

Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada

(2015–2017)



Centre canadien sur
les dépendances et
l'usage de substances



University
of Victoria

Institut canadien
de recherche sur
l'usage de substances



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

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

Citation proposée : Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2015-2017)*, préparé par l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020.

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

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

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

John Dorocicz, M.Sc.A.
Adam Sherk, Ph.D.
Justin Sorge, MSP
Jinhui Zhao, Ph.D.

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

Matthew Young, Ph.D., chercheur principal
Analyste principal, Recherche et politiques, CCDUS
Professeur auxiliaire, Université Carleton

Emily Biggar, MSP
Chealsea De Moor, M.A.
Jill Fairbank, M.Sc.
Bridget Maloney-Hall, MSP
Pamela Kent, Ph.D.
Sarah Konefal, Ph.D.

© Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020.
CCDUS, 75 rue Albert, bureau 500
Ottawa, ON K1P 5E7
Tél. : 613-235-4048
Courriel : cemusc@ccsa.ca

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

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

This document is also available in English under the title:

Canadian Substance Use Costs and Harms 2015-2017

ISBN 978-1-77178-670-6

Table des matières

Synthèse générale	1
Total des coûts liés à l'usage de substances	1
Coûts de soins de santé	2
Coûts de perte de productivité	3
Coûts de justice pénale	3
Autres coûts directs	5
Implications	5
Conclusions	6
Introduction	9
Total des coûts liés à l'usage de substances	10
Tendances dans les coûts, de 2015 à 2017	13
Survol des méthodes	14
Approche de la fraction attribuable	15
Différences méthodologiques avec le rapport de 2007-2014	17
Estimations de la prévalence de l'usage de substances	19
Différences méthodologiques avec le rapport de 2007-2014	19
Résultats	20
Limites	21
Coûts de soins de santé	23
Différences méthodologiques avec le rapport de 2007-2014	23
Résultats	25
Limites	28
Coûts de perte de productivité	31
Méthodes d'estimation des décès attribuables aux intoxications dues à l'usage de substances	31
Méthodes d'évaluation des invalidités de longue et de courte durée	31
Différences méthodologiques avec le rapport de 2007-2014	32
Résultats	32
Limites	36
Coûts de justice pénale	39
Différences méthodologiques avec le rapport de 2007-2014	40
Résultats	40
Limites	42
Autres coûts directs	45
Différences méthodologiques avec le rapport de 2007-2014	46
Résultats	46
Limites	48
Analyse	51
Alcool et tabac	51
Opioïdes	51
Cocaïne et autres stimulants du SNC	52
Points forts et limites	55
Conclusions	59
Bibliographie	60





Synthèse générale

Remerciements

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



Synthèse générale

En 2017, l'usage de substances a coûté 46 milliards de dollars aux Canadiens, causé plus de 275 000 hospitalisations et contribué à la perte de près de 75 000 vies. Le présent rapport fournit des estimations des coûts de l'usage de substances au Canada de 2015 à 2017 faites à partir des méthodes et sources de données les plus fiables et les plus récentes, en fonction des catégories suivantes :

- Type de coûts (soins de santé, perte de productivité, justice pénale et autres coûts directs);
- Substance (alcool, tabac, cannabis, opioïdes, autres déprimeurs du SNC, cocaïne, autres stimulants du SNC et autres substances);
- Province ou territoire.

Lorsque des données pour des coûts spécifiques étaient disponibles, elles sont présentées par problèmes de santé, sexes et tranches d'âge.

Le présent document constitue une mise à jour du rapport *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2014)* publié en juin 2018 par le Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. Les estimations des deux documents ne devraient cependant pas être comparées les unes aux autres, puisque nous avons raffiné nos méthodes depuis la première publication.

Les présentes estimations dressent le portrait des coûts et des méfaits de l'usage de substances (US) au Canada. Elles représentent un point de référence pour l'évaluation des répercussions des politiques actuelles et futures sur l'US au pays, notamment en ce qui concerne la légalisation du cannabis, les conséquences de la crise des opioïdes et les effets (probablement considérables) de la pandémie de COVID-19 sur les habitudes de consommation et les coûts et méfaits y étant associés.

Arriver à suivre les coûts et les tendances en matière de méfaits entièrement causés par des types précis de substances sera un atout précieux dans les efforts des gouvernements, des entreprises et des groupes de défense visant à réduire ces méfaits. Ajoutons qu'une meilleure connaissance des coûts sociétaux associés à différentes substances pourrait aider à guider la prise de décisions de principe et l'attribution des ressources aux services chargés de l'application de la loi ainsi qu'aux services de prévention, de traitement et de réduction des méfaits.

Total des coûts liés à l'usage de substances



En 2017 :

- Près de 63 % des coûts associés à l'usage de substances étaient attribuables à l'alcool et au tabac.
- Les quatre substances associées aux coûts les plus importants étaient (dans l'ordre) :
 - l'alcool, avec 16,6 milliards de dollars, soit 36,2 % du total;
 - le tabac, avec 12,3 milliards de dollars, soit 26,7 % du total;
 - les opioïdes, avec 5,9 milliards de dollars, soit 12,9 % du total;
 - la cocaïne, avec 3,7 milliards, soit 8,1 % du total.



De 2015 à 2017¹, les coûts par personne² associés à l'usage de substances (US) ont augmenté de 3,3 % en valeur réelle, passant de 1 218 \$ en 2015 à environ 1 258 \$ en 2017. Soulignons cependant que ces coûts variaient considérablement entre les différentes substances étudiées. Voici, en ordre croissant, les quatre substances pour lesquelles les coûts par personne ont le plus augmenté de 2015 à 2017 :

- Stimulants du système nerveux central (SNC) (y compris les amphétamines et la méthamphétamine, mais à l'exclusion de la cocaïne) : hausse des coûts de 22,1 %, de 44 \$ à 54 \$;
- Opiïdes : hausse des coûts de 20,9 %, de 135 \$ à 163 \$;
- Cocaïne : hausse des coûts de 10,5 %, de 92 \$ à 102 \$;
- Alcool : hausse des coûts de 1,6 %, de 448 \$ à 455 \$.

À titre comparatif, de 2015 à 2017, le coût par personne pour le tabagisme a chuté de 5,1 % (passant de 354 \$ à 336 \$). En 2015, la consommation combinée d'alcool et de tabac représentait 65,8 % du total des coûts par personne associés à l'US au pays alors qu'en 2017, elle était de 62,9 %.



Coûts de soins de santé

Sont inclus dans les coûts de soins de santé les coûts attribuables aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour, aux visites à l'urgence, aux épisodes de traitement spécialisé³ pour des troubles liés à l'US, à la rémunération des médecins et aux médicaments sur ordonnance.

En 2017 :

- Les coûts associés aux soins de santé attribuables à l'US s'élevaient à 13,1 milliards de dollars (28,4 % des coûts totaux associés à l'US), soit 386 \$ par Canadien⁴. Les hospitalisations en représentaient 24,5 %, la rémunération des médecins, 37,4 % et les médicaments sur ordonnance, 28,5 %.
- Les coûts combinés pour l'alcool et le tabac, s'élevant respectivement à 5,4 et à 6,1 milliards de dollars, représentaient près de 89,0 % des coûts.
- Après l'alcool et le tabac, ce sont les opiïdes qui représentaient les coûts les plus importants pour le système de santé, avec 439 millions de dollars, soit 3,4 %.
- On inclut aussi dans ce total les coûts inhérents aux 277 060 hospitalisations dues à l'US, dont 141 271 (51 %) découlaient du tabagisme et 105 065 (37,9 %), de la consommation d'alcool.
- C'est dans les territoires que le coût par personne pour les soins de santé associés à l'US était le plus élevé. Ce constat reflète le fait que le coût des soins de santé et le taux de consommation d'alcool et de tabac y sont plus élevés.

¹ Dans ce rapport, les coûts sont en dollars canadiens de 2017, pour toutes les années à l'étude.

² Les estimations par personne dans ce rapport n'incluent pas les coûts associés aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour et aux visites à l'urgence pour le Québec. Cette méthode entraîne probablement une sous-estimation des coûts totaux d'environ 857 millions de dollars, soit 1,9 % du total. Les coûts par personne estimés en 2017 n'incluaient pas les coûts de perte de productivité attribuables aux décès prématurés au Yukon, puisque ces chiffres n'étaient pas compilés dans la base de données de l'état civil de Statistique Canada au moment de la publication. Cette situation a probablement mené à une sous-évaluation d'environ 103 millions de dollars, soit 0,2 % des coûts totaux. Toutes les estimations sont en fait probablement plutôt prudentes, dans une proportion de 2,1 % du total, soit 960 millions de dollars.

³ Par « traitement spécialisé », on entend la prestation de services psychosociaux visant strictement l'usage de substances, dans la mesure où ces traitements s'inscrivent dans un vaste système de soins de santé. Pour plus d'information sur la nature de ces traitements, voir le rapport technique.

⁴ Seules quelques données sur les soins de santé étaient disponibles pour le Québec. Ces coûts de soins de santé par personne n'incluent pas les coûts ou la population du Québec.



De 2015 à 2017, le coût par personne pour les soins de santé associés à l'US, toutes substances confondues, a augmenté de 2,7 %, pour passer de 348 \$ à 358 \$⁵. Voici l'augmentation par catégorie :

- Alcool : hausse de 4,8 % (de 142 \$ à 149 \$)
- Cannabis : hausse de 20,8 % (de 7 \$ à 9 \$)
- Opioïdes : hausse de 11,5 % (de 11 \$ à 12 \$)
- Stimulants du SNC (à l'exclusion de la cocaïne) : hausse de 37,3 % (de 5 \$ à 7 \$)



Coûts de perte de productivité

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

En 2017 :

- Les coûts de perte de productivité attribuables à l'US totalisaient 20 milliards de dollars, soit 548 \$ par personne.
- On estime qu'un peu plus de 63,0 % des coûts de perte de productivité associés à l'US étaient dus à la consommation d'alcool et de tabac.
- Ces coûts découlent en partie de 23 792 décès attribuables à l'US chez des Canadiens âgés de moins de 65 ans, qui équivalent à 338 555 années potentielles de vie productive perdue. On a constaté que dans la majorité de ces cas, l'alcool est la principale substance en cause.

De 2015 à 2017 :

- Le total des coûts par personne de perte de productivité a augmenté d'environ 4,5 %, passant de 524 \$ en 2015 à 548 \$ en 2017.
- C'est aux opioïdes qu'est associée la plus importante hausse des coûts par personne de perte de productivité, qui ont augmenté de 34,1 %, passant de 87 \$ en 2015 à 116 \$ en 2017. Cette hausse est due au nombre croissant de décès prématurés liés à l'usage d'opioïdes pendant cette période.
- Le nombre de décès prématurés liés à l'usage d'opioïdes a augmenté de 32,8 %, passant de 3 829 à 5 084.



Coûts de justice pénale

Les coûts de justice pénale incluent ceux associés aux interventions policières, aux procédures judiciaires et aux services correctionnels (admissions en détention après condamnation). Nous avons calculé les dépenses pour les éléments suivants :

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

⁵ Seules quelques données sur les soins de santé étaient disponibles pour le Québec. Ces estimations nationales des tendances par personne incluent les coûts et la population du Québec et diffèrent donc du montant de 386 \$ mentionné précédemment.



En 2017 :

- Les coûts de justice pénale liés à l'US ont atteint plus de 9,2 milliards de dollars, ce qui correspond à 253 \$ par Canadien.
- 42 % des crimes (à l'exclusion des cas de conduite avec facultés affaiblies et des crimes qui relèvent de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*) ne seraient pas survenus si leurs auteurs n'avaient pas été sous l'influence de l'alcool ou de la drogue ou n'avaient pas cherché à s'en procurer.
- Près de 20 % de tous les crimes violents étaient attribuables à l'alcool uniquement.
- Les coûts les plus importants pour le système de justice pénale étaient attribuables à la consommation d'alcool, avec 2,8 milliards de dollars, soit 30,2 % de tous les coûts de justice pénale.
- Pour ce qui est des coûts de justice pénale associés à l'US, la cocaïne se trouvait au deuxième rang des substances en cause, avec 2,6 milliards de dollars, soit 27,8 % du total. Seulement 8,0 % de cette somme était attribuable à des infractions à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (trafic, possession, etc.). Le reste (92,0 %) était associé à d'autres crimes, violents ou non.
- La consommation de cannabis se trouvait au troisième rang des coûts de justice pénale associés à l'US, avec 1,6 milliard de dollars, soit 17,5 %. Quelque 40 % de ces coûts découlaient directement du caractère illégal de cette substance et étaient attribuables aux interventions policières, aux procédures judiciaires et aux services correctionnels associés à la production, au trafic ou à la possession de cette substance. Rappelons que l'utilisation de cannabis à des fins non médicales n'était pas légale au Canada en 2017.

De 2015 à 2017 :

- Les coûts par personne de justice pénale ont augmenté de 1,1 %, passant de 250 \$ en 2015 à environ 253 \$ en 2017.
- Les coûts de justice pénale associés à la cocaïne ont augmenté de 6,8 %, passant de 66 \$ à 70 \$ par personne.
- Les coûts de justice pénale associés aux stimulants du SNC ont augmenté de 18,5 %, passant de 18 \$ à 22 \$ par personne.
- Les coûts de justice pénale associés à l'alcool ont diminué de 2,7 %, passant de 79 \$ à 76 \$ par personne.
- Les coûts associés au cannabis ont diminué de 3,4 %, passant de 46 \$ à 44 \$ par personne.



Autres coûts directs

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

En 2017 :

- Ces autres coûts représentaient plus de 3,6 milliards de dollars – l'équivalent de 100 \$ par Canadien – des coûts totaux associés à l'US.
- L'alcool représentait 45,5 % des autres coûts directs, suivi par le cannabis, qui correspond à 21,6 % de ces coûts.
- Plus de 2,4 milliards de dollars ont été dépensés pour des dommages aux véhicules à la suite d'accidents de la route impliquant l'US.
- Les dommages aux biens découlant d'incendies dus à l'US totalisaient 745 millions de dollars.

De 2015 à 2017, les autres coûts directs ont augmenté de 4,1 %, de 96 \$ par personne en 2015 à environ 100 \$ en 2017.

Implications

Une proportion considérable (63,0 %) des coûts associés à l'US en 2017 étaient dus à la consommation d'alcool et de tabac. Si le tabac, qui était en cause dans 47 707 décès en 2017, était de loin la substance la plus meurtrière, c'est l'alcool qui représentait la plus grande proportion des coûts.

Ce résultat peut être attribuable à la forte proportion de blessures et de décès survenus chez les jeunes, qui sont responsables d'un plus grand nombre d'années de vie productive perdues. Contrairement à la situation observée pour le tabac, les coûts associés à la consommation d'alcool sont en hausse. Ces deux constats ne surprennent guère : nous récoltons les fruits de politiques strictes en santé publique visant à diminuer l'usage de tabac, alors qu'aucune politique du genre n'a été mise en place pour l'alcool. Il est par ailleurs reconnu que, lorsque l'on accroît l'accessibilité de l'alcool, il y a hausse de la consommation. Malgré cette corrélation, les gouvernements de certaines provinces et de certains territoires ont considérablement assoupli les restrictions encadrant la vente et l'accessibilité de l'alcool. En outre, les codes nationaux de la publicité n'ont pas été modifiés depuis 25 ans. Fait préoccupant, ces codes ne s'appliquent pas aux médias numériques, que bon nombre de jeunes utilisent pour communiquer. Ces facteurs pourraient contribuer à la hausse des coûts et des méfaits associés à la consommation d'alcool. Avec la pandémie de COVID-19, on observe des signes indiquant que la consommation d'alcool est en hausse, en raison du caractère plus flexible des horaires, du stress et de l'ennui (Nanos Research, 2020). Ces constats laissent présager une hausse des méfaits dus à l'alcool dans les prochaines estimations.

En 2017, le Canada était au cœur de l'épidémie d'opioïdes. De manière prévisible, la hausse des méfaits associés à ces substances a été accompagnée d'une hausse considérable des coûts associés à l'usage d'opioïdes. Considérant qu'entre 2017 et 2018, le nombre de décès attribuables aux opioïdes était en hausse au Canada (Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, 2020), on peut s'attendre à ce que les coûts associés à cette substance et aux méfaits en découlant augmentent dans les prochaines estimations.



L'étude a aussi mis en évidence une autre tendance importante, soit une hausse drastique des méfaits associés à la consommation de cocaïne et d'autres stimulants du SNC. Celle-ci pourrait être en grande partie attribuable à la hausse de l'usage de méthamphétamine et des méfaits en découlant (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018; Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies, 2019). Ces méfaits pourraient être intensifiés par la consommation – intentionnelle ou non – de stimulants simultanément à d'autres substances nocives (le fentanyl et ses analogues, les benzodiazépines ou les cannabinoïdes synthétiques), que l'on trouve dans les drogues illicites et toxiques vendues sur le marché non réglementé (Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies, 2019; Payer et coll., 2020).

Conclusions

Les estimations du présent rapport dressent le portrait des coûts et méfaits associés à l'US au Canada et fournissent un point de référence utile pour l'évaluation des répercussions des politiques actuelles et futures sur l'US au pays.

Nous sommes dans une période critique en ce qui concerne la mise en place de politiques encadrant l'US. Les chercheurs et les législateurs constatent les effets de la consommation légale de cannabis à des fins non médicales. Nous sommes toujours aux prises avec une épidémie d'opioïdes, beaucoup de régions observent une hausse des méfaits associés à la méthamphétamine, et durant les premiers mois de 2020, la planète a été touchée par une pandémie qui a eu de grandes répercussions sur le paysage social. On ignore encore quelle sera la pleine mesure de ces changements sociaux majeurs sur le portrait de l'US au Canada.

En cette période cruciale, les décideurs canadiens doivent prioriser les politiques visant à réduire les méfaits associés aux substances légales, qui ont une certaine acceptabilité sociale, mais dont les conséquences sur la santé publique sont disproportionnées. Nous devons examiner franchement les répercussions des différentes substances psychoactives sur la santé, la criminalité et la productivité, et mettre en place des systèmes réglementaires qui permettent un accès approprié, tout en atténuant les méfaits. Le présent rapport fournit des données sur lesquelles pourraient s'appuyer ces politiques et avec lesquelles on pourrait évaluer l'efficacité de ces mesures.



The image is a vertical collage of financial and business-related elements. At the top left, there is a 3D bar chart with three bars in yellow, light blue, and dark blue. Below it, a large, semi-transparent blue 3D bar is visible. In the center, the word "Introduction" is written in a bold, blue, sans-serif font. To the right, a calculator is shown in a blurred, blue-tinted state. At the bottom, a silver pen is positioned horizontally, pointing towards a candlestick chart with green and red bars. The background is a soft-focus blue and white gradient.

