

# CRISE SILENCIEUSE

REPENSER LA RÉPONSE  
COLLECTIVE AUX  
DÉPENDANCES

MÉMOIRE RÉDIGÉ DANS LE CADRE DE LA  
JOURNÉE D'ACTION POLITIQUE 2025



# COMITÉ DE RÉDACTION

## Direction

### FÉLICIA HARVEY

Étudiante en médecine, Université de Montréal (Campus Montréal)  
Déléguée aux affaires politiques, FMEQ

### MATHILDE LAVOIE

Étudiante en médecine, Université Laval (Campus Québec et Lévis)  
Présidente, FMEQ

## Rédaction et révision

### ÉTIENNE PARENT

Étudiant en médecine, Université de Montréal (Campus Mauricie)  
Président, AÉÉMUM

### JULIE LANGLOIS

Étudiante en médecine, Université Laval (Campus Québec)  
Vice-présidente aux affaires externes, IFMSA-Québec

## Mise en page

### CHRISTINA FAYAD

Étudiante en médecine, Université de Montréal (Campus Mauricie)  
Déléguée aux communications, FMEQ

---

Publié le 21 avril 2025

Fédération médicale étudiante du Québec

630 rue Sherbrooke Ouest, Bureau 510 Montréal, Québec

Pour toutes questions ou commentaires concernant le mémoire, veuillez contacter la Fédération médicale étudiante du Québec au courriel suivant : [politique@fmeq.ca](mailto:politique@fmeq.ca)

# COMITÉ DE RÉDACTION

## **DOUËA BOUKEHIL**

Étudiante en médecine, Université de Sherbrooke (Campus Sherbrooke)

## **ZOË CHABOT**

Étudiante en médecine, Université de Montréal (Campus Montréal)  
Présidente, AÉÉMUM

## **ANNISSA FOURNIER**

Étudiante en médecine, Université de Montréal (Campus Montréal)  
Représentante aux affaires externes, AÉÉMUM

## **ÉLODIE HÉTU**

Étudiante en médecine, Université Laval (Campus Québec)  
Présidente, RÉMUL

## **EMINA KUBAT**

Étudiante en médecine, Université McGill (Campus Outaouais)

## **TEODORA MARGINEAN**

Étudiante en médecine, Université McGill (Campus Montréal)  
Agente des affaires politiques et revendications, MSS

## **HOLLY MARKOMANOLAKI**

Étudiante en médecine, Université McGill (Campus Montréal)

## **CATHERINE MORIN**

Étudiante en médecine, Université Laval (Campus Québec)  
Présidente nationale, IFMSA-Québec  
Déléguée aux affaires internationales et communautaires, FMEQ

## **ZACHARY PAULIN**

Étudiant en médecine, Université Laval (Campus Québec)  
Vice-président aux affaires exécutives, RÉMUL

## **MARIE-PIER VERMETTE**

Étudiante en médecine, Université McGill (Campus Outaouais)

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Comité de rédaction</b>	<b>3</b>
<b>Table des matières</b>	<b>4</b>
<b>À propos de la FMEQ</b>	<b>5</b>
<b>Introduction</b>	<b>6</b>
<b>Opioides</b>	<b>7</b>
<b>Nicotine</b>	<b>12</b>
<b>Alcool</b>	<b>14</b>
<b>Cannabis</b>	<b>17</b>
<b>Autres drogues</b>	<b>19</b>
<b>Conclusion</b>	<b>22</b>
<b>Recommandations</b>	<b>23</b>
<b>Références</b>	<b>25</b>

# À PROPOS DE LA FMEQ

La Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) a été fondée par les quatre associations médicales étudiantes du Québec, soit l'Association générale étudiante de médecine de l'Université de Sherbrooke (AGÉMUS), le *Medical Students' Society* (MSS) de l'Université McGill, le Regroupement des étudiants en médecine de l'Université Laval (RÉMUL) et l'Association des étudiantes et étudiants en Médecine de l'Université de Montréal (AÉÉMUM) en 1974.

Sa principale mission est de représenter les quatre associations médicales du Québec, regroupant près de 5000 membres, en une seule voix unie et puissante. La FMEQ a aussi pour rôle de défendre et de promouvoir les intérêts collectifs des étudiants en médecine du Québec en matière pédagogique, politique et sociale.

Le présent mémoire est publié dans le cadre de la Journée d'action politique de la FMEQ, qui fête cette année sa onzième édition. Il s'agit d'une journée de discussions et de rencontres à l'Assemblée nationale ayant comme but de sensibiliser les décideurs publics aux enjeux de santé touchant la population québécoise, le système de santé et les étudiants en médecine.

Ces dernières années, la FMEQ s'est entre autres penchée sur la valorisation de la médecine familiale et de la médecine en région, la planification des effectifs médicaux et la privatisation des services de santé.



# INTRODUCTION

L'usage de substances psychoactives — ou de « drogues » — est encore trop souvent associé dans l'imaginaire collectif aux soirées festives ou aux ruelles sombres des grandes villes de l'Ouest, comme Vancouver. Or, il s'agit d'un enjeu bien réel et présent, y compris ici, au Québec. Ce phénomène, loin d'être marginal, affecte toutes les couches de la société et représente un défi majeur pour la santé publique.

Bien que certaines substances, telles que l'alcool, la nicotine et le cannabis, soient bien connues, elles continuent d'être source de problématiques. De nouvelles substances, comme les opioïdes, les benzodiazépines, les stimulants et les hallucinogènes, gagnent en popularité sur les marchés légaux et illégaux. Cette situation, à la fois complexe et dynamique, entraîne des conséquences dans divers domaines : les politiques publiques, tant municipales, provinciales que fédérales, l'habitation, le marché du travail, sans oublier le secteur de la santé. Elle s'inscrit dans un contexte plus large marqué par la hausse du coût de la vie et par une pression croissante sur l'accessibilité aux services publics, notamment en santé.

Depuis plusieurs années, la Fédération médicale étudiante du Québec (FMEQ) a assumé un rôle actif dans la recherche de solutions face aux enjeux structurels du réseau de la santé, notamment en lien avec les pénuries de main-d'œuvre et le vieillissement de la population. Elle a publié plusieurs mémoires et pris position sur des mesures concrètes pour améliorer l'offre de soins à la population. Formation délocalisée, télémédecine, soins à domicile, recours à l'intelligence artificielle : autant d'exemples de pistes explorées dans une optique de transformation durable du système. Cette liste non exhaustive témoigne de l'engagement constant de la FMEQ à identifier des leviers d'action adaptés aux réalités québécoises.

Cependant, l'amélioration du système de santé publique passe aussi par une action en amont : la réduction de la demande en soins. Sans revisiter les fondements de la théorie économique, il est essentiel de rappeler que pour atteindre un équilibre, toute réflexion sur l'offre doit impérativement s'accompagner d'une analyse sur la demande. Dans cette perspective, la FMEQ souhaite cette année orienter son action vers la prévention, en s'intéressant aux troubles liés à l'usage de substances.

Ce mémoire s'inscrit dans une démarche de santé publique qui vise à éclairer les enjeux propres à la consommation de substances au Québec. À travers cette réflexion, la FMEQ réaffirme l'importance de la prévention, trop souvent reléguée au second plan dans les priorités politiques. Bien qu'elle soit moins visible que l'intervention curative, elle constitue un levier stratégique et durable pour améliorer la santé de la population.

# OPIOÏDES

Les opioïdes regroupent un ensemble de substances psychoactives, qu'elles soient dérivées de l'opium (opiacés) ou synthétisées chimiquement. En médecine, ils sont largement prescrits pour le soulagement de la douleur aiguë et chronique, notamment dans les contextes postopératoires et oncologiques [1]. Leur efficacité analgésique repose sur leur capacité à se lier aux récepteurs opioïdes du système nerveux central, modulant ainsi la perception de la douleur [2]. Toutefois, au-delà de leur usage thérapeutique, le marché illicite des opioïdes connaît une expansion préoccupante, alimenté par des substances hautement puissantes comme le fentanyl et ses dérivés synthétiques. Ce commerce clandestin, évalué à plusieurs milliards de dollars, s'appuie sur des réseaux de trafiquants locaux et des plateformes en ligne, notamment celles du *dark web* [3]. Des applications et réseaux sociaux comme *Telegram*, *Snapchat* et *Instagram* facilitent également la distribution de ces substances, profitant d'une régulation insuffisante et du chiffrement des communications qui limitent l'accès aux données par les autorités compétentes [4].

Bien qu'efficaces pour le soulagement de la douleur aiguë et chronique, les opioïdes entraînent également des effets secondaires notables. Parmi ceux-ci, la dépression respiratoire constitue le danger le plus sérieux : en ralentissant la fréquence respiratoire, les opioïdes peuvent provoquer une hypoventilation sévère, pouvant être fatale en cas de surdosage. C'est pourquoi les surdoses d'opioïdes constituent un enjeu de santé publique majeur au Canada [2].

À court terme, la consommation d'opioïdes induit une sensation d'euphorie attribuable à l'activation des circuits de récompense du cerveau [5]. Cet effet transitoire favorise le développement d'une dépendance psychologique, particulièrement chez les personnes souffrant de troubles de l'humeur, d'anxiété ou de dépression [2]. À mesure que la consommation se prolonge, l'organisme développe une tolérance, nécessitant des doses toujours plus élevées pour obtenir le même effet analgésique. Cette escalade augmente le risque de dépendance physique et d'effets indésirables persistants, tels que la nausée, la constipation sévère et la somnolence [6].

À long terme, l'usage répété d'opioïdes entraîne des altérations structurelles et fonctionnelles du cerveau, affectant la régulation hormonale, le métabolisme et le contrôle des impulsions. Ces perturbations peuvent se manifester par une fatigue chronique, une diminution de la libido et des fluctuations de l'humeur. Par ailleurs, la consommation chronique compromet la capacité de prise de décision et aggrave les symptômes psychiatriques sous-jacents. Pris dans un cercle vicieux, les individus consomment ces substances pour soulager temporairement leur détresse psychologique, mais cet usage aggrave en retour leurs symptômes, renforçant ainsi leur dépendance et rendant encore plus difficile l'arrêt de la consommation [7].

Les répercussions des opioïdes dépassent largement l'individu consommateur; elles affectent profondément son entourage. Les proches d'une personne dépendante subissent un stress émotionnel important, marqué par des sentiments de culpabilité, de frustration et d'impuissance face à la difficulté de venir en aide à leur proche [8]. Par ailleurs, les conséquences financières sont considérables : la dépendance aux opioïdes peut mener à la négligence des responsabilités professionnelles, à la perte d'emploi et à des difficultés économiques associées à l'épuisement de leurs ressources pour financer leur consommation [9].

## SURVOL HISTORIQUE

En médecine, la douleur fut longtemps considérée comme un symptôme normal et inévitable des différents problèmes de santé. Un tournant majeur s'opéra à la fin du 20<sup>e</sup> siècle, où elle devint un signe vital au même titre que la pression artérielle ou la fréquence cardiaque. Ce nouveau paradigme transforma alors la prise en charge de la douleur, en particulier dans les années 1980 et 1990. Son soulagement est devenu un point cardinal des traitements. Vu leur efficacité, les opioïdes ont été perçus comme une avancée notable dans la gestion de la douleur [10]. Traditionnellement, ces médicaments étaient réservés au traitement de la douleur aiguë, notamment après une chirurgie, un traumatisme sévère ou durant la phase terminale d'une maladie [11]. Cette utilisation ciblée

limitait la durée des prescriptions et réduisait ainsi le risque de dépendance. Cependant, des spécialistes de la douleur et des entreprises pharmaceutiques ont promu les opioïdes comme une solution efficace pour la gestion de la douleur chronique. Les campagnes marketing agressives et sophistiquées des pharmaceutiques auprès des médecins ont entraîné une multiplication des prescriptions d'opioïdes, comme l'oxycodone et l'hydromorphone [10]. Sans études rigoureuses, les risques de dépendance ont été minimisés et les bénéfices à long terme exagérés, modifiant la perception médicale des opioïdes. Ainsi, l'utilisation s'est étendue aux douleurs chroniques, la durée des prescriptions a augmenté et l'utilisation de formulations à libération prolongée a été favorisée [12]. En raison d'un manque de législation stricte et de surveillance, la surprescription a contribué au développement d'une dépendance relativement répandue [1]. Ces dynamiques ont contribué à transformer une avancée thérapeutique en une crise de santé publique significative.

L'augmentation de la prescription d'opioïdes aux États-Unis a débuté dans les années 1990, entraînant, dès 1999, une hausse marquée des décès liés aux surdoses d'opioïdes prescrits [12], [13], [14]. Ce phénomène ne relève pas uniquement de la fiction popularisée par les séries *Dopesick* et *Painkiller* : il repose sur des décisions réglementaires et industrielles ayant favorisé leur essor. Un élément clé de cette crise réside dans l'approbation, en 1995, de l'oxycodone à libération prolongée (*OxyContin*® ER) par la *Food and Drug Administration (FDA)*, qui n'a pas appliqué avec rigueur les exigences du *Food, Drug and Cosmetic Act* en matière d'étiquetage. Cette absence de restriction a permis à Purdue Pharma de promouvoir ce médicament pour des conditions courantes où les risques dépassent largement les bénéfices [12]. En parallèle, la structure privée du système de santé états-unien a favorisé la surprescription : à court terme, les opioïdes représentent une option plus accessible et moins coûteuse pour les patients que des traitements à long terme, comme la thérapie physique, qui ne sont pas toujours couverts par les assurances [13], [14]. D'abord traités pour des douleurs, des individus sont devenus dépendants en raison de l'absence de stratégies de sevrage adaptées et du renouvellement prolongé des prescriptions.

## SITUATION ACTUELLE AU QUÉBEC ET AU CANADA

Le Canada, à l'instar de son voisin du sud, est au cœur d'une crise des opioïdes [15]. En 2016, 21,7 millions d'ordonnances

d'opioïdes ont été émises, faisant du pays l'un des plus grands consommateurs au monde [16]. Entre 2016 et 2023, 38 514 décès liés à une intoxication aux opioïdes ont été recensés, soit une moyenne de 17 décès par jour [3]. La Colombie-Britannique est particulièrement touchée par cette crise. En 2022, elle affichait une mortalité de 44 décès par 100 000 habitants, soit la plus élevée au pays. À titre de comparaison, en 2023, la mortalité du cancer du poumon et des bronches au Canada était estimée à 41,8 pour 100 000 habitants [17].

Entre 2022 et 2023, le Québec a enregistré 508 décès liés aux opioïdes, représentant 6,2 décès par 100 000 habitants, soit l'équivalent de ceux liés aux accidents de la route sur son territoire [18]. Les autorités craignent que la situation ne s'aggrave en raison de la disponibilité croissante des opioïdes illicites et le manque de ressources en prévention [19].

Au Canada, la majorité des décès liés aux opioïdes sont attribuables à la contamination des drogues illicites par d'autres substances, comme le fentanyl et les benzodiazépines. Le fentanyl est un opioïde 50 à 100 fois plus puissant que la morphine. Il s'est imposé comme la drogue de rue la plus dangereuse en raison de son coût très bas et de sa grande puissance [13], [14], [20], [21]. Les benzodiazépines sont des déprimeurs du système nerveux central, généralement prescrits pour traiter l'anxiété et les troubles du sommeil. Ces substances sont ajoutées à d'autres drogues afin d'en augmenter les effets immédiats, par exemple, en les intensifiant ou en les prolongeant. L'ajout de substances est effectué à l'insu du consommateur, dans le but de créer une dépendance. Les risques de surdoses sont considérablement augmentés, car ils ne connaissent pas la composition, ni la dose, des drogues qu'ils consomment [22].

