



Centre canadien sur
les dépendances et
l'usage de substances

Données. Engagement. Résultats.

www.ccdus.ca • www.ccsa.ca

Projet communautaire d'analyse d'urine et d'auto-évaluation

Rapport pancanadien sur l'usage de drogues du marché
non réglementé, données de 2019-2021

Avril 2022



Projet communautaire d'analyse d'urine et d'auto-évaluation

Rapport pancanadien sur l'usage de drogues du marché non réglementé, données de 2019-2021

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

Citation proposée : Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Projet communautaire d'analyse d'urine et d'auto-évaluation : rapport pancanadien sur l'usage de drogues du marché non réglementé, données de 2019-2021*, Ottawa (Ont.), CCDUS, 2022.

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2022.

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

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

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF au www.ccdus.ca

This document is also available in English under the title:

Community Urinalysis and Self-Report Project: Cross-Canada report on the use of drugs from the unregulated supply, 2019-2021 data

ISBN 978-1-77178-947-9



Table des matières

Remerciements et contributions	1
Membres du Groupe de travail sur le Projet communautaire d'analyse d'urine et d'auto-évaluation	1
Autres sites partenaires du projet.....	1
Conflit d'intérêts	1
Synthèse générale	2
Contexte	2
Méthodes	3
Résultats.....	3
Conclusion et implications.....	3
Contexte	5
Surveiller les méfaits associés au marché non réglementé.....	5
Projet communautaire d'analyse d'urine et d'auto-évaluation.....	5
Méthodes	6
Résultats	7
Caractéristiques des sites et des participants.....	7
Usage de substances déclaré et détecté.....	7
Stimulants	8
Opioïdes	8
Benzodiazépines.....	9
Polyconsommation	9
Principaux résultats, par identité de genre.....	9
Stimulants	10
Opioïdes	10
Benzodiazépines.....	10
Polyconsommation	10
Analyse	10
Limites	12
Conclusion et implications	13



Implications pour les programmes et les politiques	13
Implications pour la recherche, le suivi et la surveillance	14
En savoir plus sur le projet	15
Bibliographie	16
Annexe A : profils des sites	20
Annexe B : tableaux	22



Remerciements et contributions

Membres du Groupe de travail sur le Projet communautaire d'analyse d'urine et d'auto-évaluation

Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances

Emily Biggar, Doris Payer

Par province, d'ouest en est :

Centre de contrôle des maladies de la C.-B.

Jane Buxton, Brittany Graham, Lisa Liu, Kristi Papamihali

Université de l'Alberta

Elaine Hyshka

Streetworks, Edmonton

Marliss Taylor

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Pascale Leclerc

Ce travail a été financé par une contribution du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances de Santé Canada obtenue par Jane Buxton, Ph.D., avec l'aide des membres du groupe de travail. Les points de vue exprimés ne reflètent pas nécessairement ceux de Santé Canada.

Autres sites partenaires du projet

Merci à tous ceux et celles qui ont contribué à la mise en œuvre de ce projet dans leur région depuis 2019. Nous remercions particulièrement les personnes suivantes, qui ont fourni des données ou contribué à la révision du rapport (d'ouest en est) :

- Veda Koncan, Manitoba Harm Reduction Network
- Abigale Sprakes, Université Lakehead
- Juanita Lawson, Centres de santé communautaire NorWest
- Catherine Boucher-Rodriguez, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval
- Patryk Simon, Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse
- Mainline Needle Exchange

Merci également à tous les participants au projet et aux personnes ayant une expérience passée ou présente de l'usage de substances qui ont fourni des conseils et des commentaires tout au long du projet.

Conflit d'intérêts

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.



Synthèse générale

Points clés

- Le contenu des drogues provenant du marché non réglementé est imprévisible, ce qui augmente le risque de méfaits pour les personnes qui consomment des drogues de ce marché. Nous avons de toute urgence besoin d'information normalisée sur le contenu des drogues afin de repérer les risques potentiels et d'orienter le travail de réduction des méfaits.
- Dans le cadre du Projet communautaire d'analyse d'urine et d'auto-évaluation (PCUA), des données ont été recueillies auprès de personnes qui consomment des drogues quant à leur usage de substances (par une auto-évaluation) et au contenu des drogues (par une analyse d'urine). Le PCUA a été mis en œuvre entre 2019 et 2021 dans sept régions du Canada.
- Les stimulants étaient plus souvent consommés que les opioïdes et les benzodiazépines. La cocaïne/crack et la méthamphétamine/amphétamine étaient les principaux stimulants utilisés. Dans la majorité des cas où ces stimulants ont été détectés, cela correspondait aux attentes des participants.
- Le fentanyl a surtout été détecté en Colombie-Britannique et à Thunder Bay, où les participants s'attendaient aussi généralement à ce qu'il soit détecté. Dans d'autres régions où le fentanyl était moins fréquent (p. ex. Manitoba, Nouvelle-Écosse), l'utilisation était presque toujours inattendue (c.-à-d. non déclarée lorsqu'elle était détectée). Ces différences doivent être prises en considération dans la lutte contre les méfaits des opioïdes, qui sont fortement associés au fentanyl.
- La consommation de benzodiazépines était inattendue chez au moins un tiers des participants dans tous les sites. Cela correspondait à d'autres informations montrant une hausse de leur présence dans les drogues du marché non réglementé depuis le début de la pandémie de COVID-19.
- Nous avons besoin d'un éventail d'outils de réduction des méfaits et de politiques et programmes à l'appui adaptés aux besoins des personnes qui consomment des drogues dans diverses collectivités afin d'améliorer la prévisibilité du contenu des drogues et de réduire les méfaits. Ces efforts peuvent être orientés par l'expansion et l'harmonisation des activités de recherche, de suivi et de surveillance qui examinent le contenu des drogues et les expériences diversifiées des personnes qui en consomment.

Contexte

Les substances provenant du marché non réglementé ou illicite au Canada sont de plus en plus imprévisibles quant à leur type, à leur puissance et à leur qualité (Ali et coll., 2021; Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies, 2020a, 2020b), une situation qui accroît le risque d'intoxication accidentelle à la drogue et d'autres méfaits pour les personnes qui consomment des drogues de ce marché. Les méfaits associés à la contamination peuvent être mieux compris et abordés en comparant le contenu réel des drogues à ce que les utilisateurs s'attendaient à consommer. Cependant, cette information n'est pas facile d'accès ni normalisée. Le Projet communautaire d'analyse d'urine et d'auto-évaluation (PCUA) est un système de surveillance accessible conçu pour combler cette lacune. Notre rapport décrit les tendances dans l'usage déclaré et détecté de substances, et évalue si l'usage de substances attendu correspond au contenu réel



détecté. Il s'adresse aux personnes participant à la recherche sur la réduction des méfaits, à la surveillance, à la prestation de services et à la formulation de politiques, y compris les personnes qui consomment des drogues.

Méthodes

La méthodologie du PCUA a été mise à l'essai dans trois régions en 2018 et 2019 (Biggar et coll., 2021). Le projet a ensuite été étendu à d'autres régions du Canada. Pour ce faire, le groupe de travail du PCUA a conçu des outils de collecte de données normalisés et établi des partenariats avec des intervenants en réduction des méfaits de différentes régions pour l'implantation locale du projet. Des personnes ayant recours à des services de réduction des méfaits ont été recrutées. Les participants ont fourni un échantillon d'urine et rempli une auto-évaluation anonyme sur les substances qu'ils croyaient avoir consommées dans les trois jours précédents. Les résultats de l'analyse d'urine et de l'auto-évaluation ont été comparés pour voir si les substances détectées correspondaient ou non à ce qu'avait déclaré le participant. Les données agrégées ont été transmises au CCDUS aux fins d'analyse et de rapport à l'échelle du Canada.

Résultats

Le PCUA a été implanté du printemps 2019 au printemps 2021 en Colombie-Britannique (sites multiples), à Edmonton (Alberta), au Manitoba (sites multiples), à Thunder Bay (Ontario), à Montréal et à Laval (Québec) et à Halifax (Nouvelle-Écosse). Des données d'auto-évaluation et des échantillons d'urine ont été recueillis auprès de 1 526 participants dans 49 sites de réduction des méfaits. Voici les principales tendances constatées :

- La méthamphétamine/amphétamine et la cocaïne/crack étaient consommées plus souvent que les autres stimulants, opioïdes ou benzodiazépines. La méthamphétamine/amphétamine était surtout utilisée dans les régions de l'Ouest et la cocaïne/crack, dans celles du Centre et de l'Est. Dans ces régions, la consommation de ces stimulants était généralement attendue des participants (c.-à-d. déclarée lorsqu'elle était détectée).
- Le fentanyl a été le moins souvent détecté au Manitoba et à Halifax, et n'a pas été détecté à Laval. Au Manitoba et à Halifax, toute la consommation était non voulue. À l'inverse, le fentanyl était particulièrement détecté en Colombie-Britannique, à Edmonton et à Thunder Bay, où moins de 27 % de la consommation était inattendue. À Montréal, la consommation inattendue a baissé entre 2019 et 2020, passant de 92,3 % à 54,9 % des participants.
- La consommation de benzodiazépines était inattendue chez 30 % à 77 % des participants de tous les sites.
- Dans la plupart des sites, la moitié des participants ont déclaré avoir consommé un stimulant et un opioïde dans les trois jours précédents. La déclaration d'usage combiné d'opioïdes et de benzodiazépines était moins fréquente (moins de 30 %).