Introduction



Introduction

Le présent rapport fournit des estimations du coût total de l'usage de substances (US) au Canada faites à partir des méthodes et sources de données les plus fiables et les plus récentes pour les années allant de 2015 à 2017 (cette dernière étant l'année la plus récente pour laquelle des données complètes étaient disponibles). Il s'adresse aux décideurs, chercheurs et Canadiens qui voudraient en savoir plus sur les coûts et les méfaits de l'US au Canada.

Le présent rapport constitue une mise à jour du rapport *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2014)* publié en juin 2018 (Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, 2018), mais les estimations fournies ne devraient pas être directement comparées à celles du rapport de 2007-2014. Pour les estimations de 2015-2017, nous avons amélioré notre méthodologie de plusieurs manières. Plus précisément, nous avons raffiné nos méthodes d'estimation de la prévalence de l'US et de calcul des décès par intoxication attribuables à l'US.

Les données présentées dans ce rapport (comme celles de 2007-2014) figurent dans l'outil de visualisation en ligne (<https://cemusc.ca/consulter-les-donnees/>). Les décideurs, les chercheurs et les Canadiens s'intéressant à cette question peuvent y consulter les données par province ou territoire, année, substance, type de méfaits ou de coûts, sexe, groupe d'âge et problèmes de santé. À mesure que nous appliquons les nouvelles méthodes aux estimations du rapport de 2007-2014, ces données seront intégrées dans l'outil.

Comme dans notre rapport antérieur, nous présentons ici une estimation des coûts associés à la consommation d'une multitude de substances, dont l'alcool, le tabac, le cannabis, les opioïdes, les déprimeurs du SNC comme les benzodiazépines et les barbituriques (à l'exclusion de l'alcool et des opioïdes⁶), la cocaïne, les stimulants du SNC (à l'exclusion de la cocaïne⁷) comme les amphétamines et la méthamphétamine, et d'autres substances comme les hallucinogènes et les inhalants. Ajoutons que les estimations sont présentées par province ou territoire et par type de coûts (c.-à-d. soins de santé, perte de productivité, justice pénale et autres coûts directs).

Pour une description détaillée des méthodes utilisées, voir le *Rapport technique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada*, sur le site Web du projet.

⁶ Terme utilisé dans le présent rapport pour désigner les autres déprimeurs du SNC.

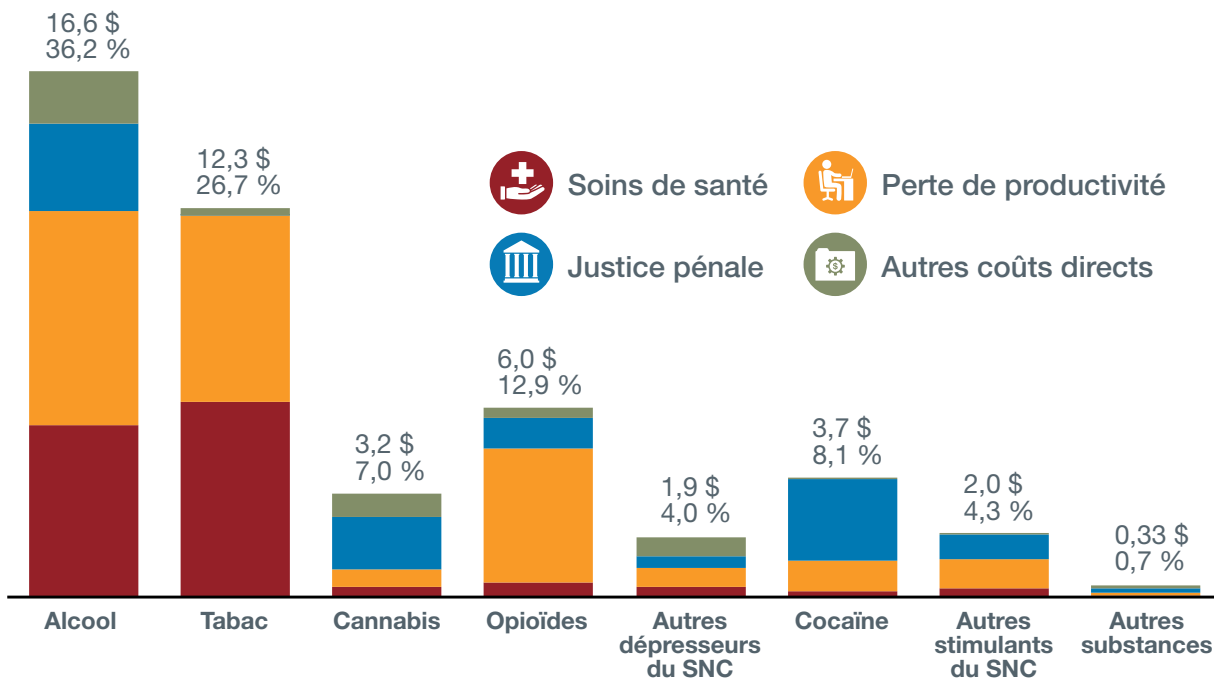
⁷ Terme utilisé dans le présent rapport pour désigner les autres stimulants du SNC.



Total des coûts liés à l'usage de substances

Le total des coûts liés à l'US au Canada en 2017 a été estimé à 46 milliards de dollars⁸, soit environ 1 258 \$ par Canadien. En 2017, les substances psychoactives légales⁹ et les plus consommées, à savoir l'alcool et le tabac, représentaient près de 63 % de ces coûts. L'alcool comptait pour environ 16,6 milliards de dollars (36,2 %), le tabac, pour environ 12,3 milliards (26,7 %), et les autres substances, pour environ 17,1 milliards (37 %). Parmi les autres substances analysées, les opioïdes étaient les substances qui engendraient le plus de coûts, suivis par la cocaïne (figure 1 et tableau 1).

Figure 1. Total des coûts (en milliards) et pourcentage du total des coûts attribuables à l'usage de substances, par substance et par type de coûts, 2017





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


⁸ Ce nombre n'inclut pas les coûts associés aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour et aux visites à l'urgence pour le Québec. Une estimation brute fondée sur les coûts par personne en Ontario pour ces trois types de coûts indique qu'ils correspondent à environ 857 millions de dollars, soit 1,9 % du total. Les estimations de 2017 n'incluent pas les coûts de perte de productivité associés aux décès prématurés au Yukon. Si on se base sur l'évaluation menée dans les Territoires du Nord-Ouest, les coûts totaux seraient sous-évalués d'environ 103 millions de dollars (0,2 % des coûts totaux). Toutes les estimations (globales et par personne) doivent être considérées comme prudentes dans une proportion de 2,1 % des coûts totaux, soit 960 millions de dollars.


⁹ Dans le présent rapport, le terme « substances légales » désigne les produits qui étaient en vente libre et qui pouvaient être consommés à des fins récréatives durant la période d'analyse (donc l'alcool et le tabac). Pour les autres substances, les coûts et méfaits comptabilisés peuvent tout de même découler d'une utilisation légale (p. ex. une personne qui prend un opioïde lui ayant été prescrit peut quand même subir des méfaits).

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

- 

Les **coûts de soins de santé** associés aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour, aux visites à l'urgence, au traitement spécialisé des troubles de l'US, à la rémunération des médecins et aux médicaments sur ordonnance;
- 

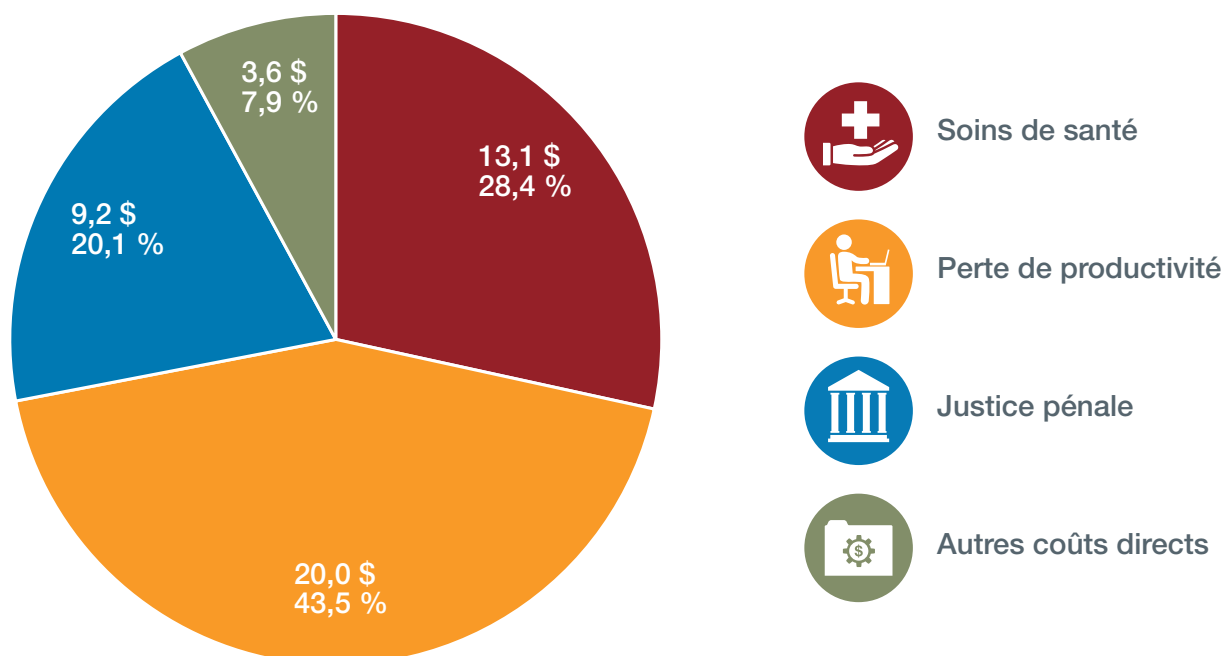
Les **coûts de perte de productivité** associés aux décès prématurés, à l'invalidité de longue durée et à l'invalidité de courte durée (absentéisme et perte d'efficacité au travail [« présentéisme »]) attribuables à l'US;
- 

Les **coûts de justice pénale** associés aux interventions policières, aux procédures judiciaires et aux services correctionnels (admissions en détention après condamnation) attribuables à l'US, y compris ceux liés à l'application des lois en vigueur sur la drogue et la conduite avec facultés affaiblies, et aux répercussions des crimes violents ou non violents qui ne seraient pas survenus si leurs auteurs n'avaient pas fait un certain usage de substances;
- 

Autres coûts directs est une catégorie hétérogène qui regroupe notamment les coûts associés au financement par le fédéral de programmes de recherche et de prévention, aux dommages causés par le feu et aux dommages aux véhicules attribuables à l'US, au dépistage de la drogue au travail, aux programmes d'aide aux employés et aux indemnisations des accidents du travail.

La figure 2 et le tableau 1 montrent la répartition des coûts associés à l'US par types de substance au Canada en 2017. Les coûts de perte de productivité correspondent à 20 milliards de dollars (43,5 % du total), tandis que ceux associés aux soins de santé s'élevèrent à 13,1 milliards de dollars (28,4 % du total). Au troisième rang des coûts totaux découlant de l'US, on trouve les coûts associés à la justice pénale, qui correspondent à 9,2 milliards (20,1 % du total).

Figure 2. Total des coûts (en milliards) et pourcentage du total des coûts attribuables à l'usage de substances au Canada, par type de coûts, 2017



**Tableau 1.** Coûts attribuables à l'usage de substances au Canada (en millions de dollars), 2017

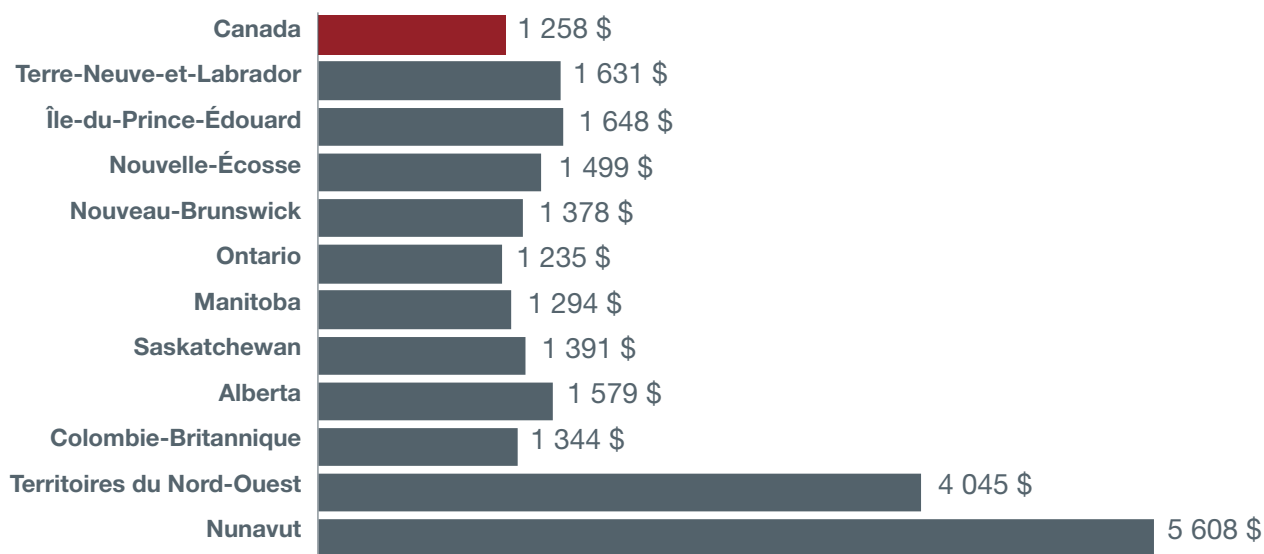
	Alcool	Tabac	Cannabis	Opioides	Autres dépresseurs du SNC	Cocaïne	Autres stimulants du SNC	Autres substances	Total
Coûts de soins de santé	5 432,5	6 149,9	322,0	438,6	308,9	150,3	241,1	22,7	13 066,1
Hospitalisations	1 343,9	1 561,2	63,9	91,7	71,4	31,6	38,5	4,5	3 206,6
Chirurgies d'un jour	63,2	58,4	1,1	0,3	0,5	0,3	0,2	0,0	124,1
Visites à l'urgence	234,9	115,2	16,2	21,8	14,7	8,6	11,4	1,5	424,3
Traitement spécialisé de l'US	488,1	0,0	61,7	48,5	10,1	24,2	67,5	2,3	702,3
Rémunération des médecins	1 908,6	2 457,4	105,6	162,2	123,7	50,8	73,3	8,6	4 890,1
Médicaments sur ordonnance	1 393,7	1 957,8	73,4	114,1	88,5	34,8	50,3	5,9	3 718,6
Coûts de perte de productivité	6 740,1	5 893,3	547,2	4 246,6	590,7	983,5	916,4	100,5	20 018,3
Décès prématurés	4 632,1	2 836,7	362,6	3 913,1	320,1	905,0	802,8	48,7	13 821,2
Invalité de longue durée	1 445,7	1 786,4	91,0	156,2	120,0	54,3	75,2	7,3	3 736,2
Invalité de courte durée (absentéisme et présentéisme)	662,3	1 270,2	93,6	177,3	150,6	24,2	38,5	44,4	2 460,9
Coûts de justice pénale	2 792,4	5,4	1 620,3	944,9	360,9	2 565,9	800,1	152,1	9 242,0
Interventions policières	1 489,8	0,0	844,5	551,1	204,4	1 507,7	458,4	90,2	5 146,1
Procédures judiciaires	575,5	0,0	308,7	173,5	66,4	471,4	146,2	25,7	1 767,4
Services correctionnels	727,1	0,0	467,1	220,3	90,1	586,8	195,5	36,2	2 323,0
Autres coûts directs	1 659,9	234,9	750,9	320,3	599,5	13,4	20,5	50,4	3 649,9
Recherche et prévention	101,5	58,7	20,0	21,2	16,2	3,2	4,3	25,1	250,1
Dommages causés par le feu	553,4	176,2	15,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	745,0
Dommages aux véhicules	867,5	0,0	672,5	272,3	551,7	8,6	12,1	23,6	2 408,4
Dépistage de la drogue au travail	8,7	0,0	7,4	7,9	5,7	0,6	1,0	0,6	31,8
Programmes d'aide aux employés	54,5	0,0	4,2	5,3	0,9	0,5	2,6	0,1	68,1
Coûts administratifs des indemnités des accidents du travail	74,3	0,0	31,4	13,7	25,0	0,4	0,6	1,1	146,5
Total	16 625,0	12 283,5	3 240,4	5 950,4	1 859,9	3 713,0	1 978,1	325,7	45 976,2
Total par personne (en dollars)	454,86	336,14	88,64	162,81	50,89	101,55	54,12	8,91	1 257,92
% des coûts liés à l'US	36,2 %	26,7 %	7,0 %	12,9 %	4,0 %	8,1 %	4,3 %	0,7 %	100 %

Remarque : Ces estimations n'incluent pas les coûts associés aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour et aux visites à l'urgence pour le Québec. Au moment de rédiger ce rapport, les données sur les décès prématurés au Yukon (seulement pour 2017) qui sont nécessaires au calcul du coût des années potentielles de vie productive perdue ne figuraient pas dans la base de données de l'état civil de Statistique Canada.



En 2017, pour l'US, c'est dans les territoires qu'on recensait le coût par personne le plus élevé. Ce constat reflète le fait que le coût des soins de santé et le taux de consommation d'alcool et de tabac sont plus élevés pour les résidents des territoires (figure 3).

