

B. 9 LE TABAC

SOURCES ET DISTRIBUTION LICITES

Au cours du XIX^e siècle, l'Ontario est passé au premier rang pour la culture du tabac au Canada, et sa prédominance s'est accentuée par la suite. Cette province entre pour 90 p. 100 dans le total de la production, dont une partie non négligeable est exportée. Le Québec, où la culture du tabac est plus ancienne qu'en Ontario, ne fournit plus que 7 p. 100 de la production canadienne. L'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick interviennent aussi quelque peu. À l'ouest de l'Ontario, on n'a pratiqué cette culture qu'à titre expérimental.

Le Canada occupe la cinquième place dans le monde pour la fabrication de tabac séché à l'air chaud (*flue-cured*). En 1970, 214 millions de livres appartenaient à cette catégorie sur une production totale estimée à 222 millions de livres (en vert). Ces chiffres représentent un revenu de \$142,9 millions pour les cultivateurs¹⁰.

Le tabac se classe immédiatement après le blé dans les exportations agricoles du Canada⁹. En 1971, les exportations de tabac séché à chaud se sont élevées à 48 500 livres, soit \$53 millions en valeur. Quelque 85 p. 100 ont été expédiées au Royaume-Uni⁹. Seulement 2 p. 100 de ce qui se consomme au Canada serait importé². Les Canadiens sont de grands fumeurs de cigarettes, comme il ressort du tableau B. 19. Notons que la consommation de cigarettes par habitant, chez les Canadiens de 15 ans et plus, a diminué de 1966 à 1969 ; mais en 1972 elle était remontée au niveau de 1967¹⁴. (Voir l'Appendice C. 2, *Diffusion de l'usage*.)

La culture du tabac est une source appréciable de revenus et d'emplois au Canada. Le total des immobilisations à cette fin était évalué à \$436 millions en 1970. La culture et la récolte occupent quelque 9 500 travailleurs à plein temps et 40 000 travailleurs saisonniers⁸. La fabrication et le traitement donnent du travail à 1 500 autres personnes, dont les salaires forment un total de \$60 millions. Les achats de matériel par les fabricants s'élèvent à \$40 millions par an. En 1967, les budgets de publicité approchaient les \$15 millions. Ajoutons que les sociétés fabricantes de tabac comptent plus de 17 500 actionnaires⁸.

Le commerce de gros et de détail occasionne aussi une activité économique importante. Les produits du tabac sont distribués par 90 000 débits et 650 entreprises de gros et de distribution⁸. On estime à \$180 millions pour 1969 le revenu des grossistes et des détaillants⁸.

Toutefois, les principaux bénéficiaires de l'industrie du tabac sont le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux. En 1971, le gouvernement fédéral a prélevé \$620 millions en droit d'accise et taxes de vente sur les produits du tabac¹⁵. En 1968, les impositions sur le tabac ont formé 6 p. 100 des recettes du gouvernement fédéral⁸. Les provinces ont perçu en

TABLEAU B. 19

CONSOMMATION DE CIGARETTES FABRIQUÉES OU ROULÉES À LA MAIN, DE 1966 À 1972

	Cigarettes fabriquées (en milliers)	Cigarettes roulées à la main‡ (en milliers)	Total	Population de 15 ans et plus (en milliers)	Consommation de cigarettes (fabriquées ou roulées à la main) par personne de 15 ans et plus
1966*.....	46 275 981	6 897 459	53 173 440	13 423	3 961
1967*.....	46 864 890	6 496 183	53 361 073	13 812	3 863
1968*.....	46 258 100	6 988 581	53 246 681	14 179	3 755
1968-69†.....	45 976 997	6 776 000	52 752 997	14 461	3 648
1969-70†.....	48 901 204	6 873 000	55 774 204	14 814	3 765
1970-71†.....	50 386 465	7 122 000	57 508 465	15 159	3 794
1971-72†.....	52 982 522	6 949 000	59 931 522	15 508	3 865

Source : Colburn, H. N., directeur, service des utilisations du tabac, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, lettre à la Commission accompagnée de tableaux, 22 février 1973.

* Année civile.

† Du 1^{er} novembre au 31 octobre.

‡ À raison de 2 205 livres de tabac haché fin pour 1 000 cigarettes.

1971 \$215 millions en impôt sur le tabac, sans compter les \$29 millions en impôts sur les revenus des fabricants¹⁵. Au total, les impositions fédérales et provinciales entrent pour plus de 60 p. 100 dans le prix de détail du tabac⁸.

Le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux réglementent la distribution du tabac. La *Loi sur l'accise*, au fédéral, fixe la contribution du fabricant. Ce système fiscal est mis en œuvre au moyen de mesures strictes, dont la licence et l'entrepôt, les états mensuels des ventes et des achats, les inventaires annuels du matériel et l'obligation pour le fabricant de donner accès à ses livres, ses comptes et ses documents, sur demande, aux inspecteurs de l'État.

Une autre loi fédérale, dite de *répression de l'usage*, établit des contrôles sur certains aspects de la distribution. Elle interdit de vendre ou de donner du tabac ou du papier à cigarettes à toute personne de moins de 16 ans. Cette interdiction est assortie d'une peine, soit une amende pouvant s'élever à \$10 pour une première infraction, à \$25 pour une deuxième et à \$100 pour toute infraction subséquente. Elle défend en outre à toute personne de moins de 16 ans d'acheter du tabac, d'en avoir en sa possession, d'en fumer ou d'en chiquer dans la rue ou à tout autre endroit public. La peine maximum est de \$4 à partir de la troisième infraction. Enfin, ceux qui exploitent des distributrices automatiques ne peuvent en permettre l'usage à des personnes de moins de 16 ans.

Toutes les provinces frappent les cigarettes d'un impôt que le détaillant doit percevoir du client. Si les niveaux d'imposition varient d'une province à l'autre, certains mécanismes administratifs sont communs à toutes. Ainsi, partout les détaillants ont besoin d'une licence du gouvernement provincial. Et c'est à eux qu'il incombe de veiller à ce que le montant intégral de l'impôt soit versé à la province, quel que soit le prix de vente.

Chaque province en outre a légiféré sur l'âge minimum des personnes à qui on peut vendre des produits du tabac. Dans l'ensemble, les lois des provinces ressemblent à la loi fédérale sur la répression de l'usage du tabac ; cependant, la plupart des lois provinciales pertinentes prévoient une exception en faveur de l'enfant qui va chercher du tabac pour ses parents, un gardien ou, en certains cas, un employeur.

Comme les produits du tabac, contrairement à l'alcool, ne font pas l'objet d'un monopole d'État, peu de restrictions en dehors de celles indiquées plus haut s'appliquent à leur distribution. Toutefois, à compter du 1^{er} janvier 1972, le Canadian Tobacco Manufacturers Council, composé de quatre grands fabricants de cigarettes, a engagé ses membres à observer un code de publicité touchant les cigarettes¹². Ce code renferme un certain nombre de restrictions volontaires, et notamment les dispositions suivantes : les membres s'abstiendront de toute publicité sur les cigarettes par la télévision et la radio après le 31 décembre 1971 et limiteront leurs dépenses de publicité dans les autres médias aux niveaux de 1971 ; les paquets de cigarettes produits après le 1^{er} avril 1972 porteront l'avertissement du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social voulant que les risques pour la santé s'accroissent avec les

quantités qu'on fume; il sera mis fin à la promotion de la cigarette reposant sur des offres d'argent ou d'autres prix aux consommateurs; la teneur moyenne de la fumée ne dépassera pas 22 milligrammes de goudron (poids à sec) ni 1,6 milligramme de nicotine par cigarette respectivement; la publicité de la cigarette sera dirigée vers les adultes, et on bannira la promotion dans le voisinage immédiat des écoles primaires et secondaires.

SOURCES LICITES ET DISTRIBUTION ILLICITE

La culture du tabac n'est pas interdite au Canada, mais la distribution peut donner lieu à des violations des lois sur la douane ou l'accise, à des vols, à la détention de produits du tabac par des mineurs ou à la vente de ces produits à des mineurs.

La contrebande de tabac ne semble pas poser de problème grave au Canada. Régulièrement on passe à Terre-Neuve des cigarettes de contrebande qui viennent du port franc de Saint-Pierre où elles se vendent \$2 la cartouche¹⁹. Mais, selon un rapport annuel récent du solliciteur général, ce genre de commerce n'est pas caractéristique, car « la majorité des saisies à la douane portaient sur des articles apportés illicitement au Canada pour usage personnel »⁶. Il est impossible d'estimer le volume de cette contrebande, de même que la perte de revenus qu'en subissent les gouvernements fédéral et provinciaux, mais le tableau B. 20 sur les saisies de tabac pour les exercices 1966-1967 à 1971-1972 indique qu'elle est très répandue.

TABLEAU B. 20

SAISIES DE TABAC EN VERTU DES LOIS SUR LES DOUANES ET L'ACCISE
(EXERCICES 1966-1967 à 1971-1972)

	1966-1967	1967-1968	1968-1969	1969-1970	1970-1971	1971-1972
Cigarettes (cartouches)*.....	1 477	1 587	2 261	2 604	1 827	2 369
Tabac (livres)†.....	228	602	236	1 412	2 373	308

Sources : le Solliciteur général du Canada, *rapport annuel, 1969-1970*, Information Canada, 1970.
le Solliciteur général du Canada, *rapport annuel, 1970-1971*, Information Canada, 1971.
le Solliciteur général du Canada, *rapport annuel, 1971-1972*, Information Canada, 1972.

* De 97 à 99 p. 100 de ces infractions sont imputables à cinq provinces : Terre-Neuve, Nouvelle-Écosse, Québec, Ontario et Colombie-Britannique; proportionnellement, c'est à Terre-Neuve qu'elles sont le plus fréquentes.

† La plupart de ces infractions aux lois sur l'accise se sont produites en Ontario et au Québec.

On a également signalé des vols de produits du tabac chez les grossistes^{1, 18}. Malheureusement, les statistiques de la criminalité au Canada ne nous permettent pas d'isoler les arrestations ou condamnations pour vols de tabac, de sorte qu'il est impossible de les chiffrer.

Comme les lois fédérales et provinciales régissant la possession et la vente des produits du tabac visent surtout les jeunes (voir *Le tabac, Sources et distribution licites*), les infractions sont principalement le fait de personnes de moins de seize ans et de ceux qui leur vendent ces produits. Toutefois, on applique rarement ces lois. Dans les rapports annuels de police des principales villes du Canada pour 1969 seule Ottawa signale une infraction à la Loi sur la répression de l'usage du tabac chez les adolescents et l'arrestation remonte à 1966¹⁷. En 1968, seulement trois jeunes dans tout le Canada ont comparu devant le tribunal pour avoir acheté et fumé des cigarettes, et les trois causes ont été ajournées *sine die*¹⁸.

Il est patent que les mineurs fument librement dans presque tous les milieux canadiens. Il n'existe pas d'étude sur la façon dont ils se procurent du tabac, mais la vente des cigarettes au détail se fait de telle façon qu'il suffit d'avoir de la monnaie et de savoir comment fonctionnent les distributrices automatiques. Les jeunes peuvent aussi se procurer des cigarettes au paquet ou à l'unité dans de nombreux petits magasins ou en obtenir par l'intermédiaire d'amis ou de parents. Il est également facile d'en subtiliser, car peu de gens notent à mesure leur consommation ; on peut également en rouler à partir de mégots, ramassés çà et là. Les lois restreignant la possession et l'usage du tabac aux personnes de seize ans et plus sont à peu près inapplicables.

Références

B. 2 LES STUPÉFIANTS OPIACÉS

1. AGENCE FRANCE-PRESSE, *Second coup de filet de la police française : 320 livres de morphine base sont saisiés dans une voiture venant de Turquie*, (Le Devoir, Montréal, 7 mars 1972, p. 10).
2. ALDRICH, M. R., *Prolegomena: America's drugging of China in 1920's; the Ginsberg files; the Karnow reports; relevant notes from Ginsberg files; Operation Haylift; the Tunney charges; China lobby, Watergate East: Suppressed information starting with Koen's book; CIA names named...; who knows?*, document inédit, Amorphia, Inc., San Francisco, Californie, 1973.
3. ALDRICH, M. R., *The secret of the Laos invasion 1971: Opium notes for Peace and Freedom Party of Long Beach, California*, communication à l'assemblée des U.S. College Press Service editors, Los Angeles, Californie, février 1971.
4. ALDRICH, M. R., *U.S. Central Intelligence Agency complicity in the South East Asian narcotics trade: A confidential report and annotated bibliography, 1945-1972*, document inédit, Amorphia, Inc., San Francisco, Californie, 1973.
5. ANDERSON, J., *Playing tricks*, (New York Post, 17 octobre 1972).
6. ANSLINGER, H. J., *The implementation of treaty obligations in regulating the traffic in narcotic drugs*, (American University Law Review, vol. VIII, 1959, pp. 112-116).
7. ANSLINGER, H. J., *The protectors*, New York, Farrar, Straus et Cudahy, 1962.
8. ANSLINGER, H. J., et OURSLER, W., *The murderers: The story of the narcotic gangs*, New York, Farrar, Straus et Cudahy, 1961.
9. ASSOCIATED PRESS, *Brazil to expel seven arrested in dope probe*, (Globe and Mail, Toronto, 17 novembre 1972, p. 12).
10. ASSOCIATED PRESS, *Burmese seize plants*, (New York Times, 19 mai 1959).
11. ASSOCIATED PRESS, *Chinese in Burma in opium-gun deal*, (New York Times, 9 mars 1952, p. 8).
12. ASSOCIATED PRESS, *Heroin intrigue: U.S., Brazil make real French connection*, (Ottawa Citizen, 18 novembre 1972).
13. ASSOCIATED PRESS, *Laotian general drug pusher, Steele claims*, (Globe and Mail, Toronto, 12 juillet 1971, p. 4).
14. ASSOCIATED PRESS, *U.S. sends agents: Three tons of opium seized in Thai raids*, (Globe and Mail, Toronto, 25 juillet 1972, p. 37).
15. ASSOCIATED PRESS-REUTERS, *3 French suspects whisked from Brazil to U.S.*, (Toronto Star, 18 novembre 1972).
16. BELAIR, F., *A Saigon general named as a trafficker in heroin*, (New York Times, 8 juillet 1971, p. 1).
17. BELAIR, F., *U.S. troops supplied with heroin from 21 opium refineries in Laos-Burma-Thailand area*, (Globe and Mail, Toronto, 17 juin 1971, p. 10).
18. BERRIGAN, D., *They smuggle dope by the ton*, (Saturday Evening Post, 5 mai 1956, p. 42).
19. BINDER, D., *Munich called entry for Mideast heroin*, (New York Times, 15 juin 1972, p. 1).
20. BLACKWELL, J. C., *B. D. D. catchment population*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1972.
21. BLANCHARD, W., *Thailand: Its people, its society, its culture*, New Haven, Connecticut, Human Relations Area Files Press, 1958.

22. BLOOMFIELD, R., *Cooperative measures with Mexico to control the traffic in narcotics*, communication à la White House Conference on Narcotics and Drug Abuse, Washington, 27 et 28 septembre 1962.
23. BLUM, R. H., et COLL., *The dream sellers*, San Francisco, Jossey-Bass, 1972.
24. BRADEN, T. W., *I'm glad the CIA is "immoral"*, (Saturday Evening Post, 20 mai 1967, p. 10).
25. BRANFMAN, F., *Presidential war in Laos, 1964-1970*, dans *Laos: War and Revolution*, rédigé sous la direction de Adams, N. S., et McCoy, A. W., New York, Harper Colophon, 1970, pp. 213-280.
26. BREAN, H., *A global criminal trade*, dans *The drug takers*, Time, Inc., New York, 1965, pp. 34-43.
27. BROWNING, F., et GARRETT, B., *The new opium war*, (Ramparts, vol. IX, numéro 10, 1971, pp. 32-39).
28. BULLETIN DES STUPÉFIANTS, *Trafic illégitime de l'héroïne*, vol. V, 1953, pp. 49-53.
29. BULLETIN DES STUPÉFIANTS, *Vingt ans de contrôle des stupéfiants sous l'égide des Nations Unies — Examen des travaux de la Commission des stupéfiants de la 1^{re} à la 20^e session*, vol. XVIII, 1966, pp. 1-59.
30. BUTTERFIELD, F., *Laos's opium country resisting drug law*, (New York Times, 16 octobre 1972, p. 12).
31. CAMPBELL, I., et SOLOMON, R., *Interviews with officials of the United States Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs*, Washington, D.C., programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
32. CAMPBELL, I., et SOLOMON, R., *Interviews with officials of the United States Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs*, Washington, D.C., programme de recherche de la Commission, document inédit, 1972.
33. CANADA, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Bureau des Drogues dangereuses, *Number of thefts involving specific narcotics during 1971*, document inédit, Ottawa, 1972.
34. CANADA, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Bureau des Drogues dangereuses, *Reported thefts of narcotics during the calendar year 1971*, document inédit, Ottawa, 1972.
35. CANADA, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Bureau des Drogues dangereuses, *Statement showing seizures of narcotic drugs during the calendar year 1970-71*, document inédit, Ottawa, 2 mai 1972.
36. CANADA, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Bureau des Drogues dangereuses, *Table showing estimated consumption of the main narcotics for the period 1961-1971 inclusive*, document inédit, Ottawa, 5 avril 1972.
37. CANADA, Débats de la Chambre des communes, *Le méthadone et les amphétamines — Les mesures de lutte contre l'abus*, 24 février 1972.
38. CANADA, le Sénat, *Comité spécial d'enquête sur le trafic des drogues narcotiques au Canada*, compte rendu, Imprimeur de la reine, 1955, Ottawa.
39. CP—PRESSE CANADIENNE, *Big heroin seizure worth \$28 million*, (Ottawa Citizen, 23 juin 1971, p. 4).
40. CP—PRESSE CANADIENNE, *Montreal heroin dealer hurt as Vancouver buyers switch*, (Montreal Star, 19 juillet 1972).
41. CAUBLE, M., *The "Red Chinese connection" and Interpol's concern with Southeast Asian narcotics production in 1966*, document inédit, Amorphia, Inc., San Francisco, Californie, 20 décembre 1972.
42. COLLINS, L., et LAFITRE, D., *The French connection: In real life*, (New York Times Magazine, 6 février 1972, pp. 14-15, 51-55).
43. COLUMBIA BROADCASTING SYSTEM, *CBS reports: The Mexican connection*, texte inédit d'une émission de télévision du réseau CBS, New York, 25 juin 1972.
44. COMMITTEE OF CONCERNED ASIAN SCHOLARS, *The opium trail: Heroin and Imperialism*, 2^e édition, Boston, Massachusetts, New England, Free Press, 1972.
45. COOPER, P., *Technical information on cocaine and heroin*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.

46. EXPRESS (LONDON) SERVICE, *Brazilians will send home Italian narcotics kingpin*, (Toronto Star, 18 novembre 1972).
47. FEINOLD, D., *Opium and politics in Laos*, dans *Laos: War and revolution*, rédigé sous la direction de Adams, N. S., et McCoy, A. W., New York, Harper Colophon, 1970, pp. 322-339.
48. FRANCE (AMBASSADE DE), Service de Presse et d'Information, *Quelques données sur la lutte contre les stupéfiants en France*, communiqué de presse, New York, s.d.
49. FRANCE (AMBASSADE DE), Service de Presse et d'Information, *Protocole d'accord franco-américain sur la drogue, le 26 février 1971*, communiqué de presse, New York, 1^{er} mars 1971.
50. FRANCE (AMBASSADE DE), Service de Presse et d'Information, *Communiqué franco-américain publié à l'issue de la visite à Washington de M. Raymond Marcellin, ministre français de l'Intérieur, le 31 juillet 1970*, New York, s.d.
51. GAGE, N., *East coast heroin flow is reported cut*, New York Times, 28 juillet 1972, p. 4).
52. GAGE, N., *45 drug arrests in Europe are based on evidence compiled by U.S. agents*, (New York Times, 1^{er} octobre 1971).
53. GAGE, N., *The Mafia is not an equal opportunity employer*, New York, McGraw-Hill, 1971.
54. GAYN, M., *The generals are the wheeler-dealers in Asia's great drug racket*, (Toronto Star, 13 août 1971, p. 8).
55. GINGER, H., *Drug issue hits home in Marseilles*, (New York Times, 7 septembre 1971, p. 1).
56. GOLDNER, S., *Field reports: Montreal*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
57. GORMELY, S., *Methadone controls aimed at ending abuse by doctors*, (Toronto Star, 21 juillet 1972, p. 11).
58. GREEN, M., et BLACKWELL, J., *Final monitoring project*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1972.
59. GREEN, T., *The smugglers: An investigation into the world of the contemporary smuggler*, New York, Walker, 1969.
60. GREGG, R. W., *The politics of international drug control*, (American Bar Association Journal, vol. XLIX, 1963, pp. 176-179).
61. HALPERN, J. M., *Economy and society of Laos*, New Haven, Connecticut, Yale University Press, 1964, monographie, numéro 5, Southeast Studies.
62. HARVEY, P., *The drug trail, I. The million dollar arteries of death*, (Guardian, Manchester, 10 décembre 1971, p. 13).
63. HARVEY, P., *The drug trail, II. The shadows that hide the opium sharks*, (Guardian, Manchester, 11 décembre 1971, p. 11).
64. HERSH, S. M., *Asian drug inflow found "greater than realized"*, (New York Times, 28 juillet 1972, p. 3).
65. HERSH, S. M., *Drug flow can't be halted, U.S. told*, (Montreal Star, 24 juillet 1972, p. 1).
66. HESS, J. L., *U.S. agents' drug charges anger the French police*, (New York Times, 27 août 1971, p. 2).
67. HOGARTH, J., *Field reports: Toronto*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1969.
68. HOGARTH, J., *Interviews with R. C. M. Police officers: Halifax and St. John*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1970.
69. HOLAHAN, J. F., et HENNINGSEN, P. A., *The economics of heroin*, dans *Dealing with drug abuse: A report to the Ford Foundation*, Drug Abuse Survey Project, New York, Praeger, 1972.
70. HOWE, M., *Brazil reports drug ring broken: Says chiefs of international trafficking are arrested*, (New York Times, 2 novembre 1972, p. 6).

B Sources et distribution — Références

71. HUGHES, J., *The junk merchants: International narcotics traffic, 1^{re} partie : World junk traffic: We're dealing with an epidemic*, (Christian Science Monitor, 29 mai 1970, pp. 15-16).
72. HUGHES, J., *The junk merchants: International narcotics traffic, 2^e partie : Turkey principal U.S. source: Legal opium production spawns illegal trafficking*, (Christian Science Monitor, 2 juin 1970, pp. 11-12).
73. HUGHES, J., *The junk merchants: International narcotics traffic, 3^e partie : Marseille — Hub of heroin industry: Risks greater but profits fatter*, (Christian Science Monitor, 5 juin 1970, p. 13).
74. HUGHES, J., *The junk merchants: International narcotics traffic, 4^e partie : Iran's strict drug controls: Good intentions no barrier to traffickers*, (Christian Science Monitor, 9 juin 1972, p. 13).
75. HUGHES, J., *The junk merchants: International narcotics traffic, 5^e partie : Ominous trend: Young people on "pot trail" graduate to narcotics smuggling*, (Christian Science Monitor, 12 juin 1970, p. 11).
76. HUGHES, J., *The junk merchants: International narcotics traffic, 6^e partie : Thailand: "Four-lane" drug highway*, (Christian Science Monitor, 16 juin 1970, p. 6).
77. HUGHES, J., *The junk merchants: International narcotics traffic, 7^e partie : Hong Kong's thriving opium traffic: Focal point for Far East narcotics*, (Christian Science Monitor, 19 juin 1970, p. 11).
78. HUGHES, J., *The junk merchants: International narcotics traffic, 8^e partie : U.N. has little power to curb trafficking: Onus for antinarcotic action rests on individual governments*, (Christian Science Monitor, 23 juin 1970, p. 11).
79. HUGHES, J., *The junk merchants: International narcotics traffic, 9^e partie : U.S. and Mexico fight traffickers: Operation Cooperation now under way*, (Christian Science Monitor, 26 juin 1970, p. 11).
80. HUGHES, J., *The junk merchants: International narcotics traffic, 10^e partie : Reform of addicts will curb trafficking: "Solution to his problem must be a meta-physical one"*, (Christian Science Monitor, 30 juin 1970, p. 11).
81. HUNTER, C., *Addicts are "copping garbage" in face of drug shortage here*, (New York Times, 30 novembre 1971, p. 28).
82. HUTTEN, M., *Selon les autorités américaines, la France lutte trop mollement contre le trafic de la drogue*, (La Presse, Montréal, 8 septembre 1971, p. A. 4).
83. INTERPOL (Organisation internationale de police criminelle), *111^e colloque sur le trafic illicite des stupéfiants*, procès-verbaux, Saint-Cloud, France, 14-16 octobre 1970.
84. INTERPOL (Organisation internationale de police criminelle), *Commission des stupéfiants*, compte rendu et procès-verbaux, 39^e assemblée générale, Bruxelles, Belgique, 5-10 octobre 1970.
85. JOSIE, G. H., *A report on drug addiction in Canada*, Ottawa, Imprimeur du Roi et Contrôleur de la papeterie, 1948.
86. KAMM, H., *Asians doubt that U.S. can halt heroin flow*, (New York Times, 11 août 1971, p. 1).
87. KAMM, H., *Meo general leads tribesmen in war with communists in Laos*, (New York Times, 27 octobre 1969).
88. KAMM, H., *Turkish ban on poppy: Delayed impact seen*, (New York Times, 10 octobre 1972, p. 1).
89. KAPLAN, M., *Philippine diplomat seized here as heroin smuggler*, (New York Times, 12 novembre 1971, p. 93).
90. KARNOW, S., *Opium*, (Saturday Evening Post, 22 février 1964, pp. 80-82).
91. KARNOW, S., *The opium must go through*, (Life, 30 août 1963, pp. 11-12).
92. KATZ, P., *Drug city*, (Oui, vol. I, 1972, pp. 29-32).
93. KING, H., *\$20 million heroin haul came from U.S.: French raid on traffickers*, (Toronto Telegram, 28 octobre 1970).
94. KING, H., *U.S. drugs agent riles Paris officials*, (Toronto Telegram, 27 août 1971, p. 42).

95. KOCH, J. V., et GRUPP, S. E., *The economics of drug control policies*, (International Journal of the Addictions, vol. VI, 1971, pp. 571-584).
96. LEWIS, F., *Small-timers entering drug scene in France*, (New York Times, 25 juillet 1972, p. 2).
97. LILJEFORS, Y., *Interviews with senior R.C.M. Police officers and municipal police officers: Calgary, Edmonton, Regina, and Saskatoon*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1970.
98. LUBASCH, A. H., *23 accused of smuggling 1,500 lbs. of heroin here*, (New York Times, 18 janvier 1972, p. 1).
99. LYLE, D., *The logistics of junk*, (Esquire, vol. LXV, numéro 3, 1966, pp. 59-67).
100. MAAS, P., *The Valachi papers*, New York, Putnam, 1968.
101. MANES, R. D., et CASTEL, J. G., *A historical survey of international narcotics treaties with special reference to Canadian and U.S. participation*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
102. MARKHAM, J. M., *Asian heroin ring uncovered here*, (New York Times, 24 août 1972, p. 1).
103. MARKHAM, J. M., *The heroin epidemic: Pace of addiction seems to have slowed, but methadone use is posing problems*, (New York Times, 21 novembre 1972, p. 28).
104. MARKHAM, J. M., *South Florida is emerging as center of drug traffic*, (New York Times, 1^{er} mai 1972, p. 1).
105. MCCOY, A. W., READ, C. B., et ADAMS, L. P., III, *The politics of heroin in South-east Asia*, New York, Harper et Row, 1972.
106. MCKIM, T. R., directeur du Bureau des Drogues dangereuses, Ottawa, communication à la Commission, 9 novembre 1972.
107. MOORE, M., *Policy concerning drug abuse in New York State*, vol. III: *Economics of heroin distribution*, Croton-on-Hudson (N. Y.), Hudson Institute, 1970.
108. MOSCOW, A., *The merchants of heroin: An in-depth portrayal of business in the underworld*, New York, Dial Press, 1968.
109. MURPHY, M. F., et STEELE, R. H., *The world opium problem: Report of the special study mission*, Washington, U.S. Government Printing Office, 22 juin 1971.
110. NEW YORK TIMES, *Nixon envoy visited Paraguay to seek drug figure's return*, 16 août 1972.
111. NEW YORK TIMES, *Paraguay yields one drug suspect*, 15 août 1972, p. 7.
112. NEW YORK TIMES, *\$2.75 - million bail set in heroin case*, 21 septembre 1971.
113. NEW YORK TIMES, *U.N. asked to oust Chinese in Burma*, 27 mars 1953, p. 6.
114. NEWSWEEK, *America's battle against the "white death"*, 29 mars 1971, pp. 41-43.
115. NEWSWEEK, *The big heroin haul*, 13 mars 1972, p. 36.
116. NEWSWEEK, *Heroin: Now it's the Latin connection*, 24 janvier 1972, pp. 24-26.
117. NEWSWEEK, *Indochina's heroin traffic*, 19 juillet 1971, p. 16.
118. NEWSWEEK, *Open secret*, 16 août 1971, p. 30.
119. NEWSWEEK, *The U.S. scores in the war on drugs*, 28 août 1972, pp. 30-33.
120. NOVITSKI, J., *Teamwork by Latins bringing growing number of drug hauls*, (New York Times, 10 octobre 1972, p. 15).
121. O'CALLAGHAN, S., *The drug traffic*, Belfast, Baird, 1967.
122. PEARSON, K. M., *The drug scene in Vancouver: An overview*, Vancouver, Narcotic Addiction Foundation of British Columbia, 1970.
123. PECK, J., et SELDEN, M., *Bulletin of Concerned Asian Scholars, special issue*, San Francisco, James Peck, février 1971.
124. PREBLE, E., et CADSEY, J. T., *Taking care of business: The heroin user's life on the street*, (International Journal of Addictions, vol. IV, 1969, pp. 1-24).
125. QUÉBEC, Ministère de la Justice, *Mémoire à la Commission à Winnipeg*, 13 novembre 1969.

B Sources et distribution — Références

126. REDLINGER, L. J., *Dealing in dope: Market mechanisms and distribution patterns of illicit narcotics*, Ann Arbor (Michigan), University Microfilms n° 70-6523, 1970. Thèse de doctorat, Northwestern University, Evanston, Illinois.
127. REID, E., *The anatomy of organized crime in America: The grim reapers*, Chicago, Regnery, 1969.
128. REUTERS, *Big heroin ring smashed with U.S. aid, French say*, (New York Times, 17 janvier 1972, p. 37).
129. REUTERS, *Chinese from 1950 retreat still in Burma*, (Los Angeles Times, 27 mai 1971).
130. REUTERS, *Diplomat convicted as drug courier*, (Toronto Star, 12 avril 1972, p. 17).
131. REUTERS, *Get big haul*, (The Gazette, Montréal, 12 juin 1972, p. 11).
132. REUTERS, *Opium seized*, (The Gazette, Montréal, 14 juin 1972, p. 9).
133. REUTERS, *\$13 million heroin haul in New York*, (Montreal Star, 12 novembre 1971).
134. REUTERS, *Worth \$1 billion: 20 tons of opium turned in*, (Montreal Star, 16 juin 1972).
135. RICKENBACH, R. J., *Eyewitness testimony*, (Harper's, octobre 1972, pp. 120-121).
136. ROTTENBERG, S., *The clandestine distribution of heroin, its discovery and suppression*, (Journal of Political Economy, vol. LXXVI, 1968, pp. 78-90).
137. RCMP — GENDARMERIE ROYALE DU CANADA, *R.C.M.P. research into organized crime and international drug traffic with replies to questions raised by the Commission*, document inédit, Ottawa, s.d.
138. SCHMIDT, D. A., *U.S. aide hopeful on Asian drug curb*, (New York Times, 26 juillet 1972, p. 2).
139. SCHMIDT, D. A., *U.S. seeks to end Latin drug flow*, (New York Times, 30 novembre 1971, p. 29).
140. SCOTT, A., *Suspected heroin king flown to U.S. for trial*, (Los Angeles Times, 3 septembre 1972, p. 2).
141. SCOTT, P. D., *Air America: Flying the U.S. into Laos*, dans *Laos: War and revolution*, rédigé sous la direction de Adams, N. S., et McCoy, A. W., New York, Harper Colophon, 1970, pp. 301-321.
142. SCOTT, P. D., *Heroin traffic: Some amazing coincidence linking the CIA, the Mafia, Air America, several members of the Brook Club, Chiang Kai-Shek, the Kuomintang, Prince Puchartra of Thailand, many banks and insurance companies —practically everyone except Richard Nixon. Wasn't he asked?*, (Earth, vol. III, numéro 2, pp. 35-42).
143. SEVERO, R., *Inability to stem drug traffic in Panama vexes U.S. officials*, (New York Times, 16 janvier 1972, p. 19).
144. SIRAGUSA, C., *The trail of the poppy: Behind the mask of the Mafia*, Englewood Cliffs, (N.J.), Prentice-Hall, 1966.
145. SOLOMON, R., *The criminal prohibition of non-medical opiate use in Canada*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1972.
146. SOLOMON, R., *Interview with senior R. C. M. Police officers: R. C. M. Police Headquarters*, Ottawa, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1972.
147. SOLOMON, R., *Interviews and participant observation with senior R. C. M. Police and municipal police officers: Vancouver*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1970.
148. SOLOMON, R., *Interviews with heroin addicts in east-wing, Oakalla Prison Farm, Oakalla (B.C.)*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
149. SOLOMON, R., *Interviews with senior R. C. M. Police officers and municipal police officers: Montreal, Ottawa, Toronto, and Winnipeg*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
150. SOLOMON, R., *Telephone interview with senior official of the United States Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs, Washington*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 12 décembre 1972.

151. SOLOMON, R., et GREEN, E. M., *Customs and the illicit heroin traffic*, rapport de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
152. ST. LOUIS POST-DISPATCH, *Crusade against drugs masks facts in Saigon*, (Vancouver Sun, 27 août 1971, p. 5).
153. STODDART, K. W., *Drug transactions: The social organization of a deviant activity*, thèse de maîtrise, faculté de sociologie, Université de Colombie-Britannique, inédite, 1968.
154. STROCK, C., *No news from Laos*, (Far Eastern Economic Review, 30 janvier 1971, p. 18).
155. SUNDAY TIMES (LONDON) SERVICE, *Politicians, drug gangs linked in France*, (Edmonton Journal, 28 septembre 1970, p. 5).
156. SUTTON, H., *Drugs: Ten years to doomsday?*, (Saturday Review, 14 novembre 1970, pp. 18-21).
157. TARA, S., *Southeast Asia: Super supplier of heroin*, (World, vol. I, numéro 1, 1972, pp. 68-74).
158. THAÏLANDE, Ministère de l'intérieur, *Report on the socio-economic survey of the hill tribes in Northern Thailand*, Bangkok, document des Nations unies, n° E/CN.7/450, septembre 1962.
159. TIME INC., *Drugs: Moving towards the killer*, 23 août 1971, pp. 4-6.
160. TIME INC., *The French connection*, 29 novembre 1971, p. 6.
161. TIME INC., *Laos: Flower power struggle*, 8 septembre 1967, pp. 28-29.
162. TIME INC., *Laos: The twilight zone*, 16 août 1971, pp. 29-30.
163. TIME INC., *Search and destroy: The war on drugs*, 4 septembre 1972, pp. 12-18.
164. TIME INC., *The smuggling scandal*, 23 mars 1962, p. 10.
165. TOMALTY, G. L., Gendarmerie royale, Service de l'application de la Loi sur les stupéfiants, Ottawa, communication à la Commission, 15 décembre 1972.
166. TOPPING, S., *New Chiang raids in China reported*, (New York Times, 18 mai 1965, p. 1).
167. UNITED NATIONS/NATIONS UNIES, Division des stupéfiants, *Information letter to members of the Commission (on Narcotic Drugs)*, document n° ST/NAR/INF/R-1970/10, 7 septembre 1970.
168. UNITED NATIONS/NATIONS UNIES, Division des stupéfiants, *Information letter to members of the Commission (on Narcotic Drugs)*, document n° ST/NAR/INF/R-1971/2, 15 juillet 1971.
169. UNITED NATIONS/NATIONS UNIES, Division des stupéfiants, *Opiates and their alternates for pain and cough relief: Report of a WHO scientific group*, document n° NAR/INF. Lett./72-10, octobre 1972, p. 2.
170. UNITED NATIONS/NATIONS UNIES, Conseil économique et social, *Liste des rapports annuels (chapitre XI — Trafic illicite) pour l'année 1969 transmis par les gouvernements en exécution des conventions internationales sur les stupéfiants*, document n° E/IT/1969/84, 2 mars 1971.
171. UNITED NATIONS/NATIONS UNIES, Conseil économique et social, *Plan d'action concerté contre l'abus des drogues, 1^{re} partie*, document n° E/CN.7/538, 27 juillet 1971.
172. UNITED NATIONS/NATIONS UNIES, Conseil économique et social, *Convention unique sur les stupéfiants*, mars 1961.
173. UNITED NATIONS/NATIONS UNIES, Conseil économique et social, *Suggestions for short-term and long-term measures against drug abuse and illicit trafficking*, document n° E/CN.7/530, 28 juillet 1970.
174. UNITED NATIONS/NATIONS UNIES, Conseil économique et social, *Résumé des rapports annuels des gouvernements relatifs à l'opium et aux autres stupéfiants (1968)*, document n° E/NR./Résumé, 6 juillet 1970.
175. UNITED NATIONS/NATIONS UNIES, Conseil économique et social, *Trafic illicite*, document n° E/IT/1969/85, 22 février 1971.

B Sources et distribution — Références

176. UNITED NATIONS/NATIONS UNIES, *Conseil économique et social, Résumé des rapports sur les transactions illicites et les saisies reçues par le Secrétaire Général*, document n° E/NS 1970/résumé 1, 26 juillet 1970.
177. UNITED PRESS INTERNATIONAL, *Largest heroin cache seized*, (The Gazette, Montreal, 3 mars 1972, p. 4).
178. UNITED PRESS INTERNATIONAL, *Saigon orders death penalty for drug sellers*, (The Gazette, Montreal, 14 août 1972, p. 39).
179. U.S. NEWS AND WORLD REPORT, *Booming traffic in drugs: The Government's dilemma*, vol. LXIX, 1970, pp. 40-44.
180. U. S. A., Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs, *Drug traffic in South America*, document inédit, Washington, s.d.
181. U. S. A., Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs, *The world opium situation*, document inédit, Washington, octobre 1970.
182. U. S. A., Cabinet Committee on International Narcotics Control, *World opium survey: 1972*, Washington, juillet 1972.
183. U. S. A., Department of Defense, *United States-Vietnam Relations, 1945-1967*, Washington, U. S. Government Printing Office, 12 volumes, 1971, The Pentagon Papers.
184. U. S. A., Department of State, *Cooperation in combating illicit international traffic in narcotics and other dangerous drugs: Memorandum of understanding between the United States of America and Thailand*, Washington, U. S. Government Printing Office, 1971.
185. U. S. A., Department of State, Embassy of the United States, *International narcotics control summary*, communiqué de presse, Ottawa, 28 décembre 1971.
186. U. S. A., Ninety-first Congress, House of Representatives, Special Subcommittee on Alleged Drug Abuse in the Armed Services, *Alleged drug abuse in the armed services*, Washington, U. S. Government Printing Office, 1971.
187. WADE, N., *Heroin: Role of technology in curtailing supply*, (Science, vol. CLXXVII, 1972, pp. 1083-1085).
188. WARNER, D. A., *The last Confucian*, New York, Macmillan, 1963.
189. WASHINGTON STAR SERVICE, *Laos takes steps to curb opium trade*, (Globe and Mail, Toronto, 18 novembre 1971, p. 11).
190. WASHINGTON STAR SERVICE, *U. S. pressing for the extradition of alleged smuggling mastermind*, (Globe and Mail, Toronto, 7 janvier 1972, p. 8).
191. WELLES, B., *House member charges narcotics smuggling inquiry touches "highest levels" of Panama government*, (New York Times, 16 mars 1972, p. 14).
192. WIGHTON, C., *Dope international*, Londres, Frederick Muller, 1960.
193. WISE, D., et ROSS, T. B., *The invisible government*, New York, Random House, 1964.

