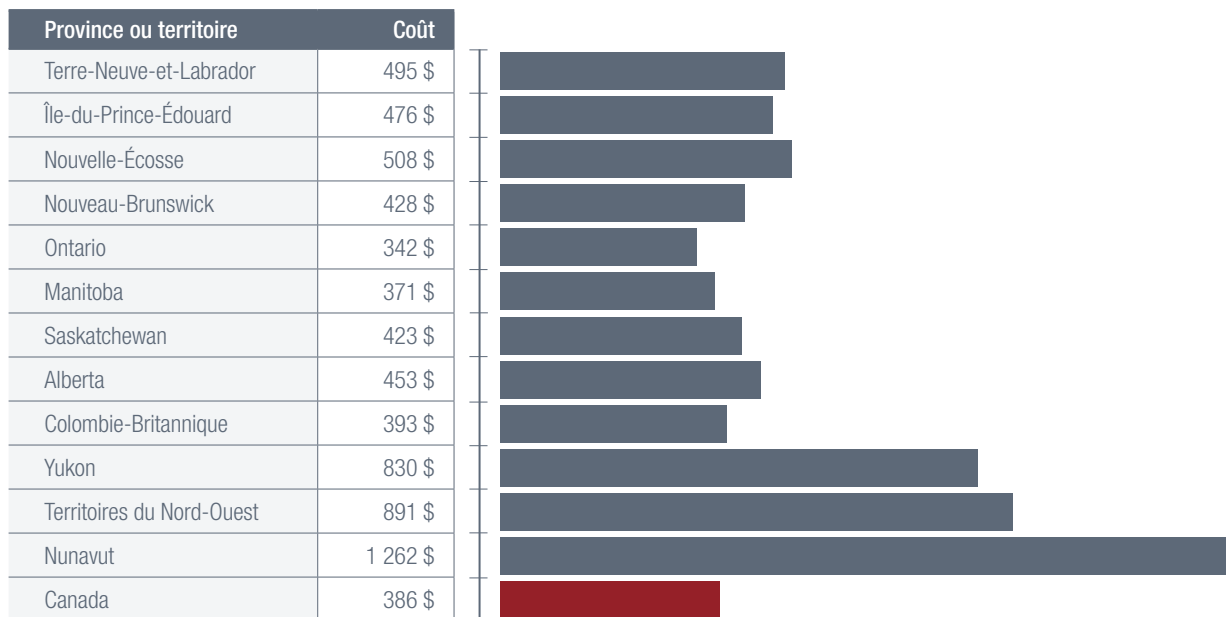


## Résultats

En 2020, les coûts de soins de santé attribuables à l'US se chiffraient à 13,4 milliards de dollars. Les coûts associés à l'usage d'alcool et de tabac (deux des trois substances légales à ce moment) représentaient plus de 87 % de tous les coûts de soins de santé attribuables à l'US (figure 6)<sup>16</sup>. Ces coûts sont répartis par type de coûts et par substance (tableau 1).

Les coûts estimés par province ou territoire s'expliquent en grande partie par la taille de la population; plus la population est petite, plus les coûts sont élevés. Il est donc possible de comparer directement les données de la figure 7, qui présente les coûts par personne de soins de santé estimés attribuables à l'US. La figure montre que pour l'ensemble du Canada (sauf le Québec), ces coûts étaient de 386 \$ par personne en moyenne en 2020. C'est dans les territoires que les coûts par personne étaient les plus élevés; ils étaient aussi relativement élevés au Canada atlantique.

**Figure 7.** Coûts par personne des soins de santé associés à l'usage de substances au Canada (sauf le Québec), par province et territoire, 2020



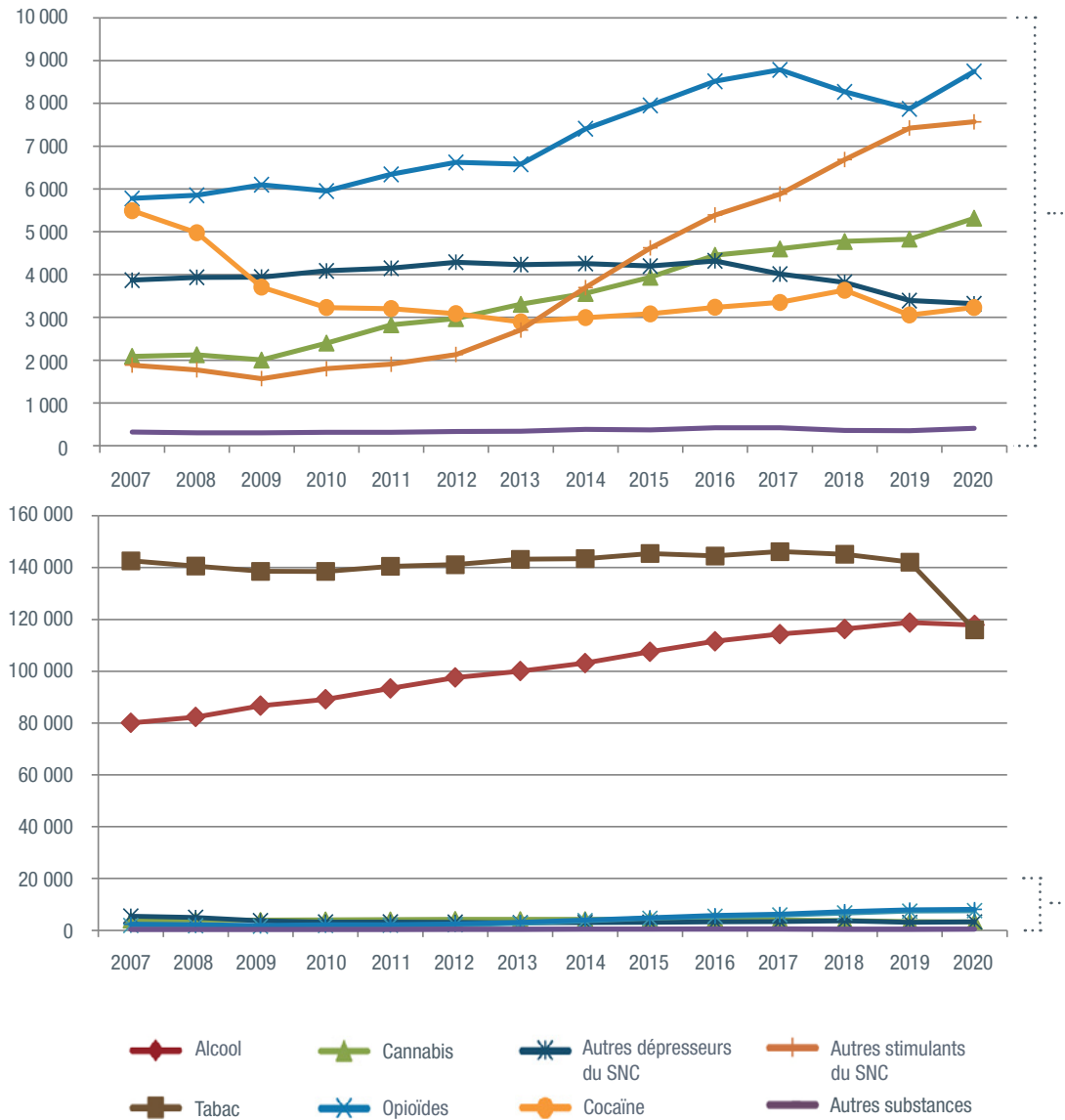
**Remarque :** Il a été impossible de calculer les coûts exacts par personne du Québec. Le nombre d'hospitalisations et les coûts qui y sont associés pour l'Ontario et le Manitoba sont sous-estimés puisque nous n'avons pu y inclure les hospitalisations répertoriées dans le Système d'information ontarien sur la santé mentale.

Comme le montre la figure 8, certains éléments ont contribué à ces coûts, dont les 262 494 hospitalisations estimées attribuables à l'US, dont 117 871 (44,9 % du total) étaient dues à l'alcool et 116 027 (44,2 %), au tabac. En comparaison, la deuxième catégorie en importance était celle des hospitalisations attribuables aux opioïdes, avec 8 746 séjours à l'hôpital (3,3 % du total).

<sup>16</sup> Les coûts associés aux visites à l'urgence et à la rémunération des médecins attribuables à l'alcool sont sous-estimés d'environ 3 % pour toutes les années. Nous estimons que les coûts totaux de soins de santé attribuables à l'alcool en 2020 sont conservateurs de 61 millions de dollars (environ 1 %), en raison d'une sous-estimation du nombre de problèmes de santé cardiovasculaire et digestive attribuables à l'alcool et des coûts qui en découlent pour les visites à l'urgence et la rémunération des médecins uniquement.



**Figure 8.** Hospitalisations au Canada (sauf le Québec) attribuables à l'usage de substances, 2007-2020, par type de substance



(suite)



Figure 8. (suite)

Substance	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Alcool	80 048	82 337	86 689	89 175	93 366	97 569	100 041	103 192	107 505	111 572	114 342	116 302	118 817	117 871
Tabac	142 660	140 589	138 582	138 551	140 500	141 162	143 215	143 499	145 463	144 501	146 188	145 172	142 142	116 027
Cannabis	2 089	2 126	2 005	2 399	2 826	2 971	3 307	3 562	3 939	4 453	4 602	4 776	4 828	5 318
Opioïdes	5 777	5 852	6 097	5 953	6 343	6 620	6 578	7 406	7 955	8 518	8 785	8 271	7 872	8 746
Autres déprimeurs du SNC	3 870	3 934	3 941	4 087	4 148	4 288	4 232	4 258	4 197	4 319	4 013	3 816	3 394	3 319
Cocaïne	5 841	5 292	4 066	3 523	3 527	3 388	3 210	3 266	3 352	3 529	3 634	3 969	3 373	3 530
Autres stimulants du SNC	1 883	1 773	1 569	1 801	1 907	2 133	2 704	3 695	4 623	5 392	5 882	6 687	7 423	7 570
Autres substances	320	303	302	313	317	333	340	382	371	421	419	361	350	410

**Remarque :** Le nombre d'hospitalisations pour l'Ontario et le Manitoba est sous-estimé puisque nous n'avons pu y inclure les hospitalisations répertoriées dans le Système d'information ontarien sur la santé mentale.

Les coûts par personne de soins de santé associés à l'US au Canada ont augmenté de 10 %, passant de 321 \$ en 2007 à 353 \$ en 2020<sup>17</sup>. Plus précisément, des hausses considérables des coûts par personne ont été constaté dans plusieurs autres catégories de substances (en ordre croissant) :

- Autres stimulants du SNC, pour lesquels les coûts par personne ont augmenté de près de 180 %, de 3 \$ à 9 \$ (figure 9);
- Cannabis, pour lequel les coûts ont augmenté de près de 90 %, de 5 \$ à 10 \$;
- Alcool, pour lequel les coûts ont augmenté de 40,5 %, de 117 \$ à 165 \$;
- Opioides, pour lesquels les coûts ont augmenté de 15,1 %, de 12 \$ à 14 \$.

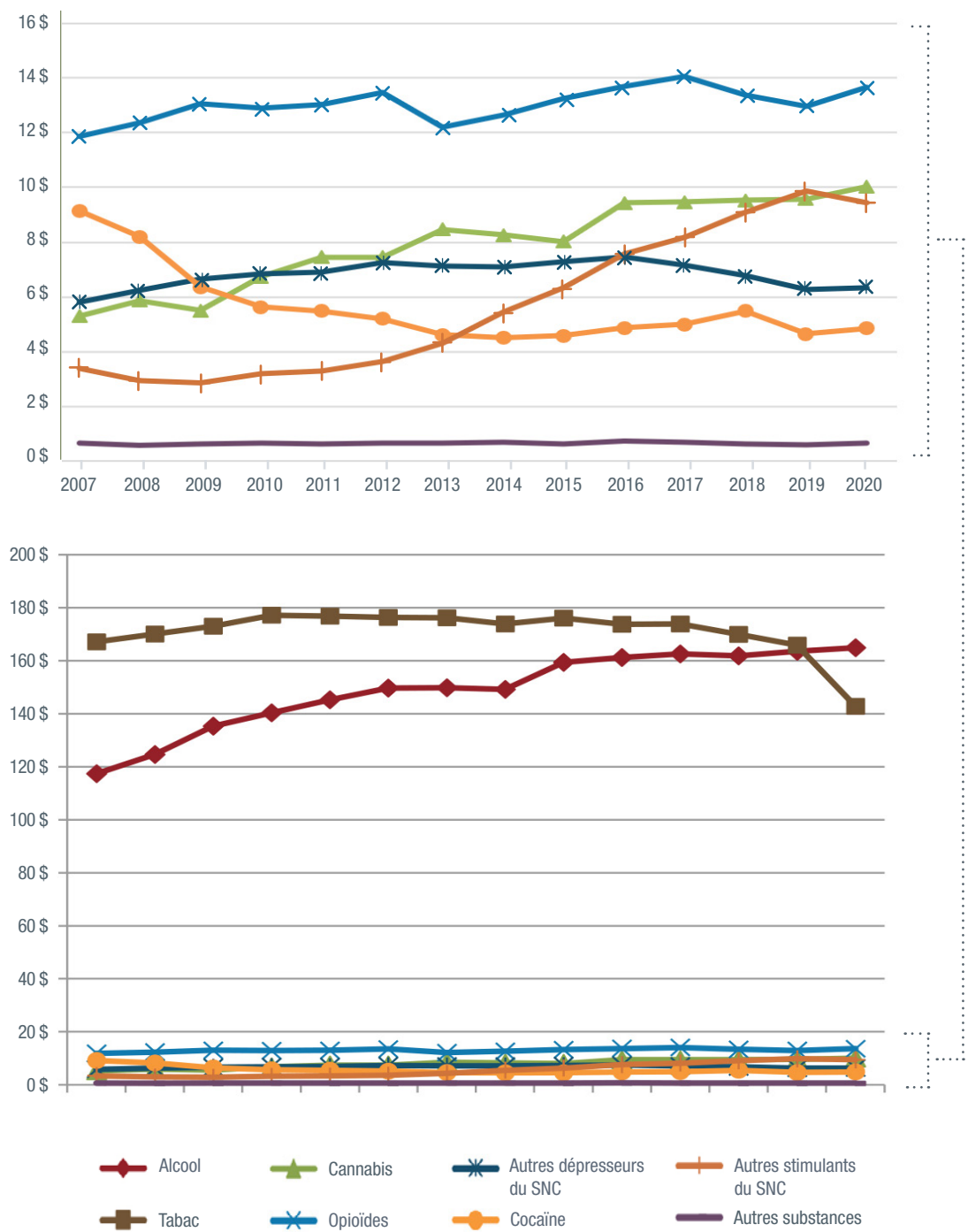
À l'inverse, les coûts de soins de santé par personne associés à certaines catégories de substances ont diminué entre 2007 et 2020. Ainsi, les coûts liés à la cocaïne ont diminué de 47,0 %, de 9 \$ à 5 \$, et les coûts du tabagisme ont diminué de 14,5 %, de 167 \$ à 143 \$ (figure 9).

Les coûts de soins de santé par personne associés au tabagisme ont connu une forte baisse (13,9 %) entre 2019 et 2020, vraisemblablement en raison de changements dans la recherche de soins par les personnes ayant une affection non liée à la COVID-19. Ce phénomène a entraîné une baisse de 5,5 % dans les coûts généraux de soins de santé entre 2019 et 2020.

<sup>17</sup> Seules quelques données sur les soins de santé étaient disponibles pour le Québec. Les estimations nationales des tendances par personne présentées ici incluent le Québec et diffèrent donc du montant de 386 \$ mentionné précédemment.



**Figure 9.** Coûts par personne de soins de santé liés à l'usage de substances au Canada, par substance, 2007-2020



(suite)



Figure 9. (suite)

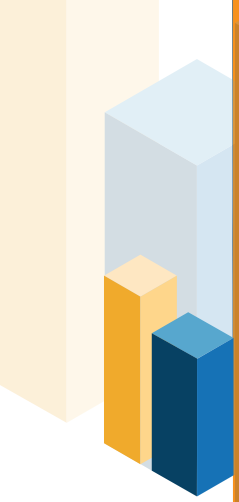
Substance	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Alcool	117	125	135	140	145	150	150	149	159	161	163	162	164	165
Tabac	167	170	173	177	177	176	176	174	176	174	174	170	166	143
Cannabis	5	6	6	7	7	7	8	8	8	9	9	10	10	10
Opioides	12	12	13	13	13	13	12	13	13	14	14	13	13	14
Autres dépresseurs du SNC	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6
Cocaïne	9	8	6	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Autres stimulants du SNC	3	3	3	3	3	4	4	5	6	8	8	9	10	9
Autres substances	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

**Remarque :** Ces estimations n'incluent pas les coûts associés aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour et aux services ambulanciers pour le Québec. Selon un calcul approximatif fait avec les coûts par personne en Ontario et les données québécoises disponibles, ces coûts par personne sont vraisemblablement prudents d'environ 8 %.