Figure 3. Coûts par personne attribuables à l'usage de substances, par province ou territoire, 2017



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

Tendances dans les coûts, de 2015 à 2017

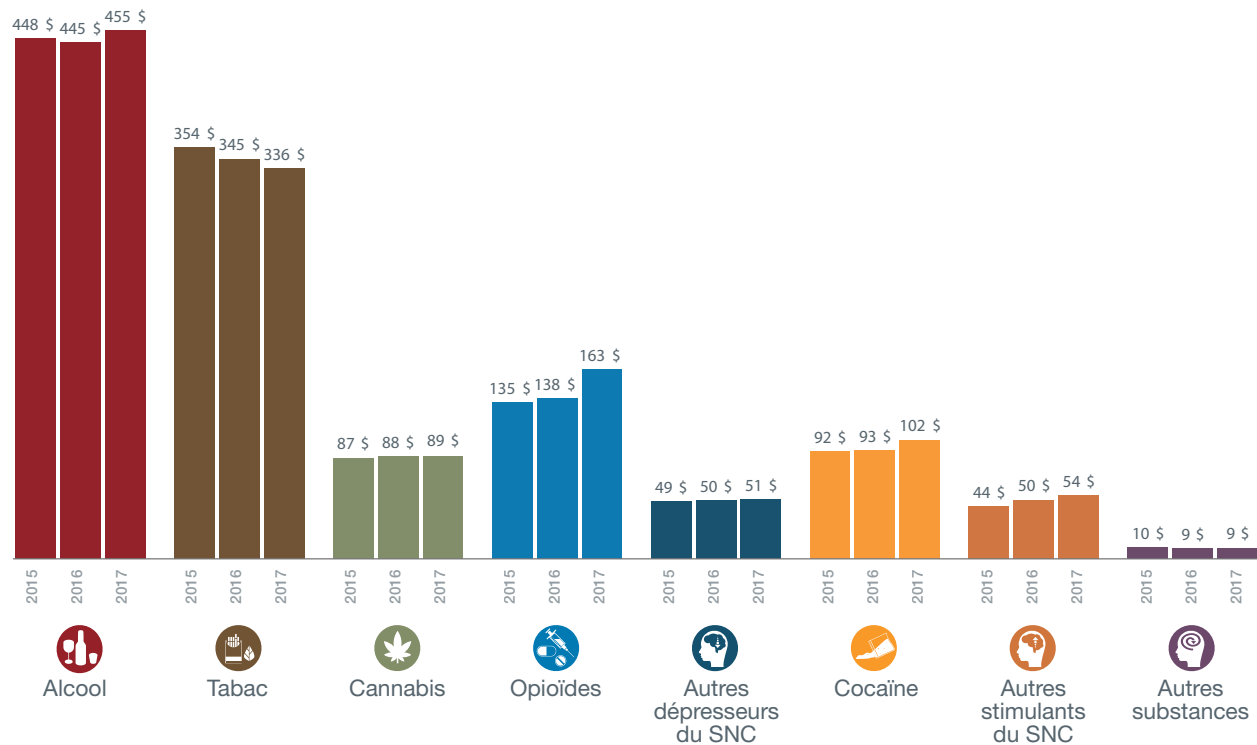
Les coûts de l'US au Canada ont augmenté d'environ 6 %, passant de 43,5 milliards de dollars en 2015 à 46,0 milliards en 2017. Il faut cependant noter que la population canadienne a elle aussi augmenté pendant cette période. Au Canada, les coûts par personne associés à l'US ont augmenté de 3,3 %, pour passer de 1 218 \$ en 2015 à 1 258 \$ en 2017 (en dollars canadiens de 2017).

De 2015 à 2017, les plus importantes hausses de coûts par personne étaient associées à la consommation d'opioïdes et de stimulants du SNC (à l'exclusion de la cocaïne). Les coûts associés à ce premier groupe ont en effet augmenté de 20,9 %, passant de 135 \$ à 163 \$, tandis que les coûts associés à ce deuxième groupe ont augmenté de 22,1 %, passant 44 \$ à 54 \$ (figure 4).

Parallèlement à ces hausses considérables, les coûts par personne pour la consommation d'alcool ont augmenté de 1,6 %, passant de 448 \$ en 2015 à 455 \$ en 2017. Les autres augmentations sont associées à la cocaïne (10,5 %), aux dépresseurs du SNC (4,1 %) et au cannabis (2,4 %). Compte tenu de la crise des opioïdes touchant la plupart des régions du Canada, une hausse considérable des coûts associés à la consommation d'opioïdes et de stimulants du SNC était prévisible, comme d'ailleurs l'augmentation des méfaits dus à la consommation de méthamphétamine constatée plus récemment. Les coûts associés à l'usage de tabac ont diminué de 5,1 %, passant de 354 \$ par personne en 2015 à 336 \$ en 2017. Ces diminutions s'expliquent principalement par la baisse du nombre d'hospitalisations et de décès dus au tabagisme.



Figure 4. Coûts par personne attribuables à l'usage de substances au Canada, par substance, 2015-2017



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

Survol des méthodes

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

Toutes les estimations présentées sont en dollars canadiens de 2017. L'indice national des prix à la consommation a été utilisé pour ajuster les coûts d'années précédentes en dollars de 2017 (Statistique Canada, 2018e). Par ailleurs, les résultats dont fait état ce rapport sont aussi présentés par année civile. Les données qui n'étaient disponibles que par année financière (AF) ont donc été converties pour correspondre aux années civiles, avec le report de 25 % des coûts et des nombres à l'année suivante. Par exemple, la conversion de l'AF 2016-2017 en années civiles 2016 et 2017 a été réalisée de la façon suivante : 25 % de l'AF 2015-2016 a été ajouté à l'année 2016, 25 % de l'AF 2016-2017 a été ajouté à l'année 2017, et ainsi de suite.



Nous avons d'abord utilisé, lorsque cela était possible, les données les plus récentes et les données propres à chaque province ou territoire pour estimer les méfaits pertinents de l'US pouvant engendrer des coûts. Par exemple, dans bien des cas, les dossiers médicaux indiquent clairement la cause d'une hospitalisation attribuable à l'US (p. ex. surdose d'opioïdes, trouble lié à l'US, psychose alcoolique). Nous avons eu accès à des données individuelles sur les coûts liés aux divers types d'hospitalisations et avons pu combiner ces données pour calculer de manière précise les coûts de ces hospitalisations qui sont entièrement attribuables à l'US. Cependant, il existe un grand nombre de problèmes de santé et de crimes qui ne sont que partiellement attribuables à l'US. Les registres sur la santé et la criminalité ne rendent pas toujours compte avec fiabilité du rôle joué par l'US, alors nous avons utilisé des **fractions attribuables** indirectes pour estimer la proportion des coûts de santé et de criminalité pouvant être considérée comme causée par l'usage d'alcool ou d'autres substances.

Approche de la fraction attribuable

Certains problèmes de santé et certains crimes sont, par définition, entièrement attribuables à l'US. Par exemple, tous les séjours à l'hôpital dont le code diagnostic correspond à « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool¹⁰ » selon la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (CIM) sont attribuables à l'alcool. De même, toute possession de cocaïne enfreignant la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* peut être entièrement attribuable à l'US. En revanche, les dossiers médicaux et criminels ne précisent pas toujours si les cas sont liés à l'US.

Par exemple, un lien a été établi entre des niveaux précis de consommation d'alcool et le cancer colorectal (Organisation mondiale de la Santé, 2014). Mais ce cancer n'est pas toujours causé par l'alcool. Avec des fractions attribuables, nous avons pu estimer le nombre de cas de cancer colorectal dans la population pouvant être attribuables à l'usage d'alcool. Pour ce faire, nous évaluons le risque de développer un problème de santé (dans le cas présent, le cancer colorectal) qui est associé à plusieurs quantités d'alcool consommé et la proportion d'une population qui boit ces quantités d'alcool. Grâce à cette information, nous pouvons estimer la proportion des cas de cancer colorectal attribuable à l'usage d'alcool. En multipliant cette proportion par le nombre total de cas de cancer colorectal, nous arrivons à calculer le nombre de cas attribuables à l'alcool et les coûts associés à leur traitement. On peut établir de telles corrélations pour tous les problèmes de santé habituellement associés à la consommation d'alcool.

Pour tous les problèmes de santé examinés dans le rapport, les associations causales étaient fondées sur des analyses des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis (2008) et de l'Organisation mondiale de la Santé (2014). Nous avons d'abord constaté qu'on recense 46 maladies découlant de problèmes de santé associés à l'alcool (tableau 2). Nous avons ensuite mené une analyse semblable pour toutes les autres substances. Une liste de ces substances et des problèmes de santé attribuables partiellement ou entièrement à l'US se trouve au tableau 2.

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

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

¹⁰ Au Canada, quand un patient obtient son congé de l'hôpital, on lui attribue un code indiquant la principale raison de son séjour. Le système de codage utilisé diffère selon la base de données consultée. La Base de données sur les congés des patients et la Base de données sur la morbidité hospitalière se servent de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, 10^e version, améliorations canadiennes (CIM-10-CA; Institut canadien d'information sur la santé, 2001) pour coder le diagnostic à l'origine du séjour à l'hôpital.



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

Catégorie de problèmes de santé	Alcool	Tabac	Cannabis	Cocaïne	Autres stimulants du SNC	Opioides	Autres déprimeurs du SNC	Autres substances
Cancer	Cavité buccale, pharynx, œsophage, côlon, rectum, foie, pancréas, larynx, sein	Cavité buccale, pharynx, œsophage, estomac, côlon, rectum, pancréas, larynx, trachée, poumon, col de l'utérus, rein, pelvis rénal, vessie, leucémie aiguë myéloïde	Poumon, trachée					
Maladies cardiovasculaires	Myocardiopathie alcoolique (E), hypertension, cardiopathies ischémiques, arythmies cardiaques, accidents vasculaires cérébraux (AVC) hémorragiques, AVC ischémiques, varices œsophagiennes	Autres cardiopathies, cardiopathies ischémiques, maladies cérébrovasculaires, autres maladies vasculaires						
Maladies transmissibles	VIH			Hépatite virale B, hépatite virale C et VIH	Hépatite virale B, hépatite virale C et VIH	Hépatite virale B, hépatite virale C et VIH		
Maladies qui surviennent pendant la grossesse	Complications pendant la grossesse dues à l'usage d'alcool de la mère (E), syndrome d'alcoolisme fœtal (E), faible poids de naissance	Affections prénatales, syndrome de la mort subite du nourrisson						
Maladies de l'appareil digestif	Gastrite alcoolique (E), pancréatite causée par l'alcool (E), cirrhose, pancréatite aiguë, pancréatite chronique	Diabète (type 2)						
Maladies endocriniennes	Pseudosyndrome de Cushing dû à l'alcool (E), diabète (type 2)							
Accidents de la route	Accidents de la route	Accidents de la route	Accidents de la route	Accidents de la route	Accidents de la route	Accidents de la route	Accidents de la route	Accidents de la route
Affections neuro-psychiatriques	Psychose alcoolique (E), abus d'alcool (E), dépendance à l'alcool (E), dégénérescence du système nerveux liée à l'alcool (E), polyneuropathie alcoolique (E), myopathie alcoolique (E), épilepsie	Troubles mentaux et comportementaux liés à l'usage de tabac (E)	Troubles mentaux et comportementaux liés à l'usage de cannabis (E), incendies	Troubles mentaux et comportementaux liés à l'usage de cocaïne (E)	Troubles mentaux et comportementaux liés à l'usage d'autres stimulants et d'amphétamines (E)	Troubles mentaux et comportementaux liés à l'usage d'opioïdes (E)	Troubles mentaux et comportementaux liés à l'usage d'autres déprimeurs du SNC (E)	Troubles mentaux et comportementaux liés à l'usage de toutes les substances psychoactives (E)
Blessures accidentelles	Intoxication accidentelle par l'alcool (E), chutes, noyades, incendies, autres blessures accidentelles, intoxication accidentelle par des substances autres que l'alcool	Intoxication accidentelle par le tabac ou la nicotine (E), incendies	Intoxication accidentelle par le cannabis (E), incendies	Intoxication accidentelle par la cocaïne (E)	Intoxication accidentelle par les autres stimulants et amphétamines (E)	Intoxication accidentelle par les opioïdes (E)	Intoxication accidentelle par tous les autres déprimeurs du SNC (E)	Intoxication accidentelle par toutes les autres substances psychoactives (E)
Blessures intentionnelles	Auto-intoxication intentionnelle par l'alcool (E), voies de fait et homicides, autres lésions auto-infligées, autres blessures intentionnelles, auto-intoxication intentionnelle par des substances autres que l'alcool	Auto-intoxication intentionnelle par le cannabis (E), voies de fait et homicides	Auto-intoxication intentionnelle par le fait et homicides	Auto-intoxication intentionnelle par la cocaïne (E), voies de fait et homicides, autres lésions auto-infligées	Auto-intoxication intentionnelle par d'autres stimulants et amphétamines (E), voies de fait et homicides, autres lésions auto-infligées	Auto-intoxication intentionnelle par les opioïdes (E), voies de fait et homicides, autres lésions auto-infligées	Auto-intoxication intentionnelle par d'autres déprimeurs du SNC (E), voies de fait et homicides	Auto-intoxication intentionnelle par toutes les autres substances psychoactives (E), voies de fait et homicides
Maladies de l'appareil respiratoire	Tuberculose, affections des voies respiratoires inférieures	Pneumonie, influenza et tuberculose, maladie pulmonaire obstructive chronique						

Remarque : La majorité de ces problèmes de santé sont listés dans la CIM-10-CA. On utilise ces codes pour calculer les coûts associés aux hospitalisations, aux décès, aux soins de santé et aux méfaits découlant de l'US. Dans le rapport de 2007-2014, nous considérons la tuberculose comme une maladie transmissible attribuable à l'alcool, tandis que pour la version 2015-2017, elle est plutôt classée comme une maladie respiratoire, pour correspondre à la classification des maladies attribuables au tabac. Ce tableau exclut les maladies qui sont entièrement attribuables à toutes les substances (à l'exclusion de l'alcool et du tabac), c'est-à-dire les problèmes mentaux et comportementaux attribuables à la polyconsommation et les complications de la grossesse et de la naissance dues à la consommation de la mère.



Différences méthodologiques avec le rapport de 2007-2014

Les méthodes que nous avons utilisées pour calculer les coûts de l'US au Canada de 2015 à 2017, qui sont décrites en détail dans le rapport technique, sont essentiellement identiques à celles utilisées pour le rapport de 2007-2014.

Pour générer les estimations pour la période de 2015 à 2017, nous avons cependant amélioré notre méthodologie de modélisation de la prévalence de l'US et de calcul des décès par intoxication attribuables à l'US. C'est pourquoi les estimations du présent rapport ne devraient pas être directement comparées à celles de l'édition 2007-2014. Les estimations des coûts et des méfaits présentées ici (comme celles du rapport de 2007-2014) figurent dans l'outil de visualisation de données (<https://cemusc.ca/consulter-les-donnees/>). À mesure que nous appliquons les nouvelles méthodes aux estimations du rapport de 2007-2014, ces données seront intégrées dans l'outil. Les changements apportés à la méthodologie sont décrits dans les sections suivantes.



Estimations de la prévalence de l'usage de substances





Estimations de la prévalence de l'usage de substances

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

Le rapport technique présente une description plus détaillée de nos méthodes de modélisation des estimations de la prévalence. Pour celles visant la consommation d'alcool et de tabac, les données de sondage ont pu être complétées par les données de vente au détail recueillies chaque année par les provinces et territoires. À ces chiffres de sondage s'est ajouté le nombre d'hospitalisations entièrement attribuables à la consommation de chaque substance survenues par année, dans chaque province et territoire¹¹.

Différences méthodologiques avec le rapport de 2007-2014

Lors de la modélisation des estimations de prévalence pour le rapport de 2007-2014, nous avons exclu les chiffres de la Base de données sur les congés des patients, qui recense, pour chaque substance, le nombre d'hospitalisations attribuables à des problèmes mentaux et comportementaux entièrement dus à la consommation, et le nombre d'intoxications découlant de l'US. En intégrant ces nouvelles données, nous avons multiplié la puissance de nos estimations analytiques, puisqu'elles s'appuient maintenant sur de relativement grands ensembles de données recueillies systématiquement dans chaque province et territoire, pour chaque catégorie de substance, année, groupe d'âge et sexe.

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

Substance	Sources des données
Alcool	Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCD) 2008–2012 (Statistique Canada, 2017a, 2017b, 2017c, 2017d, 2017e); ECTAD 2013, 2015 et 2017 (Statistique Canada, 2017o, 2017p, 2019d); Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2005 et 2007–2014 (Statistique Canada, 2017f, 2017g, 2017h, 2017i, 2017j, 2017k, 2017l, 2017m, 2017n); données de vente officielles de Statistique Canada 2006–2017 (Statistique Canada, 2019k)
Tabac	ESCCAD 2008–2012 (Statistique Canada, 2017a, 2017b, 2017c, 2017d, 2017e); Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) 2013, 2015 et 2017 (Statistique Canada, 2017o, 2017p, 2019d); ESCC 2005 et 2007–2014 (2017f, 2017g, 2017h, 2017i, 2017j, 2017k, 2017l, 2017m, 2017n); données de vente officielles de Statistique Canada 2006–2017 (Statistique Canada, 2019h)

¹¹ Codes CIM-10 F10–F15 et T40



Cannabis, opioïdes, autres dépresseurs du SNC, cocaïne, autres stimulants du SNC, autres substances	ESCCAD 2008–2012 (Statistique Canada, 2017a, 2017b, 2017c, 2017d, 2017e); ECTAD 2013, 2015 et 2017 (Statistique Canada, 2017o, 2017p, 2019d); Northwest Territories Substance Use and Addictions Survey 2012 (Santé et Services sociaux, Territoires du Nord-Ouest, 2017)
Toutes les substances	ICIS : Base de données sur les congés des patients 2006–2007 à 2017–2018 (Institut canadien d'information sur la santé, 2017a, 2017b, 2017c, 2017d, 2017e, 2017f, 2017g, 2017h, 2017i, 2019a, 2019b, 2019c)

Résultats

Le tabagisme chez les Canadiens a diminué de 1,3 % de 2015 à 2017 (tableau 4). Nous avons par ailleurs observé une diminution stable (de presque 2,0 %) de la consommation d'opioïdes dans les 12 derniers mois de la période couverte par le rapport. À l'inverse, l'utilisation d'autres dépresseurs du SNC a augmenté de 1,5 %. L'usage de cannabis a aussi augmenté, passant de 11,8 % en 2015 à 13,8 % en 2017. Globalement, l'utilisation de stimulants du SNC a légèrement augmenté, mais on remarque des hausses plus marquées chez les consommateurs de différents groupes caractérisés par leur âge, leur sexe ou leur région. Par exemple, en 2015, 5,3 % des hommes âgés de 15 à 34 ans disaient consommer des stimulants du SNC (à l'exclusion de la cocaïne), proportion qui est passée à 10,9 % en 2017.

Tableau 4. Estimation de la prévalence de l'usage de substances au Canada, 2015-2017 (pourcentage de la population ayant consommé chaque substance dans la dernière année)

Substance	2015	2016	2017
Alcool	76,9	77,0	77,1
Tabac	14,3	13,7	13,0
Cannabis	11,8	13,2	13,8
Opiïdes	13,6	12,6	11,7
Autres dépresseurs du SNC	10,8	11,6	12,3
Cocaïne	1,9	1,9	2,0
Autres stimulants du SNC	2,7	3,1	3,1
Autres substances	2,3	2,1	2,1

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



Limites

Nous n'avons eu accès qu'à des données partielles pour compléter les données d'enquêtes, en particulier pour les drogues illicites et les « autres substances », ce qui pourrait compromettre la fiabilité des estimations de l'exposition. En incluant les données associées aux hospitalisations pour des problèmes de santé entièrement attribuables à l'US, nous avons pu améliorer la précision des estimations générées pour 2015-2017, comparativement à celles de l'édition antérieure (Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, 2018).