Les lignes directrices canadiennes pour l'utilisation sûre et efficace des opioïdes dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse, publiées en 2010 puis mises à jour en 2017, servent de référence pour orienter les médecins. Elles insistent sur des pratiques de prescription prudentes, l'évaluation et le suivi attentif des patients ainsi que le recours aux alternatives non opioïdes [23]. Ces recommandations encouragent l'utilisation de modalités, telles que la physiothérapie et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) avant d'envisager une thérapie opioïde. Une attention particulière est accordée à la réduction des prescriptions simultanées d'opioïdes et de benzodiazépines [24]. Il est également recommandé que les cliniciens effectuent des suivis réguliers auprès des patients sous traitement opioïde, idéalement tous les trois mois, pour aider à identifier les schémas de dépendance

émergents [25].

## IMPACTS SUR LE SYSTÈME DE SANTÉ QUÉBÉCOIS

Les opioïdes ont un impact profond sur le système de santé québécois [26]. En effet, l'usage à long terme des opioïdes complique la prise en charge des patients, en raison des risques de tolérance et de dépendance qui exigent des traitements prolongés et coûteux. Cela inclut la gestion de la douleur chronique, des thérapies de sevrage, des traitements de substitution aux opioïdes, ainsi que des suivis psychiatriques et des soins psychosociaux [1].

On observe une hausse marquée de l'utilisation des services de santé pour des complications liées à la dépendance et aux surdoses, notamment des hospitalisations fréquentes [27]. Au Québec, il a été rapporté que 7,8 % des personnes souffrant de douleur chronique non cancéreuse pratiquent le « magasinage de médecins », qui consiste à solliciter plusieurs consultations pour obtenir des ordonnances multiples. Cette pratique augmente la demande pour des soins médicaux, détourne des ressources essentielles et soulève des défis complexes liés à la gestion des risques d'abus [23]. Elle est d'ailleurs amplifiée par les délais d'attente prolongés et les difficultés d'accès aux soins spécialisés, notamment en raison de la distribution géographique inégale. Ces conditions encouragent le recours aux opioïdes comme solution temporaire.

Cette dynamique ne concerne pas uniquement les patients : les médecins, soucieux de répondre aux besoins de leurs patients en attente de traitements, se retrouvent souvent dans une position délicate, les poussant à en prescrire faute d'alternatives. La communauté médicale exprime un besoin urgent de ressources supplémentaires pour adopter des approches non opioïdes de gestion de la douleur [28]. Une autre problématique est le chevauchement entre les prescriptions d'opioïdes et de benzodiazépines, qui touche 4 % à 20 % des patients au Québec [24]. Cette combinaison est fortement associée à un risque élevé de surdose et entraîne une hausse des admissions aux urgences et des décès évitables. Elle impose ainsi un fardeau économique, par des hospitalisations prolongées, des interventions liées à la toxicomanie et une augmentation des consultations médicales [26], [29].

La pandémie de COVID-19 et le confinement ont également exacerbé le recours aux opioïdes en limitant l'accès aux

soins de gestion de la douleur et aux services de traitement de la dépendance, forçant de nombreux patients à retarder leurs soins, à se rendre aux urgences ou à se tourner vers ces médicaments en l'absence d'alternatives [30].

## INITIATIVES LOCALES

Les gouvernements, fédéral et provincial, offrent un soutien principalement financier à la lutte contre la crise des opioïdes et certaines mesures législatives sont également mises en place. Selon une étude de l'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), le financement des organismes communautaires provient à 61 % du provincial, 6 % du fédéral et 18 % de l'autofinancement [31]. Au niveau fédéral, le *Programme sur l'usage et les dépendances aux substances* représentait 144 millions de dollars en 2023 [32]. Au Québec, le financement est plutôt octroyé directement par des ministères et des fondations privées. De plus, l'ensemble des paliers gouvernementaux allouent des fonds d'urgence destinés à des enjeux spécifiques. Toutefois, pour de nombreux organismes, ce mode de financement annuel, conditionné à des objectifs précis, entraîne une instabilité dans la pérennité des services offerts d'une année à l'autre [33]. Pourtant, les organismes communautaires constituent un pilier majeur de la lutte à la crise des surdoses d'opioïdes. Ils offrent plusieurs services, dont des sites de consommation supervisée (SCS), des sites d'analyse de drogues, la distribution de matériel de consommation stérile et de naloxone.

Cette crise comporte également des impacts sur les municipalités québécoises, en particulier celles des grandes villes comme Montréal, Québec et Gatineau, qui sont contraintes d'adapter leurs budgets et leurs services. Les municipalités investissent entre autres dans des programmes communautaires, comme les logements avec encadrement pour les consommateurs de drogues et la distribution de trousse de naloxone [34]. Cette dernière est un antidote aux opioïdes, principalement distribuée sous forme de vaporisateur nasal, permettant une administration simple et accessible au grand public. Par ailleurs, les services de police doivent également s'ajuster et former leurs employés pour intervenir dans des situations comme les surdoses ou la violence liée au commerce des drogues [35], [36].

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a publié en 2022 la *Stratégie nationale de prévention relative aux surdoses de substances psychoactives*. Celle-ci présente en sept points des mesures pour contrer

cette crise, notamment en matière de consolidation et de bonification de l'accès à la naloxone, aux SCS, aux services de vérification de drogues, au traitement par agonistes opioïdes (TAO) et à l'approvisionnement plus sécuritaire.

Le traitement par agonistes opioïdes est un traitement médical destiné aux usagers d'opioïdes aux prises avec des troubles de dépendance. Celui-ci consiste en la prescription d'opioïdes souvent couplés à des antagonistes, comme la naloxone, afin de diminuer les risques d'abus. Ces médicaments sont directement remis aux patients de manière réglementée par une pharmacie selon une prescription médicale. L'apport en opioïdes de grade pharmaceutique permet de contrôler précisément les doses données et les molécules présentes, ce qui diminue le risque de surdose accidentelle. Avec un dosage adéquat, le TAO permet également d'améliorer l'humeur, de réduire les hospitalisations et de réduire les méfaits liés à l'usage de drogues. En diminuant les symptômes de sevrage, ce traitement facilite l'arrêt de la consommation d'opioïdes. Les molécules utilisées (méthadone, buprénorphine/naloxone [Suboxone<sup>MC</sup>], morphine orale à libération lente) permettent de substituer une consommation « de rue » par un traitement contrôlé par une équipe de professionnels [37]. Une méta-analyse espagnole de 2017 a conclu que cette méthode est associée à une diminution franche des risques de mortalité générale et de surdose mortelle [38]. Depuis 2018, la nécessité d'obtenir une exemption fédérale pour prescrire de la méthadone est levée. Ainsi, tout professionnel habilité par la loi peut désormais la prescrire, incluant les résidents en médecine, les médecins et les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) ayant reçu la formation adéquate. Les pharmaciens peuvent, quant à eux, amorcer, ajuster ou prolonger une ordonnance. Par ailleurs, toutes les pharmacies ont la possibilité d'offrir la supervision et le suivi concernant le TAO, mais l'offre de ce service peut varier et n'est pas obligatoire [39], [40].

En 2024, une étude de cohorte canadienne a étudié l'impact du programme provincial de *Safer opioid supply* implanté en Colombie-Britannique. Ce programme sans précédent permet aux personnes à haut risque de surdoses d'opioïde de se faire prescrire par un médecin ou un infirmier praticien un opioïde de grade pharmaceutique. À noter que, contrairement au traitement par agonistes opioïdes qui vise à traiter la dépendance et cesser la consommation, le programme d'approvisionnement sécuritaire vise plutôt à offrir une alternative pharmaceutique plus sécuritaire, sans nécessairement rechercher un arrêt de la consommation. En juin 2023, 4619 Britanno-Colombiens ont obtenu une prescription d'opioïdes dans le cadre de ce programme. Trois études ont établi une diminution des

risques de surdoses non mortelles depuis l'instauration du programme en 2021. Cependant, une augmentation de la prescription d'opioïdes de 52 % fut observée, dont 34 % étaient attribuées au programme. Le nombre d'hospitalisations liées à la consommation d'opioïdes a aussi augmenté de 63 % suivant l'implantation du programme d'approvisionnement sécuritaire. Plusieurs hypothèses furent soulevées pour expliquer ces constats, dont le trafic des comprimés pharmaceutiques obtenus dans le cadre de ce programme [41].

Les sites de consommation supervisée sont des centres offrant un espace sécuritaire pour la consommation de drogue. Les usagers sont supervisés par des intervenants formés pour tenter d'éviter les surdoses. À cela s'ajoute la distribution de matériel de consommation sécuritaire et stérile qui vise à diminuer la propagation de maladies transmissibles par le sang, comme le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou l'hépatite C [42]. En 2023, plus de 51 000 personnes ont bénéficié du service de distribution de matériel stérile offert par l'organisme CACTUS Montréal. Toujours en 2023, 941 surdoses sont survenues au SCS de CACTUS, contre 77 en 2019-2020, soit une augmentation de 1121 %. L'organisme mentionne que ce phénomène peut être expliqué par de nombreux facteurs, comme la consommation plus importante d'opioïdes de synthèse, la combinaison des substances psychoactives, ainsi que l'augmentation de la clientèle en situation de grande marginalité, notamment avec la pénurie de logements [43]. Une étude du *Harm Reduction Journal* mentionne que chaque surdose évitée à l'urgence grâce à un SCS sauve près de 1600 \$ aux contribuables [44]. L'Association pour la santé publique du Québec (AS PQ) reconnaît le caractère essentiel de ces centres et encourage vigoureusement leur implantation dans une perspective d'accès universel aux soins [18]. Entre janvier 2017 et octobre 2024 au Canada, 39 SCS ont accueilli 4,9 millions de visites, pris en charge plus de 60 000 surdoses, dont 17 713 ont nécessité l'administration de naloxone, et effectué près de 547 000 références vers des services de santé et des services d'aide sociale comme l'aide alimentaire, l'aide au logement ou la « médecine de rue ». Ces organismes communautaires rejoignent des personnes désaffiliées du système de santé et facilitent leur accès aux soins, en leur offrant un accompagnement adapté à leur réalité [32], [42]. À Gatineau, l'organisme CIPTO offre un SCS, un laboratoire d'analyse des substances et l'opportunité de devenir proche aidant, afin d'aider leurs pairs et de sensibiliser le public aux enjeux liés à la consommation [45]. Ces initiatives réduisent l'isolement, valorisent et préservent la dignité de ces individus. Elles répondent non seulement à des besoins en santé et en services sociaux,

mais favorisent également la cohésion sociale dans les communautés qu'elles desservent [46].

## IMPACT COLLECTIF

La crise des opioïdes exerce une influence significative sur les dynamiques urbaines au Québec, transformant les espaces publics et amplifiant les défis sociaux et sécuritaires. Depuis plusieurs décennies, les utilisateurs de drogues injectables (UDI) font face à une marginalisation accentuée par le phénomène « pas dans ma cour », où leur présence est jugée indésirable par une partie des résidents et des autorités locales. Cette stigmatisation, alimentée par des réglementations municipales et des pratiques policières répressives, renforce leur exclusion sociale, complexifiant leur réintégration et exacerbant les inégalités socio-économiques [47].

Par exemple, des résidents du quartier Saint-Henri à Montréal sont sortis dans les médias pour se positionner contre l'ouverture de la Maison Benoît-Labre, offrant des logements sociaux et un SCS, près d'une école primaire. Des démarches similaires furent entreprises par les résidents de la rue Berger, surnommée « l'allée du crack », lieu du SCS CACTUS Montréal [48]. En effet, la localisation de ces centres soulève des enjeux. D'abord, la crainte de la transformation d'un quartier en un lieu moins sûr. Puis, les conséquences possibles de la proximité de ces derniers avec des écoles [49]. Dans ces conditions, le premier ministre ontarien, Doug Ford, a décidé d'interdire les SCS à moins de 200 mètres des écoles et garderies en Ontario, qualifiant ces centres de « la pire chose qui puisse arriver à une communauté ». Cette mesure, ayant mené à la fermeture de 5 SCS sur 10 à Toronto, va à l'encontre des recommandations d'un rapport sur la crise des opioïdes demandé par le gouvernement Ford lui-même [50]. Bien que la réduction des méfaits soit une approche largement étudiée et efficace pour minimiser les effets néfastes de la consommation sur la santé, il n'y a que très peu d'études avec des conclusions franches se penchant sur les impacts collatéraux de ces mesures sur la communauté et ses populations vulnérables, comme les enfants [51].

Par ailleurs, la présence de déchets médicaux, comme des seringues souillées, dans les espaces publics pose des risques sanitaires et contribue à la dégradation de l'image des quartiers les plus touchés par cette crise. Cependant, l'implantation croissante de boîtes de récupération, bien qu'utile pour limiter les risques associés aux déchets, est parfois perçue comme une incitation à consommer en public [52]. En revanche, sans ces installations, et par

crainte d'arrestations, les UDI sont souvent contraints de se débarrasser de leurs seringues de manière non sécuritaire, perpétuant le cycle.

## SITUATION AUX ÉTATS-UNIS

Le Canada et les États-Unis partagent la plus longue frontière non défendue au monde [53]. Pourtant, seul un mince pourcentage des drogues saisies aux États-Unis provient du Canada [54]. Au contraire, le trafic de drogues illégales est beaucoup plus important à sa frontière avec le Mexique [55], [56]. En 2024, moins de 20 kg de fentanyl a été saisi par les États-Unis à la frontière avec le Canada, comparativement à plus de 9000 kg à la frontière avec le Mexique [54], [57]. Entre janvier et octobre 2024, le Canada a saisi 4,9 kg de fentanyl à la frontière avec les États-Unis, une augmentation de 775 % par rapport à la même période en 2023 [54], [57], [58].

En avril 2017, le *U.S. Department of Health and Human Services* a lancé une stratégie fondée sur cinq grands axes afin de répondre à la crise des opioïdes. Le premier axe vise à renforcer la collecte de données en santé publique pour mieux comprendre la distribution des surdoses et des troubles liés à l'usage de substance. L'objectif est de déployer des interventions qui répondent et ciblent adéquatement les problèmes de dépendance. Le deuxième axe vise à développer des pratiques de prise en charge de la douleur pour réduire la prescription inappropriée d'opioïdes. Le troisième axe vise à renforcer l'accès à la prévention, aux traitements et aux services de soutien au rétablissement, au moyen de campagnes de sensibilisation et de déstigmatisation, du déploiement accru de cliniques de méthadone, de l'amélioration de l'offre de soins dans les régions à forte prévalence de surdoses, du développement de programmes de soutien par les pairs et de l'élargissement des ressources en santé mentale. Le quatrième axe concerne la distribution de naloxone. Le cinquième axe promeut la recherche et le développement de la littérature scientifique sur la réduction des risques et la prévention de maladies infectieuses liées à l'usage de substance [59].

# NICOTINE

Le Québec affiche l'un des taux de tabagisme les plus élevés au Canada. En 2017-2018, la prévalence du tabagisme chez les personnes de 15 ans et plus s'élevait à 18 % au Québec, comparativement à 16 % dans le reste du pays. L'un des facteurs expliquant cet écart est le taux plus élevé d'initiation au tabagisme chez les jeunes âgés de 12 à 17 ans, qui atteignait 5 % au Québec contre 3 % à l'échelle nationale pour la même période [60]. Par ailleurs, la majorité des fumeurs québécois se trouvent dans la tranche d'âge de 35 à 64 ans.

