

Cocaïne

Points clés

- Le pourcentage de consommation de cocaïne dans la population canadienne est faible (~2 %).
- Le taux de consommation dans la dernière année chez les jeunes de 20 à 24 ans est en hausse.
- Même si la prévalence de sa consommation est faible, la cocaïne est la deuxième substance en importance, après l'alcool, à l'origine des coûts élevés de justice pénale au Canada.

Introduction

La cocaïne est extraite du cocaïer, plante qui pousse principalement en Amérique du Sud. Pour extraire la cocaïne de la plante, il faut faire tremper les feuilles de coca dans des solvants chimiques, puis les écraser jusqu'à obtention d'une pâte. Après traitement avec des agents et acides oxydants, cette pâte se transforme en chlorhydrate de cocaïne, connu communément sous le nom de cocaïne¹.

La cocaïne est une poudre blanche souvent mélangée à des substances d'apparence similaire, comme la fécule de maïs. Cette poudre peut être reniflée par le nez ou dissoute puis injectée². Dans la rue, on donne souvent les noms suivants à la cocaïne : « coke », « coca », « neige », « charlie », « blanche », « dust » et « poudre »³.

La cocaïne « freebase » est produite en retirant le chlorhydrate du chlorhydrate de cocaïne, ce qui produit une cocaïne « épurée ». Cette technique de production permet de créer une forme de cocaïne qui se fume, mais elle peut se révéler très dangereuse⁴.

Autre procédé plus courant et moins dangereux de produire de la cocaïne à fumer : dissoudre la cocaïne dans un mélange d'eau et de bicarbonate de soude pour former des cristaux opaques et blanchâtres. Ces cristaux sont couramment connus sous le nom de crack ou de « roche » (puisque les cristaux ressemblent à des roches)⁴. Chauffer la « roche » de crack rend un son de craquement, d'où le terme « crack »³. Le crack ou la cocaïne « freebase » se fument ou s'injectent après avoir été dissous. Mélanger la cocaïne à d'autres substances*, en particulier les opiacés, de façon simultanée (« speedballs ») ou consécutive, pose un risque accru de surdose⁵.

Effets de la cocaïne

À court terme : Prendre de la cocaïne peut provoquer un état d'euphorie qui s'accompagne d'une grande bouffée d'énergie (appelée « rush », « flash » ou « high »). Quand la cocaïne est injectée ou fumée, un effet extrêmement intense est ressenti en quelques secondes, mais il ne dure que de 5 à 10 minutes. Quand la cocaïne est reniflée, l'effet est moins intense, mais dure de 15 à 30 minutes¹. Parmi les autres effets à court terme, notons une hausse de l'énergie et de la vivacité d'esprit; une

* Sauf indication contraire, dans le reste du document, le terme « cocaïne » englobe aussi le « crack ».



augmentation de la température corporelle, du rythme cardiaque et de la pression sanguine^{6,7}; l'agitation; la paranoïa; la perte d'appétit; des spasmes musculaires; l'AVC; l'évanouissement; et la surdose. Cette dernière peut se manifester par des douleurs thoraciques, de l'arythmie, de la confusion, des convulsions, une dépression respiratoire, un coma ou la mort⁶.

À long terme : La prise de cocaïne peut entraîner les effets à long terme suivants : des troubles du sommeil, la perte de poids, la tolérance à la drogue, la dépression, des problèmes cardiovasculaires^{7,8}, des lésions au nez (dus au reniflage), l'insuffisance rénale⁹, des lésions à la gorge et aux bronches (dus à l'inhalation de crack)¹⁰, des maux de tête, des hallucinations, des convulsions et des troubles de l'attention et de la mémoire. La consommation de cocaïne pendant la grossesse peut aussi entraîner un faible poids à la naissance (et des complications médicales connexes à long terme) pour le bébé^{9,11}. Il existe un lien entre l'injection de cocaïne et un risque accru de contracter le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le virus de l'hépatite C (VHC)¹², et l'inhalation de crack serait associée de façon indépendante aux infections au VIH et au VHC^{13,14,15}.

Statut juridique de la cocaïne au Canada

La cocaïne est une substance inscrite à l'annexe I de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* du Canada. Sa possession est passible de sept ans d'emprisonnement, et son trafic et sa production, de l'emprisonnement à perpétuité. La conduite avec facultés affaiblies par la cocaïne est également une infraction pénale en vertu du *Code criminel* du Canada, tout comme refuser de se conformer à la demande d'un policier de subir un test de dépistage. Les peines encourues sont les mêmes que pour la conduite avec facultés affaiblies par l'alcool.