B. 3 LES AMPHÉTAMINES

1. ASSOCIATED PRESS, *"Speed" haul said largest yet by U. S. customs*, (The Gazette, Montréal, 21 septembre 1971, p. 41).
2. BROOMFIELD, H., *Halifax report*, dans Green, M., *Committed users study*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
3. CALDWELL, E., *Maker sent drugs to dummy outfit*, (New York Times, 26 octobre 1969).
4. CANADA, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, *Nouveaux règlements sur les amphétamines : Déclaration du ministre*, communiqué de presse n° 206, Ottawa, 28 décembre 1972.
5. CANADA, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Bureau des drogues dangereuses, *Estimated consumption of schedule "G" drugs based on the deduction of exports from imports for calendar years 1962-1971 inclusive*, données communiquées à la Commission, 10 mai 1972.

6. CANADA, Débats de la Chambre des communes, *La méthadone et les amphétamines — Les mesures de lutte contre l'abus*, 24 février 1972.
7. CLEMENT, V. R., SOLURSH, L. U., et VAN AST, W., *Abuse of amphetamines and amphetamine-like drugs*, (Psychological Reports, vol. XXVI, 1970, pp. 343-354).
8. DRUGS AND DRUG ABUSE EDUCATION NEWSLETTER, *Amphetamine production cut 80 %*, vol. III, numéro 2, février 1972, p. 5.
9. DURRIN, K. A., *Diversion as a factor in illicit drug traffic*, (Drug and Cosmetic Industry, col. CVII, 1970, pp. 28-30).
10. EISENBERG, W. V., et TILLSON, A. H., *Identification of counterfeit drugs, particularly barbiturates and amphetamines by microscopic*, Sciences, vol. XI, 1966, pp. 529-551.
11. GELLER, A., et BOAS, M., *The drug beat*, New York, McGraw-Hill, 1969.
12. GLOBE AND MAIL, *Largest speed seizure: Police believe drug ring broken*, Toronto, 19 janvier 1973, p. 5.
13. GREEN, M., *Committed users study*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
14. GREEN, M., *Interviews with selected amphetamine traffickers*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1970.
15. GREEN, T., *The smugglers: An investigation into the world of the contemporary smuggler*, New York, Walker, 1969.
16. GRINSPOON, L., et HEDBLOM, P., *Amphetamines reconsidered*, (Saturday Review of Science, 8 juillet 1972, pp. 33-46).
17. GUNN, J. W., JOHNSON, D. W., et BUTLER, W. P., *Clandestine drug laboratories*, (Journal of Forensic Sciences, vol. XV, 1970, pp. 51-64).
18. HAMMOND, R. C., *Drug abuse in Canada*, (Applied Therapeutics, vol. XII, numéro 9, 1970, pp. 7-10).
19. HARPER, J. D., directeur des Relations publiques, Association canadienne de l'industrie du médicament, communication à la Commission, 18 juin 1971.
20. HARPER, J. D., directeur des Relations publiques, Association canadienne de l'industrie du médicament, communication à la Commission, 12 août 1971.
21. HARPER, J. D., directeur des Relations publiques, Association canadienne de l'industrie du médicament, communication à la Commission, 12 octobre 1971.
22. HARPER, J. D., directeur des Relations publiques, Association canadienne de l'industrie du médicament, communication personnelle à la Commission, 10 octobre 1972.
23. HIDER, C. L., *Preparation of evidence in illicit amphetamine manufacturing prosecutions*, (Journal of the Forensic Science Society, vol. IX, 1969, pp. 75-79).
24. KREIG, M., *Black market medicine*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1967.
25. LOVING, R., *Putting some limits on "speed"*, (Fortune, mars 1971, pp. 99, 127 et 128).
26. MARCIUK, E., *Montreal report*, dans Green, M., *Committed users study*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
27. MCKIM, T. R., directeur, Bureau des drogues dangereuses, Ottawa, communication à la Commission, 9 juin 1971.
28. MCKIM, T. R., directeur, Bureau des drogues dangereuses, Ottawa, communication à la Commission, 10 février 1972.
29. MCKIM, T. R., directeur, Bureau des drogues dangereuses, Ottawa, communication à la Commission, 25 juin 1972.
30. MCKIM, T. R., directeur, Bureau des drogues dangereuses, Ottawa, communication à la Commission, 9 novembre 1972.
31. MCKIM, T. R., directeur, Bureau des drogues dangereuses, Ottawa, communication à la Commission, 8 janvier 1973.
32. MURPHY, C., *Halifax report*, dans Green, M., *Committed users study*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.

B Sources et distribution — Références

33. NEW YORK TIMES, *Big pep pill profits of doctors related*, 31 janvier 1968.
34. NEW YORK TIMES, *Pep pills bought by carton in test*, 3 septembre 1964.
35. O'NEILL, M., *Monitoring study field reports: Toronto*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
36. O'NEILL, M., *The occupation of speed dealing*, dissertation inédite, département de sociologie, université Bishop, Lennoxville, Québec, 1971.
37. O'NEILL, M., *Toronto report*, dans Green, M., *Committed users study*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
38. OTTAWA CITIZEN, *Man is fined \$500 in "diet drug" case*, 19 juillet 1971.
39. OUELLETTE, K., *Monitoring study field reports: Winnipeg*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
40. PHARMACEUTICAL MANUFACTURERS ASSOCIATION OF CANADA/ASSOCIATION CANADIENNE DE L'INDUSTRIE DU MÉDICAMENT, mémoire à la Commission, 1970.
41. RAWLIN, J. W., *Street level abuse of amphetamines*, dans *Amphetamine abuse*, rédigé sous la direction de Russo, J. R., Springfield, Illinois, Thomas, 1968, pp. 51-65.
42. SADUSK, J. F., *Nonnarcotic addictions: Size and extent of the problem*, (Journal of the American Medical Association, vol. CXCVI, numéro 8, 1966, pp. 119-121).
43. SCHMECK, H. M., *U. S. plans 82% cutback in amphetamines*, (New York Times, 10 février 1972, p. 1).
44. SEEVERS, M. H., *Abuse of barbiturates and amphetamines*, (Post-graduate Medicine, vol. XXXVII, 1965, pp. 45-51).
45. SHEPARD, J., *The cruel chemical world of speed*, (Look, 5 mars 1968, pp. 53-64).
46. SKINNER, W. J., *Abused prescription drugs: Sources of helpful drugs that hurt*, dans *Drugs and youth*, rédigé sous la direction de Wittenborn, J. R., Brill, H., Smith, J. P., et Wittenborn, S. A., Springfield, Illinois, Thomas, 1969, pp. 148-158.
47. SMITH, E., *Monitoring study field reports: Halifax*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
48. SMITH, R. C., *The marketplace of speed: Compulsive methamphetamine abuse and violence*, Ann Arbor, Michigan, University Microfilms, n° 70-12 983, thèse de doctorat, University of California, Berkeley.
49. UNITED PRESS INTERNATIONAL, *Stimulant drug quotas are cut by 80 per cent*, (New York Times, 11 février 1972, p. 63).
50. U. S. A., Ninety-first Congress, House of Representatives, Select Committee on Crime, *Amphetamines*, Washington, U. S. Government Printing Office, 1971.
51. U. S. A. Ninety-first Congress, House of Representatives, Select Committee on Crime, *Crime in America: Why 8 billion amphetamines?*, Washington, U. S. Government Printing Office, 1970.
52. U. S. A. Ninety-first Congress, House of Representatives, Special Subcommittee on Alleged Drug Abuse in the Armed Services, *Alleged drug abuse in the armed services*, Washington, U. S. Government Printing Office, 1971.
53. WILSON, E. S., directeur adjoint, Bureau des drogues dangereuses, Ottawa, communication à la Commission, 23 août 1972.
54. WILSON, E. S., directeur adjoint, Bureau des drogues dangereuses, Ottawa, communication à la Commission avec tableaux, 27 mars 1973.

B. 4 LA COCAÏNE

1. CAMPBELL, I., *Information letter to Commissioners*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
2. CAMPBELL, I., et SOLOMON, R., *Interviews with officials of the United States Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs*, Washington, D.C., programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.

3. CANADA, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Bureau des drogues, dangereuses, *Table showing estimated consumption of the main narcotics for the period 1961-1971 inclusive*, document inédit, Ottawa, avril 1972.
4. EDUARDO (pseudonyme), *Talkin' to "the Man"*, 1^{re} partie de *Georgia Straight*, Vancouver, 7-14 septembre 1972, pp. 10-14.
5. EDUARDO (pseudonyme), *Talkin' to "the Man"*, 3^e partie de *Georgia Straight*, Vancouver, 28 septembre au 5 octobre 1972, pp. 9-10.
6. GAFFNEY, G. H., *Narcotic drugs: their origin and routes of traffic*, dans *Drugs and youth*, rédigé sous la direction de Wittenborn, J. R., Brill, H., Smith, J. P., et Wittenborn, S. A., Springfield, Illinois, Thomas, 1969, pp. 56-61.
7. GAY, G. R., INABA, D. S., SHEPPARD, C. W., et NEWMeyer, J. A., *New debut for an old girl: Cocaine in perspective*, "High, high, Miss American Pie", document inédit, Haight-Ashbury Free Medical Clinic, San Francisco, Californie, 1972.
8. GREEN, T., *The smugglers: An investigation into the world of the contemporary smuggler*, New York, Walder, 1969.
9. HOPKINS, J., *Cocaine: A flash in the pan, a pain in the nose*, "Rolling Stone", 29 avril 1971, pp. 1-6.
10. KURKE, M. I., Chief, Information Development and Analysis Division, Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs, Washington, communication à la Commission, 16 octobre 1972.
11. LONG, D., *Cocaine: Ain't it a shame*, (Vancouver Free Press 27-30 avril 1971).
12. MCKIM, T. R., directeur, Bureau des drogues dangereuses, Ottawa, communication à la Commission, 9 juin 1971.
13. MCKIM, T. R., directeur, Bureau des drogues dangereuses, Ottawa, communication à la Commission, 10 février 1972.
14. MCKIM, T. R., directeur, Bureau des drogues dangereuses, Ottawa, communication à la Commission, 9 novembre 1972.
15. NARCOTICS CONTROL DIGEST, *Announcement of Customs Commissioner Myles J. Ambrose*, vol. I, numéro 9, 1971, p. 2.
16. NEW YORK TIMES, *Tips from Interpol linked to seizure of 5 drug plants*, 24 septembre 1972.
17. NEW YORK TIMES, *U.S. agents try but fail to stop flow of cocaine from Latin countries*, 25 janvier 1971.
18. O'CALLAGHAN, S., *The drug traffic*, Belfast, Baird, 1967.
19. OUELLETTE, K., *Monitoring study field reports: Winnipeg*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
20. PERRY, C., *The star-spangled powder; or, through history with coke spoon and nasal spray*, "Rolling Stone", 17 août 1972, pp. 24-26.
21. SCHIMECK, H. M., *Cocaine is re-emerging as a major problem, while marijuana remains popular*, (New York Times, 15 novembre 1971, p. 74).
22. TOMALTY, G. L., Gendarmerie royale, Service de l'application de la Loi sur les stupéfiants, Ottawa, communication à la Commission, 15 décembre 1972.
23. TORONTO STAR, *Raid nets \$100,000 in cocaine*, 22 juin 1972, p. 69.
24. UNITED NATIONS/NATIONS UNIES, Conseil économique et social, *Plan d'action concerté contre l'abus des drogues*, 1^{re} partie, document n° E/CN.7/538, 27 juillet 1971.
25. UNITED NATIONS/NATIONS UNIES, Conseil économique et social, *Suggestions for short-term and long-term measures against drug abuse and illicit trafficking*, document n° E/CN.7/530, 28 juillet 1970.
26. UNITED NATIONS/NATIONS UNIES, Conseil économique et social, *Trafic illicite*, document n° E/IT./1969/85, 22 février 1971.
27. U. S. A., Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs, *Cocaine and coca leaves*, document inédit, Washington.
28. U. S. A., Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs, *Cocaine traffic*, document inédit, Washington, 1971.

B Sources et distribution — Références

29. U. S. A., Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs, *Drug traffic in South America*, document inédit, Washington.
30. U. S. A., Department of the Treasury, Bureau of Customs, *Customs drug seizures top \$100 million*, communiqué de presse, Washington, 3 mai 1971.
31. U. S. A., Department of the Treasury, Bureau of Customs, *Customs drug seizures total \$617.3 million in ten months*, communiqué de presse, Washington, 19 novembre 1971.
32. U. S. A., Department of the Treasury, Bureau of Customs, *Half-billion drug seizures by customs*, communiqué de presse, Washington, 26 juillet 1971.
33. VOLSKY, G., *Illicit traffic in cocaine in Miami*, (New York Times, 1^{er} février 1970).
34. WHITE MOUNTAIN PRESS, *The gourmet cokebook: A complete guide to cocaine*, New York, 1972.
35. WOODLEY, R., *Dealer: Portrait of a cocaine merchant*, New York, Holt, Rinehart and Winston, 1971.
36. WOODLEY, R., *The return of King Cocaine: Conversations with a coke peddler*, New York, 30 août 1971, pp. 24-29.

B. 5 LES HALLUCINOGENÈS

1. BUSSIÈRES, C., *Rapport de Montréal*, dans Green, M., *Committed users study*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
2. CAREY, J. T., *The college drug scene*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1968.
3. CHAYET, N. L., *Social and legal aspects of LSD usage*, dans *LSD, man and society*, rédigé sous la direction de DeBold, R. C., et Leaf, R. C., Middletown, Connecticut, Wesleyan University Press, 1967, pp. 92-124.
4. COHEN, S., et DITMAN, K. S., *Complications associated with lysergic acid diethylamide (LSD-25)*, (Journal of the American Medical Association, vol. CLXXXI, 1962, pp. 161-162).
5. DARROUGH, W., *Vancouver report*, dans Green, M., *Committed users study*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
6. DILWORTH, C., *Pusher*, dissertation inédite, Département de sociologie, université Carleton, Ottawa, 1971.
7. EDUARDO (pseudonyme), *Talkin' to the "Man"*, 1^{re} partie de *Georgia Straight*, Vancouver, 7-14 septembre 1978, pp. 10 et 14.
8. GAUSSIRAN, M., *Rapport de Montréal*, dans Green, M., *Committed users study*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
9. GELLER, A., et BOAS, M., *The drug beat*, Toronto, McGraw-Hill, 1969.
10. GEORGIA STRAIGHT, *Clear light: An interview with an LSD distributor*, Vancouver, 6-19 décembre 1970, pp. 12-13.
11. GRAHAM, R. A., chef des services scientifiques à la Direction générale de la Protection de la santé (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social), Ottawa, communication à la Commission, 17 octobre 1972.
12. GRAHAM, R. A., chef des services scientifiques à la Direction générale de la Protection de la santé (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social), Ottawa, communication à la Commission, 20 novembre 1972.
13. GREEN, M., *Committed users study*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
14. GREEN, T., *The smugglers: An investigation into the world of the contemporary smuggler*, New York, Walker, 1969.
15. GUNN, J. W. JOHNSON, D. W. et BUTLER, W. P., *Clandestine drug laboratories*, (Journal of Forensic Sciences, vol. XV, 1970, pp. 51-64).
16. HAMMOND, R. C., *Drug abuse in Canada*, (Applied Therapeutics, Vol. XII, numéro 9, 1970, pp. 7-10).

17. HARRIS, T. G., *Agent in a losing battle*, (Look, vol. XXXII, numéro 5, 1968, pp. 61-64).
18. JANSON, D., *Doctors report a black market in drug that causes delusions*, (New York Times, 14 juillet 1962).
19. KARPEL, C., *Buyer beware*, (Playboy, septembre 1972).
20. KOHN, J., *Midpusher*, "East Village Other", 24 janvier 1969, pp. 6-7.
21. LÉTOURNEAU, G., et AUBIN, R., *Rapport de Montréal*, dans Green, M., *Committed users study*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
22. LYONS, R. D., *A drug more potent than LSD widely distributed in California*, (New York Times, 28 juin 1967).
23. LYONS, R. D., *STP: The word is out on a "megahallucinogen"*, (New York Times, 2 juillet 1967).
24. MARSHMAN, J. A., et GIBBONS, R. J., *A note on the composition of illicit drugs*, (Ontario Medical Review; vol. XXXVII, 1970, pp. 429-430).
25. MASTERS, J., *The high school drug pusher: He's happy, personable, and rich*, (Toronto Star, 2 avril 1971).
26. MOULEDOUX, J. et MADER, W., *Observations of a drug dealership and reflections upon its communal and ideological aspects*, communication à la C. O. D. A., International Symposium on Drug Abuse, Toronto, août 1970. Paru sous le nom de : Mouledoux, J., *Observations sur un trafic de drogue et réflexions sur ses aspects communaux et idéologiques*, (Toxicomanies, vol. IV, 1971, pp. 81-97).
27. NEW YORK TIMES, *Chemical company fined in hallucinatory drug sale*, 15 décembre 1964.
28. SCHAEFER, J., *Taking a look at street dope*, *Georgia Straight* (Vancouver), 10-14 septembre 1971, pp. 8-9.
29. SCHMECK, H. M., *Cocaine is re-emerging as a major problem, while marijuana remains popular*, (New York Times, 15 novembre 1971, p. 74).
30. SCHUMACH, M., *Distributor of LSD recalls all supplies*, (New York Times, 16 avril 1966).
31. SHAFFER, R. A., *Drug abuse: Where are all the pills coming from?*, (Medical Times, vol. XCIX, 1971, pp. 147-156).
32. SHULGIN, A. T., spécialiste de la recherche en chimie, Berkeley, Californie, communication à la Commission, 22 février 1972.
33. SMITH, R., directeur, Marin Open House, San Raphael, Californie, renseignements fournis à la Commission, inédits, octobre 1972.
34. STODDART, K., *Vancouver report*, dans Green, M., *Committed users study*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
35. UNITED PRESS INTERNATIONAL, *Biggest LSD factory in U. S. is uncovered at farms in California*, (Toronto Star, 3 décembre 1971, p. 27).
36. WARNER, E. G., *Sources of hallucinogenic drugs, including marijuana: The nature and economic significance of the trade*, dans *Drugs and youth*, rédigé sous la direction de Wittenborn, J. R., Brill, H., Smith, J. P., et Wittenborn, S. A., Springfield, Illinois, Thomas, 1969, pp. 161-167.
37. WATTS, W. D., *The psychedelic experience: A sociological study*, Beverly Hills, Californie, Sage, 1971.
38. WHITAKER, R., *Drugs and the law: the Canadian scene*, Toronto, Methuen, 1969.
39. WOOLFREY, J., *Winnipeg report*, dans Green, M., *Committed users study*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.

B. 6 L'ALCOOL

1. ALLEN, T., *"Juice-making" follows tradition and may top \$1,000 daily*, (Winnipeg Tribune, 23 février 1970)

B Sources et distribution — Références

2. BEAUMIER, J. C., *L'alcool des alambics clandestins, un danger public*, (Le Nouvelliste, Trois-Rivières, 16 août 1963).
3. CANADA, Ministère du Solliciteur général, *Rapport annuel, 1969-70*, Ottawa, Information Canada, 1970.
4. CANADA, Ministère du Solliciteur général, *Rapport annuel, 1970-71*, Ottawa, Information Canada, 1971.
5. CANADA, Ministère du Solliciteur général, *Rapport annuel, 1971-72*, Ottawa, Information Canada, 1972.
6. CANADA, Statistique Canada, *Brasseries : 1970*, Ottawa, Information Canada, publication n° 32-205, 1972.
7. CANADA, Statistique Canada, *The control and sale of alcoholic beverages in Canada: 1970*, Ottawa, Information Canada, publication n° 63-202, 1972.
8. CANADA, Statistique Canada, *Distilleries: 1970*, Ottawa, Information Canada, publication n° 32-206, 1972.
9. CANADA, Statistique Canada, *Producteurs de vins: 1970*, Ottawa, Information Canada, publication n° 32-207, 1972.
10. C P—PRESSE CANADIENNE, *Alcohol seized*, (Globe and Mail, Toronto, 5 décembre 1972, p. 4).
11. C P—PRESSE CANADIENNE, *1150 cases of liquor stolen in Montreal hijacking*, (Toronto Star, 4 octobre 1971, p. 34).
12. C P—PRESSE CANADIENNE, *Tipsy sheep: Police led to huge still in Laurentians*, (Ottawa Citizen, 14 juin 1972, p. 85).
13. CARRIÈRE, J. R. R., sous-commissaire, Gendarmerie royale, Ottawa, communication à la Commission, 23 juin 1971.
14. CROLL, B., *Raid by Mounties in Eastern Townships bares still*, (The Gazette, Montréal, 10 novembre 1956).
15. DOWELL, J., *Time to pay*, (Ottawa Journal, 19 mars 1971).
16. FOLEY, D., *Moonshine for bootleggers*, (Ottawa Citizen, 7 décembre 1965).
17. GAZETTE (THE), *Maker of contraband alcohol draws fine; poison dangerous*, Montréal, 12 janvier 1967.
18. GAZETTE (THE), *Moonshine, phoney labels sought by police in bars*, Montréal, 10 novembre 1971, p. 3.
19. GAZETTE (THE), *Moonshine ring broken in Eastern Townships*, Montréal, 3 novembre 1972, p. 38.
20. GAZETTE (THE), *Police still dig for stolen booze*, Montréal, 11 août 1971, p. 3.
21. GAZETTE (THE), *RCMP raid still, seize 400 gallons of moonshine*, Montréal, 27 octobre 1972, p. 4.
22. GAZETTE (THE), *RCMP raids moonshine operation*, Montréal, 15 octobre 1971, p. 21.
23. GLOBE AND MAIL, *Cass rejects one independent authority for all police*, Toronto, 20 mars 1964.
24. GLOBE AND MAIL, *Police charge three over methyl alcohol*, Toronto, 27 avril 1971.
25. GLOBE AND MAIL, *RCMP raid uncovers still, 2,000 ounces of moonshine*, Toronto, 15 mai 1972, p. 27.
26. GREEN, M., *Field notes: Illicit alcohol distribution*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
27. HUGHES, E. D., *What doctors should know about moonshine*, "Resident Physician", novembre 1967, pp. 78-86.
28. KILNER, E., *Moonshine: Its history and folklore*, New York, Bobbs-Merrill, 1971.
29. LA PRESSE, *Vol de \$63,000 de whisky*, Montréal, 20 octobre 1971.
30. LE SOLEIL, *Condamnations : Alambic et fraudes*, Québec, 8 avril 1971, p. 7.
31. MONTREAL STAR, *Liquor still churned out 1,200 gallons a week*, 20 juillet 1972, p. A-2.
32. MONTREAL STAR, *Police seize moonshine, arrest women*, 23 novembre 1972, p. A-3.

33. MONTREAL STAR, *Police warn against buying cut-rate booze*, 17 décembre 1971.
34. MOWAT, F., *The boat who wouldn't float*, Toronto, McClelland and Stewart, 1969.
35. NOËL, A., *Huge moonshine cache seized*, (The Gazette, Montréal, 22 décembre 1971).
36. OTTAWA CITIZEN, *Cabbie, dispatcher fined for bootlegging*, 29 novembre 1972, p. 3.
37. OTTAWA CITIZEN, *RCMP seizes big still in Quebec farm raid*, 20 décembre 1972, p. 1.
38. OTTAWA JOURNAL, *Costs government millions*, 4 septembre 1969.
39. PALMER, A., *RCMP fearful lye in moonshine*, (The Gazette, Montréal, 24 octobre 1963).
40. PALMISANO, P., SNEED, R., et CASSIDY, G., *Untaxed whiskey and fetal lead exposure*, (Journal of Pediatrics, vol. LXXV, 1969, pp. 869-872).
41. PERRY, W. F. G., Bureau des douanes et de l'accise, anciennement le Bureau de la prévention, Ottawa, communication à la Commission, 17 novembre 1971.
42. R.C.M.P. GAZETTE de la G.R.C., *Illicitly distilled spirits*, septembre 1970, pp. 13-18.
43. WILDE, O. T., *On the steam run to Saint Peters*, (Time, 20 septembre 1971, pp. 10-11).
44. ZOLTY, A., *La police retrouve à Laval des caisses de scotch volées dans le port de Montréal*, (La Presse, Montréal, 15 octobre 1971).

B. 7 TRANQUILLISANTS MINEURS, BARBITURIQUES ET AUTRES HYPNOTIQUES SÉDATIFS

1. CANADA, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Bureau des Drogues dangereuses, *Estimated consumption schedule "G" drugs based on the deduction of exports from imports for calendar years 1962-1970 inclusive: Barbituric acid and its salts and derivatives*, document inédit, Ottawa, 10 mars 1971.
2. CANADA, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Bureau des Drogues dangereuses, *Estimated consumption schedule "G" drugs based on the deduction of exports from imports for calendar years 1962-1971 inclusive*, document inédit, Ottawa, 10 mai 1972.
3. CANADA, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Bureau des Drogues dangereuses, *Estimated consumption schedule "G" drugs based on the deduction of exports from imports for calendar years 1970-1971 inclusive: Barbituric acid and its salts and derivatives*, document inédit, Ottawa, 23 août 1972.
4. CANADA, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Bureau des Drogues dangereuses, *Reported thefts of controlled drugs during the calendar year 1972*, document inédit, Ottawa, s. d.
5. CANADA, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Bureau des Drogues dangereuses, *Reported thefts of controlled drugs during the calendar year 1971*, document inédit, Ottawa, s. d.
6. CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION/ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, *National prescribing habits survey*, document inédit, Ottawa, 1971.
7. CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION/ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE, Sous-comité de l'usage des drogues à des fins non médicales, *Reports to C. M. A. Board of Directors re final brief to the Commission of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs*, document inédit, Ottawa, 1971.
8. CUMBERLIDGE, M. C., *The abuse of barbiturates by heroin addicts*, (Journal de l'Association médicale canadienne, vol. XCVIII, 1968, pp. 1045-1049).
9. CURRAN, R. E., *Canada and controlled drugs*, (Medical Services Journal, vol. LXXVIII, 1962, pp. 415-430).
10. DURRIN, K. A., *Diversion as a factor in illicit drug traffic*, (Drug and Cosmetic Industry, vol. CVII, 1970, pp. 28-30, 126-127).

B Sources et distribution — Références

11. FRANKLIN, B. A., *Traffic in "pep pills" and "goofballs" is linked to underworld* (New York Times, 1^{er} février 1965).
12. GREEN, M., *Committed users study*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
13. GREEN, M., et BLACKWELL, J., *Final monitoring project*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1972.
14. HARPER, J. D., directeur des Relations publiques, Association canadienne de l'industrie du médicament, communication à la Commission, 23 septembre 1970.
15. HARPER, J. D., directeur des Relations publiques, Association canadienne de l'industrie du médicament, communication à la Commission, 3 décembre 1971.
16. KREIG, M. *Black market medicine*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1967.
17. LA PRESSE, *La police de Laval retrouve des barbituriques volés dans le port*, Montréal, 18 octobre 1972, p. 12.
18. MCKIM, T. R., directeur, Bureau des drogues dangereuses, Ottawa, communication à la Commission, 12 janvier 1972.
19. MCKIM, T. R., directeur, Bureau des drogues dangereuses, Ottawa, communication à la Commission, 9 novembre 1972.
20. MCKIM, T. R., directeur, Bureau des drogues dangereuses, Ottawa, communication à la Commission, 8 janvier 1973.
21. MELLINGER, G. D., *The psychotherapeutic drug scene in San Francisco*, dans *Drug abuse: Data and debate*, rédigé sous la direction de Blachly, P. H., Springfield, Illinois, Thomas, 1970, pp. 226-240.
22. MURPHY, C., *Halifax report*, dans Green, M., *Committed users study*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
23. NEBBS, S., *Bail granted in drugs case despite Crown's opposition*, (Montreal Star, 20 octobre 1972).
24. O'NEIL, M., *Monitoring study field reports: Toronto*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
25. SKINNER, W. J., *Abused prescription drugs: Sources of helpful drugs that hurt*, dans *Drugs and youth*, rédigé sous la direction de Wittenborn, J. R., Brill, H., Smith, J. P., et Wittenborn, S. A., Springfield, Illinois, Thomas, 1969, pp. 148-158.
26. THOMPSON, P., *Prescribing practices*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
27. U. S. NEWS AND WORLD REPORT, *Booming traffic in drugs: The government's dilemma*, 27 décembre 1970, pp. 40-44.
28. WILSON, E. V., directeur adjoint, Bureau des drogues dangereuses, Ottawa, communication à la Commission, 23 août 1972.
29. WOOLFREY, J., *Winnipeg report*, dans Green, M., *Committed users study*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.

B. 8 SUBSTANCES VOLATILES : SOLVANTS ET GAZ

1. BROWN, F., *The Hazardous Products Act (1969): Legal status, method of enforcement, and apparent effectiveness*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1972.
2. BROZOVSKY, M., et WINKLER, E. G., *Glue sniffing in children and adolescents*, (New York State Journal of Medicine, vol. LXV, 1965, pp. 1984-1989).
3. CHAPMAN, R. A., directeur général, Direction générale des Aliments et Drogues, Ottawa, communication à la Commission, 10 mai 1971.
4. GLASER, H. H., MASSENGALE, O. N., et DENVER, M. D., *Glue-sniffing in children*, (Journal of the American Medical Association, vol. CLXXXI, numéro 4, 1962, pp. 90-93).
5. GREEN, M., *Committed users study*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.

B. 8 Substances volatiles : solvants et gaz

6. GREEN, M., et BLACKWELL, J. C., *Final monitoring project*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1972.
7. GREGG, M., *A note on solvent sniffing in Toronto*, (Addictions, vol. XVIII, numéro 4, 1971, pp. 39-44).
8. WALLACE, P., *It's in the bag, baby: Glue sniffing among juvenile delinquents as reported by the users themselves*, communication, Conférence de the Continuing Institute on Non-Narcotic Drug Abuse, Southern Illinois University, 15-20 mai 1967.
9. WOOLFREY, J., *Winnipeg report*, dans Green, M., *Committed users study*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.

B. 9 LE TABAC

1. CANADA, *Loi sur la répression de l'usage du tabac chez les adolescents*, Statuts révisés, ch. T-9, 1970.
2. CANADA, Ministère de l'Agriculture, *Statistiques*, (Le Briquet, vol. XLI, numéro 1, 1971, pp. 26-27).
3. CANADA, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, *Tabac et santé, Trends in cigarette consumption, Canada 1920-1970*, document inédit, Ottawa, 1970.
4. CANADA, Ministère du Solliciteur général, *Rapport annuel, 1969-1970*, Ottawa, Information Canada, 1970.
5. CANADA, Ministère du Solliciteur général, *Rapport annuel, 1970-1971*, Ottawa, Information Canada, 1971.
6. CANADA, Ministère du Solliciteur général, *Rapport annuel, 1971-1972*, Ottawa, Information Canada, 1972.
7. CANADA, Bureau fédéral de la Statistique, *Jeunes délinquants*, 1968, Ottawa, Information Canada, 1970.
8. CANADA, Chambre des communes, *Rapport du Comité permanent de la santé, du bien-être social et des affaires sociales sur l'usage du tabac et de la cigarette*, Ottawa, Information Canada, 1969.
9. CANADA, Statistique Canada, *Exportations par marchandises : décembre 1971*, Ottawa, Information Canada, 1972.
10. CANADA, Statistique Canada, *Statistiques trimestrielles du tabac et des produits du tabac : mars 1972*, Ottawa, Information Canada, 1972.
11. C P—PRESSE CANADIENNE, *Cigarette thieves bore through concrete wall* (Montreal Star, 22 novembre 1971).
12. CANADIAN TOBACCO MANUFACTURERS COUNCIL, *Cigarette advertising code of the Canadian Tobacco Manufacturers Council*, document inédit, 1972.
13. CHARLTON, L., *Bootleg cigarettes: A hot business*, Chronicle-Herald, Halifax, 18 mai 1971).
14. COLBURN, H. N., directeur, Tabac et Santé, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, données communiquées à la Commission, février et mars 1973.
15. IMPERIAL TOBACCO PRODUCTS LIMITED, *Relations publiques, 1971 : Review of the Canadian tobacco industry — The industry at a glance*, document inédit, Montréal, 1972.
16. IMPERIAL TOBACCO PRODUCTS LIMITED, *Relations publiques, 1971 : Review of the Canadian tobacco industry — Production of leaf tobacco grown in Canada*, document inédit, Montréal, 1972.
17. OTTAWA (police municipale), *Annual report 1969*.
18. TORONTO STAR, *3 held after truck picks up cigarettes*, 1^{er} novembre 1971, p. 44.
19. WILDE, O. J., *On the steam run to Saint Peters*, (Time, 20 septembre 1971, pp. 10-11).

Diffusion et modalités de l'usage de la drogue

C. 1 INTRODUCTION

Même s'il s'est fait énormément de recherches ces dernières années sur la diffusion et les modalités de l'usage de la drogue, il est extrêmement difficile d'en rendre compte. La difficulté est en partie conceptuelle, mais elle découle aussi des types de population examinés par les chercheurs et des changements intervenus dans le phénomène même de l'usage. Toutes les catégories de population ne sont pas également perméables aux enquêtes sociologiques et nous constatons que l'usage de la drogue chez certains groupes (par exemple, chez la plupart des sujets placés dans des établissements) échappe à l'examen. Dans cette première partie, nous exposerons les difficultés auxquelles nous nous sommes heurtés au cours de notre recherche et les raisons qui nous ont amenés à procéder comme nous l'avons fait pour déterminer la diffusion et les modalités de l'usage de la drogue. Les deuxième et troisième parties de cet appendice, intitulées « Diffusion de l'usage » et « Le consommateur », renferment des estimations sur l'usage non thérapeutique au Canada. La quatrième partie porte sur les « Modalités de l'usage » au Canada.

Toute information ayant rapport au comportement procède toujours d'un groupe circonscrit. En sociologie, ce groupe s'appelle « population ». Toutes les personnes âgées de 18 ans et plus et vivant à Toronto au printemps de 1973 constituaient en ce sens une population, comme les étudiants au Canada au printemps de 1973, la seconde chevauchant légèrement la première. De quelque façon qu'on recueille l'information, quel que soit le type ou l'importance de l'échantillon, les données ne reflètent toujours avec une certaine exactitude que la situation de la population étudiée. Un élément de doute intervient s'il y a extrapolation à d'autres populations. La recherche en matière de drogue s'est concentrée exagérément sur des groupes particuliers, selon l'intérêt public du moment. Lorsque dans l'après-guerre, aux États-Unis, l'héroïne était la source principale de préoccupation, c'est aux couches inférieures de certaines minorités ethniques qu'on s'est surtout intéressé. Plus tard, le cannabis et les hallucinogènes ayant

commencé à se répandre, les chercheurs se sont tournés du côté des étudiants, puis du côté des élèves de l'enseignement secondaire, ceux-ci leur paraissant plus exposés à l'usage de la drogue et plus accessibles que d'autres groupes. Cette tendance à considérer l'usage de la drogue en fonction de groupes particuliers rend hasardeuses les comparaisons d'une étude à l'autre et les extrapolations à des populations plus vastes. Elle a sans doute fait paraître les modalités de l'usage de ces groupes plus exotiques qu'elles n'eussent semblé dans le contexte général.

Notre propos est l'usage de la drogue à des fins non médicales. Mais qu'entendons-nous par « usage de la drogue » et « usage à des fins non médicales » ? Bien des réponses sont possibles et d'ailleurs bon nombre se trouvent dans les études où nous puisons nos données. La définition de l'usage varie en fonction du problème à l'étude. On en arrive ainsi à bien des définitions et, par conséquent, à un certain degré de confusion. Aux fins de notre recherche, nous renvoyons le lecteur au *Rapport provisoire*, dont nous extrayons toutefois le passage ci-après : « toute façon d'employer la drogue qui n'est pas acceptable en vertu des critères médicaux généralement admis ».

Nombre d'auteurs cherchent à expliquer le phénomène de la drogue et, en conséquence, s'attachent à l'usage de la drogue illicite : cannabis, amphétamines et hallucinogènes, par exemple. Si l'étude concerne les élèves du secondaire, l'alcool sera aussi une drogue illicite pour la plupart des sujets. L'alcool a souvent été négligé par les chercheurs qui ne l'associaient pas au phénomène de la drogue. Heureusement, les idées là-dessus changent comme en témoignent nombre d'études récentes.

Certains auteurs étudient la consommation de substances pharmaceutiques par les adultes en vue de déterminer si elle obéit aux normes médicales. Ils excluent l'alcool, le tabac et les drogues illicites. Les études sur l'usage du tabac expriment généralement de l'inquiétude quant aux risques de plus en plus grands de maladie rattachés à ce toxique ; les auteurs traitant de l'alcool traduisent la préoccupation relative à l'incidence croissante de l'alcoolisme, mais les uns et les autres tendent à dissocier le tabac et l'alcool du contexte général de la toxicomanie. Beaucoup de chercheurs ont négligé le contexte dans lequel intervient l'usage de certaines substances et n'ont pas réussi à dégager leur pensée des stéréotypes concernant ces drogues et les populations qui sont censées en faire usage.

Dans les études sur l'usage des drogues ou médicaments illicites, on présume d'emblée qu'ils sont employés à des fins non médicales et on les isole artificiellement des modalités courantes de l'usage. Cette hypothèse peut masquer des parallèles révélateurs entre l'usage de ces produits illicites et l'usage psychotrope licites à des fins médicales. L'opinion du consommateur lui-même sur la fonction médicale ou non médicale de sa drogue est certes subjective, mais elle peut aider entre autres à comprendre ce qui incite certaines personnes à tâter de la drogue ou à en prendre habituellement.

En traitant de la diffusion de l'usage, nous n'avons formé aucun jugement au départ sur son caractère médical ou non médical. Nous sommes ainsi arrivés à une estimation maximum que nous avons ensuite tempérée en faisant approximativement la part d'une catégorie de consommation. Dans certains cas, ces estimations sont quantitatives ; dans d'autres, elles ne peuvent être que qualitatives. Si possible, nous établissons des sous-catégories parmi les usagers de telle drogue selon le but poursuivi : délassement ou fonction thérapeutique (voir *Modalités de l'usage*, ci-dessous), selon le niveau de consommation et le caractère habituel ou passager. Nous savons que ces sous-catégories représentent des fractions de la population totale des consommateurs, mais dans la plupart des cas aucune donnée ne nous permet d'en déterminer l'importance.