Le tabagisme demeure un facteur de risque majeur pour plusieurs maladies chroniques, notamment les cancers, les maladies cardiovasculaires et les affections pulmonaires, entraînant une morbidité et une mortalité accrues [61]. Au-delà de ses effets délétères sur la santé, il impose un fardeau économique considérable à la société québécoise, avec des coûts annuels estimés à 3,8 milliards de dollars [62]. Parmi ces dépenses, 1,2 milliard de dollars sont attribués aux soins de santé, incluant les hospitalisations et les traitements médicaux, tandis que 2,6 milliards de dollars résultent de pertes économiques indirectes attribuables à la mortalité prématurée et aux incapacités liées à la morbidité du tabac [63].

Conçues à l'origine comme un outil de sevrage tabagique, les vapoteuses ont rapidement gagné en popularité et sont aujourd'hui devenues une porte d'entrée vers la dépendance à la nicotine, particulièrement chez les jeunes. Au Québec, plus d'une personne sur cinq âgée de 18 à 24 ans utilise des produits de vapotage, et un tiers d'entre elles se considèrent dépendantes à ceux-ci [64]. L'attrait pour ces produits a été largement favorisé par la disponibilité initiale d'environ 7 000 saveurs, ciblant une clientèle plus jeune. Bien que souvent perçue comme une alternative plus sécuritaire à la cigarette traditionnelle, la vapoteuse présente néanmoins des risques pour la santé. Ces dernières années, leur usage a été associé à des cas d'insuffisance pulmonaire sévère et, dans certaines situations, à des décès [65]. Ses effets à long terme demeurent inconnus et nécessitent davantage de recherches. Pour freiner la popularité du vapotage, en particulier chez les jeunes, le gouvernement du Québec a adopté en 2023 une loi visant à limiter le nombre de

saveurs sur le marché. Toutefois, cette mesure n'a pas produit les résultats escomptés, les taux de vapotage restant élevés [66].

Suivant une trajectoire similaire à celle des vapoteuses, les sachets de nicotine ont été introduits sur le marché en 2016 comme outils de cessation tabagique. Leur adoption croissante chez les jeunes suscite des préoccupations, car ils contribuent à l'émergence d'une nouvelle forme de dépendance à la nicotine [67], [68]. Placés entre les lèvres et les gencives, ils libèrent progressivement de la nicotine, qui est directement absorbée par la muqueuse buccale. Toutefois, leur utilisation comporte des risques, notamment pour la santé bucco-dentaire. Ils peuvent provoquer des lésions de la muqueuse, des caries, des maladies gingivales et même une perte osseuse au niveau de la mâchoire [68], [69]. En raison de leur introduction récente sur le marché, leurs effets à long terme restent encore largement méconnus. Afin d'encadrer l'usage et de limiter les effets néfastes, les gouvernements fédéral et provincial ont adopté des mesures pour en limiter l'accès. Depuis août 2024, les sachets de nicotine ne sont vendus qu'en pharmacie au Québec et requièrent une prescription médicale pour être utilisés comme outil de cessation tabagique [70].

## INITIATIVES QUÉBÉCOISES

Au cours des trois dernières décennies, le gouvernement du Québec a mis en place de nombreuses mesures pour lutter contre la dépendance à la nicotine. Le premier plan d'action contre le tabagisme fut lancé en 1995, suivi de l'adoption de la *Loi sur le tabac* en 1998 [71]. En 2001, des taxes supplémentaires furent imposées sur les produits du tabac afin d'en réduire l'accessibilité et d'en décourager la consommation. En 2010, un plan global de prévention du tabagisme chez les jeunes fut instauré, et depuis 2017, tous les établissements de santé et d'enseignement postsecondaire doivent maintenir des environnements sans fumée [71], [72].

Plusieurs ressources jouent un rôle clé dans cette lutte. Parmi elles, *De Facto* est l'une des campagnes antitabac les plus influentes au Québec. Axée sur la sensibilisation

et la prévention auprès des jeunes, elle utilise divers médias interactifs — affiches, émissions de radio, vidéos — pour transmettre son message. Son partenariat avec le *Réseau du sport étudiant du Québec (RSEQ)* renforce cette mission en sensibilisant les étudiants-athlètes aux méfaits du tabac et de la nicotine [73]. L'application mobile *Libair* aide les utilisateurs à arrêter de vapoter en leur proposant un accompagnement personnalisé et des stratégies adaptées à leur rythme [74]. Enfin, des plateformes web comme *Québec sans tabac* et *Commence pas à fumer* offrent des informations éducatives et des outils de soutien pour ceux qui souhaitent cesser leur consommation [75], [76].

## INITIATIVES INTERNATIONALES

À l'échelle mondiale, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) mène une lutte active contre le tabagisme depuis 2003, année du lancement de la *Convention-cadre pour la lutte antitabac*, le premier traité international visant à encadrer la réglementation du tabac [77]. La mise en œuvre de politiques antitabac à l'échelle mondiale a permis de réduire de moitié la prévalence mondiale du tabagisme depuis les années 1970, où elle dépassait les 40 % [78].

À travers le monde, plusieurs gouvernements adoptent des politiques antitabac strictes afin de lutter contre cette dépendance. Par exemple, le taux de tabagisme en Italie atteint 19,3 %, ce qui témoigne d'une culture du tabagisme profondément enracinée [79]. Face à cette réalité, Milan a instauré, le 1er janvier 2025, une interdiction de l'usage du tabac dans les rues, les parcs et les espaces de restauration en plein air, sauf si une distance minimale de 10 mètres entre les individus peut être respectée. Cette initiative vise à protéger les non-fumeurs de l'exposition au tabagisme passif et à limiter la pollution de l'air urbain [80], [81].

## L'OPPOSITION AUX MESURES

L'industrie du tabac représente le principal opposant aux mesures antitabac [82]. Pour contrer ces initiatives, l'industrie intente des poursuites judiciaires contre les nouvelles réglementations, finance des études minimisant les effets nocifs du tabagisme et promeut des alternatives nicotiques afin de maintenir la demande et de préserver son marché [83], [84].

Par ailleurs, certaines personnes perçoivent ces mesures comme une atteinte à leurs libertés individuelles. Pour plusieurs, le tabac constitue un outil de gestion du stress

ou un élément culturel profondément ancré [85]. Cela s'inscrit dans un débat sur les limites de l'intervention de l'État dans les comportements individuels au nom de la santé publique [86], [87]. Les opposants aux restrictions sévères soutiennent que les adultes devraient conserver l'autonomie de faire leurs propres choix, même s'ils comportent des risques pour leur santé [86].

# ALCOOL

La consommation d'alcool au Québec se distingue par une acceptabilité sociale particulièrement élevée, influencée par des normes culturelles et une forte présence dans les médias : verre de vin à l'émission *Tout le monde en parle*, festivals commandités par la Société des alcools du Québec (SAQ), etc. Cette normalisation se traduit par des taux de consommation supérieurs à la moyenne nationale. En 2023, 81 % des Québécois âgés de 15 ans et plus avaient consommé de l'alcool au moins une fois au cours de l'année, comparativement à 77 % pour l'ensemble du Canada. Cette tendance, stable depuis le début des années 2000, s'accompagne également d'une fréquence plus élevée de consommation intensive. Toujours en 2023, 18 % des Québécois ont déclaré avoir consommé sept verres standards ou plus au cours des sept jours précédents, contre 15 % à l'échelle nationale [88].

Toutefois, un changement d'habitude s'observe chez les nouvelles générations, qui tendent à consommer moins d'alcool que leurs prédécesseurs. En effet, la génération Z, regroupant les personnes nées entre 1997 et 2012, semble associer plus fréquemment l'alcool à des comportements négatifs, tels que la perte de contrôle. De plus, elles craignent que leur consommation nuise à leur réputation numérique. Dans ces circonstances, et avec un coût élevé des boissons alcoolisées, une nouvelle tendance a connu un essor fulgurant : les mocktails, soit des alternatives sans alcool généralement moins chères que les cocktails [89]. Au cours des deux dernières années, selon les rapports de ventes du *Liquor Control Board of Ontario*, les ventes de boissons sans alcool ont bondi d'environ 200 % [90]. S'inscrivant dans cette mouvance, plusieurs villes québécoises, dont Sherbrooke, Longueuil, Gatineau et Laval, ont mis en place l'initiative CoDeBars, qui offre gratuitement des boissons sans alcool aux conducteurs désignés fréquentant les bars de leur municipalité [91].

## IMPACTS SUR LA SANTÉ

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée au Canada. Sa consommation est souvent perçue comme normale, voire bénéfique lorsqu'elle est modérée. Toutefois, l'alcool comporte des risques pour la santé et peut même mener à un trouble d'usage de l'alcool (TUA). La banalisation

de cette substance et la stigmatisation entourant sa consommation excessive repoussent l'identification de la dépendance à l'alcool. Ce délai retarde la prise en charge et complexifie la gestion des comorbidités associées à l'alcool [88], [92]. Son usage constitue un facteur de risque majeur pour les maladies gastro-intestinales et hépatiques, notamment la cirrhose, ainsi que pour certains cancers et maladies cardiovasculaires, dont les accidents vasculaires cérébraux (AVC) [93]. Chez les jeunes de moins de 18 ans, la consommation d'alcool est corrélée à une augmentation des comportements violents, à un risque accru de blessures et à des effets délétères sur le développement neurologique [94].

Sur le plan psychiatrique, les troubles liés à l'alcool coexistent fréquemment avec des pathologies, telles que l'anxiété, le trouble de stress post-traumatique (TSPT), la dépression majeure et les troubles du sommeil [95]. La relation avec l'anxiété est particulièrement préoccupante, car elle forme un cercle vicieux où une personne souffrant d'anxiété peut utiliser l'alcool pour ses effets anxiolytiques temporaires. Or, cette forme d'automédication augmente le risque de développer un TUA et d'aggraver la santé mentale à long terme [96].

## IMPACTS SUR LA SOCIÉTÉ

L'alcoolisme représente un enjeu sociétal dont les répercussions peuvent s'étendre sur plusieurs générations. Les enfants de parents souffrant de TUA présentent un risque accru d'en développer un eux-mêmes à l'âge adulte [97]. Par ailleurs, une consommation excessive constitue un facteur de précarité, augmentant de 11 % le risque d'itinérance en raison de pertes d'emploi, d'expulsions de logement et d'un isolement social accru [98].

Les répercussions sur le système de santé sont considérables. En 2024, les urgences québécoises ont recensé en moyenne 54 visites quotidiennes liées à des maladies attribuables à l'alcool, totalisant 19 185 hospitalisations sur l'année [99]. À l'échelle nationale, le poids économique de l'alcool est colossal. En 2020, les coûts totaux au Canada s'élevaient à 19,67 milliards de dollars, incluant les pertes de productivité, les dépenses

du système carcéral et les programmes sociaux. De cette somme, 6,27 milliards de dollars étaient directement liés aux soins de santé. Au Québec, toujours en 2020, les coûts atteignaient 3,24 milliards de dollars, dont 896,72 millions étaient attribués aux dépenses médicales [100]. En 2024, la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) a déboursé plus de 40 millions de dollars en indemnités pour des accidents causés par la conduite avec facultés affaiblies [101].

## NOUVELLES RECOMMANDATIONS INCOHÉRENTES

Les nouvelles recommandations du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS), publiées en 2023, établissent qu'aucune quantité d'alcool n'est exempte de risques pour la santé. Toute consommation est ainsi classée selon un niveau de risque : 1 à 2 verres standards par semaine représentent un risque faible, 3 à 6 verres un risque modéré, et 7 verres ou plus un risque élevé. Contrairement aux recommandations antérieures, ces seuils sont désormais uniformes pour les hommes et les femmes, réaffirmant que toute consommation, même minime, peut avoir des effets délétères sur la santé [102]. Ces nouvelles lignes directrices ont toutefois suscité des critiques au sein de la communauté scientifique et des instances gouvernementales, notamment en raison de questionnements sur la méthodologie et les biais de ces nouvelles suggestions. Au-delà du débat scientifique, l'un des enjeux majeurs réside dans le manque d'uniformité dans la communication des recommandations. Un an après leur publication, le site de Santé Canada affiche encore les directives qui fixent la limite à 10 verres par semaine pour les femmes et 15 pour les hommes. Cette incohérence sème la confusion dans la population et nuit à l'adhésion aux recommandations [103]. De plus, ces seuils révisés sont en décalage avec les habitudes de consommation des Canadiens, et particulièrement des Québécois. Selon ces critères, près d'un adulte québécois sur cinq présenterait désormais une consommation jugée à risque élevé, alors qu'il pouvait se situer sous les seuils précédents. Malgré des recommandations pouvant être perçues comme décourageantes ou défaitistes, il est primordial d'adopter une approche de communication claire, avec des recommandations uniformes d'une plateforme ou instance à l'autre, mettant en avant les bénéfices d'une réduction, même partielle, de la consommation d'alcool [104].

## INITIATIVES LOCALES

Les organismes communautaires jouent un rôle clé dans la réduction de la consommation d'alcool. Fondée en 1984, Opération Nez rouge offre un service de raccompagnement gratuit, durant le mois de décembre, permettant aux conducteurs ne se sentant pas en état de conduire de rentrer chez eux avec leur propre véhicule. En décembre 2024, l'organisme avait assuré 20 000 raccompagnements au Québec et plus de 27 000 à travers le Canada [105]. *Mothers Against Drunk Driving (MADD) Canada* est une autre organisation engagée dans la lutte contre la conduite en état d'ébriété et le soutien aux victimes. Sa division canadienne distribue chaque année des centaines de milliers de documents éducatifs aux étudiants et enseignants, facilitant la sensibilisation en milieu scolaire. *MADD Canada* milite également pour un renforcement des politiques de sécurité routière en lien avec l'alcool, tant au niveau fédéral que provincial [106].

Toutefois, ces mesures ne font pas l'unanimité. Certains acteurs, qu'ils soient issus de l'industrie, du grand public ou du gouvernement, s'opposent à des restrictions accrues, invoquant des raisons économiques, culturelles ou de liberté individuelle. La question de la limite légale d'alcoolémie est un exemple marquant, divisant les experts en sécurité routière et les citoyens sur la nécessité de resserrer la réglementation. Contrairement aux autres provinces canadiennes, où la limite est fixée à 0,05 (50 mg d'alcool par 100 ml de sang), le Québec maintient un seuil plus élevé à 0,08. En 2023, l'Association pour la santé publique du Québec a plaidé pour un alignement avec le reste du pays [107]. *MADD Canada* soutient également cette mesure, soulignant que les capacités de conduite sont altérées dès ce seuil. Plusieurs études ont montré que d'abaisser la limite de 0,08 à 0,05 diminue d'au moins 5-8 % et jusqu'à 18 % les accidents de voiture reliés à l'alcool entraînant la mort ou des blessures [108]. Par exemple, en Colombie-Britannique, la baisse à 0,05 a été associée à une diminution de 40 % des accidents fatals, 23 % des blessures de collision et 20 % des dommages aux propriétés [109]. Au Québec, un débat similaire a eu lieu, où divers groupes communautaires et certains acteurs politiques ont plaidé pour un abaissement de ce seuil. Toutefois, aucune modification n'a été apportée à la réglementation en vigueur [107].

## INITIATIVES INTERNATIONALES

À travers le monde, plusieurs pays ont mis en place des mesures pour limiter la consommation d'alcool et en

réduire les impacts sur la santé publique.