Consommation dans la dernière année au Canada

Population générale (15 ans et plus) : Selon des données tirées de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD), 2,5 %[†] des Canadiens de 15 ans et plus ont déclaré avoir consommé de la cocaïne dans la dernière année en 2017, un taux proche des 1,2 % enregistrés en 2015, mais une hausse considérable par rapport aux 0,9 %[†] de 2013 (figure 1)^{16,17,18}. Cette tendance correspond à hausse de la consommation de cocaïne observée en Amérique du Nord et du Sud durant cette même période^{19,20}.

Adultes (25 ans et plus) : Selon l'ECTAD 2017, 2,2 %[†] des adultes canadiens ont déclaré avoir consommé de la cocaïne dans la dernière année¹⁸. Ce taux de consommation représente une hausse considérable par rapport aux 0,6 % de 2013 (figure 1)^{16,18}.

Jeunes (15 à 19 ans) : Le taux de consommation de cocaïne dans la dernière année des jeunes de 15 à 19 ans est resté stable entre 2013 (1,5 %[†]) et 2017 (1,6 %[†]) (figure 1)^{16,17,18}.

Jeunes (20 à 24 ans) : Contrairement au groupe d'âge précédent, chez les 20 à 24 ans, la consommation de cocaïne dans la dernière année a considérablement augmenté, passant de 3,3 %[†] en 2013 à 6,2 % en 2017 (figure 1)^{16,17,18}.

Élèves (7^e à 12^e année) : Selon l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves (ECTADE), 2,3 % des élèves de la 7^e à la 12^e année ont dit avoir pris de la cocaïne dans la dernière année en 2016-2017, ce qui est comparable aux 2,0 % de 2014-2015^{21,22}. Cela dit, en 2017, le taux de consommation dans la dernière année des élèves de la 10^e à la 12^e année (3,8 %) était beaucoup plus élevé que celui des élèves de la 7^e à la 9^e année (0,8 %)²². Même si le Sondage

[†] Remarque : Les pourcentages marqués d'une croix (†) sont à interpréter avec prudence, compte tenu du petit échantillon.

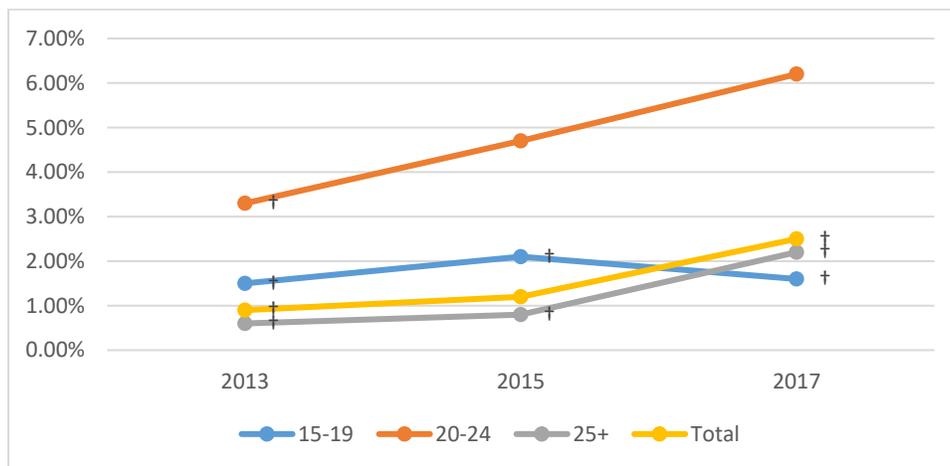


sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario signalait une hausse de la consommation de cocaïne (qui est passée de 2,5 % en 2015 à 3,1 % en 2017) chez les élèves de la 9^e à la 12^e année, cette hausse n'était pas significative^{23,24}. À noter aussi que le taux de consommation de cocaïne est en baisse depuis le début des années 2000 et qu'il est resté stable au cours des dernières années²⁴. Cela étant dit, on note une hausse considérable de la consommation de cocaïne avec l'année d'études : jusqu'à 5,5 % des élèves de 12^e année ont pris de la cocaïne dans la dernière année, même si ce taux n'a pas beaucoup changé depuis 1999²⁴.