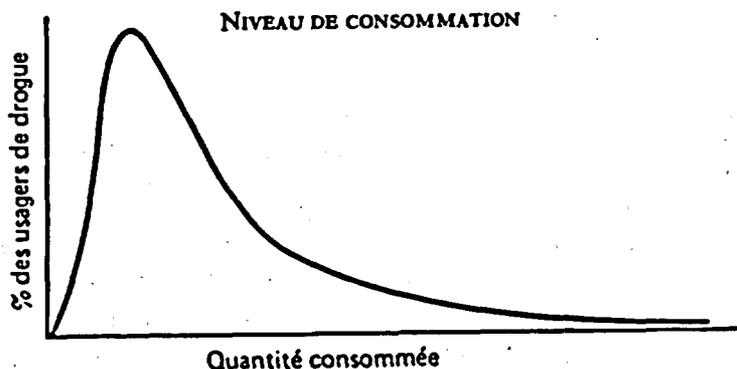
Par « diffusion de l'usage », nous entendons la fréquence du phénomène dans la population. Les études servant de base au présent appendice ne comportent pas de définition précise de ce terme ; nous devons donc nous accommoder de cette situation. L'expression se précise lorsqu'il s'agit de définir le niveau de consommation ou de spécifier un espace de temps. Nous pourrions alors être en mesure d'indiquer quelle proportion de Canadiens, par exemple, a pris des barbituriques au moins une fois par mois dans un intervalle d'un an. Ou encore, nous pouvons aborder le phénomène de façon beaucoup plus large et nous demander quelle proportion de Canadiens a déjà fait usage de barbituriques. La seconde approche nous donnera sans doute une image bien différente des traits sociaux des consommateurs et des modalités de l'usage des barbituriques et de la drogue en général.

Le manque d'exactitude qui caractérise encore les enquêtes sur l'usage de la drogue ou sur l'usage non thérapeutique des médicaments n'est nulle part aussi évident que dans le traitement de la question des niveaux de consommation. Par « niveau de consommation », nous entendons la fréquence et la régularité (et, dans certains cas, le dosage) de la consommation d'une substance particulière par les usagers ou leur consommation totale. On ne peut définir un consommateur sans spécifier un niveau minimum de consommation. Nous pouvons chercher à savoir combien de gens ont déjà consommé une substance particulière, ne serait-ce qu'une fois. C'est la mesure la plus simple de la consommation chez une population et, d'une manière générale, la moins utile puisque le niveau de l'usage et son plus ou moins grand éloignement dans le passé restent inconnus. Certaines études s'élèvent d'un degré dans la précision, ne comptant que les personnes qui ont pris telle substance au moins une fois au cours d'une période de temps définie (par exemple, les six derniers mois), mais elles n'en autorisent pas moins une grande variation dans les niveaux de consommation. Quoi qu'il en soit, les notions d'« usage antérieur » et d'« usage au cours des six derniers mois » sont les plus courantes. La question se complique du fait que les enquêteurs sur l'usage non médical considèrent généralement plusieurs produits à la fois et se fondent pour tous sur les mêmes définitions de niveaux. Le niveau de consommation ne peut toutefois se définir qu'en fonction d'une drogue

déterminée : prendre telle drogue une fois par mois, par exemple, pourrait fort bien passer pour modéré dans le cas du cannabis, mais non du L. S. D.

La répartition des niveaux de consommation parmi une population à un moment donné intéresse de plus en plus les chercheurs. La plupart des auteurs se sont arrêtés à la consommation d'alcool par habitant, mais il apparaît que la fréquence, pour une variété d'autres psychotropes, suit une courbe semblable. Il ressort des données que nous possédons que les niveaux de consommation parmi la population des usagers suivent une courbe douce et continue, se rapprochant dans certaines circonstances d'une échelle de distribution logarithmique (voir la figure C. 1). Les données mathématiques de la distribution importent moins que le mouvement général de la courbe dans le cas qui nous occupe^{74, 130, 200, 218, 244}.

FIGURE C. 1



Ce graphique nous apprend que la majorité des usagers d'une drogue en consomment relativement peu ; au fur et à mesure qu'augmente la quantité, le nombre des consommateurs diminue, d'abord rapidement, puis plus lentement, mais sans hiatus qui nous permette de distinguer entre les divers niveaux de consommation. Les données dont nous disposons révèlent qu'il y a passage graduel et peu perceptible entre l'usage modéré et l'usage excessif et qu'il n'existe pas à vrai dire de niveaux distincts de consommation. La forme unimodale de cette distribution peut être d'une importance capitale. Si, par exemple, les usagers de telle substance se figeaient à un niveau de consommation, nous nous attendrions à un encombrement qui serait indiqué à ce niveau par une courbe de distribution bimodale (c'est-à-dire, ayant deux pointes ou deux modes). Or, il n'existe pas dans nos données d'indication de telles sous-catégories définissables simplement par le niveau de consommation.

Aux fins de notre analyse toutefois, nous établissons dans la majeure partie du texte qui suit des divisions distinctes et forcément arbitraires entre les niveaux de consommation.

Dans cet appendice, le niveau de consommation sert à indiquer le stade atteint par l'individu dans un processus social qui en fera un usager de la

drogue selon les normes du milieu. L'examen de ce processus est en quelque sorte celui de la manière dont un individu évolue par rapport à la répartition de la consommation par habitant en un certain espace de temps. L'analyse porte sur le sujet plutôt que sur les rapports entre sujets⁵¹. Ce processus social inspire une première distinction quant aux niveaux de consommation entre non-usagers et usagers à titre expérimental et entre ceux-ci et les usagers confirmés. Ces derniers peuvent encore être partagés en deux catégories, selon qu'ils prennent de la drogue à l'occasion ou régulièrement. Les trois types d'usage — expérimental, occasionnel et régulier — sont définis dans *Modalités de l'usage* ci-dessous, où les usagers réguliers font l'objet d'un autre examen en fonction du niveau de leur consommation.

Les différences de niveaux de consommation d'une drogue peuvent correspondre à des sous-groupes dans le milieu, et par conséquent à des modalités d'usage variées. Si la définition de l'usage d'une drogue ne tient aucun compte de ces différences de manière, des phénomènes disparates risquent d'être confondus. Les amphétaminomanes (speed freaks), par exemple, font usage d'amphétamines, mais ils ne sont pas représentatifs de l'ensemble des usagers pour ce qui est du niveau et du mode de consommation, des dosages ou des valeurs de groupe. Si on examine les corrélations sociales de l'usage de la drogue sans faire ces distinctions, il y a risque que les résultats de l'étude soient trompeurs. Pour examiner la diffusion et les modalités de l'usage, il faut connaître la consommation, quant à la technique, au niveau et à la durée. Ce n'est qu'avec de telles données qu'on peut espérer élucider le contexte social de la toxicomanie et évaluer les conséquences physiques et psychiques des modalités changeantes de la consommation.

Il existe diverses sources d'information et diverses façons de traiter les données recueillies ; elles sont plus ou moins sûres et se prêtent plus ou moins à la généralisation. Le premier et le plus courant des procédés d'information sur l'usage de la drogue est l'enquête. Dans certaines circonstances, les enquêtes sur échantillons au hasard constituent la meilleure source d'information. Toutefois, si le nombre des usagers par rapport à la population totale est très faible ou si les usagers sont ramassés géographiquement (c'est-à-dire s'ils vivent en rangs serrés dans des secteurs circonscrits) ou sont fréquemment hospitalisés ou internés, les échantillons qui permettraient d'établir des estimations sérieuses risquent d'être démesurément grands. Ainsi, la plupart des enquêtes peuvent produire des données sûres touchant l'usage de l'alcool, mais non celui de la cocaïne ou de l'héroïne en raison du nombre relativement faible des adeptes de ces drogues dans la population. En outre, le caractère illégal d'une drogue ou la honte attachée à son usage peuvent porter les sujets à fausser leurs réponses compromettant ainsi la validité de l'enquête.

La qualité de la recherche sociale dans le domaine de la drogue s'est beaucoup améliorée au Canada ces dernières années. Au printemps 1971, l'*Addiction Research Foundation* de l'Ontario a effectué un premier sondage au hasard auprès d'une population adulte, mises à part les enquêtes faites par la Commission, et elle a examiné une grande variété de modalités

d'usage^{82, 239}. Il est à souhaiter que cette initiative marque le début d'une tendance vers des échantillonnages moins spécialisés, vers une définition plus large du phénomène et une analyse plus poussée des rapports en cause. Le simple rassemblement des corrélations d'usage des drogues qui a caractérisé nombre d'études dans le passé a donné des résultats qui ne sont pas sans valeur, mais qu'il faut interpréter avec prudence. Une plus grande rigueur est désormais nécessaire. Les chercheurs doivent être plus analytiques et plus précis dans les questionnaires des enquêtes sur le phénomène de la drogue. Ils doivent être prêts à faire des entrevues exhaustives et libres et à recourir au besoin à des techniques ethnographiques pour mesurer le phénomène d'une manière sociologiquement satisfaisante. Le temps des premières explorations est révolu.

Si l'on sait que l'usage d'une substance se limite à un groupe particulier ou à une région relativement petite, les techniques d'anthropologie, de caractère qualitatif, seront peut-être les plus efficaces pour déterminer la diffusion et les modalités de l'usage. Cette deuxième méthode soulève une double difficulté si on l'utilise pour définir l'usage des drogues dans la population. D'abord, on ne peut supposer en général qu'il est restreint à un certain groupe. Les dehors de certains groupes peuvent attirer l'attention sur leur consommation de drogues et amener l'observateur à conclure que l'usage de ces drogues se signale toujours par les mêmes signes. Il serait faux, par exemple, de présumer que tous les usagers d'hallucinogènes ont les cheveux longs, portent des colliers et sont débraillés. L'usage d'une drogue peut se traduire par des coutumes plus ordinaires. Alors, la consommation sera moins évidente, mais non moins réelle. Autre difficulté, les études anthropologiques n'aident pas à prévoir les conséquences d'un accroissement dans la diffusion d'une drogue. Si l'usage d'une drogue se répand parce que les croyances et les coutumes de tel groupe se propagent, alors il n'y a pas de problème. Il se peut toutefois que l'usage de la drogue se répande parce qu'il déborde les frontières du groupe. Alors, nombre de traits concomitants disparaîtront, étant liés non pas à la drogue même mais au groupe. Tel serait le cas du cannabis qui a nettement débordé le milieu « hippie » et qui s'est dissocié de ses rites. En conséquence, les traits sociaux des usagers du cannabis s'étant modifiés, les premières études sur les adeptes de cette drogue ne revêtent guère qu'un intérêt historique aujourd'hui.

On peut encore mesurer l'usage de la drogue par le biais de données telles que l'analyse des drogues illicites, les ventes de drogues licites, l'épidémiologie des maladies physiques ou psychiques (les statistiques des cirrhoses du foie et des accidents psychologiques, par exemple), le chiffre des arrestations et des saisies. Ces sources étaient les plus communes avant que les sondages ne se répandent au milieu des années 60. Quelques-unes d'entre elles sont très au point (par exemple, celles qui servent à établir le nombre des alcooliques ou des héroïnomanes), mais elles entraînent souvent à des conflits d'interprétation. Elles se fondent la plupart du temps sur les dossiers de la police ou des hôpitaux et sont donc sujettes aux aléas de leur politique.

L'intérêt que portent ces services et établissements à l'usage de la drogue est étroitement lié à la diffusion du phénomène et peut varier en fonction de son importance. Ces sources peuvent ainsi mener à de fausses conclusions.

La Commission a eu recours aux trois méthodes de renseignement : sondages, techniques anthropologiques qualitatives et sources indirectes.

Au printemps 1970, le Survey Research Centre de l'Université York, en collaboration avec le Centre de Sondage de l'Université de Montréal, a enquêté à travers tout le Canada, pour le compte de la Commission, sur l'usage de la drogue chez les sujets de 12 ans et plus. Ces travaux (seules enquêtes générales à l'échelle canadienne effectuées jusqu'ici selon une méthode rigoureuse) avaient pour but de mesurer la diffusion de la drogue, d'établir des dossiers individuels de toxicomanie, d'apprécier les attitudes et les connaissances du public vis-à-vis des drogues et des lois, et d'explorer quantité d'autres variables sociales et socio-psychologiques^{142, 143, 144}.

La Commission a commandé trois enquêtes à l'échelle du Canada : auprès des élèves de l'enseignement secondaire, auprès des étudiants et auprès des « adultes », c'est-à-dire, en l'occurrence, des personnes de plus de 12 ans ne fréquentant ni l'école primaire ni l'école secondaire.

La première et la troisième reposaient sur plusieurs échantillonnages. On a d'abord échantillonné les secteurs géographiques en omettant les régions du Grand nord, puis on a dressé la liste des familles dans chaque secteur et procédé à leur échantillonnage. Puisque les familles constituaient le cadre de l'échantillonnage ou l'unité d'analyse, les sujets en prison, à l'hôpital, dans un foyer pour vieillards, en pension ou habitant des réserves indiennes ont été omis à ce stade. L'échantillonnage des élèves du secondaire embrassait tous les élèves de la septième à la douzième ou à la treizième années, âgés de plus de 11 ans et vivant dans les familles répertoriées. L'échantillon adulte comprenait les autres membres des mêmes familles âgés de plus de 11 ans. Pour les étudiants, on s'est servi des listes des secrétaires-archivistes d'universités, y faisant les prélèvements au hasard mais en fonction d'une représentativité générale. On a employé dans chaque cas une technique différente pour réunir les données : interviews chez les adultes ; questionnaire à remplir privément pour les élèves du secondaire ; questionnaires expédiés par la poste pour les étudiants. L'enquête auprès des adultes a donné 2 749 interviews utilisables. Celles menées chez les élèves du secondaire et chez les étudiants ont produit chacune 1 213 réponses. Le taux de réponse a été de 79 p. 100 chez les adultes et de 73 p. 100 chez les étudiants. L'enquête chez les élèves du secondaire dépendant de l'échantillon adulte, on ne peut en déterminer le taux de réponse.

La Commission a aussi effectué une enquête spéciale parmi les usagers adultes de cinq villes canadiennes¹⁰⁶ et une enquête plus restreinte parmi les usagers réguliers du cannabis afin de quantifier leurs habitudes de consommation¹⁰⁵. Elle a consulté les résultats, même inédits, de nombreux sondages parmi diverses populations du Canada et a fouillé la documentation socio-

scientifique touchant la diffusion et les modalités de l'usage. Elle a enfin procédé à des études d'observation participante dans divers milieux consommateurs en 1970¹⁰³ et elle a contrôlé régulièrement, sur une période de deux ans, les modalités de l'usage dans quelques-uns de ces milieux. Récemment, les observateurs de la Commission sont retournés dans diverses villes du Canada afin de consulter des gens renseignés sur l'évolution de l'usage depuis 1970¹⁰⁴.

La Commission a tenté de dénombrer certaines catégories de décès attribués à la drogue au Canada, de 1969 à 1972¹⁰⁵. Elle a analysé les données de Statistique Canada sur les décès causés par la drogue, puis a sollicité des coroners de chaque province les rapports et documents connexes touchant les principales drogues. Elle a aussi étudié dans les hôpitaux psychiatriques du Canada, en avril 1971, dans quelle mesure certaines drogues, y compris l'alcool, figuraient dans les diagnostics¹⁰⁶. Elle a finalement analysé les données de Statistique Canada sur la santé mentale. Le résultat de ces études est exposé dans l'Appendice A (*Les effets de la drogue*).

La Commission a eu accès aux statistiques du Bureau des drogues dangereuses (Protection de la Santé, Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social) sur les usagers de stupéfiants illicites répertoriés, comme nous l'avons vu plus haut, ainsi qu'à nombre d'études établissant d'après divers indicateurs le nombre des toxicomanes et des alcooliques dans certains secteurs. La Gendarmerie royale du Canada a mis à la disposition de la Commission ses propres estimations du nombre des toxicomanes au Canada.

Dans cet appendice, nous nous référons la plupart du temps à un mode d'interprétation du comportement humain qui présente l'homme comme un animal social gouverné par des schèmes et des définitions que d'autres lui ont inculqués. L'individu et sa toxicomanie sont liés, dans un contexte social, par des définitions, des rites et des valeurs. S'il existe différentes modalités d'usage d'une drogue dans une société, ces modalités sont véhiculées par des idéologies différentes. Par idéologie, nous entendons des principes, des définitions, des normes et des valeurs qui encadrent l'activité humaine. Des idéologies partielles peuvent s'insérer dans de plus grandes. Les éléments idéologiques communs à toute la société forment l'essentiel de l'idéologie d'un individu. Mais si d'autres éléments colorent suffisamment la vie sociale d'un individu pour le distinguer de la masse et que ces éléments soient partagés par une certaine proportion de la population, ils constituent alors une sous-idéologie. À certains égards, la société peut être considérée comme une mosaïque de sous-idéologies. Les sous-idéologies ne nous intéressent ici que dans la mesure où elles révèlent des modalités particulières d'usage de la drogue.

Si l'usage d'une drogue se propage d'un sous-groupe idéologique à un autre, il n'y entraînera pas forcément son élément idéologique. Le rituel social est donc sujet à changer. Plus l'usage se répand, plus les traits sociaux des usagers se rapprochent de ceux de la population générale, à supposer qu'elles ne fussent pas les mêmes au départ. Ce processus, observé précédemment, est fort bien illustré par le cas du cannabis.

Il faut nous reporter au passé pour décrire le présent. Nous devons donc, en quelque sorte, projeter le passé sur le présent. On a fait si peu d'observations prolongées de l'usage de telle drogue par une population donnée au Canada (et dans n'importe quel pays, du reste) que les méthodes classiques de l'extrapolation ou de la projection ne peuvent guère nous servir. Toutefois, diverses hypothèses sur les mécanismes sociaux et le contexte où se répand l'usage de la drogue nous permettent de tracer des modèles qui reflètent toutes les données connues et le consensus du milieu des sciences humaines. Ces hypothèses sont définies au prochain paragraphe.

Aucune société n'est stationnaire. Cependant, nous pouvons imaginer une société où toutes les forces sociales seraient en équilibre et où aucun changement n'interviendrait. La proportion de la population faisant usage de chaque drogue serait stable et les modalités de l'usage ne varieraient guère. Celui-ci plafonnerait donc à un certain niveau. Advenant un déplacement des forces sociales vers un nouvel équilibre, la diffusion et les modalités de l'usage de chaque drogue se fixeraient vraisemblablement à un nouveau palier, en attendant le prochain bouleversement. Ce n'est pas la seule manière de concevoir les mécanismes sociaux, mais elle nous aide à percevoir les changements notables dans la diffusion et les modalités de l'usage. Pour suivre cette évolution dans la société, il suffit alors d'évaluer les paliers de consommation des divers sous-groupes et de déterminer le mode d'usage conditionné par chacun. Les résultats de cette méthode d'analyse sont exposés dans les pages qui suivent.

C. 2 DIFFUSION DE L'USAGE

Du point de vue du consommateur, l'usage non thérapeutique d'une substance intervient dans un contexte de polytoxicomanie, comprenant aussi bien l'usage thérapeutique que non thérapeutique et la consommation de substances que l'individu peut ne pas considérer comme des drogues, tels l'alcool, le tabac ou le café. Nous examinons la diffusion de l'usage de la drogue dans la présente partie, et présenterons dans la suivante des données sommaires sur les traits sociaux des usagers canadiens. Finalement, nous traiterons des modalités de l'usage de la drogue et du contexte polytoxicomane. L'annexe I au présent appendice est consacrée à l'analyse des données quantitatives sur les relations entre les diverses drogues.

Les recherches des quatre dernières années ont produit un volume respectable de données sur la diffusion de l'usage, mais ces études portent sur des populations hétérogènes. Certains groupes, en particulier les adultes et les habitants des régions rurales, sont encore négligés par les chercheurs. Cette fragmentation des données interdit de recourir aux méthodes d'extrapolation pour déterminer la diffusion de l'usage au Canada. Les estimations qui suivent sont plutôt des déductions, mais nous croyons qu'elles constituent l'image la plus juste qu'on puisse tirer des informations disponibles et qu'elles serrent la réalité d'assez près pour être valables.

LES STUPÉFIANTS OPIACÉS

Les termes « stupéfiants opiacés » et « opiacés », dans le présent texte, désignent l'opium, ses alcaloïdes naturels et des composés synthétiques connexes, notamment l'héroïne et la méthadone (voir *Les effets de la drogue*).

Beaucoup de ceux qui affirment avoir pris des opiacés, dans le milieu des toxicomanes, pensent probablement à des préparations à l'opium autres que l'héroïne dont, en certains cas, des pilules ou un béchique contenant de la codéine. Ils peuvent aussi évoquer, par erreur, le haschich « opiacé », substance sans doute mythique ou du moins jamais constatée dans les recherches sur les drogues illicites au Canada. Pour l'opium, les modalités de consommation, le cas échéant, sont un peu comme pour le cannabis. L'héroïne, cependant, apparaît aux jeunes toxicomanes comme une drogue bien plus sérieuse et dangereuse. Il est malheureux que tant d'auteurs négligent de recueillir des données qui permettraient de distinguer concrètement l'usage de l'héroïne et ceux des autres stupéfiants opiacés. Il convient de préciser, d'autre part, que l'usage de l'héroïne n'implique pas forcément l'injection intraveineuse. Ceux qui prennent de cette drogue à titre expérimental, par exemple, procèdent surtout par inhalation.

Dans les pages qui suivent, nous tenterons de déterminer le nombre des sujets asservis à l'héroïne et à la méthadone au Canada. Nous manquons d'informations, hélas, sur la diffusion des autres opiacés.

Le nombre des usagers avérés de stupéfiants illicites (ci-après appelés usagers habituels de stupéfiants ou toxicomanes) enregistrés par le Bureau des drogues dangereuses au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, figure dans le tableau C. 1. Le tableau C. 2 montre les fluctuations de ces chiffres d'année en année. Le nombre des toxicomanes a été relativement stable au Canada de 1962 à 1969, mais il s'est accru sensiblement en 1970, 1971 et 1972.

Les usagers d'opiacés sont inscrits sur la liste du Bureau lorsqu'ils se signalent à la police ou qu'on leur prescrit de la méthadone pour le traitement de la dépendance. Ils sont radiés s'il se passe dix ans sans qu'ils se manifestent. La liste comporte donc deux sources d'erreur. D'une part, tous les toxicomanes n'éveillent pas l'attention de la police ou du Bureau des drogues dangereuses et, pour ceux qui le font, il s'écoule d'ordinaire un long espace de temps entre la première fois qu'ils ont pris de la drogue et le moment où ils sont connus du B.D.D. D'autre part, ceux dont les noms figurent sur la liste ne sont pas tous opiomanes. Un certain nombre sont cocaïnomanes et un peu plus, (environ 5 p. 100 en 1971), sont usagers de substances non identifiées. Puisque les modalités de l'usage diffèrent considérablement de la cocaïne à l'héroïne ou à la méthadone, nous avons retranché les cocaïnomanes du nombre des toxicomanes répertoriés par le B.D.D. Pour des raisons analogues, les usagers du cannabis, inscrits jusqu'en 1966, ont aussi été retranchés. Les personnes qui se font arrêter pour une infraction reliée à

TABLEAU C. 1

NOMBRE DES USAGERS DES STUPÉFIANTS ILLICITES* FIGURANT AU REGISTRE DE LA DIVISION DES STUPÉFIANTS (MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL) POUR LE CANADA ET SES GRANDES RÉGIONS, DE 1962 À 1972**

Année	Provinces atlantiques	Québec	Ontario	Prairie	C.-B.	Total
1962.....	4	153	764	208	1 886	3 015
1963.....	8	148	753	205	1 692	2 806
1964.....	9	133	801	195	1 649	2 787
1965.....	8	137	816	179	1 862	3 002
1966.....	9	146	816	188	2 019	3 178
1967.....	9	147	829	212	2 135	3 332
1968.....	7	159	820	210	2 259	3 455
1969.....	8	178	827	269	2 448	3 730
1970.....	11	210	912	418	3 097	4 648
1971.....	27	393	1 225	636	4 095	6 376
1972.....	51	608	1 672	1 044	5 461***	8 836

Source : Canada, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Protection de la Santé Bureau des drogues dangereuses, Ottawa.

* Les « usagers de stupéfiants illicites » sont les personnes pour lesquelles le Bureau des drogues dangereuses a une fiche portant sur dix ans et dont la source d'approvisionnement initiale était illicite. Toutes n'ont pas été condamnées en vertu de la Loi sur les stupéfiants. Avant 1972, le Bureau des drogues dangereuses les rangeait, dans ses statistiques, sous la désignation de « street or criminal addicts ».

** Les usagers du cannabis ont été retranchés des statistiques de 1962 à 1966. Les usagers de la cocaïne ont été retranchés de toutes les statistiques.

*** Comprend une personne au Yukon.

TABLEAU C. 2

POURCENTAGE DES USAGERS DE STUPÉFIANTS ILLICITES** PAR RAPPORT À L'ANNÉE PRÉCÉDENTE POUR LE CANADA ET SES GRANDES RÉGIONS, DE 1962 À 1972

Année	Provinces atlantiques	Québec	Ontario	Prairie	C.-B.	Total
1962.....	*	103	105	100	102	103
1963.....	*	97	99	99	90	93
1964.....	*	90	106	95	98	99
1965.....	*	103	102	92	113	108
1966.....	*	107	100	105	108	106
1967.....	*	100	102	113	106	105
1968.....	*	108	99	99	106	104
1969.....	*	112	101	128	108	108
1970.....	*	118	110	155	127	125
1971.....	*	187	134	152	132	137
1972.....	*	155	137	164	133	139

Source : Canada, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Protection de la Santé, Bureau des drogues dangereuses, Ottawa.

* Nombre négligeable.

** « Usagers de stupéfiants illicites » d'après la définition du tableau C. 1. Les usagers du cannabis et de la cocaïne ont été omis.

l'héroïne (notamment, pour possession ou importation) ne sont pas toutes asservies à cette drogue, mais leurs noms sont quand même sur la liste. En outre, une certaine proportion de ceux qui y figurent seront morts, auront quitté le pays ou triomphé de leur dépendance durant les 10 ans d'intervalle avant la radiation. Ainsi, les personnes inscrites ne sont pas toutes opiomanes, ni les personnes dépendantes toutes connues.

Ces statistiques appellent d'autres commentaires. Nous les utilisons ici en tant qu'indices du nombre des opiomanes au Canada. On est généralement d'avis qu'elles sont en deçà du nombre total des dépendants, mais on présume que lorsque le nombre des toxicomanes s'accroît, c'est en raison d'une augmentation de la population héroïnomanie. On en déduit que la liste s'allonge en proportion de cette augmentation ou peu s'en faut. Ces chiffres, participant des méthodes indirectes d'évaluation décrites dans l'introduction à C. 1, sont sujets à diverses interprétations.

Si le nombre effectif des opiomanes au Canada est en rapport constant avec celui des usagers connus du B.D.D., nous sommes fondés à prendre celui-ci comme estimation de celui-là. Toutefois, il y a lieu de croire que tel n'est plus le cas. Le B.D.D., semble-t-il, ne recueille plus ses renseignements par les mêmes voies. Le « nouveau toxicomane » est censé être plus jeune et, contrairement aux héroïnomanes de naguère, il se présente pour la cure (particulièrement, celle d'entretien à la méthadone) au bout de quelques mois ou de quelques années d'usage seulement⁵³. Ces dernières années, quantité de noms nouveaux provenaient des « rapports de ventes au détail », c'est-à-dire principalement des états d'ordonnances de méthadone¹⁷⁰. La hausse soudaine du nombre des toxicomanes en 1970, 1971 et 1972 pourrait refléter, par conséquent, la vogue grandissante des cures d'entretien à la méthadone aussi bien que la tendance chez les jeunes toxicomanes à recourir très tôt au traitement.

Beaucoup de noms nouveaux proviennent aussi des procès-verbaux de la police. Si ces noms représentent effectivement des jeunes nouveaux adeptes, il y aurait lieu d'en inférer que des changements sont intervenus dans l'application de la loi ces dernières années. Avec la montée du cannabis et des hallucinogènes, les forces de l'ordre, beaucoup plus conscientes de la toxicomanie chez les jeunes, multiplient les interpellations et les perquisitions à domicile. En outre, les escouades anti-drogues à travers le pays ont concentré leurs efforts sur les drogues fortes ces dernières années, délaissant le cannabis et le L.S.D. Ainsi, plus d'opiomanes seraient inscrits au Bureau des drogues dangereuses, mais on ne saurait affirmer que cette augmentation traduit une expansion proportionnelle de l'usage de la drogue dans la population.

Une étude d'Oki a démontré que seulement 64 p. 100 des héroïnomanes de Toronto connus à la fois de l'Addiction Research Foundation de l'Ontario et de la Gendarmerie royale du Canada ou du Bureau des drogues dangereuses étaient également connus de ce Bureau¹⁷⁶. Si la proportion vaut

pour tout le Canada, il y aurait eu environ 10 000 héroïnomanes connus de quelque organisme au Canada en 1971 et 14 000 en 1972. Il faut cependant considérer que les héroïnomanes sont plus susceptibles d'être connus du personnel traitant dans de grands centres urbains comme Toronto et Vancouver où il est facile de s'inscrire à une cure. En outre, cette estimation exclut les usagers qui ne s'étaient pas fait connaître par l'intermédiaire des forces de l'ordre ou en présentant une demande de traitement.

Par une première analyse des décès reliés à l'héroïne et à la méthadone, survenus au Canada de 1970 au début de 1972, la Commission a constaté qu'un peu plus de 50 p. 100 des victimes n'étaient pas connues du Bureau des drogues dangereuses en tant qu'opiomanes. Ainsi, le nombre des opiomanes connus de ce service en 1970-1971 s'élevait à environ la moitié de l'effectif consommateur, qui aurait été de quelque 13 000 en 1971. Nous n'avons pas de données suffisantes pour 1972, mais nous inclinons à croire que la proportion des opiomanes connus du B.D.D. était plus forte pour diverses raisons : ce service a amélioré le réseau par lequel il se renseigne, l'usage de la drogue s'est modifié, etc.

Lors de ses enquêtes dans le milieu en mai 1972, la Commission a obtenu de personnes versées en la matière des estimations fortes et faibles du nombre des usagers quotidiens d'héroïne et de méthadone dans les grandes villes du Canada¹⁰⁴. Ces estimations sont fort subjectives, même si elles représentent en général l'opinion la plus autorisée dans les villes étudiées. Des estimations faibles et fortes ont été établies pour les principales régions du Canada ; elles se sont situées respectivement à 7 525 et 14 800 usagers quotidiens pour l'ensemble du pays. La Gendarmerie royale du Canada, pour sa part, évaluait entre 12 400 et 14 410 le nombre des héroïnomanes à l'automne 1972. Sa ventilation par région différait quelque peu des nôtres, mais les maximums étaient sensiblement les mêmes.

Étant donné la discrétion relative de la catégorie des usagers d'occasion, les estimations de nos enquêteurs sont encore moins sûres ; quoi qu'il en soit, elles situent à quelque 15 000 à 30 000 leur effectif pour 1972. Smart, Fejer et White²⁴² ont noté que 4 p. 100 des élèves du secondaire à Toronto déclaraient avoir pris des opiacés durant les six mois antérieurs au sondage de 1972 et que 1,9 p. 100 (qui avaient peut-être tous répondu affirmativement à la question sur les opiacés) disaient avoir consommé de l'héroïne durant la même période. Quoiqu'il n'y ait pas lieu de mettre en doute les conclusions de ce sondage, on aurait tort de projeter ces chiffres sur tout le pays, puisque Vancouver est la seule autre ville du Canada où il soit aussi facile de se procurer de l'héroïne. Mais si peu qu'on sache du rapport entre opiomanes et usagers des opiacés non dépendants, on peut présumer qu'en 1972 50 000 usagers occasionnels d'héroïne et de méthadone au Canada s'ajoutaient aux 15 000 usagers quotidiens. Une proportion indéterminée des premiers est évidemment exposée à la dépendance.

C Diffusion et modalités de l'usage de la drogue

L'héroïnomanie a surtout été le fait de la Colombie-Britannique pendant des années. Les tableaux C. 3 et C. 4 montrent que c'est dans les régions comptant le plus faible pourcentage d'usagers connus, particulièrement les régions de l'Atlantique et de la Prairie, que le taux d'augmentation des toxicomanes inscrits par le Bureau des drogues dangereuses a été le plus élevé de 1961 à 1972.

TABLEAU C. 3

POURCENTAGE DES USAGERS DE STUPÉFIANTS ILLICITES* PAR RÉGIONS
AU CANADA, DE 1962 À 1972

Année	Provinces atlantiques	Québec	Ontario	Prairie	C.-B.	Total
1962.....	0,1	5,1	25,3	6,9	62,6	100
1963.....	0,3	5,3	26,8	7,3	60,3	100
1964.....	0,3	4,8	28,7	7,0	59,2	100
1965.....	0,3	4,6	27,2	6,0	62,0	100
1966.....	0,3	4,6	25,7	6,0	63,5	100
1967.....	0,3	4,4	25,0	6,4	64,1	100
1968.....	0,2	4,6	23,7	6,1	65,4	100
1969.....	0,2	4,8	22,2	7,2	65,6	100
1970.....	0,2	4,5	19,6	9,0	66,6	100
1971.....	0,4	6,2	19,2	10,0	64,2	100
1972.....	0,6	6,9	18,9	11,8	61,8	100

Source : Canada, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Protection de la Santé, Bureau des drogues dangereuses, Ottawa.

* « Usagers de stupéfiants illicites » d'après la définition du tableau C. 1. Les usagers du cannabis et de la cocaïne ont été omis.

TABLEAU C. 4

USAGERS DE STUPÉFIANTS ILLICITES* POUR 100 000 HABITANTS, 1961 ET 1971,
ET POURCENTAGE D'ACCROISSEMENT DE 1971 PAR RAPPORT À 1961
POUR LE CANADA ET SES GRANDES RÉGIONS

	Provinces atlantiques	Québec	Ontario	Prairie	C.-B.	Total
Usagers pour 100 000 habitants						
1961.....	0,3	3,8	12,6	6,6	113,5	16,7
1971.....	1,4	6,6	16,1	18,5	187,3	29,8
Pourcentage d'accroissement en 1971 par rapport à 1961.....						
	467	174	120	280	154	179

Source : Canada, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Protection de la Santé, Bureau des drogues dangereuses, Ottawa.

* « Usagers de stupéfiants illicites » d'après la définition du tableau C. 1. Les usagers du cannabis et de la cocaïne ont été omis.

Les enquêtes menées par la Commission en mai 1972 ont révélé que la montée des opiacés dans la région de l'Atlantique tenait surtout à la consommation de méthadone prescrite à la légère par des médecins de Halifax¹⁰⁴. Un phénomène analogue a été noté à Montréal. L'usage de l'héroïne a augmenté en Ontario, surtout dans la population associée à son usage et le long de l'axe Toronto-Windsor où il y a beaucoup de contacts entre toxicomanes canadiens et américains. La Colombie-Britannique a accusé une augmentation de l'usage de l'héroïne, particulièrement de l'usage occasionnel (non forcément par injection intraveineuse) parmi les jeunes. Le phénomène tend à se propager à l'Alberta où, au cours des cinq dernières années, le nombre des opiomanes avérés s'est accru notablement, passant de 123 en 1968 à 614 en 1972¹⁰⁵. L'usage de l'héroïne a aussi augmenté en Saskatchewan et au Manitoba, mais pas de façon aussi marquée¹⁰⁴. La distribution de l'héroïne dans les provinces est exposée à l'Appendice B (*Sources et distribution licites et illicites*).

Les observateurs canadiens estiment que l'usage des opiacés augmente, mais aucun ne sait à quel rythme. Aussi, les autorités se sentent-elles incapables de prédire si le mouvement fléchira ou se stabilisera jamais. Sur la foi d'un sondage auprès des jeunes toxicomanes de San Francisco, le chercheur américain John Newmeyer, de la Haight-Ashbury Free Medical Clinic, est d'avis qu'un plateau a déjà été atteint à San Francisco et que l'usage plafonnera à travers les États-Unis en 1974^{182, 183}. Les sondages aléatoires de populations identifiables au Canada ne nous permettent ni généralisations ni opinions sur la valeur de ces pronostics pour notre pays.

LES AMPHÉTAMINES

Il s'agit ici des préparations d'amphétamines, des « pilules stimulantes » ou des comprimés contre l'appétit. Ces produits sont à base d'amphétamine, de dextroamphétamine ou de méthamphétamine (celle-ci étant la drogue favorite des amphétaminomanes) ou consistent en substances apparentées à l'amphétamine telles la phénmétrazine et le méthylphénidate. Ce qui importe, dans le cas qui nous occupe, n'est pas le produit lui-même, mais le dosage, la fréquence et le mode de consommation, c'est-à-dire par voie orale ou intraveineuse. Les aspects physiques, psychiques et sociaux de ces diverses modalités d'usage sont discutés ailleurs dans le rapport. Dans la partie qui suit, nous traitons de la diffusion de l'usage oral et intraveineux.

INJECTION INTRAVEINEUSE

La consommation de méthamphétamine par voie intraveineuse est généralement associée au phénomène des amphétaminomanes, mais elle peut aussi bien se pratiquer chez d'autres groupes. Le terme dénote non seulement l'usage de telle substance (méthamphétamine), mais aussi le niveau de consommation (habitude des doses massives) et le mode d'administration (injection intraveineuse). Dans aucune enquête au Canada on n'a

demandé aux sujets interrogés s'ils étaient amphétaminomanes. On leur demande plutôt s'ils ont déjà pris des stimulants, des amphétamines ou de la méthédrine (méthamphétamine), par ordre de spécification croissante. Parfois on s'enquiert du mode d'administration. Les résultats ne nous permettent pas en général de distinguer les amphétaminomanes de ceux qui prennent occasionnellement de la méthamphétamine par voie intraveineuse non plus que les adeptes de la voie intraveineuse et ceux de l'ingestion. Notre enquête auprès des élèves du secondaire à travers le pays et celle menée par la Narcotic Addiction Foundation de Colombie-Britannique auprès des élèves du secondaire à Vancouver¹⁸⁰ révèlent qu'une fraction des usagers d'amphétamines a déjà eu recours à l'injection intraveineuse. Mais, dans la plupart des cas, c'était probablement à titre expérimental.

L'usage massif et habituel de fortes doses d'amphétamines par voie intraveineuse a probablement atteint son point culminant à l'été 1970. D'après les enquêtes d'« observation participante » et les entretiens avec des personnes renseignées dans les principales villes du Canada, il y en aurait eu de 2 000 à 3 000 cas à l'époque, dont le plus grand nombre dans les centres-villes de Toronto, Montréal et Halifax. En outre, 3 500 à 4 500 peut-être s'administraient de fortes doses par intraveineuse, mais irrégulièrement. À l'été 1971, le nombre des amphétaminomanes dans ces trois villes n'était plus que de 1 000 à 1 500. Mais celui des adeptes de l'intraveineuse, surtout par intermittence, avait singulièrement augmenté dans les banlieues des trois villes et dans bon nombre de villes plus petites du sud de l'Ontario, de l'ouest du Québec et des provinces maritimes¹⁰⁴.

À l'été 1970, beaucoup pratiquaient l'intraveineuse d'une façon régulière, se donnant quelques injections par jour pendant des périodes allant jusqu'à deux semaines, puis reprenant le même cycle au bout de quelques jours de répit (voir *Modalités de l'usage*). Il n'en est plus ainsi aujourd'hui que d'une proportion beaucoup plus faible des usagers de l'injection intraveineuse. Il y aurait toutefois des adeptes de fortes injections intraveineuses par cycles très brefs, notamment à l'occasion des week-ends. Compte tenu de ces deux catégories, les usagers de fortes doses auraient été aussi nombreux ou davantage à l'été 1972 que deux ans auparavant. Puisque très peu de gens prennent régulièrement de la méthamphétamine plus de deux ans (voir *Modalités de l'usage*), on enregistre toujours un taux élevé de sevrage chez les adeptes de l'intraveineuse. La croissance du phénomène se limite donc à la différence entre le nombre des nouveaux adeptes et celui des nouveaux abstinents. Cette différence est aujourd'hui si faible que la population amphétaminomane du Canada est à peu près stable, bien que beaucoup plus dispersée qu'il y a deux ou trois ans.