Le Royaume-Uni faisait face à un taux élevé de décès attribuables à la consommation d'alcool, une problématique particulièrement marquée en Écosse. Afin d'y remédier, le gouvernement écossais a instauré, en 2018, un prix unitaire minimum pour l'alcool. Par exemple, avant cette réforme, une bouteille de cidre de 2 litres à 7,5 % était vendue à 1,99 £, tandis qu'elle ne peut désormais être vendue en dessous de 9,75 £. Une étude menée en 2023 indique que cette politique a contribué à une réduction de 13 % des décès liés à l'alcool, de 15 % des maladies chroniques associées, dont une diminution de 12 % des maladies du foie et de 23 % des troubles d'usage de l'alcool, ainsi que de 4 % des hospitalisations liées à l'alcool [110], [111].

Les pays scandinaves, autrefois confrontés à des taux de consommation d'alcool particulièrement élevés, ont mis en place diverses mesures pour en réduire l'usage à partir du milieu du XXe siècle. Ces pays ont instauré un monopole d'État sur la vente et la distribution d'alcool, permettant ainsi un contrôle strict des prix, des quantités disponibles et des points de vente. Les recherches indiquent que la limitation de l'accessibilité physique à l'alcool constitue l'une des stratégies les plus efficaces pour en réduire la consommation. Un autre levier clé est la taxation de l'alcool, qui limite la consommation excessive, notamment chez les adolescents, mais constitue également une source de revenus pour l'État, pouvant être réinvestie dans le système de santé. Des données suggèrent par ailleurs que la taxation joue un rôle dans le retardement de l'âge moyen d'initiation à la consommation. De plus, depuis 1975, la Norvège interdit toute publicité sur l'alcool, une mesure qui a permis de réduire les ventes et l'attrait de ces produits, en particulier chez les jeunes. Aujourd'hui, les niveaux de consommation d'alcool au Danemark, en Finlande, en Islande, en Norvège et en Suède sont parmi les plus bas de l'Union européenne [112].

Bien que des mesures telles que le prix unitaire minimal et le monopole sur la vente d'alcool soient en place au Canada et au Québec, la réglementation demeure moins stricte que dans d'autres pays. L'accessibilité physique, notamment par la vente d'alcool dans les épiceries, ainsi que la publicité toujours permise contribuent à maintenir une forte prévalence de la consommation d'alcool au pays [113], [114], [115], [116].

# CANNABIS

En 2018, le Canada a légalisé et régulé de manière stricte la production, la distribution, la vente, l'import, l'export et la possession du cannabis. La *Loi sur le cannabis* restreint l'accès aux personnes de moins de 18 ans, mais, en 2020, l'âge légal pour l'achat et la possession de cannabis au Québec est passé de 18 à 21 ans. Cette mesure, unique au Canada, visait à retarder l'initiation des jeunes à la consommation de cannabis pour limiter les risques associés à une exposition précoce [117], [118], [119]. Cette loi s'accompagnait également de restrictions sur la vente de produits comestibles, notamment ceux susceptibles d'attirer les consommateurs plus jeunes, comme les bonbons ou les chocolats infusés au cannabis [120]. L'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) avait préalablement tiré la sonnette d'alarme, estimant que la légalisation à 18 ans exposait les jeunes à des risques accrus en matière de santé mentale. En effet, le cannabis peut perturber le développement cérébral, en particulier dans des régions comme le cortex préfrontal, qui continue de mûrir jusqu'à environ 25 ans. Cette période critique de maturation est essentielle pour des fonctions comme la prise de décision, le contrôle des impulsions et la régulation des émotions [121].

Depuis la légalisation du cannabis, une augmentation de la consommation a été observée dans toutes les provinces [122]. Selon l'Enquête québécoise sur le cannabis de 2023, la proportion de Québécois âgés de 15 à 29 ans ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois est passée de 24,3 % en 2018 à 26,9 % en 2021, avant de diminuer, pour la première fois depuis la légalisation, à 23,0 % en 2023 [123]. À l'échelle nationale, environ 18 % de la population canadienne avait consommé du cannabis en 2023, contre 12 % en 2015 [124], [125].

La légalisation visait principalement à réduire le marché noir et à encadrer la consommation afin de protéger les consommateurs des risques liés aux produits non réglementés [126]. En effet, les substances vendues sur le marché illicite peuvent contenir des contaminants dangereux, tels que des pesticides, des métaux lourds et des microbes. De plus, l'étiquetage trompeur des taux de tétrahydrocannabinol (THC) ou de cannabidiol (CBD)

peut entraîner des surdoses ou des effets indésirables [127], [128]. Bien que cette réforme ait permis d'établir un accès légal et sécurisé, notamment via la Société québécoise du cannabis (SQDC), le marché illicite demeure significatif. En 2024, il représentait encore environ 40 à 50 % des ventes totales de cannabis au Québec [129], [130]. La persistance du marché noir s'explique par plusieurs facteurs, dont le principal est le prix [124]. Les produits issus des circuits illicites sont généralement plus abordables que ceux du marché légal, ce qui les rend plus attrayants pour certains consommateurs. Par ailleurs, l'offre du marché noir se distingue par une plus grande diversité, incluant des produits non disponibles dans le réseau légal, tels que certains comestibles [131].

## IMPACTS SUR LA SANTÉ

Sur le plan neurologique, une consommation fréquente de cannabis peut altérer les fonctions cognitives. Le THC, principal composé psychoactif du cannabis, interfère avec l'hippocampe, une structure cérébrale essentielle à la mémoire. Cette perturbation peut nuire à la rétention et au rappel des informations, particulièrement chez les jeunes dont le cerveau est encore en développement [132]. L'attention et la concentration peuvent également être affectées, compliquant l'exécution de tâches complexes ou prolongées. Chez les jeunes, une consommation fréquente est associée à une hausse de l'absentéisme, à des difficultés scolaires, ainsi qu'à une baisse de la capacité d'apprentissage et de l'engagement en classe [133].

Les effets sur la santé mentale sont aussi préoccupants. Un usage courant est associé à un risque accru de troubles de l'humeur, comme l'anxiété ou la dépression [134]. Chez les personnes prédisposées ou ayant des antécédents familiaux de schizophrénie, le cannabis peut déclencher des symptômes psychotiques, tels que des hallucinations ou des délires. Certains consommateurs chroniques développent aussi un syndrome amotivationnel, caractérisé par une perte d'intérêt généralisée et une baisse de motivation, pouvant impacter leur vie personnelle et professionnelle [135].

Bien que le cannabis soit souvent perçu comme moins nocif que le tabac, le fait de le fumer peut provoquer une irritation des voies respiratoires, une toux chronique et des bronchites. Si la vaporisation ou les produits comestibles atténuent ces effets, leur innocuité à long terme reste incertaine [136], [137]. Par ailleurs, environ un consommateur sur onze développe une dépendance, un chiffre qui augmente à un sur six chez ceux ayant commencé à l'adolescence. De plus, un usager sur trois développera une consommation qualifiée de problématique [138]. Le syndrome de sevrage, bien que généralement modéré, complique souvent l'arrêt et peut inclure des symptômes tels que l'irritabilité, l'anxiété, l'insomnie et une diminution de l'appétit [139].

## IMPACTS COLLECTIFS

Selon les données de la SAAQ, les accidents de la route liés à l'usage du cannabis ont connu une hausse significative de 15 % depuis 2018 [140], [141]. Le cannabis a des effets notables sur la conduite, notamment en réduisant la concentration, la vigilance, la coordination et le temps de réaction des conducteurs, en plus d'affecter le jugement [142], [143]. Le Code criminel établit la limite légale à deux nanogrammes de THC par millilitre de sang [144]. Cependant, il n'existe pas encore de test rapide et fiable, comme l'alcootest, pour mesurer précisément le taux de THC dans le sang d'un conducteur. Les policiers peuvent recourir à des tests de détection, comme des échantillons de salive, mais ces tests ne mesurent pas directement le taux de THC sanguin et leur précision reste limitée. Quand la situation le demande, les autorités peuvent demander de procéder à un prélèvement sanguin pour confirmer la présence de la substance [142], [143].

D'une part, la consommation de cannabis au Québec exerce un fardeau économique et organisationnel. En 2023, le coût total, incluant les dépenses directes et indirectes, a été estimé à 1,2 milliard de dollars au niveau provincial. Ces coûts englobent notamment les soins de santé liés aux complications médicales et psychologiques, la perte de productivité due à l'absentéisme et aux déficits de performance au travail, ainsi que les frais associés aux interventions judiciaires et policières [145]. Toutefois, la légalisation a permis de réduire considérablement les arrestations liées à la possession simple, contribuant ainsi à désengorger le système judiciaire et à rediriger les ressources policières vers d'autres priorités [146].

D'autre part, les revenus fiscaux issus de l'industrie légale du cannabis sont considérables, avec des projections atteignant 8,63 milliards de dollars pour 2025 [147]. De plus, les profits de la SQDC sont dirigés vers le Fonds de lutte contre les dépendances, géré par le ministère des Finances du Québec, qui finance l'éducation, la prévention et la recherche en lien avec le cannabis [148].

# AUTRES DROGUES

En dehors de celles susmentionnées, plusieurs substances consommées demeurent méconnues, ce qui peut s'expliquer par un manque de recherches ou d'études. Il n'en demeure pas moins que l'impact de leur consommation est croissant sur la santé des populations. Entre janvier et juin 2024, 65 % des décès accidentels attribués à une intoxication aux opioïdes impliquaient également un stimulant [149].

Les données canadiennes sur les tendances géographiques de la consommation des différentes drogues sont limitées [150]. Certaines recherches mesurent une consommation plus élevée de substances illicites en milieu urbain, suggérant que la densité de population favorise l'accessibilité aux drogues ainsi qu'aux lieux sociaux où elles sont consommées, comme les bars, les clubs et les festivals [8], [150], [151], [152]. Par ailleurs, les milieux urbains offrent généralement un meilleur accès aux services de traitement et de réhabilitation. En effet, à ce jour, le Québec compte cinq sites de consommation supervisée autorisés par Santé Canada. Quatre se situent à Montréal, soit : CACTUS Montréal, Dopamine, L'Anonyme U.I.M. et Spectre de rue. Un centre, La Baraque, se situe à Chicoutimi. Il est à noter que sept autres sites sont en cours d'examen pour approbation [153]. À l'inverse, d'autres études suggèrent que la consommation de drogues est plus élevée en milieu rural, en raison de facteurs tels que l'isolement social, l'ennui, le stress économique, un niveau d'éducation plus faible et un accès limité aux soins de santé [154], [155]. Ces constats soulignent la nécessité de recueillir davantage de données aux niveaux national et provincial afin d'obtenir un portrait précis de la situation et d'orienter les interventions de manière efficace.

Les différentes drogues peuvent être séparées en trois grandes catégories.

## 1. Les stimulants

Ils augmentent l'activité du système nerveux central et entraînent une hausse temporaire de la vigilance, de l'énergie et de la concentration. On y retrouve la méthamphétamine, la cocaïne, la MDMA (3,4-méthylène-dioxy-méthamphétamine) et certains médicaments, notamment prescrits pour le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), comme l'amphétamine

(Adderall<sup>MC</sup>) et le méthylphénidate (Concerta<sup>MC</sup>).

## 2. Les hypnotiques et sédatifs

Ils ont des effets calmants et soporifiques. Les anxiolytiques de la famille des benzodiazépines, comme l'alprazolam (Xanax<sup>MC</sup>) et le lorazépam (Ativan<sup>MC</sup>), sont couramment prescrits pour l'anxiété [156].

## 3. Les hallucinogènes

Ils modifient la perception, l'humeur et divers processus cognitifs. On distingue les psychédéliques (p.ex. psilocybine), les dissociatifs (p. ex. kétamine) et les délirants (p. ex. LSD). Leur usage non-médical est souvent associé à des expériences spirituelles ou introspectives, ainsi qu'à des contextes festifs [151].

Selon le CCDUS, l'impact économique de la consommation de substances peut être divisé en quatre grandes catégories :

**Coûts de santé** : Ils incluent les hospitalisations, les visites aux urgences, les programmes de traitement, etc.

**Coûts liés à la perte de productivité** : Ils englobent l'absentéisme, les décès prématurés et l'invalidité.

**Coûts judiciaires** : Ils comprennent les procédures judiciaires et les services correctionnels.

**Coûts directs** : Ils sont liés à la recherche, à l'aide sociale et aux dommages matériels [100].

Par exemple, en 2017, le coût total attribuable aux stimulants seulement au Québec s'élevait à plus de 1 milliard de dollars, dont 37,7 millions pour les coûts de santé, 398,7 millions pour les pertes de productivité et 572,6 millions pour les coûts judiciaires [157].

En 2020-2021, environ 19 % des Québécois de 15 ans et plus avaient consommé une drogue au cours des 12 derniers mois, une baisse par rapport aux 23 % rapportés en 2014-2015. L'usage était plus élevé chez les hommes que chez les femmes pour toutes les catégories de substances [158]. Également, le Québec présente la prévalence

d'usage de stimulants la plus élevée au Canada (5 %), notamment en raison d'un accroissement constant de la prescription de médicaments pour le TDAH, l'utilisation étant passée de 1,9 % à 7,7 % entre 2000 et 2020 [159], [160]. Des disparités géographiques sont également observées au sein même du Québec. En 2019-2020, la prévalence annuelle de prescription de médicament pour le TDAH parmi les Québécois âgés de 1 à 24 ans était plus élevée dans des régions comme le Saguenay-Lac-Saint-Jean (14,4 %), la Gaspésie (14,2 %) et le Bas-Saint-Laurent (12,8 %), comparativement à Montréal (3,2 %) et Laval (4,2 %). Ces écarts pourraient être liés à des différences dans la prévalence du TDAH, les approches de traitement, l'accès aux services de santé et aux traitements non pharmacologiques. Des facteurs culturels, tels que la stigmatisation et les attitudes familiales envers le traitement du TDAH, peuvent également influencer la prescription de médicaments [160]. Par ailleurs, certains étudiants en font un usage détourné, espérant améliorer leur performance académique, bien que les données scientifiques ne soutiennent pas cet effet [161].

D'autre part, la consommation de sédatif représente un enjeu majeur chez les personnes âgées alors qu'un tiers des Québécois de 65 ans et plus les utilise de façon chronique et inappropriée [156]. Une prescription inadéquate de benzodiazépines est associée à une augmentation du risque d'hospitalisation, ainsi qu'à des coûts additionnels pour le système de santé, évalués à 3 076 \$ par patient par an [162], [163].

## IMPACTS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS

Les troubles liés à l'usage de substances (TUS) ont des répercussions significatives sur la santé mentale et physique. Les personnes atteintes de troubles de santé mentale sont plus à risque de développer une dépendance, tandis que la consommation de certaines substances peut exacerber ou déclencher des troubles psychiatriques [8]. Par exemple, les stimulants sont susceptibles d'induire de l'anxiété, de la paranoïa et des épisodes psychotiques, tandis que les sédatifs peuvent aggraver les symptômes dépressifs et altérer les fonctions cognitives [164], [156].

Sur le plan physique, les TUS sont associés à des complications chroniques et des conditions potentiellement mortelles. En guise d'exemple, les stimulants, comme les méthamphétamines et la cocaïne, sont associés à des risques cardiovasculaires graves, incluant des arythmies, des crises cardiaques et des

accidents vasculaires cérébraux [164].