## Limites

La méthodologie utilisée pour évaluer la charge de la morbidité repose sur l'hypothèse que les études de grande qualité faites partout dans le monde sur le lien entre l'usage de substances dans une population et les maladies et blessures sont universellement applicables. Pour estimer la prévalence de grands groupes de maladies et de blessures ainsi que la prévalence de la population à l'US, nous avons utilisé des données nationales, provinciales et territoriales, mais nous avons aussi dû appliquer les hypothèses en vigueur à l'échelle internationale quant au lien entre l'US et le risque d'apparition de certaines maladies et blessures, puisque ces données sont rarement disponibles pour un pays en particulier. Conformément aux pratiques courantes dans l'analyse épidémiologique de l'US, nous nous sommes basés sur les plus récents examens systématiques et méta-analyses de la littérature internationale pour estimer ces liens de risque. Cela dit, les données probantes que contiennent les études publiées sont plus solides dans certains domaines, comme l'usage d'alcool et de tabac, que dans d'autres, comme l'usage des autres substances. Pour estimer les coûts associés aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour, aux services ambulanciers et aux visites à l'urgence, nous avons analysé les données individuelles selon le principe des fractions attribuables; pour l'estimation de la rémunération des médecins et des médicaments sur ordonnance, nous avons appliqué une méthode de pourcentages attribuables<sup>18</sup>. Nous partons de l'hypothèse que la proportion des coûts de soins de santé correspondant aux différents types de substances est stable. Nous continuerons d'analyser cette hypothèse et d'affiner notre méthodologie pour renforcer la précision de nos estimations.

<sup>18</sup> Les pourcentages attribuables équivalent aux pourcentages du total des hospitalisations que l'on peut associer à l'usage de substances par province, territoire et année.





## Coûts de perte de productivité

Des estimations sont fournies pour les coûts indirects associés à la perte de productivité liée à l'US, soit les coûts qui découlent du manque à gagner causé par la mortalité prématurée, l'invalidité de longue durée et l'invalidité de courte durée (absentéisme et présentéisme).

Pour estimer les coûts de perte de productivité dus aux décès prématurés, nous avons principalement utilisé l'approche du capital humain (Single et coll., 2003), qui repose sur l'hypothèse qu'une personne décédée ne pourra être remplacée sur le marché du travail et que le salaire qu'elle aurait gagné jusqu'à sa retraite (fixée à 65 ans) ne lui sera pas versé. Pour déterminer combien de décès sont imputables à l'US, nous avons utilisé la même stratégie que pour évaluer les coûts de soins de santé associés à l'US, qui est fondée sur le type de problèmes de santé et sur une application des fractions attribuables à l'épidémiologie. Pour estimer le coût d'une invalidité de longue durée, nous avons limité nos estimations à l'année concernée, comme le recommande Schroeder (2012). Les méthodes que nous avons utilisées pour calculer les coûts de perte de productivité sont détaillées dans l'étude de Sorge et coll. (2019) et dans le rapport technique.

### Méthodes d'estimation des décès attribuables à des intoxications dues à l'usage de substances

Pour notre estimation du nombre de décès attribuables à des intoxications dues à l'US, nous avons pu compter sur la base de données de l'état civil de Statistique Canada et sur l'appui de son Centre de données sur la santé de la population.

Dans la base de données, chaque décès découlant de ce genre d'intoxication est classé comme accidentel (codes « X4\* » ou « Y1\* ») ou intentionnel (codes « X6\* »). Les archives comprennent aussi une liste de codes indiquant la nature des substances considérées comme en cause. Nous avons classé les décès associés à une seule substance dans la catégorie concernée; lorsque plus d'une substance était indiquée<sup>19</sup>, nous avons pondéré le facteur de responsabilité de chaque substance, puis avons réparti ces décès dans chaque catégorie concernée, selon la proportion des décès où une seule substance était en cause.

Par exemple, pour répartir 100 décès dus en partie à l'alcool et aux opioïdes, nous aurions examiné le rapport entre les décès attribuables exclusivement à l'une ou l'autre de ces substances, puis réparti les chiffres en conséquence. Si ce rapport avait été de 6:4, pour chaque occurrence de ce groupe, nous aurions comptabilisé 0,6 décès dans la catégorie « alcool » et 0,4 décès dans la catégorie « opioïdes ». Nous avons reproduit cette méthode pour tous les décès dus à plusieurs substances. La pondération définitive a été ajustée selon l'âge et les caractéristiques régionales, à partir de la proportion des hospitalisations attribuables à des intoxications pour chaque substance.

### Méthodes d'évaluation de l'invalidité de longue et de courte durée

Nous avons évalué l'invalidité de longue durée en fonction du nombre de bénéficiaires de prestations d'invalidité rapporté par le Régime de pensions du Canada et le Régime des rentes du Québec, donnée qui représente les personnes incapables de travailler de façon permanente. L'invalidité de courte durée concerne les personnes qui s'absentent du travail (absentéisme) ou qui présentent une baisse de productivité tout en étant au travail (présentéisme) à cause de l'usage de substances. Nous avons calculé ces coûts au moyen de questions issues de l'Enquête sur la population active et de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, respectivement. Les sources des données utilisées pour établir ces estimations figurent dans le tableau 5. Pour une description détaillée des méthodes utilisées, voir le rapport technique.

<sup>19</sup> Pour les catégories de substances suivantes : alcool, opioïdes, autres déprimeurs du SNC, cocaïne et autres stimulants du SNC. Le cannabis et les autres substances psychoactives ont été exclues de cette analyse à la suite d'une analyse spéciale des décès dans les statistiques de l'état civil qui a montré que ces substances étaient rarement la seule substance présente dans les décès par intoxication. Cela est cohérent avec des données indiquant que ces catégories de substances ne causaient que très rarement, voire jamais, de décès par surdose (Hall et Solowij, 1998).



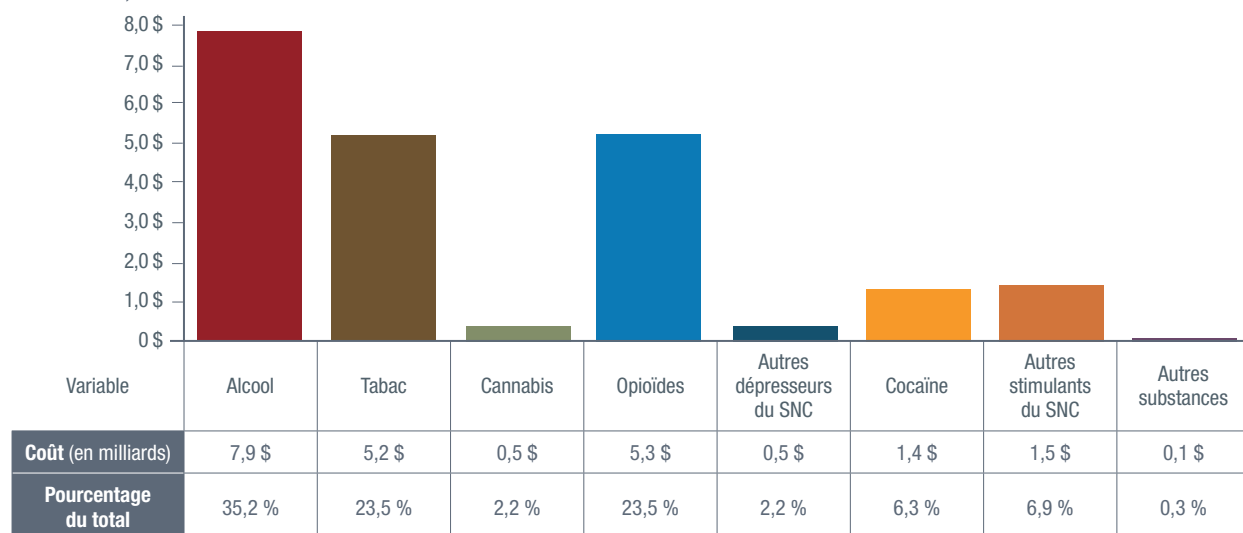
**Tableau 5.** Sources des données utilisées pour calculer les coûts de perte de productivité associés à l'usage de substances

Coûts ou méfaits	Sources de données
Décès prématurés	Base canadienne de données de l'état civil – Décès (Statistique Canada, 2022u) (comptes); Enquête sur la population active (Statistique Canada, 2022o) et Enquête sur l'emploi, la rémunération et les heures de travail (Statistique Canada, 2022m) (coûts)
Invalité de longue durée	Prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada selon la cause d'invalidité (Emploi et Développement social Canada, 2022) et prestations d'invalidité de la Régie des rentes du Québec (gouvernement et municipalités du Québec, 2022) (comptes); et Enquête sur l'emploi, la rémunération et les heures de travail (Statistique Canada, 2022m)
Invalité de courte durée (absentéisme et présentéisme)	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2007-2017 (Statistique Canada, 2022h) et Enquête sur la population active (Statistique Canada, 2022p) (comptes); Enquête sur l'emploi, la rémunération et les heures de travail (Statistique Canada, 2022m) (coûts)

## Résultats

En 2020, les coûts de perte de productivité associés à l'US totalisaient environ 22,4 milliards de dollars. On estime que les coûts associés à l'usage de deux des trois substances légales au moment de l'étude (soit l'alcool et le tabac) représentaient 58,7 % (13,1 milliards de dollars) du total des coûts de perte de productivité (figure 10). Les opioïdes comptaient pour 23,5 % (5,3 milliards) des coûts.

**Figure 10.** Coûts de perte de productivité (en milliards) attribuables à l'usage de substances au Canada, par substance, 2020

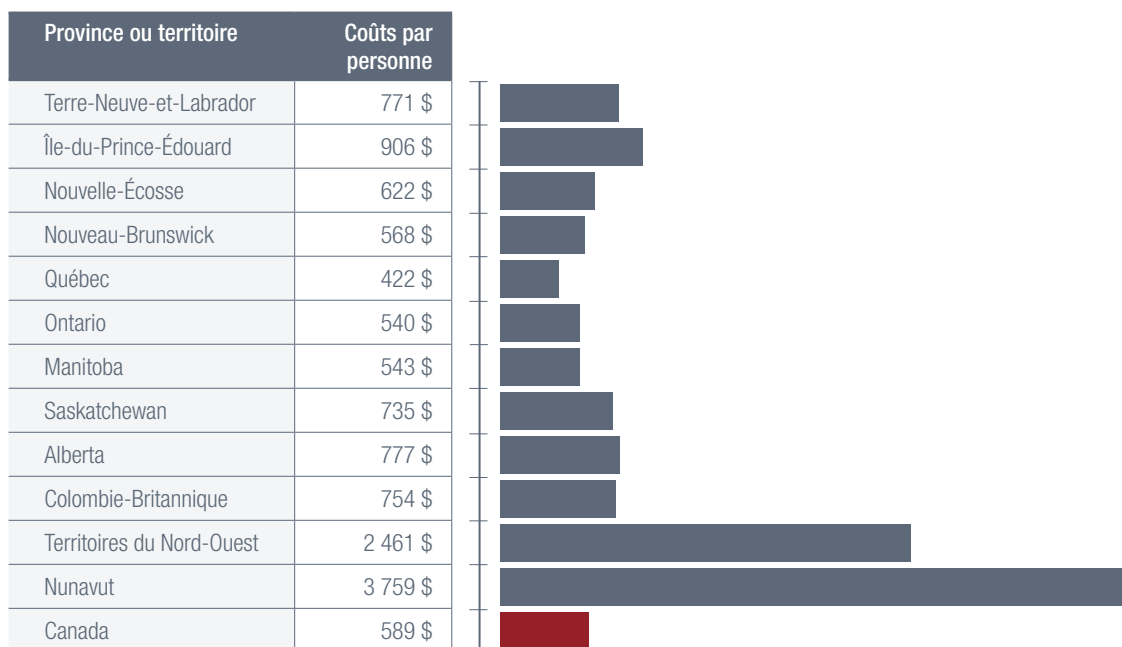


**Remarque :** Au moment de rédiger ce rapport, les données sur les décès prématurés au Yukon (pour 2017 à 2020 uniquement) nécessaires au calcul du coût des années potentielles de vie productive perdues pour cette raison ne figuraient pas dans la base de données de l'état civil de Statistique Canada. Un calcul brut – basé sur les coûts par personne et sur les données des Territoires du Nord-Ouest – suggérerait que les coûts étaient prudents d'environ 0,5 %.



La figure 11 montre les coûts estimés par personne de perte de productivité attribuables à l'US dans les provinces, les territoires et le Canada. Pour l'ensemble du pays, la perte de productivité due à l'US coûte en moyenne 589 \$ par personne. C'est dans les territoires que les coûts par personne étaient le plus élevés.

**Figure 11.** Coûts par personne de perte de productivité attribuables à l'usage de substances au Canada, par province et territoire, 2020



**Remarque :** Au moment de rédiger ce rapport, les données sur les décès prématurés au Yukon (pour 2017 à 2020 uniquement) nécessaires au calcul du coût des années potentielles de vie productive perdues pour cette raison ne figuraient pas dans la base de données de l'état civil de Statistique Canada. Il a donc été impossible de calculer les coûts exacts par personne de perte de productivité pour le Yukon en 2020.

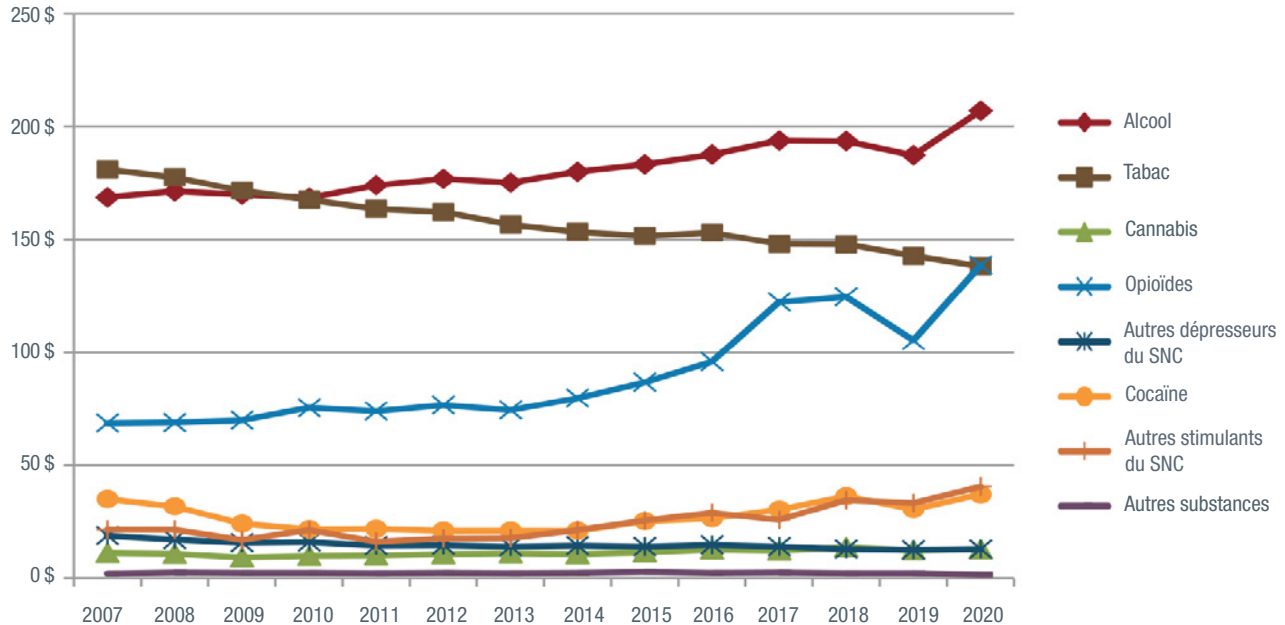
Le total des coûts par personne de perte de productivité a augmenté de 16,2 %, passant de 507 \$ en 2007 à 589 \$ en 2020. Les coûts par personne de perte de productivité en raison de l'alcool ont augmenté de 22,8 %, de 169 \$ en 2007 à 207 \$ en 2020; tandis que ceux associés au tabagisme ont diminué de 23,7 %, passant de 181 \$ en 2007 à 138 \$ en 2020 (figure 12).