Conclusion et implications

Le PCUA a fourni de l'information normalisée sur l'usage de drogues du marché non réglementé au Canada. Les résultats démontrent bien l'imprévisibilité du contenu et les risques potentiels pour les personnes qui en consomment. Les mesures suivantes aideront à évaluer plus précisément



l'imprévisibilité des drogues du marché non réglementé et à réduire les risques potentiels pour les consommateurs :

- Élargir l'accès à des programmes qui fournissent des opioïdes et des stimulants de qualité pharmaceutique d'après une évaluation des programmes de distribution sûre et une synthèse des leçons apprises (Canadian Association of People Who Use Drugs, 2019; Fleming et coll., 2020; Ranger et coll., 2021).
- Proposer un éventail de services de réduction des méfaits faciles d'accès dans les collectivités du Canada, y compris la vérification des drogues, la consommation supervisée ou les sites de prévention des surdoses, l'éducation sur l'intervention en cas de surdose, les trousseaux de naloxone à emporter et les technologies de prévention des surdoses. Il faudrait également s'attaquer aux obstacles et aux lacunes, comme l'accès aux services pour les personnes qui consomment seules (Bardwell et coll., 2019; McCrae et coll., 2020).
- Promouvoir une approche holistique de l'usage de substances et de ses méfaits en s'intéressant aux conditions dans lesquelles les personnes consomment des drogues, obtiennent des services et vivent leur vie. Cela peut comprendre l'intégration de services de réduction des méfaits et de traitement dans les soins primaires et les services sociaux faciles d'accès (Russell et coll., 2021), l'exploration de la décriminalisation des infractions relatives à la drogue (Jesseman et Payer, 2018) et l'amélioration de la sensibilisation à la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose* (Mehta et coll., 2021; Xavier et coll., 2021).
- Étendre les activités de recherche, de suivi et de surveillance – dont le PCUA – pour améliorer la disponibilité, l'accessibilité et l'harmonisation de l'information sur l'usage de substances (p. ex. données de services de vérification des drogues, alertes de santé publique) et les expériences de divers groupes de personnes qui consomment des drogues (p. ex. selon le genre, la situation de logement, la race, l'ethnicité).

L'équipe du PCUA devrait participer à la conception, à l'implantation et à l'évaluation de ces activités et être rémunérée équitablement pour son expertise à chacune des étapes (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2021).



Contexte

Surveiller les méfaits associés au marché non réglementé

Les substances provenant du marché non réglementé au Canada sont de plus en plus imprévisibles quant à leur type, à leur puissance et à leur qualité (Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies [RCCET], 2020a, 2020b). Cette imprévisibilité pose pour les personnes qui en consomment un risque accru d'intoxication (surdose) et de décès. Les décès associés aux opioïdes ont atteint des sommets records durant la pandémie de COVID-19 dans de nombreuses régions canadiennes (Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, 2021). L'immensité du fardeau de la mortalité, de l'épuisement et du deuil résultant de cette hausse pour les personnes qui consomment des drogues, leur famille et leur communauté ne doit pas être ignorée.

Pour reconnaître et réduire les méfaits potentiels associés au marché non réglementé, il faut comprendre quelles substances les personnes croient consommer et consomment réellement. Cependant, cette information n'est pas facile d'accès ni normalisée au Canada (Biggar et coll., 2021). Par exemple, les données récentes des coroners montrent que plus de la moitié des décès par intoxication aux opioïdes impliquent des stimulants comme la méthamphétamine (Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, 2021). Depuis le début de la pandémie de COVID-19, les décès dus aux opioïdes ont aussi souvent impliqué des benzodiazépines non médicales dans certaines régions (RCCET, 2021). Toutefois, il n'est pas possible de déterminer si le consommateur s'attendait à utiliser ces substances ni s'il a pris les drogues ensemble ou l'une après l'autre. Les services de vérification des drogues peuvent aider à fournir une partie de l'information manquante (Maghsoudi et coll., 2021). Par ailleurs, des synthèses récentes ont montré que le contenu réel des drogues diffère des attentes des consommateurs (RCCET, 2020a). Cependant, les différences dans les types d'outils de vérification et leur disponibilité au Canada compliquent l'examen d'une large gamme de substances et la comparaison des résultats entre régions.

La surveillance axée sur l'équité doit tenir compte de l'identité des personnes qui consomment des drogues et des milieux où elles vivent pour mettre en évidence les tendances, les possibilités et les besoins particuliers afin de réduire les méfaits (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances [CCDUS], 2020; Canadian Institute for Substance Use Research, sans date). L'identité de genre, l'âge, l'orientation sexuelle, la sécurité de logement et de nombreux autres facteurs influencent la consommation de drogues, les préférences et les méfaits potentiels (Baral et coll., 2014; Collins et coll., 2020; Ferguson et coll., 2022; Harris et coll., 2021; Agence de la santé publique du Canada, 2021). Ces facteurs devraient aussi être pris en compte dans l'examen de la consommation attendue et réelle de drogues du marché non réglementé.

Projet communautaire d'analyse d'urine et d'auto-évaluation

Le Projet communautaire d'analyse d'urine et d'auto-évaluation (PCUA) a été créé en vue de diffuser de l'information normalisée sur l'usage de drogues du marché non réglementé. Le projet se fonde sur l'amélioration d'un système de surveillance s'inspirant de travaux faits par le Centre de contrôle des maladies de la C.-B. (BCCDC) et le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du



Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) (Biggar et coll., 2021). Le travail du PCUA est guidé par un groupe de travail dont les membres proviennent du BCCDC, du CCSMTL, de l'Université de l'Alberta et du CCDUS. Ce sont des acteurs locaux de la réduction des méfaits (p. ex. fournisseurs de services, employés de la santé publique ou de centres de santé et de services sociaux, chercheurs et personnes ayant une expérience vécue) qui en assure le déploiement. Le CCDUS assure une coordination nationale du travail de mise en œuvre et de production de rapports du projet.

Le PCUA a pour but de renforcer la capacité des intervenants en réduction des méfaits à générer de l'information sur la consommation de drogues attendue et réelle et les expériences connexes des personnes qui en consomment. Les résultats pourraient aider à orienter et à évaluer les efforts locaux, provinciaux et nationaux visant à réduire les méfaits associés aux drogues du marché non réglementé et à promouvoir une consommation sécuritaire. Notre rapport présente les constats des sites partenaires qui ont implanté le projet entre 2019 et 2021, par région et identité de genre. Il s'adresse aux personnes participant à la recherche sur la réduction des méfaits, à la surveillance, à la prestation de services et à la formulation de politiques, y compris les personnes qui consomment des drogues.

Méthodes

Les méthodes du PCUA ont d'abord été mises à l'essai dans trois sites partenaires en 2018 et 2019 (Biggar et coll., 2021). Les outils et processus de la phase pilote ont ensuite été normalisés en une trousse de projet que les nouveaux sites ont utilisée pour l'implantation. L'outil de sondage employé par tous les sites comprenait des questions essentielles sur les caractéristiques démographiques et sur l'auto-évaluation de l'usage de substances dans les trois jours précédents. Les sites pouvaient inclure d'autres questions facultatives sur la consommation de drogues et les services de réduction des méfaits en fonction de leur pertinence locale et du besoin d'information. Toutes les questions ont été passées en revue par des personnes qui consomment des drogues et des fournisseurs de services de réduction des méfaits pour garantir leur pertinence et leur caractère approprié.

Les sites partenaires ont implanté le PCUA selon le même modèle : approbation d'un comité d'éthique local, recrutement des participants, cueillette et analyse des données, production d'un rapport sur leurs résultats. Les participants ont été recrutés dans des sites de réduction des méfaits, comme des sites de distribution, de consommation supervisée et de prévention des surdoses. Pour être admissibles, ils devaient avoir l'âge de la majorité dans leur région, déclarer avoir utilisé une drogue illicite dans les six mois précédents et donner leur consentement verbal éclairé à participer. Le personnel du site de réduction des méfaits, y compris des pairs ou des personnes ayant une expérience passée ou présente de l'usage de substances employés par le site, a mené le recrutement et la collecte de données. Les sites pouvaient utiliser un sondage papier ou en ligne. Les participants ont reçu une rémunération de 15 à 30 \$ en espèces selon l'année de recrutement et les normes régionales de

Pourquoi des échantillons d'urine?

Le dépistage toxicologique de l'urine :

- détecte précisément plus de 150 substances par chromatographie en phase liquide couplée à la spectrométrie de masse;
- peut être implanté avec moins de défis juridiques et logistiques que l'analyse directe des drogues illicites;
- ne nécessite pas que les participants remettent une partie de leurs drogues, quand le coût des drogues peut rendre ce sacrifice difficile;
- reflète mieux les substances consommées localement que les autres sources de données (p. ex. analyses de drogues saisies par la police).



rémunération des personnes qui consomment des drogues. Dans certaines régions, les sites étaient rémunérés pour chaque participant inscrit afin de compenser le temps et les ressources requises pour la collecte de données.

Les échantillons d'urine ont été envoyés à LifeLabs Ontario (Colombie-Britannique, Edmonton, Manitoba, Thunder Bay et Halifax) ou au Centre de toxicologie du Québec (Montréal et Laval) pour un dépistage toxicologique à large spectre par chromatographie en phase liquide couplée à la spectrométrie de masse. Cette méthode de dépistage peut détecter avec fiabilité un éventail de substances, dont les stimulants, les opioïdes, les benzodiazépines, le fentanyl et ses analogues, et leurs métabolites (produits intermédiaires ou finaux du métabolisme des substances). Les substances détectées ont été regroupées selon les grandes catégories des questions de l'auto-évaluation. (L'information sur la méthode de classification toxicologique est [disponible sur demande](#).) Les résultats d'analyse d'urine ont été renvoyés à chaque site, qui les a reliés aux résultats d'auto-évaluation au moyen de codes anonymes. Cela a permis une comparaison entre l'usage de substances déclaré et réel de chaque participant. Les résultats de chaque site partenaire ont été transmis localement (p. ex. dans des rapports, des infographies ou des présentations aux sites de collecte de données). Consulter l'annexe A pour voir les résultats individuels des sites. Pour le rapport national, les données agrégées sur les principales tendances de chaque site ont été envoyées au CCDUS à des fins d'analyse.