INGESTION D'AMPHÉTAMINES ET DE MÉDICAMENTS ASSIMILÉS

Tandis que le nombre des amphétaminomanes paraît s'être stabilisé, l'ingestion d'amphétamines et de médicaments assimilés ne cesse d'augmen-

ter. Depuis nombre d'années garçons et filles de table, athlètes, étudiants, hommes d'affaires et gens du spectacle prennent des pilules pour se remonter. Ce phénomène était toujours en progression au moment de l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 1973, des nouveaux règlements sur les amphétamines. On rapporte de diverses régions que les habitués des tavernes, particulièrement chez les jeunes, ont pris l'habitude des amphétamines par voie orale accompagnant la consommation d'alcool. Partout, l'usage oral des amphétamines et des médicaments connexes serait particulièrement répandu chez des étudiants, notamment en période d'examens¹⁰⁴.

Les sondages au Canada, surtout parmi les élèves du secondaire, comportant des questions sur la consommation d'amphétamines ou de stimulants (en général au cours des six derniers mois) ont révélé des taux remarquablement uniformes (allant de 5 à 9 p. 100) pour les diverses catégories de population. Ces taux n'ont guère changé de 1968 à 1972⁸. 17, 32, 34, 42, 78, 80, 81, 82, 108, 114, 115, 154, 180, 205, 225, 240, 241, 251, 258, 272, 273. Les sondages menés par la Commission au printemps de 1970 ont établi que l'emploi non thérapeutique des « pilules stimulantes » se pratiquait chez 3 p. 100 des élèves du secondaire, 6 p. 100 des étudiants et 3 p. 100 de la population adulte. Les pilules de régime amaigrissant avaient cours chez 1 p. 100 des élèves du secondaire et de la population adulte et 3 p. 100 des étudiants. 3 p. 100 des élèves du secondaire et moins de 1 p. 100 des étudiants faisaient usage d'amphétamines par voie buccale. En combinant les résultats des sondages de la Commission auprès des élèves du secondaire, on arrive à la conclusion que 7 p. 100 au Canada prennent des amphétamines ou des médicaments assimilés. Josephson et coll.¹²⁸, dans leur sondage de mai 1971 auprès des Américains de 12 à 17 ans, ont constaté que 9 p. 100 avaient consommé des amphétamines à un moment ou l'autre, ce qui tend à confirmer notre estimation pour le Canada. De 15 à 20 p. 100 des élèves du secondaire qui font usage d'amphétamines ou de médicaments connexes (généralement des « pilules stimulantes » ou des comprimés amaigrissants) en consomment plus d'une fois par mois¹⁴³, ²⁴³.

Le sondage de la Commission montre que 4 p. 100 de la population adulte du Canada ont déjà consommé amphétamines ou substances apparentées dans un but non médical. Le seul autre sondage sur l'usage de substances psychotoniques par la population adulte du Canada, celui de Fejer et Smart⁸², a donné à peu près les mêmes résultats : au printemps de 1971, 4 p. 100 des adultes de Toronto disaient avoir pris des stimulants à des fins thérapeutiques ou autres au cours des douze mois précédents. Nous verrons plus loin que seulement 10 p. 100 des usagers adultes de barbituriques ou de tranquillisants à Toronto se les procuraient sans ordonnance, contre plus du tiers des usagers pour les stimulants.

Fejer et Smart⁸² ont constaté que 51 p. 100 des sujets de leur échantillon adulte de Toronto prenaient de ces drogues tous les jours, 7 p. 100 deux à cinq fois par semaine et 19 p. 100 une fois par semaine à une fois par mois. La fréquence était donc d'au moins une fois par mois, chez 77 p. 100. Le son-

821.
 85
 1160

dage de la Commission à l'échelle du pays a révélé un pourcentage analogue pour les pilules stimulantes ou amaigrissantes.

D'après les sondages de la Commission et de Fejer et Smart sur le taux d'usage des amphétamines et des substances connexes par les adultes (environ 4 p. 100) et à supposer que le tiers environ des usagers se passent d'ordonnance au moins une partie du temps, 1,3 p. 100 des Canadiens de 18 ans et plus auraient pris des stimulants à des fins non thérapeutiques au cours de la dernière année, soit environ 171 000 personnes. Et en appliquant d'autre part l'estimation de 7 p. 100 des élèves du secondaire à l'ensemble de la jeunesse du Canada, nous arrivons à 182 000 usagers de cette catégorie pour un total de 353 000 usagers d'amphétamines ou de substances connexes à des fins non médicales au cours des douze derniers mois. Cet usage est en grande partie occasionnel ou expérimental.

LA CAFÉINE

La caféine et les autres substances contenant de la xanthine, tels le café, le thé, les boissons à base de cacao et de kola et diverses préparations pharmaceutiques (par exemple, le No Doz), sont les stimulants les plus communs au Canada. Les Canadiens boivent 33 millions de tasses de café et 30 millions de tasses de thé chaque jour. La consommation de thé par habitant au Canada ne dépasse pas le quart de celle du Royaume-Uni ou de l'Irlande, mais elle est trois fois plus élevée qu'aux États-Unis²⁸¹. La consommation de café par tête au Canada est légèrement inférieure à celle des États-Unis.

Le Pan American Coffee Bureau mesure la consommation de café au Canada d'après « un jour normal d'hiver », c'est-à-dire à son maximum, apparemment. Les estimations qui suivent sont fondées sur ce chiffre. Elles portent sur 1970, mais le phénomène est assez stable, semble-t-il, pour que nous puissions les appliquer au présent. On a constaté que 64 p. 100 des Canadiens de 10 ans et plus prenaient du café, soit trois tasses et un dixième par jour en moyenne. On ne dispose pas de données plus précises sur le niveau de consommation au Canada. Mais aux États-Unis, les 20 p. 100 de la population buvant le plus de café en prenaient en moyenne sept tasses et demie par jour. Le sondage a encore révélé que 53 p. 100 des Canadiens boivent du thé. On ne dispose pas de renseignements suffisants sur la consommation de kola et de cacao, qui contiennent aussi de la xanthine.

LES HALLUCINOGENES

Une variété impressionnante de substances ont des propriétés hallucinogènes à un degré plus ou moins élevé, notamment certaines variétés de graines de volubilis, de muscade, de mandragore, de belladone, d'acore, d'yagé, bon nombre de champignons tels l'amanite tue-mouche, les panéoles et les psilocybes (source de la psilocybine), le peyotl (source de la mescaline) et les produits de synthèse, D.M.T., D.E.T., DOM (S.T.P.), P.C.P., MDA, et, évidem-

ment le L.S.D. Seuls ces trois derniers ont cours sur le marché illicite de la drogue au Canada et les substances qui sont réputées contenir le plus de propriétés hallucinogènes se révèlent presque toujours, à l'analyse, être du P.C.P., de la MDA, du L.S.D. ou quelque combinaison de ces trois drogues. Ceux qui achètent de ces drogues n'en connaissent pas ni ne peuvent en contrôler la qualité et la pureté. Aussi serait-il oiseux de faire ici des distinctions entre les diverses substances. Nous nous contenterons de rappeler que l'action de ces produits varie grandement et qu'une certaine proportion de ceux dont on rapporte l'usage sont des substances faibles ou même inertes auxquelles les usagers attribuent erronément des propriétés hallucinogènes. Ces questions sont traitées plus à fond dans *Les effets de la drogue et Sources et distribution licites et illicites*.

Les données découlant des enquêtes de la Commission de mai 1972 indiquent que le nombre des usagers d'hallucinogènes s'est stabilisé. On compte autant de gens qui abandonnent la drogue que de nouveaux adeptes¹⁰⁴, ce qui concorde avec une observation faite par Goode il y a quelques années à propos de l'usage des hallucinogènes aux États-Unis : « L'abandon après la première fois est probablement plus rapide que pour n'importe quelle autre drogue en usage. On a généralement peu envie de poursuivre après quelques essais »¹⁰⁰.

Les enquêtes de la Commission, les seules à l'échelle du pays, ont établi que 4 p. 100 des élèves du secondaire et 8 p. 100 des étudiants, au printemps de 1970, avaient déjà fait usage d'hallucinogènes. Chez les adultes, la proportion n'était que de 0,6 p. 100. Toutefois, il ressort d'autres enquêtes, consacrées d'une manière générale aux grandes agglomérations, que ces statistiques sous-estimaient l'usage de ces drogues en 1970^{6, 17, 34, 42, 81, 88, 108, 114, 115, 133, 154, 180, 205, 225, 239, 240, 241, 242, 251, 258, 272, 273}. Ces études ont décelé un taux d'usage de 5 à 10 p. 100 chez les élèves du secondaire et de plus de 10 p. 100 chez les étudiants. On a enregistré une vive hausse des hallucinogènes de 1968 à 1970, la consommation doublant chaque année. On peut supposer que le taux d'accroissement a été beaucoup plus faible de 1970 à 1972. Aux États-Unis, qui laissent généralement présager ce que sera l'usage de la drogue dans le reste de l'Amérique du Nord, les faits confirment cette hypothèse. D'après une enquête nationale auprès des étudiants américains, la proportion de sujets ayant déjà consommé du L.S.D. est passée de 11 p. 100 en 1970 à 13 p. 100 en 1971¹⁹⁷. Un sondage récent parmi les élèves du secondaire à Toronto a révélé que la proportion de ceux qui avaient fait usage de L.S.D. au cours des six mois antérieurs était tombée de 8,5 à 6,4 p. 100 entre 1970 et 1972 tandis que la consommation d'autres hallucinogènes n'avait augmenté que légèrement, soit de 6,7 à 7,2 p. 100, au cours de la même période, indiquant donc une certaine stabilisation de l'usage des hallucinogènes²⁴². Sur le plan national, il y a peut-être eu un léger accroissement dans la proportion des personnes ayant déjà pris des hallucinogènes de 1970 à 1972. La proportion des jeunes à l'âge des études secondaires qui ont déjà consommé de ces drogues ne dépasse probablement pas 10 p. 100 au Canada.

ps 1160 ps 821

Ce chiffre nous servira d'estimation maximum en ce qui concerne les jeunes de 12 à 17 ans.

Le sondage effectué parmi les adultes de Toronto révèle que 2,6 p. 100 des sujets avaient pris du L.S.D. pendant les douze mois antérieurs au printemps de 1971²³⁹. Ce chiffre concorde avec celui noté un an plus tôt dans l'État de New York⁵² et celui enregistré chez les adultes de la région de San Francisco entre 1967 et 1969¹⁵⁹. Il est toutefois probable que l'usage des hallucinogènes est plus répandu dans les grands centres urbains que dans les régions rurales. Le chiffre relatif à Toronto ne peut donc servir d'indication pour l'ensemble de la population canadienne de plus de 17 ans. Nous avons opté pour un chiffre intermédiaire entre les 0,6 p. 100 notés par la Commission pour tout le Canada et les 2,6 p. 100 enregistrés à Toronto. Le chiffre de 1,5 p. 100 nous est apparu comme une estimation modérée du pourcentage d'adultes ayant déjà pris des hallucinogènes. D'après ce pourcentage, ajouté à celui des jeunes de 12 à 17 ans, environ 470 000 Canadiens auraient déjà consommé des hallucinogènes, ce qui équivaut à 3 p. 100 de la population canadienne âgée de 12 ans et plus. Comme il en a été fait mention précédemment, le nombre des usagers serait stabilisé.

Parmi les élèves du secondaire qui font usage d'hallucinogènes, 15 à 25 p. 100 en prendraient plus d'une fois par mois^{241, 242, 243}. Les renseignements dont nous disposons ne nous permettent pas d'établir la fréquence de consommation d'hallucinogènes pour les adultes et les étudiants.

L'ALCOOL

L'usage de l'alcool est très répandu dans la société occidentale. Au Canada (comme aux États-Unis), la consommation d'alcool est à la hausse, particulièrement chez les jeunes adultes et les adolescents. Cette tendance était apparente même avant que l'âge légal pour la consommation de boissons alcooliques ne soit abaissé presque partout au Canada.

Les sondages effectués dans les écoles secondaires au Canada révèlent que de 40 à 87 p. 100 des élèves prennent de l'alcool, même si c'est interdit par la loi pour la plupart d'entre eux^{6, 17, 80, 81, 108, 118, 180, 219, 225, 240, 241, 242, 251, 272, 273}. Le sondage de la Commission, le seul qui contienne des données pour tout le Canada, est de tous les sondages effectués au niveau secondaire celui qui situe le plus bas le pourcentage des élèves ayant déjà pris de l'alcool : 33 p. 100. Un peu plus du tiers de ceux-ci en consommaient plus d'une fois par mois au printemps de 1970.

Les sondages effectués au Canada et aux États-Unis parmi les étudiants indiquent que 80 à 97 p. 100 ont déjà pris de l'alcool^{17, 154, 198}. L'enquête de la Commission a établi la proportion à 83 p. 100 pour le printemps 1970 ; 59 p. 100 disaient en avoir consommé plus d'une fois par mois au cours des six mois précédents. Le sondage de la Commission chez les adultes a fait ressortir que 66 p. 100 avaient déjà pris de l'alcool. Un sur cinq (soit

2 780 000 personnes) disaient en consommer plus d'une fois par semaine. De Lint, Schmidt et Pernanen⁷⁵ ont constaté qu'en 1969 les quatre cinquièmes de la population ontarienne âgée de 15 ans et plus et 82 p. 100 de la population âgée de 20 ans et plus prenaient de l'alcool.

Comme l'usage de l'alcool augmente et que l'âge légal a été abaissé dans presque tout le Canada, nous inclinons à croire que les estimations procédant des enquêtes de la Commission ne reflètent déjà plus la situation parmi les adultes et les adolescents. En confrontant les travaux de la Commission avec ceux de De Lint, Schmidt et Pernanen, confinés à l'Ontario, nous en sommes venus à la conclusion que 75 p. 100 des adultes et 50 p. 100 des adolescents, estimation sans doute modérée, avaient déjà fait usage d'alcool. Les deux chiffres donnent un total de 11 716 000 Canadiens ayant déjà fait usage d'alcool. (L'Addiction Research Foundation de l'Ontario¹, quant à elle, estime que 11 612 000 Canadiens de 14 ans et plus avaient déjà consommé de l'alcool en 1969). Un buveur sur dix environ contrevient à la loi, puisqu'il n'a pas atteint l'âge requis. On estime qu'en 1969 5,31 p. 100 des consommateurs d'alcool au Canada (soit environ 617 000 personnes) prenaient chaque jour des quantités « dangereuses » d'alcool¹. Se fondant sur les statistiques des décès résultant de la cirrhose du foie, l'Addiction Research Foundation a fixé le nombre des alcooliques au Canada en 1967 à 308 200 ou environ 2,8 p. 100 des usagers¹.

L'étude effectuée en 1969 par De Lint, Schmidt et Pernanen⁷⁵ en Ontario a révélé qu'environ 15 p. 100 de la population de cette province (ou 19 p. 100 des non-abstinents) consommaient des boissons alcooliques (de la bière dans la majorité des cas) plus de deux fois par semaine. Les buveurs quotidiens représentaient moins de 6 p. 100 de la population de l'Ontario ou environ 7 p. 100 des buveurs. Parmi les sujets qui disaient avoir bu durant la semaine précédant l'enquête (71 p. 100 des non-abstinents), la très grande majorité (76 p. 100) avaient absorbé moins de 21 centilitres d'alcool pur (moins de trois centilitres par jour). Seulement 3 p. 100 (ou moins de 2 p. 100 de l'ensemble de la population ontarienne âgée de 14 ans et plus) avaient consommé plus de 70 cl d'alcool pur (ou plus de 10 cl par jour) durant la semaine.

BARBITURIQUES, TRANQUILLISANTS MINEURS ET AUTRES HYPNOTIQUES SÉDATIFS

Les substances qui nous intéressent ici sont les barbituriques (tels que le Séconal et le Nembutal), les hypnotiques sédatifs non barbituriques (tel le Mandrax) et les tranquillisants mineurs (comme le Librium et le Valium). Nous excluons les tranquillisants majeurs, qui sont rarement utilisés à des fins non thérapeutiques. Ces préparations sont connues sous une variété de noms dans l'argot du milieu, mais elles sont généralement classées parmi les sédatifs. Diverses substances qui pourraient être traitées à ce chapitre sont d'ordinaire utilisées pour leurs propriétés hallucinogènes ou enivrantes plutôt

p. 1160
p. 821.

que pour leurs vertus sédatives. Parmi celles-ci notons l'alcool (dont il est question plus haut), le datura innoxia, le datura stramonium et certains alcaloïdes de la belladone comme la scopolamine. Ces trois dernières substances ne sont que rarement employées. Faute de renseignements à leur sujet, nous les avons omises.

D'après les sondages de la Commission, environ le tiers des adultes au Canada auraient fait usage de sédatifs en 1970, le quart auraient pris des somnifères et le quart des tranquillisants, à des fins thérapeutiques ou autres. Les trois groupes chevauchent dans une certaine mesure. L'usage courant et fréquent n'est pas aussi répandu. Chacune des trois substances avait été employée plus d'une fois par semaine à des fins médicales ou non médicales par un sujet sur vingt environ au cours des six mois précédant les sondages.

Le cinquième environ des étudiants avaient déjà pris des sédatifs, des somnifères et des tranquillisants en 1970. Chez les élèves du secondaire, 15 p. 100 avaient pris des sédatifs et 11 p. 100 des tranquillisants et des somnifères. La proportion des usagers parmi les élèves du secondaire et les étudiants était plus faible que chez les adultes.

En décembre 1971, Sidney Cohen (directeur, Center for the Study of Mind-Altering Drugs, Université de la Californie, Los Angeles) avait prédit que 1972 serait l'année des sédatifs²³⁵. Les enquêtes faites par la Commission en mai 1972 ont paru confirmer cette prédiction. Elles indiquaient que l'usage non médical des barbituriques aussi bien que des hypnotiques sédatifs non barbituriques (particulièrement ceux contenant de la méthaqualone) se répandait au Québec, en Ontario et en Colombie-Britannique. Dans les provinces de la Prairie, l'usage des tranquillisants sans ordonnance était aussi à la hausse, mais il n'était pas facile de trouver, à des fins non médicales, des hypnotiques sédatifs non barbituriques¹⁰⁴.

Les enquêtes chez les élèves du secondaire au Canada n'indiquaient aucun changement significatif dans la diffusion de l'usage de sédatifs et d'hypnotiques de 1968 à 1971. On a constaté que, suivant les régions, 3 à 8 p. 100 des élèves avaient pris des barbituriques et 8 à 10 p. 100 des tranquillisants au cours des six mois antérieurs aux sondages^{6, 17, 78, 80, 81, 108, 114, 115, 180, 225, 240, 241, 251, 272, 273}. Un sondage récent de l'Addiction Research Foundation de l'Ontario a fait ressortir une augmentation considérable (de 4,3 p. 100 à 18,2 p. 100) dans l'usage des barbituriques chez les élèves des écoles secondaires de Toronto, mais il est possible que la hausse soit entièrement attribuable au nouvel énoncé de la question incluant les antalgiques. Les auteurs du sondage invitent d'ailleurs à la prudence dans l'interprétation des résultats jusqu'à ce que d'autres données les éclairent davantage²⁴².

Les données résultant de ces sondages soulignent encore une fois qu'il importe de bien définir le niveau de consommation. Un critère de fréquence élevée dans ces études est souvent formulé ainsi : plus d'une fois par mois au cours des six derniers mois. Presque invariablement, le cinquième environ des usagers déclarent une fréquence de plus d'une fois par mois pour la période. On pourrait qualifier ce niveau de consommation d'usage intermittent, mais il

se peut qu'une bonne proportion de ces élèves aient l'habitude de fortes doses. Bref, en 1971, environ 1 p. 100 des élèves du secondaire faisaient au moins occasionnellement usage de barbituriques et 2 p. 100, de tranquillisants.

Un sondage effectué au printemps 1971 à Toronto parmi les personnes de plus de 17 ans a révélé que 9 p. 100 avaient pris des barbituriques et 13 p. 100, des tranquillisants au cours des douze mois précédents, à des fins thérapeutiques ou autres. La consommation était quotidienne chez 38 p. 100 des usagers de tranquillisants et 24 p. 100 des usagers de barbituriques⁸².

Quelle proportion prenaient de ces médicaments à des fins non médicales ? Nous ne pouvons l'évaluer que de façon indirecte. Nous savons qu'environ 10 p. 100 des usagers ou 1 p. 100 de la population se procurent de ces drogues sans ordonnance. Dans le sondage de la Commission auprès des adultes, la même proportion de sujets ont dit prendre des tranquillisants sans surveillance médicale, soit 10 p. 100 des usagers de tranquillisants ou 2 p. 100 de la population. Le sondage de la Commission, toutefois, tendait à établir si les sujets avaient « déjà » pris de ces médicaments tandis que le sondage de Toronto se limitait aux douze mois antérieurs. Sur la foi de ces sondages, nous pouvons avancer qu'environ 10 p. 100 des usagers de barbituriques et de tranquillisants mineurs se procurent ces médicaments sans ordonnance. Ce pourcentage équivaut à 1 p. 100 de la population adulte au Canada.

Ensemble, les sujets du secondaire (de 12 à 17 ans) et les sujets adultes (de 18 ans et plus) formeraient un total de 1 380 000 usagers des barbituriques et 2 040 000 usagers des tranquillisants mineurs, pour l'année précédant les sondages. Parmi les adultes, 180 000 usagers des tranquillisants et 125 000 usagers des barbituriques se passaient d'ordonnance. Malheureusement, on ne dispose pas de renseignements suffisants pour déterminer le nombre des adolescents qui ont pris de ces médicaments à des fins non médicales. Il est probable toutefois que la majorité des gens font un usage quotidien de ces médicaments sur ordonnance.

Ces estimations, se fondant sur des sondages, pourraient bien être trop faibles pour certaines catégories d'usagers, notamment les usagers d'héroïne et d'amphétamines. Ces deux groupes de toxicomanes font une consommation plus fréquente de barbituriques et de tranquillisants mineurs que le reste de la population, soit pour leur satisfaction, soit pour combattre les effets de leur toxicomanie. Leur nombre est faible toutefois par rapport à celui des adeptes des barbituriques et des tranquillisants que touchent les sondages.

SUBSTANCES VOLATILES : SOLVANTS ET GAZ

L'inhalation de substances volatiles se pratique surtout chez les jeunes adolescents. Les solvants n'ont jamais été en haute estime parmi les autres usagers de la drogue ; et, dans la mesure où d'autres drogues (particulièrement le cannabis et l'alcool) s'offrent à lui, le « renifleur » est susceptible de changer ses habitudes. La colle n'est plus le solvant le plus usuel. Nos

P5 1160
 P5 821

observateurs dans plusieurs villes du Canada signalent que certains décapants de vernis à ongles ont désormais la prédilection. La toxicomanie aux solvants pose un problème important ou croissant dans diverses régions du pays, notamment en Nouvelle-Écosse et dans l'Ouest. On ne saurait dire pour l'instant si le phénomène s'est accentué ou s'il est mis en relief par l'intérêt porté à l'usage de la drogue chez les adolescents¹⁰⁴.

Les sondages parmi les élèves du secondaire révèlent une stabilisation ou un déclin de l'usage des solvants de 1968 à 1972^{17, 32, 108, 241, 242, 251, 258, 272, 273}. De 5 à 6 p. 100 en avaient fait usage au cours des six mois précédant les sondages. Malheureusement, presque tous les sondages portaient sur des populations du centre du pays. Les sondages effectués par la Commission ont révélé que 2 p. 100 des élèves du secondaire avaient déjà inhalé de la colle comme psychotrope au printemps 1970. À l'occasion d'autres sondages effectués vers la même période, au moins deux fois plus d'élèves auraient probablement admis avoir fait usage d'autres solvants si la question leur avait été posée. Parmi les élèves qui ont répondu par l'affirmative au sondage de la Commission, les trois quarts n'avaient pas inhalé de colle au cours des six mois précédents. Le taux d'usage des solvants (y compris la colle) plus faible que lors d'autres sondages, serait d'environ 1,5 p. 100. Sur la foi des résultats de ce sondage et des sondages indépendants de la Commission, nous situerions au plus à 4 p. 100 la proportion des élèves du secondaire faisant usage de solvants. Chez les adultes, cette toxicomanie est à peu près inexistante.

Environ 20 p. 100 des usagers des solvants s'y adonneraient plus d'une fois par mois. Dans trois grandes villes de l'est du Canada, 62 p. 100 des usagers avaient reniflé de la colle moins de trois fois au cours des six mois antérieurs au sondage. Chez 20 p. 100 la fréquence avait été de sept fois ou plus au cours de la même période²⁴³. D'après un sondage effectué chez les élèves des écoles secondaires de Toronto en 1972, le tiers des adeptes de la colle ou d'autres solvants en auraient inhalé deux fois ou plus durant les six mois antérieurs. Moins de 5 p. 100 des usagers disaient s'être livrés à cette pratique plus de 50 fois, soit au moins deux fois par semaine durant la période.

LE TABAC

Le tableau ci-après illustre les habitudes de consommation de tabac parmi la population de 15 ans et plus en 1965 et en 1972. Au cours de cette période, il semble y avoir eu un léger déclin dans le nombre des personnes fumant tous les jours, mais le pourcentage des gros fumeurs (plus de 25 cigarettes par jour) aurait, tout au plus, marqué une légère augmentation.

La distribution de l'usage du tabac diffère de celle des autres drogues en ce qu'il existe une forte concentration à un certain niveau de consommation. Presque tous les fumeurs fument quotidiennement, et en quantités variant de 11 à 25 cigarettes par jour pour environ 65 p. 100 d'entre eux.

TABLEAU C. 5

CONSOMMATION DE CIGARETTES CHEZ LES CANADIENS DE 15 ANS ET PLUS
EN 1965 ET 1972*

	1965	1972	Écart
	%	%	%
Nulle ou non quotidienne.....	57,2	60,2	+3,0
quotidienne (total).....	42,8	39,8	-3,0
1-10 par jour.....	11,5	9,7	-1,8
11-25 par jour.....	27,8	26,3	-1,5
25 par jour.....	3,5	3,8	+0,3
Total.....	100	100	---

* Estimations du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social fondées sur les données de Statistique Canada touchant la population active de 15 ans et plus, à l'exclusion des habitants du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest, des Indiens vivant dans les réserves, des sujets placés dans des établissements et du personnel des forces armées.

Peu de données permettent de déterminer le taux d'usage du tabac chez les gens de moins de 15 ans. Les sondages effectués dans les écoles secondaires de Montréal et de Halifax²⁴³ en 1969, d'Ottawa¹⁰⁸ en 1970 et de Toronto²⁴² en 1968, 1970 et 1972 révèlent toutefois que 25 p. 100 des élèves de septième et de huitième et environ 45 p. 100 des élèves de neuvième et de dixième faisaient usage de tabac. Le sondage d'Ottawa, de loin le plus complet, montrait que 65 p. 100 des fumeurs de septième et de huitième consommaient moins d'un paquet de cigarettes par semaine et qu'environ 4 p. 100 fumaient plus de sept paquets par semaine. Parmi les fumeurs des classes de neuvième et de dixième, 36 p. 100 fumaient moins d'un paquet par semaine et environ 6 p. 100 sept paquets ou plus. Les sondages de Montréal, de Halifax et de Toronto n'établissaient pas le niveau de consommation en fonction de l'âge ou de l'année scolaire, mais indiquaient que de 50 à 60 p. 100 des fumeurs des écoles secondaires consommaient moins d'un paquet ou de 20 cigarettes par semaine.

La Commission n'a pu obtenir de données récentes sur l'usage des autres produits du tabac. Dans les statistiques de 1964 cependant environ 16 p. 100 de la population de 15 ans et plus fumaient la pipe, et à une fréquence quotidienne pour la moitié d'entre eux. De même, 16 p. 100 de la population fumaient le cigare en 1964, mais moins du cinquième tous les jours.

C. 3 LE CONSOMMATEUR

Dans l'introduction à cet appendice, nous avons fait état des difficultés de l'information sur la diffusion et les modalités de l'usage de la drogue. Les mêmes difficultés, notamment la disparité des méthodes d'enquête, la portée restreinte de la plupart des études et l'échantillonnage souvent discu-

p. 821
p. 1160

table des populations qui font l'objet de sondages, caractérisent aussi l'étude du consommateur. Les données que nous possédons sont sujettes à caution et se prêtent mal aux généralisations. Les données les plus courantes et les plus sûres ont trait à l'âge, au sexe et à la situation sociale et financière des usagers. Ces variables reviendront donc fréquemment dans ce chapitre et d'autres facteurs y seront traités dans la mesure où nous disposerons de données pertinentes et dignes de foi. Puisqu'il s'est fait quantité d'enquêtes sur l'usage de la drogue parmi les jeunes et peu de bonnes études sur la consommation de drogues illicites par les adultes, il va de soi que le texte qui suit portera principalement sur les jeunes, en particulier ceux des écoles secondaires et des universités.

L'analyse des données relatives aux traits sociaux liés à l'usage de la drogue part de l'hypothèse que ces rapports revêtent une signification sociale aussi bien que statistique. Ainsi, nous supposons que certains traits étroitement liés à l'usage d'une drogue nous aideront à déterminer quelles personnes ou quels groupes y sont le plus enclins, à quelle fréquence, dans quelle mesure et suivant quelles modalités. Hélas ! la concentration des enquêtes sur des populations précises (notamment la population étudiante) et sur l'époque où les hallucinogènes ont commencé à être en vogue, soit vers le milieu et la fin des années 60, fait que toute tentative pour établir des pronostics à partir des particularités sociales des consommateurs est souvent futile et trompeuse. Par conséquent, notre inventaire des particularités sociales des usagers au Canada doit être considéré comme descriptif plutôt qu'analytique. Pour émettre des pronostics sûrs, il faudra attendre les résultats d'enquêtes plus poussées.

LES STUPÉFIANTS OPIACÉS

L'âge des usagers d'héroïne au Canada va d'environ 18 ans à la soixantaine. Jusque vers 1965, la plupart des héroïnomanes qui étaient portés pour la première fois à l'attention du Bureau des drogues dangereuses (B.D.D.) avaient de 25 à 39 ans ; c'est donc vers ces âges qu'ils étaient le plus susceptibles de se faire arrêter pour quelque infraction ou de se présenter pour une cure. Ce n'est cependant pas à un âge aussi avancé, en général, qu'ils contractaient l'habitude de l'héroïne²⁵³.

En 1945, une enquête menée par la Gendarmerie royale du Canada à Vancouver a révélé que plus de la moitié des toxicomanes arrêtés avaient contracté l'habitude de l'héroïne à l'âge moyen de 17,4 ans, contre 21,9 ans²⁰³ pour l'ensemble des sujets. Les études effectuées par Henderson à la fin des années 60¹¹⁷ et par Stevenson et ses collaborateurs²⁵⁴ au milieu des années 50 ont démontré que plus de la moitié des héroïnomanes de la Colombie-Britannique étaient tombés sous l'empire de la drogue vers la fin de l'adolescence ou au début de la vingtaine. Cependant, 21 p. 100 des sujets examinés par Henderson étaient devenus esclaves de la drogue avant l'âge de 18 ans et la plupart des autres vers l'âge de 30 ans. Une enquête récente

de la *Narcotic Addiction Foundation* de la Colombie-Britannique indique que la plupart des jeunes toxicomanes en cure d'entretien à la méthadone n'ont pas contracté la dépendance avant l'âge de 21 ans¹²⁷. Même si l'âge auquel les usagers d'opiacés sont repérés tend à diminuer (voir C. 2, *Diffusion de l'usage, Stupéfiants opiacés*), on ne saurait conclure que l'usage ou la dépendance surviennent aujourd'hui à un âge beaucoup plus bas qu'autrefois. L'héroïnomanie est restée quelques décennies après son apparition un phénomène de la fin de l'adolescence.

De 1956 à 1963, on demandait aux toxicomanes qui se présentaient à la *Narcotic Addiction Foundation* l'âge auquel ils avaient contracté la dépendance à l'égard de l'héroïne et on confrontait leurs réponses avec les dossiers du Bureau des drogues dangereuses. Il est apparu que 51 p. 100 n'en étaient toujours pas connus après cinq ans de dépendance¹¹⁷. Ainsi, les statistiques fédérales de l'époque ne sont guère utiles pour déterminer l'âge auquel est intervenue la dépendance puisqu'une très forte proportion d'habitues n'étaient portés à l'attention du B.D.D. que longtemps après avoir commencé à faire usage de la drogue.

Ces dernières années, toutefois, quantité de noms sont parvenus au B.D.D. par les « rapports de ventes au détail » (c'est-à-dire des ordonnances de méthadone). En même temps, un pourcentage plus élevé de toxicomanes de moins de 25 ans se sont fait connaître du Bureau. De plus en plus, le laps de temps qui s'écoule entre le moment où les usagers font l'expérience de la drogue et celui où ils sont repérés par le B.D.D. s'amenuise du fait que les jeunes toxicomanes n'hésitent pas à se présenter pour une cure d'entretien à la méthadone ou à solliciter de leur médecin des ordonnances de méthadone dès la première année¹²⁷. Les recherches de la Commission révèlent en outre qu'avant l'entrée en vigueur des nouvelles restrictions sur l'ordonnance de méthadone en juin 1972, bon nombre d'ordonnances avaient été émises en faveur de personnes qui n'avaient jamais fait usage d'héroïne ou à peine. Ainsi, les personnes ayant déjà fait usage d'héroïne sont susceptibles d'être repérées plus tôt par les registres d'ordonnances de méthadone et beaucoup de jeunes qui obtiennent de la méthadone peuvent être inscrits sur la liste des habitués de stupéfiants même s'ils n'ont guère fait usage d'opiacés (voir *Diffusion de l'usage, Stupéfiants opiacés*).

L'augmentation en nombre des jeunes toxicomanes connus peut aussi tenir à des changements d'attitudes de la part de la police. Celle-ci depuis quelque temps s'inquiète davantage de la toxicomanie chez les jeunes. Ceux-ci sont plus exposés à se faire arrêter et fouiller dans la rue et à subir des investigations à leur domicile. Il peut ainsi arriver que des jeunes qui ne font usage d'héroïne que depuis quelques mois et qui n'en ont pas contracté l'habitude soient arrêtés pour des infractions reliées à l'héroïne.

Pour toutes ces raisons, la diminution de l'âge moyen des héroïnomanes connus notée ces dernières années ne reflète pas forcément de changements proportionnels dans la population des usagers. Il apparaît néanmoins qu'on fait un certain usage de l'héroïne chez les adolescents. Halpern et Mori¹⁰⁸,

ps 1160
ps 821

par exemple, ont constaté que 1,1 p. 100 des élèves de huitième, 3,3 p. 100 des élèves de dixième et 2,5 p. 100 des élèves de douzième dans les écoles de langue anglaise d'Ottawa avaient fait usage d'opiacés (héroïne comprise) au cours de deux mois précédant leur enquête. Les plus forts pourcentages chez les élèves de langue française à Ottawa ont été relevés en neuvième (1,6 p. 100) et en douzième (1,7 p. 100). Smart, Fejer et White²⁴² ont constaté que, dans les six mois précédant leur enquête de 1972 à Toronto, 1,7 p. 100 des sujets de leur échantillon de septième avaient fait usage d'héroïne au moins une fois. La proportion atteignait 3,1 p. 100 chez les élèves de neuvième et 1,2 p. 100 chez ceux de onzième et treizième années. Les dernières statistiques du *Bureau des drogues dangereuses* ne comptaient que 50 sujets de moins de 17 ans (0,6 p. 100 du total de 1972) comme les habitués connus des stupéfiants.

Si les gens de couleur constituent la plus forte proportion d'héroïnomanes aux États-Unis, il n'en est pas de même au Canada. Outre quelques autochtones et quelques Orientaux âgés, les usagers d'héroïne sont blancs et nés au Canada.

Parmi les habitués connus, on compte environ sept hommes pour trois femmes. Le déséquilibre est toutefois moins prononcé chez les usagers d'occasion. Russell²²³ a noté un rapport de trois garçons pour deux filles chez les élèves des écoles secondaires de la Colombie-Britannique qui avaient fait usage d'héroïne plus de 10 fois en 1969 tandis qu'une enquête menée à Vancouver en 1970 a fait ressortir un rapport inverse dans la même catégorie d'usagers. Sur l'ensemble des élèves ayant déjà fait usage d'héroïne, les deux enquêtes révélaient une égalité numérique entre les deux sexes. Smart, Fejer et White²⁴³ ont relevé un rapport de trois garçons pour deux filles chez les usagers d'héroïne des écoles secondaires de Toronto.

La plupart des héroïnomanes se marient ou vivent en union libre à un moment ou l'autre de leur vie. Quelques-uns ont plusieurs liaisons. Les héroïnomanes ont tendance à se marier entre eux et les ménages prennent souvent l'allure d'une association d'affaires aussi bien que d'une relation d'amour et de compagnie. Les unions sont fréquemment éprouvées et quelquefois rompues par de longues incarcérations.

La plupart des héroïnomanes qui ont fait le sujet d'enquête aux États-Unis et au Canada avaient mal réussi à l'école en dépit d'aptitudes intellectuelles moyennes ou supérieures à la moyenne^{253, 263, 266}. Les statistiques des condamnations pour infractions reliées à l'héroïne au Canada de 1967 à 1969 révèlent que 82 p. 100 des condamnés dont le degré d'instruction était connu n'avaient pas dépassé la dixième année¹²⁸. Plus de 80 p. 100 des sujets examinés par Henderson en Colombie-Britannique avaient abandonné leurs études avant l'âge de 16 ans¹¹⁷. Les motifs et explications le plus souvent invoqués sont le manque d'intérêt, l'ambition de travailler et de gagner et l'incarcération dans une maison de correction.

Les héroïnomanes éprouvent au travail les mêmes difficultés d'adaptation qu'antérieurement à l'école et bien peu d'entre eux arrivent à les surmonter. Une enquête de Vaillant²⁶³ auprès de toxicomanes américains a révélé que non seulement les sujets issus de quartiers pauvres et ayant plaqué l'école prématurément, mais aussi quantité de sujets d'origine bourgeoise avaient éprouvé des difficultés au travail avant de tomber sous la coupe des opiacés. Quelques-uns se plaignaient du caractère fastidieux et de la faible rémunération de leur travail, mais il se peut que certaines de leurs difficultés aient été attribuables à des condamnations et à un casier judiciaire⁹⁵.

L'un des grands sujets de controverse sur le « toxicomane délinquant » consiste à établir dans quelle mesure sa conduite dépend de la toxicomanie (et sert à la soutenir) ou la précède et se serait perpétuée indépendamment d'elle. Le comportement antisocial antérieur à la dépendance varie énormément selon les échantillons¹⁴⁹. Le pourcentage des usagers d'héroïne connus comme délinquants avant d'avoir contracté l'habitude de la drogue varie de 50 p. 100 à 75 p. 100 dans la plupart des études américaines récentes²⁶⁶. D'après deux études effectuées en Colombie-Britannique, l'écart serait le même au Canada. La *Narcotic Addiction Foundation* relève que la moitié des toxicomanes admis dans ses établissements durant les six premiers mois de 1970 avaient déjà été condamnés¹²⁷. Une étude antérieure²⁵³ a établi aux trois quarts la proportion des sujets ayant un casier judiciaire antérieur à l'usage des stupéfiants. Henderson¹¹⁷, dans une autre étude effectuée en Colombie-Britannique, a établi que, si les trois quarts des sujets s'étaient rendus coupables d'actes de délinquance, moins de la moitié avaient commis des infractions répétées entraînant l'arrestation et la condamnation. Ces chiffres, a-t-il démontré, ne s'écartent pas sensiblement des statistiques de la délinquance juvénile dans le monde occidental. L'étude par Stevenson et ses collaborateurs²⁵³ a révélé, d'autre part, qu'à peu près la moitié des femmes héroïnomanes en Colombie-Britannique avaient fait auparavant de la prostitution.