C'est dans la catégorie des opioïdes que l'on observe la hausse la plus importante. Le coût par personne pour l'usage d'opioïdes a augmenté de plus de 100 % durant la période du projet, passant de 69 \$ en 2007 à 139 \$ en 2020 (figure 12). Un phénomène similaire a été enregistré pour les autres stimulants du SNC; en effet, le total des coûts par personne de perte de productivité a augmenté de 88,5 %, passant de 22 \$ à 41 \$. Ces augmentations sont principalement dues à la hausse du nombre de décès par intoxication aux opioïdes et aux stimulants (figure 13).

Les coûts par personne de perte de productivité ont par ailleurs augmenté pour le cannabis (14,8 %) et la cocaïne (6,1 %), alors que ceux pour les autres déprimeurs du SNC ont diminué de 31,4 %.



**Figure 12.** Coûts par personne de perte de productivité attribuables à l'usage de substances au Canada, par substance, 2007-2020



Substance	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Alcool	169	171	170	168	174	177	175	180	183	188	194	194	187	207
Tabac	181	178	172	168	164	162	157	153	152	153	148	148	143	138
Cannabis	11	11	9	10	10	11	11	11	12	13	12	14	12	13
Opioides	69	69	70	76	74	77	74	80	87	96	122	125	105	139
Autres déprimeurs du SNC	19	17	16	16	14	15	14	14	14	15	14	13	13	13
Cocaïne	35	32	24	22	22	21	21	21	25	27	30	36	31	37
Autres stimulants du SNC	22	22	17	21	16	18	18	21	26	29	26	35	33	41
Autres substances	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2

**Remarque :** Au moment de rédiger ce rapport, les données sur les décès prématurés au Yukon (pour 2017 à 2020 uniquement) nécessaires au calcul du coût des années potentielles de vie productive perdues pour cette raison ne figuraient pas dans la base de données de l'état civil de Statistique Canada. Ces coûts par personne sont probablement prudents d'environ 0,5 %.

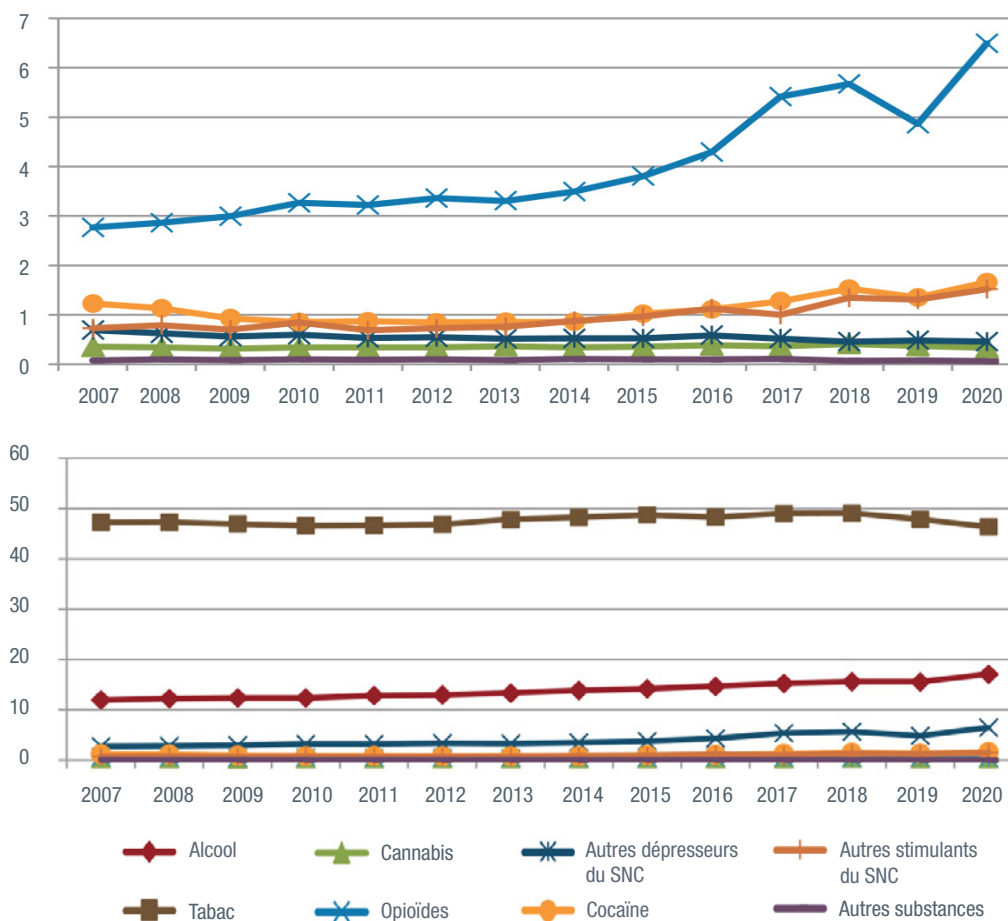
À la base de ces coûts : les nombres estimés de décès et d'années potentielles de vie productive perdues, comme le montrent les figures 13 et 14, respectivement. Le tabac était la principale cause des 73 994 décès attribuables à l'US, avec 46 366 décès en 2020, suivi de l'alcool avec 17 098 décès et des opioïdes avec 6 491 décès<sup>20</sup>. Le nombre de décès attribuables à l'usage de cocaïne et d'autres stimulants du SNC était similaire en 2020, avec 1 662 et 1 518 décès, respectivement. Un chiffre qui illustre bien le fardeau économique de la mortalité attribuable à l'US est le nombre total d'années potentielles de vie productive perdues, qui est calculé en fonction du nombre de décès survenus jusqu'à l'âge de 65 ans, ce qui totalisait 24 346 décès en 2020.

<sup>20</sup> Ces données ne tiennent pas compte de l'âge du décès.



Les opioïdes étaient la principale substance responsable des 345 091 années potentielles de vie productive perdues en raison de l'US; en effet, 112 768 d'entre elles étaient attribuables à cette substance en 2020. Ce nombre connaît une hausse exponentielle depuis 2013, en grande partie à cause du jeune âge auquel surviennent beaucoup des décès. L'usage d'alcool était responsable de 103 907 années potentielles de vie productive perdues en 2020.

**Figure 13.** Nombre de décès (en milliers) attribuables à l'usage de substances, par substance, 2007-2020

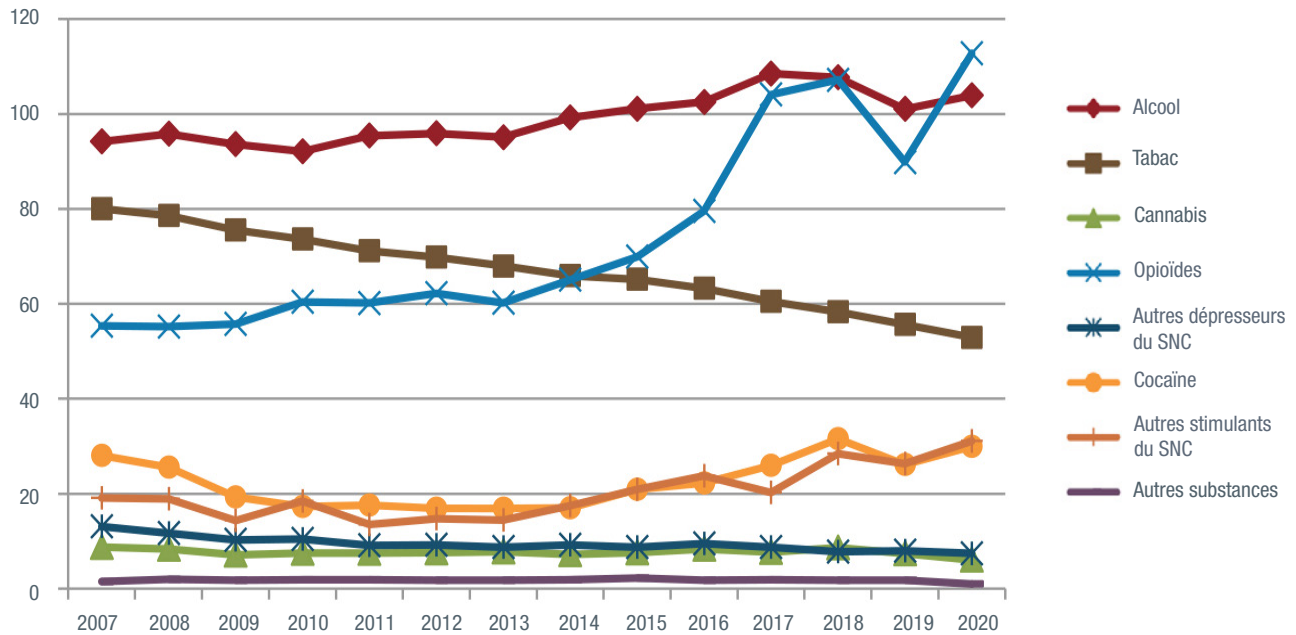


Substance	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Alcool	11 956	12 274	12 407	12 367	12 840	12 990	13 353	13 870	14 196	14 695	15 257	15 610	15 575	17 098
Tabac	47 252	47 290	46 919	46 590	46 650	46 870	47 821	48 231	48 744	48 278	49 030	49 110	47 880	46 366
Cannabis	354	343	315	338	338	340	366	341	355	386	364	410	371	336
Opiïdes	2 770	2 865	2 997	3 268	3 226	3 360	3 307	3 496	3 806	4 291	5 416	5 672	4 867	6 491
Autres dépresseurs du SNC	690	627	561	600	532	546	515	526	523	586	520	456	484	458
Cocaïne	1 229	1 133	931	855	868	848	858	858	1 023	1 113	1 275	1 531	1 353	1 662
Autres stimulants du SNC	729	791	697	848	688	730	761	875	961	1 129	1 001	1 345	1 309	1 518
Autres substances	79	96	82	97	95	97	83	104	100	97	108	73	81	64

**Remarque :** Ces données ne tiennent pas compte de l'âge du décès. Au moment de rédiger ce rapport, les données sur les décès prématurés au Yukon (pour 2017 à 2020 uniquement) ne figuraient pas dans la base de données de l'état civil de Statistique Canada.



**Figure 14.** Nombre d'années potentielles de vie productive perdues (en milliers) en raison de décès prématurés attribuables à l'usage de substances, par substance, 2007-2020



Substance	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Alcool	94 211	95 803	93 585	92 100	95 440	95 896	95 097	99 217	101 071	102 495	108 511	107 721	101 024	103 907
Tabac	80 029	78 574	75 497	73 638	71 143	69 793	67 969	65 945	65 173	63 240	60 521	58 323	55 606	52 932
Cannabis	8 761	8 321	7 069	7 519	7 454	7 609	7 743	7 188	7 551	8 358	7 700	8 640	7 435	6 026
Opioides	55 345	55 197	55 777	60 397	60 161	62 233	60 228	65 061	69 907	79 556	104 072	107 158	89 855	112 768
Autres dépresseurs du SNC	13 080	11 646	10 267	10 424	9 138	9 199	8 726	9 245	8 690	9 502	8 743	7 805	7 950	7 440
Cocaïne	28 091	25 613	19 302	17 297	17 569	16 946	16 894	17 035	20 933	22 221	25 977	31 547	26 133	29 955
Autres stimulants du SNC	19 146	18 916	14 359	18 435	13 516	14 739	14 441	17 517	20 867	23 740	20 286	28 454	26 371	31 081
Autres substances	1 510	1 989	1 784	1 873	1 833	1 773	1 752	1 851	2 231	1 790	1 917	1 745	1 814	982

**Remarque :** Calculs faits en fonction du nombre de personnes décédées entre 0 et 64 ans. Au moment de rédiger ce rapport, les données sur les décès prématurés au Yukon (pour 2017 à 2020 uniquement) ne figuraient pas dans la base de données de l'état civil de Statistique Canada.



## Limites

La base de données de l'état civil est une base de données dite « vivante » : on n'y enregistre un décès qu'une fois l'enquête sur les circonstances de la mort fermée. Les données qui s'y trouvent sous-estiment donc le nombre de décès réel survenus dans les dernières années. Cette sous-estimation est plus importante dans les cas d'intoxication liée à une substance et d'autres décès attribuables à des blessures parce que les enquêtes qui les concernent sont plus longues (Statistique Canada, 2022). Nous avons corrigé ce problème en ajustant légèrement à la hausse le nombre de décès liés à des blessures intentionnelles ou accidentelles (qui incluent les intoxications). Toutefois, nos estimations du nombre de décès et des coûts liés aux décès prématurés qui en résultent pour les années 2018, 2019 et 2020 sont vraisemblablement conservatrices.

Afin de respecter ses obligations de confidentialité, pour communiquer les données sur les décès à l'équipe de chercheurs, Statistique Canada a utilisé une méthode de divulgation utilisant le mécanisme de Laplace, qui prévoit l'ajout d'une quantité aléatoire de bruit à chaque décès comptabilisé. Lorsque les chiffres sont très bas, cette stratégie peut engendrer des estimations négatives. Si ces valeurs ont été conservées pour le processus de pondération des décès, toutes les valeurs négatives ont ensuite été ramenées à zéro. Notons que cette méthode est largement acceptée pour résoudre le problème des valeurs négatives que génère le mécanisme de Laplace (Holohan et coll., 2018), mais que les estimations finales sont légèrement gonflées par cette procédure, surtout dans les régions moins peuplées, comme les territoires, où on recense un petit nombre de décès prématurés. En plus de cette difficulté, pour calculer les années potentielles de vie productive perdues, nous avons dû faire la moyenne des décès dénombrés dans le rapport de 2007-2014 (Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, 2018), puisque Statistique Canada ne pouvait dévoiler cette information pour des raisons de confidentialité.

Enfin, les estimations pour l'invalidité de longue durée sont vraisemblablement conservatrices, car le nombre de personnes touchées par ce type d'invalidité correspond au nombre de personnes admissibles aux prestations du Régime de pensions du Canada ou du Régime des rentes du Québec (c.-à-d. qui ont travaillé assez longtemps pour avoir contribué suffisamment à l'un ou l'autre des deux régimes). Nous avons aussi dû estimer les données sur l'invalidité de courte durée dans les territoires, qui ne sont pas incluses dans l'Enquête sur la population active. Nous avons donc utilisé les données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, qui comportait des questions semblables évaluant l'absentéisme au travail, pour établir les proportions pour les territoires, que nous avons ensuite appliquées aux estimations provinciales de l'Enquête sur la population active.





## Coûts de justice pénale

Les coûts de justice pénale comprennent les coûts associés aux interventions policières (y compris les juges, les procureurs, l'aide juridique et les tribunaux de traitement de la toxicomanie) et aux services correctionnels. Nos calculs tiennent compte des dépenses pour des crimes entièrement et partiellement attribuables à l'US. Parmi les crimes entièrement attribuables, mentionnons la conduite avec facultés affaiblies et les infractions de possession, trafic et production de substances contrôlées en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* et de la *Loi sur le cannabis*. Outre les crimes entièrement attribuables, nous avons aussi inclus ceux qui sont partiellement attribuables, p. ex. des infractions avec violence au *Code criminel* telles que des homicides ou des voies de fait, et des infractions sans violence telles que des vols ou des incendies volontaires.

Les fractions attribuables au crime en lien avec l'US ont été estimées à l'aide d'une enquête exhaustive à laquelle ont répondu plus de 34 000 personnes lors de leur admission dans une prison fédérale. Cette enquête portait sur le rôle joué par l'US dans leurs infractions. Plus précisément, nous avons calculé la proportion d'infractions commises par des personnes qui, au moment du délit, étaient sous l'influence de l'alcool ou de la drogue, ou essayaient de trouver de l'aide pour traiter un trouble lié à l'usage de substances<sup>21</sup>. Des fractions attribuables ont été mises au point pour les infractions avec et sans violence, puis appliquées au nombre d'affaires avec et sans violence déclarées par la police (coûts des interventions policières), au nombre d'accusations criminelles (coûts des procédures judiciaires) et au nombre d'admissions en établissement correctionnel (coûts des services correctionnels).

