



Méthamphétamine

Points clés

- La prévalence de la consommation de méthamphétamine dans la population canadienne est faible (~0,2 %).
- Plusieurs provinces et territoires signalent que la consommation de méthamphétamine a au moins triplé au cours des cinq dernières années chez les personnes qui recourent aux services de traitement ou de réduction des méfaits.
- Une forte hausse du taux d'infractions criminelles mettant en cause la méthamphétamine a été observée au cours des cinq dernières années (2013-2018).

Introduction

La méthamphétamine est une substance de synthèse classée comme stimulant du système nerveux central (SNC) ou comme psychostimulant. La famille des stimulants du SNC inclut de nombreuses substances, comme la caféine, la nicotine, l'amphétamine (p. ex. Adderall^{MD}), le méthylphénidate (p. ex. Ritalin^{MD}), la MDMA (« ecstasy »), la cocaïne (dont le crack) et la méthamphétamine (dont la méthamphétamine en cristaux, aussi appelée « crystal meth »)^{1,2}.

La méthamphétamine et l'amphétamine sont des psychostimulants qui sont souvent regroupés, mais il s'agit en fait de substances différentes. Une légère modification chimique apportée à l'amphétamine permet d'obtenir de la méthamphétamine, qui a donc un profil pharmacologique distinct qui déclenche la libération d'une quantité accrue de certaines substances neurochimiques dans le cerveau et une réponse physiologique plus intense et rapide. Au Canada, il est possible de prescrire certaines amphétamines (p. ex. Adderall et Vyvanse^{MD}) pour traiter le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) et la narcolepsie; la méthamphétamine est actuellement illicite.

La méthamphétamine est souvent fabriquée dans des laboratoires clandestins illégaux à partir de produits chimiques courants et peu coûteux, comme l'éphédrine et la pseudoéphédrine, que l'on trouve notamment dans certains médicaments. Comme ces médicaments servaient de précurseurs chimiques dans la fabrication de méthamphétamine, des règlements plus stricts ont été imposés au Canada en 2006 pour en limiter l'accès (ils sont désormais rangés au comptoir des ordonnances dans les pharmacies)³. La production illicite s'avère dangereuse, compte tenu de la toxicité des produits chimiques utilisés et du grand risque d'explosion.

La méthamphétamine se vend sous forme de poudre (parfois cristalline) ou de comprimés, ou alors de roches ou de cristaux, le tout dans une multitude de couleurs^{2,4}. Tout dépendant de sa forme, la méthamphétamine peut être reniflée, injectée, ingérée ou fumée. Quelques appellations courantes de la méthamphétamine :



- meth
- tina
- peach
- jib
- crystal meth
- crank
- pink
- pilule
- cristal
- verre
- tweak
- lame
- glace
- craie
- candy
- speed
- rock
- peanut

Effets de la méthamphétamine

À court terme : La méthamphétamine stimule la vigilance, l'énergie et la confiance en soi^{2,5}. Quand elle est fumée ou injectée, la méthamphétamine provoque aussi un état d'euphorie (appelé « rush » ou « flash ») qui s'accompagne d'une hausse d'énergie et d'une diminution de la fatigue. L'effet euphorique attribuable à la consommation de méthamphétamine résulte d'une élévation du taux de dopamine (neurotransmetteur associé au plaisir, au mouvement et à l'attention) dans le cerveau¹. Soulignons que la méthamphétamine agit de façon plus marquée que la cocaïne sur le taux de dopamine dans le cerveau, d'où un effet plus intense et prolongé. En effet, s'il faut une heure pour éliminer 50 % de la cocaïne de l'organisme, il en faut 12 dans le cas de la méthamphétamine⁶.

La méthamphétamine peut entraîner d'autres effets physiques comme une perte d'appétit, des maux de tête, des étourdissements, des maux de ventre, l'assèchement de la bouche, l'hyperthermie (élévation de la température corporelle) et une augmentation de la fréquence respiratoire, du rythme cardiaque et de la pression artérielle^{2,5}. Selon le mode d'administration, l'état euphorique provoqué par la méthamphétamine peut durer jusqu'à 12 heures⁴.

À long terme : Lorsque la méthamphétamine est consommée de façon régulière, sur une longue période, le risque de voir apparaître une psychose ou des symptômes psychotiques est accru⁴ (parmi ces symptômes, mentionnons un comportement violent, la paranoïa, des hallucinations et des délires, qui présentent des risques et des défis pour les professionnels de la santé). Il arrive souvent aux utilisateurs de méthamphétamine d'avoir l'impression que des insectes leur rampent sur ou sous la peau. Les fortes démangeaisons ainsi causées peuvent produire des plaies cutanées et des lésions dues au grattement. Les sautes d'humeur, l'insomnie et la perte de mémoire⁵ sont d'autres exemples d'effets à long terme. Ajoutons que l'usage chronique suit généralement un cycle « excès-effondrement » : la drogue est consommée à répétition pendant plusieurs jours (excès), puis un état de sevrage s'installe (effondrement). Une personne en sevrage de méthamphétamine pourrait ressentir des symptômes comme la fatigue, la dépression, l'anxiété et un état de manque intense⁵.

Outre ses effets neurologiques et comportementaux, la consommation continue de méthamphétamine est associée à des effets physiques attribuables à une mauvaise alimentation et à un manque de sommeil, tels qu'une perte de poids et des maladies respiratoires⁶. Consommer de la méthamphétamine pendant la grossesse est nocif pour le fœtus et fait augmenter le risque de naissance prématurée, de faible poids à la naissance et d'anomalies cardiaques et cérébrales⁷.

Statut juridique de la méthamphétamine au Canada

La méthamphétamine est inscrite à l'annexe I de la *Loi réglementant certaines drogues et substances*, qui en réglemente la consommation, la production et la distribution⁸. La production, la possession, le trafic, l'importation et l'exportation de méthamphétamine sont illégaux au Canada. La possession peut entraîner une peine allant jusqu'à sept ans de prison. Le trafic, l'importation, l'exportation et la production sont passibles de l'emprisonnement à perpétuité. La conduite avec facultés affaiblies par la méthamphétamine est également une infraction pénale en vertu du *Code*



criminel du Canada, et certains appareils de dépistage par la salive ou le prélèvement d'échantillons de sang ou d'urine permettent de détecter la présence de méthamphétamine⁹.

Consommation autodéclarée

Globalement, le taux de consommation autodéclarée de méthamphétamine au Canada est faible par rapport à celui d'autres substances illicites et est demeuré stable pour les années les plus récentes pour lesquelles des données sont disponibles. À noter toutefois que dans certaines sous-populations, la consommation autodéclarée est en hausse*.

Consommation dans la dernière année dans la population générale (15 ans et plus) : Selon des données de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) 2015, environ 0,2 %[†] de cette population (soit 59 000 Canadiens) ont déclaré avoir consommé de la méthamphétamine dans la dernière année^{‡,10}. Ce pourcentage est le même que celui de l'ECTAD 2013¹¹. Il n'existe aucune estimation pour 2017 en raison de la forte variabilité d'échantillonnage¹².

Consommation à vie dans la population générale (15 ans et plus) : Selon des données de l'ECTAD 2017, 3,7 % des Canadiens ont pris de la méthamphétamine au moins une fois dans leur vie (figures 1 et 2)¹². En 2017, la prévalence à vie était considérablement plus élevée chez les hommes (5,4 %) que chez les femmes (2,2 %) (figures 1 et 2)[†].

Consommation à vie chez les adultes (25 ans et plus) : 3,9 % des Canadiens de 25 ans et plus ont déclaré avoir consommé de la méthamphétamine au moins une fois dans leur vie¹².

Consommation à vie chez les jeunes : En 2017, 1,0 %[†] des jeunes de 15 à 19 ans ont déclaré avoir consommé de la méthamphétamine[‡] au moins une fois dans leur vie¹². Chez les jeunes de 20 à 24 ans, le taux de consommation à vie était de 3,8 %.