Résultats

Caractéristiques des sites et des participants

Sept régions ont implanté le PCUA du printemps 2019 au printemps 2021. (Voir l'annexe A pour les descriptions de chaque site.) Des données d'auto-évaluation et des échantillons d'urine ont été recueillis auprès de 1 526 participants dans 49 sites de réduction des méfaits (annexe B, tableau 1). En ce qui concerne les régions, la plupart des participants venaient de la Colombie-Britannique (37,0 %) ou du Québec (43,9 %). Dans l'ensemble, 64,9 % des participants s'identifiaient comme hommes, 29,6 % comme femmes et 5,6 % comme hommes ou femmes trans, ou personnes non binaires ou de genre non conforme, ou préféraient ne pas le dire ou n'ont pas donné de réponse (annexe B, tableau 2). La plupart des participants avaient entre 35 et 44 ans (28,6 %) ou entre 45 et 54 ans (24,6 %). De plus, 85,3 % des participants ont déclaré avoir consommé des substances (sauf l'alcool, le tabac et le cannabis) chaque jour ou quelques fois par semaine dans le mois précédent.

Usage de substances déclaré et détecté

Le tableau 3 de l'annexe B présente le pourcentage global de participants qui ont déclaré avoir consommé une substance dans les trois jours précédents et le pourcentage global de ceux dans l'urine desquels on a détecté une substance. Les tableaux 4 et 5 de l'annexe B présentent les résultats des données appariées d'auto-évaluation et d'analyse d'urine, pour comparer l'usage de substances attendu et réel. Les principaux résultats par types de substances sont décrits ci-dessous.



Stimulants

Usage déclaré dans les trois derniers jours et détection

Les stimulants étaient les substances les plus souvent déclarées et détectées à tous les sites (annexe B, tableau 3). Ils comprennent la cocaïne/crack et la méthamphétamine/amphétamine. L'usage de cocaïne/crack était particulièrement fréquent dans les sites du Centre et de l'Est (71,4 % à 80,4 % déclaré et 76,2 % à 80,0 % détecté). L'usage de méthamphétamine/amphétamine était surtout présent en Colombie-Britannique et à Edmonton (58,3 % à 73,8 % déclaré et 70,8 % à 80,5 % détecté). L'usage de speed, une substance qui peut contribuer à la détection de méthamphétamine ou d'amphétamine, a surtout été déclaré par les participants de Montréal (23,6 %) et de Laval (47,6 %).

Usage voulu et non voulu

Plus de 75 % de l'usage de cocaïne/crack était voulu par les participants de tous les sites, sauf en Colombie-Britannique (58,6 %) (annexe B, tableau 4). Plus de 80 % de l'usage de méthamphétamine/amphétamine était voulu par les participants (usage déclaré de méthamphétamine ou de speed) de tous les sites, sauf Halifax (0,0 %).

Les stimulants que les participants s'attendaient à consommer étaient généralement présents (c.-à-d. détectés quand les participants les déclaraient) (annexe B, tableau 5). Les exceptions comprenaient la MDMA (ecstasy), qui n'a pas été détectée quand les participants s'y attendaient dans la plupart des sites (52,9 % à 100,0 %), sauf à Halifax et à Montréal (2020). De plus, la cocaïne/crack n'a pas été détectée chez 44,5 % et 54,6 % des participants qui en ont déclaré l'usage en Colombie-Britannique et à Edmonton, respectivement. Il en était de même pour la méthamphétamine ou le speed à Thunder Bay (47,4 %) et à Halifax (100,0 %).

Opioides

Usage déclaré dans les trois derniers jours et détection

En général, l'héroïne/morphine, le fentanyl et la méthadone étaient les opioïdes les plus souvent déclarés et détectés (annexe B, tableau 3). L'usage de fentanyl variait grandement. Il était principalement déclaré et détecté en Colombie-Britannique et à Thunder Bay (41,2 % à 44,3 % déclaré et 46,4 % à 54,3 % détecté). Le fentanyl était pratiquement absent au Manitoba, à Laval et à Halifax (0,0 % à 3,2 % déclaré et 0,0 % à 3,7 % détecté). À Montréal, l'usage déclaré de fentanyl a quadruplé (de 2,5 % à 10,6 %), et l'usage détecté a doublé (de 9,9 % à 20,1 %) entre 2019 et 2020.

Définitions

« **Cocaïne/crack** » : désigne la cocaïne, le crack ou les deux. Ces substances ne pouvant pas être distinguées par analyse d'urine, nous avons combiné les réponses « cocaïne (poudre) » et « crack/freebase » pour faciliter la comparaison.

« **Méthamphétamine/amphétamine** » : désigne la méthamphétamine, l'amphétamine ou les deux. L'usage de méthamphétamine peut mener à la présence de méthamphétamine et d'amphétamine dans l'urine. L'usage déclaré de méthamphétamine/amphétamine désigne l'usage de méthamphétamine ou de speed.

« **Héroïne/morphine** » : désigne l'héroïne, la morphine ou les deux. La détection de l'héroïne et de la morphine a été combinée parce que le métabolite direct de l'héroïne (6-monoacétylmorphine) disparaît rapidement de l'urine, après quoi il est difficile de distinguer l'héroïne de la morphine. L'usage déclaré d'héroïne et de morphine a été combiné pour faciliter la comparaison.



Des opioïdes restants, la méthadone était la plus souvent déclarée et détectée (22,4 % et 23,5 %, respectivement), suivie de l'hydromorphone (16,6 % et 16,5 %, respectivement) et de la buprénorphine (5,8 % et 5,4 %, respectivement). Notons aussi que l'hydromorphone était l'opioïde le plus souvent détecté dans deux sites (52,1 % à Edmonton et 20,4 % au Manitoba).

Usage voulu et non voulu

Tout usage de fentanyl était non voulu au Manitoba et à Halifax (annexe B, tableau 4). À Montréal, l'usage non voulu de fentanyl a diminué, passant de 92,3 % des participants en 2019 à 54,9 % en 2020. À l'inverse, seulement 21,4 % à 26,7 % de l'usage de fentanyl était non voulu chez les participants en Colombie-Britannique, à Edmonton et à Thunder Bay.

Les opioïdes non détectés lorsqu'ils étaient déclarés (c.-à-d. drogue « faussée » contenant une autre substance) étaient généralement les opioïdes les moins détectés à chaque site. Par exemple, l'oxycodone n'a pas été détectée chez 66,7 % à 100,0 % des participants qui en ont déclaré l'usage (annexe B, tableau 5). À Montréal, le fentanyl n'a pas été détecté chez 70,0 % des participants qui en avaient déclaré l'usage en 2019, contre 14,8 % des participants en 2020.

Benzodiazépines

Usage déclaré dans les trois derniers jours et détection

C'est à Halifax et Thunder Bay (25,8 % et 59,8 %, respectivement) que l'usage de benzodiazépines¹ était le plus élevé (31,2 % déclaré et 37,6 % détecté), et à Laval qu'il était le moins élevé (0,0 % pour les deux) (annexe B, tableau 3).

Usage voulu et non voulu

Dans l'ensemble des sites, de 28,6 % à 76,9 % de l'usage de benzodiazépines était non voulu (annexe B, tableau 4). C'est au Manitoba (76,9 %) et à Thunder Bay (67,2 %) que l'usage non voulu était le plus élevé, et à Halifax qui était le plus faible (28,6 %); à noter la hausse enregistrée à Montréal entre 2019 (34,0 %) et 2020 (58,3 %).

Polyconsommation

En moyenne, les participants de chaque site ont déclaré consommer de 2,6 à 4,0 drogues. L'usage déclaré d'au moins un opioïde et un stimulant dans les trois jours précédents était plus fréquent que l'usage déclaré d'au moins un opioïde et une benzodiazépine, dans tous les sites (annexe B, tableau 6). Les combinaisons opioïde-stimulant et opioïde-benzodiazépine étaient particulièrement fréquentes à Halifax et à Thunder Bay.

Principaux résultats, par identité de genre

Les résultats de tous les sites ont été combinés pour comparer l'usage de substances déclaré et détecté selon l'identité de genre des participants (voir le tableau 2 de l'annexe B pour une

1 À partir de 2020, trois benzodiazépines non médicales ont été ajoutées au menu de dépistage toxicologique à large spectre de LifeLabs Ontario (flubromazolam, flualprazolam, étizolam). Ainsi, la détection et l'usage non voulu de benzodiazépines en Colombie-Britannique et à Edmonton pourraient avoir été sous-estimés (annexe B, tableaux 3 et 4). De même, le pourcentage de participants dont l'urine ne contenait pas de benzodiazépines chez ceux qui en avaient déclaré l'usage pourrait être surestimé (annexe B, tableau 5).



ventilation des caractéristiques démographiques par site). La section suivante résume certaines différences et ressemblances.

Stimulants

Les participants faisant partie d'une minorité de genre (c.-à-d. non binaires, de genre non conforme ou trans) ou n'ayant pas indiqué de genre étaient environ deux fois plus susceptibles de déclarer avoir consommé du speed (28,2 %) que ceux s'identifiant comme hommes (14,6 %) ou femmes (9,3 %). L'usage déclaré de méthamphétamine (« crystal meth ») et de cocaïne/crack était semblable chez les participants, peu importe leur identité de genre (42,1 % à 43,5 % pour la méthamphétamine et 58,9 % à 63,5 % pour la cocaïne/crack).