L'usage et le trafic de l'héroïne se pratiquent surtout dans les quartiers misérables et surpeuplés des villes d'Amérique du Nord. Il ne s'ensuit pas forcément que ceux qui tombent sous l'empire de la drogue viennent de familles pauvres. Plus des trois quarts des sujets examinés par Stevenson et ses collaborateurs à la prison d'Oakalla, près de Vancouver, étaient issus de familles aisées ou à revenus suffisants. Quelques rares sujets avaient été élevés dans la gêne²⁵³. Plus de 40 p. 100 des sujets d'une autre enquête effectuée en Colombie-Britannique venaient de familles où le père ou la personne en tenant lieu était membre d'une profession libérale, employé ou ouvrier qualifié. Environ 5 p. 100 des chefs de famille étaient en chômage ou s'employaient à des activités illicites, mais la répartition professionnelle des autres était à peu près la même que pour l'ensemble de la population^{117, 167}.

Les études effectuées au Canada et aux États-Unis ces dernières années font ressortir une plus forte proportion de décès, d'abandons, de séparations

ps 821.
 ps 1160

ou de divorces pour les familles de toxicomanes que pour l'ensemble de la population^{58, 117, 253, 266}. Nombre de foyers sont toutefois intacts, stables et aisés. Les sujets qui tombent sous l'empire de l'héroïne ont tendance à quitter leur famille assez tôt, mais c'est sans doute parce qu'ils abandonnent leurs études prématurément et que, dans certains cas, ils se rendent coupables d'actes de délinquance qui les conduisent à la maison de correction.

Même si l'enfance malheureuse et les affections psychiques qui en résultent ont souvent été citées parmi les causes de la dépendance à l'égard des opiacés, il apparaît aujourd'hui que d'une manière générale les héroïnomanes ne souffrent pas de maladies mentales graves²⁶⁶. On a dit qu'ils étaient inadaptés, déprimés, hostiles, sans maturité, intrigants, qu'ils faisaient du narcissisme et entretenaient des sentiments d'insuffisance. Mais on ne sait à peu près rien du comportement antérieur des héroïnomanes et il est difficile de déterminer si ces traits de caractère sont antérieurs à l'héroïnomanie ou s'ils résultent de la vie et de la stigmatisation qu'entraîne la dépendance à l'égard de la drogue¹⁵².

Les études comportant des diagnostics psychiatriques sont d'ordinaire effectuées sans groupe témoin suffisant et parfois dans un établissement où l'individu, tenu la plupart du temps contre son gré, est dépouillé des éléments qui composent son identité et est forcé de s'adapter à un milieu étranger²³. L'examen des détenus de la prison-ferme d'Oakalla a montré que ceux qui avaient déjà fait usage d'héroïne ne risquaient pas plus d'être envoyés à l'hôpital psychiatrique que les autres²³³. Stevenson en est venu à la conclusion que les « toxicomanes sont fondamentalement comme tout le monde » et que leur personnalité accuse une carence de ressources plutôt que des facteurs pathologiques démontrables. La relation entre la dépendance à l'égard des opiacés et les troubles psychologiques est traitée à l'Appendice D.

LES AMPHÉTAMINES

Les usagers des amphétamines par injection intraveineuse, pour la plupart, sont adolescents ou dans la vingtaine. L'âge de 218 amphétaminomanes examinés à Toronto, en 1970, variait de 13 à 30 ans. L'âge moyen pour les deux sexes était d'environ 17 ans¹⁴⁸. À l'occasion, on a vu des amphétaminomanes qui n'avaient que 12 ou 13 ans et il est possible que l'âge moyen ait diminué légèrement au cours des dernières années avec la diffusion des amphétamines dans les banlieues et les écoles secondaires de certaines régions.

On compte en général deux ou trois hommes pour une femme parmi les amphétaminomanes, mais il y aurait sans doute presque autant de femmes que d'hommes, compte tenu de tous les usagers (y compris ceux qui vivent avec leurs parents^{103, 227}).

Certains des premiers amphétaminomanes en Amérique du Nord avaient fait des études universitaires^{179, 193}, mais ce n'est pas le cas au Canada en général. À Toronto une étude a révélé que la plupart des amphétaminomanes qui ne vivaient pas avec leurs parents avaient quitté l'école secondaire préma-

turément. Quelque 60 à 70 p. 100 des sujets faisant usage d'amphétamines avaient doublé au moins une classe¹⁴⁸. Des enquêtes effectuées à Montréal et à Toronto pour le compte de la Commission ont donné à peu près les mêmes résultats^{160, 188}. Seule une infime minorité de ceux qui font usage d'amphétamines par intraveineuse travaillent régulièrement et à plein temps¹⁴⁸. Certains, évidemment, vont à l'école ou à l'université (près du tiers des amphétaminomanes de Halifax en 1971, par exemple²⁴⁵), mais chez ceux de la bohème, on ne relève pas grand désir de travailler. La préparation professionnelle est d'ailleurs déficiente et les possibilités d'un emploi légitime sont maigres. Ceux qui travaillent occupent surtout des emplois de manœuvres²⁴⁵ et le passé professionnel des amphétaminomanes en chômage consiste généralement en une multitude d'emplois temporaires de manœuvres ou d'ouvriers spécialisés, de peintres d'enseignes, chauffeurs de taxi, journaliers en bâtiment, danseuses à gogo et aides-cuisiniers dans les restaurants. Il faut noter toutefois que les amphétaminomanes qui travaillent régulièrement, moins enclins à se joindre au milieu des drogués, n'ont probablement pas été touchés par les enquêtes de la Commission.

Diverses études ont confirmé les origines bourgeoises de la majorité des amphétaminomanes^{148, 195, 217, 248}. Cependant les hôtes des maisons d'amphétaminomanes de Toronto, en 1971, étaient issus de diverses couches de la bourgeoisie, tandis que les amphétaminomanes de passage venaient plutôt de couches sociales plus élevées¹⁸⁸. Les chercheurs de la Commission ont noté que les amphétaminomanes de la bohème qualifiaient leurs relations familiales d'insatisfaisantes et affichaient en général une attitude négative ou hostile envers leurs parents. Au cours de la même enquête et d'une autre effectuée à Toronto, on a constaté qu'un très grand nombre d'entre eux venaient de foyers désunis ou adoptifs^{148, 188}. Plus de la moitié des sujets d'un groupe d'amphétaminomanes de Toronto avaient vu un psychiatre au moins une fois avant de tâter des amphétamines⁶⁹.

Même si nos renseignements sur les particularités sociales des amphétaminomanes se dégagent en partie d'impressions, les modalités d'usage — régulier, à dose massive et intraveineux — sont assez nettement définies. Les données sur l'usage oral des amphétamines, même si elles ont été recueillies avec plus de soin, souffrent d'une autre faiblesse : le type d'usage n'y est pas clairement établi. Peu d'enquêtes récentes, à l'exception de celles commandées par la Commission, font la distinction entre usage médical et usage non médical. Les données qui ne tiennent pas compte de cette distinction doivent être interprétées avec prudence.

Les études de la Commission ont révélé que, chez les élèves du secondaire, l'usage médical (c'est-à-dire l'usage de drogues obtenues sur ordonnance) de pilules d'amaigrissement et de stimulants était rare parmi les sujets de moins de 15 ans, mais relativement fréquent parmi les sujets de 15 à 19 ans. Chez les étudiants, c'est chez les sujets de plus de 30 ans que l'usage médical était le plus fréquent. L'usage non médical était répandu surtout chez les sujets de 25 à 29 ans. Fejer et Smart⁸² ont constaté que chez les usagers

ps 1160
 ps 821

adultes de Toronto les sujets de 18 à 25 ans consommaient plus de stimulants. (Les auteurs ne livraient pas de données sur les sujets de moins de 18 ans.) Ils ont écrit ce qui suit :

Il n'y avait pas de différence notable entre les groupes d'âge quant à la durée de l'usage ou au nombre de comprimés absorbés par 24 heures, mais plus d'usagers de 18 à 25 ans que d'usagers d'autres groupes d'âge se procuraient des médicaments sans ordonnance. Environ 55 p. 100 des usagers de 18 à 25 ans se procuraient des stimulants sans ordonnance contre 23,5 p. 100 chez les usagers de 26 à 45 ans. Tous les usagers de plus de 45 ans recouraient à l'ordonnance.

À la fin des années 60, le rapport numérique entre garçons et filles usant de stimulants était de un et demi à un dans les écoles secondaires de Montréal, Toronto et Halifax²⁷². Dans les écoles secondaires de Toronto en 1970 et 1972, un peu plus de filles que de garçons avaient fait usage de stimulants au cours des six mois antérieurs aux sondages²⁴². L'analyse par la Commission d'un échantillon adulte couvrant l'ensemble du pays a révélé que deux fois plus de femmes (17 p. 100) que d'hommes (8 p. 100) avaient déjà fait usage de pilules d'amaigrissement et de stimulants « sous la surveillance d'un médecin » et que la même proportion de sujets des deux sexes en avaient fait usage sans surveillance.

Fejer et Smart⁸², toutefois, n'ont pas observé de différence notable entre les deux sexes dans la proportion des usagers adultes de stimulants, à Toronto. Si les femmes faisaient usage de stimulants plus fréquemment que les hommes, elles en prenaient en général moins longtemps. Les deux chercheurs ont aussi constaté que seulement le quart des hommes contre plus des trois quarts des femmes se procuraient leurs médicaments sur ordonnance.

Lors des enquêtes par l'*Addiction Research Foundation* de l'Ontario en 1968 et en 1970²⁴¹, on a constaté que l'usage de stimulants était particulièrement répandu chez les élèves du secondaire dont le père exerçait une profession libérale ou administrative. Les catégories « orphelins de père » et « père en chômage » ayant été ajoutées dans le questionnaire, les résultats de l'enquête de 1972 ont été sensiblement modifiés²⁴². Il est apparu que les premiers faisaient un plus grand usage de stimulants que n'importe quel autre groupe. Ces deux catégories d'élèves mises à part, les résultats de 1972 se rapprochaient de ceux de 1968 et de 1970. Les enquêtes de la Commission ont révélé d'autre part que l'usage non médical des pilules d'amaigrissement et des stimulants n'était relié ni clairement, ni d'une façon régulière, au revenu personnel des usagers non plus qu'au revenu ou à la profession de leurs parents. L'enquête de la Commission auprès des adultes a cependant révélé que l'usage de pilules d'amaigrissement était particulièrement fréquent chez les employés de bureau, les vendeurs, les employés des services et des transports et chez les gens qui ne font pas partie de la population active. L'usage de stimulants, selon la même enquête, était courant chez les membres des professions libérales ou administratives, les employés de bureau et les vendeurs.

LES HALLUCINOGENES

Dans diverses couches de la population en Amérique du Nord on a fait l'expérience de substances hallucinogènes. L'usage du L.S.D. et de substances connexes, d'abord restreint à des groupes d'un niveau d'instruction élevé et appartenant surtout à des milieux aisés, en faisaient l'expérience dans un cadre médical ou paramédical. Puis, au fur et à mesure que le public se renseignait sur les drogues, un marché noir se constituait afin de subvenir aux besoins de ceux dont la curiosité avait été éveillée. L'usage non médical des hallucinogènes s'est ensuite répandu dans toutes les couches de la société.

L'âge moyen de l'initiation à l'usage du L.S.D. n'a cessé de diminuer au cours des quinze dernières années. Des enfants affectivement perturbés ont été traités au L.S.D. dans les hôpitaux¹⁸ et on a relevé des cas de jeunes parents qui faisaient prendre des drogues psychédéliques à leurs enfants²⁶. On a aussi relevé des cas d'ingestion accidentelle d'hallucinogènes chez des enfants de moins d'un an²⁵⁹. L'initiation aux hallucinogènes, toutefois, survient le plus souvent vers le milieu ou la fin de l'adolescence et l'usage est répandu surtout chez les adolescents et les jeunes adultes.

Smart, Fejer et White²⁴² ont observé une corrélation inverse marquée entre l'usage des hallucinogènes et la note moyenne chez les élèves des écoles secondaires de Toronto, de 1968 à 1972. Au cours de leur enquête effectuée en 1972, ils ont constaté que 16,3 p. 100 des élèves dont la moyenne était inférieure à 50 p. 100 faisaient usage de L.S.D. et que seulement 2,8 p. 100 de ceux dont la moyenne dépassait 74 p. 100 disaient en faire usage. Whitehead²⁷², dans son analyse de divers sondages effectués dans l'enseignement secondaire au Canada, a fait état du même phénomène.

À l'origine, le mouvement « hippie » semblait émaner de la classe moyenne et grouper surtout les fils et les filles de la nouvelle bourgeoisie. Les jeunes pionniers de la « génération de l'amour » appartenaient effectivement à la bourgeoisie blanche des États-Unis, sauf quelques Noirs à la frange du mouvement²⁷⁹. Même si les premiers usagers de L.S.D. étaient de la bourgeoisie, il est apparu dès 1966 que la drogue trouvait des adeptes parmi les jeunes des ghettos de New York²⁶² et que les communes « hippies » de la ville attiraient des jeunes de toutes les couches de la société.

Smart, Fejer et White²⁴¹ et Whitehead²⁷² ont observé un lien étroit entre la profession du père et l'usage de L.S.D. et d'autres hallucinogènes, en 1970. Ils ont noté que l'usage était plus répandu parmi les jeunes dont le père était membre d'une profession libérale ou administrative. Dans un sondage analogue effectué à Toronto en 1972, Smart, Fejer et White²⁴² ont constaté cette fois qu'il n'existait pas de lien notable entre la profession du père et l'usage de L.S.D. et d'autres hallucinogènes. Cette conclusion tenait, semble-t-il, à deux nouvelles catégories relatives à la condition du père dans le questionnaire de 1972 ; elle met donc sérieusement en doute l'observation précédente.

À la fin des années 60, semble-t-il, beaucoup plus de garçons que de filles faisaient usage de L.S.D. et d'autres hallucinogènes dans les écoles

ps 1160
 ps 821

secondaires, mais toutes les études là-dessus ne concordent pas. Lors d'un sondage effectué dans les écoles secondaires de la Colombie-Britannique en 1969, Russell²²⁵ a noté une fréquence égale entre les usagers des deux sexes. Whitehead²⁷², d'autre part, a constaté la même année que près de deux fois plus de garçons que de filles faisaient usage de L.S.D. et près de quatre fois, d'autres hallucinogènes. Smart, Fejer et White²⁴² ont constaté que l'écart numérique entre usagers masculins et usagers féminins de L.S.D. et d'autres hallucinogènes dans les écoles secondaires de Toronto s'était beaucoup rétréci de 1968 à 1972. En 1968, 5,6 p. 100 des garçons et 1,3 p. 100 des filles faisaient usage de L.S.D. contre 7,1 p. 100 et 5,6 p. 100 en 1972. L'écart demeurait donc marqué. Le rapport pour les autres hallucinogènes est passé d'environ deux pour un en 1968 à sept pour six en 1972. Les données recueillies par la Commission en 1970 font ressortir un rapport de trois garçons pour deux filles parmi les usagers d'hallucinogènes des écoles secondaires, des collèges et des universités et de deux hommes pour une femme chez les adultes.

L'ALCOOL

Comme la plupart des enquêtes épidémiologiques sur l'alcoolomanie au Canada ont porté soit sur des élèves de l'enseignement secondaire, soit sur des adultes, nous présenterons des données se rattachant surtout à ces deux catégories.

Des sondages dans un certain nombre d'écoles secondaires ont établi que les élèves des classes supérieures sont plus susceptibles de consommer de l'alcool que leurs cadets^{108, 242, 243}. La condition sociale et le rendement scolaire semblent avoir peu de rapport avec l'usage de l'alcool chez les élèves. Les garçons, toutefois, boivent plus que les filles^{241, 242, 272}.

Quelques rares enquêtes seulement nous apportent une information exacte sur les particularités sociales des usagers de l'alcool au Canada. L'enquête menée par l'*Addiction Research Foundation* de l'Ontario en 1969 chez les personnes de 15 ans et plus domiciliées en Ontario est l'une de celles-là. Elle a établi que c'est dans le groupe de 20 à 49 ans que l'usage de l'alcool est le plus répandu (environ 90 p. 100) et que la consommation tend à décliner au delà de 50 ans. Il en ressort aussi que 86 p. 100 de la population masculine de l'Ontario fait usage d'alcool contre 75 p. 100 de la population féminine. L'enquête enfin a dégagé un rapport direct entre l'alcool et le revenu, la proportion des usagers étant de 60 p. 100 dans la catégorie de \$5 000 par an et de 90 p. 100 dans celle de plus de \$15 000.

En 1961, l'*Addiction Research Foundation*, lors d'une étude sur les alcooliques du comté de Frontenac, dans l'est de l'Ontario, a constaté que 16 p. 100 étaient des femmes et 84 p. 100 des hommes. Près des trois quarts ou 71 p. 100 avaient de 30 à 59 ans et plus de la moitié appartenaient à trois catégories professionnelles : services et loisirs, ouvriers, artisans et manœuvres (sauf ceux inclus dans d'autres catégories professionnelles)¹. Les diffi-

cultés que pose le dépistage des alcooliques, notamment chez les femmes, informent toutefois la valeur de ces observations.

LES BARBITURIQUES, LES TRANQUILLISANTS MINEURS ET LES AUTRES HYPNOTIQUES SÉDATIFS

L'enquête nationale de la Commission auprès des adultes a révélé que près de deux fois plus de femmes que d'hommes font usage de tranquillisants sous surveillance médicale et qu'environ trois femmes pour deux hommes prennent des sédatifs. Fejer et Smart⁸² ont constaté la même répartition pour les tranquillisants, mais ils n'ont pas observé de différence notable entre les deux sexes quant à l'usage des barbituriques. D'autres chercheurs au Canada et aux États-Unis ont noté que les femmes sont plus enclines que les hommes à faire usage de ces substances^{52, 67, 171, 191, 236}.

Selon l'enquête de la Commission, c'est chez les sujets de moins de 30 ans et ceux de plus de 60 ans que l'usage des tranquillisants est le plus répandu. Au cours de leur sondage auprès d'un échantillon adulte établi au hasard à Toronto en 1971, Fejer et Smart⁸² n'ont pas observé de sensible différence d'âge entre les usagers et les non-usagers de tranquillisants. Ils ont relevé une différence d'âge pour les barbituriques, notant que l'usage était particulièrement répandu entre 36 et 50 ans et après 60 ans.

Fejer et Smart⁸² n'ont pas relevé de différence notable entre les usagers et les non-usagers de tranquillisants relativement à l'état matrimonial, au lieu de naissance, au niveau des études et à la profession. Ils ont cependant constaté que l'usage des barbituriques était plus fréquent chez les gens remariés, divorcés ou veufs que chez les célibataires et chez les gens instruits que chez les sujets ayant peu d'instruction. Le lieu de naissance ou la profession ne semblaient pas avoir influé sur l'usage des barbituriques.

L'enquête de la Commission indique que les adeptes des tranquillisants se recrutent surtout parmi les employés de bureau, les vendeurs, les membres des professions libérales ou administratives. La consommation est encore plus forte parmi les personnes qui n'appartiennent pas à la population active, notamment les ménagères, que dans ces diverses catégories. Ainsi serait confirmée l'hypothèse voulant que l'usage des tranquillisants se pratique surtout dans la classe moyenne.

En Amérique du Nord, les élèves des écoles secondaires et les étudiants font usage de barbituriques, de tranquillisants et d'hypnotiques sédatifs non barbituriques à des fins thérapeutiques ou pour leur plaisir. D'après les sondages de la Commission, les étudiants consomment deux fois plus de tranquillisants que les élèves de l'enseignement secondaire. Environ 8 p. 100 de ceux-ci ont fait usage de tranquillisants sur ordonnance à un moment ou à l'autre et 3 p. 100 en consommeraient sans ordonnance. Chez les étudiants, 14 p. 100 ont fait usage de tranquillisants obtenus par ordonnance et 5 p. 100 sans ordonnance. Nombre d'enquêtes indiquent que l'usage des tranquillisants au secondaire est plus répandu chez les filles que chez les garçons^{25, 81, 139}.

PS 821.
PS 1160

180, 225, 240, 242, 251. D'après les enquêtes de la Commission, tel est le cas pour l'usage médical et pour l'usage non médical, tant à l'université que dans l'enseignement secondaire.

Whitehead²⁷², lors d'une enquête dans les écoles secondaires de Halifax en 1969, a constaté que la majorité des usagers de barbituriques et de tranquillisants venaient de familles où le père ou le « tuteur » appartenait aux professions libérales ou administratives. Smart, Fejer et White²⁴¹, au cours d'une enquête menée à Toronto en 1970, ont fait la même observation, sauf que les catégories professionnelles étaient celles des professions libérales ou d'ouvriers spécialisés. À Toronto, en 1972, un sondage a révélé d'autre part que c'était parmi les orphelins de père ou les enfants dont le père était en chômage que l'usage de barbituriques était le plus courant²⁴². Les catégories « orphelins de père » et « père en chômage » n'étaient pas comprises dans le questionnaire de 1970. Quelques enquêtes ont établi que l'usage de barbituriques et de tranquillisants est beaucoup plus répandu chez les élèves dont les parents, et particulièrement la mère, font usage de ces substances ou d'autres psychotropes^{240, 241}.

Smart, Fejer et White²⁴², ainsi que Whitehead²⁷², ont constaté que les élèves ayant une note inférieure à 40 p. 100 constituaient la plus forte proportion des usagers de barbituriques et de tranquillisants à l'école secondaire, que cette observation se vérifiait sur une période de quelques années (de 1968 à 1972) et qu'il existait un rapport inverse évident entre le rendement scolaire et la probabilité d'usage de barbituriques et de tranquillisants. Whitehead²⁷², par exemple, a observé au cours de son enquête auprès des élèves de Halifax en 1969 que 17 p. 100 des sujets dont la moyenne était inférieure à 40 p. 100 avaient consommé des barbituriques au cours des six mois précédents contre seulement 2 p. 100 des sujets à moyenne scolaire de 75 p. 100 ou plus.

LES SOLVANTS

Diverses catégories de personnes font usage de solvants en Amérique du Nord. Chez les adultes toutefois, leur usage est rare. On a vu des ménagères, par exemple, aspirer du décupant de vernis à ongles. Les adultes les plus enclins à faire usage de solvants sont ceux qui sont privés d'alcool (en prison ou dans les hôpitaux psychiatriques, par exemple). Ils s'en passeraient volontiers s'ils pouvaient boire, dit-on²⁰².

Il arrive qu'on fasse usage de solvants, particulièrement d'essence, dans les campagnes^{83, 84}. Ce sont des garçons, d'ordinaire, plutôt que des adultes, qui s'y adonnent¹². L'inhalation d'essence à la campagne se pratique solitairement plutôt qu'en groupe comme à la ville¹².

Les adolescents et les enfants sont les principaux usagers de solvants, et ceux dont on parle le plus. La plupart des études américaines traitent des jeunes de la classe ouvrière qui se réunissent par bandes pour inhaler des solvants. Il est plus difficile de se renseigner sur les enfants et les adolescents d'autres couches sociales ou sur l'usager solitaire. Il est surtout

question des jeunes de la classe ouvrière, semble-t-il, parce que c'est dans les quartiers pauvres que l'usage de solvants est le plus souvent porté à l'attention de la police ou des autorités scolaires et de la presse¹³⁸. Il faut toutefois signaler que l'usage de solvants, pour être moins manifeste, n'est pas forcément moins répandu dans les classes bourgeoises.

Les adolescents de la classe ouvrière qui font usage de solvants viennent souvent de foyers dissous^{2, 3, 11, 12, 29, 37, 138, 153, 222}. Un petit nombre seulement vivent avec leur père et leur mère²²². Le tiers viennent de familles où l'un des parents est alcoolique¹². Beaucoup viennent de familles nombreuses. Près de la moitié des sujets d'un échantillon ont au moins quatre frères ou sœurs³⁷. Ces adolescents réussissent peu dans leurs études et souvent sèchent les cours^{11, 222}. Ils ont en moyenne une année de retard sur leurs camarades¹¹.

Au Canada, l'usage des solvants est apparu chez les enfants et les jeunes adolescents de la classe bourgeoise vers 1965. Gellman dit qu'on l'a noté pour la première fois à Winnipeg, en 1964, les adolescents s'étant mis à acheter du décapant à ongles en grande quantité⁸⁶. Les jeunes ne dissimulaient pas non plus le but de leurs achats. En 1966, certains directeurs d'écoles secondaires de Winnipeg estimaient à 5 p. 100 la proportion des adeptes des solvants parmi les élèves⁸⁶. La plupart appartenaient à des familles de revenu moyen. Les enquêtes effectuées au Canada, contrairement à la plupart aux États-Unis, ne se limitaient pas à la classe ouvrière. On a constaté que l'usage des solvants n'est pas propre à cette classe. Nombre d'études ont même démontré qu'il n'existait aucun rapport entre la condition sociale et l'usage des solvants^{81, 240, 241, 272}.

Les études sur l'usage des solvants ont établi que les jeunes sont à peu près seuls à s'y adonner au Canada. Les adultes, cependant, ne sont que rarement interrogés sur le sujet. De toute manière, ils n'avoueraient probablement pas s'adonner à cette pratique. D'après l'information dont nous disposons, les adeptes des solvants ont de 10 à 14 ans. L'usage est plutôt rare chez les étudiants et chez les adultes. Rubin²²¹, passant en revue les études américaines effectuées vers 1965, a constaté que l'âge moyen des usagers variait entre 11,9 et 14,8 ans. Malheureusement, aucune enquête n'ayant été effectuée chez les enfants de moins de 10 ans dans les écoles primaires, il est impossible de déterminer la proportion de ceux qui prennent de ces drogues.

Rubin²²¹, sur la foi des mêmes études, a noté que chez les usagers le rapport de l'effectif des garçons à celui des filles variait entre 22/1 et 5/1. Des études récentes dans les écoles primaires et secondaires du Canada ont dégagé des conclusions bien différentes. À la fin des années 60, selon ces travaux, un peu plus de garçons que de filles faisaient usage de solvants^{223, 272}. En 1972, à Toronto tout au moins, on a constaté l'inverse²⁴².

Les adeptes des solvants, au Canada, ont peu de succès dans leurs études et ils sont particulièrement nombreux à venir de foyers dissous, de familles où le père ne travaille pas ou de familles où les parents font usage de psychotropes^{240, 241, 242, 272}.

ps 1160
ps 821

LE TABAC

D'après les statistiques du ministère de la Santé nationale et du bien-être social pour 1964 à 1970, de 7 à 8 p. 100 des personnes du sexe masculin de 15 ans et plus ne fumaient que la pipe et le cigare ou l'un des deux. Moins de 3,5 p. 100 des Canadiens, d'autre part, fumaient la cigarette à une fréquence de moins d'une fois par jour⁴⁴. Puisque 80 p. 100 des adeptes du tabac fument la cigarette à un rythme d'au moins une fois par jour, c'est de ceux-ci que nous traiterons surtout dans les pages qui suivent.

Comme il ressort du tableau C. 6, la proportion des adolescents qui fument régulièrement la cigarette n'a guère varié de 1965 à 1972, tandis que celle des fumeurs de 20 à 64 ans a beaucoup diminué, soit de 15 p. 100. C'est chez les adolescentes que l'augmentation a été la plus forte. En 1965, 18,8 p. 100 des filles de 15 à 19 ans fumaient au moins une cigarette par jour. En 1972, la proportion était passée à 28,5 p. 100, soit une augmentation de 52 p. 100. La plupart, toutefois, fumaient moins de 26 cigarettes par jour, contre la majorité d'entre elles qui en fumaient moins de 11 par jour de 1965 à 1972. Cette hausse ne se répercutera pas forcément sur les femmes de demain. L'augmentation constatée est peut-être attribuable, au moins en partie, à ce que les femmes admettent plus volontiers aujourd'hui l'habitude du tabac et commencent à fumer plus tôt. Dans les autres groupes d'âge, la proportion des fumeuses a à peine augmenté. Selon les statistiques du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, environ 40 p. 100 des Canadiennes de 20 à 44 ans fument régulièrement, contre 32 p. 100 chez celles de 45 à 64 ans⁶⁵.

TABLEAU C. 6

RÉPARTITION, PAR GROUPE D'ÂGE, DES FUMEURS D'HABITUDE* (HOMMES ET FEMMES)
ÂGÉS DE 15 ANS ET PLUS, AU CANADA, EN 1965 ET 1972,
ET ÉCARTS ENTRE CES DEUX ANNÉES†

Groupe d'âge	1965		1972		Écart entre 1965 et 1972	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
	%	%	%	%	%	%
Total, 15 ans et plus.....	54,6	31,2	47,4	32,4	-7,2	+1,2
15 à 19 ans.....	35,0	18,7	35,0	28,4	0,0	+9,8
20 à 24 ans.....	62,1	40,8	52,6	40,6	-9,5	-0,2
25 à 44 ans.....	63,2	40,5	53,3	38,8	-9,9	-1,7
45 à 64 ans.....	58,8	30,3	50,0	31,6	-8,8	+1,3
65 ans et plus.....	32,3	8,0	30,4	10,4	-2,0	+1,5

* Est considérée comme appartenant à cette catégorie toute personne qui fume au moins une cigarette par jour.

† Estimations du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social d'après les données de Statistique Canada pour la population active de 15 ans et plus. Sont exclus les habitants du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest, les Indiens des réserves, les détenus et les membres des forces armées.

Au Canada, on observe des variations sensibles d'une région à l'autre dans la proportion des gens fumant une cigarette ou plus par jour. En 1970, dernière année pour laquelle la Commission dispose de données, 41 p. 100 de la population de 15 ans et plus fumaient régulièrement la cigarette. Pour les provinces de l'Atlantique, la proportion des fumeurs était la même que pour l'ensemble du Canada, mais au Québec elle atteignait 47 p. 100. Dans les provinces de l'Ouest, la Colombie-Britannique et l'Ontario, elle n'était que de 38 p. 100⁶⁶.

La répartition par région des fumeurs du sexe masculin était à peu près comme ci-dessous. Environ 49 p. 100 de la population masculine du Canada fumaient régulièrement la cigarette. Dans les provinces de l'Atlantique, la proportion était légèrement plus élevée (51 p. 100), mais dans les trois régions de l'Ouest, elle n'était que de 44 p. 100. C'est au Québec qu'on enregistrait en 1970 la plus forte proportion de fumeurs chez les hommes (59 p. 100). Chez les femmes, la répartition régionale était plus uniforme. Hors du Québec, où environ 36 p. 100 des personnes du sexe féminin âgées de plus de 14 ans fumaient régulièrement, la proportion des fumeuses au Canada et dans les diverses régions canadiennes variait de 31 à 33 p. 100⁶⁶.

C. 4 MODALITÉS DE L'USAGE

Pour comprendre comment on s'initie à la drogue, on en contracte l'habitude et on y renonce, il est utile de se référer au concept d'évolution sociale défini par Becker et d'autres^{15. 96. 268. 278}. Cette notion assimile l'usage de la drogue à une évolution comportant trois étapes que n'importe qui est susceptible de franchir, depuis l'essai jusqu'à l'usage intermittent et habituel. Il est nécessaire de franchir une étape pour passer à la suivante, bien que le processus puisse être interrompu ou inversé, avec plus ou moins de difficulté selon la drogue, à n'importe quelle étape.

Le concept d'évolution n'implique pas forcément que la drogue finira par dominer la vie du sujet. Il se peut évidemment que cela se produise comme en témoignent les cas de dépendance à l'égard de l'héroïne, de la méthamphétamine et de l'alcool. Mais dans la plupart des cas, la consommation de drogues est subordonnée à la vie scolaire, professionnelle et familiale du sujet. Le concept se ramène donc à l'historique de la toxicomanie depuis l'étape de l'initiation jusqu'à l'étape de la consommation régulière.

On pourrait décrire une évolution particulière pour chaque substance psychotrope. Mais on risquerait ainsi d'oublier que l'apprentissage ne varie pas fondamentalement selon la drogue. Aussi le texte qui suit s'applique-t-il également à toutes les drogues. Il est cependant des circonstances où il importe de sortir du contexte général. Dans ces cas-là, nous ferons les distinctions qui s'imposent et, si nécessaire, nous approfondirons davantage les traits liés à l'usage de certaines drogues ou combinaisons de drogues.

C Diffusion et modalités de l'usage de la drogue

L'usage de la drogue, comme toute habitude sociale ou professionnelle, est une dispositions acquise*. L'accoutumance à la drogue ne diffère donc pas fondamentalement de quelque autre apprentissage. Le novice doit d'abord se faire à l'idée de la drogue. Il doit ensuite apprendre à se procurer, à préparer et à s'administrer la drogue, à goûter ses effets et à en considérer l'usage comme approprié à certaines circonstances. Il faut aussi que le sujet apprenne à se comporter en usager de telle drogue et, dans certains cas, à adopter le système de valeurs qui s'y rattache. L'abandon de la drogue, l'abstinence et la rechute sont encore des dispositions acquises. L'apprentissage embrasse donc une variété d'éléments : l'ingestion, les modalités de l'usage (fréquence, prédilection pour certaines drogues, cadre social), le sens de l'expérience de la drogue, son idéologie et ses valeurs, et une foule de talents permettant au sujet de s'approvisionner et, dans certains cas, de satisfaire sa dépendance.

Cette évolution apparaît plus clairement si on se réfère à une typologie des usagers fondée sur le niveau de consommation (voir l'*Introduction*). Les niveaux de consommation liés à l'essai de la drogue, à l'usage occasionnel et à l'usage habituel sont trois étapes identifiables sur la route de la toxicomanie. On peut les concevoir comme trois stades de l'accoutumance à la drogue, sous réserve que le passage au deuxième et au troisième n'est ni irréversible ni inéluctable.

L'USAGE INITIAL OU L'ESSAI

Les gens qui font l'essai d'une drogue ne savent pas encore en user ni en discerner les effets. En général, ils n'ont pas accès aux sources de ravitaillement et ils se gardent d'adopter le langage et les valeurs des usagers. Ceux qui n'apprennent ni à discerner ni à goûter les effets de la drogue passent rarement au stade suivant, qui est celui de l'usage occasionnel. Ils renonceront plutôt à la drogue au bout de quelques essais.

Comme nous le faisons observer dans *Le cannabis* relativement à la marijuana et au haschich, il faut d'abord avoir consenti à tâter d'une drogue pour en adopter l'usage†. Les faits précis psychologiques ou socioculturels, qui prédisposent à la toxicomanie peuvent varier selon la drogue et le sujet (voir l'Appendice D). Toutefois, la disposition à faire l'essai d'une drogue (quelle qu'en soit la cause) dépend des contacts et de l'attitude du sujet (voir plus bas, page 702), de même que de son aptitude à surmonter trois importants mécanismes de discipline sociale : l'offre limitée, la nécessité

* Dai^m, étudiant l'opiomanie à Chicago, est arrivé à la même conclusion il y a plus de 35 ans. Il a noté que le processus selon lequel un individu contracte l'habitude de l'opium diffère peu des autres processus d'assimilation.

† Il existe un petit nombre de gens dont le premier essai d'une drogue a été inconscient plutôt que délibéré. La plupart d'entre eux ont commencé fortuitement à en faire usage sur ordonnance sans connaître les propriétés psychotropes de la substance qu'ils absorbaient. Comme exemples du premier cas, citons les gens à qui on a prescrit des opiacés comme calmants au cours d'un traitement et qui ont ainsi contracté la dépendance. Les cas de personnes qui se sont fait servir du L.S.D. ou d'autres hallucinogènes à leur insu (dont témoigne notamment l'affaire de l'*Acid Test* à Los Angeles, en 1966^m) illustrent la seconde de ces formes d'initiation quand même assez rares.

de se dissimuler et le caractère d'immoralité que le public confère à cet acte^{13, 14}. Le sujet ne franchira les diverses étapes de la toxicomanie qu'après avoir neutralisé l'action inhibante de ces mécanismes.

Il faut souligner, toutefois, que l'importance de ces mécanismes diffère selon la drogue, le milieu et l'époque. Il est beaucoup plus facile, par exemple, de se procurer de l'alcool et du tabac que des drogues illicites même s'ils restent encore soumis à des restrictions publiques et familiales touchant surtout les enfants et les adolescents. De même, la plupart des adultes faisant usage de psychotropes licites n'éprouvent pas le besoin d'agir en secret, mais la crainte de la réprobation ou d'autres sanctions tend à retenir la plupart des gens qui font l'essai de drogues illicites et les adultes qui vivent dans les milieux où l'on prêche et pratique la tempérance. Les préjugés peuvent aussi conduire beaucoup d'adultes à se cacher pour prendre des drogues illicites : l'administrateur sur le point de participer à une réunion importante, par exemple, peut prendre de l'alcool dans le secret de son bureau pour éviter que ses collègues en aient connaissance et lui fassent des observations. Pour les mêmes raisons, les ménagères, les athlètes et les hommes d'affaires consommeront des stimulants à l'insu de leurs parents et de leur amis.

Les définitions publiques de certains types d'usage de drogue changent aussi avec le temps et en altèrent le contexte moral et le caractère inhibant. Le cannabis, par exemple, est beaucoup mieux accepté, tandis que l'usage non thérapeutique des amphétamines est de plus en plus mal vu depuis quelques années. En dépit de ces faits, il semble que l'usage initial d'une drogue tienne à la neutralisation des mécanismes de discipline mentionnés plus haut, bien que l'essai de certaines drogues soit plus facile à ménager et à justifier que d'autres.

Les problèmes de l'offre, du secret et de l'opprobre se règlent d'ordinaire au premier essai. Il va de soi que la disposition chez un sujet à tâter d'une drogue est partiellement fonction de son expérience en la matière, le cas échéant*, et d'une certaine familiarisation faisant qu'il envisagera l'occasion avec plus au moins d'intérêt. Une fois que le sujet admet l'idée de l'expérience, l'occasion peut se présenter fortuitement, quoique naturellement. Le premier essai d'une drogue, quelles que soient la substance et l'expérience du sujet, peut intervenir dans un cadre social où tel comportement est à la fois commun et toléré. Comme Sadava²²⁹ l'a fait observer : « Il faut comprendre ici que l'habitude de la drogue...n'envahit pas (d'ordinaire) soudainement la vie du sujet, mais se développe progressivement et naturellement, c'est-à-dire sans surprise, dans le cadre socioculture. »

La consommation d'alcool, par exemple, peut commencer au début ou au milieu de l'adolescence, les parents consentant à l'essai de petites doses

* La relation entre divers types d'usage de drogues est examinée plus à fond ailleurs dans cet appendice (voir l'annexe à cet appendice et *Les modalités de la polytoxicomanie*, page 741). Notons que l'occasion et le désir de faire l'essai d'une drogue sont en partie fonction de la satisfaction obtenue d'expériences antérieures et de la mesure dans laquelle le sujet est mêlé au monde de la drogue. L'usage des hallucinogènes, par exemple, est presque toujours précédé d'une période de consommation satisfaisante du cannabis. Plus l'usage du cannabis est abondant, plus l'usage des hallucinogènes risque de suivre^{229, 230, 231}.

en famille. L'adolescent peut aussi se laisser entraîner par ses camarades de classe au cours d'une réunion ou après la classe. Dans un cas comme dans l'autre, les questions de l'offre, du secret et de la honte se trouvent résolues par l'entremise d'amis ou de parents qui sanctionnent l'expérience, fournissent la drogue et un local à l'abri de l'intervention de la loi. L'initiation aux autres drogues se produit de la même façon, sauf qu'un intime (le conjoint ou l'amant, par exemple) peut aussi intervenir lorsqu'il s'agit de drogues illicites.