Étudiants postsecondaires : Des données issues de la National College Health Assessment Survey [enquête nationale d'évaluation de la santé dans les établissements postsecondaires] menée au printemps 2016 à partir d'un échantillon de commodité de 41 établissements postsecondaires canadiens (donc, un échantillon non représentatif de tous les étudiants au Canada) indiquent que 93 % des étudiants postsecondaires n'avaient jamais consommé de cocaïne, que 5,3 % en avaient déjà pris, mais pas dans les 30 derniers jours et qu'environ 1,7 % en avaient pris dans les 30 derniers jours²⁵.

Sexe : Au Canada, il y a eu chez les hommes une hausse importante de la consommation de cocaïne, qui est passée de 1,3 %[†] en 2013 à 3,7 %[†] en 2017^{16,17,18}. Par contre, du côté des femmes, le taux de consommation n'a pas beaucoup changé entre 2013 (0,5 %[†]) et 2017 (1,3 %[†])^{16,18}. L'ECTAD 2017 signale une différence statistiquement significative dans la consommation de cocaïne dans la dernière année¹⁸ des hommes (3,7 %[†]) et des femmes (1,3 %[†]). Quant à l'ECTADE 2017, elle signale une différence importante dans la consommation de cocaïne dans la dernière année des garçons (2,9 %) et des filles (1,7 %) de la 7^e à la 12^e année¹⁸.

Figure 1. Prévalence de la consommation autodéclarée de cocaïne dans la dernière année chez les Canadiens, par catégorie d'âge



Source : ECTAD 2013, 2015, 2017^{16,17,18}

Remarque : Les pourcentages marqués d'une croix (†) sont à interpréter avec prudence, compte tenu du petit échantillon.

Rang parmi les cinq substances les plus consommées

Selon les données de l'ECTAD 2017, la cocaïne était la troisième substance la plus consommée, après l'alcool et le cannabis (en plus du tabac) chez les plus de 19 ans¹⁸. En comparaison, les jeunes de 15 à 19 ans étaient plus susceptibles de prendre des hallucinogènes et de la salvia ou de faire un usage problématique de médicaments d'ordonnance (y compris « pour se geler ») que de prendre de la cocaïne¹⁸ (tableau 1).



Tableau 1. Les cinq substances les plus consommées par les Canadiens dans la dernière année

	n° 1	n° 2	n° 3	n° 4	n° 5
Population générale (15 ans et plus)	Alcool (78,2 %)	Cannabis (14,8 %)	Cocaïne/crack (2,5 %)†	Hallucinogènes et salvia (1,5 %)	Usage problématique de médicaments d'ordonnance (1,2 %)†
Jeunes (15 à 19 ans)	Alcool (56,8 %)	Cannabis (19,4 %)	Hallucinogènes et salvia (2,8 %)	Usage problématique de médicaments d'ordonnance (2,1 %)†	Ecstasy (1,6 %)† Cocaïne/crack (1,6 %)†
Jeunes (20 à 24 ans)	Alcool (83,5 %)	Cannabis (33,2 %)	Cocaïne/crack (6,2 %)	Hallucinogènes et salvia (5,1 %)	Usage problématique de médicaments d'ordonnance (3,6 %)†
Adultes (25 ans et plus)	Alcool (79,4 %)	Cannabis (12,7 %)	Cocaïne/crack (2,2 %)†	Nombre supprimé	Nombre supprimé