Par ailleurs, les répercussions touchent divers aspects de la société. En contexte festif, notamment lors des « raves », la consommation de drogues est souvent associée à des comportements à risque, comme des relations sexuelles non protégées, augmentant ainsi l'exposition aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) [151]. Sur le plan social, les personnes consommatrices sont plus susceptibles d'être confrontées à des démêlés judiciaires — incluant des arrestations et des incarcérations — ainsi qu'à des répercussions sur leur parcours de vie, telles que le décrochage scolaire ou les grossesses précoces [152].

À Montréal, les plaintes en matière de sécurité dans le réseau de transport en commun ont augmenté de 61 % en 2023-2024 par rapport à l'année précédant la pandémie, plusieurs étant liées à l'alcool et aux drogues [165]. Cette hausse témoigne des défis posés par l'usage de substances sur la cohabitation et la sécurité dans les espaces collectifs.

## DÉCRIMINALISATION DE LA POSSESSION SIMPLE

Depuis quelques années, Ottawa se questionne sur la pertinence d'adopter une nouvelle approche quant aux drogues dites « de rue ». Prenons l'exemple du Portugal. Dans les années 1990, le pays faisait face à une crise majeure : 1 % de la population était dépendante à l'héroïne [166]. En réponse, le gouvernement portugais a adopté en 2001 une réforme qui décriminalisait la possession simple de toutes les drogues illicites, abordant ainsi la toxicomanie comme un enjeu de santé publique plutôt que criminel [167], [168]. Plus d'une décennie plus tard, les résultats sont notables : les surdoses mortelles et les infections au VIH ont diminué, tout comme le nombre de consommateurs de drogues illicites. Celui-ci est passé de plus de 100 000 dans les années 1990 à environ 15 000 en 2015, dont la majorité était engagée dans un programme de prévention ou de traitement [169]. La décriminalisation a notamment réduit la stigmatisation, permettant aux consommateurs d'être mieux informés sur les ressources disponibles et moins hésitant à solliciter de l'aide [168]. Cette nouvelle approche législative a transformé le paysage portugais.

D'ailleurs, les élus de la ville de Montréal ont adopté en 2021 une motion demandant au gouvernement canadien la décriminalisation de la possession simple de drogues illicites [170]. Alors que la légalisation retire la possession d'une substance du Code criminel—comme c'est le cas pour l'alcool, le tabac et le cannabis—la décriminalisation signifie que la possession simple demeure illégale, mais les

sanctions appliquées sont non criminelles [171].

Cependant, la décriminalisation n'est pas exempte de défis. Par exemple, en janvier 2023, le gouvernement de Justin Trudeau autorisa un projet pilote d'une durée de trois ans en Colombie-Britannique. Il octroya une exemption de certaines lois canadiennes pour décriminaliser la possession dans les lieux publics de 2,5 g d'opioïdes, de cocaïne, de MDMA et bien d'autres [172]. En avril 2024, le gouvernement provincial dû faire marche arrière en recriminalisant leur possession dans les lieux publics. La possession simple dans les résidences privées et les autres lieux demeure décriminalisée. Cette décision, prise en réponse aux préoccupations des forces de l'ordre et des travailleurs de la santé, ne marque pas un rejet total du projet, mais plutôt une période d'ajustement [173]. L'expérience internationale et nationale tend à affirmer qu'une décriminalisation efficace repose sur un cadre social et sanitaire solide. De plus, une conséquence souvent négligée de la décriminalisation est la perte de données recueillies lors des arrestations, qui contribuent aux enquêtes sur les réseaux de trafiquants. Le gouvernement portugais lui-même rappelle que « la décriminalisation n'est pas une solution miracle aux problèmes liés à la drogue » [168].

## USAGE MÉDICAL

L'utilisation de certaines drogues à des fins médicales suscite un intérêt croissant, notamment dans le domaine de la santé mentale. En 2022, le Canada a modifié son *Règlement sur les aliments et les drogues* afin de permettre aux médecins de demander un accès d'urgence à la psilocybine et à la MDMA [144], [174]. Cette évolution réglementaire ouvre la voie à des discussions sur la légalisation d'autres substances à des fins thérapeutiques.

Parmi les composés actuellement étudiés, la psilocybine, principal agent hallucinogène des champignons magiques, suscite un intérêt particulier. Bien qu'aucun produit thérapeutique n'ait encore été approuvé par Santé Canada, son utilisation est autorisée dans le cadre d'essais cliniques, du *Programme d'accès spécial* — qui permet aux médecins d'obtenir une autorisation exceptionnelle pour leurs patients — et d'exemptions individuelles [175]. La psilocybine est employée dans le traitement de la dépression réfractaire, lorsque les options pharmacologiques et psychothérapeutiques conventionnelles se révèlent inefficaces [176]. Néanmoins, sa production, sa vente et sa possession demeurent interdites au Canada [175]. Une autre substance d'intérêt est la MDMA, communément appelée

ecstasy. Ce psychostimulant fait l'objet de recherches pour son potentiel thérapeutique dans le traitement du trouble de stress post-traumatique, de l'anxiété et des troubles des conduites alimentaires [177].

En 2023, l'Australie a franchi une étape en devenant le premier pays à légaliser l'utilisation médicale de ces deux substances, permettant ainsi leur prescription par des psychiatres. Mike Musker, chercheur à l'Université d'Australie-Méridionale, explique que la MDMA induit un « sentiment de connexion », facilitant la relation thérapeutique entre le patient et le thérapeute dans le traitement du TSPT. L'effet thérapeutique de la psilocybine sur la dépression repose quant à lui sur son impact psychospirituel, modifiant la perception qu'un patient a de lui-même et de sa vie. Dans le modèle actuel, ces traitements ne se limitent pas à la consommation de ces substances. Ils s'inscrivent dans un cadre thérapeutique structuré, comprenant plusieurs séances au cours desquelles le thérapeute accompagne le patient tout au long des effets de la drogue [178]. En 2019, la FDA aux États-Unis a approuvé un spray nasal d'eskétamine (Spravato<sup>MD</sup>), un dérivé de la kétamine, en combinaison avec un antidépresseur oral pour traiter la dépression réfractaire chez l'adulte [179]. Ce médicament a ensuite été approuvé au Canada en 2020 [180]. Ces percées soulèvent l'espoir d'une médecine plus novatrice, mais aussi le défi d'en baliser les usages.

# CONCLUSION

La consommation de substances psychoactives au Québec soulève des défis importants en matière de santé publique, de sécurité publique et d'organisation des soins. Ce phénomène est alimenté par une série de facteurs interdépendants : normalisation sociale, accès inégal aux soins spécialisés, offres limitées en traitements non pharmacologiques, vulnérabilité accrue de certaines populations et financement souvent fragmenté des services de prévention et d'intervention.

Évidemment, lutter efficacement contre les troubles liés à l'usage de substances requiert également une amélioration des conditions sociales et des déterminants de la santé dans leur ensemble. Cela inclut l'accès à des logements abordables et stables, le développement de programmes de réinsertion sociale et professionnelle, le soutien accru aux refuges et organismes communautaires, ainsi que des mesures concrètes pour réduire l'itinérance. Parallèlement, un meilleur accès aux services en santé mentale dans le réseau public demeure essentiel pour prévenir, dépister et traiter les troubles concomitants qui fragilisent encore davantage les individus aux prises avec une dépendance.

La situation actuelle exige une réponse cohérente, ancrée dans les données probantes, sensible aux déterminants sociaux de la santé, et fondée sur une volonté politique claire de bâtir un Québec en meilleure santé. Le présent mémoire s'inscrit dans cette démarche, en espérant nourrir la réflexion collective et appuyer la mise en place de solutions structurantes, durables et équitables.

# RECOMMANDATIONS

- Assurer un financement pérenne et récurrent aux programmes de prévention, de traitement et de réduction des méfaits, tant gouvernementaux que communautaires, afin d'assurer la stabilité des services et de répondre de manière durable aux besoins croissants en dépendance.
- Encourager une collecte de données exhaustive et continue, aux échelles municipale, provinciale et nationale, pour obtenir un portrait précis de la consommation de substances afin de guider les interventions selon les réalités régionales.
- Bonifier le « Tableau de bord – Performance du réseau de la santé et des services sociaux » du Québec :
  - *Intégrer les données sur la santé publique à même le tableau de bord ministériel;*
  - *Ajouter des données sur les troubles d'usage d'opioïdes et d'autres substances.*

## OPIOÏDES

- Améliorer l'accès aux cliniques de gestion de la douleur et aux traitements non pharmacologiques, tels que la physiothérapie, l'ergothérapie et la psychothérapie dans le réseau public.
- Collaborer avec les municipalités afin de soutenir les villes les plus touchées par la crise des opioïdes, notamment sur les plans de la sécurité publique, du logement et de l'intervention communautaire.
- Déployer davantage de trousse de naloxone dans les lieux publics, à l'image des défibrillateurs, et intégrer l'administration de la naloxone aux cours de premiers soins de base.
- Accroître l'accès aux bandelettes de détection de fentanyl, notamment via les pharmacies, pour les individus concernés.
- Accompagner toute délivrance d'opioïdes d'un matériel d'information visuel, clair et percutant (p. ex. un feuillet illustré) visant à sensibiliser les patients aux risques de dépendance.
- Limiter la validité des prescriptions d'opioïdes à un court délai (p. ex. 3 à 5 jours) pour inciter à une réévaluation clinique en cas de non-délivrance du médicament.

# RECOMMANDATIONS

## NICOTINE

- Restreindre la vente de vapoteuses et de recharges aux pharmacies et commerces spécialisés, en interdisant leur distribution dans les dépanneurs et commerces de proximité.
- Imposer une taxe sur les produits contenant de la nicotine, à l'exception des traitements de cessation prescrits par des professionnels de la santé.

## ALCOOL

- Abaisser la limite légale d'alcoolémie au volant à 0,05.
- Encadrer les messages publicitaires sur l'alcool en rendant obligatoire l'inclusion d'un bandeau d'avertissement standardisé sur toutes les publicités.

## AUTRES DROGUES

- Encourager la recherche clinique sur les substances actuellement considérées comme illicites, afin de mieux évaluer leur potentiel thérapeutique, notamment en santé mentale.

# RÉFÉRENCES

## SOURCES - IMAGES

Photo par Melany@tuinfoalud.com sur Unsplash

## RÉFÉRENCES

- [1] L. Michaud, G. Kolla, K. Rudzinski, et A. Guta, « Mapping a moral panic: News media narratives and medical expertise in public debates on safer supply, diversion, and youth drug use in Canada », *Int. J. Drug Policy*, vol. 127, p. 104423, mai 2024, doi: 10.1016/j.drugpo.2024.104423.
- [2] Santé Canada, « Méfaits associés aux opioïdes et troubles mentaux au Canada : une analyse descriptive des données d'hospitalisations ». Consulté le: 30 novembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/donnees-surveillance-recherche/hospitalisations-associees-opioides-troubles-mentaux.html>
- [3] Groupe de travail sur la surveillance des surdoses et décès liés aux drogues au nom du Conseil des médecins hygiénistes en chef, Infobase Santé, et Santé Canada, « Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada ». Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, 7 mars 2025. Consulté le: 22 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants/index.html>
- [4] D. Décary-Héту, « Un vrai marché noir pour les trafiquants de drogue dans Instagram, Snapchat et Telegram », 26 octobre 2024. Consulté le: 22 décembre 2024. [Le journal de Montréal]. Disponible à: <https://www.journaldemontreal.com/2024/10/26/un-vrai-marche-noir-pour-les-trafiquants-de-drogue-sur-instagram-snapchat-et-telegram>
- [5] J. O'Shea, F. Law, et J. Melichar, « Opioid dependence », *BMJ Clin. Evid.*, vol. 2009, p. 1015, juill. 2009, Consulté le: 30 novembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2907824/>
- [6] Santé Canada, « Opioïdes », Consommation de substances. Consulté le: 30 novembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides.html>
- [7] J. van Draanen et al., « Mental disorder and opioid overdose: a systematic review », *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 57, no 4, p. 647-671, 2022, doi: 10.1007/s00127-021-02199-2.
- [8] Gouvernement du Québec, Prévenir, réduire et traiter les conséquences associées à la consommation de substances psychoactives, à la pratique des jeux de hasard et d'argent et à l'utilisation d'Internet, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018. [En ligne]. Disponible à: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-804-02W.pdf>
- [9] Gouvernement du Québec, « Risques liés à l'usage d'opioïdes », Conseils et prévention : Alcool, drogues et jeu. Consulté le: 30 novembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/risques-lies-a-l-usage-d-opioides>
- [10] J. Pryma, « Technologies of Expertise: Opioids and Pain Management's Credibility Crisis », *Am. Sociol. Rev.*, vol. 87, no 1, p. 17-49, févr. 2022, doi: 10.1177/00031224211069567.
- [11] J. DiIulio et al., « Factors That Influence Changes to Existing Chronic Pain Management Plans », *J. Am. Board Fam. Med. JABFM*, vol. 33, no 1, p. 42-50, juin 2020, doi: 10.3122/jabfm.2020.01.190284.
- [12] A. Kolodny, « How FDA Failures Contributed to the Opioid Crisis », *AMA J. Ethics*, vol. 22, no 8, p. 743-750, août 2020, doi: 10.1001/amajethics.2020.743.
- [13] National Center for Injury Prevention and Control et Centers for Disease Control and Prevention (CDC), « Understanding the Opioid Overdose Epidemic », Overdose Prevention. Consulté le: 6 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.cdc.gov/overdose-prevention/about/understanding-the-opioid-overdose-epidemic.html>
- [14] S. DeWeerd, « Tracing the US opioid crisis to its roots », *Nature*, vol. 573, no 7773, p. S10-S12, sept. 2019, doi: 10.1038/d41586-019-02686-2.
- [15] Canada, Parliament, House of Commons, Standing Committee on Health. Report and Recommendations on the Opioid Crisis in Canada, Report and Governmental Response. 42nd Parl., 1st sess. Rept. 6., 2016. Consulté le: 22 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.ourcommons.ca/DocumentViewer/en/42-1/HESA/report-6/response-8512-421-134>
- [16] L. Belzak et J. Halverson, « Evidence synthesis - The opioid crisis in Canada: a national perspective », *Health Promot. Chronic Dis. Prev. Can. Res. Policy Pract.*, vol. 38, no 6, p. 224-233, juin 2018, doi: 10.24095/hpcdp.38.6.02.
- [17] Comité consultatif des statistiques canadiennes sur le cancer, « Statistiques canadiennes sur le cancer 2023 », Société canadienne du cancer, Toronto (Ontario), p. 0-112, novembre 2023. Consulté le: 19 février 2025. [En ligne]. Disponible à: [https://cdn.cancer.ca/-/media/files/research/cancer-statistics/2023-statistics/2023\\_PDF\\_FR.pdf](https://cdn.cancer.ca/-/media/files/research/cancer-statistics/2023-statistics/2023_PDF_FR.pdf)
- [18] Association pour la santé publique du Québec (AS PQ), « Épidémie d'opioïdes et crise des drogues toxiques au Canada Visibiliser les enjeux au Québec », Chambre des communes, 44e législature, 1e session, Montréal, Québec, Canada, Mémoire, mars 2024. Consulté le: 22 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: [https://as pq.org/app/uploads/2024/03/2024-03-14\\_crise-surdoses\\_memoire\\_as pq.pdf](https://as pq.org/app/uploads/2024/03/2024-03-14_crise-surdoses_memoire_as pq.pdf)
- [19] H. Ouellette-Vézina, « Crise des opioïdes: Le Québec n'est « pas à l'abri d'un revers tragique », prévient l'INSPQ », *La Presse*, 24 octobre 2023. Consulté le: 22 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2023-10-24/crise-des-opioides/le-quebec-n-est-pas-a-l-abri-d-un-revers-tragique-previent-l-inspq.php>
- [20] D. Ciccarone, « The triple wave epidemic: Supply and demand drivers of the US opioid overdose crisis », *Int. J. Drug Policy*, vol. 71, p. 183-188, sept.