Le caractère naturel de ce processus d'initiation est évident dans le cas de l'héroïne, la plus stigmatisante et la plus rare des drogues en usage aujourd'hui. Beaucoup de chercheurs affirment que le premier essai est presque toujours précédé d'une relation amicale avec des héroïnomanes^{36, 57, 73, 121, 147, 150, 253, 268}. Il est le plus souvent le fruit d'une occasion fortuite, la drogue étant donnée au sujet^{57, 117, 121, 150}. Les initiateurs sont la plupart du temps des usagers occasionnels ou même des novices qui, n'étant pas encore sous l'empire de la drogue, prétendent en dominer les effets*. Ils apaisent les craintes du sujet quant au danger de l'héroïnomanie en se donnant pour « preuve vivante » que l'usage de l'héroïne, même abondant, n'entraîne pas forcément la dépendance²⁶⁸. Leur but d'ailleurs, en offrant de la drogue, est vraiment de faire connaître aux non-usagers une source de plaisir. Hughes et Crawford, au cours d'une étude récente sur l'initiation à l'héroïne et sa diffusion à Chicago, ont constaté ce qui suit:

...l'initiation à l'héroïne s'accomplit d'ordinaire dans un petit groupe ne comptant que le nouveau sujet et un ou deux habitués ou novices. La plupart du temps, le sujet s'initie à l'héroïne à l'occasion d'une rencontre avec un ami qui se dispose à en acheter ou à s'en injecter. Il est rare qu'il recherche lui-même la drogue s'il n'en a jamais consommé. Ainsi, l'initiation tient plus à des circonstances fortuites qu'à une décision délibérée¹²¹.

Nous noterons cependant qu'en théorie l'initiation à une drogue peut intervenir hors de tout contact avec les usagers. Elle peut résulter, par exemple, de la découverte accidentelle des propriétés psychotropes d'une substance (comme il arrive parfois pour les solvants) ou de l'influence des media incitant à se procurer de la drogue. Toutefois, sauf pour certaines drogues licites (dont la plupart des solvants, certains hallucinogènes tels que la muscade, l'alcool et le tabac, et pour des préparations pharmaceutiques comme les amphétamines et les sédatifs qui peuvent se trouver dans la pharmacie de famille) et certains groupes privilégiés (tels les médecins), le problème de l'offre persiste de sorte que l'initiation suppose presque toujours des intermédiaires. L'enquête de la Commission chez les étudiants, par exemple, a révélé que seulement 3 p. 100 des usagers de cannabis parmi eux avaient fait seuls leur premier essai de marijuana ou de haschich¹⁴⁴.

* Il arrive que des toxicomanes jouent un rôle important dans l'initiation. On en trouve surtout des exemples dans les liaisons amoureuses ou le mariage. Le partenaire qui ne fait pas usage d'héroïne en consomme une première fois pour éprouver l'ivresse de l'amant ou du conjoint. Une forte proportion de femmes héroïnomanes ont été entraînées de cette façon^{76, 120, 172, 173}.

La grande exception à l'initiation collective et fortuite est le fait de gens qui, seuls et à dessein, prennent des médicaments pour se traiter ou améliorer leur rendement. Les médecins qui connaissent bien les propriétés des psychotropes et peuvent s'en procurer en tout temps, en fournissent l'exemple le plus connu. Si les usagers de drogues illicites font en général leur apprentissage en groupe, les médecins et infirmières s'initient presque toujours seuls et s'efforcent de garder secrète leur habitude. Winick²⁷⁷, par exemple, a constaté que tous les sujets d'un échantillon de 98 médecins toxicomanes avaient commencé à prendre de la drogue de leur propre initiative et que 25 p. 100 des femmes de ces médecins ne le savaient pas. Dans le cas des médecins, il semble donc que leurs connaissances et la facilité à se procurer de la drogue tiennent lieu des influences sociales qui jouent dans la plupart des formes d'initiation.

S'il ne fait pas de doute que l'offre compte parmi les principaux facteurs de l'apprentissage, il est clair aussi que seulement une fraction des gens qui ont l'occasion de faire l'essai d'une drogue se laissent tenter. Goode⁹⁹ a noté que 46 p. 100 des sujets d'un échantillon de 200 usagers de marijuana avaient déjà décliné des occasions d'en tâter auparavant. La Commission, lors d'un sondage auprès des adultes¹⁴² a constaté d'autre part que seulement 25 p. 100 des sujets à qui on avait proposé du L.S.D. en avaient pris. Il semble en outre que la proportion de gens qui acceptent de faire l'essai d'une drogue qu'on leur offre est en rapport inverse avec le danger ou la honte qui sont attachés à cette drogue. Plus la drogue est honnie ou plus elle présente de dangers, moins il y a de gens qui acceptent d'en prendre parmi ceux à qui on en offre. Le tableau C. 7 illustre cette corrélation observée chez deux groupes d'élèves de l'enseignement secondaire en Colombie-Britannique.

TABLEAU C. 7

POURCENTAGE D'ÉLÈVES D'ÉCOLES SECONDAIRES DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE
QUI ONT CÉDÉ À L'OCCASION DE PRENDRE DE LA DROGUE

	À VANCOUVER*			HORS DE VANCOUVER**		
	ont eu l'occasion	ont accepté	pour- centage des accepta- tions	ont eu l'occasion	ont accepté	pour- centage des accepta- tions
	%	%	%	%	%	%
Marijuana.....	64	47	73	49	20	40
L.S.D.....	47	21	45	27	7	26
Méthédrine.....	27	7	26	18	4	22
Héroïne.....	18	2	11	10	1	10

Sources : *Narcotic Addiction Foundation de la Colombie-Britannique, service de recherches, *Usage de la drogue dans les écoles secondaires de Vancouver*, document inédit, Vancouver, mars 1971.

**Russell, J. S. *Survey of Drug Use in Selected British Columbia Schools*, Vancouver, Narcotic Addiction Foundation de la Colombie-Britannique, 1970.

05 1160 25 821

Selon Goode⁹⁹, la décision de tâter d'une drogue dépend de l'idée que se fait le sujet de ses dangers et de ses effets souhaitables, ainsi que de ses sentiments envers les usagers et de ses rapports avec les partisans des psychotropes et ceux qui lui proposent d'en faire l'essai. Nombre de chercheurs estiment que le degré de confiance du sujet pour ceux qui lui proposent de la drogue illicite est décisif⁴⁸. 59 . 63 . 230.

Dans certains cas, le mode d'administration peut compter autant, et même plus, que la crainte de la drogue. L'expérience de la drogue revêt de l'importance à cet égard : les usagers du tabac, par exemple, ne se laisseront pas effrayer par la perspective de fumer de la marijuana, du haschich ou de l'opium ; de même, l'ingestion d'un cachet, d'une capsule ou d'un comprimé (mode d'absorption habituel des hallucinogènes et des sédatifs) est une pratique si universelle que peu de gens seront rebutés par ce procédé. D'autres modes d'administration cependant, tels l'inhalation de cocaïne ou l'emploi de sacs en plastique pour certains solvants, peuvent répugner à bien des gens au point de les dissuader, au moins quelque temps, d'en faire l'essai.

L'injection (mode d'absorption habituel de l'héroïne et de la méthamphétamine) constitue l'exemple le plus frappant du pouvoir de dissuasion exercé par certains modes d'administration. On peut inhaler ces substances plutôt que de se les injecter, mais les toxicomanes qui présideront à l'initiation d'un sujet prennent plutôt l'héroïne ou la méthamphétamine par voie intraveineuse. L'injection, — sous-cutanée, intramusculaire ou intraveineuse, — passe en général pour douloureuse et répugne ainsi à la plupart des gens qui n'ont jamais absorbé de drogues autrement que par ingestion ou par inhalation. Pour ceux qui ont déjà pris de la drogue (notamment des hallucinogènes) par injection, il est facile de passer à la voie intraveineuse pour les amphétamines ou l'héroïne. Mais, pour la plupart des autres, cette pratique représente une orientation tout à fait nouvelle par rapport à leurs habitudes. Un amphétaminomane de Montréal a résumé à peu près dans ces termes comment il concevait l'absorption de drogues par voie intraveineuse :

Quand on commence à employer la seringue, c'est qu'on prend des drogues sérieuses, qu'on fait vraiment partie du monde de la drogue. La seringue est le point de démarcation entre les drogues mineures et les drogues majeures¹⁰⁰.

Malgré ces appréhensions, la plupart des gens qui ont l'occasion et l'envie de tâter de la méthamphétamine ou de l'héroïne s'en laisseront injecter par un adepte d'expérience une fois que leurs craintes auront été apaisées, au besoin, par une démonstration.

On peut supposer que toute personne désireuse de tâter d'une drogue illicite prendra la première que lui offriront des amis en qui elle a confiance ou celle qu'elle considérera comme la moins dangereuse de toutes les drogues en usage dans son milieu. Dans beaucoup de cas, le cannabis sera la première drogue illicite qu'elle aura l'occasion de prendre, mais elle aura probablement fait l'essai d'une variété d'autres drogues avant d'en arriver à la mari-

juana et au haschich. Diverses études ont établi que l'usage de médicaments obtenus sur ordonnance, de barbituriques et d'amphétamines, de colle et d'autres solvants, de tabac et d'alcool précède souvent celui du cannabis.

La majorité des usagers de la drogue, quand on les interroge, reconnaissent avoir d'abord consommé de l'alcool. Vers 1955, Stevenson et ses collaborateurs²⁵³ ont constaté au cours d'un sondage que presque tous les héroïnomanes de la Colombie-Britannique interviewés avaient pris de l'alcool avant d'en arriver aux opiacés. La plupart n'avaient jamais fait l'expérience du cannabis. Comme on l'a signalé plus haut, ce n'est que vers 1965, le cannabis ayant commencé à se répandre dans l'ouest du Canada, que les héroïnomanes se sont mis à faire mention d'une consommation parallèle ou antérieure de marijuana¹²⁷. Henderson¹¹⁷, Chambers⁵², Robins, Darvish et Murphy²¹⁵ et Kosvinor et ses collaborateurs¹³⁷ ont tous cité l'alcool comme première drogue utilisée par les héroïnomanes. Hawks et ses collaborateurs¹¹³ ont constaté que l'alcoolomanie précédait l'usage d'autres drogues chez les amphétaminomanes. Whitehead²⁷⁴ a noté que l'usage des solvants suivait en général celui de l'alcool et du tabac ; les étudiants fumeurs de cannabis interviewés par Goode⁹⁹ avaient d'abord fait usage d'alcool. En outre, deux études poussées, dont l'une auprès des étudiants²³⁸ et l'autre des élèves du secondaire³⁰, ont montré que l'alcool disposait à prendre de la marijuana.

Beaucoup d'héroïnomanes ont consommé quantité d'autres drogues avant de s'adonner aux opiacés²⁶⁸. À Vancouver, Johnston et Williams¹²⁷ ont constaté que 11 p. 100 des sujets d'un échantillon de 186 héroïnomanes avaient d'abord pris des amphétamines, 20 p. 100 des hallucinogènes, 32 p. 100 des barbituriques, et le reste (37 p. 100) du cannabis. Les sujets n'ont cependant pas été interrogés à propos de l'alcool ou du tabac. Il est évident que l'alcool ou le tabac sont les premières drogues de presque tous les adolescents²⁹⁰. Hélas! beaucoup d'enquêteurs ne se préoccupent pas de ces drogues dans l'étude de la toxicomanie. Même si le tabac et l'alcool sont vendus légalement, il arrive souvent que des enfants ou des adolescents qui n'ont pas l'âge légal s'en procurent et en consomment.

La consommation de nombre d'autres substances licites peut aussi précéder l'usage de drogues illicites. Plusieurs études ont révélé que l'usage de sirop pour le rhume à base de codéine précédait souvent l'usage de substances illicites^{149, 164}. L'usage de barbituriques souvent survient avant la consommation d'héroïne et d'autres « drogues dangereuses »^{103, 282}. L'inhalation de solvants peut précéder l'usage du cannabis et d'autres substances interdites par la loi. La relation entre les diverses modalités de l'usage de la drogue est étudiée plus à fond dans un autre chapitre (voir *Les modalités de la polytoxicomanie*).

L'USAGE INTERMITTENT

Dans le rapport sur le cannabis, nous désignons usager intermittent celui qui prend de la marijuana ou du haschich au plus une fois par mois. Cette définition ne convient pas, toutefois, dans l'examen des modalités de l'usage des drogues en général, car les distinctions de niveaux de consom-

mation fondées sur la fréquence et la régularité de l'usage dépendent des effets des drogues à l'étude, des possibilités d'approvisionnement et de la législation touchant ces produits. Pour notre propos, l'usage intermittent se caractérise par une consommation irrégulière, fortuite, au gré des invitations à partager de la drogue avec d'autres au cours de réunions d'amis. D'une manière générale, l'usage intermittent ne fait pas provision de drogues; les psychotropes prennent peu de place dans sa vie. Il s'agit en général pour lui d'une occasion de divertissement à saisir ou à laisser passer.

Après l'initiation ou le premier essai, l'usage intermittent d'une drogue constitue habituellement la première étape vers la consommation régulière, d'où l'importance de l'apprentissage d'une certaine technique et du plaisir à goûter les effets de la drogue. Tout usage constant d'une substance psychotrope exige, en général, la maîtrise de plusieurs techniques. Le sujet doit apprendre à s'administrer la drogue correctement pour obtenir l'effet désiré, à discerner les effets à mesure qu'ils se font sentir* et à les associer de manière subjective à la notion de plaisir ou d'utilité pour en arriver à la conclusion qu'il vaut la peine de répéter l'expérience, du moins à l'occasion. Cet apprentissage se fait d'ordinaire sous la conduite d'usagers expérimentés qui renseignent le novice sur la meilleure façon de consommer une drogue donnée, attirent son attention sur les effets psychologiques dont ils font grand cas et qui les enracinent dans leur habitude. Ils le renseignent aussi sur les doses sûres, le comportement approprié, les précautions à prendre pour ne pas avoir d'ennuis avec la justice (s'il y a lieu) et les actions qu'une drogue donnée lui permettra de mieux accomplir selon eux. Sauf s'il est poussé par le désir d'être dans le vent ou d'éviter une situation embarrassante pour son hôte ou pour lui, le sujet ne continuera à prendre de la drogue de façon intermittente ou régulière que s'il réussit au moins son apprentissage, c'est-à-dire s'il parvient à s'administrer correctement la drogue, à en discerner et goûter les effets. Dans le cas de certaines drogues, toutefois, un usage intermittent peut, au lieu de traduire l'attitude opportuniste qui caractérise ce niveau de consommation, signifier que l'approvisionnement est limité et le prix trop élevé ou que le sujet craint l'intervention de la police. Certaines personnes mentionnent la cocaïne comme étant leur drogue favorite, bien que leur consommation se restreigne aux rares occasions où elles ont assez d'argent et des contacts avec des connaissances qui font usage de cette drogue. Alors, le sujet désire ardemment prendre de la drogue d'une façon habituelle, mais sa situation l'en empêche.

À remarquer, enfin, que l'usage intermittent peut tout aussi bien suivre que précéder l'usage régulier. Nous étudions cette possibilité plus loin en même temps que les façon dont on peut réduire ou rompre l'habitude de la drogue.

* L'effet manifeste ou subtil d'une drogue dépend de divers facteurs dont la drogue elle-même, le mode d'administration, les dispositions personnelles et l'ambiance, ainsi que la dose. Un usager inexpérimenté peut «rater» les effets psychologiques de petites doses de cannabis, de cocaïne ou d'un sédatif, par exemple, tandis qu'une injection d'héroïne et de méthamphétamine aura sur lui un effet immédiat et profond qu'il ne pourra «manquer».

L'USAGE HABITUEL

Beaucoup de sujets s'en tiennent à un usage intermittent, spontané et fortuit, et certains contractent cette habitude sous réserve de diverses normes. La consommation d'alcool obéit à ce modèle : les uns en prennent seulement dans des circonstances exceptionnelles ; d'autres font des boissons alcooliques un complément naturel de certaines circonstances : avant le dîner ou en regardant un match quelconque à la télévision, par exemple. Ils ne boiront pas fatalement à ces occasions, mais plus souvent qu'en d'autres circonstances.

L'usage habituel n'est pas le même pour toutes les drogues. Le café, le thé et le tabac se consomment à toute heure du jour. La consommation aussi constante d'alcool est plus rare ; en Amérique du Nord, on considère que seuls les buveurs en prennent ainsi. La plupart des gens, néanmoins, estiment que l'usage quotidien ou rituel de quantités modérées (vin aux repas, par exemple) n'est pas abusif. Des études récentes portent à croire que l'usage de la marijuana et du haschich ressemble quelque peu à celui de l'alcool et constitue essentiellement pour certains habitués un équivalent¹⁸⁷. D'autre part, l'usage fréquent du L.S.D. et de la cocaïne, étant donné les effets de ces substances ou la difficultés à s'en procurer, ne se pratique guère.

Les niveaux habituels de consommation à des fins non médicales varient selon la drogue utilisée. Dans notre rapport sur le cannabis, nous avons rangé ceux qui fument de deux fois par semaine à plusieurs fois par jour dans la catégorie de la « consommation forte et régulière ». La plupart des chercheurs et une certaine proportion des usagers accepteraient cette définition. Pour le tabac, par contre, fumer deux ou trois fois par semaine ou une cigarette par jour constituerait un niveau de consommation modéré ou faible, relativement à l'usage habituel chez la plupart des fumeurs. De même, selon notre définition de l'« usage modéré et régulier » du cannabis, le sujet peut en prendre plusieurs fois par semaine. Voilà probablement une définition raisonnable de la consommation modérée et régulière de l'alcool, pourvu que la quantité ne soit pas excessive. Dans le cas de drogues comme le L.S.D., cette fréquence serait excessive. Chaque drogue exige donc des définitions particulières quant à l'usage « faible », « modéré » ou « fort ».

L'usage habituel de certaines drogues suppose une consommation de tous les jours ou même de toutes les heures ; l'usage d'autres substances est moins fréquent mais il est quand même régulier si les sujets en prennent d'ordinaire dans des circonstances précises ou moyennant certaines conditions. Pour notre propos, l'« usage régulier » n'est pas exclu par une très faible fréquence. Il suppose que le sujet s'est fixé un ensemble de normes ou de règles touchant le moment et le lieu convenables ainsi que la dose habituelle. Dans bien des cas, des règles plus ou moins explicites s'appliquent non seulement aux modalités de l'usage, mais encore au comportement du sujet sous l'influence de la drogue. D'après cette dernière définition, la consumma-

05 1160 P5 821.

C Diffusion et modalités de l'usage de la drogue

tion rituelle de drogues telles que l'alcool et le peyotl est un type d'usage régulier, même à une fréquence d'une ou deux fois par an. L'usage régulier peut donc comporter la consommation abusive, mais celle-ci n'est pas un élément indispensable.

COMMENT ON CONTRACTE L'HABITUDE

Nombre de faits influent sur la probabilité qu'on consomme régulièrement de la drogue, et agissent sur la force des doses ainsi que sur la fréquence et les circonstances de l'usage. Dans la partie qui suit, nous traiterons des variables de la facilité ou de la difficulté à adopter des normes de comportement propres à l'usage régulier.

CONSIDÉRATIONS JURIDIQUES

Bien que l'alcool soit, au Canada, l'une des drogues les plus utilisées à des fins non médicales, des lois et des règlements locaux en restreignent les heures de ventes. Dans certaines régions prohibitionnistes, la vente en est interdite. De plus les conditions de la consommation y sont réglementées. Certaines restrictions s'appliquent également à l'âge. On se soustrait et on désobéit à certaines règles, ou encore on ne les applique que rarement (par exemple, la consommation publique d'alcool aux manifestations sportives), elles n'en exercent pas moins une contrainte sur le comportement de la plupart des consommateurs. À ces règlements sur le temps et les lieux de consommation s'ajoutent des restrictions sur certaines activités sous l'influence de l'alcool : la conduite d'une voiture, état d'ivresse et turbulence dans un endroit public. L'achat de tabac est interdit aux personnes au-dessous d'un certain âge ; à part celle-là, il existe peu de restrictions d'ordre juridique à l'usage du tabac, si ce n'est l'interdiction de fumer dans des salles de spectacle, voitures et édifices publics. Pour ce qui est du café, du thé et des produits pharmaceutiques en vente libre, seules la production, la publicité et la distribution en gros sont soumises à des restrictions. Les magasins de détail renferment des milliers de produits qui contiennent des solvants ou des gaz qui peuvent être utilisés pour leurs propriétés psychotropes. Leur utilité à des fins admises explique qu'il soit facile de s'en procurer, mais non d'en réglementer l'usage à des fins d'intoxication. La plupart des usagers éprouvent plus de mal à se procurer des drogues illicites.

L'APPROVISIONNEMENT

Pour faire un usage régulier de la drogue, le sujet doit s'assurer une source d'approvisionnement suffisante et à peu près constante. Pour certains usagers, cette source sera de toute nécessité illicite ou tolérée. Les adolescents qui n'ont pas encore atteint l'âge légal pour consommer de l'alcool ou acheter du tabac doivent compter sur des adultes ou des adolescents plus

âgés pour s'approvisionner, sauf s'ils paraissent plus vieux que leur âge ou s'ils ont mis la main sur des pièces d'identité fausses ou volées, ou encore sur celles d'un ami plus âgé. Pour bien des produits, l'usager de la drogue ne dispose pas de sources licites.

Becker¹³ soutient que pour prendre l'habitude de la marijuana il faut s'être assuré l'accès à un approvisionnement régulier. Ce facteur joue pour toutes les drogues, même s'il est plus facile de se procurer certaines d'entre elles. Depuis quelques années, beaucoup de drogues autrefois difficiles à trouver sont distribuées aujourd'hui par un grand nombre de sources.

La plupart des adeptes des drogues ont été initiés par des amis ou des connaissances qui peuvent également leur donner accès au marché illicite. Dans certains cas, le premier contact régulier avec le marché illicite se fera à l'occasion de la mise en commun des ressources d'un groupe d'amis pour l'achat d'une quantité d'un produit donné, ce qui réduit pour chacun le prix unitaire de la dose⁹⁹. Les usagers du cannabis et du L.S.D. sont particulièrement enclins à acheter en quantité suffisante pour des semaines ou des mois, ce qui espace leurs contacts avec le marché illicite. Ils courent alors le risque d'être trouvés en possession de stocks. Les usagers réguliers de l'héroïne ou de fortes doses de méthamphétamine sont plutôt portés à faire achat de petites quantités à consommer tout de suite ou presque.

Les drogues illicites ne sont pas également accessibles à tous les usagers. La plupart des sujets qui ont des contacts sûrs pour se procurer du cannabis ne connaissent ni ne cherchent à connaître des gens à qui ils pourraient acheter des amphétamines ou de l'héroïne. Les revendeurs de la plupart des drogues se montrent prudents avec les étrangers et exigent d'ordinaire que tout nouvel acheteur leur soit présenté par un client régulier. Dans le cas de l'héroïne, le revendeur peut demander la preuve qu'un inconnu est un adepte de cette drogue avant de lui en vendre⁴⁷.²⁵⁴ Dans une étude sur des usagers de l'héroïne non devenus héroïnomanes, Schasre²³¹ a découvert que plus de la moitié avaient cessé pour avoir perdu leur source d'approvisionnement.

Pour des drogues comme l'opium et la cocaïne, le prix et la rareté relative au Canada s'opposent à une consommation régulière. Si l'on excepte quelques riches distributeurs et « hippies » qui ont les moyens de s'en procurer et qui se sont assuré une source d'approvisionnement, on considère l'opium et la cocaïne au Canada comme une drogue de choix à prendre à l'occasion lorsqu'il s'en trouve sur le marché¹⁰⁴.

Bien des personnes commencent à prendre des sédatifs hypnotiques, des tranquillisants ou des amphétamines par voie buccale parce que le médecin leur en a prescrit. Si elles se mettent à en faire un usage régulier, elles peuvent être obligées de recourir à des approvisionnements détournés vers le marché illicite. Certains se procureront d'abord des pilules auprès de leurs amis ou sur le marché illicite, puis ils tenteront d'en obtenir légalement en persuadant leur médecin de leur en prescrire.

05 1160 05 821

LES EFFETS DE LA DROGUE

L'une des principales raisons de reprendre de la drogue, puis d'en faire usage régulièrement réside dans ses effets physiques et psychiques. Par exemple, même si en général les premières réactions provoquées par l'héroïne sont déplaisantes, certains usagers de cette drogue soutiennent que dès la première injection ils ont ressenti l'état qu'ils avaient toujours désiré^{145, 253}. Pour d'autres, telle drogue a été la source d'une satisfaction qu'il vaut la peine de revivre au cours de certaines réunions d'amis. Est-il nécessaire de préciser que tous n'éprouvent pas de plaisir immédiat chaque fois qu'ils tâtent de la drogue et que les réactions désagréables ou les effets secondaires contribuent à détourner de l'usage répété de la plupart des drogues.

Dès que les sujets ont atteint un niveau donné de consommation de certaines substances, ils sont contraints d'en prendre chaque jour à cause de la dépendance à l'égard de leurs effets. La dépendance à l'égard des stupéfiants opiacés constitue le cas type ; il s'est fait beaucoup de recherches pour déterminer les causes de ce phénomène (voir Appendice D).

Vers 1945, Lindesmith¹⁵¹ a exposé une théorie qui, selon lui, expliquerait tous les cas de dépendance. Selon lui, l'opiomanie se déclare au moment où le sujet reconnaît les signes douloureux du sevrage et prend délibérément un opiacé pour atténuer ces symptômes ou empêcher qu'ils se manifestent. Dès que survient le phénomène de tolérance, l'organisme a besoin de la drogue pour bien fonctionner et s'il n'en reçoit pas régulièrement, il perçoit des symptômes de sevrage d'une intensité variable. L'apparition de ces symptômes est décisive, selon Lindesmith. Si le sujet les prend pour les symptômes d'un autre mal, fait courant dans les hôpitaux où les stupéfiants opiacés sont administrés à des fins médicales et où les malades assimilent leur malaise aux conséquences de leur maladie, il ne contracte pas la dépendance. De même, des personnes qui ont pris de l'héroïne illicite régulièrement peuvent associer leurs premiers symptômes de sevrage à un rhume ou à une grippe ordinaire¹⁴⁵. C'est seulement lorsque le sujet ressent de l'angoisse, se rend compte ou apprend que la privation de stupéfiants opiacés en est la cause et qu'il prend de la drogue pour sortir de cet état qu'apparaît l'ensemble des attitudes et des manières de se comporter que constitue la dépendance. Selon Lindesmith, c'est à ce stade que le sujet perçoit pour la première fois sa dépendance.

L'opinion générale veut que les effets euphoriques d'une drogue en entretiennent l'usage. Lindesmith soutient que le désir chez l'habitué de s'épargner les symptômes de sevrage renforce sa dépendance. En d'autres termes, on peut considérer que le toxicomane prend la drogue pour se soigner lui-même ou prévenir les symptômes du sevrage¹⁹². Tous ne sont pas du même avis sur les sortes de drogues et sur les doses que les adeptes utilisent pour cette raison plutôt que pour leurs effets euphorisants, mais nous croyons que le souci d'éviter les symptômes désagréables du sevrage joue un rôle important à certains niveaux de consommation du tabac, de l'alcool, des amphéta-

mines, des barbituriques, des stupéfiants opiacés, etc., surtout si leur usage est quotidien.

Même si la dépendance physique exerce une influence profonde sur les modalités de l'usage et le style de vie de certains usagers, elle n'influe pas sur les habitudes de consommation de la majorité des usagers réguliers de la plupart des drogues. Chez ces derniers, des facteurs sociaux et des normes restrictives qu'ils se sont peu à peu fixées déterminent la fréquence de l'usage et les doses qu'ils prennent.

LES FACTEURS SOCIAUX

Nous avons déjà mentionné dans le présent appendice que l'essai et l'usage intermittent de la drogue se pratiquent au cours de réunions d'amis. Dans bien des cas, le milieu social rend également possible l'usage régulier, et même le favorise. Par exemple, un sujet qui prend du cannabis, du L.S.D. ou d'autres hallucinogènes de temps à autre peut voir augmenter le nombre de ses amis qui font usage de ces substances. Ainsi se multiplieront et se diversifieront pour lui les occasions de se droguer. Face à des possibilités accrues de consommation et d'achat, il se peut qu'il prenne plus de drogue et devienne un adepte qui décidera dans quelle circonstance il convient de consommer du cannabis ou du L.S.D. ainsi que des quantités nécessaires pour en tirer le maximum d'effet. Il se mettra à croire que fumer du cannabis avant le repas rehausse les plaisirs de la table et il s'en fera un rite tout comme d'autres prennent l'apéritif. Il sera invité à prendre du L.S.D. au cours d'excursions à la campagne, trouvera l'expérience beaucoup plus agréable qu'à la ville et décidera de consommer cette drogue à la campagne seulement. Par ailleurs, il estimera peut-être que ses amis ou ses connaissances prennent certaines drogues sans discernement ou avec excès et décidera de n'en faire usage que pendant ses loisirs, dans des circonstances précises. On peut observer un phénomène identique chez les personnes qui, au contact d'amis et de connaissances, décident dans quelles circonstances elles boiront de l'alcool, inhaleront des solvants ou prendront un certain nombre d'autres substances.

Voici en résumé les influences que le milieu social exerce sur l'habitué et qui marquent chez lui en fin de compte les modalités de l'usage :

1) *Les renseignements.* — Parents et amis peuvent le renseigner sur les circonstances où telles substances peuvent se prendre à telles fins. Par exemple, on lui dira que le cannabis ou le L.S.D. lui feront goûter davantage films ou concerts ou que tel médicament sur ordonnance ou en vente libre peut atténuer certains effets contraires d'une drogue ou potentialiser ceux d'une autre.

2) *L'exemple.* — L'usager intermittent peut, en observant le comportement de ses collègues ou camarades, apprendre dans quelles circonstances faire usage de certaines drogues et quels niveaux de consommation sont estimés excessifs. Il constatera par l'exemple des autres que certains niveaux de consommation n'entraînent guère d'ennuis ou d'accidents.

PS 821.
PS 1160

3) *L'idéologie.* — Appartenir à un groupe d'usagers apporte au sujet des idées qui font contrepoids aux opinions et aux attitudes contraires à l'usage des drogues illicites, affermissent sa position et légitiment son choix. Par exemple, les fumeurs de cannabis justifient leur conduite en disant que des produits licites comme l'alcool et le tabac sont bien plus dommageables pour la santé que le cannabis dont l'usage est bien anodin par comparaison¹³.

4) *Les occasions.* — Plus le sujet comptera d'usagers réguliers dans son entourage, plus il aura d'occasions de prendre de la drogue sans qu'il les cherche et plus il découvrira de sources d'approvisionnement en drogues illicites.

LES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES

Même si l'influence des parents et amis détermine dans une grande mesure le niveau de consommation, certaines personnes se fixent de toute évidence des niveaux réguliers différents ou recherchent des groupes dont les modalités de l'usage sont bien différentes. Nous étudions ailleurs (Appendice D) les variables de la personnalité qui influent sur ces décisions. Il suffit pour le moment de mentionner que nombre de traits de caractère et de faits dans la vie d'un individu expliquent jusqu'à un certain point les formes que prend chez lui l'usage de certaines drogues et ses préférences en la matière.

LES MODALITÉS DE L'USAGE RÉGULIER

Les modalités de l'usage de la drogue varient selon la substance, les prescriptions de la loi, l'offre, les propriétés et nombre d'autres facteurs. En outre, la consommation diffère selon les personnes, et peut changer avec le temps chez la même. Dans les pages qui suivent, nous décrivons trois types d'usage régulier : usage pratique, usage de divertissement et usage dicté par la dépendance. Nous définirons chaque catégorie de façon distincte bien qu'il ne faille pas voir de cloisons étanches entre elles. Certaines drogues, dont l'alcool, se prennent des trois façons. Des sujets peuvent faire usage d'une drogue donnée d'une ou de plusieurs de ces façons à un moment donné, et passer petit à petit à un autre type d'usage. Les modalités de l'usage, passées et actuelles, ne se limitent pas à ces catégories que nous considérons simplement comme cadre pour notre étude.

L'usage utile suppose l'intention de faire servir au moins une propriété physique ou psychique à d'autres fins que le plaisir ou l'euphorie. On peut qualifier d'utile l'usage de certains produits s'il facilite les relations sociales. Pour notre propos, toutefois, nous restreindrons notre définition au désir d'augmenter le rendement au travail ou de soulager des malaises physiques ou mentaux. Cet usage, plus personnel que social, tend vers un objectif précis plutôt que vers le plaisir. L'usage hédonique, par ailleurs, est avant tout axé sur les effets psychiques agréables et se limite d'ordinaire aux heures de loisirs et à la vie sociale des adeptes. Dans l'usage dicté par la dépendance, on ne

domine habituellement plus tout à fait le niveau de consommation et on ressent fortement le besoin de prendre de la drogue ; le sujet se drogue alors n'importe où, indépendamment des circonstances et de son état physique ou mental.

USAGE UTILE

Le rendement au travail. — Les stimulants sont d'usage courant pour augmenter la vigilance au travail. La caféine, prise dans le café, le thé, les boissons au cola et diverses préparations pharmaceutiques en vente libre, et la nicotine, contenue dans les produits du tabac, sont les plus fréquemment employées. Même si le café et le thé se servent socialement en outre, la plupart des consommateurs en prennent, d'une façon consciente ou non, pour leurs effets stimulants⁸³. La pause-café, si bien établie, est l'occasion de contacts sociaux, mais la boisson qu'on y consomme stimule l'énergie.

Les membres de certains groupes professionnels dont les fonctions exigent beaucoup d'effort physique, d'attention ou d'endurance prennent parfois des stimulants. Les serveurs et les serveuses¹⁰⁴, les chauffeurs de taxi et les routiers^{83, 104} ainsi que les athlètes professionnels^{80, 90, 91, 92} ont souvent recours aux amphétamines et à des substances connexes. Les étudiants en consomment également pour demeurer bien éveillés aux examens de fin d'année^{21, 89, 249, 270}. On a accusé certains médecins de contribuer à l'essor de ce type de toxicomanie. Par exemple, des médecins donneraient à leurs malades, sur demande, des « injections de vitamines ». Le produit injecté contient non seulement des suppléments vitaminiques mais des amphétamines^{209, 210, 280}.

Il semble que certains usagers perçoivent toute substance modifiant l'humeur, — stimulant ou déprimeur, — comme moyen d'augmenter leur efficacité ou leur rendement au travail. Même si le fait n'est pas bien démontré, il semble que, dans certains cas, tranquillisants, barbituriques et alcool à faibles doses peuvent servir à cette fin. Les médecins et les autres membres des professions médicales devenus opiomanes affirment avoir voulu d'abord neutraliser la fatigue causée par un excès de travail^{167, 277}.

L'autotraitement. — Par *autotraitement*, nous entendons l'emploi non médical ou paramédical de substances psychotropes qu'on pratique pour atténuer certains états ou malaises psychiques ou pour combattre divers troubles physiques. La surveillance médicale est restreinte ou inexistante. L'usage de l'alcool fait partie de cette médecine ; par exemple, au terme d'une dure journée, on prendra avant de dîner une consommation pour ses effets tranquillisants. On fume parfois du cannabis afin d'atténuer les symptômes du rhume ou de la grippe (voir notre rapport sur le cannabis). Un certain nombre de préparations pharmaceutiques en vente libre, tels les sirops contre la toux, les comprimés de codéine, les antihistaminiques, etc., servent non seulement aux fins spécifiées, mais encore à diminuer la tension nerveuse ou à provoquer le sommeil.

05 1160 P5 821.

Les soins médicaux peuvent être à l'origine de ce type d'usage ; un médecin prescrit tel remède contre une allergie et le malade en prendra, de façon consciente ou non, comme calmant ou sédatif. Certaines personnes, à qui un médecin a recommandé des comprimés amaigrissants, s'en serviront parfois pour combattre un état dépressif. De même, des malades prennent des sédatifs et des tranquillisants à des fins non prévues par leur médecin. Il est parfois difficile de discerner cet usage de l'usage thérapeutique, mais la démarcation est bien nette toutefois par rapport à l'usage social ou hédonique.

L'une des formes les plus courantes de cette médecine personnelle consiste à soigner les séquelles ou les effets d'une drogue par une autre drogue. Nous étudions plus loin ce genre de polytoxicomanie cyclique. L'autotraitemment constitue une forme importante de l'usage de la drogue à des fins utiles de même qu'une modalité importante de la polytoxicomanie.

L'USAGE HÉDONIQUE

Cet usage de la drogue se pratique d'ordinaire avec modération et sans contraintes, aux heures de loisirs. Le sujet cherche à atteindre un certain degré d'euphorie, à accroître les plaisirs d'un passe-temps ou à faciliter ses contacts. Même si certains consomment seuls de la drogue pour leur plaisir, la plupart le font en famille ou avec des amis.

Cet usage se pratique donc habituellement entre amis aux idées et aux attitudes communes devant la vie, et aux mêmes préférences en matière de drogues. Il survient d'habitude dans un groupe homogène déjà formé ; souvent des niveaux de consommation régulière s'établissent dans un milieu donné. Dès que leur consommation devient régulière, certains usagers, dont les héroïnomanes et les adeptes de fortes doses de méthamphétamine par voie intraveineuse, sont enclins à passer à de nouveaux cercles d'habitues. Toutefois, la plupart de ces adeptes font partie d'un groupe homogène qui se serait quand même constitué sans l'usage régulier d'un psychotrope.

Les polytoxicomanes prennent parfois des barbituriques ou d'autres sédatifs dans un cadre social pour réaliser l'euphorie ou potentialiser les effets d'autres drogues. De faibles doses de méthamphétamine ou de comprimés amaigrissants peuvent servir à animer et prolonger les contacts sociaux. L'usage de ces drogues ne se limite pas toutefois à des fins de divertissement.

L'inhalation de colle et d'autres solvants volatils serait avant tout orientée vers le divertissement. Peu de renseignements existent sur l'adepte solitaire. La plupart des ouvrages décrivent des groupes d'enfants ou d'adolescents faisant usage de ces substances^{12, 27}.

Au départ, l'héroïne se prend dans un cadre social et à des fins de divertissement, mais ces modalités changent dès que commence la consommation quotidienne. Tous les usagers de l'héroïne ne passent pas cependant à l'usage quotidien. Quelques-uns s'en tiennent à des niveaux de consommation régulière qui n'entraînent pas la dépendance.

Dans la plupart des cas, l'alcool et le cannabis se prennent au sein de groupe et à l'occasion de divertissements chez les non-toxicomanes. Les usagers, en général, considèrent ces substances comme moyens de détente et stimulants de la communication, ou comme modificateurs de l'humeur ou euphorisants. Elles peuvent soulager de l'ennui ou servir de compléments agréables à d'autres activités ; elles semblent constituer un élément normal et familier des plaisirs de l'utilisateur aux heures de loisir.

Aux premiers temps de l'usage illicite du L.S.D., époque où on prônait la valeur de l'expérience psychédélique, dont son pouvoir mystique et révélateur de soi, la consommation de cette drogue et d'hallucinogènes semblables était considérée comme un événement, non seulement sous l'angle du divertissement mais encore du perfectionnement et de la connaissance de soi*. Cependant, depuis que l'usage du L.S.D., de la MDA et d'autres psychotropes semblables s'est répandu, les adeptes les consomment en général à des fins de divertissement, soit pour agrémente sans façon leurs rencontres.

Le rôle social de l'alcool est un fait admis. La plupart des gens, estime-t-on, n'en consomment pas pour le seul plaisir de boire mais pour animer leurs contacts sociaux et se sentir moins tendus en société. Des gens se groupent parfois dans le dessein précis de s'enivrer, notamment chez les adolescents qui s'exercent à boire. Néanmoins, dès qu'ils sont renseignés sur les conséquences de l'abus, ils se fixent peu à peu des règles ; ils relègueront alors probablement l'alcool au second plan de leurs réunions. De même, de nouveaux usagers organiseront des parties de cannabis dans le but précis de s'intoxiquer, mais dès que les membres du groupe font de la consommation de cette substance un élément de leur style de vie, ils la considèrent comme complément de la vie sociale, tel l'alcool pour d'autres¹⁶⁷. Quoi qu'il en soit, dans la majorité des cas, l'usage non médical de la drogue commence au sein d'un groupe et ne cesse d'être un phénomène collectif de divertissement.