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

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

La prévalence de l'héroïne a servi à représenter la part de l'UDI liée aux opioïdes. Une telle pratique pourrait avoir causé une grande sous-estimation du nombre de cas de VIH, d'hépatite virale B et d'hépatite virale C attribuables aux opioïdes et une répartition erronée des pondérations restantes aux autres substances. Selon une analyse de sensibilité post-hoc, cette approche méthodologique a mené à une sous-estimation maximale de 0,28 % du total des hospitalisations attribuables aux opioïdes en 2015, avec une incidence moindre pour les autres années d'étude et substances. Les effets globaux de ces trois maladies sont faibles, comparativement aux agrégations totales présentées dans ce rapport. Les estimations pour ces problèmes de santé doivent être traitées avec prudence. À noter que dans la prochaine itération du rapport, la prévalence des opioïdes sera utilisée à la place de la prévalence de l'héroïne.



Coûts de soins de santé





Coûts de soins de santé

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

Les renseignements diagnostiques relatifs aux hospitalisations sont les plus fiables et les plus détaillés. Nous avons eu accès à des données individuelles sur les coûts liés aux divers types d'hospitalisations pour des maladies qui sont entièrement attribuables à l'US et d'autres qui sont partiellement attribuables à l'US. Nous avons ensuite combiné ces données pour estimer de manière précise les coûts de tous les problèmes de santé en lien avec l'US. Ils ont aussi servi à estimer les coûts de soins de santé attribuables à l'US dans d'autres domaines. Voir le tableau 2 pour une liste de problèmes de santé entièrement ou partiellement attribuables à l'US. Les sources des données utilisées pour établir les estimations des coûts de soins de santé sont présentées dans le tableau 5.

Différences méthodologiques avec le rapport de 2007-2014

Les méthodes que nous avons utilisées pour le calcul des coûts des soins de santé et des méfaits de 2015 à 2017 étaient en grande partie les mêmes que celles utilisées pour l'édition antérieure du rapport, à l'exception d'une amélioration mineure : un changement aux codes de la CIM-10 pour la catégorie des « autres substances ». Pour la présente mise à jour, nous avons inclus seulement les congés associés à un code en T (blessures, intoxications et autres conséquences d'une cause externe) pour une des catégories de substances. Ce changement a diminué le nombre d'hospitalisations, de chirurgies d'un jour et de visites à l'urgence de la catégorie des « autres substances ».

Pour une description détaillée des méthodes utilisées, voir le rapport technique.

Tableau 5. Sources des données utilisées pour calculer les coûts de soins de santé liés à l'usage de substances

Coûts et méfaits	Source des données
Fractions attribuables à l'US	<p>Alcool : calculées à l'aide du modèle international en matière de méfaits et de politiques liés à l'alcool (Sherk et coll., 2017; Sherk et coll., 2020)</p> <p>Tabac : risques relatifs tirés du <i>Surgeon General's Report</i> des États-Unis (National Centre for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2014)</p> <p>Autres substances : divers risques relatifs tirés de la littérature, par maladie spécifique (voir le rapport technique)</p>
Hospitalisations	<p>ICIS : base de données sur les congés des patients 2006–2007 à 2017–2018 (Institut canadien d'information sur la santé, 2017a, 2017b, 2017c, 2017d, 2017e, 2017f, 2017g, 2017h, 2017i, 2019a, 2019b, 2019c)</p> <p>ICIS : coût d'un séjour standard à l'hôpital (indicateur) (Institut canadien d'information sur la santé, 2019d)</p>



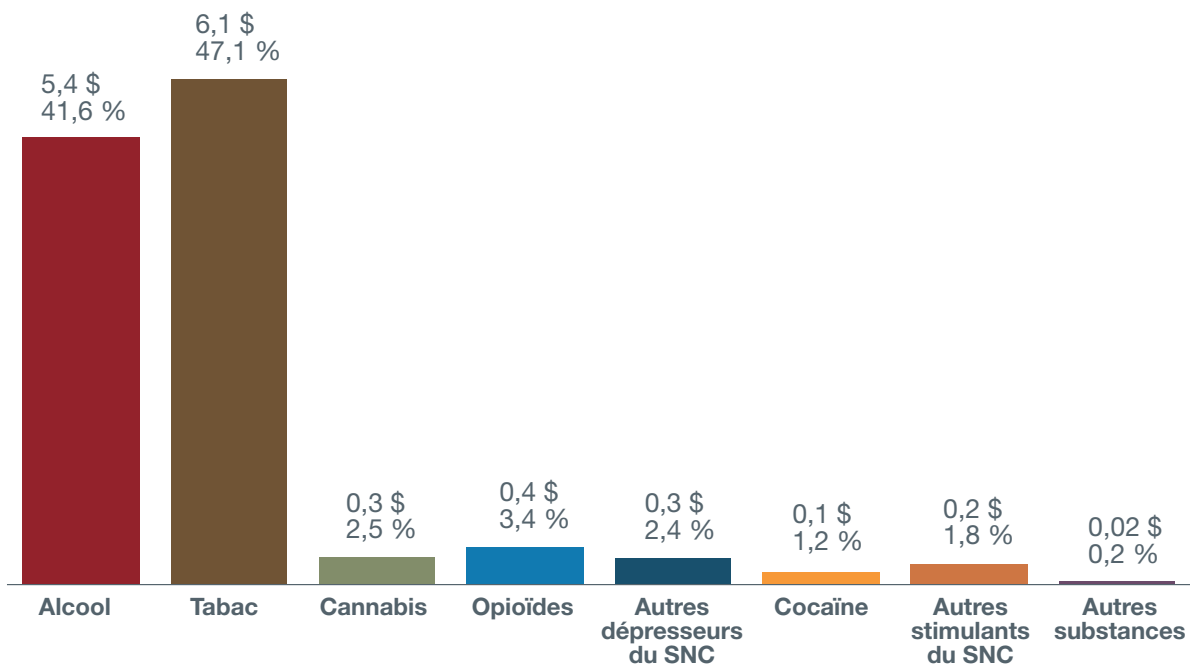
Chirurgies d'un jour	<p>ICIS : base de données sur les congés des patients 2006-2007 à 2017-2018 (Institut canadien d'information sur la santé, 2017a, 2017b, 2017c, 2017d, 2017e, 2017f, 2017g, 2017h, 2017i, 2019a, 2019b, 2019c) et Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) 2006-2007 à 2017-2018 (Institut canadien d'information sur la santé, 2017j, 2017k, 2017l, 2017m, 2017n, 2017o, 2017p, 2017q, 2017r, 2019e, 2019f, 2019g)</p> <p>ICIS : coût d'un séjour standard à l'hôpital (indicateur) (Institut canadien d'information sur la santé, 2019d)</p>
Visites à l'urgence	<p>ICIS : SNISA 2006-2007 à 2017-2018 (comptes) (Institut canadien d'information sur la santé, 2017j, 2017k, 2017l, 2017m, 2017n, 2017o, 2017p, 2017q, 2017r, 2019e, 2019f, 2019g)</p> <p>ICIS : coût d'un séjour standard à l'hôpital (indicateur) (Institut canadien d'information sur la santé, 2019d)</p>
Traitement spécialisé des troubles liés à l'US	<p>Données du Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement 2009-2010 à 2015-2016 (comptes) (Beasley, Jesseman, Patton et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement, 2012; McQuaid, Di Gioacchino et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement, 2017;) Meister, Maloney-Hall, Urbanoski et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement, 2018; Pirie, Jesseman, Di Gioacchino et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement, 2014; Pirie, Jesseman et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement, 2013; Pirie et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement, 2015; Pirie, Wallingford, Di Gioacchino, McQuaid et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement, 2016)</p> <p>ICIS : base de données sur les congés des patients 2006-2007 à 2017-2018 (Institut canadien d'information sur la santé, 2017a, 2017b, 2017c, 2017d, 2017e, 2017f, 2017g, 2017h, 2017i, 2019a, 2019b, 2019c) et coût d'un séjour standard à l'hôpital (coûts) (Institut canadien d'information sur la santé, 2019d) Littérature : <i>Comorbid mental disorders among clients in addiction treatment: the costs of care</i> (coûts) (Urbanoski, Rehm, Lange et Popova, 2014)</p>
Rémunération des médecins	<p>ICIS : base de données nationale sur les médecins 2006-2007 à 2017-2018 (Institut canadien d'information sur la santé, 2019h) et Statistiques éclair : hospitalisations 2007-2017 (Institut canadien d'information sur la santé, 2018)</p>
Médicaments sur ordonnance	<p>ICIS : Tendances des dépenses nationales de santé 2007-2017 (Institut canadien d'information sur la santé, 2019i)</p>



Résultats

Les coûts de soins de santé attribuables à l'US en 2017 se chiffraient à 13,1 milliards de dollars. Les coûts associés à l'usage d'alcool et de tabac (seules substances légales à ce moment) représentaient environ 89 % de tous les coûts de soins de santé attribuables à l'US (figure 5). Ces coûts sont répartis par type de coûts et par substance (tableau 1).

Figure 5. Coûts de soins de santé (en milliards) attribuables à l'usage de substances au Canada, par substance, 2017

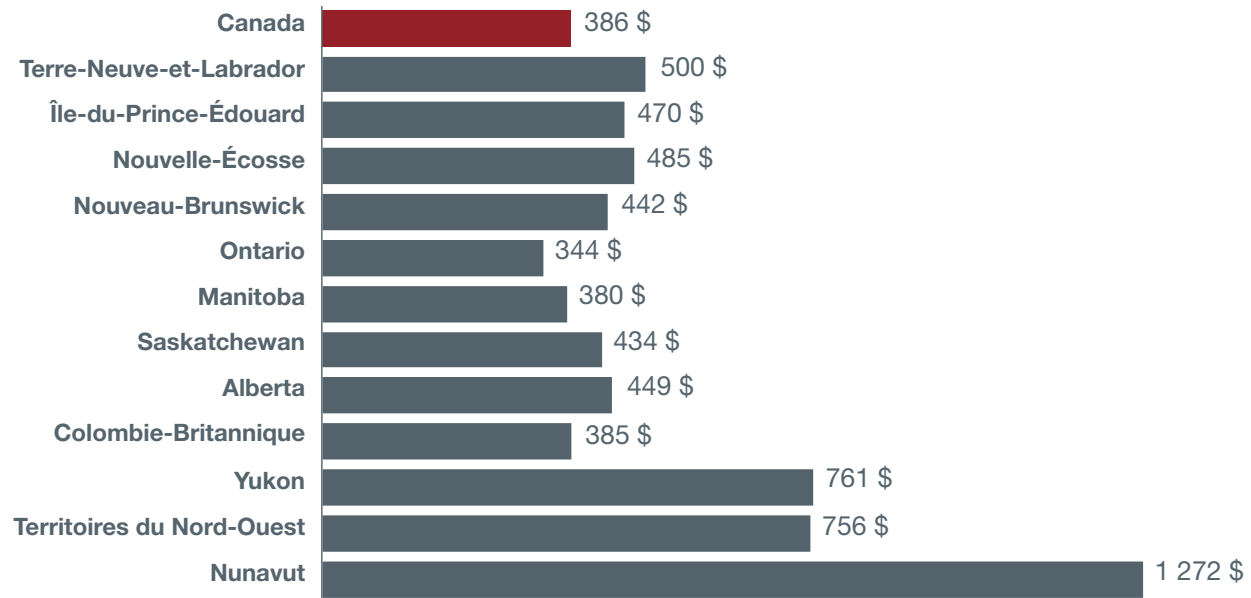


Remarque : Ces estimations n'incluent pas les coûts associés aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour et aux visites à l'urgence pour le Québec. Selon un calcul approximatif fait avec les coûts par personne en Ontario et les données québécoises disponibles, ces coûts par personne sont vraisemblablement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

Les coûts estimés par province ou territoire s'expliquent en grande partie par la taille de la population; plus la population est petite, plus les coûts sont élevés. Il est donc possible de comparer directement les données de la figure 6, qui présente les coûts par personne de soins de santé estimés attribuables à l'US. La figure montre que pour l'ensemble du Canada (sauf le Québec), ces coûts étaient de 386 \$ par personne en moyenne en 2017. C'est dans les territoires que les coûts par personne étaient les plus élevés; ils étaient aussi relativement élevés au Canada atlantique.



Figure 6. Coûts par personne des soins de santé associés à l'usage de substances au Canada par province (à l'exception du Québec) et territoire, 2017



Remarque : Il a été impossible de calculer les coûts exacts par personne du Québec.

Comme le montre le tableau 6, certains éléments ont contribué à ces coûts, dont les 277 060 hospitalisations estimées attribuables à l'US, dont 141 271 étaient dues au tabac et 105 065, à l'alcool. En comparaison, la deuxième catégorie en importance était celle des hospitalisations attribuables aux opioïdes, avec près de 9327 séjours à l'hôpital.

Tableau 6. Hospitalisations au Canada (à l'exception du Québec) attribuables à l'usage de substances en 2017, par type de substance

Substance	2017
Alcool	105 065
Tabac	141 271
Cannabis	6 099
Opioïdes	9 327
Autres dépresseurs du SNC	6 915
Cocaïne	2 965
Autres stimulants du SNC	4 896
Autres substances	522
Total	277 060



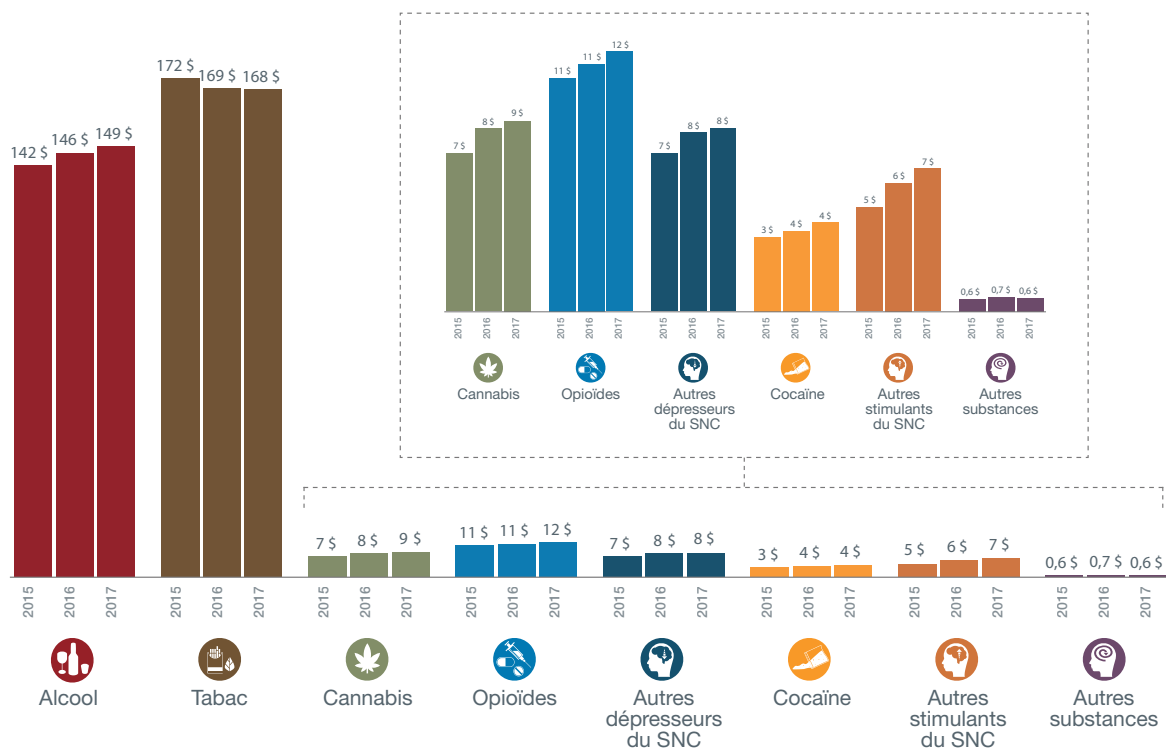
Les coûts par personne de soins de santé associés à l'US au Canada ont augmenté d'environ 3 %, passant de 348 \$ en 2015 à 358 \$¹² en 2017. Plus précisément, durant cette période :

- Les coûts par personne de soins de santé associés à l'alcool ont augmenté de presque 4,8 %, passant de 142 \$ à 149 \$; tandis que pour le tabac, ces coûts ont diminué de 2,2 %, de 172 \$ à 168 \$ (figure 7).
- Les coûts associés à l'usage de cannabis ont augmenté de 20,8 %, passant de 7 \$ à 9 \$ environ par personne.

Une hausse considérable des coûts par personne a été constatée dans plusieurs autres catégories de substances :

- Les coûts par personne de soins de santé associés aux opioïdes ont augmenté de 11,5 %, passant de 11 \$ à 12 \$ environ; tandis que ceux associés aux autres déprimeurs du SNC ont augmenté de 15,8 %, passant de 7 \$ à 8 \$ environ.
- Les coûts par personne de soins de santé associés à la cocaïne ont augmenté de 19,8 %, passant de 3 \$ à 4 \$ environ; tandis que ceux associés aux autres stimulants du SNC ont augmenté de 37,3 %, passant de 5 \$ à 7 \$ environ (figure 7).

Figure 7. Coûts par personne de soins de santé liés à l'usage de substances au Canada, par substance, 2015-2017



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

¹² Seules quelques données sur les soins de santé étaient disponibles pour le Québec. Les estimations nationales des tendances par personne présentées ici incluent le Québec et diffèrent donc du montant de 386 \$ mentionné précédemment.



Limites

La méthodologie utilisée pour évaluer la charge de la morbidité repose sur l'hypothèse que les études de grande qualité faites partout dans le monde sur le lien entre l'exposition aux substances dans une population et les maladies et blessures sont universellement applicables. Pour estimer la prévalence de grands groupes de maladies et de blessures ainsi que l'exposition de la population à l'US, nous avons utilisé des données nationales, provinciales et territoriales, mais nous avons aussi dû appliquer les hypothèses en vigueur à l'échelle internationale quant au lien entre l'US et le risque d'apparition de certaines maladies et blessures, puisque ces données sont rarement disponibles pour un pays en particulier. Conformément aux pratiques courantes dans l'analyse épidémiologique de l'US, nous nous sommes basés sur les plus récents examens systématiques et méta-analyses de la littérature internationale pour estimer ces liens de risque. Cela dit, les données probantes que contiennent les études publiées sont plus solides dans certains domaines, comme l'usage d'alcool et de tabac, que dans d'autres, comme l'usage des autres substances.