Opioides

L'usage déclaré de fentanyl ou d'héroïne était plus élevé chez les hommes (21,6 % pour le fentanyl et 25,1 % pour l'héroïne) et les femmes (26,4 % et 36,0 %, respectivement) que chez les personnes faisant partie d'une minorité de genre ou n'ayant pas indiqué de genre (12,9 % et 21,2 %, respectivement).

L'usage non voulu de fentanyl était plus élevé chez les personnes faisant partie d'une minorité de genre ou n'ayant pas indiqué de genre (47,1 %) que chez les femmes (34,5 %) ou les hommes (31,9 %). L'usage non voulu d'hydromorphe était plus élevé chez les femmes (44,1 %) que chez les hommes (29,1 %) et chez les personnes faisant partie d'une minorité de genre ou n'ayant pas indiqué de genre (9,1 %).

Benzodiazépines

L'usage de benzodiazépines était semblable chez les participants de toutes les identités de genre (14,4 % à 16,4 % déclaré et 13,1 % à 22,4 % détecté). L'usage non voulu de benzodiazépines était plus élevé chez les femmes (57,6 %) que chez les hommes (45,8 %) et chez les personnes faisant partie d'une minorité de genre ou n'ayant pas indiqué de genre (42,1 %).

Polyconsommation

Les participants faisant partie d'une minorité de genre ou n'ayant pas indiqué de genre étaient environ deux fois plus nombreux à déclarer avoir consommé au moins un opioïde et une benzodiazépine dans les trois jours précédents (25,8 %) que les hommes (13,2 %) et les femmes (11,0 %). L'usage déclaré d'au moins un opioïde et un stimulant était semblable chez les participants, peu importe leur identité de genre (51,6 % à 56,0 %).

Analyse

Les stimulants étaient les plus souvent consommés, et leur usage était généralement voulu. La méthamphétamine/amphétamine et la cocaïne/crack ont été déclarées plus souvent que tout autre stimulant, opioïde ou benzodiazépine. La méthamphétamine/amphétamine était principalement consommée dans l'Ouest du Canada, alors que la cocaïne/crack était plutôt consommée dans les régions du Centre et de l'Est. Cette distribution géographique correspond aux données récentes de saisies policières (Santé Canada, 2021). Dans les régions où chaque type de stimulant a été détecté le plus souvent, l'usage était voulu par plus de 80 % des participants. Les stimulants qui étaient



moins souvent détectés (c.-à-d. cocaïne/crack dans l'Ouest du Canada, et méthamphétamine/amphétamine dans les régions du Centre et de l'Est) semblaient moins prévisibles. Dans ces cas, il était plus fréquent que la substance détectée soit non voulue ou que la substance voulue ne soit pas détectée (c.-à-d. drogue « faussée » contenant une autre substance).

La moitié des participants ont déclaré avoir consommé des opioïdes et des stimulants dans les trois jours précédents. Dans la plupart des sites, environ la moitié des participants ont déclaré avoir consommé au moins un stimulant et un opioïde dans les trois jours précédents. Les personnes qui consomment des drogues peuvent utiliser à la fois des stimulants et des opioïdes pour diverses raisons, notamment pour contrer, équilibrer ou accentuer les effets, pour soulager leur douleur ou parce qu'ils croient que l'usage simultané peut réduire le risque de surdose (Boileau-Falardeau et coll., 2022; McNeil et coll., 2020). À l'avenir, il faudrait chercher à déterminer si les opioïdes et les stimulants sont consommés en même temps ou sur une courte période (p. ex. en moins de trois jours), dans quel ordre et pourquoi. Les analyses futures devraient aussi comparer l'usage simultané d'opioïdes et de stimulants déclaré avec leur détection simultanée. Selon un examen des résultats d'analyse d'urine de la Colombie-Britannique en 2019 et un cycle de collecte de données antérieur en 2018, plus de 80 % des échantillons d'urine contenant des opioïdes contenaient aussi de la méthamphétamine ou de l'amphétamine (Liu et coll., 2021).

Il y avait une grande variation régionale dans l'usage voulu et non voulu de fentanyl. Au Manitoba et à Halifax, où le fentanyl a moins souvent été détecté, son usage était largement non voulu. À l'inverse, en Colombie-Britannique, à Edmonton et à Thunder Bay, où le fentanyl a plus souvent été détecté, au moins 75 % des participants s'attendaient à sa présence. À Montréal, l'usage de fentanyl – autant détecté que voulu – a augmenté fortement entre 2019 et 2020 après le début de la pandémie. Cela concorde avec des données probantes montrant que les perturbations mondiales et nationales associées à la pandémie ont changé l'offre de drogues du marché non réglementé et les façons dont les personnes qui en consomment les obtiennent (RCCET, 2020b; Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, 2020).

Les décès accidentels liés aux opioïdes au Canada sont largement dus au fentanyl et à ses analogues (Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, 2021). Les conclusions de cette étude et des itérations antérieures semblent indiquer que les personnes qui consomment des drogues au Canada ont des besoins uniques qui peuvent changer – parfois radicalement – au fil du temps (Biggar et coll., 2021). Ces besoins doivent être pris en compte dans la planification et l'évaluation des politiques et programmes régionaux. Que les personnes qui consomment des drogues cherchent du fentanyl ou d'autres opioïdes, des programmes et politiques qui leur donnent une meilleure certitude quant au type et à la quantité des substances consommées seraient avantageux.

L'usage non voulu de benzodiazépines est présent dans toutes les régions. L'usage non voulu de benzodiazépines touchait au moins le tiers des participants de tous les sites et atteignait jusqu'à deux participants sur trois au Manitoba et à Thunder Bay. Cela concorde avec d'autres données indiquant une détection accrue de benzodiazépines non médicales (c.-à-d. non approuvées pour usage thérapeutique) dans les drogues du marché non réglementé et l'augmentation des décès par intoxication aux opioïdes depuis le début de la pandémie de COVID-19 (RCCET, 2021). L'usage non voulu de benzodiazépines est particulièrement inquiétant, puisqu'elles augmentent le risque d'intoxication lorsqu'elles sont consommées avec des opioïdes, rendent les intoxications difficiles à contrer et peuvent mener à une tolérance et à un sevrage (Purssell et coll., 2021). En outre, bien que des bandelettes de détection des benzodiazépines soient disponibles dans certaines régions dans le cadre des services de vérification des drogues, elles ne sont pas toujours fiables pour détecter les benzodiazépines non médicales provenant du marché des drogues (p. ex. étizolam)



(Laing et coll., 2021). En raison de ces facteurs, il faut faire preuve d'une attention particulière pour s'attaquer aux méfaits associés aux benzodiazépines sur le marché non réglementé (RCCET, 2021).

Il faut davantage de recherche sur l'intersection de l'usage de substances, du genre et des déterminants sociaux de la santé. Beaucoup des tendances dans l'usage de substances déclaré et détecté étaient semblables pour toutes les identités de genre, mais il existait une certaine variation. Nos résultats contrastent avec une partie de la littérature (limitée) sur le sujet. Dans notre étude, l'usage non voulu de fentanyl était semblable parmi ceux qui s'identifiaient comme hommes et femmes, et plus élevé chez les personnes faisant partie d'une minorité de genre ou n'ayant pas indiqué de genre. Par contre, une récente étude canadienne a trouvé que les femmes étaient plus susceptibles de déclarer un usage involontaire de fentanyl (Mitra et coll., 2020). Pourtant, 75 % des intoxications liées aux opioïdes – principalement dues au fentanyl – ont eu lieu chez des hommes (selon le sexe biologique) (Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, 2021). De futures enquêtes faisant appel à un plus grand échantillon et utilisant des méthodes qualitatives (p. ex. entrevues avec des personnes qui consomment des drogues) pourraient mieux explorer la manière dont les expériences des personnes qui consomment des drogues sont influencées par leur identité de genre et les conditions dans lesquelles elles ont grandi et vivent. Cela est particulièrement nécessaire étant donné les perturbations à grande échelle causées par la pandémie de COVID-19. L'ampleur sans précédent des méfaits liés aux opioïdes a été ressentie de façon disproportionnée par les groupes marginalisés, comme ceux qui vivent dans des quartiers défavorisés (Institut canadien d'information sur la santé, 2021) ou qui sont en situation d'itinérance (Friesen et coll., 2021; Gomes et coll., 2021).

Limites

La période de collecte de données s'est étendue de l'automne 2019 au printemps 2021. Les mesures de santé publique liées à la pandémie ont mené à des retards et ont prolongé la collecte par rapport à ce qui était prévu. Par conséquent, les comparaisons interrégionales doivent être faites avec prudence, et les résultats des premières périodes de collecte de données pourraient ne pas refléter les tendances postérieures. Par exemple, les benzodiazépines sont devenues plus courantes sur le marché non réglementé depuis 2020 (RCCET, 2021). De plus, la détection et l'usage non voulu de benzodiazépines en 2019 (Colombie-Britannique et Edmonton) pourraient être sous-estimés parce que trois benzodiazépines non médicales ont été ajoutées au menu de dépistage toxicologique à large spectre de LifeLabs Ontario en 2020.

Les données ont été recueillies auprès de personnes qui ont consommé des drogues et obtenu des services de réduction des méfaits durant la période de collecte. Les résultats pourraient ne pas représenter la consommation de drogues ou l'expérience de toutes les personnes qui en consomment dans chaque région, surtout pour les sites ayant un petit échantillon (p. ex. moins de 50 participants).