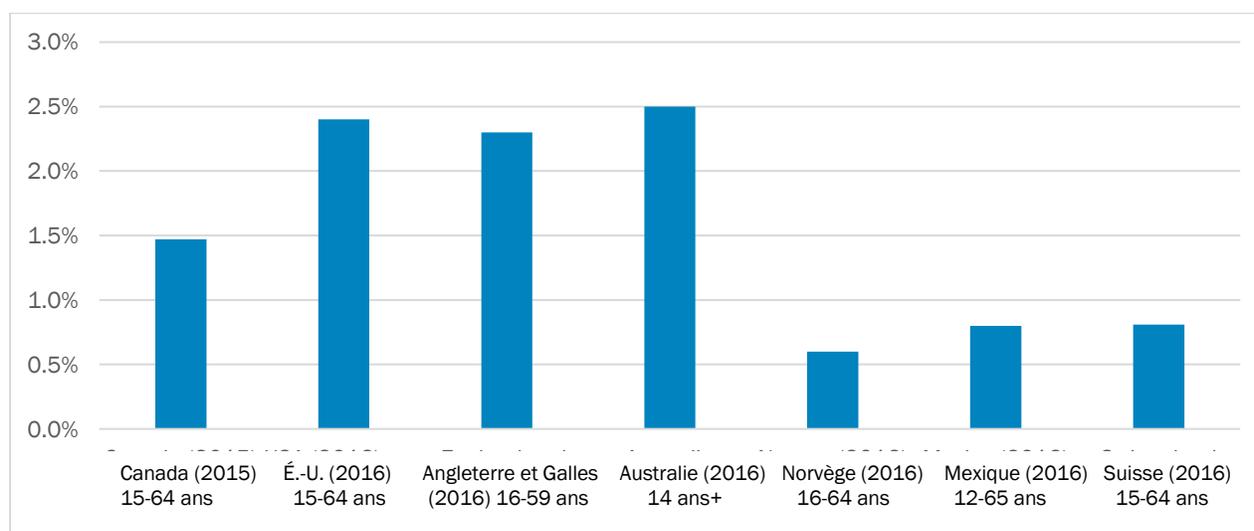
Source : ECTAD 2017¹⁸

Remarque : Les chiffres marqués d'une croix (†) sont à interpréter avec prudence, compte tenu du petit échantillon.

Consommation dans la dernière année, sur la scène internationale

D'après l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC), la prévalence annuelle de la consommation de cocaïne dans la population générale (15 à 64 ans) au Canada en 2015 était relativement élevée (1,47 %) par rapport à la moyenne mondiale (0,37 %) pour 2016. Cependant, le taux au Canada reste moins élevé que celui aux États-Unis (2,4 %), en Angleterre et au Pays de Galles (2,3 %) et en Australie (2,5 %), comme l'illustre la figure 2^{20,26}.

Figure 2. Prévalence de la consommation autodéclarée de cocaïne dans la dernière année dans la population générale, par pays

Source : ONUDC 2018²⁰

Remarque : Les taux de prévalence ne sont pas directement comparables entre pays en raison des différentes dates des enquêtes et tranches d'âge des populations sondées.



Méfais liés à la consommation de cocaïne

Les données hospitalières constituent une mesure importante des répercussions de l'usage de substances sur le système de santé. Des données produites par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) montrent que le taux d'admissions ou de départs de l'hôpital (taux défini comme le nombre de patients hospitalisés qui obtiennent leur congé de l'hôpital ou sont décédés) où la consommation de cocaïne était relevée a doublé entre 1996 et 2005, passant de 22 à 45 par 100 000 départs²⁷. Toutefois, des données plus récentes fournies par l'ICIS révèlent une baisse de 55 % du nombre de congés de l'hôpital liés à la cocaïne entre 2006 et 2011. Cette baisse est principalement attribuable à une diminution du nombre d'admissions chez les 25 à 44 ans²⁸.

En 2014, au Canada, il y a eu 1 572 hospitalisations pour des troubles entièrement (c.-à-d. intoxications) ou partiellement (c.-à-d. VIH) attribuables à la cocaïne, soit 0,6 % de toutes les hospitalisations au pays (sauf le Québec) attribuables à l'usage de substances²⁹. Malgré une baisse de 60,3 % des coûts par personne de soins de santé associés à la cocaïne de 2007 à 2014, la cocaïne a entraîné des coûts de 80 millions de dollars en soins de santé en 2014²⁹.

La perte de productivité est un autre méfait associé à la consommation de cocaïne. La mortalité prématurée, l'invalidité de longue durée, l'absentéisme et la perte d'efficacité au travail (présentéisme) sont autant de formes que peut prendre la perte de productivité attribuable à l'usage de substances. On estime que la cocaïne a joué un rôle dans 297 décès prématurés et le retrait de 883 personnes du marché du travail au Canada en 2014. Même si les coûts par personne de perte de productivité attribuables à la consommation de cocaïne ont diminué de plus de 22 % de 2007 à 2014 (passant de 11 \$ à 8 \$, respectivement), la cocaïne aurait entraîné des pertes de productivité de 300 millions de dollars au Canada en 2014²⁹.

Traitement

Selon les données de 2014-2015 du *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement*, 28,1 % des épisodes de traitement en Ontario concernaient des personnes qui déclaraient la cocaïne comme l'une des principales substances à l'origine de leur demande de traitement. En Ontario, la troisième substance la plus souvent citée à l'origine des demandes de traitement était la cocaïne, précédée de l'alcool et du cannabis^{30,31}. En Alberta, la cocaïne était la troisième substance la plus consommée dans les 12 mois précédant l'admission en traitement³¹.