USAGE DICTÉ PAR LA DÉPENDANCE

Dès qu'un sujet a contracté la dépendance à l'égard d'une drogue, il commence d'ordinaire à en prendre tous les jours, si ce n'est davantage, indépendamment de la situation dans laquelle il se trouve et de son état physique et mental. La plupart des usagers de psychotropes créant la dépendance savent que d'autres ne dominent plus leur niveau de consommation, mais peu d'entre eux croient que c'est ce qui leur arrivera un jour. La dépendance se contracte peu à peu, et le sujet a la conviction de rester maître de la situation même lorsqu'il s'adonne à la drogue à des intervalles de plus en plus rapprochés. Aux premiers stades de la dépendance, la plupart soutiennent qu'ils peuvent cesser de se droguer quand bon leur semblera.

Au Canada, la dépendance à l'égard du tabac est probablement la forme de dépendance la moins traumatisante de même que la plus courante. L'usage

* On pourrait soutenir que l'usage des hallucinogènes axé sur le perfectionnement et la connaissance de soi est en fait un usage utile.

25 821
05 1160

du tabac est très répandu, toléré et relié à bien des faits de la vie quotidienne : pause-café, digestifs, réunions diverses. Nombre de personnes fument tous les jours pendant une longue période sans se rendre compte que si elles cessaient de faire usage du tabac le besoin de recommencer et des symptômes de sevrage les tenailleraient²³.

D'une manière générale, la dépendance à l'égard de l'alcool se crée lentement. Au début, rien ne distingue parfois la manière de boire du futur alcoolique. Il apprécierait davantage, selon Jellinek¹²⁵, l'effet apaisant des boissons alcooliques. En général, on devient alcoolique en consommant tous les jours des quantités de plus en plus grandes d'alcool. Après des mois ou des années d'abus, des absences se manifestent parfois. Quelque temps après, on commencera à boire le matin et on se rendra compte, de même que l'entourage, qu'on ne peut plus dominer son besoin de boire. Dans certains cas, à la suite d'une crise dans la vie personnelle du sujet, par exemple, l'alcoolisme s'installe très rapidement au lieu de prendre des années¹⁹⁶.

La plupart des buveurs pathologiques consomment tous les jours de fortes quantités d'alcool, mais il existe plusieurs autres types d'alcoolisme¹²⁵. L'un d'eux, que nous appellerons « alcoolisme périodique » comporte de fortes beuveries intermittentes. À la longue, ces gros buveurs¹⁶³ peuvent absorber plus d'alcool que ceux qui en prennent tous les jours, mais ils ne manifestent pas le même degré d'asservissement¹²⁵. Ces cuites intermittentes constituent parfois un stade sur la voie de l'alcoolisme. Néanmoins, certaines personnes s'en tiennent là et ne contractent jamais l'habitude impérieuse de la consommation quotidienne.

Il ne semble donc pas que toutes les modalités de l'usage impérieux comportent la consommation quotidienne au cours de longues périodes. Les adeptes des amphétamines en font un usage quotidien ou prennent des cuites. Les enquêteurs de la Commission¹⁶³ ont observé des usagers de la méthamphétamine qui s'en injectaient presque constamment de fortes doses quotidiennes. L'usage chez l'adepte ordinaire, cependant, consiste en une série continue de « montées » et de « descentes ». La « montée » est marquée par l'usage quotidien de doses croissantes pendant au plus une semaine. Dès qu'il cesse, le sujet connaît l'épuisement physique, puis un état d'extrême irritabilité et de dépression caractéristiques d'une phase du sevrage. Le remède le plus usuel contre ces symptômes est une nouvelle injection d'amphétamine. Alors la « montée » recommence.

L'opiomanie, particulièrement dans le cas des opiacés les plus puissants, se contracte d'ordinaire beaucoup plus rapidement que l'alcoolomanie. Entre le premier usage et l'usage quotidien d'héroïne, il s'écoule en général de quelques mois à un an environ^{117, 212}. Une période d'usage pour le divertissement et dans un cadre social précède très souvent la dépendance. À un moment donné, on accroît la fréquence de l'usage en groupe et seul ; dans ce dernier cas, il s'agira souvent d'alléger les tensions²⁰⁴. L'usager prend presque toujours conscience de son état d'asservissement lorsqu'il ressent les symptômes du

sevrage et s'aperçoit qu'il peut les soulager immédiatement par une dose de stupéfiant opiacé^{117, 151, 223}.

La prescription de sédatifs hypnotiques est, en général, à l'origine de la dépendance à l'égard de ces substances. Un omnipraticien peu au fait des dangers de ces médicaments délivrera une ordonnance renouvelable ; ou un malade consultera plusieurs médecins pour son insomnie afin de se procurer de multiples ordonnances. Certains alcooliques contractent la dépendance à l'égard des sédatifs. Les héroïnomanes prennent parfois des barbituriques venant du marché illicite ; au fil des années, lorsqu'ils ont de moins en moins les moyens de se procurer de l'héroïne, quelques adeptes contractent la dépendance à l'égard de produits pharmaceutiques de substitution moins coûteux^{70, 109}. Même si les jeunes polytoxicomanes prennent à l'occasion des sédatifs hypnotiques, en particulier des barbituriques et des substances contenant de la méthaqualone, la Commission n'a relevé que peu de cas de dépendance chez eux. Si toutefois l'usage de ces produits continue à se répandre dans ce groupe, un mode de dépendance particulier apparaîtra un jour ou l'autre.

LES MODALITÉS DE LA POLYTOXICOMANIE

Depuis quelques années, on prend de plus en plus conscience du phénomène de la polytoxicomanie et on s'en inquiète. La consommation de plusieurs psychotropes n'est pas nouvelle ni exotique, comme on l'imagine parfois ; elle ne se limite pas non plus à un secteur précis de la société. Au sens large, les polytoxicomanes sont ceux qui absorbent, en une fois ou à différentes occasions, un certain nombre de psychotropes. Le sujet qui fait usage d'alcool, de tabac et de caféine est polytoxicomane tout comme celui qui, prenant ou non de ces substances, consomme divers produits illicites. Par ailleurs, certaines polytoxicomanies semblent plus dangereuses ou inquiétantes que d'autres, selon les drogues en cause, les niveaux de consommation, la fréquence de l'usage ou les effets néfastes possibles.

Dans les ouvrages sur le sujet, le terme *polytoxicomane* est restreint aux personnes qui font usage de plus d'une drogue illicite à des fins non médicales, d'où une certaine ambiguïté dans le cas des élèves des écoles secondaires qui ne sont pas en âge de boire ni de fumer, par exemple ; cela limite l'interprétation des renseignements et la valeur des recherches. Une bonne définition fonctionnelle devrait spécifier les drogues à l'étude et les circonstances de l'usage. Pour notre propos, nous retenons les modalités de l'usage de substances multiples dans un contexte non médical.

Il faut aussi considérer la fréquence de l'usage et les doses. La plupart des études sur la polytoxicomanie se fonde sur une définition minimale : le polytoxicomane est celui qui a déjà pris plus d'une drogue. Cette définition n'est guère satisfaisante, car elle renseigne peu. Les personnes qui ont dépassé de très peu le stade de l'expérimentation y sont sur le même pied que les usa-

gers habituels de fortes doses (voir annexe). Les définitions de la polytoxicomanie devraient donc préciser la fréquence et la régularité de l'usage ainsi que les doses, autant que possible.

La polytoxicomanie peut s'étudier sous deux angles différents : polytoxicomanie parallèle et polytoxicomanie consécutive. Dans le premier cas, l'accent est mis sur la façon dont l'usager organise sa consommation, les modalités de celle-ci et les relations entre les diverses substances utilisées. Dans le deuxième, l'étude porte sur l'ordre de l'usage de chaque drogue dans le temps ou sur le moment de son entrée dans le répertoire pharmacologique de l'usager. La notion de progression est souvent comprise dans la rubrique générale de la polytoxicomanie. La progression se distingue de la polytoxicomanie consécutive parce qu'elle suppose une hiérarchie de drogues, depuis les « douces » jusqu'aux « fortes », depuis les anodines jusqu'aux dangereuses, sans compter la tendance chez les usagers à gravir les échelons de cette hiérarchie. Le terme « consécutif » désigne seulement le passage d'une substance à une autre sans évoquer l'idée d'un danger croissant ou du passage à une drogue plus puissante.

LA POLYTOXICOMANIE PARALLÈLE

La polytoxicomanie parallèle peut être intermittente, simultanée, cyclique ou interchangeable.

L'usage d'une ou de plusieurs drogues dans différentes occasions peut être qualifié d'intermittent. Un sujet peut, par exemple, prendre du cannabis et du L.S.D., mais pas dans la même situation. La polytoxicomanie intermittente comporte souvent des modalités d'usage différentes : par exemple, un usage des amphétamines à des fins utiles n'empiétant pas sur l'usage d'autres substances à des fins de divertissement.

La polytoxicomanie simultanée, par ailleurs, est l'ingestion tellement rapprochée d'au moins deux substances agissant sur le psychisme que leurs effets sur l'organisme se font sentir au même moment. Dans certains cas, il s'agit d'une consommation délibérée d'au moins deux substances pour conjuguer leurs effets. Le mélange d'héroïne et de cocaïne ou de méthamphétamine, appelé en anglais *speedball*, en est un exemple. D'autres, par contre, peuvent faire un usage simultané d'au moins deux drogues sans connaître la conjugaison ou le renforcement de leurs effets. Par exemple, une personne à qui on a prescrit l'usage quotidien d'un sédatif hypnotique peut également prendre de la caféine, de l'alcool ou d'autres drogues sans tenir compte du médicament ingéré.

La polytoxicomanie interchangeable consiste à substituer une drogue à une autre à propriétés semblables. Par exemple, les héroïnomanes achèteront des barbituriques, ou de préférence de la méthadone, lorsqu'il y a pénurie d'héroïne. Même s'ils n'aiment pas le goût de l'alcool quand ils prennent de l'héroïne²³⁸, ils en boiront souvent à l'excès s'ils sont privés de stupéfiants

opiacés. Nous étudions plus loin un certain nombre de modalités de la polytoxicomanie interchangeable (voir *Théories sociales sur la polytoxicomanie*).

La polytoxicomanie cyclique comporte l'ingestion successive d'au moins deux substances de manière que la dernière modifie ou neutralise les effets de la première. Les personnes qui ont bu de l'alcool à l'excès connaissent bien « la gueule de bois ». Celle-ci se traite couramment par la caféine, du café, du thé ou des boissons au cola, qu'on prend en grandes quantités. Des comprimés à la codéine servent parfois à soulager la douleur qui accompagne ces malaises. Dans certains cas, on a recours aux stimulants en comprimés ou aux amphétamines pour combattre la somnolence.

Les cycles de stimulants et de sédatifs sont une modalité courante de la polytoxicomanie. Les pilules amaigrissantes ou d'autres stimulants servent quelquefois à enrayer les symptômes de la gueule de bois causés par les somnifères. Par ailleurs, les sédatifs ou l'alcool peuvent servir à susciter la détente ou le sommeil après que les effets des amphétamines ont commencé à disparaître. Les amphétaminomanes ont à l'occasion recours aux barbituriques ou à l'héroïne, s'ils en trouvent, pour dissiper leurs symptômes du sevrage après quelques jours de forte consommation de méthamphétamine par voie intraveineuse. Les recherches de la Commission ont confirmé que certains adeptes des amphétamines préféraient l'héroïne, qui stabilise et tranquillise sans produire les effets physiques et psychiques néfastes des amphétamines¹⁰⁴.

Le phénomène dit de « garbage head » vient de raviver les inquiétudes au sujet de la polytoxicomanie parallèle. Au printemps de 1972, les enquêteurs de la Commission ont découvert que les personnes qui s'occupent de la jeunesse constataient de plus en plus ce problème dans les villes du Canada¹⁰⁴. Par le terme « garbage head » on entend les polytoxicomanes excessifs qui consomment un nombre effarant de psychotropes à la fois ou successivement, sans se préoccuper des conséquences ultérieures. Depuis qu'a été abaissé récemment l'âge légal pour consommer de l'alcool, on observe ce phénomène dans les cabarets et les tavernes. Les sujets en question prennent de grandes quantités d'alcool avec une autre ou plusieurs autres drogues. Ces jeunes gens ignorent souvent ce qu'ils ont pris. Ils se sont fait donner, disent-ils, un comprimé d'une certaine couleur, qui leur apporterait l'ivresse.

Quelques observateurs croient que, dans la plupart des cas, cette modalité de la polytoxicomanie est transitoire. Lorsqu'ils commencent à prendre de l'alcool, certains adolescents s'engagent dans une période de consommation allant jusqu'à l'ivresse ou la maladie. Avec le temps, la plupart d'entre eux se fixent des normes, apprennent à régler leur consommation et à se contenir lorsqu'ils sont sous l'influence de l'alcool. Il semble que si le phénomène s'est surtout manifesté dans les provinces qui viennent d'abaisser l'âge légal pour boire, c'est que la plupart des élèves de la catégorie d'âge des écoles secondaires et des usagers de drogues illicites tâtaient autrefois de ces substances à l'insu du public, et non, comme aujourd'hui, dans les établissements de consommation. Il est raisonnable de penser que la plupart de ces sujets, surtout

05-1160
 P5 821.

après une série d'expériences désagréables, surveilleront leur consommation et adopteront des modalités d'usage, régulier ou intermittent, plus modérées.

LA POLYTOXICOMANIE CONSÉCUTIVE

Diverses théories ont été mises de l'avant pour expliquer pourquoi tel adepte d'une drogue donnée tâte d'autres substances psychotropes. Pour aider à comprendre d'où viennent ces théories et pourquoi elles ont cours aujourd'hui, une brève introduction historique sera sûrement utile.

Aux États-Unis, les prohibitionnistes ont été les premiers à proposer une hypothèse à ce sujet :

Les liens entre le tabac (cigarettes surtout), l'alcool et les stupéfiants opiacés sont très étroits ... l'usage de la morphine fait normalement suite à celui du tabac. Les cigarettes, l'alcool et l'opium forment une progression logique¹⁵⁷.

Le cannabis ne faisait pas partie de cette série, car aux États-Unis la consommation de marijuana n'est répandue au point d'attirer l'attention du public que depuis les années 30. En 1931, un médecin prohibitionniste faisait état du passage du cannabis à l'héroïne :

Les usagers de la marijuana sombrent facilement dans l'abîme de la toxicomanie et finissent leur misérable existence sur l'échafaud, dans un établissement pénitentiaire ou un asile d'aliénés. La résistance morale et physique aux stupéfiants et à l'alcool est non seulement affaiblie, mais souvent détruite chez les sujets à personnalité équilibrée qui s'adonnent, même de façon modérée, à la marijuana¹⁵⁸.

Au cours des années 30 et 40, quelques ouvrages sur le cannabis mentionnent le passage de la marijuana à l'héroïne, sans apporter de preuves. D'ailleurs, les auteurs s'entendent peu sur les causes de ce phénomène¹⁵⁹. Les personnes qui détiennent l'autorité et qui connaissent bien l'usage de la drogue (agents de police et membres des professions médicales) nient l'existence de cette escalade.

Après la Deuxième Guerre mondiale, l'usage de l'héroïne aux États-Unis se serait répandu comme une épidémie, surtout dans les grands centres urbains parmi les jeunes gens des minorités ethniques. La presse populaire émet l'opinion que la nouvelle génération d'héroïnomanes a contracté l'habitude des opiacés par le truchement de la marijuana. Les conclusions de la Commission La Guardia et d'un certain nombre d'études psychiatriques publiées de 1944 à 1946^{160, 161, 162, 163, 164, 165} commencent alors à ébranler les idées sur l'extrême danger du cannabis, son effet d'accoutumance et ses incitations au crime. Quelques observateurs du milieu héroïnomanes parviennent à la conclusion que l'usage du cannabis, en soi, n'est pas aussi dangereux qu'ils l'ont d'abord cru mais qu'il conduit à l'héroïnomanie et est à l'origine de la nouvelle génération d'adeptes.

L'histoire sociale de l'usage des stupéfiants opiacés en Amérique du Nord nous apprend que le toxicomane de l'après-guerre n'est pas en fait un type nouveau. Toutefois, il diffère sensiblement du bourgeois d'âge mûr qui, vers 1900, manifestait un asservissement prononcé aux produits pharmaceutiques²⁵⁶. Cependant l'usage des opiacés chez les jeunes délinquants s'était établi bien avant l'apparition et la diffusion du cannabis. Des milliers de gens, estimés respectables à d'autres égards, avaient contracté la dépendance à l'égard des spécialités pharmaceutiques et des remèdes domestiques contenant des opiacés. Un certain nombre de sujets du monde interlope (joueurs, vagabonds, prostituées) fumaient également de l'opium ou étaient asservis à la morphine. Vers 1920, après que des lois eurent restreint la possibilité de se procurer des stupéfiants opiacés, on a établi un certain nombre de dispensaires aux États-Unis pour fournir des doses d'entretien aux personnes encore asservies à ces drogues^{150, 234}. La publicité faite aux « éléments criminels » au sein de ces groupes de toxicomanes a, entre autres, obligé ces dispensaires à fermer²⁴⁶. L'opiomanie, semble-t-il, était déjà assez répandue chez les jeunes, dans les milieux pauvres et chez les membres de la pègre avant que ne commence à se diffuser l'usage du cannabis^{71, 136, 140, 250}. Selon nous, l'« épidémie » de l'après-guerre aurait fait suite à une évolution du début du siècle ou antérieure que la guerre aurait interrompue. D'après ce point de vue, l'usage croissant de l'héroïne à la fin des années 40 aurait eu pour principales causes la réouverture des voies de communication internationales et l'intense diffusion illicite de l'héroïne qui en résulta une fois de plus¹⁵⁸.

L'inquiétude qui s'est manifestée à la fin des années 40 au sujet du passage du cannabis à l'héroïne, en particulier, n'a pas cessé. La diffusion du L.S.D., des barbituriques et des amphétamines dans les années 60 a obligé d'élargir ce concept afin de tenir compte de quelques-unes de ces substances. Le passage du cannabis à l'héroïne constitue donc, d'après une opinion souvent exprimée, une des modalités de la polytoxicomanie consécutive.

La relation entre l'usage du cannabis et celui des stupéfiants opiacés est étudiée à l'Appendice A du présent rapport ainsi que dans notre ouvrage intitulé *Le Cannabis*. Dans ce dernier document, la majorité des membres de la Commission notait que certains sujets cèdent à la polytoxicomanie, qu'ils aient ou non fait usage de cannabis, mais elle ajoutait ce qui suit :

... il est raisonnable de supposer que beaucoup d'entre eux n'auraient pas recours à certaines drogues s'ils ne prenaient pas de cannabis⁹.

Ils concluaient que même si cette substance influe sur l'usage subséquent d'autres drogues, le phénomène de la polytoxicomanie est trop complexe pour qu'on en attribue la cause à un seul facteur ou à une drogue donnée.

L'ouvrage sur le cannabis et l'Appendice A du présent rapport rendent compte également d'un certain nombre d'études rétrospectives sur les usagers de l'héroïne et d'études de contrôle sur les usagers de la marijuana^{9, 41, 54, 94, 199, 218}. Ces études présentent diverses lacunes méthodologiques ; ainsi elles

ps 1160
ps 821

sont trop centrées sur les sujets prédisposés à prendre de l'héroïne. On ne peut donc en appliquer les résultats à l'ensemble des usagers du cannabis. Voici la conclusion de l'Appendice A :

On n'a pas découvert pour la marijuana ou d'autre drogue de propriété engendrant le besoin ou le désir d'autres psychotropes. Il semble que ce soient des facteurs de dynamisme personnel et de transformation sociale qui jouent un rôle dominant dans les modalités de la polytoxicomanie, et que l'action des psychotropes en cause est secondaire.

En fait, des théories diverses et souvent contradictoires ont pour objet de démontrer un rapport de cause à effet entre l'usage du cannabis et l'usage subséquent d'autres drogues. Ces tentatives d'explication varient beaucoup quant au fond et à la complexité ; nous les exposons dans les pages qui suivent afin de faciliter la compréhension des nombreux mécanismes qui peuvent influencer sur les modalités de la polytoxicomanie consécutive ou sur le passage d'une drogue à une autre*.

Les théories sur les effets psychopharmacologiques. — Le premier type d'explication, aussi le plus courant, touchant le passage de la marijuana à d'autres drogues repose sur les effets psychopharmacologiques de cette substance. La majorité de ces théories consiste en un compte rendu naïf et simpliste des modalités de la polytoxicomanie consécutive. Toutes font ressortir les effets du cannabis comme cause déterminante.

On a allégué que l'usage du cannabis affaiblit la volonté et fait perdre la maîtrise de soi, ce qui rendrait l'usager plus vulnérable à d'autres drogues¹⁵⁷. On n'a pas cherché toutefois à vérifier si la maîtrise de soi était vraiment en cause.

Une autre explication se fondait sur un mécanisme de tolérance et de désillusion. L'intensité du plaisir que les usagers de la marijuana éprouvent tendrait à diminuer avec le temps du fait de la tolérance. Ils rechercheraient alors un psychotrope plus puissant. On a également soutenu que les adeptes du cannabis escomptent un plaisir sans cesse croissant, ce qui les obligerait à recourir à d'autres drogues pour satisfaire leur besoin d'ivresse⁹³. Cette théorie ne précise pas pourquoi le cannabis, plutôt que l'alcool ou d'autres drogues, créerait ce goût. Selon une variante de ce type de théories, l'usager du cannabis contracterait la dépendance psychique, ouvrant ainsi la voie à l'usage de l'héroïne¹⁶⁶.

Dans *Le cannabis*⁴³, nous écrivions que ces théories n'ont été confirmées ni par des faits ni par des recherches et qu'il n'est pas établi que les effets du cannabis poussent à l'usage de l'héroïne. Si ces effets jouaient vraiment en ce sens, le taux du passage de la marijuana à l'héroïne ou d'autres drogues accu-

* Plusieurs articles d'Erich Goode⁹⁰, de même que les ouvrages, publiés ou inédits, de Jerry Mandel⁹⁰, ⁹¹, ⁹² contiennent des études détaillées sur les théories du passage d'une drogue à une autre.

serait vraisemblablement une constance relative*. On n'a pas encore démontré toutefois que tous les usagers du cannabis, ni même pour un niveau donné de consommation, auront la même propension à prendre d'autres drogues plus tard^{29, 98, 128}.

Si, par ailleurs, on examine la façon dont les gens en viennent à prendre de l'héroïne, il est difficile de faire de l'usage du cannabis l'élément déterminant. Il n'est pas établi que le sujet prend de l'héroïne une première fois au moment où sa résistance est affaiblie par les effets directs du cannabis. La décision de prendre de l'héroïne tient au mode de vie, aux dispositions à l'égard de cette drogue et aux contacts avec les héroïnomanes. Enfin, il est évident que les faits qui poussent à tâter de cette drogue peuvent être bien différents de ceux qui conduisent à la dépendance à l'égard des stupéfiants opiacés (voir l'Appendice D).

L'usage du cannabis ne précède pas nécessairement celui de l'héroïne ; jusqu'à 1965, peu d'héroïnomanes au Canada avaient pris du cannabis avant de s'adonner aux stupéfiants opiacés^{117, 194, 253}. Nous pouvons simplement avancer que les effets du cannabis exercent peut-être de l'influence chez certains sujets et que d'autres arrivent par des voies différentes à l'héroïnomanie. Cette façon de penser a conduit les théoriciens à chercher dans les variables de la personnalité les incitations chez l'usager du cannabis à passer à d'autres drogues.

Les troubles de la personnalité. — Les théories relatives aux troubles de la personnalité reposent sur l'hypothèse voulant que la majorité des sujets qui passent de l'usage du cannabis à celui d'autres drogues soient psychiquement anormaux à divers degrés. Ainsi l'usage du cannabis dénoterait une anomalie de cet ordre ; dans les cas les plus graves, le cannabis n'apporterait pas de solution satisfaisante. On chercherait le soulagement dans l'héroïne ou d'autres drogues.

Les recherches psychologiques sur la polytoxicomanie portent d'ordinaire sur les cas où les modalités de l'usage sont source d'inquiétude. La plupart des observateurs, par exemple, ne considèrent pas l'usage quotidien d'alcool, de caféine et de tabac comme un signe de trouble psychique parce que

* Des chercheurs ont examiné si les statistiques des arrestations pour délits relatifs à l'usage de ces deux drogues confirmaient ou infirmaient cette hypothèse. Le rapport entre les taux des arrestations reliées au cannabis et à l'héroïne a servi à étayer les thèses tant favorables que défavorables à l'escalade toxicomane^{200, 207, 212, 208, 209}. L'utilisation d'un indice indirect de cette sorte pose néanmoins des problèmes de méthode. Les héroïnomanes, croit-on, sont plus sujets à être appréhendés que les usagers du cannabis, d'où une plus forte proportion d'arrestations chez eux que chez ces derniers. En outre, l'héroïnomanie est susceptible d'être appréhendé plus d'une fois, ce qui gonfle le chiffre des arrestations²⁰⁰. On estime en général que les données sur les arrestations font plutôt ressortir la vigueur apportée à l'application de la loi que la fréquence dans l'usage de la drogue (voir l'Introduction).

Une autre méthode a consisté à chercher dans les dossiers des héroïnomanes s'ils avaient pris auparavant du cannabis ou d'autres drogues. M. C. Hammond, autrefois de la Division des stupéfiants et aujourd'hui du Bureau des drogues dangereuses, a présenté à la Commission des statistiques sur des cas semblables relevés par cet organisme de janvier 1969 à octobre 1970. Les renseignements fournis ne mentionnent pas toutefois la proportion des usagers du cannabis susceptibles de faire usage de stupéfiants opiacés ou de contracter la dépendance à l'égard de ces psychotropes.

p5 1160

p5 821

ces drogues sont admises par la société et par la loi. L'attention s'est donc portée d'abord sur les cas d'usage habituel et excessif et sur les polytoxicomanes consommant des substances illicites^{84, 113, 141, 168, 284}.

Même si elles livrent des données intéressantes, les études psychologiques sur les polytoxicomanes n'apportent pas de précisions quant à la part des variables psychologiques dans le choix des drogues au cours d'une existence de toxicomane. La plupart accusent les mêmes lacunes méthodologiques que les études où les auteurs ont tenté de cerner la dynamique psychologique de l'héroïnomanie, la personnalité du toxicomane ou la personnalité de l'alcoolique^{85, 87}. Tandis que certains types de polytoxicomanie massive traduiraient des troubles de la personnalité, beaucoup de polytoxicomanes seraient nettement classés comme normaux dans un examen psychiatrique. La relation entre les variables psychiques et l'usage des stupéfiants opiacés, des amphétamines et des hallucinogènes est examinée à l'Appendice D (*Motivation et autres causes du phénomène de la drogue*).

Théories sociales sur la polytoxicomanie. — Même s'il est raisonnable de supposer que l'usage de drogues de plus en plus fortes dénote chez certains sujets de graves défauts de caractère, il apparaît que l'origine et le milieu du toxicomane sont de nature aussi à influencer sur l'évolution de sa toxicomanie. Les modalités de l'usage ressemblent les diverses significations qu'attachent aux drogues différents groupes d'individus ; de plus, le comportement toxicomane est étroitement lié aux autres activités du groupe³. Du point de vue sociologique, l'attraction pour telle ou telle drogue et la sélection éventuelle tiennent à nombre de facteurs, dont l'offre, les connaissances et l'influence du milieu immédiat.

L'usage d'une drogue fait naître l'occasion de contacts avec d'autres adeptes de la même drogue et peut-être aussi d'autres drogues. Si les usagers du cannabis sont plus susceptibles que les non-usagers d'avoir fait usage d'alcool, les usagers d'alcool ont plus de chances d'avoir des amis qui leur offrent du cannabis. De même, l'usage du cannabis peut mettre un sujet en contact avec un grand nombre de personnes faisant usage de diverses drogues licites et illicites et leur fréquentation, pense-t-on, est l'une des causes de la persévérance du sujet dans son habitude. Le milieu de la drogue illicite est loin d'être homogène. Il apparaît plutôt comme une mosaïque de petits groupes disparates. Les polytoxicomanes peuvent avoir en commun l'usage d'une ou de plusieurs substances illicites, mais ils diffèrent par leurs formes de polytoxicomanie, leur orientation et par leurs attitudes à l'égard de telle toxicomanie. Nombre d'études ont confirmé que le choix des drogues qu'il faut inclure dans l'arsenal du toxicomane paraît subir l'influence du milieu socioculturel immédiat^{3, 29, 84, 126, 141, 193}.

Plusieurs des faits qui contribuent à déterminer les modalités de l'usage habituel influencent aussi le nombre et le genre de drogues comprises dans toute espèce de polytoxicomanie. Comme nous l'avons vu, le marché de substances illicites joue un rôle important. Le sujet qui ne peut trouver de sa drogue ou en payer le prix sera exposé à un certain degré de polytoxicoma-

nie. La Gendarmerie royale du Canada a souligné l'importance de ce facteur dans un mémoire à la Commission :

... la rareté de la marijuana paraît servir de catalyseur dans l'initiation du toxicomane à des drogues plus fortes qui peuvent se trouver sur le marché, tels le L.S.D., les amphétamines, les barbituriques et l'héroïne...²⁰⁰

Durant l'été 1969, une pénurie de marijuana a été signalée aux États-Unis, puis a fait l'objet d'observation¹⁶⁸. Plus des trois quarts des sujets d'un échantillon et 84 p. 100 d'un autre ont fait usage de drogues de remplacement. L'alcool et les hallucinogènes étaient les substituts les plus fréquents.

Certains jeunes peuvent prendre du cannabis plutôt que de l'alcool s'il leur est plus facile de s'en procurer³. Il semblerait aussi que les usagers de solvants préféreraient l'alcool, mais doivent s'en passer parce qu'ils sont trop jeunes pour se procurer aisément des boissons alcooliques*. On voit bien que la polytoxicomanie tient quelquefois à la rareté de la drogue habituelle et à la possibilité d'y substituer un autre toxique.

Dans nos observations antérieures sur le processus de l'accoutumance, nous comptons parmi les facteurs importants l'accès au marché illicite. Ce facteur peut jouer dans l'initiation à de nouvelles drogues. Certains observateurs pensent que l'illégalité du cannabis et la nécessité pour les usagers de recourir au marché noir peuvent pousser à l'usage d'une plus grande variété de substances illicites :

En traitant et en devenant ami avec le trafiquant de marijuana... le sujet peut modifier ses valeurs et son attitude envers la drogue et l'usage de la drogue et se laisser entraîner à faire l'expérience de diverses drogues. Comme le trafiquant offre en général tout un assortiment de drogues, la tentation est forte d'en faire l'expérience²⁰¹.

L'usage massif du cannabis, a-t-on avancé, mène à d'autres drogues. Nombre de variables interviennent cependant entre l'usage abondant du cannabis et la polytoxicomanie. Plus un sujet consomme de cannabis, plus il est susceptible de s'engager dans l'achat et la vente de marijuana et de haschich.

Les relations auxquelles le poussera ce trafic altéreront sa conception de lui-même face à la toxicomanie et lui donneront l'occasion de manier d'autres drogues. Ayant acheté et vendu de la marijuana, il a nécessairement eu des contacts avec d'autres gens qui faisaient un usage abondant de cette drogue et en parlaient favorablement²⁰².

Ainsi, l'achat et la vente de cannabis supposent des rapports avec de nouvelles connaissances et des amis qui font usage d'autres drogues et préconisent cette habitude^{23, 126}.

La corrélation initiale entre la fréquence de l'usage (de marijuana) et l'usage de drogues dangereuses tient au trafic de drogues et non à l'usage même... Ainsi, le rapport de cause entre l'usage de la marijuana et l'usage

* On a signalé des cas d'ainés initiant leurs frères cadets au cannabis afin de les détourner de la colle et d'autres solvants qu'ils jugeaient plus dommageables²⁰³.

ps 1160
ps 821

de drogues dangereuses ne viendrait pas du premier. Celui-ci n'est que la manifestation externe d'un fait sous-jacent, soit les contacts avec le milieu de la drogue, notamment par l'achat et la vente de drogues illicites, et la fréquentation d'amis faisant usage de drogues dangereuses⁶⁸.

Nous constatons encore une fois l'importance des habitudes de l'entourage dans son initiation à n'importe quelle drogue.

Johnson¹²⁶ en est venu à la conclusion que plus une drogue est rejetée socialement, plus le sujet éprouvera le besoin de se lier d'amitié avec des gens qui en font usage avant d'en tâter lui-même. Les usagers du cannabis compris dans son échantillon consommaient les drogues fortes qu'approuvaient leur milieu ou leur cercle d'amis. Sans l'acquiescement de leurs amis, il était peu probable que les usagers du cannabis passent à d'autres drogues.

Les dispositions personnelles et le milieu. — Des théories récentes sur la polytoxicomanie associent les facteurs psychologiques et sociologiques. La théorie des dispositions personnelles et du milieu met en relief les conditions particulières à chaque individu et pose en principe que ce sont les dispositions psychologiques du sujet ou l'ensemble de ses attitudes envers la drogue, en conjonction avec son environnement ou son milieu, qui déterminent la toxicomanie. On poursuit le raisonnement jusqu'à l'hypothèse que certaines drogues peuvent n'être que des placebos ou que l'action psychotrope de la substance n'importe guère relativement aux dispositions personnelles et du milieu²⁷¹.

Une étude menée chez de jeunes polytoxicomanes a révélé que diverses formes de toxicomanie adolescente coexistaient dans un quartier pauvre²⁹. On a relevé des différences notables quant aux types de drogues en usage, à l'« engagement » des sujets et à leurs attitudes et leur orientation avant et après leur première expérience de la drogue. On en est arrivé à la conclusion qu'il existait différentes orientations, que les usagers adolescents pouvaient emprunter des chemins contraires, les uns menant à la toxicomanie et les autres à l'abstinence, et que les options prises alors contribueraient pour une large part à déterminer leur comportement d'adulte face à la drogue et leur adaptation à la société.

La théorie des dispositions et du milieu est particulièrement utile pour comprendre les modalités de la polytoxicomanie. Il est clair que toutes les toxicomanies sont étroitement reliées. Si on a déjà fait usage d'une drogue (alcool, tabac, caféine ou substances plus extraordinaires), il y a de bonnes chances qu'on ait pris d'autres substances et qu'on soit disposé à tâter de nouvelles drogues à l'avenir. Tout usage de drogue tend à inspirer ou à accuser chez le sujet des dispositions d'esprit favorables à la toxicomanie et à l'entraîner dans un milieu qui tolère ou même encourage l'habitude de la drogue. Les faits qui contribuent à créer des dispositions d'esprit favorables à l'usage de la drogue sont variés, mais ils ne permettent pas seuls de prévoir la polytoxicomanie. Il faut encore un milieu propice où la drogue soit disponible et où l'exemple d'autres usagers intervienne.

Pour plus de détails sur les rapports entre les différents types d'usage, le lecteur consultera l'annexe au présent appendice, ainsi que l'Appendice A intitulé *Les effets de la drogue*.

GENRES DE VIE DES TOXICOMANES

L'usage de la drogue, à certains niveaux, a de profondes répercussions sur la vie professionnelle et sociale des usagers. À d'autres niveaux, lorsqu'il s'agit de drogues comme le café, le tabac et certaines préparations pharmaceutiques, il n'exerce guère d'influence à court terme, mais des complications médicales peuvent survenir. L'usage quotidien de sédatifs et de cachets d'amphétamines et de tranquillisants, à dose modérée, peut éventuellement compromettre l'activité du sujet. À dose massive, il mène en général à de graves difficultés.

La consommation régulière d'alcool, à dose légère ou modérée, est à la fois socialement acceptable et peu susceptible d'entraîner des difficultés pour l'usager. Dans certaines situations sociales, il se peut même qu'il soit plus difficile d'être abstinent que buveur. L'usage modéré peut réduire l'efficacité au travail en raison du «mal aux cheveux» et des autres troubles qui peuvent en découler, mais il ne risque pas de perturber les relations sociales et familiales pourvu que le comportement du sujet sous l'influence de l'alcool et son niveau de consommation restent acceptables à son milieu. La dépendance à l'égard de l'alcool ou la consommation habituelle de fortes doses provoquent cependant de terribles difficultés sociales, financières et familiales, pires encore que n'importe quelle autre toxicomanie. Puisque l'alcoolisme se contracte ordinairement à l'âge mûr, la famille et la vie professionnelle du sujet sont le plus souvent atteintes. La dépendance à l'égard de l'héroïne et de la méthamphétamine, au contraire, se déclare plutôt chez des jeunes encore sans obligations. Ses conséquences sont donc moins graves.

L'usage du cannabis pour le plaisir ou pour les contacts ne devrait pas avoir plus de répercussions sur la vie du sujet qu'un usage équivalent d'alcool, pourvu qu'il ne soit pas repéré par la police. Quand le cannabis a commencé à se répandre chez certains groupes de jeunes en Amérique du Nord, son usage paraissait refléter un mode de vie bien particulier, communément appelé «hippie». À mesure qu'il s'est diffusé, il a été adopté par des gens ordinaires, occupant des emplois «classiques», qui s'y adonnent de façon régulière dans un but de détente en société, et il est devenu évident que la consommation de cannabis, bien qu'accompagnant l'éthique «hippie», n'implique pas forcément de changements d'attitudes et de comportement.

Le cas du L.S.D., de la mescaline et des autres drogues psychédéliques est assez semblable. Quand le L.S.D. a commencé à se répandre, les observateurs et les usagers ont prétendu que la drogue modifierait les attitudes, les perspectives et le mode de vie. Les pionniers du mouvement psychédélique

PS-821
PS 1160

trouvaient dans le L.S.D. des sources de compréhension extraordinaires; les révélations qu'ils en avaient tirées les amèneraient, croyaient-ils, à repenser leur vie, à adopter des comportements nouveaux et à entretenir des contacts d'une qualité nouvelle. Toutefois, lorsque l'usage de la drogue a gagné des groupes plus jeunes ou moins enclins à philosopher, il est vite apparu qu'il n'engageait pas chez eux le même processus. Moins introspectifs ou plus hédonistes, ces usagers s'adonnaient aux hallucinogènes pour leurs effets euphorisants plus que dans un but d'enrichissement personnel, philosophique ou religieux. Beaucoup de ceux qui avaient eu recours à la drogue dans le but de se développer ont été déçus et y ont renoncé ou n'en ont fait usage qu'occasionnellement après leurs premiers essais. Pour la majorité, le L.S.D. n'a bientôt représenté qu'une autre sorte d'ivresse.

Au début, les usagers de l'héroïne et de la méthamphétamine ne se ravitaillent que par l'entremise des amis qui les ont initiés. S'ils persévèrent, ils se rendent bientôt compte qu'en raison des caprices du marché, il leur faut de nouveaux contacts²⁶⁸. Même s'ils conservent certains rapports avec leurs amis non toxicomanes¹¹⁷, ils s'éloigneront vraisemblablement de la plupart d'entre eux au fur et à mesure que leur consommation d'héroïne ou de méthamphétamine deviendra plus constante; ils noueront de nouvelles amitiés à la faveur de la fréquentation du marché noir (voir l'Appendice D). Quand l'habitude est quotidienne, le rituel de la piqûre (injection de la drogue) domine la vie de chaque jour. Beaucoup d'héroïnomanes et de méthamphétaminomanes passent la majorité de leurs heures de veille en quête de drogue ou d'argent pour en acheter^{20, 103, 162, 247, 268}.