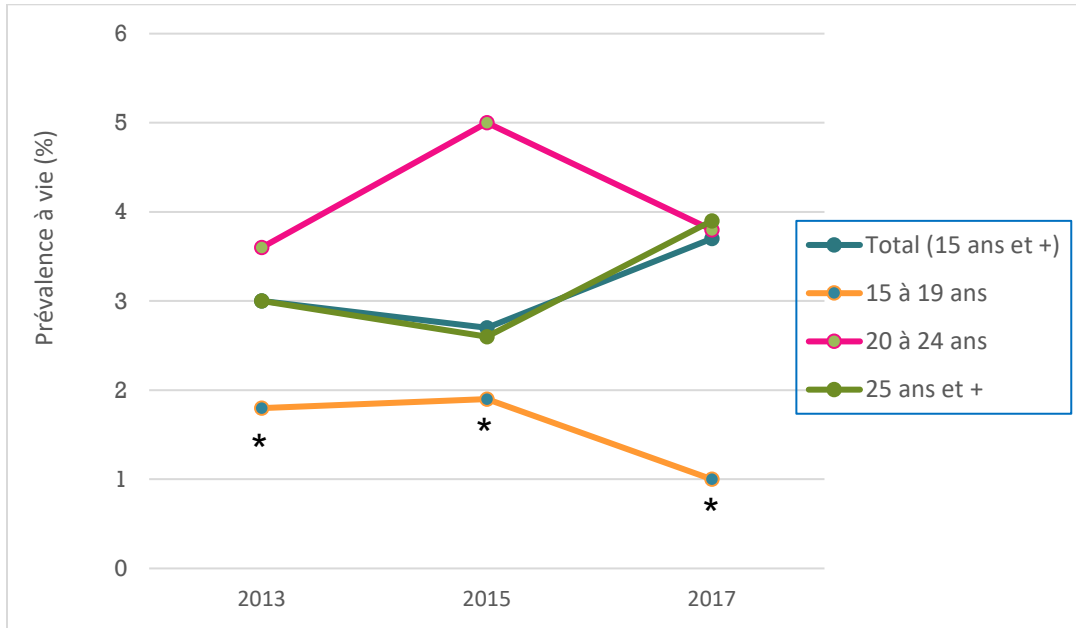
* La prévalence estimée dans la dernière année manque pour certaines catégories d'âge, en raison de la forte variabilité d'échantillonnage.

† Ce pourcentage est à interpréter avec prudence, en raison d'une variabilité d'échantillonnage modérée.

‡ Dans l'ECTAD, la prévalence dans la dernière année et à vie est estimée pour la catégorie « speed, méthamphétamine, crystal meth ».



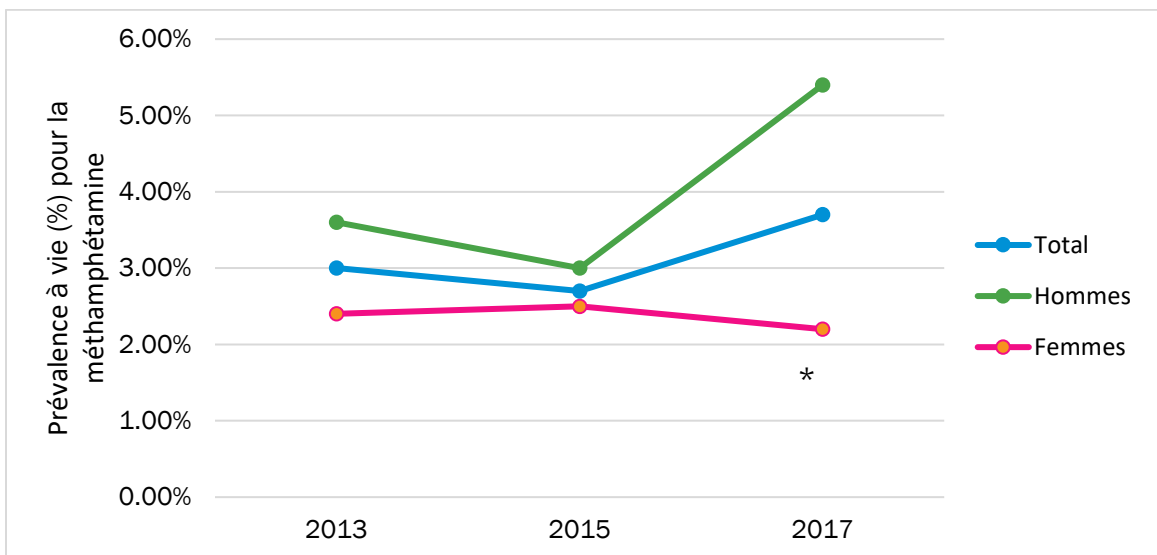
Figure 1. Prévalence de la consommation autodéclarée à vie de méthamphétamine chez les Canadiens, selon l'âge (2013-2017)



Source : ECTAD 2013¹¹, 2015, 2017^{10,12}

À noter que les chiffres marqués d'un astérisque (*) doivent être interprétés avec prudence, compte tenu de la petite taille de l'échantillon.

Figure 2. Prévalence de la consommation autodéclarée à vie de méthamphétamine chez les Canadiens, selon le sexe (2013-2017)



Source : ECTAD 2013¹¹, 2015¹⁰, 2017¹²

À noter que les chiffres marqués d'un astérisque (*) doivent être interprétés avec prudence, compte tenu de la taille modérée de l'échantillon.



Consommation dans la dernière année chez les élèves (7^e à 12^e année) : Selon des données de l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves (ECTADE) 2018-2019, 1,3 %[†] des élèves canadiens de la 7^e à la 12^e année ont dit avoir pris des amphétamines (dont de la méthamphétamine) dans la dernière année, soit un pourcentage semblable à celui de 2016-2017 (1,2 %)§.13. À 1,9 %, la prévalence dans la dernière année chez les élèves de la 10^e à la 12^e année était 2,7 fois plus forte que celle des élèves de la 7^e à la 9^e année (0,7 %)13. En Ontario, en 2017, le taux de consommation de méthamphétamine dans la dernière année des élèves de la 9^e à la 12^e année s'établissait à 0,6 %, soit une baisse substantielle par rapport aux 6,3 % de 199914.

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 2019 à partir d'un échantillon de commodité de 58 établissements postsecondaires canadiens (donc, un échantillon non représentatif de tous les étudiants au Canada) indiquent que 98,2 % des étudiants postsecondaires n'avaient jamais consommé de méthamphétamine, que 1,4 % en avaient déjà pris mais pas dans les 30 derniers jours et que 0,4 % en avaient pris dans les 30 derniers jours15.

Sexe : Dans la population générale (15 ans et plus), en 2017, la prévalence de la consommation à vie de méthamphétamine des hommes (5,4 %) était beaucoup plus élevée que celle des femmes (2,2 %)†.12. Chez les élèves de la 7^e à la 12^e année, en 2018-2019, la prévalence de la consommation dans la dernière année des garçons était aussi beaucoup plus élevée (1,6 %) que celle des filles (1 %)13.

Premières Nations : Selon des données du rapport national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations, en 2015-2016, le taux de consommation de méthamphétamine/de crystal meth dans la dernière année chez les Premières Nations (18 ans et plus) était d'environ 1,2 %16. Ajoutons que 0,6 % des jeunes (12 à 17 ans) des Premières Nations avaient consommé de la méthamphétamine/du crystal meth dans la dernière année en 2015-201616.

Cependant, les données d'enquêtes nationales ne racontent qu'une partie de l'histoire. Ainsi, le taux de consommation de méthamphétamine varie considérablement d'une province et d'un territoire à l'autre, et la consommation problématique a tendance à se concentrer dans les populations sous-représentées dans les enquêtes nationales. Malgré des lacunes dans les données disponibles, selon des indicateurs de soins de santé et d'application de la loi, il y aurait eu une augmentation de la disponibilité, de la consommation et des méfaits associés à la méthamphétamine dans les cinq dernières années dans la plupart des provinces, mais surtout dans celles de l'Ouest (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan et Manitoba). Un réseau pancanadien de surveillance piloté par le CCDUS et réunissant des représentants municipaux, provinciaux et territoriaux a aussi remarqué qu'une récente hausse des méfaits liés aux stimulants au Canada est principalement attribuable à la méthamphétamine17.