Peu de participants s'identifiaient comme étant de genre non conforme, non binaires ou trans, ou n'avaient pas indiqué de genre. Les résultats de ces participants ont été regroupés en une catégorie de minorité de genre pour ce rapport, ce qui peut avoir influencé les pourcentages déclarés pour ce groupe. Cette étude présentait aussi les résultats en fonction d'un seul déterminant de la santé (identité de genre). Comme on l'a décrit précédemment, la recherche future devrait examiner l'usage attendu et réel des drogues provenant du marché non réglementé parmi différents groupes de personnes qui en consomment.



Le dépistage toxicologique à large spectre de l'urine est l'une des méthodes d'analyse des drogues les plus exhaustives. Cependant, il ne peut pas détecter certaines substances psychoactives nouvelles. Par exemple, il ne peut pas détecter les nitazènes, une nouvelle classe d'opioïdes puissants sur le marché non réglementé (Santé publique Ontario, 2021). De même, les catégories de substances comme le fentanyl comprennent de nombreuses substances (p. ex. carfentanyl), ce que les consommateurs ne savent pas nécessairement. Pour ces raisons, les résultats peuvent sous-estimer le degré d'imprévisibilité et de toxicité des drogues du marché non réglementé.

Les autres limites des méthodes ont déjà été décrites en détail (Biggar et coll., 2021).

Conclusion et implications

Le PCUA fournit de l'information normalisée sur les tendances dans l'usage de substances au Canada. Notre étude a montré que l'usage voulu et non voulu variait selon le type de substance et la région. Cette information est cruciale étant donné l'évolution rapide du marché des drogues, la nature complexe des méfaits associés aux intoxications, qui impliquent souvent plusieurs substances (Konefal et coll., 2022) et le fardeau constant des méfaits vécus par les personnes et leurs communautés. Nos résultats viennent confirmer la nécessité de se doter d'un éventail d'outils de réduction des méfaits et de politiques et programmes de soutien adaptés aux besoins des personnes qui consomment des drogues dans différentes régions.

Implications pour les programmes et les politiques

Les méfaits associés à l'imprévisibilité et à la toxicité des drogues du marché non réglementé devraient être abordés avec les programmes et les politiques qui suivent :

- Élargir l'accès à des opioïdes et à des stimulants de qualité pharmaceutique par divers moyens :
 - Évaluer en continu les efforts en cours et créer des pratiques exemplaires pour trouver des options qui fonctionnent dans différents contextes (Canadian Association of People Who Use Drugs, 2019; Fleming et coll., 2020; Ranger et coll., 2021).
 - Faire participer des personnes qui consomment des drogues à la conception et à la prestation des services pour promouvoir l'accessibilité, l'acceptabilité et l'efficacité pour divers groupes de consommateurs et leurs communautés.
- Donner accès à un éventail de services de réduction des méfaits dans les collectivités urbaines et rurales du Canada :
 - S'attaquer aux obstacles à l'accès aux services de vérification des drogues (type et quantité) pour les personnes qui consomment des drogues seules ou en dehors des milieux de consommation supervisée (Bardwell et coll., 2019; McCrae et coll., 2020).
 - Examiner les lacunes dans les sites de prévention des surdoses ou de consommation supervisée. Par exemple, relativement peu de ces sites acceptent les clients qui veulent inhaler (fumer) des drogues. Pourtant, dans certaines régions, l'inhalation est devenue la principale méthode de consommation d'opioïdes (Parent et coll., 2021) et est de plus en plus impliquée dans les intoxications liées aux opioïdes (Friesen et coll., 2021).
- Mettre à jour la formation sur l'intervention en cas de surdose pour les personnes qui consomment des drogues et les premiers répondants (p. ex. intervention en cas de surdose d'opioïdes qui pourrait comprendre des benzodiazépines).



- Améliorer l'accès universel aux trousse de naloxone à emporter.
- Améliorer les technologies de prévention des surdoses, comme les lignes téléphoniques ou les applications pour téléphone intelligent (p. ex. Lifeguard, Brave), pour fournir des services d'intervention d'urgence en cas de surdose aux personnes qui consomment des drogues seules ou en dehors des milieux de consommation supervisée.
- Promouvoir une approche holistique de l'usage de substances et de ses méfaits en s'intéressant aux conditions dans lesquelles les personnes consomment des drogues, obtiennent des services et vivent leur vie. Cette approche peut comprendre les éléments suivants :
 - Intégrer les services de réduction des méfaits et de traitement dans les soins primaires et les services sociaux faciles d'accès, comme les services de santé mentale et ceux d'aide au logement et à l'emploi (Russell et coll., 2021).
 - Décriminaliser la possession de drogues pour usage personnel et potentiellement d'autres infractions relatives à la drogue (Jesseman et Payer, 2018).
 - Améliorer l'éducation des personnes qui consomment des drogues et des policiers sur la *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose* (Mehta et coll., 2021; Xavier et coll., 2021).
 - Revoir les politiques et procédures policières qui pourraient décourager les personnes qui consomment des drogues d'appeler le 911 durant un épisode d'intoxication, comme la présence de policiers dans les cas d'intoxication (RCCET, 2017).

Implications pour la recherche, le suivi et la surveillance

Les activités de recherche, de suivi et de surveillance suivantes amélioreraient les connaissances sur le contenu des drogues du marché non réglementé, les expériences des personnes qui consomment des drogues et la manière dont ce savoir est diffusé :

- Élargir la collecte de données sur le contenu des drogues du marché non réglementé. Cela peut comprendre une expansion du PCUA et des investissements dans des activités de collecte de données complémentaires, comme des services de vérification des drogues. Le PCUA a montré que la consommation de drogues attendue et réelle varie au fil du temps et d'une région à l'autre, ce qui semble indiquer que les interventions locales devraient être fondées sur des données récentes et recueillies sur place.
- Harmoniser les données disponibles dans les diverses régions et diffuser l'information d'une façon centralisée et accessible, comme dans une base de données publique d'alertes sur les drogues (RCCET, 2020a).
- Rechercher comment l'information sur le contenu des drogues du marché non réglementé (p. ex. alertes sur les drogues) peut être communiquée plus efficacement et équitablement aux personnes qui consomment des drogues, qui sont les plus directement touchées par l'imprévisibilité du contenu. Les principales considérations comprennent l'emploi d'un langage parlant et l'accès pour ceux qui n'ont pas de connexion à Internet, de téléphone cellulaire ou d'autres appareils (Soukup-Baljak et coll., 2015).
- Recueillir de l'information sur les expériences de divers groupes de personnes qui consomment des drogues (p. ex. par identité de genre, orientation sexuelle, âge, ethnicité, statut de logement)



au moyen d'études quantitatives et qualitatives pour cerner les lacunes et les possibilités de réduire les méfaits et de promouvoir l'équité.

L'équipe du PCUA devrait participer à la conception, à l'implantation et à l'évaluation de ces activités et être rémunérée équitablement pour son expertise à chacune des étapes (CCDUS, 2021).

En savoir plus sur le projet

Pour en savoir plus sur le PCUA (p. ex. documentation et trousse d'outils), visitez le www.ccdus.ca/analyse-durine-et-auto-evaluation ou écrivez à cusp-pcua@ccsa.ca. Pour plus d'information sur les résultats locaux qui ont été publiés par les différents sites, voir l'annexe A.



Bibliographie

- Agence de la santé publique du Canada. *Les intoxications liées à la consommation de substances et l'itinérance au Canada : une analyse descriptive des données d'hospitalisation*, Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada, 2021. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/opioides/hospitalisations-intoxications-liees-substances-personnes-situation-itinerance.html>
- Ali, F., C. Russell, F. Nafeh, J. Rehm, S. LeBlanc et T. Elton-Marshall. « Changes in substance supply and use characteristics among people who use drugs (PWUD) during the COVID-19 global pandemic: A national qualitative assessment in Canada », *International Journal of Drug Policy*, vol. 93, 2021, article 103237. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103237>
- Baral, S., C.E. Holland, K. Shannon, C. Logie, P. Semugoma, B. Sithole, ... et C. Beyrer. « Enhancing benefits or increasing harms: Community responses for HIV among men who have sex with men, transgender women, female sex workers, and people who inject drugs », *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 66, 2014, article S319–S328. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000233>
- Bardwell, G., J. Boyd, K.W. Tupper et T. Kerr. « “We don’t got that kind of time, man. We’re trying to get high!”: Exploring potential use of drug checking technologies among structurally vulnerable people who use drugs », *International Journal of Drug Policy*, vol. 71, 2019, p. 125–132. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.06.018>
- BC Centre for Disease Control. *Harm reduction client survey*, sans date. <http://www.bccdc.ca/health-professionals/data-reports/harm-reduction-client-survey>
- Biggar, E., K. Papamihali, P. Leclerc, E. Hyshka, B. Graham, M. Taylor, ... et J.A. Buxton. « Towards cross-Canada monitoring of the unregulated street drug supply », *BMC Public Health*, vol. 21, n° 1, 2021, article 1678. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11757-x>
- Boileau-Falardeau, M., G. Contreras, G. Gariépy et C. Laprise. « Patterns and motivations of polysubstance use: A rapid review of the qualitative evidence », *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada: Research, Policy and Practice*, vol. 42, n° 2, 2022, p. 47–59. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.42.2.01>
- Canadian Association of People who Use Drugs. *Safe supply concept document*, 2019. <https://zenodo.org/record/5637607>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Analyse tenant compte du sexe, du genre et de l'équité*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-01/CCSA-Sex-Gender-Equity-Analysis-Report-2020-fr.pdf>
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Lignes directrices sur la collaboration avec les personnes ayant une expérience passée ou présente de l'usage de substances, leur famille et leurs amis*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2021. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2021-04/CCSA-Partnering-with-People-Lived-Living-Experience-Substance-Use-Guide-fr.pdf>