Pour estimer les coûts associés aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour et aux visites à l'urgence, nous avons analysé les données individuelles selon le principe des fractions attribuables; pour l'estimation de la rémunération des médecins et des médicaments sur ordonnance, nous avons appliqué une méthode de pourcentages attribuables¹³. Nous partons de l'hypothèse que la proportion des coûts de soins de santé correspondant aux différents types de substances sont stables. Nous continuerons d'analyser cette hypothèse et d'affiner notre méthodologie pour renforcer la précision de nos estimations.

¹³ Les pourcentages attribuables équivalent aux pourcentages du total des hospitalisations que l'on peut associer à l'usage de substances par province, territoire et année.





Coûts de perte de productivité





Coûts de perte de productivité

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

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

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

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

Dans la base de données, chaque décès découlant de ce genre d'intoxication est classé comme accidentel (codes « X4* » ou « Y1* ») ou intentionnel (codes « X6* »). Les archives comprennent aussi une liste de codes indiquant la nature des substances considérées comme en cause. Nous avons classé les décès associés à une seule substance dans la catégorie concernée; lorsque plus d'une substance était indiquée, nous avons pondéré le facteur de responsabilité de chaque substance, puis avons réparti ces décès dans chaque catégorie concernée¹⁴, selon la proportion des décès où une seule substance était en cause.

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

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

Pour les estimations du rapport de 2007-2014, nous avons utilisé les questions de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes visant l'incapacité de travailler permanente et le rôle que jouent la drogue et l'alcool dans ces cas afin d'évaluer les coûts associés à l'invalidité de longue et de courte durée (absentéisme et présentéisme). Ces questions n'étaient toutefois pas incluses dans l'édition 2015 de l'enquête. Nous avons donc estimé les coûts de l'absentéisme et du présentéisme pour 2015-2017 au moyen d'une simple régression linéaire.

Nous avons utilisé un ensemble de données différent, associé à la Prestation d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC), pour rendre compte plus précisément des coûts découlant de l'invalidité de longue durée de 2015 à 2017. Comme les ensembles de données du RPC et l'enquête portent sur une période se chevauchant

¹⁴ Pour les catégories de substances suivantes : alcool, opioïdes, autres déprimeurs du SNC, cocaïne et autres stimulants du SNC. Le cannabis et les autres substances psychoactives ont été exclues de cette analyse, comme des données indiquaient que ces catégories de substances ne causaient que très rarement, voire jamais, de décès par surdose (Hall et Solowij, 1998). Pour les prochaines éditions de ce rapport, nous examinerons l'opportunité de continuer d'exclure ces substances.



sur deux ans (2012 et 2014), nous avons pu ajuster le nombre de personnes considérées invalides par le RPC pour 2015-2017 et le nombre de personnes touchées par une invalidité permanente recensées par l'enquête, en appliquant à ces nombres – pour la période de chevauchement – le quotient moyen des chiffres de l'enquête divisé par les chiffres du RPC. Les sources des données utilisées pour établir ces estimations figurent dans le tableau 7. Pour une description détaillée des méthodes utilisées, voir le rapport technique.

Tableau 7. Sources des données utilisées pour calculer les coûts de perte de productivité en lien avec l'usage de substances

Coûts et méfaits	Source des données
Décès prématurés	Statistique de l'état civil : base de données sur les décès (Statistique Canada, 2017t, 2019m); Enquête sociale générale (Statistique Canada, 2017q) (comptes); Enquête sur la population active (Statistique Canada, 2017s, 2019j); Enquête sur les postes vacants et les salaires (Statistique Canada, 2017r; 2019i) (coûts)
Invalidité de longue durée	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada, 2017f, 2017g, 2017h, 2017i, 2017j, 2017k, 2017l, 2017m, 2017n) (comptes et coûts); prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC) selon la cause d'invalidité et le groupe d'âge des bénéficiaires (Emploi et Développement social Canada, 2019) (comptes)
Invalidité de courte durée (absentéisme et présentéisme)	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada, 2017f, 2017g, 2017h, 2017i, 2017j, 2017k, 2017l, 2017m, 2017n) (comptes et coûts)

Différences méthodologiques avec le rapport de 2007-2014

Les méthodes décrites ci-dessus sont différentes de celles utilisées pour le rapport de 2007-2014, où nous avons réparti les décès par intoxication entre différentes catégories de substances à partir de la proportion des hospitalisations pour intoxication recensées. Ces décès avaient ensuite été intégrés au nombre total de décès attribuables, même partiellement, à l'US. Les méthodes améliorées permettent une répartition plus précise des décès par intoxication dans les différentes catégories.

Nous avons aussi élargi les critères définissant un décès attribuable à l'US, en intégrant trois nouveaux codes¹⁵ et en changeant la méthode de répartition des décès par intoxication où plus d'une substance est en cause.

Pour une description détaillée des méthodes utilisées, voir le rapport technique.

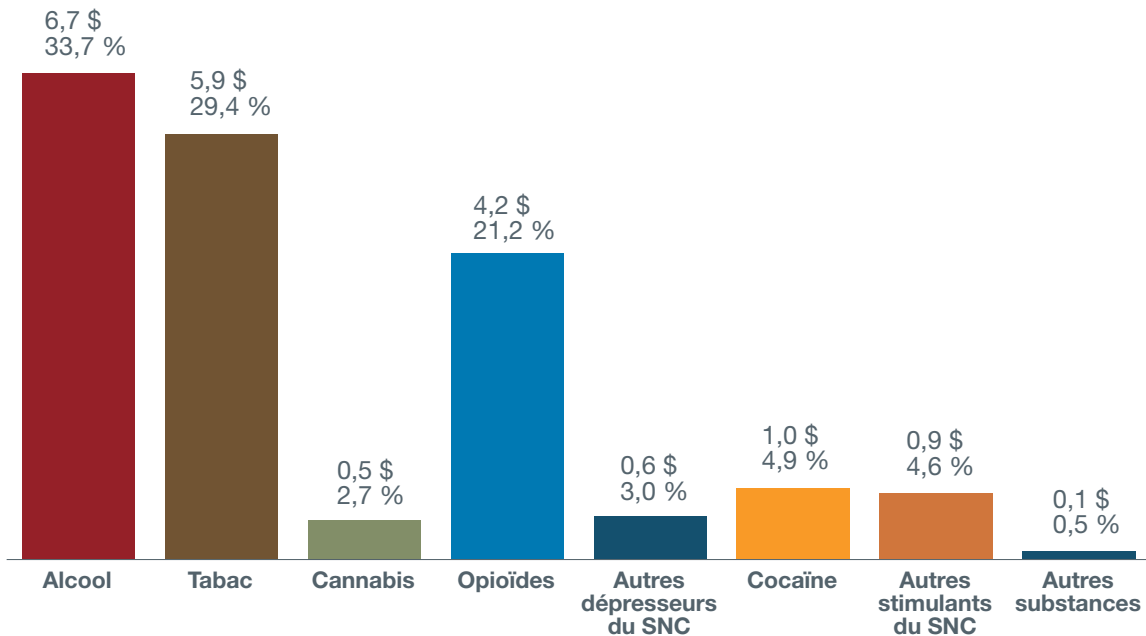
Résultats

En 2017, les coûts de perte de productivité associés à l'US totalisaient plus de 20 milliards de dollars. On estime que les coûts associés à l'usage de substances légales au moment de l'étude (soit l'alcool et le tabac) représentaient un peu plus de 63,0 % (12,6 milliards de dollars) du total des coûts de perte de productivité (figure 8). Les opioïdes comptaient pour plus de 57,0 % (4,2 milliards de dollars) des 36,9 % restants.

¹⁵ Les trois nouveaux codes sont X44 (intoxication accidentelle par des drogues, médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision), X64 (auto-intoxication par des médicaments et substances biologiques, et exposition à ces produits, autres et sans précision) et Y14 (intoxication par des médicaments et substances biologiques, autres et sans précision, et exposition à ces produits, intention non déterminée).



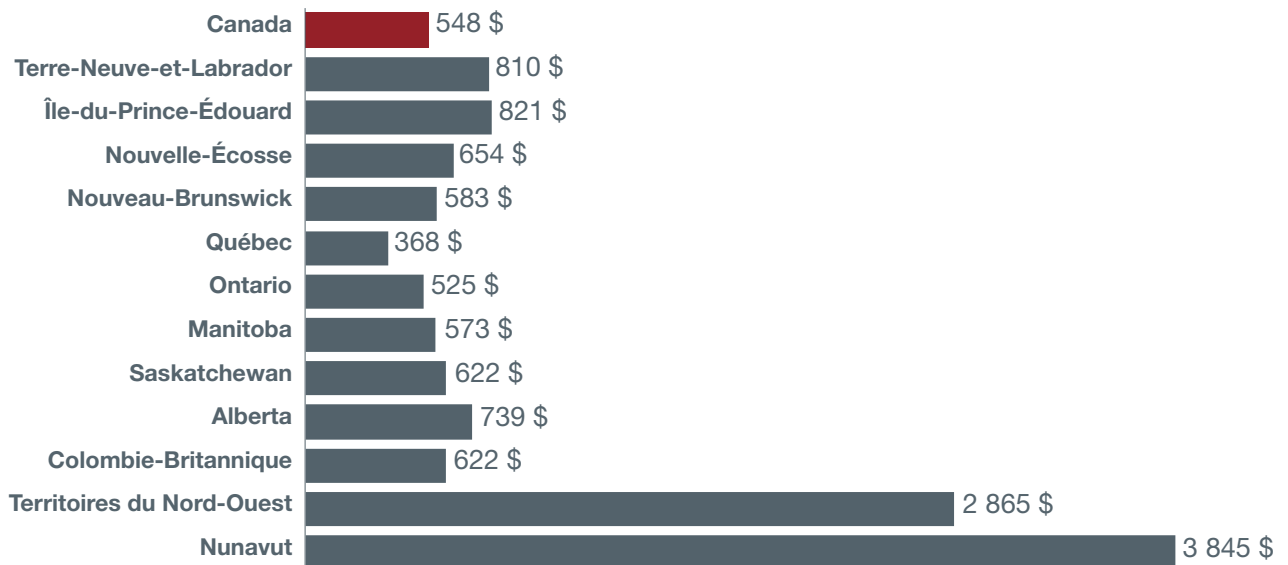
Figure 8. Coûts de perte de productivité (en milliards) attribuables à l'usage de substances au Canada, par substance, 2017



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

La figure 9 montre les coûts estimés par personne de perte de productivité attribuables à l'US dans les provinces, les territoires et le Canada. Pour l'ensemble du pays, la perte de productivité due à l'US coûte en moyenne 548 \$ par personne. C'est dans les territoires que les coûts par personne étaient le plus élevés.

Figure 9. Coûts par personne de perte de productivité attribuables à l'usage de substances au Canada, par province et territoire, 2017



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

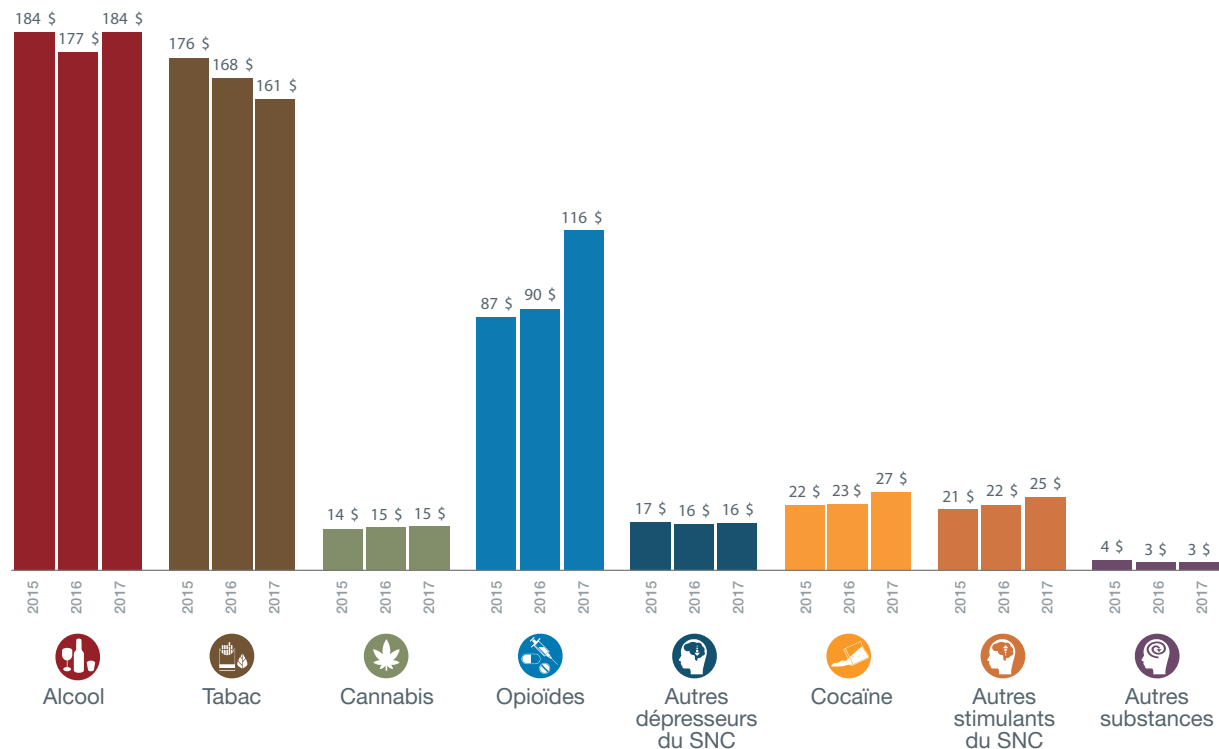


Le total des coûts par personne de perte de productivité a augmenté de 4,5 %, passant de 524 \$ en 2015 à 548 \$ en 2017. Les coûts par personne de perte de productivité en raison de l'alcool sont restés stables de 2015 à 2017, à 184 \$; tandis que ceux associés au tabagisme ont diminué de plus de 8,0 %, passant de 176 \$ en 2015 à 161 \$ en 2017 (figure 10).

C'est dans la catégorie des opioïdes que l'on observe la hausse la plus importante. Le coût par personne pour l'usage d'opioïdes a augmenté de plus de 34,0 % durant la période du projet, passant de 87 \$ en 2015 à 116 \$ en 2017 (figure 10). Cette augmentation est principalement due à la hausse du nombre de décès par intoxication aux opioïdes (figure 11).

Les coûts par personne de perte de productivité avaient par ailleurs augmenté pour la consommation de cocaïne (augmentation de 20,1 %, passant de 22 \$ en 2015 à 27 \$ en 2017) et les autres stimulants du SNC (augmentation de 21,6 %, passant de 21 \$ en 2015 à 25 \$ en 2017).

Figure 10. Coûts par personne de perte de productivité attribuables à l'usage de substances au Canada, par substance, 2015-2017



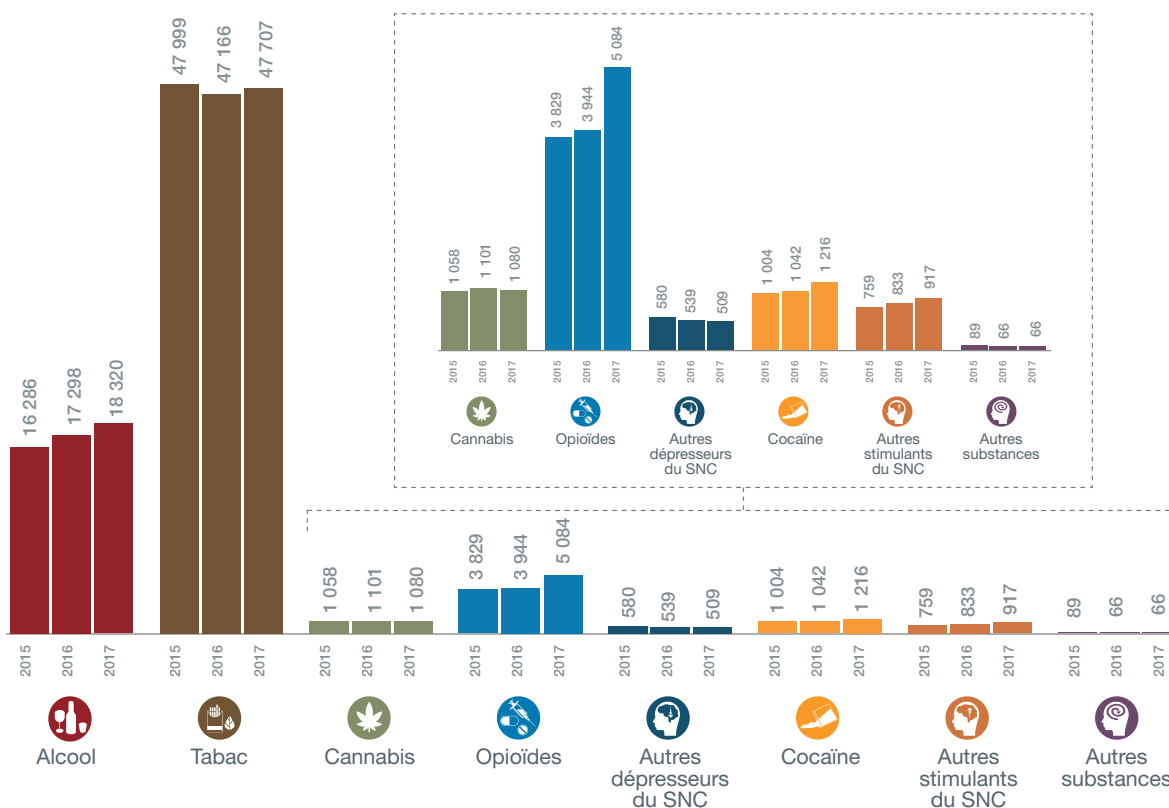
Remarque : Au moment de rédiger ce rapport, les données sur les décès prématurés au Yukon (pour 2017 uniquement) nécessaires au calcul du coût des années potentielles de vie productive perdue pour cette raison ne figuraient pas dans la base de données de l'état civil de Statistique Canada. Ces coûts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



À la base de ces coûts : les nombres estimés de décès et d'années potentielles de vie productive perdues, comme le montrent les figures 11 et 12, respectivement. Le tabac était la principale cause des 75 900 décès attribuables à l'US, avec 47 707 décès en 2017, suivi de l'alcool avec 18 320 décès et des opioïdes avec 5 084. Un chiffre qui illustre bien le fardeau économique de la mortalité attribuable à l'US est le nombre total d'années potentielles de vie productive perdues, qui sont calculées jusqu'à l'âge de 65 ans.