Les recherches se poursuivent, mais à l'heure actuelle, aucune donnée probante ne vient appuyer l'utilisation de pharmacothérapies (anticonvulsivants³², antidépresseurs³³, stimulants³⁴, antipsychotiques³⁵ ou agonistes de la dopamine³⁶) ou de vaccins^{37,38} pour traiter la consommation de cocaïne ou la dépendance à cette drogue.

Cela dit, même en l'absence de traitement globalement efficace, il existe des thérapies comportementales dont l'efficacité à traiter la dépendance à la cocaïne et les troubles liés à la cocaïne a été démontrée. Actuellement, la thérapie cognitivo-comportementale et l'organisation des contingences s'avèrent efficaces^{39,40,41} et sont les interventions les plus solidement étayées pour traiter les troubles liés à la cocaïne^{42,43}.

Même s'il est difficile d'accéder à des interventions thérapeutiques efficaces et globales, des initiatives ont été mises en place pour réduire les méfaits liés à la consommation de cocaïne, dont :

- des programmes d'échange de seringues dans des centres urbains et de nombreuses régions rurales au Canada, qui distribuent du matériel d'injection stérile (aiguilles, seringues, tampons



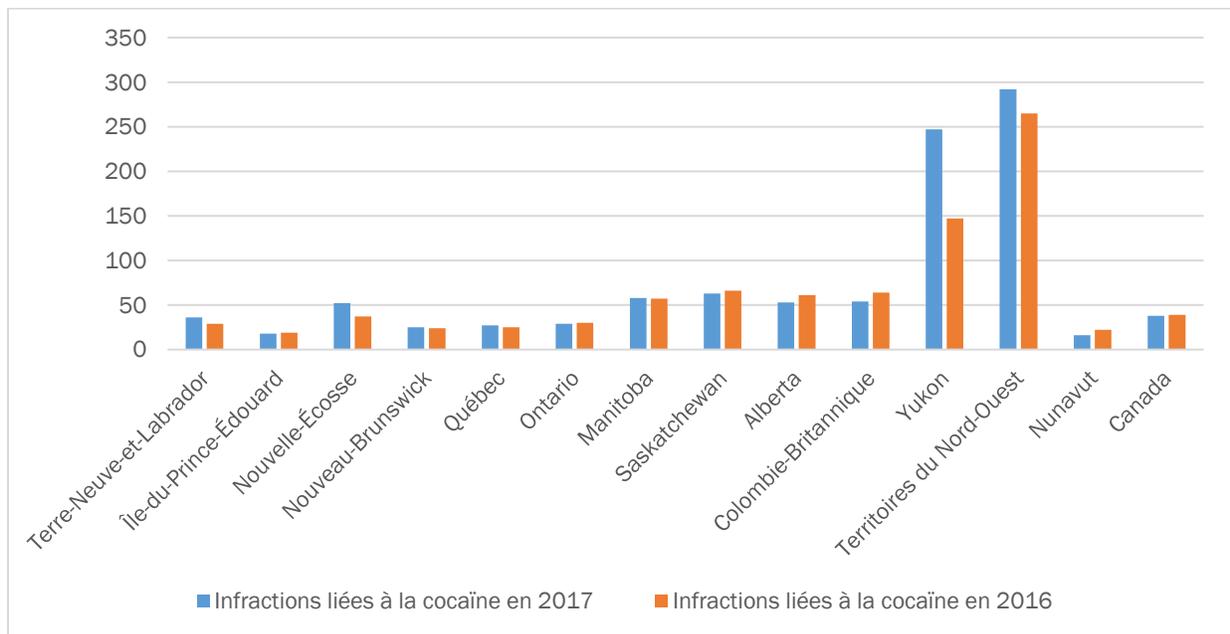
d'alcool, acidifiants, garrots sans latex, filtres, cuiseurs et eau), selon les besoins de l'utilisateur du service⁴⁴;

- des troussees distribuées dans quelques centres urbains au Canada, qui contiennent des pipes stériles, des embouts, des filtres, des bâtons poussoirs et des embouts pour l'inhalation de crack⁴⁴;
- des établissements et sites mobiles où il est possible de s'injecter de la cocaïne sous la supervision de professionnels de la santé, maintenant en opération en Alberta, en Colombie-Britannique, en Ontario et au Québec⁴⁵.