Après avoir obtenu le nombre d'affaires et d'accusations pour chaque type d'infractions, nous avons réalisé un calcul supplémentaire pour prendre en compte le temps et les ressources associés aux diverses infractions (ex. homicide par rapport à possession de substances). Les chiffres associés à chaque infraction ont ensuite été multipliés par une pondération correspondante, dérivée de l'Indice de gravité de la criminalité (interventions policières)<sup>22</sup> et de données sur la complexité des affaires judiciaires (procédures judiciaires)<sup>23</sup>. Le nombre pondéré de chaque infraction a été divisé par la somme des nombres pondérés de toutes les infractions par année, province et territoire. Nous avons ainsi obtenu la proportion pour toutes les affaires ou accusations attribuables à l'US, que nous avons ensuite appliquée aux coûts totaux associés aux interventions policières ou aux procédures judiciaires pour une même année et une même région.

Pour les coûts liés aux services correctionnels, nous avons calculé la proportion de peines carcérales et de peines de supervision communautaire pour chaque type d'infractions (division du nombre de peines liées à l'US par le nombre total de peines). Nous avons ensuite appliqué ces proportions aux coûts totaux associés à chaque type de peine (carcérale ou supervision communautaire). Résultat : un coût (pondéré) plus élevé pour les infractions associées à des peines carcérales qu'à des peines de supervision communautaire, en raison du coût plus élevé de l'incarcération.

Les sources des données utilisées pour établir ces estimations figurent au tableau 6. Pour une description détaillée des méthodes utilisées pour estimer les coûts de justice pénale, voir le rapport technique.

<sup>21</sup> On explique en détail la méthodologie dans le rapport technique et ailleurs (Young et coll., 2021).

<sup>22</sup> L'Indice de gravité de la criminalité contient une mesure de la gravité de l'infraction, appelée pondération de la gravité du crime. Cette dernière a été calculée pour tous les cas d'infraction au *Code criminel* ou aux lois fédérales en multipliant le taux d'incarcération (la proportion de verdicts de culpabilité associés à une peine de détention) par la durée moyenne des peines de détention (Statistique Canada, 2009). Nous avons regroupé les données en 32 types d'infractions correspondant aux catégories de la Classification d'infractions communes.

<sup>23</sup> La complexité des affaires judiciaires rend compte du nombre moyen de comparutions pour des dossiers criminels et du nombre de procès criminels. Cet indicateur a été établi pour chaque catégorie de la Classification d'infractions communes en consultation avec le Centre canadien de la statistique juridique et de la sécurité des collectivités.



**Tableau 6.** Sources des données utilisées pour calculer les coûts de justice pénale attribuables à l'usage de substances

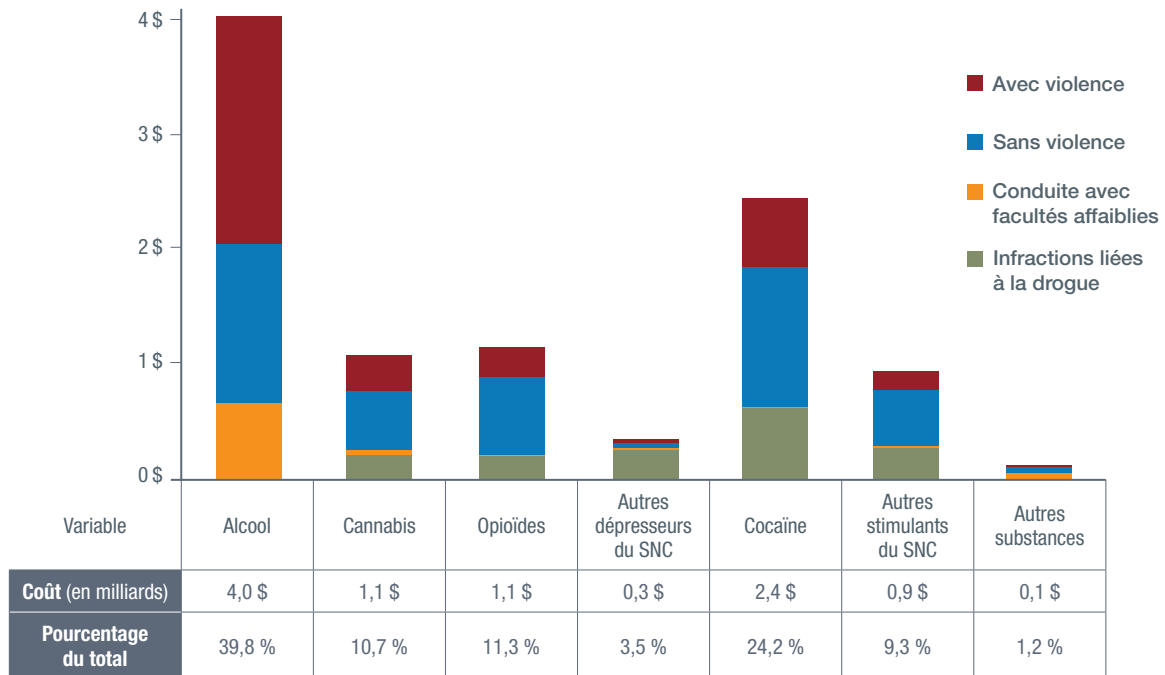
Coûts ou méfaits	Sources de données
Fractions attribuables à la criminalité Interventions policières (affaires déclarées par la police)	Service correctionnel du Canada : questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT) (Kunic et Grant, 2006); QIT pour les femmes (Service correctionnel du Canada, 2022)  Programme de déclaration uniforme de la criminalité 2009-2020 (comptes) (Statistique Canada, 2022t); Enquête sur l'administration policière 2006-2007 à 2020-2021 (coûts) (Alam et Greenland, 2017; Beattie et Mole, 2007; Burczycka, 2011; Conor, 2018; Conor et coll., 2020; Hutchins, 2014; 2015; Mazowita et Greenland, 2016; Statistique Canada, 2008; 2009; 2010; 2013; 2022r); Indice de gravité de la criminalité 2009-2019 (indicateur) (Statistique Canada, 2022l)
Procédures judiciaires (accusations criminelles)	Enquête intégrée sur les tribunaux de juridiction criminelle 2006-2007 à 2020-2021 (comptes) (Statistique Canada, 2022e; 2022x); Bureau du directeur parlementaire du budget : analyse des dépenses au titre du système de justice pénale au Canada, 2013 (Story et Yalkin, 2013) et comptes publics provinciaux et fédéraux (coûts); Indicateur de complexité des affaires 2006-2007 à 2019-2020 (indicateur) (Statistique Canada, 2022k)
Services correctionnels (admissions en détention après condamnation et surveillance communautaire)	Enquête sur les services correctionnels pour adultes 2006-2007 à 2020-2021 (Statistique Canada, 2022a; 2022b); Enquête sur les services communautaires et le placement sous garde des jeunes 2006-2007 à 2020-2021 (Statistique Canada, 2022v); Enquête intégrée sur les tribunaux de juridiction criminelle 2006-2007 à 2020-2021 (Statistique Canada, 2022c; 2022d; 2022w) et Rapport de surveillance du rendement de la Commission des libérations conditionnelles du Canada (comptes) (Commission des libérations conditionnelles du Canada, 2011; 2014; 2019)  Enquête sur les services correctionnels pour adultes 2006-2007 à 2020-2021 (coûts) (Statistique Canada, 2022q)
Lutte contre la contrebande du tabac	Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme 2006-2007 à 2014-2015 (secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, 2015); Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme 2015-2016 à 2020-2021 (Santé Canada, 2016, 2017a, 2017b; 2020)

## Résultats

En 2020, l'usage de substances a entraîné des coûts de justice pénale de 10,0 milliards de dollars. De tous les coûts de justice pénale, les plus élevés étaient ceux des interventions policières, suivis des services correctionnels et des procédures judiciaires. Les coûts les plus importants étaient attribuables à la consommation d'alcool (39,8 %), suivi de celle de cocaïne (24,2 %) et d'opioïdes (11,3 %) (figure 15).



**Figure 15.** Coûts de justice pénale (en milliards) attribuables à l'usage de substances au Canada, par substance et catégorie d'infractions, 2020



**Remarque :** Sont exclus de cette figure les coûts de justice pénale attribuables au tabagisme puisqu'ils ne peuvent être classés par catégorie d'infractions.

La répartition des coûts de justice pénale par catégorie d'infractions varie selon la substance (figure 15). En 2020 :

- les crimes avec violence comptaient pour près de 50 % des coûts totaux de justice pénale attribuables à l'alcool;
- les crimes sans violence comptaient pour une proportion semblable des coûts attribuables aux opioïdes (59,7 %), aux autres stimulants du SNC (51,4 %) et à la cocaïne (49,5 %);
- seulement 20,1 % des coûts attribuables au cannabis étaient associés à des infractions liées à la drogue (manquements à la *Loi sur le cannabis*);
- les coûts liés à la conduite avec facultés affaiblies comptaient pour 16,8 % des coûts attribuables à l'alcool et pour au plus 8 % des coûts attribuables aux autres substances (à l'exception du tabac).

Les coûts de justice pénale liés à l'US se chiffraient à 262 \$ par personne en 2020. Les plus bas étaient au Nouveau-Brunswick, et ils étaient considérablement plus élevés dans les territoires (figure 16).

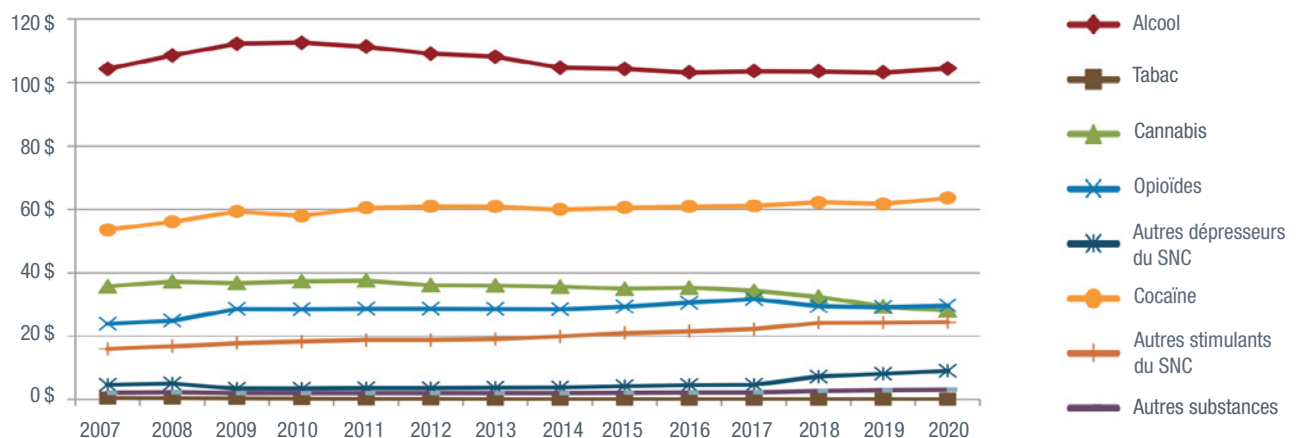


**Figure 16.** Coûts par personne de justice pénale attribuables à l'usage de substances au Canada, par province et territoire, 2020

Province ou territoire	Total des coûts
Terre-Neuve-et-Labrador	246 \$
Île-du-Prince-Édouard	260 \$
Nouvelle-Écosse	261 \$
Nouveau-Brunswick	224 \$
Québec	232 \$
Ontario	268 \$
Manitoba	350 \$
Saskatchewan	361 \$
Alberta	242 \$
Colombie-Britannique	248 \$
Yukon	903 \$
Territoires du Nord-Ouest	1 508 \$
Nunavut	1 945 \$
Canada	262 \$

Les coûts par personne de justice pénale ont augmenté de 9,0 % entre 2007 et 2020, mais avec des variations selon la substance. Ainsi, les coûts associés à l'alcool sont restés inchangés, à 104 \$, entre ces deux années (hausse de 0,2 %) (figure 17). Ceux attribuables au cannabis, eux, ont diminué de 21,0 %, de 34 \$ en 2007 à 27 \$ en 2020, en raison d'une diminution du nombre d'affaires, d'accusations et d'admissions pour possession après l'adoption de la *Loi sur le cannabis* en 2018. Au cours de la même période, les coûts par personne liés à l'usage d'autres stimulants du SNC et d'autres dépresseurs du SNC ont augmenté de 50,6 % et de 58,0 %, respectivement.

**Figure 17.** Coûts par personne de justice pénale attribuables à l'usage de substances au Canada, par substance, 2007-2020



(suite)



Figure 17. (suite)

Substance	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Alcool	104	109	112	113	111	109	108	105	104	103	104	103	103	104
Tabac	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cannabis	36	37	37	37	38	36	36	36	35	35	34	32	29	28
Opioïdes	24	25	29	28	29	29	29	29	29	31	32	29	29	30
Autres déprimeurs du SNC	5	5	3	3	4	4	4	4	4	5	5	7	8	9
Cocaïne	54	56	59	58	60	61	61	60	61	61	61	62	62	64
Autres stimulants du SNC	16	17	18	18	19	19	19	20	21	22	22	24	24	24
Autres substances	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3

## Limites

Les données disponibles étaient relativement exhaustives, mais des manipulations ont parfois été nécessaires pour nous permettre de calculer les estimations. Nous avons par exemple dû réorganiser les données des admissions en établissement correctionnel par types d'infractions (c.-à-d. conduite avec facultés affaiblies et infractions connexes, infraction à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, crime avec et sans violence). Pour ce faire, nous avons réparti les admissions selon les proportions d'affaires criminelles qui débouchent sur un verdict de culpabilité et une période de détention provisoire ou de surveillance communautaire. De plus, seules les données policières contiennent des renseignements sur la substance impliquée dans les affaires de conduite avec facultés affaiblies et les infractions liées à la drogue (ex. conduite avec facultés affaiblies par l'alcool ou la drogue, possession de cannabis ou de cocaïne). Nous avons utilisé ces données pour répartir les accusations criminelles et les admissions en établissement correctionnel à des catégories d'infractions précises.

Nous avons tenu compte de la fréquence (« compte ») et de la pondération d'une infraction donnée pour en estimer les coûts. Plus précisément, nous avons utilisé les données de l'Indice de gravité de la criminalité pour estimer avec plus d'exactitude les coûts liés aux interventions policières. Cette méthode suppose que les policiers allouent davantage de temps et de ressources aux crimes graves (ex. trafic de stupéfiants, homicide). Ce n'est cependant pas toujours vrai. Cette approche pourrait donc avoir entraîné une sous-estimation des coûts liés à des crimes considérés comme moins graves selon l'Indice, comme la conduite avec facultés affaiblies. Toutefois, vu l'absence d'autres sources de données normalisées de représentation nationale sur les ressources policières en fonction du type d'infractions, cette approche a grandement amélioré la précision de nos estimations.

Nous avons aussi dû estimer certaines données manquantes. S'il a été possible de recueillir des données sur les coûts des interventions policières et des services correctionnels directement dans des enquêtes menées à l'échelle nationale, de telles sources n'existent pas pour les procédures judiciaires. Nous avons donc obtenu ces renseignements auprès de comptes publics fédéraux et provinciaux pour les quatre plus grandes provinces et avons estimé certaines données pour répartir les coûts dans les provinces et les territoires où les données étaient indisponibles.

Les coûts de justice pénale associés au tabagisme n'englobent que les coûts des mesures de contrôle et d'application de la loi du gouvernement fédéral. Ces chiffres devraient donc être considérés avec prudence, puisque les provinces et les territoires n'ont pu nous fournir d'estimations des coûts et de toute autre dépense associée aux interventions policières, aux procédures judiciaires et aux services correctionnels du fédéral en lien avec le tabac (contrebande, etc.).





## Autres coûts directs

Les autres coûts directs comprennent les estimations des coûts liés à l'US dans diverses catégories, comme la recherche et la prévention (considérés comme des coûts de portée générale [Single et coll., 2003]), les dommages causés par le feu, les dommages aux véhicules et les coûts relatifs au milieu de travail autres que ceux inclus dans nos calculs sur la perte de productivité (p. ex. programmes d'aide aux employés, programmes d'aide sociale<sup>24</sup>, programmes de dépistage de la drogue et coûts administratifs des indemnisations des accidents du travail).

Les méthodes utilisées pour estimer les coûts attribuables à l'US variaient grandement selon les catégories. Certains coûts, comme ceux pour le dépistage de la drogue au travail et les dépenses fédérales consacrées à la recherche et à la prévention en matière d'US, ont été considérés comme entièrement attribuables à l'US. L'approche de la fraction attribuable a été utilisée pour d'autres catégories, comme les dommages matériels causés par le feu ou les dommages aux véhicules attribuables à l'usage d'une substance précise, afin d'estimer la proportion des coûts attribuables à l'US. Pour une description détaillée des méthodes utilisées pour chaque catégorie, voir le rapport technique. Les sources des données utilisées pour établir les estimations des coûts sont présentées dans le tableau 7.