En cause dans 113 713 décès en 2017, l'alcool était la principale substance responsable dans le total des 338 555 années potentielles de vie productive perdues en raison de l'US. Parallèlement, en raison du jeune âge de nombreuses personnes décédées des suites d'une consommation d'opioïdes (moyenne de 45,5 ans), ces substances étaient responsables de jusqu'à 99 836 années potentielles de vie productive perdues.

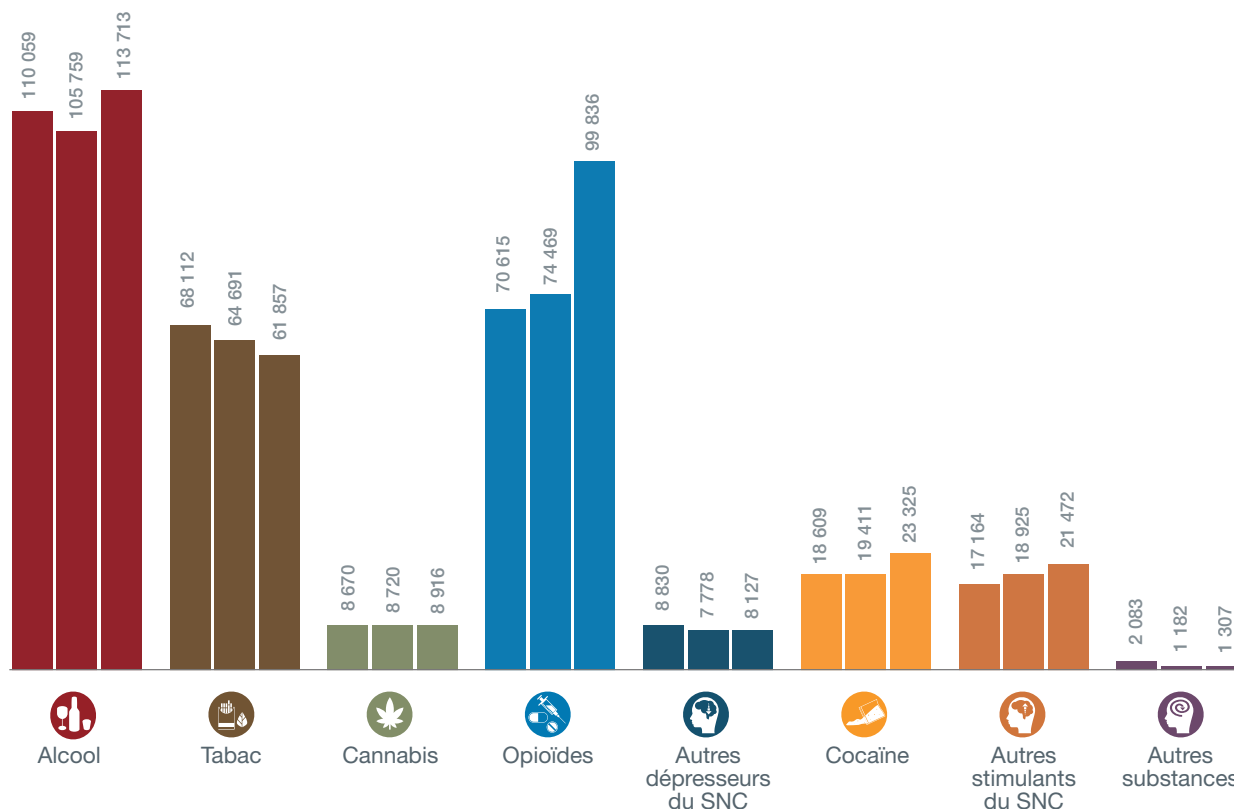
Figure 11. Nombre de décès (en milliers) attribuables à l'usage de substances, par substance, 2015-2017



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



Figure 12. Nombre d'années potentielles de vie productive perdues (en milliers) en raison de décès prématurés attribuables à l'usage de substances, par substance, 2015-2017



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

Limites

Afin de respecter ses obligations de confidentialité, pour communiquer les données sur les décès à l'équipe de chercheurs, Statistique Canada a utilisé une méthode de divulgation utilisant le mécanisme de Laplace, qui prévoit l'ajout d'une quantité aléatoire de bruit à chaque décès comptabilisé. Lorsque les chiffres sont très bas, cette stratégie peut engendrer des estimations négatives. Si ces valeurs ont été conservées pour le processus de pondération des décès, toutes les valeurs négatives ont ensuite été ramenées à zéro. Notons que cette méthode est largement acceptée pour résoudre le problème des valeurs négatives que génère le mécanisme de Laplace (Holohon, Braghin, Antonatos et Aonghusa, 2018), mais que les estimations finales sont légèrement gonflées par cette procédure, surtout dans les régions moins peuplées, comme les territoires, où on recense un petit nombre de décès prématurés.

En plus de cette difficulté, pour calculer les années potentielles de vie productive perdues, nous avons dû faire la moyenne des décès dénombrés dans le rapport de 2007-2014, puisque Statistique Canada ne pouvait dévoiler cette information pour des raisons de confidentialité.





Coûts de justice pénale





Coûts de justice pénale

Les coûts de justice pénale comprennent les coûts associés aux interventions policières, aux procédures judiciaires et aux services correctionnels. Nos calculs tiennent compte des dépenses pour des crimes entièrement et partiellement attribuables à l'US. Parmi les infractions entièrement attribuables, mentionnons la conduite avec facultés affaiblies et des infractions relatives à la drogue qui enfreignent la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, dont la possession, le trafic et la production de substances désignées. Outre les crimes entièrement attribuables, nous avons aussi inclus ceux qui sont partiellement attribuables, p. ex. des crimes violents tels que des homicides ou des voies de fait, et des crimes non violents tels que des vols ou des incendies volontaires.

Les fractions attribuables au crime en lien avec l'US ont été estimées à l'aide d'une enquête exhaustive à laquelle ont répondu plus de 29 000 délinquants lors de leur admission dans une prison fédérale. Cette enquête portait sur le rôle joué par l'US dans leurs infractions. Ces fractions attribuables sont présentées dans le rapport de 2007-2014. Elles ont été appliquées au nombre d'infractions au *Code criminel* (coûts des interventions policières), au nombre d'accusations (coûts des procédures judiciaires) et au nombre d'admissions en établissement correctionnel (coûts des services correctionnels) partiellement attribuables à l'US. Le résultat a été additionné au nombre d'infractions, d'accusations et d'admissions entièrement attribuables, puis divisé par le total de ces événements afin de déterminer les proportions attribuables à l'US. Ces proportions ont ensuite été multipliées par le coût total des interventions policières, des procédures judiciaires et des services correctionnels, par année et par province ou territoire.

Les sources des données utilisées pour établir ces estimations figurent dans le tableau 8. Pour une description détaillée des méthodes utilisées pour estimer les coûts de justice pénale, voir le rapport technique.

Tableau 8. Sources des données utilisées pour calculer les coûts de justice pénale en lien avec l'usage de substances

Coûts et méfaits	Source des données
Fractions attribuables à la criminalité	Service correctionnel du Canada : questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT) (Kunic et Grant, 2006); QIT pour les femmes (Service correctionnel du Canada, 2017)
Interventions policières (infractions criminelles)	Programme de déclaration uniforme de la criminalité 2009-2017 (Statistique Canada, 2019l)
Procédures judiciaires (accusations)	Enquête intégrée sur les tribunaux de juridiction criminelle 2008-2009 à 2016-2017 (Statistique Canada, 2019h)
Services correctionnels (admissions en détention après condamnation)	Services correctionnels pour adultes 2008-2009 à 2017-2018 (Statistique Canada, 2019b; Statistique Canada, 2019c) Enquête sur les services communautaires et le placement sous garde des jeunes 2008-2009 à 2017-2018 (Statistique Canada, 2019o)
Coûts de justice pénale	Bureau du directeur parlementaire du budget : analyse des dépenses au titre du système de justice pénale au Canada, 2013 (Story et Yalkin, 2013); Centre canadien de la statistique juridique : données sur les dépenses des services policiers 2014-2015 à 2016-2017 (Mazowita et Greenland, 2016; Alam et Greenland, 2017; Connor, 2018) Application des lois sur le tabac : secrétariat du Conseil du Trésor du Canada : Stratégie de lutte contre le tabagisme 2006-2007 à 2014-2015 (secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, 2015); Santé Canada : Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme 2015-2016 à 2017-2018 (Santé Canada, 2016, 2017a, 2017b)



Différences méthodologiques avec le rapport de 2007-2014

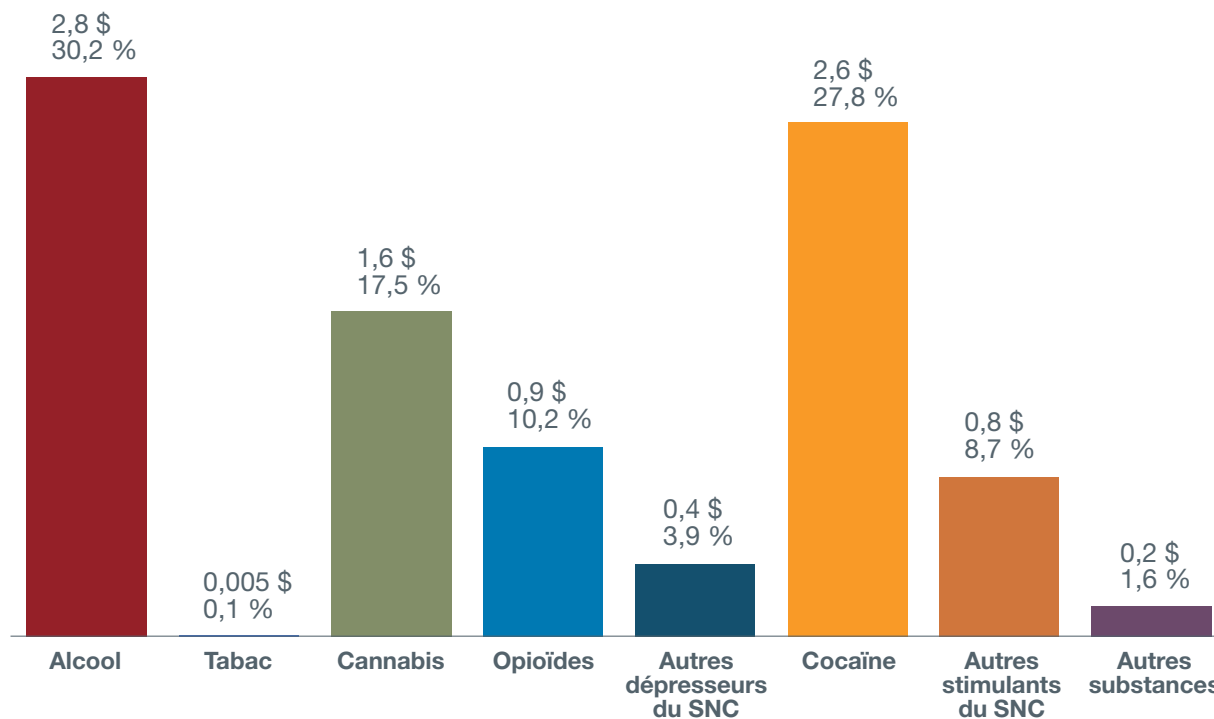
Pour calculer les coûts des interventions policières, des procédures judiciaires et des services correctionnels, nous avons utilisé les mêmes méthodes que pour le rapport de 2007-2014. La source utilisée antérieurement pour les coûts de justice pénale (Story et Yalkin, 2013) ne présentait des estimations que pour 2012; nous avons donc reproduit la méthodologie de ce rapport avec les données de 2015-2017 de toutes les sources indiquées.

Résultats

En 2017, l'US a entraîné des coûts de justice pénale de plus de 9,2 milliards de dollars. De tous les coûts de justice pénale, les plus élevés étaient ceux des interventions policières, suivis des services correctionnels et des procédures judiciaires.

La consommation d'alcool se range au premier rang des coûts de justice pénale totaux, avec plus de 30,2 % des coûts (figure 13). L'usage de cocaïne vient en deuxième, avec un total dépassant les 2,5 milliards de dollars. Bien que sa prévalence soit de moins de 2 % dans la population générale canadienne, la cocaïne a été associée à 24,0 % des coûts pour des crimes violents et à 37,4 % des coûts pour des crimes non violents. Les coûts associés aux interventions policières, aux procédures judiciaires et aux services correctionnels pour des crimes (violents ou non) représentaient 92,0 % des coûts de justice pénale associés à l'usage de cocaïne. Les 8,0 % restants étaient attribuables à des infractions à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. À titre comparatif, ce sont 44,4 % des coûts de justice pénale associés à la consommation de cannabis qui découlaient d'infractions à cette loi.

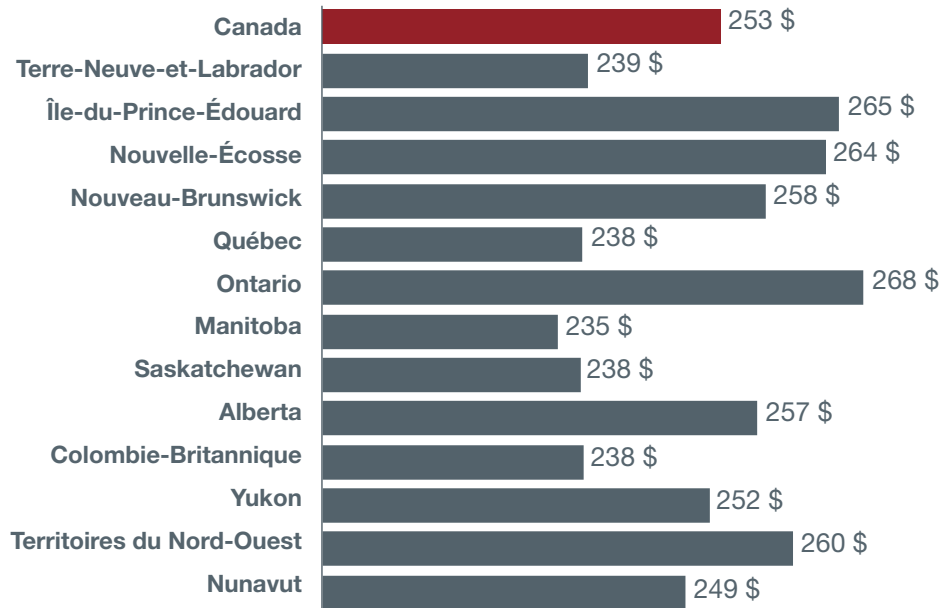
Figure 13. Coûts de justice pénale (en milliards) attribuables à l'usage de substances au Canada, par substance, 2017



Les coûts par personne de justice pénale liés à l'US se chiffraient à 253 \$ en 2017 (figure 14). C'est en Ontario qu'ils étaient les plus élevés et au Manitoba, les plus bas.



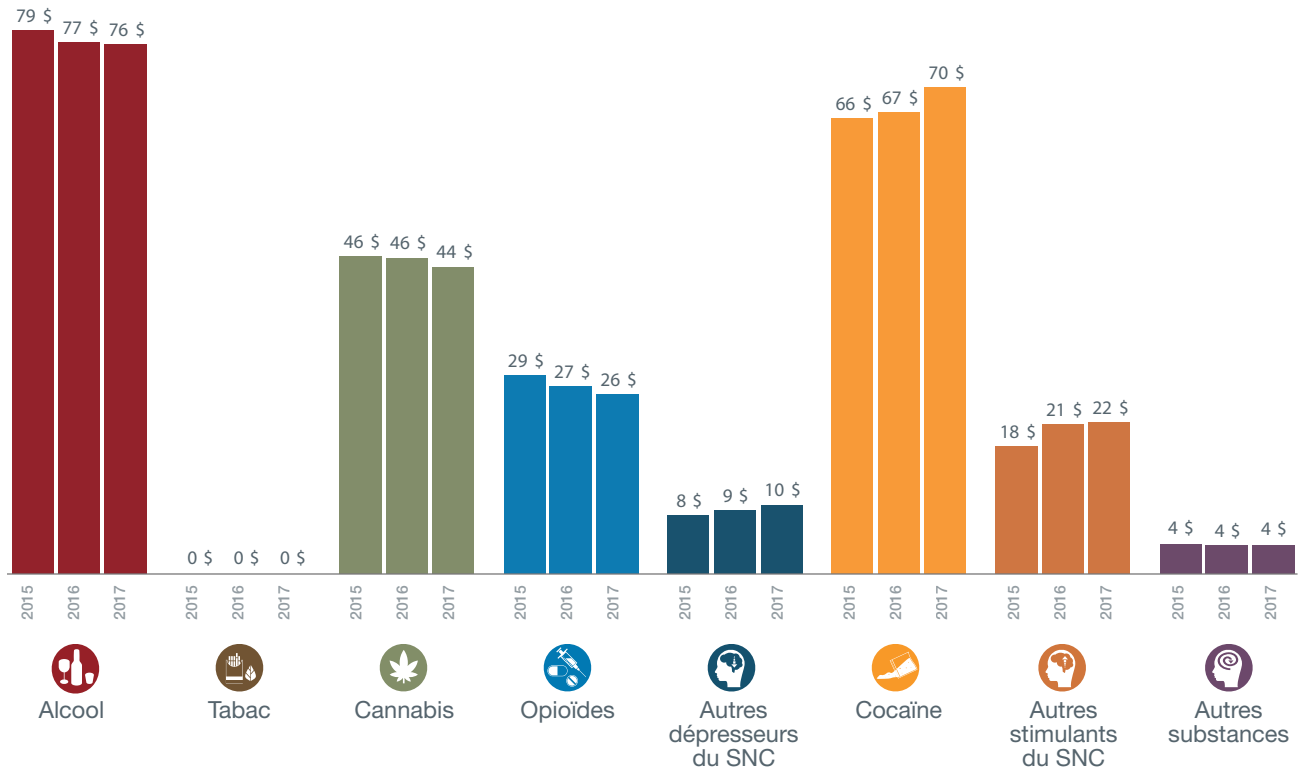
Figure 14. Coûts par personne de justice pénale attribuables à l'usage de substances au Canada, par province et territoire, 2017



Même si le total des coûts par personne de justice pénale est resté relativement stable de 2015 à 2017 (hausse d'un peu plus de 1 %), on note des fluctuations selon la substance concernée. Ainsi, les coûts associés à l'alcool ont diminué de 2,7 %, passant de 79 \$ par personne en 2015 à 76 \$ en 2017 (figure 15) et ceux pour le cannabis ont diminué de 3,4 %, de 46 \$ par personne en 2015 à 44 \$ en 2017 (figure 15). Au cours de la même période, les coûts par personne liés à la cocaïne ont eux augmenté de 6,8 % et ceux pour les stimulants du SNC ont augmenté de près de 19 %.