Application de la loi

Selon l'ONUDC, le Canada a déclaré la saisie de 2 440 kilos de cocaïne par les autorités d'application de la loi en 2016, soit une hausse d'environ 45 % par rapport à la quantité saisie l'année précédente (1 095 kilos)¹⁹. Pourtant, en 2017, le nombre d'infractions liées à la cocaïne au Canada a diminué pour une cinquième année consécutive (baisse de 5 % par rapport à 2016, selon les dossiers des corps policiers). De 2016 à 2017, le taux d'infractions liées à la cocaïne a diminué de 35 % au Nunavut, de 16 % en Colombie-Britannique et de 15 % en Alberta. Par contre, ce taux a augmenté de 71 % au Yukon, de 37 % en Nouvelle-Écosse et de 23 % à Terre-Neuve-et-Labrador⁴⁶ (figure 3).

Figure 3. Taux d'infractions liées à la cocaïne au Canada, par province



En 2014, au Canada, de toutes les substances, la cocaïne était la deuxième en importance, après l'alcool, à l'origine des coûts élevés de justice pénale²⁹, avec des coûts d'un peu moins de 1,9 milliard de dollars. Près de 90 % de ces coûts étaient attribuables aux interventions policières, aux procédures judiciaires et aux services correctionnels associés à des crimes violents tels que des homicides ou des voies de fait, et à des crimes non violents tels que des vols ou des incendies volontaires; les autres 10 % environ étaient associés à des infractions à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (trafic, possession, etc.). Même si environ 2 % de la population générale canadienne a pris de la cocaïne en 2014, plus de 20 % de tous les coûts de justice pénale attribuables à l'usage de substances concernaient la cocaïne²⁹.



Présence de cocaïne chez des conducteurs

Lors d'une enquête routière faite en 2012 dans cinq municipalités britanno-colombiennes, la cocaïne était la deuxième drogue illicite[‡] la plus souvent détectée, après le cannabis. C'est pour la cocaïne que le pourcentage de dépistages positifs a le plus augmenté, passant de 24,3 % en 2010 à 33 % en 2012⁴⁷. En outre, une enquête téléphonique transversale menée auprès d'adultes ontariens sur cinq ans (2002-2004, 2006 et 2008) a constaté que la prévalence d'implication autodéclarée dans une collision dans la dernière année était considérablement plus élevée chez les personnes ayant déclaré avoir consommé de la cocaïne au cours des 12 derniers mois (18,9 %) par rapport aux personnes qui n'avaient pas consommé de cocaïne (7,4 %) ⁴⁸.

Autres ressources

- [Répercussions des troubles liés aux substances sur l'utilisation des services hospitaliers \(rapport technique\)](#)
- [Consommation de drogues licites et illicites pendant la grossesse : répercussions sur la santé maternelle, néonatale et infantile \(rapport de la série Toxicomanie au Canada\)](#)
- [Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement – données de 2014-2015](#)
- [La conduite après usage de stimulants et les jeunes \(résumé thématique\)](#)
- [Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada](#)