Estimation de la consommation de méthamphétamine au Canada à partir des eaux usées

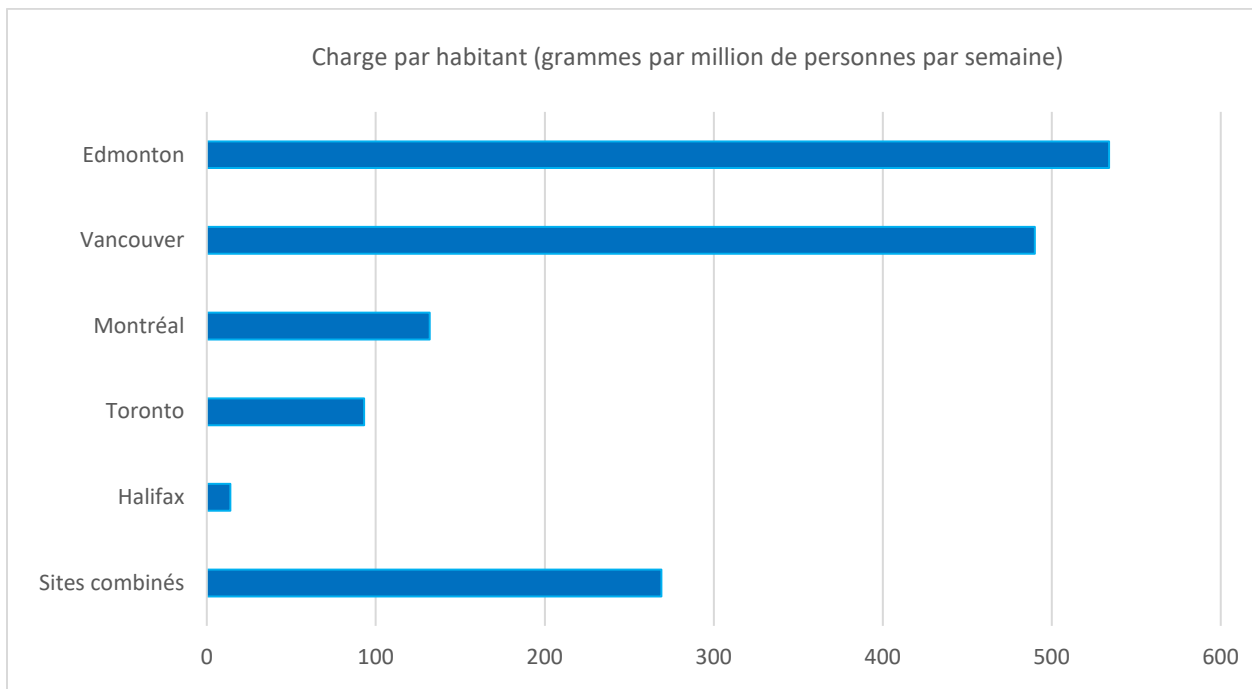
Le corps humain peut excréter de grandes quantités de méthamphétamine non métabolisée, d'où une détection possible de cette substance dans les systèmes de traitement des eaux usées. Il pourrait y avoir équivalence entre les concentrations en méthamphétamine dans les eaux usées et les habitudes de consommation dans une région donnée. Dans le cadre d'une étude pilote, Statistique Canada a recueilli des échantillons d'eaux usées dans des villes canadiennes, de mars 2018 à février

§ Dans l'ECTADE, la prévalence dans la dernière année est estimée pour la catégorie « speed, ice, meth ».



2019, ce qui a montré de faibles concentrations de méthamphétamine dans les eaux usées de Halifax, Toronto et Montréal**. À l'opposé, les concentrations dans les eaux usées d'Edmonton et de Vancouver étaient plus de 3,7 fois supérieures à celles de Montréal et de Toronto (figure 3)¹⁸. Par contre, pour valider ces constats, il faudrait comparer les données sur les eaux usées à des données d'autres sources, comme celles du secteur de la justice, de la santé publique, des statistiques de l'état civil ou de l'administration de la santé¹⁸.

Figure 3. Estimation de la consommation de méthamphétamine au Canada à partir des eaux usées (mars 2018 à février 2019)



Source : Statistique Canada (2019)¹⁸

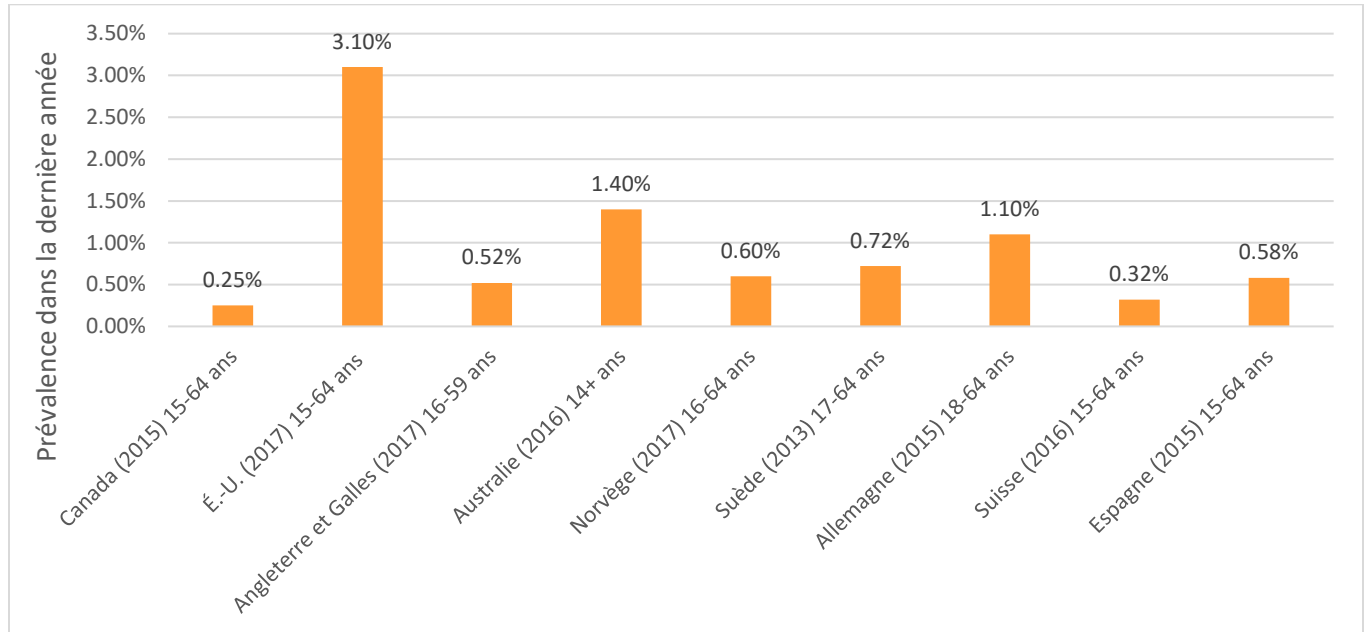
Comparaison avec d'autres pays

Selon des données obtenues en 2019 de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, la prévalence de la consommation d'amphétamine (y compris de méthamphétamine) dans la dernière année au Canada était estimée en 2017 à environ 0,25 % de la population âgée de 15 à 64 ans, soit un taux inférieur à celui de certains autres pays occidentaux (figure 4)¹⁹.

** Un petit nombre de médicaments d'ordonnance, comme la sélégiline, la benzphétamine et la famprofazone, peuvent aussi être convertis en méthamphétamine et se retrouver dans les eaux usées. Toutefois, selon les données sur les ventes de médicaments de Santé Canada, moins de 5 % de la méthamphétamine présente dans les eaux usées serait attribuable à ces médicaments.



Figure 4. Prévalence de la consommation autodéclarée d'amphétamine et de méthamphétamine dans la dernière année dans la population générale, selon le pays



Source : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2019¹⁹

À noter que les estimations de la prévalence portent à la fois sur l'amphétamine et la méthamphétamine.