Figure 15. Coûts par personne de justice pénale attribuables à l'usage de substances au Canada, par substance, 2015-2017



Limites

Les données disponibles étaient relativement exhaustives, mais des manipulations ont parfois été nécessaires pour nous permettre de calculer les estimations. Nous avons par exemple dû réorganiser les données des admissions en établissement correctionnel par types d'infraction (c.-à-d. conduite avec facultés affaiblies et infractions connexes, infraction à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, crime violent et crime non violent). Pour ce faire, nous avons réparti les admissions selon les proportions d'accusations criminelles.

Nous avons en outre dû estimer certaines données manquantes. Si nous avons pu obtenir des données quant aux coûts de justice pénale directement de rapports de dépenses publiques (p. ex. des comptes publics provinciaux et fédéraux), pour mener nos analyses, il nous fallait les coûts ventilés, qui n'étaient pas disponibles pour l'ensemble des provinces et territoires. Nous avons donc dû estimer certaines données pour répartir les coûts dans les provinces et les territoires où les données étaient indisponibles.

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



Autres coûts directs





Autres coûts directs

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

Les méthodes utilisées pour estimer les coûts attribuables à l'US variaient grandement selon les catégories. Certains coûts, comme ceux pour le dépistage de la drogue au travail et les dépenses fédérales consacrées à la recherche et à la prévention en matière d'US, ont été considérés comme entièrement attribuables à l'US. L'approche de la fraction attribuable a été utilisée pour d'autres catégories, comme les dommages matériels causés par le feu ou les dommages aux véhicules attribuables à l'usage d'une substance précise, afin d'estimer la proportion des coûts attribuables à l'US. Pour une description détaillée des méthodes utilisées pour chaque catégorie, voir le rapport technique. Les sources des données utilisées pour établir les estimations des coûts sont présentées dans le tableau 9.

Tableau 9. Sources des données utilisées pour calculer les autres coûts directs en lien avec l'usage de substances

Coûts et méfaits	Source des données
Recherche et prévention	Santé Canada; Instituts de recherche en santé du Canada; Fondation des maladies du cœur et de l'AVC; Société canadienne du cancer; Partenariat canadien contre le cancer; Conseil canadien pour le contrôle du tabac; Fondation de recherches sur les blessures de la route; secrétariat du Conseil du Trésor du Canada : Stratégie de lutte contre le tabagisme 2006-07 à 2017-2018
Dommages causés par le feu	Rapports des commissaires aux incendies et des chefs de service d'incendie des provinces et territoires 2015-2017; communications personnelles avec les commissaires aux incendies et les chefs de service d'incendie des provinces et territoires
Dommages aux véhicules	Base nationale de données sur les collisions (Transports Canada, 2017) (comptes); Agence statistique d'assurance générale (2017) (coûts)
Programmes de dépistage de la drogue au travail	Incidence sur le secteur nucléaire des politiques canadiennes récentes en matière de consommation d'alcool et de drogues en milieu de travail (Barbara Butler & Associates Inc., 2012) (comptes et coûts)
Programmes d'aide aux employés	Enquête sur la population active 2007-2014 (Statistique Canada, 2017s); « The Prevalence and Characteristics of Employee Assistance, Health Promotion and Drug Testing Programs in Ontario » (Macdonald et Wells, 1995) (comptes); communications personnelles avec Morneau Shepell (coûts)
Coûts administratifs des indemnités des accidents du travail	Rapports annuels des commissions des accidents du travail des provinces et des territoires 2007-2017



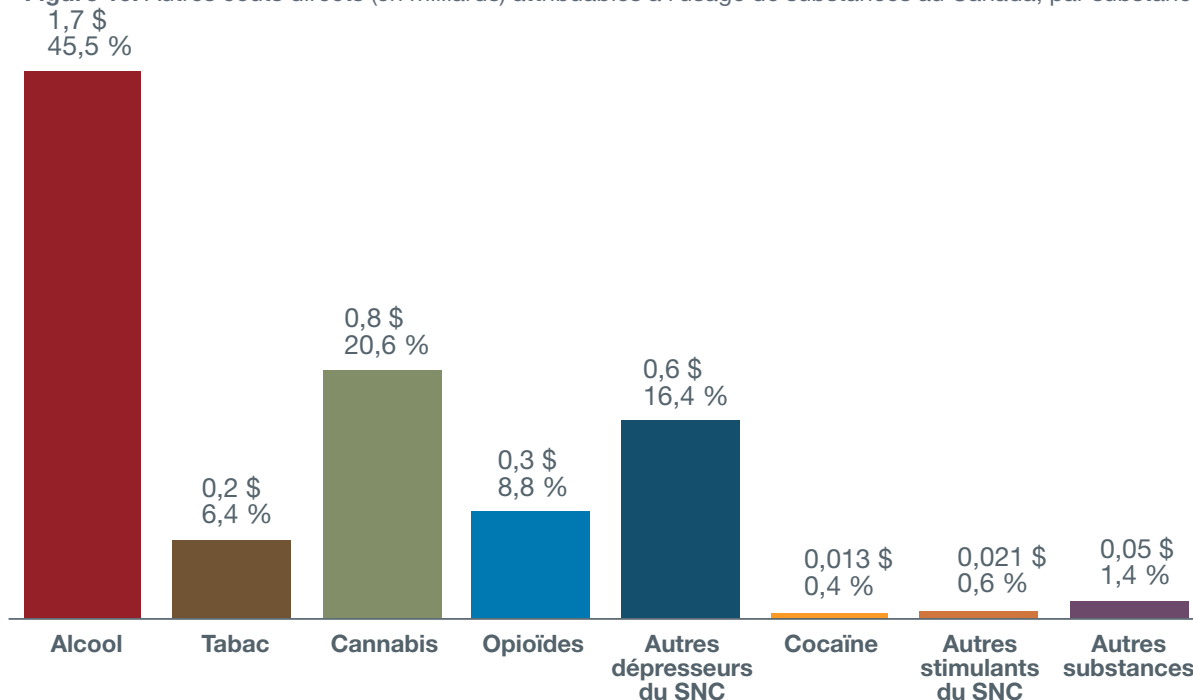
Différences méthodologiques avec le rapport de 2007-2014

Les méthodes que nous avons utilisées sont essentiellement identiques à celles utilisées pour le rapport de 2007-2014. Nous avons appliqué une régression linéaire pour générer des estimations dans les cas où aucune donnée récente n'était disponible.

Résultats

En 2017, plus de 3,6 milliards de dollars ont été consacrés aux autres coûts directs attribuables à l'US. L'alcool était à l'origine de près de la moitié (45,5 %) de ce montant (figure 16), et le cannabis se classait au deuxième rang pour les autres coûts directs, avec plus de 20 %.

Figure 16. Autres coûts directs (en milliards) attribuables à l'usage de substances au Canada, par substance, 2017

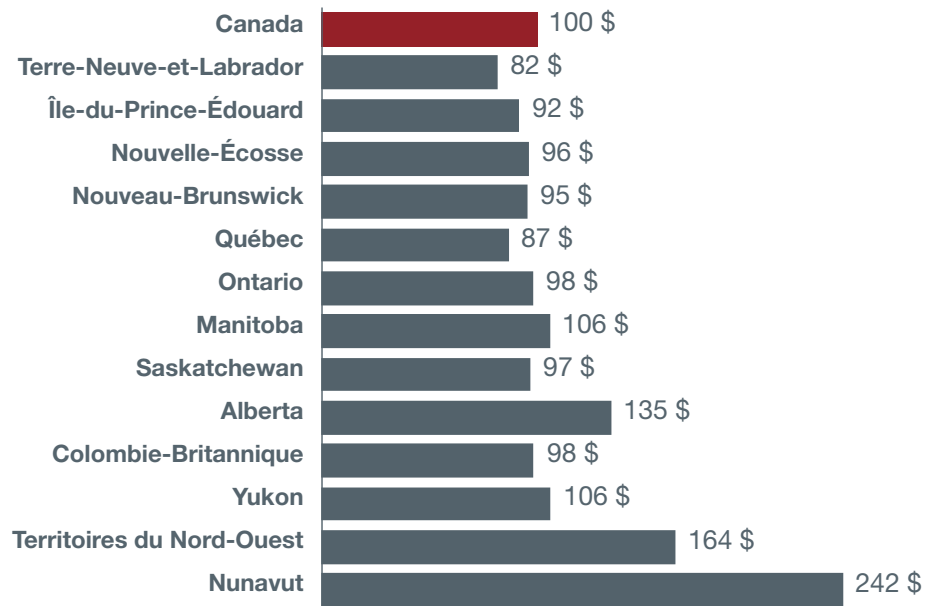


Ce sont les dommages aux véhicules qui représentaient la plus grande proportion d'autres coûts directs, avec les deux tiers (plus de 2,4 milliards de dollars) des coûts, suivis par les dommages à la propriété causés par le feu avec 745 millions.

La figure 17 présente les montants estimés par personne d'autres coûts directs attribuables à l'US. En 2017, pour l'ensemble du Canada, ces coûts se chiffraient à environ 100 \$ par personne. À noter que le montant des coûts varie grandement au pays : ainsi, il était le plus bas, avec 82 \$ par personne, à Terre-Neuve-et-Labrador, et le plus haut, avec 242 \$, au Nunavut.



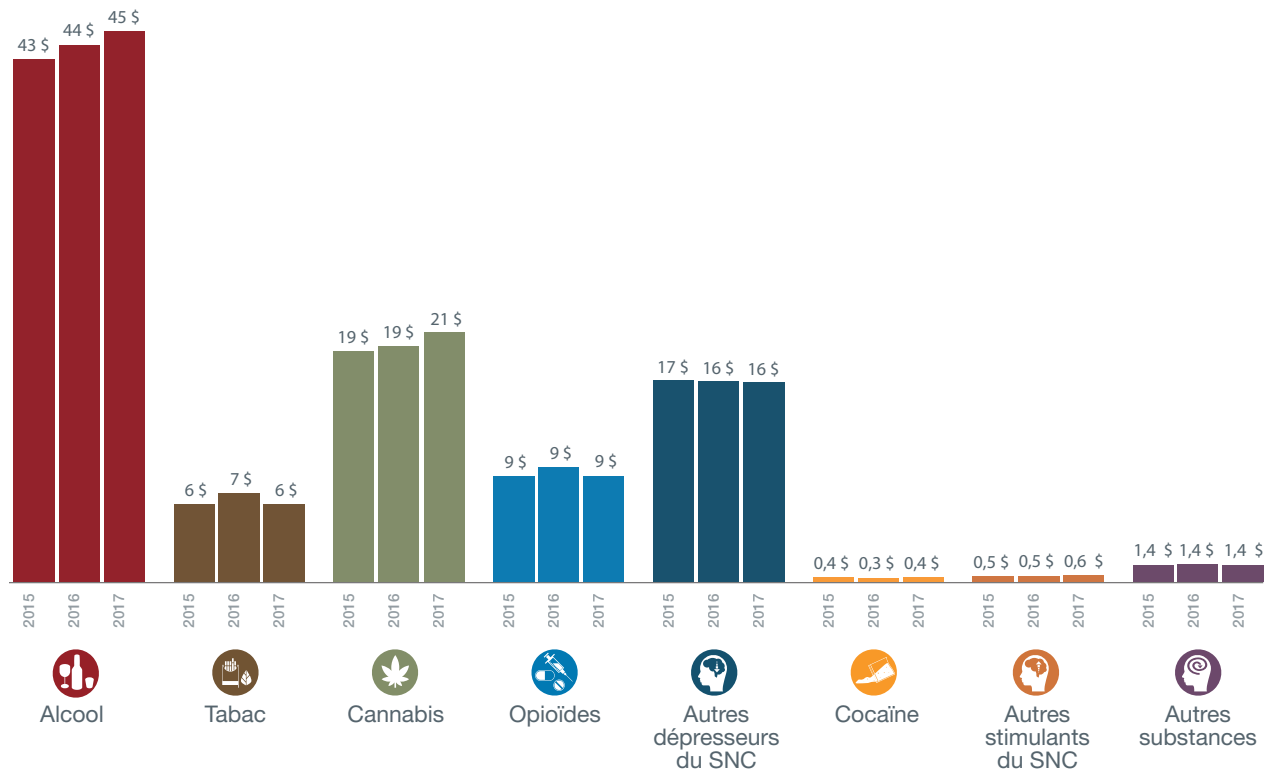
Figure 17. Autres coûts directs par personne attribuables à l'usage de substances au Canada, par province et territoire, 2017



Les autres coûts directs par personne de l'US ont augmenté de 4,1 % de 2015 à 2017 (figure 18). Pour l'alcool, ils ont augmenté de 5,4 %, passant de 43 \$ en 2015 à 45 \$ en 2017. Pour le cannabis, ils ont augmenté de 8,3 %, passant de 19 \$ en 2015 à 21 \$ en 2017. C'est cependant pour les stimulants du SNC qu'on a observé la plus grande augmentation (21,7 %), même si les coûts directs associés à cette catégorie de substances comptaient pour moins de 1 % des coûts totaux. Les tendances annuelles relevées correspondent globalement à celles pour les dommages aux véhicules, ce qui explique la grande proportion des autres coûts directs associée à cette catégorie de coûts.



Figure 18. Autres coûts directs par personne attribuables à l'usage de substances au Canada, par substance, 2015-2017



Limites

Compte tenu de la grande diversité des ensembles de données consultés pour estimer les autres coûts directs attribuables à l'US, les limites propres à chacun sont décrites dans le rapport technique. De façon générale, les coûts pour des dommages aux véhicules (66,0 %) et ceux pour des dommages causés par le feu (20,4 %) représentaient une grande proportion des autres coûts directs attribuables à l'US. C'est donc dire que ces coûts sont fortement influencés par les limites des ensembles de données.



Analyse





Analyse

En 2017, l'US a coûté aux Canadiens près de 46 milliards de dollars. Au moment de rédiger le présent rapport, les coûts associés à l'usage des substances légales (soit l'alcool et le tabac) représentent la majorité de ces coûts. Cette donnée n'occulte cependant pas les terribles conséquences sur le plan humain de la crise des opioïdes affectant notre pays. En 2017, la consommation d'opioïdes a fauché plus de 5 000 vies. Partout au pays, on a investi des efforts considérables pour résoudre cette crise de santé publique.

Nos estimations ont clairement montré les conséquences non seulement de la consommation d'opioïdes, mais aussi de la réémergence de la méthamphétamine et de la cocaïne. Nos constats ont également indiqué que, lorsque l'on parle de santé publique et d'économie canadienne, on ne peut ignorer l'alcool et le tabac, puisque, même si elles sont légales, ces deux substances représentent près des deux tiers du coût total de l'US et ont causé plus de 66 000 décès évitables en 2017.

Alcool et tabac

En 2017, le tabac était de loin la substance la plus meurtrière (avec près de 47 707 décès), suivi par l'alcool (18 320 décès) et par l'ensemble des autres substances (8 872 décès). Bien que l'on puisse attribuer davantage de décès au tabagisme, la consommation d'alcool figure au premier rang des coûts totaux, puisqu'on peut y attribuer les blessures et les décès survenus chez de plus jeunes consommateurs et l'associer à la perte d'un plus grand nombre d'années de vie productive. L'alcool est par ailleurs en cause dans près de 20 % des crimes violents.

L'augmentation des coûts associés à l'alcool et la diminution de ceux associés au tabagisme ne surprennent guère : nous récoltons les fruits de politiques strictes en santé publique visant à diminuer l'usage de tabac, alors qu'aucune politique du genre n'a été mise en place pour l'alcool. Il est par ailleurs reconnu que, lorsque l'on accroît l'accessibilité de l'alcool, on constate une hausse de la consommation. Malgré cette corrélation, les gouvernements de certaines provinces et de certains territoires ont considérablement assoupli les restrictions encadrant la vente et l'accessibilité de l'alcool. En outre, les codes nationaux de la publicité n'ont pas été modifiés depuis 25 ans. Fait préoccupant, ces codes ne s'appliquent pas aux médias numériques, que bon nombre de jeunes utilisent pour communiquer. Ces facteurs pourraient contribuer à la hausse des coûts et des méfaits associés à la consommation d'alcool. Avec la pandémie de COVID-19, on observe des signes indiquant que la consommation d'alcool est en hausse, en raison du caractère plus flexible des horaires, du stress et de l'ennui (Nanos Research, 2020). Ces constats laissent présager une hausse des méfaits dus à l'alcool dans les prochaines estimations.

Opioïdes

Fait prévisible, la consommation d'opioïdes se classe au troisième rang des coûts de l'US, après l'alcool et le tabac, avec 12,9 % (soit 5,9 milliards de dollars) des coûts totaux. Les coûts par personne pour cette substance ont aussi augmenté de 20,9 % (passant de 135 \$ en 2015 à 163 \$ en 2017), une augmentation principalement due à la hausse rapide des coûts en perte de productivité découlant surtout des décès dus à cette substance.

Les estimations des décès attribuables aux opioïdes du présent rapport diffèrent de celles du gouvernement du Canada. En effet, en mars 2020, le Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes (2020) a publié des données de surveillance de la santé publique avec une mise à jour du nombre de décès apparemment dus aux opioïdes. Nos estimations sont cependant plus élevées. Par exemple, le gouvernement du Canada signale 3 025 décès en 2016 et 4 144 en 2017, alors que nos estimations sont de 3 944 décès en 2016 et 5 084 en 2017.



Plusieurs raisons expliquent cette situation :

- Les chiffres du gouvernement du Canada ne rendent compte que des décès par intoxication (toxicité), tandis que nos estimations comprennent non seulement les intoxications, mais aussi d'autres maladies ou problèmes associés au moins en partie à la consommation (maladies infectieuses attribuables aux opioïdes, accidents de la route, etc.).
- Les estimations de surveillance de la santé publique du gouvernement du Canada englobent tous les décès par intoxication (empoisonnement, toxicité) découlant de l'US, où au moins un opioïde était en cause, tandis que nous n'avons classé qu'une fraction de ces décès dans cette catégorie.
- Les données utilisées pour les deux mises à jour sont différentes. Nos données nationales de l'état civil proviennent de Statistique Canada, tandis que les données de surveillance de la santé publique du gouvernement du Canada proviennent des bureaux des coroners en chef ou des médecins légistes en chef des provinces et territoires.

Comme le nombre de décès associés aux opioïdes est demeuré élevé en 2019 (Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, 2020), nous nous attendons à voir le coût des méfaits associés à ces substances continuer de grimper dans les prochaines versions du présent rapport.