- ¹ Levinthal, C.F. et T. Hamilton. *Drugs, behaviour, and modern society* (édition canadienne), Toronto (Ont.), Pearson Canada Inc., 2016.
- ² Kerr, T., N. Fairbairn, M. Tyndall, D. Marsh, K. Li, J. Montaner et E. Wood. « Predictors of non-fatal overdose among a cohort of polysubstance-using injection drug users », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 87, n° 1 (2007), p. 39–45.
- ³ Gendarmerie royale du Canada. *Tableau d'identification des drogues : Cocaïne*, Ottawa (Ont.) chez l'auteur, 2008.
- ⁴ Leonard, L. *What you need to know about safer inhalation*, Ottawa (Ont.), Programme ontarien de distribution des ressources pour la réduction des méfaits, 2014. Consulté sur le site : www.ohrdp.ca/wp-content/uploads/pdf/2013DrLeonard.pdf
- ⁵ O'Driscoll, P., J. McGough, H. Hagan, H. Thiede, C. Critchlow et R. Alexander. « Predictors of accidental fatal drug overdose among a cohort of injection drug users », *American Journal of Public Health*, vol. 91, n° 6 (2001), p. 984–987.
- ⁶ Gendarmerie royale du Canada. *Fiches de sensibilisation aux drogues*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2008.
- ⁷ Pozner, C.N., M. Levine et R. Zane. « The cardiovascular effects of cocaine », *Journal of Emergency Medicine*, vol. 29, n° 2 (2005), p. 173–178.
- ⁸ Stankowski, R.V., R.A. Kloner et S.H. Rezkalla. « Cardiovascular consequences of cocaine use », *Trends in Cardiovascular Medicine*, vol. 25, n° 6 (2015), p. 517–526.
- ⁹ Riezzo, I., C. Fiore, D. De Carlo, N. Pascale, M. Neri, E. Turillazzi et V. Fineschi. « Side effects of cocaine abuse: Multiorgan toxicity and pathological consequences », *Current Medicinal Chemistry*, vol. 19, n° 33 (2012), p. 5624–5646.
- ¹⁰ Tashkin, D.P. « Airway effects of marijuana, cocaine, and other inhaled illicit agents », *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, vol. 7, n° 2 (2001), p. 43-61.
- ¹¹ Finnegan, L. *Consommation de drogues licites et illicites pendant la grossesse : répercussions sur la santé maternelle, néonatale et infantile*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013.
- ¹² Tyndall, M., S. Currie, P. Spittal, K. Li, E. Wood, M. O'Shaughnessy et M. Schechter. « Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic », *Aids*, vol. 17, n° 6 (2003), p. 887–893.
- ¹³ DeBeck, K., T. Kerr, K. Li, B. Fischer, J. Buxton, J. Montaner et E. Wood. « Smoking of crack cocaine as a risk factor for HIV infection among people who use injection drugs », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 181, n° 9 (2009), p. 585–589.
- ¹⁴ Nurutdinova, D., A. Abdallah, S. Bradford, C.C. O'Leary et L.B. Cottler. « Risk factors associated with hepatitis C among female substance users enrolled in community-based HIV prevention studies », *BMC Research Notes*, vol. 4 (2011), p. 126.
- ¹⁵ Macias, J., R. Palacios, E. Claro, J. Vargas, S. Vergara, J.A. Mira, ... et J.A. Pineda. « High prevalence of hepatitis C virus infection among noninjecting drug users: Association with sharing the inhalation implements of crack », *Liver International*, vol. 28, n° 6 (2008), p. 781–786.
- ¹⁶ Statistique Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues de 2013 : tableaux détaillés*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2015.
- ¹⁷ Statistique Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues de 2015 : tableaux détaillés*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2016.
- ¹⁸ Statistique Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues de 2017 : tableaux détaillés*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2018.
- ¹⁹ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Rapport mondial sur les drogues 2018*, New York (É.-U.), Nations Unies, 2018.
- ²⁰ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Drugs Data*, Vienne (Autriche), Nations Unies, 2018.
- ²¹ Santé Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves : tableaux détaillés de 2014-15*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2015.
- ²² Santé Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves : tableaux détaillés de 2016-2017*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2018.
- ²³ Boak, A., H.A. Hamilton, E.M. Adlaf et R.E. Mann. *Drug use among Ontario students, 1977–2015: Detailed OSDUHS findings*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2015.
- ²⁴ Boak, A., H.A. Hamilton, E.M. Adlaf et R.E. Mann. *Drug use among Ontario students, 1977-2017: Detailed finding from the Ontario Student Drug Use and Health Survey (OSDUHS)*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2017.
- ²⁵ American College Health Association. *American College Health Association-National College Health Assessment II: Canadian Reference Group Data Report Spring 2016*, Hanover (Md.), chez l'auteur, 2016.
- ²⁶ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Drug indicators*, Vienne (Autriche), chez l'auteur, 2016.
- ²⁷ Callaghan, R.C. et S.A. Macdonald. « Changes in the rates of alcohol- and drug-related hospital separations for Canadian provinces: 1996 to 2005 », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 100, n° 5 (2009), p. 393–396.
- ²⁸ Young, M.M. et R.J. Jesseman. *Répercussions des troubles liés aux substances sur l'utilisation des services hospitaliers*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014.
- ²⁹ Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2014)*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018.
- ³⁰ Pirie, T., S.C. Wallingford, L.A. Di Gioacchino et R.J. McQuaid. *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement : données de 2013-2014*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2016.