- Canadian Institute for Substance Use Research. *Equity-based monitoring*, sans date. <https://www.colabbc.ca/our-model>
- Collins, A.B., J. Boyd, K. Hayashi, H.L.F. Cooper, S. Goldenberg et R. McNeil. « Women's utilization of housing-based overdose prevention sites in Vancouver, Canada: An ethnographic study », *International Journal of Drug Policy*, vol. 76, 2020, article 102641. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.102641>
- Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. *Méfais associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada*, Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada, 2021. <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants>
- Ferguson, M., A. Parmar, K. Papamihali, A. Weng, K. Lock et J.A. Buxton. « Investigating opioid preference to inform safe supply services: A cross sectional study », *International Journal of Drug Policy*, vol. 101, 2022, article 103574. Publication en ligne anticipée. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103574>
- Fleming, T., A. Barker, A. Ivsins, S. Vakharia et R. McNeil. « Stimulant safe supply: a potential opportunity to respond to the overdose epidemic », *Harm Reduction Journal*, vol. 17, n° 1, 2020, article 6. <https://doi.org/10.1186/s12954-019-0351-1>
- Friesen, E.L., P.A. Kurdyak, T. Gomes, G. Kolla, P. Leece, L. Zhu, ... et L. Mah. *The impact of the COVID-19 pandemic on opioid-related harm in Ontario*, Toronto (Ont.), Science Table COVID-19 Advisory for Ontario, 2021. <https://covid19-sciencetable.ca/sciencebrief/the-impact-of-the-covid-19-pandemic-on-opioid-related-harm-in-ontario>
- Gomes, T., R. Murray, G. Kolla, P. Leece, S. Bansal, J. Besharah, ... et J. Watford. *Changing circumstances surrounding opioid-related deaths in Ontario during the COVID-19 pandemic*, Toronto (Ont.), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021. <https://odprn.ca/wp-content/uploads/2021/05/Changing-Circumstances-Surrounding-Opioid-Related-Deaths.pdf>
- Harris, M.T.H., S.M. Bagley, A. Maschke, S.F. Schoenberger, S. Sampath, A.Y. Walley et C.M. Gunn. « Competing risks of women and men who use fentanyl: "The number one thing I worry about would be my safety and number two would be overdose" », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 125, 2021, article 108313. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108313>
- Institut canadien d'information sur la santé. *Conséquences inattendues de la pandémie de COVID-19 : méfaits causés par l'utilisation de substances*, Ottawa (Ont.), Institut canadien d'information sur la santé, 2021. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/unintended-consequences-covid-19-substance-use-report-fr.pdf>
- Jesseman, R. et D. Payer. *La décriminalisation : les options et les données probantes* [document d'orientation], Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-Decriminalization-Controlled-Substances-Policy-Brief-2018-fr.pdf>
- Konefal, S., A. Sherk, B. Maloney-Hall, M. Young, P. Kent et E. Biggar. « Polysubstance use poisoning deaths in Canada: An analysis of trends from 2014 to 2017 using mortality data », *BMC Public Health*, vol. 22, 2022, article 269. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12678-z>
- Laing, M.K., L. Ti, A. Marmel, S. Tobias, A.M. Shapiro, R. Laing, ... et M.E. Socías. « An outbreak of novel psychoactive substance benzodiazepines in the unregulated drug supply: Preliminary results from a community drug checking program using point-of-care and confirmatory



- methods », *International Journal of Drug Policy*, vol. 93, 2021, article 103169.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103169>
- Liu, L., K. Papamihali, A. Shapiro, S. Likhodi, R. Pursell et J.A. Buxton. *Urine toxicology screening among 2018 and 2019 Harm Reduction Client Survey participants*, Vancouver (C.-B.), BC Centre for Disease Control, 2022. http://www.bccdc.ca/resource-gallery/Documents/Statistics%20and%20Research/Statistics%20and%20Reports/Overdose/urinalysis_2018_2019_report_draft_Dec21%20FINAL_Dec31.pdf
- Maghsoudi, N., J. Tanguay, K. Scarfone, I. Rammohan, C. Ziegler, D. Werb et A.I. Scheim. « Drug checking services for people who use drugs: A systematic review », *Addiction*, 2021, p. 1–13. Publication en ligne anticipée. <https://doi.org/10.1111/add.15734>
- Manitoba Harm Reduction Network. *Community Urinalysis and Self-Report Project: Summary of findings for Manitoba*, Winnipeg (Man.), Manitoba Harm Reduction Network, 2020. <https://static1.squarespace.com/static/561d5888e4b0830a0f1ed08b/t/60351f75a8075a246e2a49df/1614094199121/CUSP+Site+Report+Winnipeg.pdf>
- McCrae, K., K. Hayashi, G. Bardwell, E. Nosova, M.J. Milloy, E. Wood et L. Ti. « The effect of injecting alone on the use of drug checking services among people who inject drugs », *International Journal of Drug Policy*, vol. 79, 2020, article 102756. Publication en ligne anticipée. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102756>
- McNeil, R., N. Puri, J. Boyd, S. Mayer, K. Hayashi et W. Small. « Understanding concurrent stimulant use among people on methadone: A qualitative study », *Drug and Alcohol Review*, vol. 39, n° 3, 2020, p. 209–215. <https://doi.org/10.1111/dar.13049>
- Mehta, A., A. Moustaqim-Barrette, K. Papamihali, J. Xavier, B. Graham, S. Williams et J.A. Buxton. « Good Samaritan Drug Overdose Act awareness among people who use drugs in British Columbia, Canada », *Journal of Community Safety and Well-Being*, vol. 6, n° 3, 2021, p. 133–141. <https://doi.org/10.35502/jcswb.197>
- Mitra, S., J. Boyd, E. Wood, C. Grant, M.-J. Milloy, K. DeBeck, T. Kerr et K. Hayashi. « Elevated prevalence of self-reported unintentional exposure to fentanyl among women who use drugs in a Canadian setting: A cross-sectional analysis », *International Journal of Drug Policy*, vol. 83, 2020, article 102864. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102864>
- Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Research brief: COVID-19 and the drug supply chain: from production and trafficking to use*, Vienne (Autriche), 2020, UNODC Research. <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/covid/Covid-19-and-drug-supply-chain-Mai2020.pdf>
- Parent, S., K. Papamihali, B. Graham et J.A. Buxton. « Examining prevalence and correlates of smoking opioids in British Columbia: opioids are more often smoked than injected », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 16, n° 1, 2021, article 79. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00414-6>
- Pursell, R., J.A. Buxton, J. Godwin et J. Moe. « Potent sedatives in opioids in BC: Implications for resuscitation, and benzodiazepine and etizolam », *BC Medical Journal*, vol. 63, n° 4, 2021, p. 177-178. <https://bcmj.org/bccdc/potent-sedatives-opioids-bc-implications-resuscitation-and-benzodiazepine-and-etizolam>
- Ranger, C., H. Hobbs, F. Cameron, H. Stuart, J. McCall, G. Sullivan, ... et B. Pauly. *Co/Lab practice brief: Implementing the Victoria Safer Initiative*, Victoria (C.-B.), Canadian Institute for Substance



Use Research, 2021.

<https://static1.squarespace.com/static/5eb1a664ccf4c7037e8c1d72/t/619ea3e0ef4c07476cd1e08c/1637786629782/bulletin-safer.pdf>

Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies. *Bulletin du RCCET : composer le 911 en cas d'intoxication à la drogue*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, mars 2017. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2019-04/CCSA-CCENDU-Calling-911-Drug-Poisoning-2017-fr.pdf>

Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies. *Bulletin du RCCET : adultérants, contaminants et substances cooccurrentes dans les drogues obtenues illégalement au Canada*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, avril 2020a. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-05/CCSA-CCENDU-Adulterants-Contaminants-Co-occurring-Substances-in-Drugs-Canada-2020-Bulletin-fr.pdf>

Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies. *Alerte du RCCET : changements à l'offre de drogues illicites et à l'accès aux services dans le contexte de la COVID-19, et méfaits pour la santé associés*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, mai 2020b. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2020-05/CCSA-COVID-CCENDU-19-Illegal-Drug-Supply-Alert-2020-fr.pdf>

Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies. *Bulletin du RCCET : risques et dangers associés aux benzodiazépines d'usage non médical dans la drogue obtenue illégalement au Canada*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, décembre 2021. <https://www.ccsa.ca/sites/default/files/2021-12/CCSA-CCENDU-Nonmedical-Use-Benzodiazepines-Unregulated-Drug-Supply-Bulletin-2021-fr.pdf>

Russell, C., F. Ali, F. Nafeh, S. LeBlanc, S. Imtiaz, T. Elton-Marshall et J. Rehm. « A qualitative examination of substance use service needs among people who use drugs (PWUD) with treatment and service experience in Ontario, Canada », *BMC Public Health*, vol. 21, 2021, article 2021. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12104-w>

Santé Canada. *Service d'analyse des drogues : rapport sur les drogues analysées*, 2021. <https://sante-infobase.canada.ca/service-analyse-drogues/rapport-drogues-analyses.html>

Santé publique Ontario. *Nouveaux opioïdes synthétiques autres que le fentanyl : évaluation des risques et conséquences pour la pratique* [résumé des preuves pertinentes], Toronto (Ont.), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2021. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/e/2021/evidence-brief-novel-opioids-risk-analysis-implications.pdf?la=fr>

Soukup-Baljak, Y., A.M. Greer, A. Amlani, O. Sampson et J.A. Buxton. « Drug quality assessment practices and communication of drug alerts among people who use drugs », *International Journal of Drug Policy*, vol. 26, n° 12, 2015, p. 1251-1257. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2015.06.006>

Xavier, J., A. Greer, A. Crabtree, S. Ferencz et J.A. Buxton. « Police officers' knowledge, understanding and implementation of the Good Samaritan Drug Overdose Act in BC, Canada », *International Journal of Drug Policy*, vol. 97, 2021, article 103410. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103410>



Annexe A : profils des sites

Les sites de la Colombie-Britannique, d'Edmonton et de Montréal ont participé à la phase pilote du projet en 2019. Les sites qui se sont ajoutés en 2020 et 2021 ont été recrutés par des réseaux de surveillance de l'usage de substances et de prestation de services (p. ex. RCCET). Voici une description de chaque site.