2019, doi: 10.1016/j.drugpo.2019.01.010.

- [21] J. H. Duff, J. R. Lampe, L. W. Rosen, et W. W. Shen, « The Opioid Crisis in the United States: A Brief History », Congress, nov. 2022. Consulté le: 7 février 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://crsreports.congress.gov/product/pdf/IF/IF12260>
- [22] P. St-Martin et D. Lacroix, « Tendances d'utilisation des opioïdes au Canada : Rapport indépendant d'IQVIA sur l'évaluation et l'interprétation de l'utilisation des opioïdes dispensés sur ordonnance de 2019 à 2022 », IQVIA, 2023. Consulté le: 22 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: [https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/canada/white-paper/2023\\_rapport\\_opioides\\_2019-2022\\_iqvia\\_fr.pdf](https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/canada/white-paper/2023_rapport_opioides_2019-2022_iqvia_fr.pdf)
- [23] J.-L. Kaboré et al., « Doctor shopping among chronic noncancer pain patients treated with opioids in the province of Quebec (Canada): incidence, risk factors, and association with the occurrence of opioid overdoses », PAIN Rep., vol. 6, no 3, sept. 2021, doi: 10.1097/PR9.0000000000000955.
- [24] M. Jani et al., « Opioid prescribing among new users for non-cancer pain in the USA, Canada, UK, and Taiwan: A population-based cohort study », PLOS Med., vol. 18, no 1, p. e1003829, nov. 2021, doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003829>.
- [25] D. Dowell, T. M. Haegerich, et R. Chou, « CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain—United States, 2016 », JAMA, vol. 315, no 15, p. 1624-1645, avr. 2016, doi: 10.1001/jama.2016.1464.
- [26] A. Beswick et C. Piccininni, « The cost of pain: Economic implications of pain management practices », Univ. West. Ont. Med. J., vol. 87, no 1, p. 71-2, avr. 2018, doi: <https://doi.org/10.5206/uwomj.v87i1.1925>.
- [27] É. Roy et al., « Opioid Prescribing Practices and Training Needs of Québec Family Physicians for Chronic Noncancer Pain », Pain Res. Manag., vol. 2017, no 1, p. 1365910, janv. 2017, doi: 10.1155/2017/1365910.
- [28] S. Gill, J. Bailey, S. Nafees, et R. Poole, « A qualitative interview study of GPs' experiences of prescribing opioid medication for chronic pain », BJGP Open, vol. 6, no 4, déc. 2022, doi: <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2022.0085>.
- [29] H.-Y. Chang, H. Kharrazi, D. Bodycombe, J. P. Weiner, et G. C. Alexander, « Healthcare costs and utilization associated with high-risk prescription opioid use: a retrospective cohort study », BMC Med., mai 2018, doi: 10.1186/s12916-018-1058-y.
- [30] J. C. Maclean, J. Mallatt, C. J. Ruhm, et K. Simon, « The Opioid Crisis, Health, Healthcare, and Crime: A Review of Quasi-Experimental Economic Studies », Ann. Am. Acad. Pol. Soc. Sci., vol. 703, no 1, mars 2023, doi: 10.1177/00027162221149285.
- [31] J. Depelteau, F. Fortier, et G. Hébert, Financement et évolution des pratiques. Montréal, Québec, Canada: Institut de recherche et d'informations socio-économiques, 2013. [En ligne]. Disponible à: <https://iris-recherche.qc.ca/wp-content/uploads/2021/03/Communautaire-WEB-02.pdf>
- [32] Santé Canada, « Mesures fédérales sur la crise des surdoses ». Consulté le: 28 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/mesures-federales/apercu.html>
- [33] I. Savard, R. Little, M. Benoit, S. Charette, A. Deschamps, et H. Bissonnet, « Stratégies face à la crise des opioïdes : analyse des revues systématiques », Drogue Santé Société, vol. 19, no 1-2, p. 103, 2021, doi: 10.7202/1085170ar.
- [34] G. Robertson, « Recommandations du groupe de travail sur les enjeux des opioïdes du CMGV : La crise des opioïdes ». Caucus des maires des grandes villes, mai 2017. [En ligne]. Disponible à: <https://fcm.ca/sites/default/files/documents/resources/submission/crise-opioides-recommandations.pdf>
- [35] D. Renaud, « Surdoses aux opioïdes à Montréal : « Jouer à la roulette russe avec deux balles dans le barillet » », La Presse, Montréal, Québec, Canada, 1 mars 2021. Consulté le: 23 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.lapresse.ca/actualites/justice-et-faits-divers/2021-03-01/surdoses-aux-opioides-a-montreal/jouer-a-la-roulette-russe-avec-deux-balles-dans-le-barillet.php>
- [36] Association des services de réhabilitation sociale du Québec, « Toxicomanie », Association des services de réhabilitation sociale du Québec. Consulté le: 23 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://asrsq.ca/revue-porte-ouverte/dependances/toxicomanie-criminalite-faits-statistiques>
- [37] Gouvernement du Canada, « Trouble lié à la consommation d'opioïdes et traitement ». Consulté le: 10 février 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/trouble-lie-consommation-opioides-traitement.html>
- [38] L. Sordo et al., « Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies », BMJ, p. j1550, avr. 2017, doi: 10.1136/bmj.j1550.
- [39] Ordres des Pharmaciens du Québec, « Le traitement du trouble de l'utilisation d'opioïdes (TUO) ». mars 2020. Consulté le: 30 mars 2025. [En ligne]. Disponible à: [https://www.opq.org/wp-content/uploads/2020/08/5327\\_38\\_fr-ca\\_0\\_2020\\_03\\_20\\_ld\\_tuo\\_vf.pdf](https://www.opq.org/wp-content/uploads/2020/08/5327_38_fr-ca_0_2020_03_20_ld_tuo_vf.pdf)
- [40] Centre for Addiction and Mental Health (CAMH), « Treatment: Buprenorphine », Opioid Use and Opioid Use Disorder. Consulté le: 1 avril 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://www.camh.ca/en/professionals/treating-conditions-and-disorders/opioid-use/opioid-use-treatment/buprenorphine>
- [41] H. V. Nguyen, S. Mital, S. Bugden, et E. E. McGinty, « British Columbia's Safer Opioid Supply Policy and Opioid Outcomes », JAMA Intern. Med., vol. 184, no 3, p. 256, mars 2024, doi: 10.1001/jamainternmed.2023.7570.
- [42] Santé Canada et Infobase Santé, « Sites de consommation supervisée : Tableau de bord », Santé : Vie saine - Consommation de substances. Consulté le: 29 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://sante-infobase.canada.ca/services-consommation-supervisee/>
- [43] K. Crane, « "Allée du crack" : les discussions rompues avec la santé publique, dit Cactus Montréal », TVA Nouvelles, Montréal, Québec, Canada, 14 mai 2024. Consulté le: 28 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.tvanouvelles.ca/2024/05/14/allee-du-crack-les-discussions-rompues-avec-la-sante-publique-dit-cactus-montreal>
- [44] S. Khair, C. A. Eastwood, M. Lu, et J. Jackson, « Supervised consumption site enables cost savings by avoiding emergency services: a cost analysis study », Harm. Reduct. J., vol. 19, no 1, p. 32, mars 2022, doi: 10.1186/s12954-022-00609-5.
- [45] Centre d'intervention et de prévention en toxicomanie de l'Outaouais (CIPTO), « CIPTO - Centre d'Intervention et de Prévention en Toxicomanie de l'Outaouais », CIPTO : Organisme en réduction des méfaits. Consulté le: 15 janvier 2025. [En ligne]. Disponible à: <http://www.cipto.qc.ca/>
- [46] J.-F. Mary, « Mémoire déposé à l'OCPM Consultation publique pour le PPU Quartier Latin », Mémore, nov. 2012. [En ligne]. Disponible à: <https://cactusmontreal.org/wp-content/uploads/2019/06/memoire-cactus-ocpm-quartier-latin-2012-1.pdf>
- [47] CACTUS, « Rapport Annuel 2023-2024 », Cactus Montréal, Montréal, mars 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://cactusmontreal.org/wp-content/uploads/2024/09/correction-cactus-rapportannuel2024-booklet-1.pdf>
- [48] T. Gerbet, « "On ne dort pas" : les résidents de "l'allée du crack" à bout de patience », Radio-Canada, Radio-Canada.ca, Montréal, Québec, Canada, 21 septembre 2023. Consulté le: 29 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2011738/allee-crack-montreal-voisins>
- [49] La Presse canadienne, « À la recherche de solutions pour une meilleure cohabitation entre résidents et toxicomanes », Radio-Canada, Radio-Canada.ca, Montréal, Québec, Canada, 20 juillet 2024. Consulté le: 28 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2089830/cohabitation-difficile-toxicomanes-residents-quartier>
- [50] C. Bernard et C. Gauthier, « Voici pourquoi 5 centres de consommation supervisée fermeront à Toronto », Radio-Canada, Toronto (Ontario), 21 août 2024. Consulté le: 28 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2098634/fermeture-injection-drogue-doug-ford>
- [51] A. Elboujdaini, « Peu de recherches sur l'impact des centres d'injection supervisée dans les quartiers », Radio-Canada, Radio-Canada.ca, Colombie-Britannique, Canada, 24 juin 2024. Consulté le: 28 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2082653/centre-injection>

supervise-étude

- [52] L. Bélanger-Dion, R. Cloutier, B. Denis, et S. Drolet, « Vers une meilleure cohérence des interventions en matière de santé et de sécurité publiques auprès des personnes utilisatrices de drogues par injection », Québec, 2014. [En ligne]. Disponible à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2013/13-313-03W.pdf>
- [53] U.S. Department of Homeland Security, « The 2023 Canada–U.S. Cross-Border Crime Forum (CBCF) », U.S. Department of Homeland Security. Consulté le: 22 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://www.dhs.gov/news/2023/04/28/2023-canada-us-cross-border-crime-forum-cbcf-0>
- [54] U.S. Customs and Border Protection, « Drug Seizure Statistics », U.S. Customs and Border Protection. Consulté le: 22 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://www.cbp.gov/newsroom/stats/drug-seizure-statistics>
- [55] C. Paas-Lang, « Messed-up maple syrup: Crafty tactics complicate Canada's fight to stop illegal drugs at the border », CBC News, 26 novembre 2023. Consulté le: 22 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://www.cbc.ca/news/politics/narcotics-canada-cbsa-border-1.7040243>
- [56] J. Davis, « Fighting the Opioid Scourge », U.S. Customs and Border Protection. Consulté le: 22 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://www.cbp.gov/frontline/fighting-opioid-scourge>
- [57] Agence des services frontaliers du Canada (ASFC), « Bilan de l'année 2024 : L'ASFC protège les Canadiens et soutient notre économie », Ottawa, Canada, 9 décembre 2024. Consulté le: 8 avril 2025. [En ligne]. Disponible à : <https://www.canada.ca/fr/agence-services-frontaliers/nouvelles/2024/12/bilan-de-lannee-2024--lasfc-protège-les-canadiens-et-soutient-notre-economie.html>
- [58] K. Simpson et C. Tunney, « Donald Trump maintient fentanyl at Canada-U.S. border is a big issue. Is it? », CBC News, Windsor, Canada, 18 décembre 2024. Consulté le: 8 avril 2025. [En ligne]. Disponible à : <https://www.cbc.ca/news/canada/windsor/trump-fentanyl-border-us-canada-1.7413745>
- [59] K. Johnson et al., « Federal Response to the Opioid Crisis », *Curr. HIV/AIDS Rep.*, vol. 15, no 4, p. 293-301, août 2018, doi: 10.1007/s11904-018-0398-8.
- [60] A. Pelekanakis, J. L. O'Loughlin, T. Gagn, C. Callard, et K. L. Frohlich, « Original quantitative research - Initiation or cessation: what keeps the prevalence of smoking higher in Quebec than in the rest of Canada? », *Health Promot. Chronic Dis. Prev. Can. Res. Policy Pract.*, vol. 41, no 10, p. 306-314, oct. 2021, doi: 10.24095/hpcdp.41.10.05.
- [61] N. L. Benowitz, « Nicotine Addiction », *N. Engl. J. Med.*, vol. 362, no 24, p. 2295-2303, juin 2010, doi: 10.1056/NEJMra0809890.
- [62] Canadian Cancer Society / Société canadienne du cancer, « Quebec is making progress on tobacco control », Canadian Cancer Society. Consulté le: 31 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://cancer.ca/en/about-us/media-releases/2024/budget-quebec-2024-25>
- [63] H. Krueger and associates Inc., « The Economic Benefits of Reducing the Prevalence of Tobacco Smoking In Quebec and Ontario », Delta, Colombie-Britannique, août 2020. Consulté le: 18 janvier 2025. [En ligne]. Disponible à : [http://cqct.qc.ca/Documents\\_docs/DOCU\\_2020/MEMO\\_20\\_08\\_06\\_Report\\_Krueger\\_EconomicBenefits\\_ReducedSmoking.pdf](http://cqct.qc.ca/Documents_docs/DOCU_2020/MEMO_20_08_06_Report_Krueger_EconomicBenefits_ReducedSmoking.pdf)
- [64] A. Davison, « Le tabac et les produits de vapotage : quelles sont les habitudes de consommation au Québec en 2023? », Institut de la statistique du Québec. Consulté le: 31 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://statistique.quebec.ca/fr/produit/publication/tabac-vapotage-habitudes-consommation-quebec-2023>
- [65] P. Dinardo et E. S. Rome, « Vaping: The new wave of nicotine addiction », *Cleve. Clin. J. Med.*, vol. 86, no 12, p. 789-798, déc. 2019, doi: 10.3949/ccjm.86a.19118.
- [66] N. St-Pierre, « Loi sur les produits de vapotage: un an plus tard, les saveurs toujours facilement accessibles », *Le Journal de Québec*, Québec, Québec, 31 octobre 2024. Consulté le: 31 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://www.journaldequebec.com/2024/10/31/loi-sur-les-produits-de-vapotage-un-an-plus-tard-les-saveurs-toujours-facilement-accessibles>
- [67] N. Mallock-Ohnesorg et al., « Small pouches, but high nicotine doses—nicotine delivery and acute effects after use of tobacco-free nicotine pouches », *Front. Pharmacol.*, vol. 15, p. 1392027, mai 2024, doi: 10.3389/fphar.2024.1392027.
- [68] D. Rungraungayabkul, P. Gaewkhiew, T. Vichayanrat, B. Shrestha, et W. Buajeeb, « What is the impact of nicotine pouches on oral health: a systematic review », *BMC Oral Health*, vol. 24, no 1, p. 889, août 2024, doi: 10.1186/s12903-024-04598-8.
- [69] N. Travis et al., « The Potential Impact of Oral Nicotine Pouches on Public Health: A Scoping Review », *Nicotine Tob. Res.*, vol. 27, no 4, p. 598-610, juin 2024, doi: 10.1093/ntr/ntae131.
- [70] Canadian Cancer Society / Société canadienne du cancer, « La restriction de la commercialisation et de la vente de sachets de nicotine annoncée par le gouvernement fédéral est nécessaire pour protéger les jeunes », Société canadienne du cancer. Consulté le: 31 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://cancer.ca/fr/about-us/media-releases/2024/federal-nicotine-pouches>
- [71] Gouvernement du Québec et Santé Québec, « Tobacco control Act », Health: Smoke free lifestyle. Consulté le: 31 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://www.quebec.ca/en/health/advice-and-prevention/healthy-lifestyle-habits/smoke-free-lifestyle/tobacco-control-act>
- [72] Gouvernement du Québec, « Tobacco control », Health: Smoke free lifestyle. Consulté le: 31 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://www.quebec.ca/en/health/advice-and-prevention/healthy-lifestyle-habits/smoke-free-lifestyle/tobacco-control>
- [73] De Facto, « Historique et campagnes », De Facto. Consulté le: 9 février 2025. [En ligne]. Disponible à : <https://defacto.ca/historique-et-campagnes>
- [74] Conseil québécois sur le tabac et la santé, « Libair | L'app pour arrêter de vaper », Libair. Consulté le: 9 février 2025. [En ligne]. Disponible à : <https://www.libair.ca>
- [75] Commence pas à fumer, « Commence pas à fumer », Commence pas à fumer. Consulté le: 9 février 2025. [En ligne]. Disponible à : <https://commencepasafumer.ca/>
- [76] Conseil québécois sur le tabac et la santé, « Je m'informe - Québec sans tabac », Québec sans tabac. Consulté le: 9 février 2025. [En ligne]. Disponible à : <https://www.quebecsanstabac.ca>
- [77] World Health Organization, « Tobacco Control (TFI) », Health promotion. Consulté le: 31 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à : <https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control>
- [78] X. Dai, E. Gakidou, et A. D. Lopez, « Evolution of the global smoking epidemic over the past half century: strengthening the evidence base for policy action », *Tob. Control*, vol. 31, no 2, p. 129-137, mars 2022, doi: 10.1136/tobaccocontrol-2021-056535.
- [79] J. Gagliardi, « Smoking in Italy - Statistics & Facts », Statista. Consulté le: 9 février 2025. [En ligne]. Disponible à : <https://www.statista.com/topics/9338/smoking-in-italy/>
- [80] M. Fouda, « Milan cracks down on outdoor smoking in toughest ban to date », *euronews*, 1 janvier 2025. Consulté le: 9 février 2025. [En ligne]. Disponible à : <https://www.euronews.com/health/2025/01/01/milan-cracks-down-on-outdoor-smoking-in-toughest-ban-to-date>
- [81] B. L. Nadeau, « Italy's fashion capital Milan introduces country's toughest rules on smoking », *CNN*, 1 janvier 2025. Consulté le: 9 février 2025. [En ligne]. Disponible à : <https://www.cnn.com/2025/01/01/europe/italy-smoking-milan-fashion-intl/index.html>
- [82] H. M. Cole et M. C. Fiore, « The War Against Tobacco: 50 Years and Counting », *JAMA*, vol. 311, no 2, p. 131-132, janv. 2014, doi: 10.1001/jama.2013.280767.