Méfais associés à la consommation

Comparativement à d'autres substances, comme l'alcool, les données sur les méfaits associés à la consommation de méthamphétamine au Canada sont limitées. Les coûts de soins de santé estimés^{††} associés aux stimulants du SNC (excluant la cocaïne) ont doublé, passant de 51,16 millions de dollars en 2007 à 107,38 millions en 2014²⁰.

Conduite avec facultés affaiblies

Au Canada, il n'existe que quelques estimations nationales de la prévalence de la conduite sous l'effet de la méthamphétamine. De plus, il est difficile d'isoler les effets de la méthamphétamine sur la conduite, puisqu'elle est souvent placée dans la grande catégorie des stimulants du SNC, qui regroupe des substances comme la cocaïne et l'amphétamine.

Des chiffres tirés de la base de données nationale sur les décès montrent qu'au Canada, en 2015, sur les 823 conducteurs mortellement blessés soumis à un dépistage de drogue, 405 (49 %) ont obtenu un résultat positif; plus de 27 % de ces conducteurs ont obtenu un résultat positif pour des stimulants du SNC comme la cocaïne, l'amphétamine et la méthamphétamine^{‡‡}.²¹ Selon une enquête routière réalisée en Colombie-Britannique en 2018, 36,1 % des conducteurs ayant pris de la drogue étaient positifs aux stimulants, comme la cocaïne et l'amphétamine, alors que 70,5 %

^{††} Sont inclus dans les coûts de soins de santé les coûts attribuables aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour, aux visites à l'urgence, aux épisodes de traitement spécialisé, à la rémunération des médecins et aux médicaments sur ordonnance.

^{‡‡} Données recueillies par la Fondation de recherches sur les blessures de la route dans les dossiers de coroners et médecins légistes qui contiennent les résultats d'analyses toxicologiques faites pour détecter de l'alcool ou de la drogue dans les échantillons de sang de conducteurs mortellement blessés.

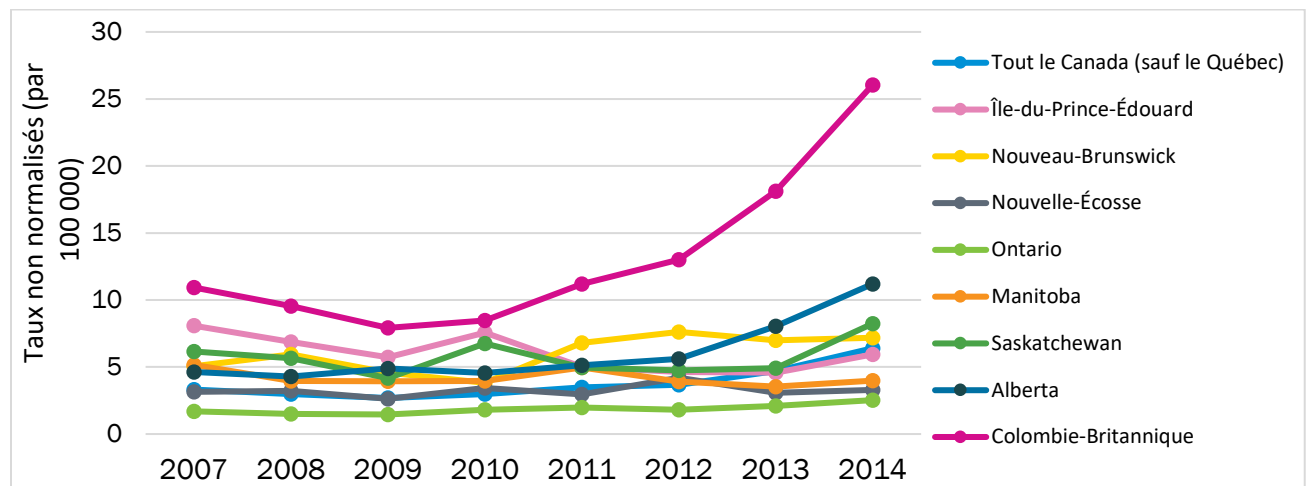


étaient positifs au cannabis et 6,0%, aux opioïdes^{§§}.²² Une autre enquête routière menée en 2017 dans cinq régions de l'Ontario a permis d'évaluer la prévalence de la consommation d'alcool et de drogue des conducteurs de nuit. Elle a montré que 17,8 % des conducteurs aux tests de drogue positifs avaient consommé des stimulants comme la cocaïne et la méthamphétamine, 82,1 %, du cannabis et 13,4 %, des opioïdes²³.

Hospitalisations

Le nombre d'hospitalisations attribuables aux stimulants du SNC, dont la méthamphétamine, a augmenté dans plusieurs provinces et territoires canadiens de 2007 à 2014 (figure 5)²⁰. Plus précisément, de 2012 à 2014, le taux d'hospitalisations en Colombie-Britannique et en Alberta a doublé, alors que la Saskatchewan et l'ensemble du Canada (sauf le Québec) ont connu une hausse d'environ 70 %. Si ces hospitalisations incluent celles pour des stimulants autres que la méthamphétamine, les données provenant d'autres sources portent à croire que ces hausses sont en grande partie attribuables à l'augmentation des méfaits associés à la consommation de méthamphétamine.

Figure 5. Taux d'hospitalisations attribuables aux stimulants du SNC (sauf la cocaïne) dans quelques provinces et territoires et dans l'ensemble du Canada (sauf le Québec), 2007-2014



Source : Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada (2019)²⁰

Une analyse de l'Institut canadien d'information sur la santé montre qu'en 2017-2018, le taux global d'hospitalisations pour des méfaits causés par les stimulants (dont la méthamphétamine) chez les Canadiens de 10 ans et plus était de 11,2 % (de toutes les hospitalisations pour des méfaits causés par l'usage de substances); les taux les plus élevés ont été observés en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et au Nouveau-Brunswick (avec 16,1 %, 14,7 % et 14,6 %, respectivement)²⁴. Plus précisément, chez les jeunes de 10 à 24 ans, le taux global d'hospitalisations pour des méfaits causés par les stimulants (dont la méthamphétamine) était de 60 par 100 000 habitants; le taux le plus élevé a été observé chez les 18 à 24 ans (97 par 100 000)²⁵.

§§ De la drogue a été détectée dans les échantillons de salive de conducteurs, échantillons qui ont ensuite été testés dans un laboratoire de toxicologie.



- À Winnipeg, les visites à l'urgence liées à la consommation de méthamphétamine ont augmenté de 10 visites en janvier 2013 à 180 en décembre 2017, soit une hausse de 1 700 %²⁶.
- À Vancouver, une étude de cohorte prospective menée de 2005 à 2016 auprès de 1 216 jeunes de la rue âgés de 14 à 26 ans n'a pas fait ressortir de lien entre la consommation quotidienne de crystal meth dans les six mois précédents l'analyse et une hausse des hospitalisations²⁷.