D'ouest en est

Colombie-Britannique : Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique

Les données ont été recueillies d'octobre à décembre 2019 dans des sites urbains et ruraux de distribution de matériel pour la réduction des méfaits dans toutes les autorités régionales de santé.

D'autres publications, rapports et infographies utilisant les résultats des auto-évaluations et des analyses d'urine menées dans la province sont disponibles (BC Centre for Disease Control, sans date). D'autres résultats sur le contenu des drogues détecté en 2019 sont aussi disponibles (Liu et coll., 2022).

Edmonton (Alberta) : Streetworks et Université de l'Alberta

Les données ont été recueillies en mars 2019 dans un site urbain qui fournit du matériel de réduction des méfaits et des services de consommation supervisée.

Manitoba : Manitoba Harm Reduction Network (MHRN)

Les données ont été recueillies de janvier à mars 2020 dans un site urbain et deux sites ruraux de distribution de matériel pour la réduction des méfaits. Les membres du comité consultatif de pairs ont facilité l'implantation. Ces membres sont des personnes qui consomment des drogues, et ils orientent le travail du MHRN quant à l'usage de substances, à la réduction des méfaits, à la recherche communautaire, aux déterminants sociaux de la santé et à d'autres enjeux, de façon bénévole et continue.

D'autres rapports et infographies utilisant les résultats des auto-évaluations et des analyses d'urine menées dans la province sont disponibles (MHRN, 2020).

Thunder Bay (Ontario) : Université Lakehead et Centres de santé communautaire Norwest

Les données ont été recueillies d'avril à juin 2021 dans des organismes de réduction des méfaits du Centre-Sud de Thunder Bay offrant un continuum de services de réduction des méfaits et de traitement pour les personnes qui consomment des drogues.

Montréal (Québec) : Direction régionale de santé publique, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Les données ont été recueillies d'août à septembre 2019 dans huit sites urbains et de septembre à octobre 2020 dans onze sites urbains. Trois des sites fournissaient des services de consommation supervisée, et tous les autres fournissaient du matériel de réduction des méfaits seulement.

Laval (Québec) : Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval

Les données ont été recueillies de février à mars 2020 par un organisme de réduction des méfaits.

Halifax (Nouvelle-Écosse) : Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse et Mainline Needle Exchange



Les données ont été recueillies en janvier 2021 par un organisme de réduction des méfaits d'Halifax qui offre un continuum de services de réduction des méfaits et de traitement pour les personnes qui consomment des drogues.



Annexe B : tableaux

Tableau 1. Sites de collecte de données et participants, par région et période de collecte, *n* (%)

Sites et participants	Colombie-Britannique, 2019	Edmonton, 2019	Montréal, 2019	Manitoba, 2020	Montréal, 2020	Laval, 2020	Thunder Bay, 2021	Halifax, 2021	Global
Sites de collecte de données	22 (44,90)	1 (2,04)	11 (22,45)	3 (6,12)	8 (16,33)	1 (2,04)	2 (4,08)	1 (2,04)	49 (100,00)
Participants	564 (36,96)	48 (3,15)	395 (25,88)	54 (3,54)	254 (16,64)	21 (1,38)	97 (6,36)	93 (6,09)	1 526 (100,00)



Tableau 2. Identité de genre des participants, groupe d'âge et fréquence d'usage de drogues dans le dernier mois

Caractéristiques démographiques	Colombie-Britannique, 2019	Edmonton, 2019	Montréal, 2019	Manitoba, 2020	Montréal, 2020	Laval, 2020	Thunder Bay, 2021	Halifax, 2021	Global
Identité de genre	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Homme	353 (62,59)	36 (75,00)	267 (67,59)	24 (44,44)	177 (69,69)	14 (66,67)	52 (53,61)	67 (72,04)	990 (64,88)
Femme	196 (34,75)	11 (22,92)	90 (22,78)	25 (46,30)	61 (24,02)	7 (33,33)	38 (39,18)	23 (24,73)	451 (29,55)
Homme trans, femme trans, non binaire/genre non conforme, préfère ne pas répondre, aucune réponse ^a	15 (2,66)	1 (2,08)	38 (9,62)	5 (9,26)	16 (6,30)	0 (0,00)	7 (7,22)	3 (3,23)	85 (5,57)
Groupe d'âge	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
18 à 24 ans	52 (9,22)	0 (0,00)	21 (5,32)	1 (1,85)	5 (1,97)	0 (0,00)	2 (2,06)	3 (3,23)	84 (5,50)
25 à 34 ans	132 (23,40)	10 (20,83)	108 (27,34)	14 (25,93)	61 (24,02)	4 (19,05)	24 (24,74)	19 (20,43)	372 (24,38)
35 à 44 ans	158 (28,01)	10 (20,83)	102 (25,82)	21 (38,89)	85 (33,46)	5 (23,81)	29 (29,90)	27 (29,03)	437 (28,64)
45 à 54 ans	134 (23,76)	14 (29,17)	110 (27,85)	13 (24,07)	55 (21,65)	7 (33,33)	21 (21,65)	21 (22,58)	375 (24,57)
55 à 64 ans	69 (12,23)	11 (22,92)	42 (10,63)	3 (5,56)	43 (16,93)	4 (19,05)	4 (4,12)	15 (16,13)	191 (12,52)
65 ans et plus	9 (1,60)	0 (0,00)	6 (1,52)	1 (1,85)	4 (1,57)	1 (4,76)	3 (3,09)	4 (4,30)	28 (1,83)
Préfère ne pas répondre/aucune réponse ^b	10 (1,77)	3 (6,25)	6 (1,52)	1 (1,85)	1 (0,39)	0 (0,00)	14 (14,43)	4 (4,30)	39 (2,56)
Fréquence de l'usage de drogues ^c	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Tous les jours	366 (64,89)	— (—)	233 (58,99)	22 (40,74)	162 (63,78)	6 (28,57)	59 (60,82)	60 (64,52)	908 (61,43)
Quelques fois par semaine	107 (18,97)	— (—)	119 (30,13)	11 (20,37)	67 (26,38)	10 (47,62)	15 (15,46)	23 (24,73)	352 (23,82)
Quelques fois par mois	41 (7,27)	— (—)	39 (9,87)	14 (25,93)	21 (8,27)	5 (23,81)	12 (12,37)	8 (8,60)	140 (9,47)
Préfère ne pas répondre/aucune réponse	50 (8,87)	— (—)	4 (1,01)	7 (12,96)	4 (1,57)	0 (0,00)	11 (11,34)	2 (2,15)	78 (5,28)

^a La catégorie de minorité de genre comprend les personnes s'identifiant comme hommes trans, femmes trans, personnes non binaires ou personnes de genre non conforme, et celles qui préféreraient ne pas répondre ou qui n'ont rien indiqué.

^b Les données 2019 et 2020 de Montréal ne reflètent que l'option « aucune réponse ».

^c Sept des huit sites (*n* = 1 478) ont inclus la question « Dans le dernier mois, à quelle fréquence avez-vous consommé de la drogue, peu importe le mode (en excluant le cannabis, l'alcool et le tabac)? » Edmonton s'est abstenu.



Tableau 3. Pourcentage global d'usage de substances déclaré dans les trois derniers jours et de détection de substances chez les participants

Drogue	Colombie-Britannique, 2019	Edmonton, 2019	Montréal, 2019	Manitoba, 2020	Montréal, 2020	Laval, 2020	Thunder Bay, 2021	Halifax, 2021	Global
Stimulants	Déclaré, détecté	Déclaré, détecté	Déclaré, détecté	Déclaré, détecté	Déclaré, détecté	Déclaré, détecté	Déclaré, détecté	Déclaré, détecté	Déclaré, détecté
Cocaïne/crack ^a	40,25, 38,12	45,83, 27,08	74,43, 80,00	40,74, 33,33	72,05, 79,13	71,43, 76,19	80,41, 78,35	78,49, 76,34	59,83, 60,68
Méthamphétamine/amphétamine ^b	73,76, 80,50	58,33, 70,83	39,75, 54,43	48,15, 44,44	36,22, 59,84	47,62, 61,90	39,18, 24,74	11,83, 4,30	50,98, 60,29
Méthamphétamine (« crystal meth »)	73,58, —	58,33, —	20,51, —	48,15, —	21,26, —	0,00, —	34,02, —	6,45, —	42,14, —
Speed	0,18, —	0,00, —	29,11, —	0,00, —	23,62, —	47,62, —	16,49, —	8,60, —	13,76, —
MDMA (ecstasy)	4,43, 0,89	0,00, 0,00	4,30, 3,04	3,70, 0,00	2,76, 5,12	0,00, 0,00	6,19, 3,09	3,23, 2,15	3,93, 2,29
Autres stimulants synthétiques	7,27, 3,19	6,25, 6,25	5,57, 3,80	3,70, 1,85	5,12, 5,91	0,00, 0,00	22,68, 9,28	20,43, 17,20	7,99, 5,05

(suite)



Tableau 3 (suite)