Cocaïne et autres stimulants du SNC

Les analyses présentées ont fait ressortir une hausse rapide des méfaits liés à l'usage de cocaïne et d'autres stimulants du SNC. En 2017, les coûts attribuables à l'usage de cocaïne étaient de 3,7 milliards de dollars (soit 8,1 % des coûts totaux), tandis que ceux associés à l'usage de stimulants du SNC (à l'exclusion de la cocaïne) étaient de 2 milliards (soit 4,3 % des coûts totaux).

Les coûts par personne pour l'usage de ces types de substances ont augmenté drastiquement. En effet, de 2015 à 2017, les coûts par personne associés à l'usage de stimulants du SNC (à l'exclusion de la cocaïne) ont augmenté de 22,1 %, passant de 44 \$ à 54 \$. Il s'agit de la plus forte augmentation observée, toutes substances confondues. Nous croyons que ces hausses sont principalement attribuables à l'usage de méthamphétamine et aux méfaits en découlant (Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018; Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies, 2019). Ces méfaits pourraient être intensifiés par la consommation – intentionnelle ou non – de stimulants simultanément à d'autres substances nocives (le fentanyl et ses analogues, les benzodiazépines ou les cannabinoïdes synthétiques), que l'on trouve dans les drogues illicites et toxiques vendues sur le marché non réglementé (Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies, 2019; Payer, Young, Mill, Maloney-Hall et coll., 2020).





Points forts et limites





Points forts et limites

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

Parmi les points forts intéressants de ce projet, mentionnons :

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

Nous souhaitons reproduire ici exactement les mêmes méthodes que celles utilisées pour générer nos estimations de 2007-2014, mais nous avons depuis raffiné nos façons de faire (Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada, 2018). Pour renforcer la précision de nos estimations, nous croyions qu'il était important d'intégrer ces améliorations, qui concernent principalement les méthodes d'estimation de la prévalence de l'US et des décès par intoxication y étant attribués.

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

Recours à des données autodéclarées

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



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

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

Coûts manquants

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

Malgré ces limites et suppositions, nous avons utilisé les méthodes et données les plus fiables, récentes et complètes à notre disposition pour faire nos estimations. À l'avenir, il ne fait aucun doute que nous pourrions préciser ces estimations avec de meilleures données et des études supplémentaires (tout comme nous avons amélioré celles de Rehm et coll., 2006). En attendant que de telles données soient recueillies et de telles études réalisées, nous sommes convaincus d'avoir produit les meilleures estimations possible.



The image is a collage of business-related scenes. On the left, there is a vertical orange bar. The background features several elements: a 3D bar chart with blue and orange bars; a close-up of hands holding a smartphone; a laptop with a hand on the trackpad; and various documents with charts and sticky notes. The word "Conclusions" is centered in a blue, sans-serif font.

Conclusions



Conclusions

Les estimations du présent rapport dressent le portrait des coûts et méfaits associés à l'US au Canada et fournissent un point de référence utile pour l'évaluation des répercussions des politiques actuelles et futures visant à réduire les méfaits de l'US au pays.

Par exemple, il est probable que les coûts des crimes associés au cannabis diminueront avec l'inclusion des données de 2019, puisque c'est la première année entière où l'usage de cette substance à des fins non médicales était légale. Les coûts de soins de santé, entre autres, augmenteront-ils? Les coûts associés à la consommation d'alcool continueront-ils d'augmenter, dans le contexte où certaines provinces entreprennent de privatiser la vente et la distribution d'alcool? Les coûts et méfaits associés à la nicotine et au tabac augmenteront-ils ou diminueront-ils à mesure que les consommateurs adoptent la vapoteuse? Quelles seront les conséquences à court et à long terme de la pandémie de COVID-19 sur l'US au pays et sur les méfaits en découlant? Nous prévoyons nous pencher entre autres sur ces questions, en mettant régulièrement à jour nos estimations afin de soutenir la prise de décisions fondées sur des données probantes et les efforts de réduction des coûts et des méfaits associés à l'US au Canada.

Nous sommes dans une période critique en ce qui concerne la mise en place de politiques encadrant l'US. Les chercheurs et les législateurs évaluent les effets de la consommation légale de cannabis à des fins non médicales. La nation est toujours aux prises avec une épidémie d'opioïdes, beaucoup de régions observent une hausse des méfaits associés à la méthamphétamine, et durant les premiers mois de 2020, la planète a été touchée par une pandémie qui a eu de grandes répercussions sur le paysage social. On ignore encore quelle sera la pleine mesure de ces changements sociaux majeurs sur le portrait de l'US au Canada.

En cette période cruciale, les décideurs canadiens doivent prioriser les politiques visant à réduire les méfaits associés aux substances légales, qui ont une certaine acceptabilité sociale, mais dont les conséquences sur la santé publique sont disproportionnées. Nous devons examiner franchement les répercussions des différentes substances psychoactives sur la santé, la criminalité et la productivité, et mettre en place des systèmes réglementaires qui permettent un accès approprié aux substances, tout en atténuant les méfaits. Le rapport *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada* fournit des données sur lesquelles pourraient s'appuyer ces politiques et avec lesquelles on pourrait évaluer l'efficacité de ces mesures.



Bibliographie

- Agence statistique d'assurance générale. *Information statistique*, 2017. Consulté sur le site : <https://www.gisa.ca/StatisticalInformation>
- Alam, S. et J. Greenland. « Les ressources policières au Canada, 2016 », *Juristat*, vol. 37, n° 1, numéro 85-002-X au catalogue de Statistique Canada, 2017. Consulté sur le site : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2017001/article/14777-fra.pdf>
- Baggio, M., A. Chong et S. Kwon. *Helping settle the marijuana and alcohol debate: evidence from scanner data*, 2017. Consulté sur le site : <https://ssrn.com/abstract=3063288>
- Beasley, E., R. Jessemann, D. Patton et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement 2012*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2012.
- Barbara Butler & Associates Inc. *Incidence sur le secteur nucléaire des politiques canadiennes récentes en matière de consommation d'alcool et de drogues en milieu de travail*, Ottawa (Ont.), Commission canadienne de sûreté nucléaire, 2012.
- Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Méthamphétamine* (sommaire canadien sur la drogue), Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2018.
- Centers for Disease Control and Prevention. *Alcohol-Related Disease Impact (ARDI) Application*, Atlanta (GA), chez l'auteur, 2008.
- Collins, D.J. et H.M. Lapsley. *The costs of tobacco, alcohol and illicit drug abuse to Australian society in 2004/05*, Canberra (Australie), Department of Health and Ageing, 2008.
- Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. *Méfaits associés aux opioïdes au Canada*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2020. Consulté sur le site : <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides>
- Conor, P. « Les ressources policières au Canada, 2017 », *Juristat*, vol. 38, n° 1, numéro 85-002-X au catalogue de Statistique Canada, 2018. Consulté sur le site : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-002-x/2018001/article/54912-fra.pdf?st=MAZw86TF>
- Degenhardt, L., F. Charlson, J. Stanaway, S. Larney, L.T. Alexander, M. Hickman, ... T. Vos. « Estimating the burden of disease attributable to injecting drug use as a risk factor for HIV, hepatitis C, and hepatitis B: Findings from the Global Burden of Disease Study 2013 », *The Lancet: Infectious Diseases*, vol. 16, n° 12, 2016, p. 1385–1398.
- Emploi et Développement social Canada. *Les prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada (RPC) selon la cause d'invalidité et le groupe d'âge des bénéficiaires*, 2019. Consulté sur le site : <https://ouvert.canada.ca/data/fr/dataset/2abf6a97-6c0e-473e-9976-dfa9aba831bf>
- Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2007-2014)*, préparé par l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018.
- Hall, W. et N. Solowij. « Adverse effects of cannabis », *The Lancet*, vol. 352, n° 9140, 1998, p. 1611–1616.
- Hammond, D., J.L. Reid, A.G. Cole et S.T. Leatherdale. « Electronic cigarette use and smoking initiation among youth: A longitudinal cohort study », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 189, n° 43, 2017, p. E1328–E1336.
- Holohan, N., S. Antonatos, S. Braghin et P. Mac Aonghusa. « The bounded Laplace mechanism in differential privacy », *arXiv*, 2018, 1808.10410v1. Consulté sur le site : <https://arxiv.org/pdf/1808.10410.pdf>
- Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données sur les congés des patients 2006-2007* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017a.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données sur les congés des patients 2007-2008* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017b.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données sur les congés des patients 2008-2009* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017c.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données sur les congés des patients 2009-2010* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017d.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données sur les congés des patients 2010-2011* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017e.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données sur les congés des patients 2011-2012* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017f.



- Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données sur les congés des patients, 2012-2013* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017g.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données sur les congés des patients 2013-2014* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017h.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données sur les congés des patients 2014-2015* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017i.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), 2006-2007* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017j.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), 2007-2008* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017k.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), 2008-2009* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017l.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), 2009-2010* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017m.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), 2010-2011* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017n.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), 2011-2012* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017o.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), 2012-2013* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017p.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), 2013-2014* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017q.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), 2014-2015* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017r.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2017 : tableaux de données – série G* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017u.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données sur les congés des patients, 2015-2016* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019a.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données sur les congés des patients, 2016-2017* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019b.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données sur les congés des patients, 2017-2018* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019c.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Coût d'un séjour standard à l'hôpital, méthodologie de 2017-2018* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019d.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), 2015-2016* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019e.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), 2016-2017* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019f.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), 2017-2018* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019g.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Base de données nationale sur les médecins, 2006-2007 à 2017-2018* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019h.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Statistiques éclair sur les hospitalisations 2007-2017* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019i.
- Kunic, D. et B.A. Grant. *Questionnaire informatisé sur la toxicomanie (QIT) : résultats du projet pilote*, Ottawa (Ont.), Service correctionnel Canada, 2006.
- Macdonald, S. et S. Wells. « The prevalence and characteristics of employee assistance, health promotion and drug testing programs in Ontario », *Employee Assistance Quarterly*, vol. 10, n° 1, 1995, p. 25-60.



- Mazowita, B. et J. Greenland. « Les ressources policières au Canada, 2015 », *Juristat*, vol. 36, n° 1, numéro 85-002-X au catalogue de Statistique Canada, 2016. Consulté sur le site : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2016001/article/14323-fra.pdf>
- McQuaid, R.J., L.A. Di Gioacchino et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Traitement de la dépendance au Canada : rapport sur les indicateurs nationaux de traitement : données de 2014-2015*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2017.
- Meister, S., B. Maloney-Hall, K. Urbanoski et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Prise en charge du sevrage au Canada : rapport sur les indicateurs nationaux de traitement*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018.
- Nanos Research. *COVID-19 and Increased Alcohol Consumption: Nanos Poll Summary Report*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020.
- Newton, J.N., M. Dockrell et T. Marczylo. « Making sense of the latest evidence on electronic cigarettes », *The Lancet*, vol. 391, n° 10121, 2018, p. 639–642.
- Organisation mondiale de la Santé. *Global status report on alcohol and health*, Genève (Suisse), chez l'auteur, 2014.
- Payer, D.E., M. Young, B. Maloney-Hall, C. Mill, P. Leclerc, J. Buxton, Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies et Groupe de travail national sur la vérification de drogue. *Adultérants, contaminants et substances cooccurrentes dans les drogues obtenues illégalement au Canada : Une analyse des données provenant de saisies de drogues, de programmes de vérification des drogues et d'analyses d'urine*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2020.
- Pirie, T., R. Jesseman, L. Di Gioacchino et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement : données de 2011-2012*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014.
- Pirie, T., R. Jesseman et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement : données de 2010-2011*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013.
- Pirie, T. et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement : Données de 2012-2013*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2015.
- Pirie, T., S.C. Wallingford, L.A. Di Gioacchino, R.J. McQuaid et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement : Données de 2013-2014*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2016.
- Rehm, J., D. Baliunas, S. Brochu, B. Fischer, W. Gnam, J. Patra, ... et B. Taylor. *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2006.
- 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.
- Santé Canada. *Santé Canada – 2015-2016 – Tableaux de renseignements supplémentaires – Rapport ministériel sur le rendement – Initiatives horizontales*, 2016. Consulté sur le site : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/rapports-gestion/rapports-ministeriels-rendement/2015-2016-tableaux-renseignements-supplementaire/page-4-initiatives-horizontales.html>
- Santé Canada. *Tableaux de renseignements supplémentaires : Rapport sur les résultats ministériels 2016-2017*, 2017a. Consulté sur le site : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/rapports-gestion/rapports-ministeriels-rendement/2016-17-tableaux-renseignements-supplementaires/page-4-2016-17-tableaux-renseignements-supplementaires.html>
- Santé Canada. *Renseignements supplémentaires – Plan ministériel 2017-2018 : Santé Canada*, 2017b. Consulté sur le site : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/rapports-gestion/rapport-plans-priorites/2017-2018-tableaux-renseignements-supplementaires.html>
- Santé et Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. *Northwest Territories Substance Use and Addictions Survey* [fichier de microdonnées], Yellowknife (T. N.-O.), chez l'auteur, 2017.



- Schroeder, S.A. « Incidence, prevalence, and hybrid approaches to calculating disability-adjusted life years », *Population Health Metrics*, vol. 10, n° 1, 2012, p. 19.
- Service correctionnel Canada. *Questionnaire informatisé sur la toxicomanie pour les femmes* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017.
- Sherk, A., T. Stockwell, J. Rehm, J. Dorocicz et K.D. Shield. *The International Model of Alcohol Harms and Policies (InterMAHP), version 1.0: a comprehensive guide to the estimation of alcohol-attributable morbidity and mortality*, Victoria (C.-B.), Institut canadien de recherche sur l'usage de substances, Université de Victoria, 2017b.
- Sherk, A., T. Stockwell, J. Rehm, J. Dorocicz, K.D. Shield et S. Churchill. « The International Model of Alcohol Harms and Policies: A new model for estimating alcohol health harms with application to alcohol-attributable mortality in Canada », *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, sous presse.
- Single, E., D. Collins, B. Easton, H. Harwood, H. Lapsley, P. Kopp et E. Wilson. *International guidelines for estimating the costs of substance abuse* (2^e éd.), Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé, 2003.
- Statistique Canada. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) 2008* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017a.
- Statistique Canada. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) 2009* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017b.
- Statistique Canada. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) 2010* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017c.
- Statistique Canada. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) 2011* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017d.
- Statistique Canada. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) 2012* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017e.
- Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2005* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017f.
- Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017g.
- Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2008* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017h.
- Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017i.
- Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2010* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017j.
- Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2011* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017k.
- Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2012* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017l.
- Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2013* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017m.
- Statistique Canada. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2014* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017n.
- Statistique Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues 2013* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017o.
- Statistique Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues 2015* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017p.
- Statistique Canada. *Enquête sociale générale* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017q.
- Statistique Canada. *Enquête sur les postes vacants et les salaires* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017r.
- Statistique Canada. *Tableau 282-0087 - Caractéristiques de la population active selon la province, données mensuelles désaisonnalisées*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017s. Consulté sur le site : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410028703>
- Statistique Canada. *Statistique de l'état civil - Base de données sur les décès, 2007-2014* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017t.
- Statistique Canada. *Admissions to Federal Facilities, by Type of Custody, Sex and Age Group, 2005/2006 to 2017/18* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019a.



- Statistique Canada. *Tableau 251-0026 - Admissions des adultes aux programmes des services communautaires selon l'identité autochtone (annuel)* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019b. Consulté sur le site : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=3510002001>
- Statistique Canada. *Adult Correctional Services, Custody Admissions by Age and Sex by Jurisdiction, 2007/2008 to 2017/2018* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019c.
- Statistique Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues 2017* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019d.
- Statistique Canada. *Tableau 326-0021 - Indice des prix à la consommation, moyenne annuelle (2002=100 sauf indication contraire)*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019e. Consulté sur le site : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1810000501>
- Statistique Canada. *Tableau 14-10-0223-01 - Emploi et rémunération hebdomadaire moyenne (incluant le temps supplémentaire) pour l'ensemble des salariés selon la province et le territoire, données mensuelles, désaisonnalisées*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019f. Consulté sur le site : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410022301>
- Statistique Canada. *Statistiques du marché financier, au dernier mercredi sauf indication contraire, Banque du Canada*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019g. Consulté sur le site : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1010012201>
- Statistique Canada. *Enquête intégrée sur les tribunaux de juridiction criminelle* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019h.
- Statistique Canada. *Enquête sur les postes vacants et les salaires* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019i.
- Statistique Canada. *Tableau 14-10-0287-03 - Caractéristiques de la population active selon la province, données mensuelles désaisonnalisées*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019j. Consulté sur le site : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410028703>
- Statistique Canada. *Tableau 183-0023 - Ventes de boissons alcoolisées des régions des alcools et d'autres points de vente au détail, selon la valeur, le volume et le volume absolu, annuel*, 2019k. Consulté sur le site : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1010001001>
- Statistique Canada. *Programme de déclaration uniforme de la criminalité* [fichier de données], 2019l.
- Statistique Canada. *Statistique de l'état civil : Base de données sur les décès, 2015-2017* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019m.
- Statistique Canada. *Tableau 35-10-0006-01 - Admissions de jeunes aux services correctionnels, selon l'âge et le sexe* [fichier de données], Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019n.
- Statistique Canada. *Enquête sur les services communautaires et le placement sous garde des jeunes 2008-2009 — 2017-2018* [fichier de données], 2019o. Consulté sur le site : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getInstanceList&Id=353976
- Story, R. et T.R. Yalkin. *Analyse des dépenses au titre du système de justice pénale au Canada*, Ottawa (Ont.), Bureau du directeur parlementaire du budget, 2013.
- Sorge, J.T., M. Young, B. Maloney-Hall, A. Sherck, P. Kent, J. Zhao, ... et B. Ferguson. « Estimation of the impacts of substance use on workplace productivity: A hybrid human capital and prevalence-based approach applied to Canada », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 111, 2019, p. 1-10.
- Transports Canada. *Base nationale de données sur les collisions* [fichier de données], 2017. Consulté sur le site : <https://wwwapps2.tc.gc.ca/saf-sec-sur/7/ncdb-bndc/p.aspx?l=fr>
- Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. *Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2015. Consulté sur le site : <https://www.tbs-sct.gc.ca/hidb-bdih/initiative-fra.aspx?Hi=34>
- Urbanoski, K., J. Rehm, S. Lange et S. Popova. « Comorbid mental disorders among clients in addiction treatment: The costs of care », *International Journal of Alcohol and Drug Research*, vol. 3, n° 4, 2014, p. 297-304.
- Zhao, J., T. Stockwell et S. Macdonald. « Non-response bias in alcohol and drug population surveys », *Drug and Alcohol Review*, vol. 28, n° 6, 2009, p. 648-657.