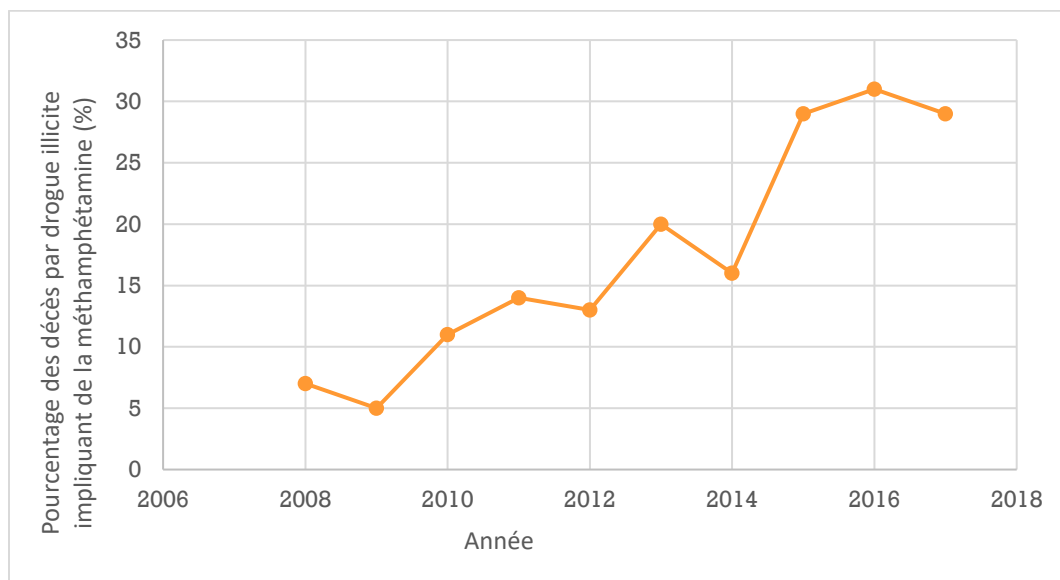
Décès liés à la méthamphétamine

Il n'existe à l'heure actuelle aucune statistique nationale qui quantifie le nombre de décès attribuables uniquement à la méthamphétamine au Canada. Cela dit, quelques provinces compilent des statistiques quand de la méthamphétamine est détectée à la suite de décès par surdose de drogue illicite; ces données n'indiquent toutefois pas si la méthamphétamine était la cause principale du décès ou un élément y ayant contribué.

Colombie-Britannique

- De 2016 à 2019, de l'amphétamine ou de la méthamphétamine a été détectée dans 33 % des décès par surdose de drogue illicite²⁸. Cette proportion est passée d'environ 8 % en 2008 à 29 % en 2017 (figure 6)²⁹.

Figure 6. Proportion des décès par drogue illicite impliquant de la méthamphétamine, en Colombie-Britannique (2008-2017)



Source : B.C. Coroner's Service, 2019²⁹

Alberta

- En 2017, dans environ 42 % de tous les décès par intoxication au fentanyl, la méthamphétamine était mentionnée comme facteur contributif, comparativement à 32 % pour la cocaïne et 23 % pour l'héroïne³⁰.



- La proportion d'intoxications au fentanyl impliquant la méthamphétamine était 2,6 fois plus élevée en 2017 (42 %) qu'en 2015 (16 %)³⁰.

Manitoba

- De 2016 à 2017, le nombre de décès où de la méthamphétamine a été détectée a doublé, passant de 16 % à 27 %²⁶.

Ontario

- Les données préliminaires fournies par le Bureau du coroner en chef de l'Ontario montrent que la méthamphétamine a contribué à 14 % des décès accidentels liés au fentanyl dans la province de mai 2017 à mars 2018. En Ontario, le nombre de décès dont la cause directe ou l'un des facteurs de toxicité létale était la méthamphétamine est passé de 14 en 2012 à 217 en 2017 (chiffres préliminaires)¹⁷.

Accès aux services de traitement et de réduction des méfaits

Malgré le manque de données sur les indicateurs de services de réduction des méfaits, plusieurs provinces et territoires canadiens signalent une hausse, au cours des cinq dernières années, de la consommation de méthamphétamine chez les personnes qui recourent à ces services.

Colombie-Britannique

- Le Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique a interrogé les clients de centres de réduction des méfaits de la province, lors du cycle le plus récent d'une enquête en 2018³¹. Selon les résultats obtenus, la substance illicite la plus communément consommée dans les sept derniers jours était la méthamphétamine en cristaux (69 %), ce qui représente une hausse par rapport au cycle précédent, en 2015 (47 %)³².
- D'autres sources de données, comme les enquêtes auprès des consommateurs de drogue de Vancouver (l'étude sur les consommateurs de drogue injectable de Vancouver, l'étude de cohorte sur le sida pour évaluer l'accès aux services de survie et l'étude sur les jeunes à risque), ont fait ressortir une hausse de l'usage de méthamphétamine en cristaux¹⁷.

Alberta

- La proportion de clients ayant recours aux services fournis par la division Santé mentale et dépendance des Services de santé de l'Alberta qui ont dit consommer de la méthamphétamine en cristaux a près de triplé de 2011-2012 à 2015-2016¹⁷.

Saskatchewan

- La prévalence de la consommation de méthamphétamine déclarée lors de l'admission à des programmes de traitement est passée de 5 % en 2009-2010 à 25 % en 2015-2016³³.

Manitoba

- Chez les clients adultes qui recourent aux services offerts par la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances, le taux de consommation de méthamphétamine dans la dernière année déclarée est passé de 9 % en 2014-2015 à 24 % en 2018-2019 (jusqu'à maintenant), dont un plus grand nombre de femmes¹⁷.



Ontario

- En 2016-2017, en Ontario, la méthamphétamine a remplacé l'alcool en tant que troisième substance la plus souvent consommée par la clientèle des services de réduction des méfaits offerts par différents programmes provinciaux, communautaires et de renforcement des capacités³⁴.
- Le système Drogue et alcool – système d'information sur le traitement a aussi signalé une hausse de la proportion de personnes voulant faire traiter une consommation de méthamphétamine en Ontario, de 2,13 % en 2012-2013 à 8,3 % en 2016-2017³⁵.

Québec

- Le Réseau SurvUDI surveille les utilisateurs de drogues par injection dans huit régions du Québec et la ville d'Ottawa. La proportion de personnes sondées qui ont indiqué s'être injecté des stimulants autres que la cocaïne ou le crack, y compris les amphétamines et la méthamphétamine, au moins une fois dans les six derniers mois est passée de 5 % en 2004 à 14 % en 2016¹⁷.

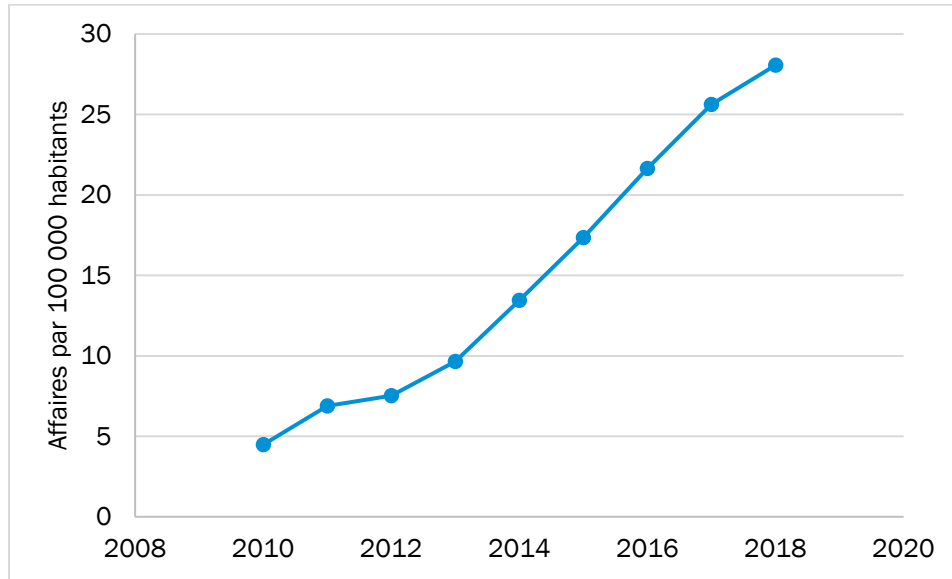
Conséquences pour le système de justice pénale

La consommation fréquente de méthamphétamine provoque parfois certaines manifestations (comportement violent, paranoïa et psychose) qui peuvent faire augmenter le risque de crime violent et les coûts liés à la criminalité³⁶. Ainsi, en 2014, les coûts pour le système de justice pénale associés aux stimulants du SNC, dont la méthamphétamine, ont été estimés à 575 millions de dollars²⁰.

En 2010-2018, des statistiques sur les crimes fondés sur l'affaire de Statistique Canada montrent une forte hausse du nombre d'infractions pour possession (626 %), trafic (339 %) et importation/exportation (4 200 %) de méthamphétamine, et une légère hausse pour la production (107 %) (figures 7 et 8)³⁷. Comme dans le cas des autres drogues illicites, la majeure partie des infractions liées à la méthamphétamine étaient pour possession (28,1 par 100 000)³⁷. Précisons qu'un taux élevé d'infractions pour possession ne rime pas forcément avec un taux de prévalence élevé, mais dépend plutôt des mécanismes d'application de la loi adoptés dans une autorité administrative particulière. En 2018, ce sont généralement les provinces de l'Ouest qui présentaient les taux les plus élevés d'infractions pour possession et trafic de méthamphétamine (figure 9)³⁷.