Région du site	Colombie-Britannique, 2019	Edmonton, 2019	Montréal, 2019	Manitoba, 2020	Montréal, 2020	Laval, 2020	Thunder Bay, 2021	Halifax, 2021	Global
Opioides	Déclaré, détecté	Déclaré, détecté	Déclaré, détecté	Déclaré, détecté	Déclaré, détecté	Déclaré, détecté	Déclaré, détecté	Déclaré, détecté	Déclaré, détecté
Buprénorphine/naloxone	4,08, 5,67	4,17, 2,08	3,54, 3,54	7,41, 9,26	3,54, 1,57	0,00, 0,00	21,65, 15,46	16,13, 12,90	5,77, 5,44
Fentanyl ^c	44,33, 54,26	29,17, 29,17	2,53, 9,87	0,00, 3,70	10,63, 20,08	0,00, 0,00	41,24, 46,39	3,23, 1,08	22,54, 30,01
Héroïne/morphine ^d	47,52, 39,89	45,83, 45,83	31,65, 22,78	20,37, 9,26	29,53, 31,10	0,00, 4,76	41,24, 31,96	18,28, 21,51	36,57, 31,00
<i>Héroïne</i>	43,79, —	20,83, —	21,77, —	1,85, —	22,44, —	0,00, —	27,84, —	0,00, —	28,05, —
<i>Morphine</i>	11,70, —	35,42, —	15,44, —	18,52, —	14,96, —	0,00, —	24,74, —	18,28, —	15,27, —
Hydromorpnone	2,66, 10,99	35,42, 52,08	26,08, 16,71	12,96, 20,37	28,74, 20,47	0,00, 0,00	12,37, 7,22	29,03, 30,11	16,64, 16,45
Méthadone	22,34, 21,45	6,25, 6,25	23,04, 25,57	3,70, 5,56	18,11, 20,08	4,76, 4,76	36,08, 39,18	40,86, 43,01	22,41, 23,46
Oxycodone	1,24, 0,18	10,42, 2,08	1,52, 0,76	1,85, 3,70	0,39, 0,39	0,00, 0,00	18,56, 3,09	2,15, 0,00	2,62, 0,72
Autres dépresseurs	Déclaré, détecté	Déclaré, détecté	Déclaré, détecté	Déclaré, détecté	Déclaré, détecté	Déclaré, détecté	Déclaré, détecté	Déclaré, détecté	Déclaré, détecté
Benzodiazépines	13,30, 4,61	22,92, 27,08	16,46, 13,42	11,11, 24,07	11,42, 18,90	0,00, 0,00	25,77, 59,79	31,18, 37,63	15,73, 16,12

Note. — = Le dépistage toxicologique de l'urine ne peut pas distinguer la méthamphétamine du speed, ni l'héroïne de la morphine.

^a La cocaïne et le crack ne peuvent pas être distingués par dépistage toxicologique de l'urine. Les réponses « cocaïne (poudre) » et « crack/freebase » ont donc été combinées pour faciliter la comparaison.

^b L'usage de méthamphétamine peut mener à la présence de méthamphétamine et d'amphétamine dans l'urine. Le speed n'est pas associé à un profil toxicologique précis, mais il peut contenir de la méthamphétamine ou une autre amphétamine et contribuer à leur détection. L'usage déclaré de méthamphétamine ou de speed a donc été combiné pour faciliter la comparaison.

^c La détection de fentanyl comprend les analogues du fentanyl (p. ex. carfentanil).

^d La détection de l'héroïne et de la morphine a été combinée parce que le métabolite direct de l'héroïne (6-monoacétylmorphine) disparaît rapidement de l'urine, après quoi il est difficile de discerner l'héroïne de la morphine. L'usage déclaré d'héroïne et de morphine a été combiné pour faciliter la comparaison.



Tableau 4. Pourcentage de participants n'ayant pas déclaré avoir consommé les substances détectées dans leur urine (c.-à-d. usage non voulu)

Drogue	Colombie-Britannique, 2019	Edmonton, 2019	Montréal, 2019	Manitoba, 2020	Montréal, 2020	Laval, 2020	Thunder Bay, 2021	Halifax, 2021	Global
Stimulants	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Cocaïne/crack	41,40	23,08	11,71	11,11	13,93	6,25	9,21	8,45	18,68
Méthamphétamine/amphétamine	11,89	17,65	35,81	12,50	44,08	23,08	16,67	100,00 ^a	23,70
MDMA	40,00 ^a	—	33,33	—	61,54	—	66,67 ^a	0,00 ^a	45,71
Autres stimulants synthétiques	33,33	66,67 ^a	40,00	0,00 ^a	46,67	—	44,44	31,25	38,96
Opioides	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Buprénorphine/naloxone	40,63	100,00 ^a	35,71	20,00 ^a	0,00 ^a	—	20,00	0,00	27,71
Fentanyl	23,20	21,43	92,31	100,00 ^a	54,90	—	26,67	100,00 ^a	33,41
Héroïne/morphine	16,89	27,27	6,67	40,00 ^a	21,52	100,00 ^a	48,39	35,00	19,45
Hydromorphone	91,94	36,00 ^a	3,03	36,36	1,92	—	57,14	14,29	32,27
Méthadone	14,05	0,00 ^a	11,88	66,67 ^a	11,76	0,00 ^a	7,89	5,00	11,73
Oxycodone	100,00 ^a	0,00 ^a	33,33 ^a	100,00 ^a	100,00 ^a	—	100,00 ^a	—	72,73
Autres dépresseurs	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Benzodiazépines	34,62	38,46	33,96	76,92	58,33	—	67,24	28,57	48,37

Note. Les pourcentages représentent le nombre de participants qui n'ont pas déclaré avoir consommé la substance dans les trois jours précédents et chez qui on l'a détectée, divisé par le nombre de participants dont l'urine contenait la substance. Le pourcentage de participants qui ont déclaré avoir consommé la substance détectée (c.-à-d. usage voulu) peut être calculé en soustrayant les valeurs indiquées de 100. Par exemple, 58,60 % des participants en Colombie-Britannique chez qui on a détecté de la cocaïne/crack dans l'urine ont déclaré en avoir consommé.

— = Substance non détectée.

^a Substance détectée chez ≤5 participants au total; à interpréter avec prudence.



Tableau 5. Pourcentage de participants dont l'urine ne contenait pas les substances qu'ils avaient déclaré avoir consommé dans les trois jours précédents

Drogue	Colombie-Britannique, 2019	Edmonton, 2019	Montréal, 2019	Manitoba, 2020	Montréal, 2020	Laval, 2020	Thunder Bay, 2021	Halifax, 2021	Global
Stimulants	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Cocaïne/crack	44,49	54,55	5,10	27,27	5,46	0,00	11,54	10,96	17,61
Méthamphétamine/amphétamine	3,85	0,00	12,10	19,23	7,61	0,00	47,37	100,00	9,77
MDMA	88,00	—	52,94	100,00 ^a	28,57	—	83,33	33,33 ^a	68,33
Autres stimulants synthétiques	70,73	66,67 ^a	59,09	50,00 ^a	38,46	—	77,27	42,11	61,48
Opioides	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Buprénorphine/naloxone	17,39	100,00 ^a	35,71	0,00 ^a	55,56	—	42,86	20,00	31,82
Fentanyl	6,00	21,43	70,00	—	14,81	—	17,50	100,00 ^a	11,34
Héroïne/morphine	30,22	27,27	32,80	72,73	17,33	—	60,00	23,53	31,72
Hydromorphone	66,67	5,88	37,86	0,00	30,14	—	75,00	11,11	33,07
Méthadone	17,46	0,00 ^a	2,20	50,00 ^a	2,17	0,00 ^a	0,00	0,00	7,60
Oxycodone	100,00	80,00 ^a	66,67	100,00 ^a	100,00 ^a	—	100,00	100,00 ^a	92,50
Autres dépresseurs	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Benzodiazépines	77,33	27,27	46,15	50,00	31,03	—	24,00	13,79	47,08

Note. Les pourcentages représentent le nombre de participants dont l'urine ne contenait pas la substance qu'ils déclaraient avoir consommée dans les trois jours précédents, divisé par le nombre de participants qui ont déclaré avoir consommé la substance dans les trois jours précédents. Le pourcentage de participants dont l'urine contenait la substance qu'ils déclaraient avoir consommée dans les trois jours précédents peut être calculé en soustrayant les valeurs indiquées de 100. Par exemple, de la cocaïne/crack a été détectée chez 55,51 % des participants en Colombie-Britannique qui déclaraient en avoir consommé.

— = Substance non déclarée comme ayant été consommée dans les trois jours précédents.

^a Substance déclarée comme ayant été consommée par ≤5 participants au total; à interpréter avec prudence.



Tableau 6. Pourcentage de polyconsommation déclarée dans les trois derniers jours

Drogue	Colombie-Britannique, 2019	Edmonton, 2019	Manitoba, 2020	Laval, 2020	Thunder Bay, 2021	Halifax, 2021	Global
Usage d'opioïdes et de stimulants ^a	55,32	47,92	24,07	4,76	72,16	63,44	54,50
Usage d'opioïdes et de benzodiazépines ^b	8,87	16,67	3,70	0,00	26,80	29,03	12,88

Note. Les pourcentages représentent le nombre de répondants divisé par la taille de l'échantillon pour chaque site. Les données de Montréal pour 2019 et 2020 n'étaient pas disponibles.

^a Au moins un opioïde et un stimulant, ce qui comprend : méthamphétamine (« crystal meth »), speed, autre stimulant synthétique, MDMA, cocaïne, ou crack/freebase.

^b Au moins une benzodiazépine et un opioïde, ce qui comprend : méthadone, buprénorphine, morphine, hydromorphone, oxycodone, fentanyl ou héroïne.