**Tableau 7.** Sources des données utilisées pour estimer les autres coûts directs attribuables à l'usage de substances

Coûts ou méfaits	Sources de données
Recherche et prévention	Programme sur l'usage et les dépendances aux substances de Santé Canada; Instituts de recherche en santé du Canada; Fondation des maladies du cœur et de l'AVC; Société canadienne du cancer; Association pulmonaire du Canada; Partenariat canadien contre le cancer; Conseil canadien pour le contrôle du tabac; Fondation de recherches sur les blessures de la route; secrétariat du Conseil du Trésor du Canada : Stratégie de lutte contre le tabagisme 2007-2020
Dommages causés par le feu	Rapports des commissaires aux incendies et des chefs de service d'incendie des provinces et territoires 2007-2020; communications personnelles avec les commissaires aux incendies et les chefs de service d'incendie des provinces et territoires
Dommages aux véhicules	Base nationale de données sur les collisions (Transports Canada, 2022) (comptes); Agence statistique d'assurance générale (2022) (coûts)
Programmes de dépistage de la drogue au travail	Incidence sur le secteur nucléaire des politiques canadiennes récentes en matière de consommation d'alcool et de drogues en milieu de travail (Barbara Butler & Associates Inc., 2012) (comptes et coûts)

(suite)

<sup>24</sup>Prestations d'invalidité versées en vertu du Régime de pensions du Canada et du Régime de rentes du Québec.



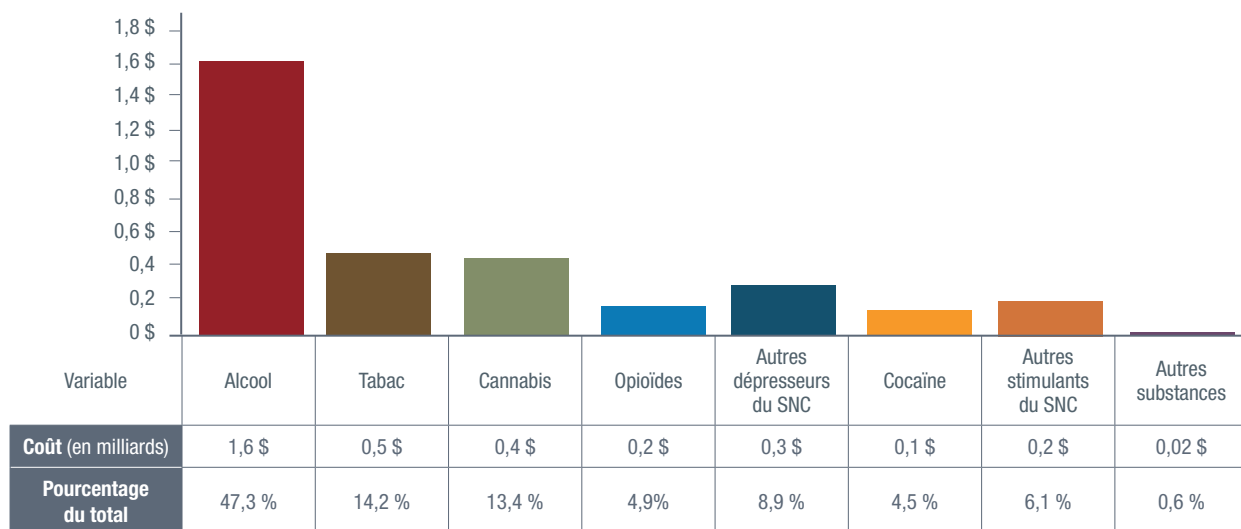
Tableau 7. (suite)

Programmes d'aide aux employés	Enquête sur l'emploi, la rémunération et les heures de travail 2007-2020 (Statistique Canada, 2022n); Enquête sur la population active 2007-2020 (Statistique Canada, 2022q); « The Prevalence and Characteristics of Employee Assistance, Health Promotion and Drug Testing Programs in Ontario » (Macdonald et Wells, 1995) (comptes); communications personnelles avec Morneau Shepell (coûts)
Coûts administratifs des indemnités des accidents du travail	Rapports annuels des commissions des accidents du travail des provinces et des territoires 2007-2020
Aide sociale	Prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada selon la cause d'invalidité (Emploi et Développement social Canada, 2022) et prestations d'invalidité de la Régie des rentes du Québec (gouvernement et municipalités du Québec, 2022) (comptes et coûts)

## Résultats

En 2020, plus de 3,3 milliards de dollars ont été consacrés aux autres coûts directs attribuables à l'US. L'alcool était à l'origine de près de la moitié (47,3 %) de ce montant (figure 18), et le tabac se classait au deuxième rang pour les autres coûts directs, avec 14,2 %.

**Figure 18.** Autres coûts directs (en milliards) attribuables à l'usage de substances au Canada, par substance, 2020

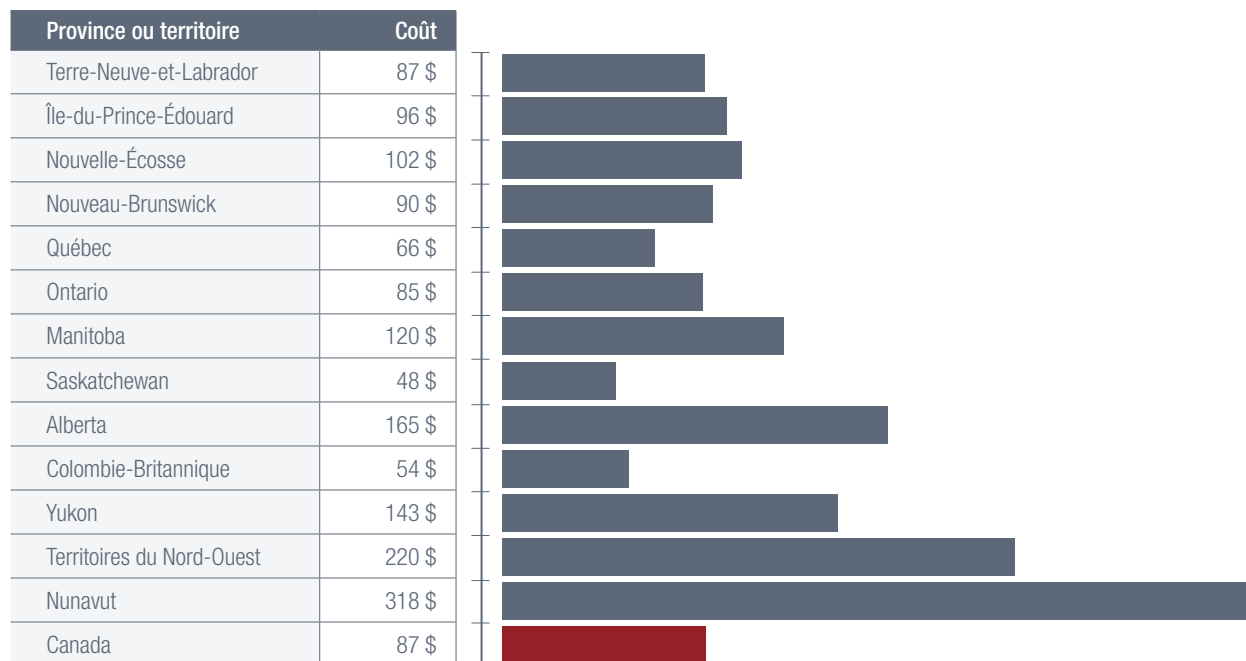


Ce sont les dommages aux véhicules qui représentaient la plus grande proportion d'autres coûts directs, avec près de 40 % (1,3 milliard de dollars) des coûts, suivis par les dommages à la propriété causés par le feu avec 897 millions.



La figure 19 présente les autres coûts directs par personne attribuables à l'US. En 2020, pour l'ensemble du Canada, ces coûts se chiffraient à 87 \$ par personne. À noter que le montant des coûts varie grandement au pays : ainsi, il était le plus bas, avec 48 \$ par personne, en Saskatchewan, et le plus haut, avec 318 \$, au Nunavut.

**Figure 19.** Autres coûts directs par personne attribuables à l'usage de substances au Canada, par province et territoire, 2020



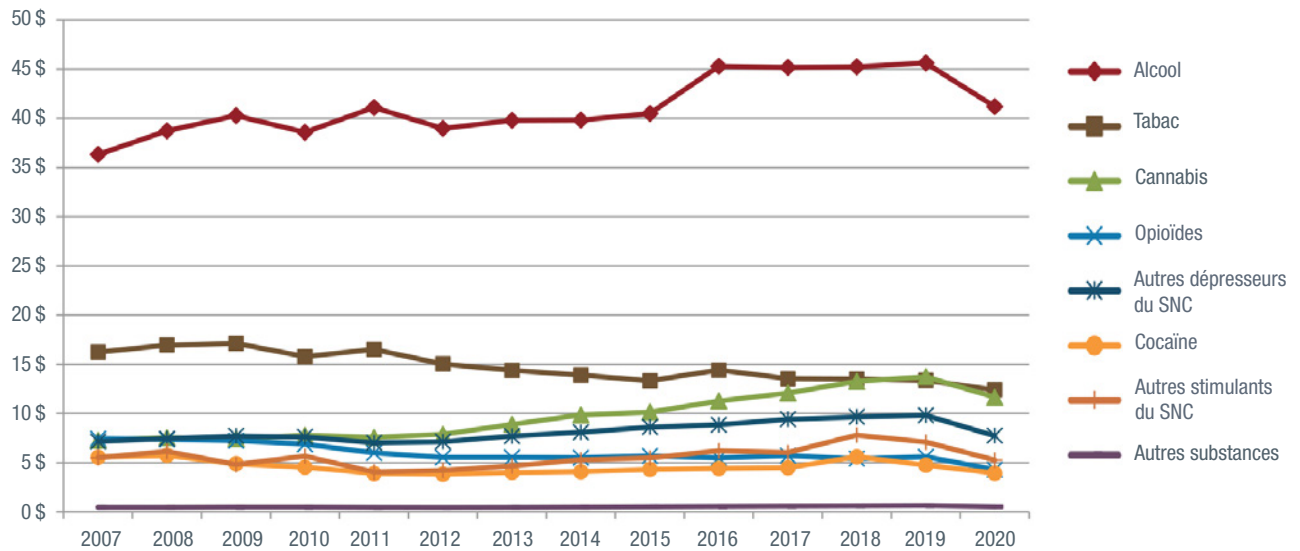
Les autres coûts directs par personne attribuables de l'US ont augmenté de seulement 1,2 % de 2007 à 2020 (figure 20). Plus précisément, pendant cette période :

- Les coûts par personne pour la consommation d'alcool ont augmenté de 13,4 %, de 36 \$ à 41 \$.
- Les coûts attribuables au cannabis ont augmenté de 60,4 %, de 7 \$ à 12 \$.
- Ce sont les coûts par personne attribuables à la consommation d'opioïdes qui ont diminué le plus (42,3 %), toutes substances confondues (de 7 \$ à 4 \$).

Les tendances annuelles relevées correspondent globalement à celles pour les dommages aux véhicules, ce qui explique la grande proportion des autres coûts directs associée à cette catégorie de coûts. Pour cette raison, une forte baisse des coûts généraux liés aux dommages aux véhicules entre 2019 et 2020, vraisemblablement associée à la diminution des déplacements sur les routes pendant la pandémie, a entraîné une baisse de 13,3 % pour les autres coûts directs totaux.



**Figure 20.** Autres coûts directs par personne attribuables à l'usage de substances au Canada, par substance, 2007-2020

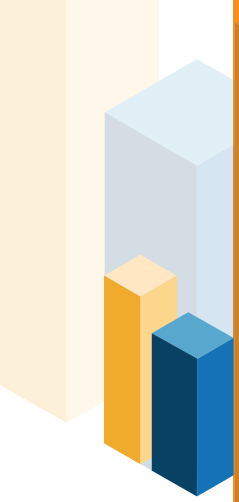


Substance	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Alcool	36	39	40	39	41	39	40	40	40	45	45	45	46	41
Tabac	16	17	17	16	17	15	14	14	13	14	14	13	13	12
Cannabis	7	8	7	8	8	8	9	10	10	11	12	13	14	12
Opioides	7	7	7	7	6	6	6	6	6	5	6	5	6	4
Autres dépresseurs du SNC	7	7	8	8	7	7	8	8	9	9	9	10	10	8
Cocaïne	6	6	5	5	4	4	4	4	4	4	4	6	5	4
Autres stimulants du SNC	6	6	5	6	4	4	5	5	5	6	6	8	7	5
Autres substances	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1



## Limites

Compte tenu de la grande diversité des ensembles de données consultés pour estimer les autres coûts directs attribuables à l'US, les limites propres à chacun sont décrites dans le rapport technique. De façon générale, les autres coûts directs pour dommages aux véhicules (39,6 % en 2020) et pour dommages causés par le feu (27,1 %) représentaient une grande proportion des autres coûts directs attribuables à l'US. C'est donc dire que ces coûts sont fortement influencés par les limites des ensembles de données. Les estimations de coûts pour les programmes de recherche et de prévention de l'usage de substances sont conservatrices, car nous n'avons pu inclure les coûts de programmes fédéraux, principalement ceux qui concernent les services en santé mentale, qui pourraient compter des volets liés à l'usage de substances, ni de programmes provinciaux et territoriaux, en raison d'un manque de sources de données centralisées dans toutes les régions. Même son de cloche du côté des estimations des coûts de prestations d'invalidité de l'aide sociale, qui se basent sur les seules prestations données par le Régime de pensions du Canada ou le Régime des rentes du Québec. À l'avenir, nous explorerons la possibilité d'inclure les coûts des prestations d'invalidité provinciales et territoriales ainsi que d'autres formes d'aide sociale à mesure que ces données deviendront disponibles.





## Analyse

En 2020, l'usage de substances a coûté au Canada plus de 49 milliards de dollars, soit 1 291 \$ par personne. Ce problème a aussi entraîné l'équivalent de 742 hospitalisations et de 203 vies perdues par jour. L'ampleur du deuil porté par les collectivités de partout au Canada est quant à elle incalculable. Les coûts totaux par personne ont augmenté de plus de 11 % entre 2007 et 2020; la trajectoire des coûts et des méfaits varie selon la substance.

### Alcool et tabac

L'alcool et le tabac ont été responsables d'au moins 60 % des coûts totaux liés à l'US des 14 dernières années. Or, on observe maintenant un virage dans les proportions de coûts et de méfaits : les coûts attribuables à l'alcool ont augmenté d'environ 21 %, tandis que ceux liés au tabac ont diminué de près de 20 %. Bien que l'on puisse attribuer davantage de décès au tabagisme pour chaque année à l'étude, la consommation d'alcool figure au premier rang des coûts totaux, puisqu'on peut y attribuer les blessures et les décès survenus chez de plus jeunes consommateurs et l'associer à la perte d'un plus grand nombre d'années de vie productive. La consommation d'alcool compte aussi pour près de 40 % de tous les coûts de justice pénale à cause du rôle que joue la substance dans les crimes avec et sans violence et dans la conduite avec facultés affaiblies.

Les différences entre les coûts associés à la consommation d'alcool et ceux associés au tabagisme peuvent s'expliquer par l'instauration de politiques strictes en santé publique visant à diminuer l'usage de tabac. Citons les étiquettes de mise en garde sur les produits du tabac, la taxation accrue et les restrictions relatives à la publicité. Il existe moins de politiques semblables ou récemment mises à jour pour l'alcool. Par exemple, les restrictions publicitaires en matière d'alcool n'ont pas été actualisées dans les dernières décennies. Ces facteurs modifiables influent sur l'accessibilité économique et physique de l'alcool, et de ce fait, les niveaux de consommation. Une meilleure sensibilisation concernant les risques pour la santé associés aux divers niveaux de consommation d'alcool pourrait aussi contribuer à la réduction des coûts et méfaits attribuables à la substance (Paradis et coll., 2023).

Les coûts et les méfaits de la consommation d'alcool présentés dans ce rapport sont conservateurs, car ils tiennent compte de certains bienfaits pour la santé associés à de faibles niveaux de consommation (c.-à-d. qu'ils représentent les coûts nets, et non bruts, de la consommation). Plusieurs groupes de recherche émettent des hypothèses quant aux effets protecteurs de la consommation modérée d'alcool contre les maladies cardiaques. De manière générale, le fondement scientifique de ces effets protecteurs est de plus en plus remis en question (Ortolá et coll., 2019; World Heart Federation, 2022). Les conséquences de l'application de ces hypothèses aux estimations des méfaits attribuables à l'alcool ont été examinées par Sherk et coll. (2019). À l'avenir, nous envisagerons de séparer les méfaits et les bienfaits estimés de la consommation d'alcool pour la santé afin d'en fournir des estimations brutes et nettes.