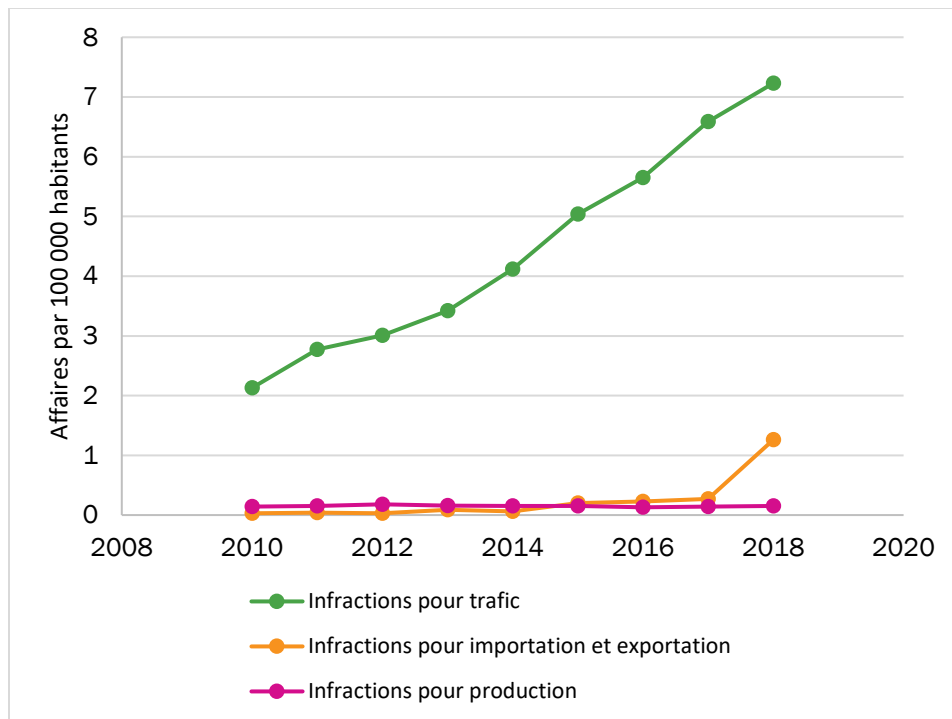


Figure 7. Infractions pour possession de méthamphétamine (par 100 000 habitants) au Canada (2010-2018)



Source : Statistique Canada, 2019³⁷

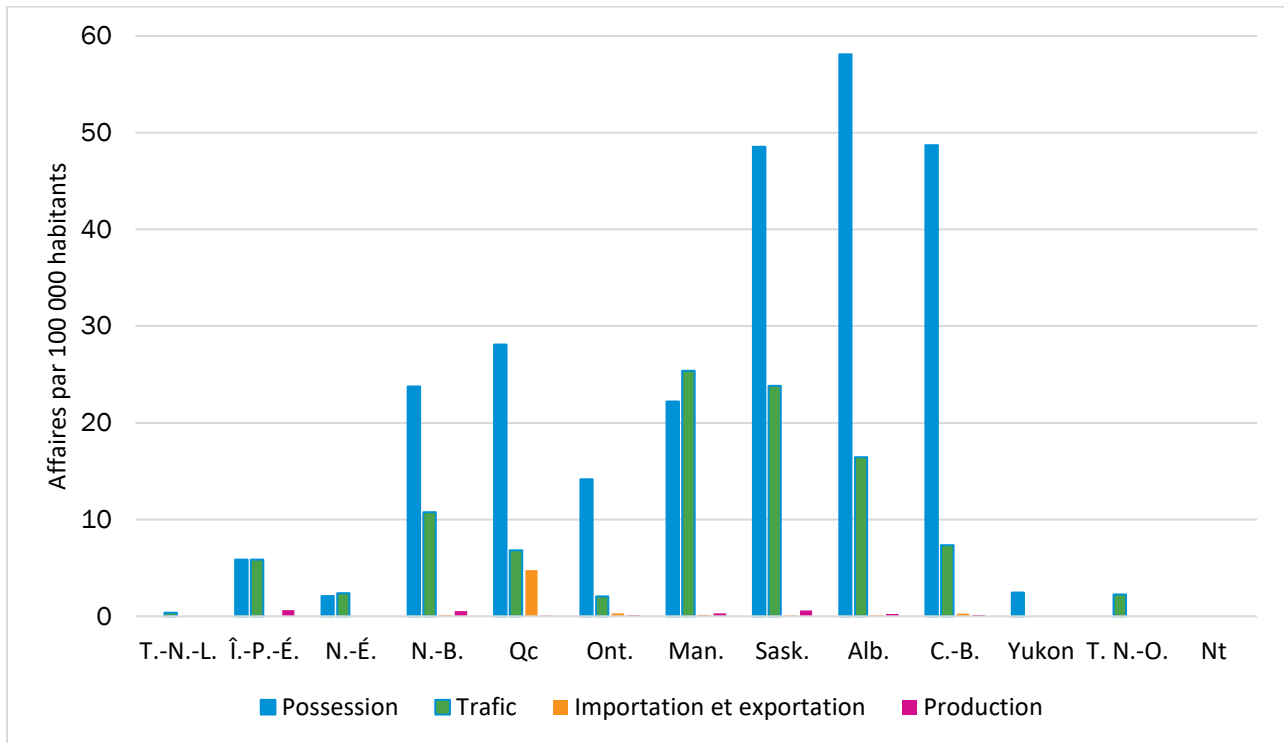
Figure 8. Taux d'infractions (autres que la possession) impliquant la méthamphétamine au Canada (2010-2018)



Source : Statistique Canada, 2019³⁷



Figure 9. Taux d'infractions impliquant la méthamphétamine, selon la province ou le territoire (2018)



Source : Statistique Canada, 2019³⁷

Saisies de méthamphétamine au Canada

À l'échelle nationale

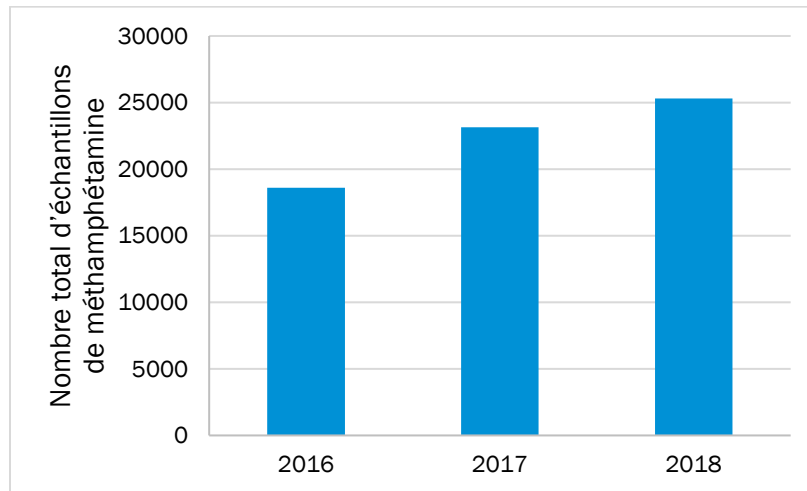
Selon l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, en 2017, 379 kilogrammes de méthamphétamine ont été saisis au Canada, soit une augmentation d'environ 186 % par rapport à 2015³⁸. Le Service d'analyse des drogues^{***} a signalé que le nombre total d'échantillons de méthamphétamine identifiés a augmenté de 136 %, passant de 18 611 en 2016 à 25 314 en 2018 (figure 10)^{39, 40}. En 2018, la méthamphétamine représentait environ 23 % des 10 principales substances contrôlées identifiées par les analyses^{†††}, soit une hausse de 17 % par rapport à 2016 (figure 11)⁴⁰. En 2018, la méthamphétamine représentait au moins 25 % des échantillons des 10 principales substances contrôlées de la plupart des provinces (figure 12). De 2016 à 2018, la méthamphétamine était la troisième substance la plus souvent identifiée, après le cannabis et la cocaïne, saisie par les organismes canadiens d'application de la loi^{39, 40, 41}.