- [83] J. K. Ibrahim et S. A. Glantz, « Tobacco industry litigation strategies to oppose tobacco control media campaigns », *Tob. Control*, vol. 15, no 1, p. 50-58, févr. 2006, doi: 10.1136/tc.2005.014142.
- [84] D. Bafunno et al., « Impact of tobacco control interventions on smoking initiation, cessation, and prevalence: a systematic review », *J. Thorac. Dis.*, vol. 12, no 7, p. 3844-3856, juill. 2020, doi: 10.21037/jtd.2020.02.23.
- [85] M. Lund, « Exploring smokers' opposition to proposed tobacco control strategies », *Nord. Stud. Alcohol Drugs*, vol. 33, no 4, p. 321-334, nov. 2016, doi: 10.1515/nsad-2016-0027.
- [86] K. E. Lund et G. Saebø, « Challenges in legitimizing further measures against smoking in jurisdictions with robust infrastructure for tobacco control: how far can the authorities allow themselves to go? », *Harm. Reduct. J.*, vol. 21, no 1, p. 33, févr. 2024, doi: 10.1186/s12954-024-00951-w.
- [87] A. T. Schmidt, « Freedom of choice and the tobacco endgame », *Bioethics*, vol. 36, no 1, p. 77-84, janv. 2022, doi: 10.1111/bioe.12967.
- [88] S. Roy, A.-M. Morel, et M. Dessureault, « L'alcool au Québec : Une consommation soutenue par une norme sociale favorable », Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), mars 2022. [En ligne]. Disponible à: [https://aspq.org/app/uploads/2022/04/2022\\_alcool\\_facteurs\\_normes\\_qc\\_vf.pdf](https://aspq.org/app/uploads/2022/04/2022_alcool_facteurs_normes_qc_vf.pdf)
- [89] M. Carnegie, « Why Gen Zers are growing up sober curious », BBC, 22 septembre 2022. Consulté le: 28 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.bbc.com/worklife/article/20220920-why-gen-zers-are-growing-up-sober-curious>
- [90] A. King, « The LCBO's hottest trend? Non-alcoholic drinks », CBC News, 6 décembre 2024. Consulté le: 23 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/lcbo-non-alcoholic-sales-increase-200-1.7402598>
- [91] M. Dessureault, « Alcohol-Related Issues in Quebec's Municipal Environments », Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), Montréal, Québec, Canada, Consultation Report, sept. 2023. Consulté le: 22 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: [https://www.aspq.org/app/uploads/2023/10/2023\\_municipal-consultations-alcohol\\_en\\_vf.pdf](https://www.aspq.org/app/uploads/2023/10/2023_municipal-consultations-alcohol_en_vf.pdf)
- [92] J. Morris et G. Schomerus, « Why stigma matters in addressing alcohol harm », *Drug Alcohol Rev.*, vol. 42, no 5, p. 1264-1268, 2023, doi: 10.1111/dar.13660.
- [93] Health Canada, « Health risks of alcohol », Health: Healthy Living - Substance Use. Consulté le: 23 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-use/alcohol/health-risks.html>
- [94] Centers for Disease Control and Prevention (CDC), « About Underage Drinking », Alcohol Use. Consulté le: 23 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.cdc.gov/alcohol/underage-drinking/index.html>
- [95] A. Castillo-Carniglia, K. M. Keyes, D. S. Hasin, et M. Cerdá, « Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder », *Lancet Psychiatry*, vol. 6, no 12, p. 1068-1080, oct. 2019, doi: 10.1016/S2215-0366(19)30222-6.
- [96] E. P. Caumiant, C. E. Fairbairn, K. Bresin, I. Gary Rosen, S. E. Luczak, et D. Kang, « Social anxiety and alcohol consumption: The role of social context », *Addict. Behav.*, vol. 143, p. 107672, août 2023, doi: 10.1016/j.addbeh.2023.107672.
- [97] H. B. Moss, « The impact of alcohol on society: a brief overview », *Soc. Work Public Health*, vol. 28, no 3-4, p. 175-177, 2013, doi: 10.1080/19371918.2013.758987.
- [98] M. Loverde, « Homelessness And Alcoholism – A Double Stigma », Intervention Helpline. Consulté le: 23 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://interventionhelpline.com/blog/homeless-alcoholics-a-double-stigma-that-can-interfere-with-recovery/>
- [99] F. Morin-Martel, « 54 visites aux urgences par jour liées à l'alcool », Le Devoir, Montréal, Québec, Canada, 9 août 2024. Consulté le: 23 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.ledevoir.com/societe/sante/817898/54-visites-urgences-jour-liees-alcool>
- [100] Canadian Substance Use Costs and Harms Scientific Working Group, Canadian substance use costs and harms visualization tool. (2023). Consulté le: 13 février 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://csuch.ca/explore-the-data/>
- [101] S. Desrosiers, « L'alcool au volant coûte plus de 40 millions \$ par an : le PLQ prône le 0,05 », Radio-Canada, Radio-Canada.ca, Québec, Québec, 24 avril 2024. Consulté le: 23 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2067230/alcool-volant-couts-plq-guilbault>
- [102] Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS), « Repères canadiens sur l'alcool et la santé : rapport final », Ottawa, Canada, janv. 2023. Consulté le: 13 février 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://www.ccsa.ca/fr/reperes-canadiens-sur-lalcool-et-la-sante-rapport-final>
- [103] B. Proulx, « Un an plus tard, le Canada n'a toujours pas changé ses recommandations sur l'alcool », Le Devoir, Ottawa, Canada, 12 janvier 2024. Consulté le: 13 février 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://www.ledevoir.com/politique/canada/805207/sante-an-plus-tard-canada-toujours-pas-change-recommandations-alcool>
- [104] D. Malleck, « "Two drinks a week is practically personal prohibition": This professor is taking Canada's new alcohol guidelines to task », 9 mars 2023. Consulté le: 13 février 2025. [Toronto Life]. Disponible à: <https://torontolife.com/city/two-drinks-a-week-is-practically-personal-prohibition-this-professor-is-taking-canadas-new-alcohol-guidelines-to-task/>
- [105] A. Gentile, « Opération Nez rouge offers Montrealers a safe ride home this holiday season », CityNews Montreal, Montréal, Québec, Canada, 13 décembre 2024. Consulté le: 28 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://montreal.citynews.ca/2024/12/13/operation-nez-rouge-2024/>
- [106] MADD Canada, « History and Impact », MADD Canada. Consulté le: 28 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://madd.ca/pages/about-us/what-we-do/history-and-impact/>
- [107] The Canadian Press, « Quebec rejects coroner's recommendation to consider .05 blood-alcohol limit », CTV News, Montréal, Québec, Canada, 10 octobre 2023. Consulté le: 28 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://montreal.ctvnews.ca/quebec-rejects-coroner-s-recommendation-to-consider-05-blood-alcohol-limit-1.6595660>
- [108] J. C. Fell et R. B. Voas, « The effectiveness of a 0.05 blood alcohol concentration (BAC) limit for driving in the United States », *Addict. Abingdon Engl.*, vol. 109, no 6, p. 869-874, juin 2014, doi: 10.1111/add.12365.
- [109] S. Macdonald et al., « The impact on alcohol-related collisions of the partial decriminalization of impaired driving in British Columbia, Canada », *Accid. Anal. Prev.*, vol. 59, p. 200-205, oct. 2013, doi: 10.1016/j.aap.2013.05.012.
- [110] G. M. A. Wyper et al., « Evaluating the impact of alcohol minimum unit pricing on deaths and hospitalisations in Scotland: a controlled interrupted time series study », *Lancet Lond. Engl.*, vol. 401, no 10385, p. 1361-1370, avr. 2023, doi: 10.1016/S0140-6736(23)00497-X.
- [111] BBC, « Minimum price of alcohol in Scotland rises by 30% », BBC, Scotland, 30 septembre 2024. Consulté le: 30 mars 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://www.bbc.com/news/articles/ckg2d2kdgzeo>
- [112] B. Bhatnagar, R. Wadia, et WHO/Europe Press Office, « Reducing alcohol consumption, the Nordic way: alcohol monopolies, marketing bans and higher taxation », World Health Organization (WHO), 30 juin 2023. Consulté le: 28 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.who.int/europe/news-room/30-06-2023-reducing-alcohol-consumption--the-nordic-way--alcohol-monopolies--marketing-bans-and-higher-taxation>
- [113] Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), « Politiques prometteuses pour réduire les méfaits de l'alcool », Association pour la santé publique du Québec (ASPQ), Québec, Édition 2022, 2022. Consulté le: 8 avril 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://aspq.org/app/uploads/2022/04/recueil->

pp\_alcool-vc6922.pdf

- [114] F. Morin-Martel, « Le marketing lié à l'alcool doit être "grandement limité" », *Le Devoir*, Montréal, Québec, Canada, 23 février 2025. Consulté le: 31 mars 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://www.ledevoir.com/societe/sante/847540/marketing-lie-alcool-doit-etre-grandement-limite>
- [115] K. Brière-Charest, M. Dessureault, et L. Ruel, « L'alcool vend, mais à quel prix? », *Le Devoir*, Montréal, Québec, Canada, 8 février 2025. Consulté le: 1 avril 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://www.ledevoir.com/opinion/idees/840223/idees-alcool-vend-mais-quel-prix>
- [116] Gouvernement du Québec, « Règlement sur les modalités de vente des boissons alcooliques par les titulaires de permis d'épicerie », dans *Loi sur la Société des alcools du Québec*, Éditeur officiel du Québec., dans S-13, a. 37, r. 6. , Québec: Éditeur officiel du Québec, 2024. Consulté le: 1 avril 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/s-13,%20r.%206>
- [117] Santé Canada, « Bilan des progrès : Légalisation et réglementation du cannabis au Canada ». Consulté le: 30 mars 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/programmes/engagement-legalisation-reglementation-cannabis-canada-bilan-progres/document.html>
- [118] M. Higgins, « If You're Going to Canada to Buy Weed, Here's What You Need to Know », *The New York Times*, New York, New York, 22 octobre 2018. Consulté le: 30 mars 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://www.nytimes.com/2018/10/22/travel/travel-canada-buy-weed-explained.html>
- [119] Radio-Canada, « Cannabis : l'âge légal au Québec passera à 21 ans dès le 1er janvier », Radio-Canada, 29 octobre 2019. Consulté le: 2 février 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1367105/cannabis-age-legal-quebec-21-ans-janvier-caq-lionel-carmant>
- [120] Gouvernement du Québec, « Loi encadrant le cannabis », Encadrement du cannabis au Québec. Consulté le: 23 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/alcool-drogues-jeu/connaître-les-drogues-et-leurs-effets/cannabis/encadrement-cannabis-quebec/loi-encadrant-cannabis>
- [121] Radio-Canada, « Pas de cannabis avant 21 ans, disent des psychiatres du Québec », Radio-Canada, 5 juin 2017. Consulté le: 2 février 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1037886/legislation-cannabis-danger-risque-jeunes-generations-psychiatres-quebec>
- [122] H. V. Nguyen et S. Mital, « Changes in Youth Cannabis Use After an Increase in Cannabis Minimum Legal Age in Quebec, Canada », *JAMA Network Open*, vol. 2022;5(6):e2217648, juin 2022, doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.17648.
- [123] Institut de la statistique du Québec, « Consommation de cannabis », *Vitrine statistique sur les jeunes de 15 à 29 ans*. Consulté le: 23 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://statistique.quebec.ca/vitrine/15-29-ans/theme/sante/consommation-cannabis>
- [124] Gouvernement du Canada, « Enquête canadienne sur le cannabis de 2023 : Sommaire », *Recherches et données sur le cannabis*. [En ligne]. Disponible à: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/drogues-medicaments/cannabis/recherches-donnees/enquete-canadienne-cannabis-2023-sommaire.html#s2-1>
- [125] Gouvernement du Canada, « Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire de 2015 », *Enquête canadienne sur l'alcool et les drogues*. [En ligne]. Disponible à: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-alcool-drogues/sommaire-2015.html>
- [126] M. Chapados et al., « Légalisation du cannabis à des fins non médicales : pour une régulation favorable à la santé publique », *Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ)*, Québec, Québec, 2193-Sommaire, 2017. [En ligne]. Disponible à: [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2193\\_legalisation\\_cannabis\\_fin\\_non\\_medicales\\_sommaires.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2193_legalisation_cannabis_fin_non_medicales_sommaires.pdf)
- [127] A. Eykelbosh, « Présence de contaminants dans le cannabis illégal : informons les consommateurs! », *Centre de collaboration nationale en santé environnementale*. Consulté le: 3 février 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://ccnse.ca/resources/blog/presence-de-contaminants-dans-le-cannabis-illegal-informons-les-consommateurs>
- [128] Government of Canada, « Health effects of cannabis ». Government of Canada, 2017. Consulté le: 3 février 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/campaigns/27-16-1808-Factsheet-Health-Effects-eng-web.pdf>
- [129] M. Benoit, « La régulation du cannabis au Canada : Études de cas », *Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT)*, Paris, Bilan de la mise en œuvre de la légalisation du cannabis au Québec (2018-2022), avr. 2023. Consulté le: 23 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: [https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field\\_media\\_document-1735-Rapport-Astracan-Quebec.pdf](https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-1735-Rapport-Astracan-Quebec.pdf)
- [130] F. Morrisette-Beaulieu et C. Carpentier, « Cinq ans de légalisation : le marché noir du cannabis encore vivant », Radio-Canada, 17 octobre 2023. Consulté le: 23 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2018755/cinq-ans-legalisation-marche-noir-cannabis>
- [131] Deloitte, « Clearing the smoke - Insights to Canada's illicit cannabis market », Ontario, 2023. [En ligne]. Disponible à: <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/ca/Documents/ca-23-8380872cannabis-pov-en-v6-aoda.pdf>
- [132] J. Jacobus et S. F. Tapert, « Effects of Cannabis on the Adolescent Brain », *Curr. Pharm. Des.*, vol. 20, no 13, p. 2186-2193, 2014, Consulté le: 23 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3930618/>
- [133] Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), « La consommation de cannabis et d'autres substances psychoactives chez les jeunes de 18 à 24 ans qui fréquentent les centres d'éducation aux adultes », *Institut national de santé publique du Québec*. Consulté le: 23 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/projets/consommation-spa-centres-education-adultes>
- [134] K. Petrilli, S. Ofori, L. Hines, G. Taylor, S. Adams, et T. P. Freeman, « Association of cannabis potency with mental ill health and addiction: a systematic review », *Lancet Psychiatry*, vol. 9, no 9, p. 736-750, sept. 2022, doi: 10.1016/S2215-0366(22)00161-4.
- [135] M. Bernier, « Le cannabis: inoffensif? », *Centre d'aide aux étudiants de l'Université Laval*. Consulté le: 23 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.aide.ulaval.ca/psychologie/textes-et-outils/difficultes-frequentes/le-cannabis-inoffensif/>
- [136] American Heart Association News, « Marijuana use linked to higher risk of heart attack and stroke », *American Heart Association*. Consulté le: 23 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.heart.org/en/news/2024/02/28/marijuana-use-linked-to-higher-risk-of-heart-attack-and-stroke>
- [137] Canadian Lung Association, « What we know about cannabis and lung health », *Canadian Lung Association*. Consulté le: 23 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.lung.ca/smoking-vaping/cannabis>
- [138] Government of Canada, « Addiction to cannabis », *Cannabis use, effects and risks*. Consulté le: 23 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/health-effects/addiction.html>
- [139] National Institute on Drug Abuse (NIDA), « Cannabis (Marijuana) », *Research Topics*. Consulté le: 23 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://nida.nih.gov/research-topics/cannabis-marijuana>
- [140] Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), *Profil détaillé des faits et des statistiques touchant : L'alcool et les drogues au volant*, Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). Québec: Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), 2017. [En ligne]. Disponible à: <https://saaq.gouv.qc.ca/blob/saaq/documents/publications/espace-recherche/stats-alcool-drogues-profil-detaille.pdf>
- [141] Sécurité publique Canada, « Rapport annuel national sur les données pour documenter les tendances de la conduite avec facultés affaiblies par la drogue 2022 », vol. 3e édition, no PS15-2E-PDF, p. 1-69, 27 janvier 2023. Consulté le: 23 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/2022-did-fad/index-fr.aspx#t1>