Les estimations de méfaits attribuables au tabac se limitent aux effets du tabagisme et des intoxications au tabac et à la nicotine. Si le vapotage de nicotine présente probablement moins de risques pour la santé que le tabagisme, les données probantes n'indiquent pas de lien clair entre le vapotage et le développement de problèmes respiratoires (O'Leary et coll., 2017). Il est aussi difficile de différencier les conséquences sur la santé découlant du tabagisme et du vapotage chez les personnes qui ont consommé les deux types de produits. Nous continuerons de surveiller les données probantes sur le vapotage de nicotine à mesure qu'elles se multiplient et nous en servirons pour intégrer les estimations des coûts et méfaits qui en découlent.



## Cannabis

Nous avons estimé qu'au Canada, en 2020, un peu moins d'une personne sur cinq avait consommé du cannabis dans la dernière année, ce qui est environ le double par rapport à 2007. À l'inverse, le total des coûts par personne attribuables à l'usage de cannabis a augmenté de plus de 5 %, soit l'équivalent de 2,4 milliards de dollars en 2020. Fait intéressant : les coûts par personne de l'usage de cannabis ont diminué d'environ 9 % entre 2018 et 2020, suivant la légalisation de l'usage récréatif de la substance. À titre comparatif, on observe une hausse de 16 % entre 2007 et 2018. S'il est difficile de cibler les effets de la légalisation et ceux de la pandémie sur les niveaux et les modes de consommation de substances, il semble que la réduction des coûts de justice pénale (14 % entre 2018 et 2020, en raison d'une diminution des interventions policières, des accusations et des incarcérations découlant d'infractions liées au cannabis) n'ait pas été compensée par une hausse des coûts de soins de santé liés à la perte de productivité. Or, nos estimations n'incluent pas les coûts associés à la réglementation et à son application en lien avec la vente au détail légale du cannabis, qui ont vraisemblablement augmenté considérablement après la légalisation. À l'approche du cinquième anniversaire de la *Loi sur le cannabis* au Canada et au fil de la relance post-pandémique au pays, il sera important de surveiller les taux de méfaits dans divers groupes de population, comme les intoxications chez les enfants et les jeunes à cause de l'accès à des produits comestibles et à des extraits de cannabis très puissants.

## Opioides

La consommation d'opioïdes se classe au troisième rang des coûts, avec 7,1 milliards de dollars (14,4 % du total). Près de 75 % de ces coûts étaient liés à la perte de productivité et, plus particulièrement, aux décès survenus à un jeune âge à cause des opioïdes. Au Canada, plus de deux fois plus de personnes sont mortes à cause des opioïdes en 2020 qu'en 2007. L'accélération qui se reflète dans nos estimations correspond clairement à la prolifération du fentanyl et de diverses drogues illicites non réglementées (RCCET, 2013, 2020a). Les coûts et les méfaits de l'usage d'opioïdes ont atteint leur plus haut point en 2020; en effet, le contexte pandémique a contribué à la hausse de la toxicité et de l'imprévisibilité des diverses drogues disponibles et a perturbé l'accès aux services (RCCET, 2020).

Si les coûts liés à l'usage d'opioïdes ont atteint des sommets en 2020, il y a eu des signes d'amélioration entre 2018 et 2019. Cela peut s'expliquer par les initiatives nationales en matière de réduction des méfaits, de traitement et de sensibilisation, comme un meilleur accès à la naloxone, des lieux de consommation supervisée, des services d'analyse de la drogue et le traitement par agonistes opioïdes (Strike et Watson, 2019). La poursuite des investissements et l'adaptation de ces initiatives seront nécessaires pour continuer de réduire les méfaits liés à cette catégorie de substances. Par exemple, les opioïdes sont maintenant le plus souvent fumés (plutôt qu'injectés) dans certaines régions (BC Coroners Service, 2022; Cheng et coll., 2022). Davantage de recherches permettraient d'orienter l'élaboration de politiques et de programmes favorisant l'accès à certains services pour les personnes qui fument ces drogues, comme du matériel d'inhalation sécuritaire, des centres de consommation supervisée et des options d'approvisionnement sécuritaire en produits à fumer.



Les estimations des décès attribuables aux opioïdes du présent rapport diffèrent de celles du gouvernement du Canada. En effet, en septembre 2022, le Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes (2022) a publié des données de surveillance de la santé publique avec une mise à jour du nombre de décès apparemment dus aux opioïdes. Nos estimations sont cependant plus élevées. Par exemple, le gouvernement du Canada signale 3 703 décès en 2019 et 6 415 en 2020, alors que nos estimations sont de 4 867 décès en 2019 et 6 491 en 2020.

Plusieurs raisons expliquent cette situation :

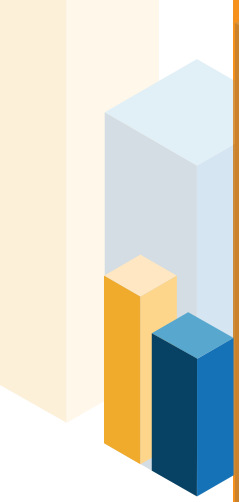
- Les chiffres du gouvernement du Canada ne rendent compte que des décès par intoxication (toxicité), tandis que nos estimations comprennent non seulement les intoxications, mais aussi d'autres maladies ou problèmes associés au moins en partie à la consommation (maladies infectieuses attribuables aux opioïdes, accidents de la route, etc.).
- Les estimations de surveillance de la santé publique du gouvernement du Canada englobent tous les décès par intoxication (empoisonnement, toxicité) découlant de l'US, où au moins un opioïde était en cause. De plus, pour certaines années, les estimations de certaines régions portent sur les décès causés par toutes les substances illicites (Colombie-Britannique) ou toutes les substances (Québec) (Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, 2022), tandis que nous n'avons classé qu'une fraction de ces décès dans cette catégorie.
- Les données utilisées pour les deux mises à jour sont différentes. Nos données nationales de l'état civil proviennent de Statistique Canada, tandis que les données de surveillance de la santé publique du gouvernement du Canada proviennent des bureaux des coroners en chef ou des médecins légistes en chef des provinces et territoires. Ces données sont différentes pour de nombreuses raisons, qui varient selon la province ou le territoire et dans le temps. Par exemple, les données de surveillance de la santé publique incluent des cas dont la cause du décès fait encore l'objet d'une enquête, alors que les statistiques de l'état civil ne tiennent compte que des cas dont l'enquête a été fermée. En conséquence de quoi, nos estimations pour les années récentes sont vraisemblablement conservatrices.

## Cocaïne et autres stimulants du SNC

En 2020, les coûts attribuables à l'usage de cocaïne et d'autres stimulants du SNC se chiffraient à 4,2 et 3,0 milliards de dollars (8,5 % et 6,2 %) des coûts totaux, respectivement. Ce sont les coûts totaux par personne attribuables à l'usage d'autres stimulants du SNC qui ont augmenté le plus entre 2007 et 2020, toutes substances confondues (près de 72 %). Cette tendance s'explique vraisemblablement par l'usage de méthamphétamine (RCCE, 2019; 2022). Les coûts attribuables à l'usage de cocaïne ont diminué entre 2007 et 2013, mais la tendance s'est inversée en 2014, reflétant la trajectoire des coûts associés à l'usage d'opioïdes et d'autres stimulants du SNC : une diminution en 2019 après des années d'augmentation constante, suivie d'une hausse marquée en 2020. La hausse de méfaits liés aux stimulants, et la trajectoire semblable des méfaits liés aux opioïdes, reflètent vraisemblablement une hausse de la polyconsommation chez les personnes qui consomment des drogues non réglementées. Ce comportement pourrait être intentionnel, dans le but de compenser ou de catalyser les effets de chaque drogue (Boileau-Falardeau et coll., 2022). Il pourrait aussi être involontaire; par exemple, les opioïdes synthétiques comme le fentanyl peuvent se retrouver dans des substances vendues comme des stimulants (RCCE, 2020).

## La pandémie de COVID-19 et l'usage de substances

En général, les confinements imposés en réponse à la pandémie ont été associés à une hausse de l'usage de substances et de certains méfaits qui en découlent, et ce, pour la plupart des types de consommation. Or, il faut souligner qu'on a observé une réduction des coûts liés aux soins de santé en 2020, vraisemblablement en raison des difficultés d'accès aux soins pour les personnes souffrant d'affections autres que la COVID-19. Après 2020, il est possible que ces délais dans la prestation de soins entraînent une hausse des coûts et des méfaits liés à des problèmes de santé attribuables à l'US, comme le cancer, pour lequel une intervention précoce est essentielle.





## Points forts et limites

Ce n'était pas un mince projet que de générer des estimations exhaustives des coûts relatifs aux soins de santé, à la perte de productivité, à la justice pénale et aux autres coûts directs, sur 14 ans, dans chacune des huit catégories de substances, pour 13 provinces et territoires. Pour y arriver, nous avons appliqué les meilleures pratiques et méthodologies, et avons utilisé les dernières données administratives et les plus récents résultats d'enquêtes sur le sujet à notre disposition.

Parmi les points forts intéressants de ce projet, mentionnons :

- L'utilisation des dernières méthodes d'évaluation du fardeau des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé (Degenhardt et coll., 2016) et des estimations du rôle de l'US dans l'apparition de maladies et de blessures présentées, par exemple, dans le modèle international en matière de méfaits et de politiques liés à l'alcool (Sherk et coll., 2017; Sherk et coll., 2020);
- L'accès à des estimations modélisées exhaustives de la prévalence de l'US selon l'âge, le sexe, la province ou le territoire, l'année et le type de substance qui intègrent les données d'environ 150 000 personnes au Canada ayant participé à diverses enquêtes nationales, provinciales et territoriales, de multiples ensembles de données sur les ventes au détail, ainsi que des données sur les hospitalisations attribuables à l'US;
- L'utilisation de méthodes modernes recommandées pour estimer les effets de l'invalidité de longue durée et de la mortalité prématurée sur la perte de productivité (Schroeder, 2012; voir aussi Sorge et coll., 2019);
- L'accès aux données d'une enquête exhaustive menée auprès de personnes lors de leur admission dans un pénitencier fédéral et portant spécifiquement sur le rôle des substances psychoactives dans la perpétration de leurs crimes.

Ces points forts sont à la base du projet sur les coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada et sont pour la plupart restés les mêmes depuis la parution du premier rapport. Or, nous avons amélioré nos méthodes pour calculer de nouvelles estimations pour la période allant de 2007 à 2020. La section qui suit décrit les principales différences entre les méthodes utilisées dans l'élaboration du présent rapport et celles utilisées dans les deux rapports précédents.

## Différences dans les méthodes comparativement aux rapports précédents

Dans beaucoup de cas, c'est sur le plan des limites que nous avons amélioré les méthodes utilisées dans les précédents rapports de la série *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada*, en intégrant des sources de données plus récentes, plus exactes ou plus complémentaires. Dans d'autres cas, les sources utilisées précédemment n'étaient plus disponibles. Pour une description détaillée des méthodes utilisées, voir le rapport technique.

### ***Estimations de la prévalence de l'usage de substances***

Nous avons raffiné la méthode utilisée pour modéliser les estimations de la prévalence de l'usage de substances à chaque nouveau rapport de la série *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada*. Ici, nous avons intégré deux ensembles de données auxiliaires dans le but d'améliorer la précision des estimations concernant les substances illégales (p. ex. les données sur les hospitalisations entièrement attribuables à l'US et les saisies de drogues par les services policiers). En intégrant ces nouvelles données, nous avons multiplié la puissance de nos estimations analytiques, puisqu'elles s'appuient maintenant sur de relativement grands ensembles de données recueillies systématiquement dans chaque province et territoire, pour chaque année et, dans le cas des données sur les hospitalisations, pour chaque catégorie de substances, selon l'âge et le sexe.



## **Soins de santé**

Les méthodes que nous avons utilisées pour le calcul des coûts de soins de santé et des méfaits de 2007 à 2020 étaient en grande partie les mêmes que celles utilisées pour les éditions antérieures du rapport. Une amélioration mineure, apportée pour la première fois dans le rapport de 2015-2017, impliquait un changement aux codes CIM-10-CA inclus dans la catégorie « autres substances ». Nous avons inclus seulement les congés associés à un code en T (p. ex. blessures, intoxications et autres conséquences d'une cause externe) pour une des catégories de substances. Ce changement a diminué le nombre d'hospitalisations, de chirurgies d'un jour et de visites à l'urgence de la catégorie « autres substances » comparativement aux estimations du rapport 2007-2014.

Dans le présent rapport, nous avons aussi développé des méthodes de calcul des coûts des services ambulanciers attribuables à l'usage de substances. Ces estimations sont présentées dans la section sur les coûts relatifs aux soins de santé.

## **Perte de productivité**

Les méthodes utilisées ici pour estimer les coûts associés à la mortalité prématurée sont les mêmes que celles du rapport de 2015-2017. Elles permettent de distribuer les décès attribuables aux intoxications dues à la polyconsommation dans les diverses catégories de substances avec plus d'exactitude que les méthodes utilisées dans le rapport de 2007-2014, qui fondait ses estimations sur les proportions d'hospitalisations attribuables aux intoxications. Nous avons aussi élargi les critères définissant un décès attribuable à l'US, en intégrant trois nouveaux codes CIM-10-CA pour la période 2015-2017 et le présent rapport<sup>25</sup>.

Les méthodes utilisées pour estimer les coûts de l'invalidité de courte et de longue durée diffèrent de celles des deux précédents rapports. L'ancienne approche pour l'invalidité de longue durée s'appuyait sur les questions issues de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) évaluant le manque de participation au marché du travail en raison d'une « incapacité permanente à travailler ». Or, ces questions ne font plus partie du questionnaire. Nous avons donc actualisé nos méthodes et utilisé les données des prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada et des prestations pour invalidité du Régime de rentes du Québec, qui détaillent le nombre mensuel moyen de bénéficiaires.

Dans les deux précédents rapports, nous avons estimé l'invalidité de courte durée en mesurant l'interférence en milieu de travail liée à l'alcool ou aux drogues établie par les données de l'ESCC. Cependant, ces questions ont aussi été retirées du questionnaire. Pour pallier ce changement, nous avons obtenu les données de l'Enquête sur la population active estimant le nombre de journées de travail perdues annuellement en raison de maladies ou d'invalidités. Ces changements de méthodes se sont révélés bénéfiques : les nouvelles sources de données sont régulièrement mises à jour et ont fourni des estimations stables tout au long de la période d'étude.

## **Justice pénale**

Pour calculer les coûts des interventions policières, des procédures judiciaires et des services correctionnels, nous avons modifié de plusieurs façons les méthodes utilisées et avons notamment :

- Calculé séparément les fractions attribuables au crime chez les hommes et les femmes, et de ce fait réparti les coûts de justice pénale attribuables à l'usage de substances selon le sexe;
- Rendu compte des différences de coûts entre les infractions (ex. homicide par rapport à possession simple). Cela veut dire que nos estimations pour les coûts associés à une catégorie d'infractions donnée reflètent non seulement le nombre d'affaires, d'accusations et de peines d'incarcération, mais aussi la pondération. Nos précédentes estimations ne rendaient compte que du premier volet;

---

<sup>25</sup> Les trois nouveaux codes sont X44 (intoxication accidentelle par des drogues, médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision), X64 (auto-intoxication par des médicaments et substances biologiques, et exposition à ces produits, autres et sans précision) et Y14 (intoxication par des médicaments et substances biologiques, autres et sans précision, et exposition à ces produits, intention non déterminée).



- Attribué la catégorie d'infractions des admissions en établissement carcéral en fonction des données sur les peines provenant des tribunaux. Anciennement, ces catégories étaient établies en fonction des données policières;
- Utilisé des données d'enquêtes menées à l'échelle nationale sur les dépenses liées aux services policiers et correctionnels. Les précédentes sources de données sur les dépenses de justice pénale (Story et Yalkin, 2013) ne fournissaient que des estimations pour l'année 2012 et pour les quatre plus grandes provinces.