*** Le Service d'analyse des drogues analyse les drogues soupçonnées d'être illicites saisies par les organismes canadiens d'application de la loi et qui lui sont soumises à des fins d'analyse. Les drogues analysées ne correspondent pas à l'ensemble des substances saisies par les organismes d'application de la loi et ne devraient pas servir à évaluer la quantité de drogues ou à déterminer les types de drogues disponibles sur la rue. De plus, un échantillon unique peut contenir plus d'une substance.

††† À noter que cela inclut le cannabis, qui était la substance contrôlée la plus souvent identifiée en 2016, 2017 et 2018.

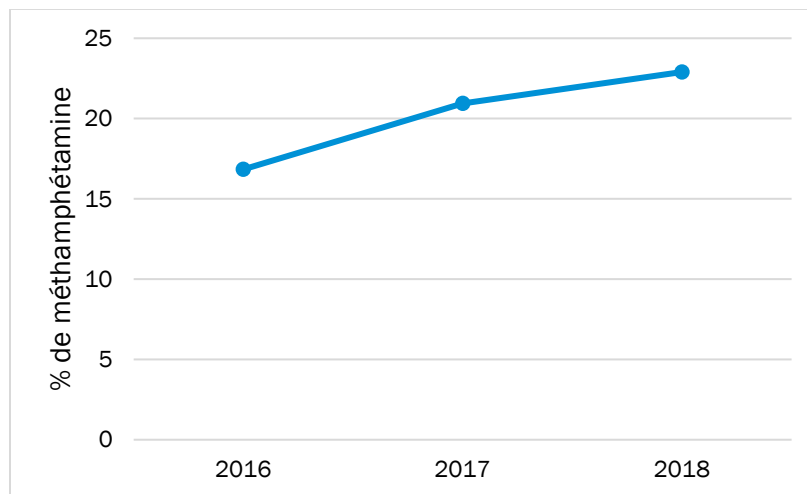


Figure 10. Nombre total d'échantillons de méthamphétamine identifiés au Canada (2016-2018)



Source : Service d'analyse des drogues 2017³⁹, 2018⁴¹, 2019⁴⁰

Figure 11. Proportion (%) des échantillons^{†††} qui contiennent de la méthamphétamine (2016-2018)

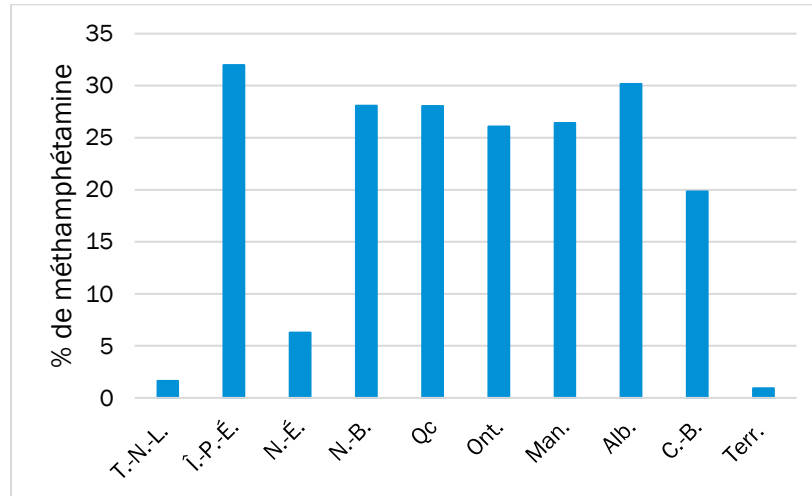


Source : Service d'analyse des drogues 2017³⁹, 2018⁴¹, 2019⁴⁰

††† Proportion des 10 principales substances contrôlées identifiées par les analyses, et non proportion de tous les échantillons analysés.



Figure 12. Proportion (%) des échantillons^{§§§} qui contiennent de la méthamphétamine, selon la province ou le territoire (2018)



Source : Service d'analyse des drogues, 2019⁴⁰

Provinces et municipalités

Des augmentations du nombre de saisies de méthamphétamine ont aussi été signalées dans d'autres autorités administratives qui compilent de telles données :

- Le nombre d'échantillons de méthamphétamine saisis^{****} par le Service de police de Vancouver a augmenté de 293 % de 2011 à 2013, passant de 258 à 757. Le poids total en grammes de ces saisies a aussi augmenté, de 1 356 en 2010 à 31 491 en 2013⁴².
- L'Équipe d'intervention en matière d'application de la loi de l'Alberta a signalé que la méthamphétamine représentait environ 40 % de la drogue saisie par l'équipe dans la province en 2017-2018⁴³ (pour une valeur de 3 970 783 \$). À Medicine Hat, les quantités de méthamphétamine saisies sont passées de 369 grammes en 2015 à 3 207 grammes en 2017, soit une hausse de près de 870 %.

À l'international

Selon le *Rapport mondial sur les drogues 2019*, les quantités totales de méthamphétamine saisies en 2017 ont augmenté pour une cinquième année consécutive (16 %) ¹⁹. Ajoutons que, de tous les stimulants de type amphétamine saisis dans le monde de 2013 à 2017, la méthamphétamine représente la plus grande quantité totale saisie avec 66 %, suivie de l'amphétamine (26 %) et de l'ecstasy (5 %) ¹⁹. À l'échelle mondiale, de 2013 à 2017, 49 % des saisies de méthamphétamine ont été faites en Amérique du Nord.

Fabrication de méthamphétamine en Amérique du Nord

Les États membres des Nations Unies ont identifié 50 pays où pourrait être fabriquée la méthamphétamine¹⁹. Ainsi, de 2013 à 2017, environ 35 000 laboratoires clandestins de

§§§ Proportion des 10 principales substances contrôlées identifiées par les analyses, et non proportion de tous les échantillons analysés.

**** Substances saisies par les organismes d'application de la loi.



méthamphétamine ont été démantelés dans 31 pays¹⁹, dont 90 % l'ont été en Amérique du Nord (principalement aux États-Unis, suivis du Mexique et du Canada). Il s'agissait surtout de laboratoires de fortune fabriquant de la méthamphétamine pour le marché local¹⁹, ce qui indique que le marché de la méthamphétamine en Amérique du Nord est en expansion.

Autres ressources

- [Cocaïne \(sommaire canadien sur la drogue\)](#)
- [Stimulants d'ordonnance \(sommaire canadien sur la drogue\)](#)
- [La conduite après usage de stimulants et les jeunes \(résumé thématique\)](#)
- [La méthamphétamine au Canada \(infographie\)](#)
- [Présentation au Comité permanent de la santé de la Chambre des communes sur les répercussions de l'abus de méthamphétamine au Canada \(notes d'allocution\)](#)
- [Changements dans l'usage de stimulants et ses méfaits : gros plan sur la méthamphétamine et la cocaïne \(bulletin du RCCET\)](#)