- ³¹ McQuaid, R.J., L.A. Di Gioacchino et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Traitement de la dépendance au Canada : rapport sur les indicateurs nationaux de traitement – données de 2014-2015*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2017.
- ³² Singh, M., D. Keer, J. Klimas, E. Wood et D. Werb. « Topiramate for cocaine dependence: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials », *Addiction*, vol. 111, n° 8 (2016), p. 1337–1346.
- ³³ Pani, P.P., E. Trogu, S. Vecchi et L. Amato. *Antidépresseurs contre l'abus et la dépendance à la cocaïne*, Base de données d'examen systématiques de Cochrane, vol. 12 (2011), CD002950.
- ³⁴ Dürsteler, K.M., E.-M. Berger, J. Strasser, C. Cafilisch, J. Mutschler, M. Herdener et M. Vogel. « Clinical potential of methylphenidate in the treatment of cocaine addiction: a review of the current evidence », *Substance Abuse and Rehabilitation*, vol. 6 (2015), p. 61–74.
- ³⁵ Indave, B.I., S. Minozzi, P.P. Pani et L. Amato. *Antipsychotic medications for cocaine dependence*, Base de données d'examen systématiques de Cochrane, vol. 3 (2016), CD006306.
- ³⁶ Minozzi, S., L. Amato, P.P. Pani, R. Solimini, S. Vecchi, F. De Crescenzo, ... et M. Davoli. *Dopamine agonists for the treatment of cocaine dependence*, Base de données d'examen systématiques de Cochrane, vol. 5 (2015), CD003352.
- ³⁷ Kosten, T., C. Domingo, F. Orson et B. Kinsey. « Vaccines against stimulants: cocaine and MA », *British Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 77, n° 2 (2014), p. 368–374.
- ³⁸ Orson, F.M., R. Wang, S. Brimijoin, B.M. Kinsey, R.A. Singh, M. Ramakrishnan, ... et T.R. Kosten. « The future potential for cocaine vaccines », *Expert Opinion on Biological Therapy*, vol. 14, n° 9 (2014), p. 1271–1283.
- ³⁹ National Institute on Drug Abuse. « How is cocaine addiction treated? », *Research Report Series*, 2016. Consulté sur le site : www.drugabuse.gov/publications/research-reports/cocaine/what-treatments-are-effective-cocaine-abusers
- ⁴⁰ Carroll, K.M., C. Nich, N.M. Petry, D.A. Eagan, J.M. Shi et S.A. Ball. « A randomized factorial trial of disulfiram and contingency management to enhance cognitive behavioral therapy for cocaine dependence », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 160 (2016), p. 135–142.
- ⁴¹ Dutra, L., G. Stathopoulou, S.L. Basden, T.M. Leyro, M.B. Powers et M.W. Otto. « A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders », *American Journal of Psychiatry*, vol. 165, n° 2 (2008), p. 179–187.
- ⁴² Rawson, R.A., M. McCann, F. Flammino, S. Shoptaw, K. Miotto, C. Reiber et W. Ling. « A comparison of contingency management and cognitive-behavioral approaches for stimulant-dependent individuals », *Addiction*, vol. 101, n° 2 (2006), p. 267–274.
- ⁴³ Fischer, B., P. Blanken, D. Da Silveira, A. Gallassi, E.M. Goldner, J. Rehm, ... et E. Wood. « Effectiveness of secondary prevention and treatment interventions for crack-cocaine abuse: A comprehensive narrative overview of English-language studies », *International Journal of Drug Policy*, vol. 26, n° 4 (2015), p. 352–363.
- ⁴⁴ Programme ontarien de distribution des ressources pour la réduction des méfaits. *Programmes d'échange de seringues et d'aiguilles*, 2018. Consulté sur le site : <http://www.ohrdp.ca/fr/a-propos-du-podrrm-programme-ontarien-de-distribution-des-ressources-pour-la-reduction-des-mefaits/programmes-dechange-de-seringues-et-daiguilles/>
- ⁴⁵ Santé Canada. *Sites de consommation supervisée : statut des demandes*, 15 novembre 2018. Consulté sur le site : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/sites-consommation-supervisee/statut-demandes.html#app
- ⁴⁶ Allen, M. Statistiques sur les crimes déclarés par la police au Canada, 2017, *Juristat*, Statistique Canada, numéro au catalogue 85-002-X, Ottawa (Ont.), Centre canadien de la statistique juridique, 2018.
- ⁴⁷ Beirness, D.J. et E.E. Beasley. *Alcohol and drug use among drivers following the introduction of immediate roadside prohibitions in British Columbia: findings from the 2012 roadside survey 2012*, Victoria (C.-B.), ministère de la Justice de la Colombie-Britannique, 2012.
- ⁴⁸ Stoduto, G., R.E. Mann, A. Ialomiteanu, C.M. Wickens et B. Brands. « Examining the link between collision involvement and cocaine use », *Drug and alcohol dependence*, vol. 123, n° 1 (2012), p. 260–263.