- [142] Gouvernement du Québec, « Alcool et drogue : La drogue au volant est détectable », Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). Consulté le: 3 février 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://saaq.gouv.qc.ca/conduistavie/alcool-drogue/cannabis-nuit-conduite>
- [143] CAA-Québec, « Cannabis au volant: infos, lois et sensibilisation », Canadian Automobile Association (CAA). Consulté le: 3 février 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://www.caaquebec.com/fr/fondation/cannabis-au-volant>
- [144] T. publics et S. gouvernementaux C. Gouvernement du Canada, « La Gazette du Canada, Partie 2, volume 156, numéro 1: Règlement modifiant certains règlements visant les drogues d'usage restreint (Programme d'accès spécial) ». Consulté le: 12 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.gazette.gc.ca/rp-pr/p2/2022/2022-01-05/html/sor-dors271-fra.html>
- [145] Canadian Centre on Substance Use and Addiction, « Canadian Substance Use Costs and Harms », 2023. [En ligne]. Disponible à: <https://csuch.ca/documents/reports/english/Canadian-Substance-Use-Costs-and-Harms-Report-2023-en.pdf>
- [146] Gouvernement du Canada et Statistique Canada, « Le Quotidien — Cinq ans après sa légalisation, qu'avons-nous appris au sujet du cannabis au Canada? », Statistique Canada : Le Quotidien. Consulté le: 23 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/231016/dq231016c-fra.htm>
- [147] « Cannabis - Canada », Statista Market Insights. Consulté le: 3 février 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://www.statista.com/outlook/hmo/cannabis/canada>
- [148] Société québécoise du cannabis, « The SQDC's third quarter of fiscal 2024-2025: Comprehensive income of \$40.5 million », 13 février 2025. Consulté le: 1 avril 2025. [Communiqué de presse]. Disponible à: <https://www.newswire.ca/news-releases/the-sqdc-s-third-quarter-of-fiscal-2024-2025-comprehensive-income-of-40-5-million-847560683.html>
- [149] Public Health Agency of Canada, Substance-related Overdose and Mortality Surveillance Task Group, et Council of Chief Medical Officers of Health, « Key findings: Opioid- and Stimulant-related Harms in Canada », Health science, research and data. Consulté le: 9 avril 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://health-infobase.canada.ca/substance-related-harms/opioids-stimulants/>
- [150] O. A. McInnis et M. M. Young, Consommation de substances chez les élèves en milieu rural ou urbain, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT). Ottawa, Canada: Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2015. [En ligne]. Disponible à: <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-06/CCSA-Urban-Rural-Student-Substance-Use-Report-2015-fr.pdf>
- [151] M.-E. Bédard, R. Cloutier, C. Lacharité, C. Lefrançois, T. Simard, et L. Beauregard, Parce que chaque vie compte : Stratégie nationale de prévention des surdoses de substances psychoactives 2022-2025, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec: Gouvernement du Québec, 2022. [En ligne]. Disponible à: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-233-01W.pdf>
- [152] M. Chauvet, E. Kamgang, A. N. Ngui, et M.-J. Fleury, Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives : prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques, Centre de réadaptation en dépendance de Montréal-Institut universitaire (CRDM-IU). Montréal, Québec: Centre de réadaptation en dépendance de Montréal - Institut universitaire (CRDM-IU), 2015.
- [153] Santé Canada, « Sites de consommation supervisée : statut des demandes », Santé : Vie saine - Consommation de substances. Consulté le: 8 avril 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/sites-consommation-supervisee/statut-demandes.html>
- [154] Rural Health Information Hub, « Substance Use and Misuse in Rural Areas Overview », RHIhub. Consulté le: 8 avril 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://www.ruralhealthinfo.org/topics/substance-use>
- [155] S. Veldhuizen, K. Urbanoski, et J. Cairney, « Geographical Variation in the Prevalence of Problematic Substance Use in Canada », Can. J. Psychiatry, vol. 52, no 7, p. 426-433, juill. 2007, doi: 10.1177/070674370705200704.
- [156] Canadian Centre on Substance Use and Addiction, Sedatives. dans Canadian Drug Summary. Ottawa, Canada: Canadian Centre on Substance Use and Addiction, 2022. [En ligne]. Disponible à: <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-06/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Sedatives-2019-en.pdf>
- [157] Canadian Centre on Substance Use and Addiction et Canadian Community Epidemiology Network on Drug Use (CCENDU), CCENDU Bulletin: An Update on Stimulant Use and Related Harms in Canada and the United States. dans CCENDU Bulletin. Ottawa, Canada: Canadian Centre on Substance Use and Addiction, 2022. [En ligne]. Disponible à: <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2022-12/CCENDU%202022%20Stimulants%20Update.pdf>
- [158] H. Camirand et al., Enquête québécoise sur la santé de la population 2020-2021. Québec, Québec: Gouvernement du Québec, 2023. [En ligne]. Disponible à: <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sante-population-2020-2021.pdf>
- [159] P. St-Martin et D. Lacroix, « Medication Treatments for Mental Health Disorders in Canada: An independent IQVIA report on drug utilization data, 2019-2023 », IQVIA, juill. 2024. [En ligne]. Disponible à: [https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/canada/publications/iqvia\\_2024-mental-health-report\\_en.pdf](https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/canada/publications/iqvia_2024-mental-health-report_en.pdf)
- [160] F. B. Diallo et al., « Surveillance du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les enfants et jeunes adultes au Québec : usage des médicaments », INSPQ : Surveillance des maladies chroniques, no 42, p. 1-36, août 2022. [En ligne]. Disponible à: <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3245-trouble-deficite-attention-hyperactivite-enfants-jeunes-adultes.pdf>
- [161] Canadian Centre on Substance Use and Addiction, « Prescription Stimulants », Canadian Centre on Substance Use and Addiction, Ottawa, Canada, mai 2022. [En ligne]. Disponible à: <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2022-05/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Prescription-Stimulants-2022-en.pdf>
- [162] P.-A. Dionne, H.-M. Vasiliadis, E. Latimer, D. Berbiche, et M. Preville, « Economic impact of inappropriate benzodiazepine prescribing and related drug interactions among elderly persons », Psychiatr. Serv. Wash. DC, vol. 64, no 4, p. 331-338, avr. 2013, doi: 10.1176/appi.ps.201200089.
- [163] J. Bouthillette, J. Collin, et C. Tannenbaum, « Des aînés accros à leurs pilules », Forum (Genova), vol. 45, no 18, p. 1-2, 2011, [En ligne]. Disponible à: <http://catalogue.iugm.qc.ca/Record.htm?Record=19147651157919658339&idlist=2>
- [164] P. Dominic et al., « Stimulant Drugs of Abuse and Cardiac Arrhythmias », Circ. Arrhythm. Electrophysiol., vol. 15, no 1, p. e010273, janv. 2022, doi: 10.1161/CIRCEP.121.010273.
- [165] L. Hendry, « Montreal's homelessness, addiction crises fuelling rise in safety complaints on the Metro », CBC News, Montréal, Québec, Canada, 8 juillet 2024. Consulté le: 23 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/stm-metro-safety-complaints-1.7255805>
- [166] L. Blouin, « Décriminalisation des drogues : 5 questions pour comprendre le modèle portugais », Radio-Canada, Radio-Canada.ca, 18 avril 2018. Consulté le: 25 novembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1095704/decriminalisation-des-drogues-5-questions-pour-comprendre-le-modele-portugais>
- [167] J. Brisson et T. Paccalet, Les Commissions de dissuasion de la toxicomanie au Portugal : suivi des indicateurs de santé et de la consommation chez les personnes utilisatrices de substances psychoactives dites « illicites », INSPQ. dans Direction du Développement des individus et des communautés. 2020. Consulté le: 25 novembre 2024. [En ligne]. Disponible à: [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2712\\_etat\\_sante\\_personnes\\_substances\\_psychoactives\\_illicites.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2712_etat_sante_personnes_substances_psychoactives_illicites.pdf)

- [168] P. Landel et A. C. Zielinska, « La politique de décriminalisation des drogues au Portugal : Entretien avec le prof. João Goulão », *Mouvements*, vol. 86, no 2, p. 151-164, mai 2016, doi: 10.3917/mouv.086.0151.
- [169] P. Leclerc, É. Roy, C. Morissette, M. Alary, R. Parent, et K. Blouin, « Surveillance des maladies infectieuses chez les utilisateurs de drogues par injection – Épidémiologie du VIH de 1995 à 2014 – Épidémiologie du VHC de 2003 à 2014 », INSPQ, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Rapport de surveillance, mars 2016. Consulté le: 8 avril 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://www.inspq.qc.ca/publications/2105>
- [170] É. Bergeron, « Possession simple de drogues: Une motion conservatrice pour freiner tout projet de décriminalisation est battue », *La Presse*, 21 mai 2024. Consulté le: 27 novembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.lapresse.ca/actualites/politique/2024-05-21/possession-simple-de-drogues/une-motion-conservatrice-pour-freiner-tout-projet-de-decriminalisation-est-battue.php>
- [171] J. Brisson, « Déjudiciarisation, décriminalisation et légalisation des drogues : quelques précisions conceptuelles », INSPQ, févr. 2024. [En ligne]. Disponible à: [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2024-03/3325-dejudiciarisation-decriminalisation-legalisation-possession-drogues-synthese\\_0.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/2024-03/3325-dejudiciarisation-decriminalisation-legalisation-possession-drogues-synthese_0.pdf)
- [172] C. Bains, « La Colombie-Britannique décriminalise les petites quantités de drogues illégales », *Le Devoir*. Consulté le: 25 novembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.ledevoir.com/societe/sante/779943/la-colombie-britannique-decriminalise-les-petites-quantites-de-drogues-illegales>
- [173] *La Presse canadienne*, « La Colombie-Britannique recriminalise la consommation de drogues », *Le Devoir*. Consulté le: 25 novembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.ledevoir.com/societe/sante/812421/colombie-britannique-recriminalise-consommation-drogues>
- [174] S. Coutu, « Santé Canada autorise l'utilisation de drogues psychédéliques pour des thérapies », *Radio-Canada*, *Radio-Canada.ca*, 14 janvier 2022. Consulté le: 25 novembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1854450/sante-canada-autorisation-drogues-psychedeliques-therapies-mdma-psilocybine>
- [175] Santé Canada, « Psilocybine et psilocine (champignons magiques) ». Consulté le: 25 novembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/drogues-illicites-et-reglementees/champignons-magiques.html>
- [176] B. Ouatik, « La psychothérapie par psychédéliques proposée dans deux hôpitaux montréalais », *Radio-Canada*, *Radio-Canada.ca*, Montréal, Québec, Canada, 9 novembre 2023. Consulté le: 22 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/2025569/psychotherapie-psychedelique-psilocybine-hopital-montreal>
- [177] Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS), « 3,4 méthylène-dioxy-méthamphétamine (MDMA, ecstasy ou molly) », Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS), Ottawa, Canada, oct. 2022. [En ligne]. Disponible à: <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2022-10/CCSA-MDMA-Ecstasy-Drug-Summary-2022-fr.pdf>
- [178] Agence France-Presse, « L'Australie autorise l'usage médical de l'ecstasy et des champignons hallucinogènes », *Radio-Canada*, *Radio-Canada.ca*, 30 juin 2023. Consulté le: 20 décembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1992790/australie-medecine-sante-ecstasy-champignons>
- [179] U.S. Food and Drug Administration, « FDA approves new nasal spray medication for treatment-resistant depression; available only at a certified doctor's office or clinic », *FDA News Release*. Consulté le: 25 novembre 2024. [En ligne]. Disponible à: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-new-nasal-spray-medication-treatment-resistant-depression-available-only-certified>
- [180] Health Canada, « Regulatory Decision Summary for Spravato », *Drug and Health Product Portal*. Consulté le: 8 février 2025. [En ligne]. Disponible à: <https://dhpp.hpfb-dgpsa.ca/review-documents/resource/RDS00738>



MÉMOIRE RÉDIGÉ DANS LE CADRE DE LA  
JOURNÉE D'ACTION POLITIQUE 2025