### **Autres coûts directs**

Les méthodes que nous avons utilisées sont essentiellement identiques à celles utilisées pour les deux premiers rapports. Nous avons appliqué une régression linéaire pour générer des estimations dans les cas où aucune donnée récente n'était disponible. Un changement majeur : l'ajout à cette catégorie des coûts liés à l'aide sociale.

### **Limites**

Bien que nous ayons apporté plusieurs améliorations à notre méthodologie pour la renforcer, elle comporte aussi des limites et des zones d'incertitude, qui doivent être connues lorsqu'on interprète les estimations et qu'on les contextualise. Ces limites ont pour la plupart déjà été décrites dans les sections concernées du rapport. Les limites suivantes s'appliquent cependant de manière plus large.

### **Recours à des données autodéclarées**

Le projet repose largement sur des données autodéclarées. Il est bien connu que les niveaux autodéclarés d'usage de substances, en particulier de substances illicites, sont sous-estimés dans une certaine mesure (Zhao et coll., 2009). C'est pourquoi nous avons probablement sous-estimé la prévalence de l'US et des coûts associés aux problèmes de santé partiellement attribuables à l'US. Heureusement, la grande majorité (environ 70 %) des problèmes de santé liés à l'usage de substances illicites sont entièrement attribuables à l'US, c'est-à-dire qu'ils peuvent être estimés directement avec des données de diagnostic; il n'est pas nécessaire de les imputer avec des données d'enquêtes autodéclarées, à l'aide de fractions attribuables. C'est pourquoi l'incertitude à ce niveau est relativement restreinte.

### **Recours à des données existantes pour estimer les coûts selon le sexe**

Lorsque c'était possible, nous avons obtenu des données selon le sexe afin de préciser nos estimations de la prévalence de l'usage de substances, des fractions attribuables et des coûts et méfaits attribuables à l'usage de substances. Nous avons défini le sexe biologique de façon binaire (p. ex. homme ou femme), en raison du manque de données sur les personnes intersexuées. Dans certains cas, des sources donnaient des renseignements sur l'identité de genre seulement, qui ont alors été utilisés en lieu et place du sexe biologique. D'autres détails sur ces limites se trouvent dans le rapport technique. À l'avenir, nous continuerons d'évaluer la disponibilité des données selon le sexe et selon d'autres variables démographiques, et améliorerons nos estimations lorsque possible.

### **Recours à des données d'hospitalisation pour l'estimation des coûts connexes**

Tout comme Rehm et ses collaborateurs (2006), nous nous sommes grandement basés sur des estimations de la contribution de l'US aux hospitalisations, puisque l'Institut canadien d'information sur la santé dispose de données solides et fiables en la matière. Les contributions proportionnelles par substance et par année à ces hospitalisations (appelées « proportion des hospitalisations » dans le présent rapport) ont été directement appliquées à d'autres catégories de coûts comme les médicaments sur ordonnance, le traitement spécialisé, la rémunération des médecins et l'invalidité de courte et de longue durée. Évidemment, nous ne savons pas avec certitude dans quelle mesure ces contributions proportionnelles, selon les différents types de substances, s'appliquent à ces secteurs. Nous avons aussi dû composer avec les limites associées aux grandes bases de données consultées pour nos analyses.



### **Rôle de la COVID-19 dans les méfaits attribuables à l'usage de substances**

La COVID-19 ne figure pas sur notre liste de problèmes de santé attribuables à l'usage de substances. Or, cette maladie a vraisemblablement contribué à la hausse des coûts et des méfaits de l'usage de substances en 2020 en exacerbant les problèmes de santé préexistants. Environ 90 % des décès attribuables à la COVID-19 au Canada entre mars et décembre 2020 impliquaient au moins une comorbidité ou une complication au moment du décès (Statistique Canada, 2021). Il y a un chevauchement considérable entre les comorbidités les plus courantes et les problèmes de santé liés à l'usage de substances, comme les maladies hypertensives, les cardiopathies ischémiques, les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, le diabète et le cancer.

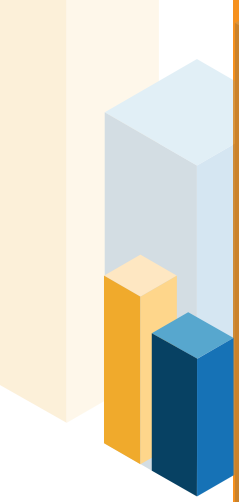
Il est difficile de différencier les rôles précis qu'ont joués la COVID-19 et ces comorbidités dans le nombre d'hospitalisations et de décès, de sorte que nos estimations pourraient ne pas refléter le fardeau et les coûts excédentaires réels causés par la COVID-19. Nous intégrerons des données probantes sur les liens entre l'usage de substances et cette maladie dans l'avenir, à mesure qu'elles seront disponibles.

### **Coûts manquants**

Notre liste des catégories de coûts est non exhaustive. Il aurait été souhaitable que le projet comprenne aussi, par exemple, le coût des services de réduction des méfaits et de perte de productivité dus à l'incarcération. Quoi qu'il en soit, nous avons préféré inclure les coûts qui pouvaient être quantifiés grâce aux données et aux recherches disponibles. Nous examinerons d'autres catégories de coûts et évaluerons l'opportunité de les inclure dans de prochaines études. Nous croyons avoir dressé ici un portrait comprenant la plupart des coûts associés à l'US, mais nous reconnaissons que le fait d'ajouter de nouvelles catégories de coûts améliorerait notre analyse de cette question au Canada.

Malgré ces limites et suppositions, nous avons utilisé les méthodes et données les plus fiables, récentes et complètes à notre disposition pour faire nos estimations. Nous continuerons de rechercher de meilleures données et études à mesure qu'elles seront rendues disponibles afin de raffiner nos estimations. En attendant que de telles données soient recueillies et de telles études réalisées, nous sommes convaincus d'avoir produit les meilleures estimations possible.







## Conclusions

Les estimations dressent un portrait des coûts et méfaits actuels associés à l'usage de substances au Canada, et de leur évolution au cours des 14 dernières années. Elles fournissent un point de référence utile pour l'évaluation des répercussions des politiques actuelles et futures visant à améliorer la santé, la productivité et l'expérience de la population canadienne, en ce qui concerne l'US. Elles fournissent aussi des données sur les retombées des changements récents apportés aux politiques et les conséquences d'événements majeurs comme la pandémie sur l'usage de substances et les coûts et méfaits qui en découlent.

La place de l'alcool comme substance contribuant le plus aux coûts sociaux et économiques au Canada n'a fait qu'augmenter dans les dernières années. La consommation et les méfaits associés à cette substance ont augmenté pendant la pandémie, en parallèle avec une déréglementation continue de son accessibilité. Les leçons apprises de la réponse robuste de la part de la santé publique du Canada face à l'épidémie en cours de maladies liées au tabagisme pourraient être appliquées pour réduire les méfaits causés par l'alcool.

Les coûts associés à l'usage d'opioïdes se sont différenciés des taux de consommation au Canada, reflétant les graves conséquences de la présence des opioïdes synthétiques toxiques dans les drogues non réglementées. Nous avons aussi observé une croissance rapide des coûts associés aux stimulants. Cela témoigne d'une hausse de la polyconsommation entraînant des méfaits liés à l'intoxication, et du besoin de politiques et de services sur mesure pour répondre aux besoins des personnes qui s'adonnent à la polyconsommation, qu'elle soit ou non intentionnelle. Ces initiatives pourraient aussi être orientées par des recherches et des analyses visant à comprendre les lacunes existantes en matière de services, comme ceux offerts aux personnes qui fument des drogues.

Les coûts et les méfaits associés à l'usage de substances peuvent être réduits par l'investissement dans des politiques et programmes fondés sur des données probantes, par leur mise en œuvre et par leur expansion dans tout le continuum de prévention et de soins. Le rapport *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada* fournit des données sur lesquelles pourraient s'appuyer ces mesures et avec lesquelles on pourrait évaluer l'efficacité.



## Bibliographie

- Agence statistique d'assurance générale. *Information statistique*, 2022. <https://www.gisa.ca/StatisticalInformation>
- Alam, S. et J. Greenland. « Les ressources policières au Canada, 2016 », *Juristat*, vol. 37, n° 1, produit n° 85-002-X au catalogue de Statistique Canada, 2017. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2017001/article/14777-fra.pdf>
- Barbara Butler & Associates Inc. *Incidence sur le secteur nucléaire des politiques canadiennes récentes en matière de consommation d'alcool et de drogues en milieu de travail*, Ottawa (Ont.), Commission canadienne de sûreté nucléaire, 2012. [https://nuclearsafety.gc.ca/pubs\\_catalogue/uploads\\_fre/March-2012-INFO-0831-Recent-Alcohol-and-Drug-Workplace-Policies-in-Canada-Considerations-for-the-Nuclear-Industry\\_f.pdf](https://nuclearsafety.gc.ca/pubs_catalogue/uploads_fre/March-2012-INFO-0831-Recent-Alcohol-and-Drug-Workplace-Policies-in-Canada-Considerations-for-the-Nuclear-Industry_f.pdf)
- BC Coroners Service. *BC Coroners Service Death Review Panel: a review of illicit drug toxicity deaths*, 2022. [https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/death-review-panel/review\\_of\\_illicit\\_drug\\_toxicity\\_deaths\\_2022.pdf](https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/death-review-panel/review_of_illicit_drug_toxicity_deaths_2022.pdf)
- Beasley, E., R. Jesseman, D. Patton et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement 2012*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2012. [https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/2012\\_nts\\_National\\_Treatment\\_Indicators\\_fr.pdf](https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/2012_nts_National_Treatment_Indicators_fr.pdf)
- Beattie, S. et A. Mole. *Les ressources policières au Canada, 2007*, produit n° 85-225-XIE au catalogue de Statistique Canada, Ottawa (Ont.), Centre canadien de la statistique juridique, 2007. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-225-x/85-225-x2007000-fra.pdf?st=villnYZp>
- Boileau-Falardeau, M., G. Contreras, G. Gariépy et C. Laprise. « Patterns and motivations of polysubstance use: A rapid review of the qualitative evidence », *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, vol. 42, n° 2, 2022, p. 47-59
- Burczycka, M. *Les ressources policières au Canada 2011*, produit n° 85-225-X au catalogue de Statistique Canada, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2011. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-225-x/85-225-x2011000-fra.pdf?st=XN-IINDq>
- Centers for Disease Control and Prevention. *Alcohol-Related Disease Impact (ARDI) application*, Atlanta (GA), chez l'auteur, 2008. [https://nccd.cdc.gov/DPH\\_ARDI/default/default.aspx](https://nccd.cdc.gov/DPH_ARDI/default/default.aspx)
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la capacité des services de traitement de l'usage de substances au Canada*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2020. <https://www.ccsa.ca/fr/repercussions-de-la-pandemie-de-covid-19-sur-la-capacite-des-services-de-traitement-de-l-usage-de>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Projet communautaire d'analyse d'urine et d'auto-évaluation : rapport pancanadien sur l'usage de drogues du marché non réglementé, données de 2019-2021*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022a. <https://www.ccsa.ca/fr/projet-communautaire-danalyse-durine-et-dauto-evaluation-rapport-pancanadien-sur-lusage-de-drogues>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Indicateurs nationaux de traitement* [fichier de données non publiées], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022b.
- Cheng, C., T. Wang, T. Campbell, G. Kolla, S. Smoke, J. Besharah, ... et T. Gomes. *Contributions of stimulants and varying modes of drug use to opioid toxicity deaths across Public Health Units in Ontario, Canada*, Toronto (Ont.), Ontario Drug Policy Research Network, 2022. <https://odprn.ca/research/publications/stimulants-and-modes-of-drug-use/>
- Collins, D.J. et H.M. Lapsley. *The costs of tobacco, alcohol and illicit drug abuse to Australian society in 2004/05*, Canberra (Australie), Department of Health and Ageing, 2008. [https://nadk.flinders.edu.au/application/files/3013/8551/1279/Collins\\_Lapsley\\_Report.pdf](https://nadk.flinders.edu.au/application/files/3013/8551/1279/Collins_Lapsley_Report.pdf)
- Comité consultatif spécial fédéral, provincial et territorial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. *Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*, Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada, 2022. <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioïdes-stimulants>



- Commission des libérations conditionnelles du Canada. *Rapport de surveillance du rendement 2011-2012*, 2013. [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2013/clcc-pbc/PS91-2-2012-fra.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2013/clcc-pbc/PS91-2-2012-fra.pdf)
- Commission des libérations conditionnelles du Canada. *Rapport de surveillance du rendement 2013-2014*, 2014. <https://www.canada.ca/fr/commission-liberations-conditionnelles/organisation/transparence/rendre-compte-aux-canadiens/rapport-de-surveillance-du-rendement/2013-2014.html>
- Commission des libérations conditionnelles du Canada. *Rapport de surveillance du rendement 2018-2019*, 2019. <https://www.canada.ca/fr/commission-liberations-conditionnelles/organisation/transparence/rendre-compte-aux-canadiens/rapport-de-surveillance-du-rendement/2018-2019.html>
- Conor, P. « Les ressources policières au Canada, 2017 », *Juristat*, produit n° 85-002-X au catalogue de Statistique Canada, vol. 38, n° 1, 2018. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-002-x/2018001/article/54912-fra.pdf?st=mAZw86TF>
- Conor, P., S. Carrière, S. Amey, S. Marcellus et J. Sauvé. « Les ressources policières au Canada, 2019 », *Juristat*, produit n° 85-002-X au catalogue de Statistique Canada, vol. 40, n° 1, 2020. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2020001/article/00015-fra.htm>
- Degenhardt, L., F. Charlson, J. Stanaway, S. Larney, L.T. Alexander, M. Hickman, ... et T. Vos. « Estimating the burden of disease attributable to injecting drug use as a risk factor for HIV, hepatitis C, and hepatitis B: Findings from the Global Burden of Disease Study 2013 », *Lancet: Infectious Diseases*, vol. 16, n° 12, 2016, p. 1385–1398. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(16\)30325-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(16)30325-5)
- Emploi et Développement social Canada. *Les prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC) selon la cause d'invalidité*, 2022. <https://open.canada.ca/data/fr/dataset/2abf6a97-6c0e-473e-9976-dfa9aba831bf>
- Gouvernement et municipalités du Québec. *Régime de rentes du Québec*, 2022. <https://open.canada.ca/data/fr/dataset/321704c6-8e6b-4d25-8115-9e8c07837705>
- Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2014)*, préparé par l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CSUCH-Canadian-Substance-Use-Costs-Harms-Report-2018-fr.pdf>
- Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2015-2017)*, préparé par l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020. <https://cemusc.ca/publications/CSUCH-Canadian-Substance-Use-Costs-Harms-Report-2020-fr.pdf>
- Hall, W. et N. Solowij. « Adverse effects of cannabis », *The Lancet*, vol. 352, n° 9140, 1998, p. 1611–1616.
- Holohan, N., S. Antonatos, S. Braghin et P. Mac Aonghusa. « The bounded Laplace mechanism in differential privacy », arXiv, 2018, 1808.10410v1. <https://arxiv.org/pdf/1808.10410.pdf>
- Hutchins, H. « Tableau 12 : dépenses totales au chapitre des services de police, en dollars courants, selon la province ou le territoire », 2012, *Juristat*, vol. 34, n° 1, produit n° 85-002-X au catalogue de Statistique Canada, 2014. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2014001/article/11914/tbl/tbl12-fra.htm>
- Hutchins, H. « Tableau 12 : dépenses totales au chapitre des services de police, en dollars courants, selon la province ou le territoire, 2013 », *Juristat*, vol. 35, n° 1, produit n° 85-002-X au catalogue de Statistique Canada, 2015. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2015001/article/14146/tbl/tbl12-fra.htm>
- Institut canadien d'information sur la santé. *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10<sup>e</sup> version, Canada (CIM-10-CA)*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, sans date.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Cost of a standard hospital stay, 2020/21 Methodology* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022a.