Bibliographie

- ¹ Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Stimulants d'ordonnance*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2016.
- ² Gouvernement du Canada. *Méthamphétamine*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2015. Consulté sur le site : www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/drogues-illicites-et-reglementees/methamphetamine.html
- ³ *Règlement sur les précurseurs* (DORS/2005-365), art. 9. C.F.R., 2005.
- ⁴ Centre de toxicomanie et de santé mentale. *La méthamphétamine*, Toronto (Ont.), chez l'auteur, 2012. Consulté sur le site : <http://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/la-m%C3%A9thamph%C3%A9tamine>
- ⁵ Office of the Surgeon General. *Facing addiction in America: the Surgeon General's report on alcohol, drugs, and health*, Washington (DC), U.S. Department of Health and Human Services, 2016.
- ⁶ Ministère de la Justice. *Rapport sur la méthamphétamine à l'intention des ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux responsables de la Justice. Section III – Préoccupations nationales relatives à la consommation de méthamphétamine*, 2019. Consulté sur le site : <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/autre-other/meth/p3.html>
- ⁷ Ross, E.J., D.L. Graham, K.M. Money et G.D. Stanwood. « Developmental consequences of fetal exposure to drugs: What we know and what we still must learn », *Neuropsychopharmacology*, vol. 40, n° 1, 2015, p. 61–87.
- ⁸ *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (L.C. 1996, ch. 19). Consulté sur le site : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-38.8/>
- ⁹ Ministère de la Justice. *Lois sur la conduite avec facultés affaiblies*, 2018. Consulté sur le site : <https://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/r/cfa-sid/>
- ¹⁰ Santé Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : tableaux supplémentaires*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2016. Consulté sur le site : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/2015-tableaux-supplementaires.html>
- ¹¹ Santé Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) de 2013 : tableaux supplémentaires*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2014. Consulté sur le site : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/2013-tableaux-supplementaires.html>
- ¹² Santé Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : tableaux détaillés de 2017*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2018. Consulté sur le site : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues/sommaire-2017/tableaux-detailles-2017.html>
- ¹³ Santé Canada. *L'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves : tableaux détaillés de 2018-2019*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2018. Consulté sur le site : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/enquete-canadienne-tabac-alcool-et-drogues-eleves/2018-2019-tableaux-detailles.html>
- ¹⁴ Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Drug use among Ontario students: highlights from the Ontario Student Drug Use and Health Survey*, Toronto (Ont.), chez l'auteur, 2017.
- ¹⁵ American College Health Association. *American College Health Association-National College Health Assessment II: Canadian reference group data report spring 2019*, Hanover (Md.), chez l'auteur, 2019.
- ¹⁶ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. *National Report of the First Nations Regional Health Survey Phase 3: Volume 1*, Ottawa, chez l'auteur, 2018.
- ¹⁷ Groupe de travail du Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies. *Changements dans l'usage de stimulants et ses méfaits : gros plan sur la méthamphétamine et la cocaïne*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2019.
- ¹⁸ Statistique Canada. *Estimation de la consommation de cannabis et de drogue au Canada à partir des eaux usées : résultats détaillés du test pilote*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019. Consulté sur le site : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/11-621-m/11-621-m2019004-fra.htm>
- ¹⁹ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Rapport mondial sur les drogues de 2019*, Vienne, chez l'auteur, 2019.
- ²⁰ Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. *Outil de visualisation sur les coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada, version 1.0.2*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2019. Consulté sur le site : cemusc.ca
- ²¹ Brown, S.W., W.G.M. Vanlaar et R.D. Robertson. *The alcohol and drug-crash problem in Canada. 2015 report*, Ottawa (Ont.), Conseil canadien des administrateurs en transport motorisé, 2019.
- ²² Beirness, D.J. *Alcohol and drug use by drivers in British Columbia: Findings from the 2018 roadside survey*, Ottawa (Ont.), Beirness & Associates, 2018.
- ²³ Beirness, D.J. et E.E. Beasley. *Alcohol and drug use by drivers in Ontario: Findings from the 2017 roadside survey*, Ottawa (Ont.), Beirness & Associates, 2018.
- ²⁴ Institut canadien d'information sur la santé. *Défis communs liés aux priorités partagées : mesure de l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires ainsi qu'aux services de santé mentale et de toxicomanie au Canada*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019.
- ²⁵ Institut canadien d'information sur la santé. *Séjours à l'hôpital en raison des méfaits causés par l'utilisation de substances chez les jeunes de 10 à 24 ans*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019.



- ²⁶ Données et évaluation de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances et Manitoba Addictions Knowledge Exchange. *Crystal meth in Manitoba*, Winnipeg (Man.), chez l'auteur, 2018. Consulté sur le site : makeconnections.ca/wp-content/uploads/2018/03/INFOGRAPHIC-CRYSTAL-METH-in-Manitoba-January-30-2018.pdf
- ²⁷ Chang, D.C., L. Rieb, E. Nosova, Y. Liu, T. Kerr et K. DeBeck. « Hospitalization among street-involved youth who use illicit drugs in Vancouver, Canada: A longitudinal analysis », *Harm Reduction Journal*, vol. 15, n° 1, 2018, p. 14.
- ²⁸ British Columbia Coroners Service. *Illicit drug overdose deaths in BC January 1, 2009 - October 31, 2019*, Victoria (C.-B.), ministère de la Sécurité publique et Solliciteur général, 2019.
- ²⁹ British Columbia Coroners Service. *Illicit drug deaths with methamphetamine involved*, Victoria (C.-B.), ministère de la Sécurité publique et Solliciteur général, 2019.
- ³⁰ Alberta Health. *Opioids and substances of misuse: Alberta report, 2018 Q1*, Edmonton (Alb.), gouvernement de l'Alberta, 2018.
- ³¹ British Columbia Centre for Disease Control. *Findings from the 2018 B.C. Harm Reduction Client Survey*, 2018. Consulté sur le site : www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Statistics%20and%20Research/Statistics%20and%20Reports/Overdose/20181221_BCCDC%20Knowledge%20Update_2018%20BC%20Harm%20Reduction%20Survey.pdf
- ³² Davis, A., A. Amlani et J. Buxton. *Substance use trends in BC: A survey of harm reduction clients*, Vancouver (C.-B.), B.C. Centre for Disease Control, 2016.
- ³³ Saskatoon Health Region. *Methamphetamine Saskatchewan provincial webinar 2017*, 2017. Consulté sur le site : www.sken.ca/wp-content/uploads/2019/12/CM101-Presentation-Sept142017-Webinar.pdf
- ³⁴ Ontario HIV Treatment Network. *View from the front lines*, Toronto (Ont.), chez l'auteur, 2017. Consulté sur le site : www.ohntn.on.ca/wp-content/uploads/view-from-the-frontlines/VFFL-2016_EN.pdf
- ³⁵ Ontario HIV and Substance Use Training Program. *Methamphetamine: Part 1 — The basics*, Toronto (Ont.), chez l'auteur, 2018.
- ³⁶ Baskin-Sommers, A. et I. Sommers. « Methamphetamine use and violence among young adults », *Journal of Criminal Justice*, vol. 34, n° 6, 2006, p. 661–674.
- ³⁷ Statistique Canada. *Statistiques des crimes fondés sur l'affaire, par infractions détaillées, Canada, provinces, territoires et régions métropolitaines de recensement (tableau 35-10-0177-01)*, 2019. Consulté sur le site : https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=3510017701&request_locale=fr
- ³⁸ Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Annual drug seizures*, 2019. Consulté sur le site : dataunodc.un.org/drugs/seizures-2017
- ³⁹ Santé Canada. *Service d'analyse des drogues : Rapport sommaire des échantillons analysés 2016*, 2017. Consulté sur le site : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/substances-controlees-precursurs-chimiques/service-analyse-drogues/2016-service-analyse-drogues-rapport-sommaire-echantillons-analyses.html>
- ⁴⁰ Santé Canada. *Service d'analyse des drogues : Rapport sommaire des échantillons analysés en 2018*, 2019. Consulté sur le site : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/substances-controlees-precursurs-chimiques/service-analyse-drogues/2018-service-analyse-drogues-rapport-sommaire-echantillons-analyses.html>
- ⁴¹ Santé Canada. *Service d'analyse des drogues : Rapport sommaire des échantillons analysés 2017*, 2018. Consulté sur le site : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/preoccupations-liees-sante/substances-controlees-precursurs-chimiques/service-analyse-drogues/2017-service-analyse-drogues-rapport-sommaire-echantillons-analyses.html>
- ⁴² Tanner, Z., M. Matsukura, V. Ivkov, A. Amlani et J.A. Buxton. *British Columbia drug overdose & alert partnership report*, Vancouver (C.-B.), B.C. Centre for Disease Control, 2014.
- ⁴³ Alberta Law Enforcement Response Teams. *2017–18 annual report*, Edmonton (Alb.), chez l'auteur, 2018.