- Institut canadien d'information sur la santé. *Discharge Abstract Database, 2006/07 to 2020/2021* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022b.
- Institut canadien d'information sur la santé. *National Ambulatory Care Reporting System (NACRS), 2006/07 to 2020/2021* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022c.
- Institut canadien d'information sur la santé. *National health expenditure trends, 1975 to 2020: Data tables — Series G* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022d.
- Institut canadien d'information sur la santé. *National Physician Database (NPDB), 2006–2007 to 2019–2020* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022e.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Quick stats inpatient hospitalizations 2007–2020* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022f.
- Konefal, S., A. Sherk, B. Maloney-Hall, M. Young, P. Kent et E. Biggar. « Polysubstance use poisoning deaths in Canada: An analysis of trends from 2014 to 2017 using mortality data », *BMC Public Health*, vol. 22, n° 1, 2022, p. 269. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12678-z>
- Kunic, D. et B.A. Grant. *Questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT) : résultats du projet pilote*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel du Canada, 2006. <https://www.csc-scc.gc.ca/research/r173-fra.shtml>
- Macdonald, S. et S. Wells. « The prevalence and characteristics of employee assistance, health promotion and drug testing programs in Ontario », *Employee Assistance Quarterly*, vol. 10, n° 1, 1995, p. 25–60. [https://doi.org/10.1300/J022v10n01\\_03](https://doi.org/10.1300/J022v10n01_03)
- Mazowita, B. et J. Greenland. « Les ressources policières au Canada, 2015 », *Juristat*, vol. 36, n° 1, produit n° 85-002-X au catalogue de Statistique Canada, 2016. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2016001/article/14323-fra.pdf>
- McQuaid, R.J., L.A. Di Gioacchino et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Traitement de la dépendance au Canada : rapport sur les indicateurs nationaux de traitement : données de 2014-2015*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2017. <https://www.ccsa.ca/fr/traitement-de-la-dependance-au-canada-rapport-sur-les-indicateurs-nationaux-de-traitement-donnees>
- Meister, S., B. Maloney-Hall, K. Urbanoski et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Prise en charge du sevrage au Canada : rapport sur les indicateurs nationaux de traitement*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018. <https://www.ccsa.ca/fr/prise-en-charge-du-sevrage-au-canada-rapport-sur-les-indicateurs-nationaux-de-traitement-donnees-de>
- O'Leary, R., M. MacDonald, T. Stockwell et D. Reist. *Clearing the Air: A systematic review on the harms and benefits of e-cigarettes and vapour devices*, Victoria (C.-B.), Centre for Addictions Research of BC, 2017. <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/report-clearing-the-air-review-exec-summary.pdf>
- Organisation mondiale de la Santé. *Global status report on alcohol and health*, Genève (Suisse), chez l'auteur, 2018. <https://www.who.int/publications/i/item/global-status-report-on-alcohol-and-health-2018>
- Ortolá, R., E. García-Esquinas, E. López-García, L.M. León-Muñoz, J.R. Banegas et F. Rodríguez-Artalejo. « Alcohol consumption and all-cause mortality in older adults in Spain: An analysis accounting for the main methodological issues », *Addiction*, vol. 114, n° 1, 2019, p. 59–68. <https://doi.org/10.1111/add.14402>
- Paradis, C., P. Butt, K. Shield, N. Poole, S. Wells, T. Naimi, A. Sherk et groupes d'experts scientifiques des Directives de consommation d'alcool à faible risque. *Repères canadiens sur l'alcool et la santé : rapport final*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2023. [https://ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/CCSA\\_Canada\\_Guidance\\_on\\_Alcohol\\_and\\_Health\\_Final\\_Report\\_fr\\_0.pdf](https://ccsa.ca/sites/default/files/2023-01/CCSA_Canada_Guidance_on_Alcohol_and_Health_Final_Report_fr_0.pdf)



- Payer, D.E., M. Young, B. Maloney-Hall, C. Mill, P. Leclerc, J. Buxton, Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies et Groupe de travail national sur la vérification de drogue. *Adultérants, contaminants et substances cooccurrentes dans les drogues obtenues illégalement au Canada : une analyse des données provenant de saisies de drogues, de programmes de vérification des drogues et d'analyses d'urine*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020. <https://www.ccsa.ca/fr/adulterants-contaminants-et-substances-cooccurrentes-dans-les-drogues-obtenues-illegalement-rapport>
- Pirie, T., R. Jesseman, L. Di Gioacchino et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement : données de 2011-2012*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014. <https://www.ccsa.ca/fr/rapport-sur-les-indicateurs-nationaux-de-traitement-donnees-de-2011-2012>
- Pirie, T., R. Jesseman et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement : données de 2010-2011*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013. <https://www.ccsa.ca/fr/rapport-sur-les-indicateurs-nationaux-de-traitement-donnees-de-2010-2011>
- Pirie, T. et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement : données de 2012-2013*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2015. <https://www.ccsa.ca/fr/rapport-sur-les-indicateurs-nationaux-de-traitement-donnees-de-2012-2013>
- Pirie, T., S.C. Wallingford, L.A. Di Gioacchino, R.J. McQuaid et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement : données de 2013-2014*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2016. <https://www.ccsa.ca/fr/rapport-sur-les-indicateurs-nationaux-de-traitement-donnees-de-2013-2014>
- Rehm, J., D. Baliunas, S. Brochu, B. Fischer, W. Gnam, J. Patra, ... et B. Taylor. *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2006. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-05/ccsa-011333-2006.pdf>
- Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies. *Alerte du RCCET : fentanyl illicite*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-05/CCSA-CCENDU-Drug-Alert-Illicit-Fentanyl-2013-fr.pdf>
- Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies. *Changements dans l'usage de stimulants et ses méfaits : gros plan sur la méthamphétamine et la cocaïne*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2019. <https://www.ccsa.ca/fr/changements-dans-lusage-de-stimulants-et-ses-mefaits-gros-plan-sur-la-methamphetamine-et-la-cocaine>
- Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies. *Adultérants, contaminants et substances cooccurrentes dans les drogues obtenues illégalement au Canada*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020a. <https://www.ccsa.ca/fr/adulterants-contaminants-et-substances-cooccurrentes-dans-les-drogues-obtenues-illegalement-bulletin>
- Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies. *Changements à l'offre de drogues illicites et à l'accès aux services dans le contexte de la COVID-19, et méfaits pour la santé associés*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020b. <https://www.ccsa.ca/fr/changements-loffre-de-drogues-illicites-et-laccès-aux-services-dans-le-contexte-de-la-covid-19>
- Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies. *Usage de stimulants et ses méfaits au Canada et aux États-Unis : état des lieux*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2022. [https://ccsa.ca/sites/default/files/2022-12/CCENDU%202022%20Stimulants%20Update\\_fr.pdf](https://ccsa.ca/sites/default/files/2022-12/CCENDU%202022%20Stimulants%20Update_fr.pdf)
- Santé Canada. *Santé Canada – 2015-2016 – Tableaux de renseignements supplémentaires – Rapport ministériel sur le rendement – Initiatives horizontales*, 2016. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/rapports-gestion/rapports-ministeriels-rendement/2015-2016-tableaux-renseignements-supplementaire/page-4-initiatives-horizontales.html>



- Santé Canada. *Tableaux de renseignements supplémentaires : rapport sur les résultats ministériels 2016-2017*, 2017a. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/rapports-gestion/rapports-ministeriels-rendement/2016-17-tableaux-renseignements-supplementaires/page-4-2016-17-tableaux-renseignements-supplementaires.html>
- Santé Canada. *Renseignements supplémentaires - plan ministériel 2017-2018* : Santé Canada, 2017b. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/rapports-gestion/rapport-plans-priorites/2017-2018-tableaux-renseignements-supplementaires.html>
- Santé Canada. *Renseignements supplémentaires - plan ministériel 2018-2019* : Santé Canada, 2020. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/rapports-gestion/rapport-plans-priorites/2018-2019-tableaux-renseignements-supplementaires.html>
- Santé Canada. *Service d'analyse des drogues : rapports sur les drogues analysées*, 2022. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/substances-controlees-precurseurs-chimiques/service-analyse-drogues.html#a2a>
- Santé et Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. *Northwest Territories Substance Use and Addictions Survey* [fichier de microdonnées], Yellowknife (T. N.-O.), chez l'auteur, 2017.
- Schroeder, S.A. « Incidence, prevalence, and hybrid approaches to calculating disability-adjusted life years », *Population Health Metrics*, vol. 10, n° 1, 2012, article 19. <https://doi.org/10.1186/1478-7954-10-19>
- Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. *Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2015.
- Service correctionnel du Canada. *The Women's Computerized Assessment of Substance Abuse (WCASA)* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022.
- Sherk, A., W. Gilmore, S. Churchill, E. Lensvelt, T. Stockwell et T. Chikritzhs. « Implications of cardioprotective assumptions for national drinking guidelines and alcohol harm monitoring systems », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 16, n° 24, 2019, p. 4956. <https://doi.org/10.3390/ijerph16244956>
- Sherk, A., T. Stockwell, J. Rehm, J. Dorocicz et K.D. Shield. *The International Model of Alcohol Harms and Policies (InterMAHP), version 1.0: A comprehensive guide to the estimation of alcohol-attributable morbidity and mortality*, Victoria (C.-B.), Canadian Institute for Substance Use Research, Université de Victoria, 2017.
- Sherk, A., T. Stockwell, J. Rehm, J. Dorocicz, K.D. Shield et S. Churchill. « The International Model of Alcohol Harms and Policies: A new model for estimating alcohol health harms with application to alcohol-attributable mortality in Canada », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, vol. 81, n° 3, 2020, p. 339–351. <https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.339>
- Single, E., D. Collins, B. Easton, H. Harwood, H. Lapsley, P. Kopp et E. Wilson. *International guidelines for estimating the costs of substance abuse (2nd ed.)*, Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2003. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42603/9241545828-eng.pdf;jsessionid=79B85DD7A257D-9F8474797A2144A07F3?sequence=1>
- Sorge, J.T., M. Young, B. Maloney-Hall, A. Sherk, P. Kent, J. Zhao, ... et B. Ferguson. « Estimation of the impacts of substance use on workplace productivity: A hybrid human capital and prevalence-based approach applied to Canada », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 111, 2019, p. 202–211. <https://doi.org/10.17269/s41997-019-00271-8>
- Statistique Canada. *Les ressources policières au Canada, 2008*, produit n° 85-225-X au catalogue de Statistique Canada, 2008. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-225-x/85-225-x2008000-fra.pdf?st=orzCThNr>
- Statistique Canada. *Les ressources policières au Canada, 2009*, produit n° 85-225-X au catalogue de Statistique Canada, 2009. [https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-225-x/85-225-x2009000-fra.pdf?st=P\\_XtHIM](https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-225-x/85-225-x2009000-fra.pdf?st=P_XtHIM)



- Statistique Canada. *Les ressources policières au Canada, 2010*, produit n° 85-002-X au catalogue de Statistique Canada, 2010. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-225-x/85-225-x2010000-fra.pdf?st=EfRtsUXg>
- Statistique Canada. *Les ressources policières au Canada, 2012*, produit n° 85-002-X au catalogue de Statistique Canada, 2013. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-225-x/2012000/part-partie1-fra.htm>
- Statistique Canada. *Nombre provisoire de décès et surmortalité, janvier 2020 à février 2021*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2021. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210514/dq210514c-fra.htm>
- Statistique Canada. *Adult correctional services: Admissions to federal community supervision by type of supervision, sex and age group, 2005/2006 to 2020/2021* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022a.
- Statistique Canada. *Adult correctional services: Admissions to federal facilities, by type of custody, sex and age group, 2005/2006 to 2020/21* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022b.
- Statistique Canada. *Tableau 35-10-0032-01 : tribunaux de juridiction criminelle pour adultes, causes avec condamnation selon la durée du placement sous garde* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022c. [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/cv.action?pid=3510003201&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/cv.action?pid=3510003201&request_locale=fr)
- Statistique Canada. *Tableau 35-10-0031-01 : tribunaux de juridiction criminelle pour adultes, causes avec condamnation selon la peine la plus sévère* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022d. [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=3510003101&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=3510003101&request_locale=fr)
- Statistique Canada. *Tableau 35-10-0027-01 : tribunaux de juridiction criminelle pour adultes, nombre de causes et d'accusations selon le type de décision* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022e. [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=3510002701&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=3510002701&request_locale=fr)
- Statistique Canada. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) 2008-2012* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022f.
- Statistique Canada. *Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues 2019* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022g.
- Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005, 2007-2017* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022h.
- Statistique Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues 2013, 2015 et 2017* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022i.
- Statistique Canada. *Tableau 18-10-0005-01 : indice des prix à la consommation, moyenne annuelle, non désaisonnalisé*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022j. [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1810000501&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1810000501&request_locale=fr)
- Statistique Canada. *Court Case Complexity Indicator* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022k.
- Statistique Canada. *Crime Seriousness Weights* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022l.
- Statistique Canada. *Tableau 14-10-0223-01 : emploi et rémunération hebdomadaire moyenne (incluant le temps supplémentaire) pour l'ensemble des salariés selon la province et le territoire, données mensuelles, désaisonnalisées*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022m. [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410022301&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410022301&request_locale=fr)
- Statistique Canada. *Tableau 14-10-0215-01 : emploi pour l'ensemble des salariés selon la taille d'entreprise, données annuelles*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022n. [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410021501&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410021501&request_locale=fr)
- Statistique Canada. *Tableau 282-0087 : caractéristiques de la population active, données mensuelles désaisonnalisées et la tendance-cycle, 5 derniers mois*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022o. [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410028701&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410028701&request_locale=fr)
- Statistique Canada. *Enquête sur la population active 2007-2022* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022p.



- Statistique Canada. *Tableau 35-10-0013-01 : dépenses d'exploitation pour les services correctionnels des adultes* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022q. [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=3510001301&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=3510001301&request_locale=fr)
- Statistique Canada. *Les ressources policières au Canada, 2021* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022r.
- Statistique Canada. *Tableau 183-0023 : ventes de boissons alcoolisées des régies des alcools et d'autres points de vente au détail, selon la valeur, le volume et le volume absolu*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022s. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1010001001>
- Statistique Canada. *Programme de déclaration uniforme de la criminalité* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022t.
- Statistique Canada. *Base canadienne de données de l'état civil – décès 2007-2020* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022u.
- Statistique Canada. *Tableau 35-10-0006-01 : admissions de jeunes aux services correctionnels, selon l'âge et le sexe* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022v. [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=3510000601&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=3510000601&request_locale=fr)
- Statistique Canada. *Tableau 35-10-0042-01 : tribunaux de la jeunesse, causes avec condamnation selon la peine la plus sévère* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022w. [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/cv.action?pid=3510004201&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/cv.action?pid=3510004201&request_locale=fr)
- Statistique Canada. *Tableau 35-10-0038-01 : tribunaux de la jeunesse, nombre de causes et d'accusations selon le type de décision* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2022x. [https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=3510003801&request\\_locale=fr](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=3510003801&request_locale=fr)
- Stockwell, T., J. Zhao, F. Alam, S. Churchill, Y. Shi et T. Naimi. « Alcohol sales in Canadian liquor outlets as a predictor of subsequent COVID-19 infection rates: A time series analysis », *Addiction*, vol. 117, n° 12, 2022, p. 3069–3078. <https://doi.org/10.1111%2Fadd.16011>
- Story, R. et T.R. Yalkin. *Analyse des dépenses au titre du système de justice pénale au Canada*, Ottawa (Ont.), Bureau du directeur parlementaire du budget, 2013. [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2013/dpb-pbo/YN5-49-2013-fra.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2013/dpb-pbo/YN5-49-2013-fra.pdf)
- Strike, C. et T.M. Watson. « Losing the uphill battle? Emergent harm reduction interventions and barriers during the opioid overdose crisis in Canada », *International Journal of Drug Policy*, vol. 71, 2019, p. 178–182. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.02.005>
- Transports Canada. *Base nationale de données sur les collisions* [fichier de données], 2022. <https://wwwapps2.tc.gc.ca/saf-sec-sur/7/ncdb-bndc/p.aspx?l=fr>
- Urbanoski, K., J. Rehm, S. Lange et S. Popova. « Comorbid mental disorders among clients in addiction treatment: The costs of care », *International Journal of Alcohol and Drug Research*, vol. 3, n° 4, 2014, p. 297–304. <https://doi.org/10.7895/ijadr.v3i4.183>
- World Heart Federation. *The impact of alcohol consumption on cardiovascular health: Myths and measures*, Genève (Suisse), chez l'auteur, 2022. <https://world-heart-federation.org/wp-content/uploads/WHF-Policy-Brief-Alcohol.pdf>
- Young, M., C. De Moor, P. Kent, S. Stockwell, A. Sherk, J. Zhao, ... et B. Maloney-Hall. « Attributable fractions for substance use in relation to crime », *Addiction*, vol. 116, n° 11, 2021, p. 3198–3205. <https://doi.org/10.1111/add.15494>
- Zhao, J., T. Stockwell et S. Macdonald. « Non-response bias in alcohol and drug population surveys », *Drug and Alcohol Review*, vol. 28, n° 6, 2009, p. 648–657. <https://doi.org/10.1111/j.1465-3362.2009.00077.x>