Si le méthamphétaminomane est isolé de la société établie, son bavardage incessant, sa surexcitation et sa paranoïa y sont pour beaucoup. Les usagers des stupéfiants opiacés ne sont pas aussi gênés par les effets de la drogue dans leurs rapports avec autrui. Face à l'impératif de se procurer de l'argent pour acheter sa ration quotidienne d'héroïne à des prix exorbitants, l'héroïnomane est cependant forcé de se livrer principalement à des activités reliées à sa toxicomanie et à rompre avec une bonne partie de son existence antérieure. Les héroïnomanes qui ont accès aux stocks médicaux ne sont pas dans la même situation. Un médecin ou une infirmière faisant usage de stupéfiants opiacés continueront en général de s'acquitter de leurs fonctions sociales et professionnelles à peu près normalement. Une enquête auprès de médecins héroïnomanes a révélé que 25 p. 100 des femmes n'étaient pas au courant²⁷⁷. Les amis et les collègues d'un médecin faisant usage d'opiacés ne le soupçonneront pas d'ordinaire jusqu'à ce qu'il éveille l'attention de la police des stupéfiants par ses ordonnances ou parce que sa consommation commence à dépasser la quantité de drogues qu'on peut obtenir plus ou moins légalement sans se faire repérer.

Certains types de toxicomanie — la dépendance à l'égard de l'alcool, de l'héroïne et de la méthamphétamine notamment — engendrent souvent une foule d'affections chroniques et aiguës. Nous en traitons dans un appendice distinct (*Les effets de la drogue*), mais il convient de redire ici que l'usage

d'aiguilles non stérilisées est particulièrement dangereux. La plupart des usagers d'héroïne et de méthamphétamine sont conscients des risques que présentent les mauvaises pointes (non stérilisées, émoussées ou d'un emploi fréquent). Néanmoins, il leur arrivera d'emprunter aiguille et seringue même s'ils n'ignorent pas que le prêteur peut être atteint d'hépatite ou de maladie vénérienne. Howard et Borges¹¹⁸, sur la foi d'interviews avec 50 usagers de drogues par injections à San Francisco en 1968, ont émis l'hypothèse que l'échange d'aiguilles remplissait diverses fonctions sociales et psychologiques chez les toxicomanes. Les sujets de leur enquête ont invoqué, entre autres, « des considérations d'ordre pratique ». Ils s'échangeaient leurs aiguilles, disaient-ils, par souci d'économie ou simplement pour le plaisir de le faire, certaines communautés d'usagers intraveineux en faisant presque un impératif ; pour créer « un sentiment de fraternité » ; par « mesure de socialisation », peu de novices possédant les instruments nécessaires, par évocation sexuelle, l'échange, par l'accentuation des valeurs sexuelles de l'injection, se substituant au rapport charnel ; enfin dans un but d'auto-destruction délibéré (par masochisme) ou inconscient. Ajoutons que, chez les méthamphétaminomanes, la drogue se consomme presque toujours en groupe de sorte que les mêmes instruments servent à tout le monde, un peu comme la cigarette de marijuana chez les fumeurs de cannabis. En outre, les salles des trafiquants de méthamphétamine sont d'ordinaire équipées d'une aiguille et d'une seringue communes de manière que les clients puissent se faire une injection immédiatement après leur achat. Finalement, la piqûre, chez les méthamphétaminomanes invétérés, est hautement rituelle au point que la compétence et la virtuosité qu'on y déploie confèrent un certain prestige au sein de la communauté.

ABANDON DE LA DROGUE

Une fois que le toxicomane a atteint un certain niveau de consommation, il ne s'ensuit pas forcément qu'il s'y figurera pour toujours. La toxicomanie, comme tout autre comportement social, est un processus dynamique, sujet à des fluctuations. La consommation peut augmenter, décroître ou bien s'arrêter tout à fait. Dans les pages qui suivent, nous exposons quelques-uns des faits conduisant à une diminution ou à l'abandon de la drogue.

Souvent, l'usage de la drogue dans un but de divertissement ne se pratique qu'occasionnellement et à titre d'essai ; alors il prend peu de place dans la vie du sujet. Il se peut qu'on tâte du cannabis, du L.S.D., des amphétamines, de l'héroïne et d'autres drogues à quelques reprises par curiosité ou pour obéir à certaines pressions sociales, mais sans avoir l'intention d'en prolonger l'usage. Certains degrés d'usage occasionnel ou régulier, tenant à un milieu social particulier, pourront disparaître avec lui. Ainsi, la sortie de l'école, le changement de domicile ou de quartier, un nouvel emploi, le mariage, la naissance d'un enfant et quantité d'autres

PS 1160
PS 821

événements dans la vie du sujet peuvent l'amener à réduire ou à cesser sa consommation de drogue. Ces événements peuvent l'influencer de diverses manières : en l'éloignant de sa source d'approvisionnement, en le faisant passer d'un milieu où l'usage de la drogue est encouragé à un autre où il est réprouvé ou, simplement, en l'intéressant davantage à d'autres activités. Ces conditions peuvent changer toutefois. Pour peu qu'il se fasse des amis ou de nouvelles connaissances faisant usage de drogues ou qu'un autre changement intervienne dans son milieu, le sujet peut reprendre ou augmenter sa consommation.

Le sujet peut être amené à diminuer ou à arrêter sa consommation de drogues en repensant son comportement et son rôle dans la société ou en s'engageant dans de nouvelles entreprises. Certains adhèrent à des mouvements politiques qui réprouvent l'usage de la drogue. D'autres se joignent à des groupes religieux comme les *Jesus Freaks*¹¹ ou le mouvement *Hare Krishna*. Une crise d'identité personnelle entraînant le sujet à s'interroger sur ses valeurs et sa conduite peut déterminer l'abandon permanent ou provisoire de la drogue. Certains usagers, par exemple, peuvent renoncer temporairement au cannabis ou au L.S.D. parce qu'ils estiment que leur état d'esprit n'est pas propice à de telles expériences.

Plus haut dans cet appendice, nous avons indiqué que l'usage du L.S.D. et d'hallucinogènes connexes tendait à se limiter de soi et n'était le plus souvent que passager. Les ex-usagers expliqueront leur abandon de la drogue par de « mauvais voyages » ou d'autres désagréments. Les anciens usagers de cannabis invoquent aussi ce motif quelquefois. D'autres disent que le L.S.D. ne leur enseigne plus rien ou qu'il n'est plus possible d'en trouver qui soit pur. La méfiance de plus en plus grande qu'entretiennent certains usagers de drogues illicites à l'égard de la pollution, des engrais chimiques et des additifs alimentaires se porte quelquefois sur les drogues qu'ils consomment. D'ordinaire cependant, leur réaction n'est pas de renoncer à la drogue, mais de délaisser les drogues synthétiques en faveur de drogues censées être organiques, comme la psylocybine, la mescaline ou le peyotl. La publicité au risque d'altération chromosomique a peut-être incité quelques personnes à renoncer au L.S.D., mais il semble que la plupart des usagers et des adeptes en puissance n'ont pas pris ce risque au sérieux ou, en tout cas, pas longtemps²².

Dans la plupart des cas, l'usage de solvants est passager aussi. Les enfants et les adolescents peuvent prendre de ces substances, quelquefois à très fortes doses, pendant un certain temps, mais il semble bien qu'ils s'en détournent dès qu'ils sont assez âgés pour se procurer de l'alcool, du cannabis ou d'autres drogues acceptées et aux effets secondaires déplaisants moins nombreux²³. Les anciens usagers déclarent simplement que ces substances ne leur disent plus rien ou qu'ils ont commencé en craignant les effets²⁴. On sait des cas de gens qui continuent à inhaler des solvants long-

* Voir l'Appendice A, *Les effets de la drogue*, à propos des altérations que le L.S.D. peut infliger aux chromosomes.

temps après leurs amis. Cette pratique, à laquelle ils se livrent d'ordinaire dans la solitude tient de l'obsession.

Puisque l'usage des stimulants est lié à l'exercice de certaines fonctions, il est vraisemblable qu'il dure aussi longtemps que celles-ci. Ceux qui ne sont pas au fait des propriétés euphorisantes des médicaments magistraux n'en feront probablement usage que s'ils espèrent en obtenir un meilleur rendement. Les étudiants en prendront en période d'examens de manière à rester bien éveillés, mais rarement en d'autres occasions. De même, dans les métiers où l'usage de psychotropes est assez répandu, les gens n'en consomment pas d'ordinaire en dehors des heures de travail, à moins d'en connaître les propriétés euphorisantes ou, ce qui est rare, d'en avoir contracté l'habitude. Ainsi, il peut arriver que les filles de table proches du monde du spectacle continuent de faire usage d'amphétamines ou de médicaments connexes durant leurs heures de loisir. Les routiers et les chauffeurs de taxi qui n'ont l'habitude des amphétamines qu'au travail, sont peu enclins à en prendre durant leurs heures de loisir. L'usage de médicaments dans un but fonctionnel, sans ordonnance, est lié à des conditions psychologiques et physiologiques précises et ne risque guère de se prolonger au-delà de l'existence de ces conditions à moins que le sujet ne contracte l'habitude de la drogue ou n'en découvre les propriétés euphorisantes. Il faut enfin signaler que la perte d'une source régulière d'approvisionnement peut contraindre le sujet de renoncer à son habitude. Les restrictions récentes du gouvernement fédéral sur la prescription d'amphétamines et de certains médicaments connexes (voir l'Appendice B, *Sources et distribution licites et illicites*) auraient réduit, semble-t-il, la possibilité de se procurer de ces substances et diminué, par conséquent, leur consommation. Nous ne sommes pas en mesure de déterminer à ce stade si les restrictions ont modifié les habitudes de consommation de stimulants ou si les usagers s'orientent davantage vers les sources d'approvisionnements illicites.

Dans les pages qui suivent, nous passerons en revue les problèmes particuliers que pose le sevrage des toxicomanes. D'après les données qui s'accumulent, la toxicomanie ne suppose pas forcément la consommation quotidienne d'une substance pendant toute une vie. Chez la plupart des toxicomanes, au contraire, les périodes de dépendance à l'égard de la drogue n'embrassent qu'une fraction de leur vie. Même si les risques de rechute sont fort élevés, les héroïnomanes passent d'ordinaire par des périodes d'abstinence volontaire et involontaire^{117, 185, 269}. Les alcooliques cessent de boire périodiquement et beaucoup de fumeurs de tabac multiplient les tentatives de se débarrasser de leur dépendance à l'égard de la nicotine. Nous parlerons, dans les pages qui suivent, des faits qui déterminent ces cycles d'abstinence et de rechute.

On a publié peu de données sur les phénomènes d'abstinence et de rechute des personnes qui ont l'habitude des amphétamines, des barbituriques, des tranquillisants et des autres hypnotiques sédatifs. Il n'est donc pas possible de nous étendre longuement sur les facteurs qui interviennent dans le se-

PS-821.
PS 1160

vrage de ces toxicomanes. Néanmoins, quantité d'aspects de la dépendance à l'égard des médicaments magistraux semblent favoriser le sevrage rapide des toxicomanes et prévenir leur rechute. La plupart des cas de toxicomanie naissent de pratiques médicales légitimes et il est raisonnable de supposer qu'ils sont vite l'objet d'une intervention du médecin. Contrairement aux alcooliques et aux fumeurs qui ont renoncé à leur habitude, les anciens usagers de barbituriques ou de pilules d'amaigrissement ne resteront probablement pas en rapports constants avec des usagers et, par conséquent, seront moins exposés à la rechute. La dépendance à l'égard des barbituriques est souvent liée à une forte consommation d'alcool et, bien que cela complique la cure du toxicomane, les affinités de ces drogues permettent un transfert de la dépendance. À l'opposé des héroïnomanes et des méthamphétaminomanes, dont la vie est dominée par la drogue, les sujets asservis à des médicaments magistraux, notamment les membres des professions médicales qui s'adonnent aux stupéfiants opiacés, ont souvent une famille ou une carrière propres à les absorber ; ils n'ont donc pas besoin de modifier radicalement leur façon de vivre pour pratiquer l'abstinence. Leur dépendance semble moins implacable que les autres toxicomanies, bien que nous ne disposions d'aucune étude nous permettant de vérifier cette hypothèse. On a publié en fait très peu de données sur le sujet.

Le mode de vie des méthamphétaminomanes est si astreignant, tant sur le plan physique que psychologique, que peu résistent plus d'une année ou deux. Quelques-uns apprennent à « s'entretenir », c'est-à-dire à prendre une quantité de drogue qui ne gêne pas trop leur activité quotidienne ainsi qu'à manger et dormir de manière à ne pas abuser de leurs forces physiques, mais ils sont rares. Certains renoncent à l'usage intraveineux des amphétamines. D'autres sont secourus par des amis ou des parents. La plupart cependant n'ont pas d'endroit où se réfugier. L'abandon de la drogue pour eux dépend d'une arrestation ou de l'hospitalisation pour une variété de troubles dont la sous-alimentation, une pschose et l'hépatite. Ou encore il arrive qu'ils passent à l'usage intraveineux des opiacés ou des barbituriques. En général, ils recourent d'abord à ces sédatifs pour combattre la dépression et l'anxiété au terme d'un cycle d'intoxication prolongée. Certains usagers alternent entre les stimulants et les sédatifs pendant de longues périodes et quelques-uns finissent par tomber sous le joug de l'héroïne ou de la méthadone ou, plus rarement, des barbituriques.

La plupart des recherches sur le sevrage ont été consacrées à l'alcool et aux stupéfiants opiacés. Le texte qui suit se fonde donc sur les données tirées de ces études. Nous n'y formulerons des observations sur les autres toxicomanies que lorsque nous disposerons d'informations sûres.

Selon l'opinion générale, il faut 10 à 20 ans pour devenir alcoolique¹²⁸. Lorsque le sujet se rend compte qu'il doit changer ou courir le risque de souffrir de débilité et de troubles progressifs, il s'est d'ordinaire déjà accoutumé à boire le matin. En se levant, l'alcoolique boit pour se débarrasser de sa gueule de bois, puis il continue à boire durant la journée pour éviter que

ses mains ne tremblent et qu'apparaissent d'autres symptômes de sevrage. Il vit dans la crainte de ne pouvoir se ravitailler¹⁶³. Une grande partie de la vie de l'alcoolique est partagée entre l'usage de l'alcool et des périodes de jeûne qui aboutissent à de nouveaux cycles de consommation. Presque toute la vie quotidienne est axée sur l'alcool et les tentations sont si nombreuses qu'il est extrêmement difficile d'observer l'abstinence^{60, 61}. L'élément d'habitude de l'alcoolisme, qui est indépendant des effets physiques et psychiques de la boisson, est commun à toutes les toxicomanies.

L'usage du tabac est lié aussi à presque toutes les activités quotidiennes. Les anciens fumeurs éprouveront la tentation de renouer avec leur habitude dans les réunions mondaines, en période de stress, après les repas ou en d'autres occasions leur rappelant le tabac et leur en donnant l'envie. Certains se disent particulièrement vulnérables lorsqu'ils boivent.

L'habitude dans le cas de l'héroïne est particulièrement forte. Même après de longues périodes d'abstinence, l'envie de la drogue peut réapparaître²⁵⁵. L'odeur d'une allumette qui brûle, évoquant la « cuisson » d'une injection, ou la simple mention de la drogue peut éveiller l'envie et même déclencher les symptômes du sevrage^{155, 268}. Stevenson et ses collaborateurs²⁵³ ont constaté chez d'anciens héroïnomanes de la Colombie-Britannique que leur retour à Vancouver ou dans des quartiers familiers où se vend de l'héroïne peut provoquer l'apparition spontanée de ces symptômes.

Chez l'héroïnomane ou le méthamphétaminomane endurcis, la drogue n'est pas seulement associée à une multitude d'états d'esprit, de gens, d'endroits et de sensations, comme c'est le cas pour les adeptes de l'alcool ou du tabac, mais elle est aussi l'animatrice de la plupart des activités quotidiennes. Lorsqu'ils sont abstinents, ils n'ont plus à se préoccuper de l'argent nécessaire pour acheter de la drogue et une bonne partie de leurs démarches habituelles n'ont plus leur place. La persévérance dans l'abstinence dépend donc dans une grande mesure de leur aptitude à remplir autrement leur journée. Même si toutes les personnes qui surmontent l'habitude de la drogue doivent acquérir la tolérance à l'abstinence tout comme ils l'avaient acquise à l'égard de la drogue et de leur vie de drogués^{4, 208}, l'effort exigé des héroïnomanes et des méthamphétaminomanes est particulièrement ardu parce qu'il leur faut rompre avec nombre d'autres habitudes.

Dans certaines circonstances, a-t-on dit, il se peut qu'il soit plus facile pour l'héroïnomane de se délivrer des stupéfiants opiacés que pour l'alcoolique de cesser de boire²⁵³. L'alcool se vend légalement et il est peu de milieux et de situations où l'on n'en fasse usage librement de sorte que l'ex-alcoolique se trouvera en compagnie de buveurs et éprouvera la tentation de boire où qu'il aille. L'usager d'héroïne ou de méthamphétamine, par contre, peut éviter la tentation en s'établissant dans une région où ces drogues ne sont pas offertes et où il ne lui sera pas possible d'en acheter. En Colombie-Britannique, par exemple, beaucoup d'héroïnomanes ont trouvé des emplois en forêt, dans les mines ou ailleurs dans des régions éloignées¹¹⁷. Cette fuite n'offre peut-être

ps 1160
ps 821

plus tellement d'avantages puisque le trafic de l'héroïne est de moins en moins limité aux grands centres et tend à s'étendre aux petites villes du Canada.

La diminution des rapports avec les gens qui font encore usage de drogues encourage l'abstinent à persévérer. Ainsi, l'ex-alcoolique qui évite de fréquenter ses anciens compagnons a plus de chances de rester sobre. On a souvent dit que la fréquentation des usagers était l'un des plus importants facteurs de rechute des héroïnomanes¹⁹². Pour s'en garder, les personnes qui cherchent à se guérir de la dépendance à l'égard de l'héroïne — ou de la méthamphétamine — doivent rompre tout contact avec leurs anciens compagnons et, dans certains cas, avec des amis de toujours. Il leur faut nouer des rapports avec des gens réguliers qui, s'ils ne méprisent pas l'héroïnomanie ou le méthamphétaminomane, sont souvent insensibles à ses difficultés²³⁵.

Le fait de trouver un emploi satisfaisant semble aider à éviter la rechute^{31, 252, 268}. Toutefois, beaucoup d'ex-toxicomanes sont peu préparés à affronter la concurrence du marché du travail. L'usage de l'héroïne, par exemple, commence souvent durant l'adolescence avant que le sujet ait établi de solides relations. Dans beaucoup de cas, l'abandon prématuré des études et la délinquance précèdent l'usage de la drogue, limitant ainsi les possibilités futures d'emploi. Une fois que le sujet a contracté l'habitude de l'héroïne, il consacre ses énergies à se procurer de plus en plus d'argent pour alimenter son habitude, à éviter la police et à d'autres activités peu compatibles avec la poursuite d'objectifs traditionnels par les voies de l'éducation et du travail. Après des années de ce régime, il n'est pas étonnant que beaucoup d'héroïnomanes n'aient ni les connaissances ni l'expérience qui leur permettraient d'obtenir des emplois légitimes lucratifs ou intéressants.

Ceux qui finalement obtiennent et conservent un emploi régulier ont de meilleures chances de ne pas retourner à la drogue¹⁰. Ce facteur paraît revêtir encore plus d'importance pour les hommes qui, socialement, ne peuvent opter pour la « tenue de maison » et qui sont donc contraints à quelque activité professionnelle extérieure. Outre les difficultés que pose leur manque d'instruction et d'expérience, beaucoup d'anciens habitués des opiacés se heurtent à la résistance des employeurs qui hésitent à embaucher des gens qui ont un casier judiciaire, notamment d'anciens héroïnomanes²³². Beaucoup d'alcooliques, par contre, réussissent à conserver une certaine stabilité professionnelle en dépit de leur habitude et il arrive même qu'ils soient envoyés en cure par leur employeur. Les alcooliques dont le dossier professionnel est médiocre auront du mal à trouver un emploi assez satisfaisant pour les retenir de boire. À l'opposé des héroïnomanes toutefois, ils ne seront pas gênés en outre par un casier judiciaire.

Les habitudes de consommation de la femme ou du mari et la stabilité générale du ménage ou de la famille favorisent l'abstinence. Si l'homme et

* Les probabilités d'abstinence sont meilleures en général pour les personnes qui ont contracté l'habitude de l'héroïne après l'âge de 25 ans¹⁰ et il est sûr qu'avoir occupé un emploi assez stable auparavant peut jouer.

la femme sont alcooliques ou gros buveurs, leurs chances de succès seront minces puisqu'elles dépendront de leur volonté commune de sobriété. Souvent les héroïnomanes se marient ou vivent en union libre ; alors les deux partenaires devront afficher la même résolution pour ne pas retomber dans leur habitude. Les héroïnomanes parviennent quelquefois à l'abstinence par le biais d'une liaison avec un non-usager, mais il y a toujours danger de rechute advenant une rupture.

La famille de l'alcoolique peut contribuer à son rétablissement ou le pousser vers de nouvelles beuveries. Ces dernières années, les agences se consacrant à la réadaptation des alcooliques ont constaté que le traitement des sujets était particulièrement efficace avec le concours de la famille^{123, 206}. Après des années d'alcoolomanie et de vaines tentatives de tempérance, l'alcoolique peut découvrir que sa famille, qui a appris à se débrouiller sans lui et à ne pas compter sur sa participation aux affaires domestiques, est incapable de le réintégrer et de lui confier d'importantes responsabilités¹²⁴. Le succès de ses efforts d'abstinence peut dépendre de l'aptitude de la famille à oublier et à pardonner et de sa volonté de reconstituer un milieu domestique normal.

Des périodes d'abstention d'héroïne peuvent lui être inspirées par des sentiments de responsabilité à l'égard de sa famille, en particulier de ses enfants¹¹². Les mêmes sentiments peuvent amener le fumeur à renoncer à son habitude, surtout si un parent croit aux dangers du tabagisme et redoute que ses enfants suivent son exemple.

Les méthamphétaminomanes sont la plupart du temps célibataires et n'ont pas d'enfants, mais leurs parents, s'ils vivent toujours et sont disposés à les aider, peuvent jouer un rôle important dans leur guérison. Hélas ! beaucoup de méthamphétaminomanes viennent de foyers dissous et bien peu tiennent assez à leur famille ou ont suffisamment confiance en elle pour avoir envie d'y retourner.

Un foyer agréable, la vie de famille, des relations d'amour ou d'amitié avec des non-usagers et un travail satisfaisant offrent donc des solutions de rechange à la toxicomanie, mais certains toxicomanes optent pour un substitut psychotrope. Les alcooliques passeront aux barbituriques et, inversement, les usagers des barbituriques boiront lorsqu'ils ne pourront plus se procurer de médicaments magistraux⁸³. Les usagers de l'héroïne prendront aussi des barbituriques, seuls ou avec de l'alcool, bien qu'ils n'y trouvent pas entière satisfaction^{70, 109}. Beaucoup d'anciens héroïnomanes boiront des quantités excessives d'alcool*, surtout durant leur première année d'abstinence, et bon nombre deviendront alcooliques^{232, 233, 267}.

Quelquefois, des raisons personnelles ou des événements fortuits mènent à l'abstinence ou la soutiennent. Un sujet, par exemple, a dit s'abstenir

* O'Donnell¹⁰⁶ cite le cas d'un sujet que l'abstinence de l'héroïne a conduit à manger avec excès. Certains fumeurs se plaignent de redoubler d'appétit et d'engraisser lorsqu'ils tentent d'arrêter de fumer.

d'héroïne parce qu'il avait engraisé de cinquante livres²⁶³. Un autre a renoncé à son habitude après que sa fille eut péri dans un incendie qu'il avait allumé accidentellement sous l'influence de l'héroïne²⁶². D'autres ont invoqué nombre de raisons étrangères à leur toxicomanie, telles que la cécité et la paralysie arthritique, pour expliquer leur décision de renoncer aux opiacés³³.

Divers facteurs censés influencer les taux d'abstinence chez les héroïnomanes ne se sont pas vérifiés. La force de l'habitude, l'origine ethnique, la délinquance, l'alcoolisme et les antécédents toxicomanes de la famille ne semblent pas avoir de rapports avec le succès du sevrage^{149, 252, 263}.

Ces dernières années, surtout depuis que l'entretien à la méthadone s'est répandu, nombre de centres de traitement de l'héroïnomanie se sont ouverts au Canada, offrant une variété de cures (voir *Le traitement*). Les héroïnomanes demandent à se faire traiter pour toutes sortes de raisons, ce qu'ils attendent du centre diffère parfois de ce que celui-ci croit devoir leur offrir⁷⁹. Quand le prix de l'héroïne monte sur le marché noir en temps de pénurie, beaucoup d'usagers sollicitent une cure de sevrage ou d'entretien à la méthadone de manière à éviter le sevrage brusque jusqu'à ce que les conditions du marché s'améliorent. Les toxicomanes qui ont le plus de mal à se débrouiller sont les plus susceptibles de réagir ainsi à une crise du marché. D'autres vont demander à se faire traiter parce que leur famille ou leurs amis les y poussent, mais sans avoir l'intention de renoncer définitivement à la drogue. D'autres encore sollicitent une cure d'entretien à la méthadone dans l'espoir de réduire leur consommation d'héroïne et ce qu'elle leur coûte. De même, certains héroïnomanes recherchent le sevrage dans le but non pas de rester abstinents, mais de réduire leurs dépenses quotidiennes au titre de leur drogue lorsqu'ils s'y remettront. Devant cet écart entre les objectifs des agences de traitement et les désirs des toxicomanes, divers observateurs ont proposé que les malades prennent une part active à la formulation des objectifs du traitement⁷⁹.

L'accès aux services et aux divers traitements antialcooliques paraît tenir à la fortune et à la condition sociale des sujets, ainsi qu'à la mesure où l'alcool a bouleversé leur vie. Le pochard risque fort d'être pris dans le cercle vicieux des arrestations et des emprisonnements (voir *Le traitement*). Même si des assistants sociaux ou des organisations religieuses s'en occupent et le soumettent à quelque traitement, les perspectives qui s'offriront à lui seront en général assez sombres, voyant le peu que lui vaudra l'abstinence, le sujet sera fortement tenté de retourner à son ancien milieu et à ses anciennes habitudes.

Les alcooliques fortunés feront plutôt une cure pour s'épargner des difficultés dans leur famille ou au travail. Les sujets de la classe moyenne et de la classe ouvrière s'adresseront aux Alcooliques Anonymes ou à d'autres fondations ou agences publiques qui dispensent des traitements à bon compte. Les alcooliques nantis, comme les membres de professions médicales qui contractent l'habitude des stupéfiants opiacés, se feront soigner dans des cliniques ou des hôpitaux privés, aussi coûteux que discrets. L'industrie est de

plus en plus consciente des problèmes de l'alcoolisme chez les travailleurs ; aussi nombre de mesures ont-elles été mises en œuvre pour venir en aide à ceux qui en sont atteints.

Bien que la plupart des fumeurs tentent de cesser de fumer de leur propre chef, en recourant quelquefois à l'une ou l'autre des méthodes en vogue pour réduire leur consommation de tabac ou y mettre fin, il s'est ouvert ces dernières années des cliniques qui traitent le tabagisme⁵. Les statistiques sur les taux d'abstinence et de rechute après ces traitements sont minces, mais il est évident que l'habitude du tabac, comme celle de l'alcool et de l'héroïne, est difficile à vaincre et que le fumeur est exposé à y retomber même après des années d'abstinence.

Dans la mesure où elle interdit presque toutes les drogues*, l'incarcération peut être perçue comme une forme de traitement involontaire. Chez les alcooliques, le pochard est particulièrement sujet à se faire arrêter et emprisonner le temps qu'il lui faudra pour « se sécher ». Les alcooliques financièrement mieux pourvus sont peu susceptibles d'éveiller l'attention des agents de la paix, sauf s'ils se rendent coupables d'ivresse publique, d'actes de violence sous l'effet de l'alcool, d'infractions au code de la route ou d'autres offenses reliées à l'alcool. Comme ces offenses sont aussi perpétrées par des buveurs non alcooliques toutefois, il est rare qu'elles conduisent à quelque forme de traitement de l'alcoolisme.

La plupart des usagers quotidiens d'héroïne, d'autre part, sont fort exposés à se faire arrêter pour des infractions reliées directement à la drogue ou commises pour se procurer l'argent nécessaire à l'achat d'héroïne. Les toxicomanes qui sont engagés à fond dans la pratique des stupéfiants illicites prévoient nombre de condamnations et de séjours en prison. La plupart considèrent la prison comme chose ordinaire ou comme un triste refuge où échapper provisoirement à leur servitude^{201, 232, 235}. Les établissements pénitentiaires offrirait donc de meilleures chances de traitement aux héroïnomanes qu'aux autres toxicomanes si des services efficaces étaient mis sur pied.

Les héroïnomanes ne bénéficiaient dans le passé d'aucun traitement particulier dans les prisons d'Amérique du Nord. Ces dernières années toutefois, des programmes de traitement ont été mis en œuvre à leur intention dans certains établissements pénitentiaires du Canada et des États-Unis. Ces programmes sont examinés aux Appendices I et L.

D'après une analyse des études sur la post-cure, la proportion des sujets guéris et complètement libérés de la drogue après un traitement ou un séjour en prison ne diffère pas beaucoup de la proportion de ceux qui se délivrent de leur habitude sans secours professionnel ou paraprofessionnel, c'est-à-dire de ceux qui s'en tirent par leurs propres moyens. Une étude sur la post-cure menée au bout d'un intervalle de 10 ans parmi les héroïnomanes déjà détenus à la prison d'Oakalla, en Colombie-Britannique, a révélé que

* Puisque le tabac est la seule drogue autorisée dans les prisons et qu'il acquiert ainsi une grande valeur de troc outre celle de distraction, il semble que la détention tend à en augmenter la consommation.

de 5 à 8 p. 100 seulement de ceux qui avaient pris contact avec la *Narcotic Addiction Foundation* de Vancouver étaient toujours abstinents contre 34 p. 100 chez eux qui n'avaient pas sollicité le secours de l'agence^{211, 213}. Ce n'est pas que l'agence a failli dans sa tâche et contribué aux rechutes. Il se peut fort bien que l'habitude des stupéfiants opiacés ait été moins profondément enracinée chez les sujets qui n'ont pas réclamé son aide, même si les deux groupes de sujets se ressemblaient sous beaucoup d'autres rapports.

Il semble que le sujet qui a vaincu son habitude ait moins de difficulté à rester abstinente à mesure qu'il vieillit. Si cette « maturité » marquait la fin de la dépendance à l'égard des opiacés, le concept que ce terme définit est appliqué aujourd'hui à d'autres types de toxicomanie. Tandis que les centres de cure contre le tabagisme paraissent afficher un taux de succès d'environ 20 p. 100, on estime que 15 p. 100 des fumeurs, y compris beaucoup de sujets qui n'ont pas de raisons aussi fortes de cesser de fumer que les sujets de cliniques, renoncent au tabac sans traitement²²⁴. De plus en plus, il apparaît que l'alcoolisme comporte en soi un mécanisme de limitation chez une bonne proportion de sujets. Environ 25 p. 100 des alcooliques arrivent à réduire leur consommation, à boire modérément ou à ne pas boire du tout sans traitement spécial^{38, 178, 214}.

La notion de la maturité délivrant de l'héroïnomanie, invoquée d'abord par Scher²³², a été popularisée par Winick²⁷⁶ qui, sur la foi de son analyse des dossiers du *Federal Bureau of Narcotics* (devenu le *Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs*) des États-Unis, en est venu à la conclusion que la dépendance à l'égard de l'héroïne engendrait ses propres limites chez près des deux tiers des sujets. L'étude de Winick est sujette à caution en raison des méthodes statistiques employées par l'agence américaine*. Quelques-uns des sujets que Winick présumait à maturité étaient décédés ou en prison. D'autres étaient secrets ou, en d'autres termes, avaient appris à éviter la police. Henderson¹¹⁷ doute même que l'échantillon de Winick soit représentatif des héroïnomanes connus et pense qu'une bonne proportion des sujets qu'il comprend ne prennent de l'héroïne qu'à l'occasion.

Même si la thèse de Winick n'est pas bien étayée^{248, 249}, d'autres études confirment le processus de mûrissement chez une certaine proportion d'héroïnomanes. Il semble que l'âge ait quelque rapport avec la durée et la fréquence des périodes d'abstinence^{77, 122, 213, 244}, mais au moins une étude^{248, 249} place l'ancienneté de l'habitude devant l'âge du sujet parmi les faits favorisant le prolongement de l'abstinence**. Vaillant²⁴³ a constaté que deux sujets sur cinq, parmi les héroïnomanes dans la quarantaine, étaient parvenus à se libérer de leur habitude. La même proportion sont morts ou ont été placés

* Au moment de l'étude de Winick, le *Bureau of Narcotics and Dangerous Drugs* n'avait pas divulgué ses méthodes statistiques avec suffisamment de détail pour qu'on puisse mesurer la valeur de ses renseignements. Il ne semble pas que les agences qui présentaient des rapports au Bureau aient reçu des directives uniformes. Lindesmith²⁰⁰, après avoir consulté le registre du Bureau, a conclu que l'entreprise faisait plutôt des relations publiques que du recensement sérieux.

** D'autres études cependant ne sont pas conformes à cette thèse²⁰⁰.

dans des établissements. Les fumeurs de plus de 30 ans ont plus de chances de réussir à cesser de fumer et leurs chances augmentent avec l'âge. La moyenne de la consommation quotidienne de cigarettes a tendance à diminuer chez les gens d'âge mûr^{65, 224}. L'étude de Cahalan³⁸ faisant suite à une enquête nationale chez les buveurs américains a révélé que l'alcoolomanie déclinait avec l'âge, accusant une forte baisse vers l'âge de 50 ans et une autre vers l'âge de 70 ans chez les hommes. Chez les femmes, Cahalan a constaté que l'alcoolomanie disparaissait presque passé l'âge de 50 ans.

C'est lorsqu'il prend pleinement conscience de la mesure dans laquelle l'alcool dérègle sa vie que le buveur est le plus susceptible de renoncer spontanément à des niveaux critiques de consommation¹¹⁹. Les alcooliques, dit-on, tombent au point le plus bas dans leur propre estime et dans celle de leurs amis et de leur famille vers la fin de la trentaine⁶². Cahalan et ses collaborateurs³⁹ en concluent que si les gens plus âgés boivent moins, c'est qu'ils en ont pris la décision ; le phénomène ne tiendrait pas à des différences de génération.

Bien que le tabac n'ait pas de répercussions comparables à celles de l'alcool sur la vie de l'usager et sur l'idée qu'il se fait de lui-même, la crainte de ses effets nocifs, en particulier sur un organisme usé par l'âge, influe vraisemblablement sur la décision d'y renoncer, notamment lorsqu'un médecin en fait la recommandation.

Bien qu'il n'y ait pas de données très précises sur l'abandon de la méthamphétamine, il semble bien que beaucoup d'usagers habituels de cette drogue mettent fin volontairement à leur consommation intraveineuse au bout d'un an ou deux. Les servitudes physiques et psychiques qu'impose cette drogue, la réflexion du sujet sur ces questions et la possibilité d'autres genres de vie mènent en général à cette décision¹⁰³. Il est cependant difficile de généraliser sur les raisons de l'abandon de la méthamphétamine et les chances de succès des efforts d'abstinence en raison de la nouveauté relative du phénomène.

Il ne fait pas de doute que la dépendance à l'égard de l'héroïne devient intenable au bout d'un certain temps, en particulier lorsque la capacité du sujet de soutenir son habitude a décliné au point que même les autres toxicomanes n'ont plus de considération pour lui²⁶⁹. Les femmes disparaissent en général du milieu des héroïnomanes connus vers l'âge où prend fin la vie de prostituée, c'est-à-dire vers la fin de la trentaine et le début de la quarantaine^{112, 117}. Que la vie de l'héroïnomanie dans le milieu, en prison et dans les centres de traitement finisse à la longue par être trop dure n'étonne guère : ce qui est plus extraordinaire, c'est que certains sujets persévèrent dans leur habitude des dizaines d'années.

Il est évident que quantité de variables influent sur l'abstinence et la rechute. L'extinction du désir d'une drogue, bien qu'elle puisse être spontanée, résulte probablement de l'une ou de plusieurs des considérations financières et sociales exposées plus haut. Le mûrissement est le plus souvent un

phénomène complexe qu'il faut comprendre. L'abstinence, dût-elle persister longtemps, n'élimine pas d'ordinaire l'appétit de la drogue. Celui-ci dure souvent pendant toute la vie des sujets manifestement guéris de leur toxicomanie^{*33}.

L'abandon de l'alcool, de la méthamphétamine ou de l'héroïne représente de la part du toxicomane, en général, une volonté de modifier ses valeurs et de changer de vie. Selon l'hypothèse de Vaillant²⁶⁷, l'héroïnomanie peut retomber dans son habitude non pas tellement parce qu'il a besoin de drogue, mais parce que les perspectives qui s'offrent à lui sont trop peu reluisantes. Le combat du sujet contre la rechute commence dès la désintoxication et l'effort pour réorganiser sa vie et ses rapports avec la société.

La réaction de ses proches, de ses amis et de ses employeurs est vitale. Non seulement peut-elle décider du succès de l'effort, mais aussi de l'aptitude du sujet à se comporter en être normal. Souvent, les obstacles placés sur sa route entraînent sa rechute en le forçant à se voir comme drogué²⁶⁸. Les anciens alcooliques sont forcés de s'affirmer constamment comme sérieux et abstinents, même s'ils n'ont pas la difficulté supplémentaire des ex-délinquants et ex-toxicomanes^{**}.

La vie est amère et le pronostic sombre pour la plupart des héroïnomanes et des alcooliques. Bien que la vie des fumeurs ne soit pas grandement bouleversée par leur habitude du tabac, elle risque fort d'être abrégée. Néanmoins, leurs tentatives de se débarrasser de leur habitude, dans l'ensemble, n'ont pas été très heureuses. Moins d'hypothèques pèsent sur l'usage non toxicomane d'une drogue ou sur l'usage de drogues qui n'engendrent pas la dépendance que sur l'habitude des opiacés, de l'alcool, du tabac ou de la méthamphétamine et, par conséquent, il est plus facile de s'en délivrer.

* Certains toxicomanes ne parviennent à l'abstinence que lorsque des complications médicales ou la mort mettent fin une fois pour toutes à leur habitude. Les mécanismes de cette évolution sont traités plus à fond dans un autre appendice (voir *Les effets de la drogue*).

** On reproche souvent aux anciens fumeurs leur excès d'enthousiasme à cet égard et leur manie d'assommer leurs amis, particulièrement ceux qui n'ont pas eu autant de succès dans leurs efforts pour cesser de fumer, d'analyses détaillées de leur passé de fumeur et le rappel du temps exact qui s'est écoulé depuis leur dernière cigarette.

ANNEXE I

DIFFUSION DE LA POLYTOXICOMANIE

La polytoxicomanie est la règle plutôt que l'exception chez ceux qui font usage de drogues, aussi bien licites qu'illicites et aussi bien médicalement que non médicalement. Les renseignements tirés des sondages de la Commission^{142, 143, 144} au printemps de 1970 donnent une vue d'ensemble des habitudes de consommation dans la population canadienne de 12 ans et plus pour sept groupes de drogues : le haschich et la marijuana sont réunis sous le terme de cannabis ; les stimulants et les amaigrissants forment un deuxième groupe ; les sédatifs, les tranquillisants et les somnifères, un troisième groupe ; le L.S.D. et les autres hallucinogènes, un quatrième ; le tabac, l'alcool et les solvants sont traités séparément. Les sondages de la Commission n'ayant pas fourni de données sur l'usage des stupéfiants opiacés, il n'y a pas d'opiacés dans cette classification. Nos données ne tiennent pas compte directement de l'hypothèse du passage d'une drogue à une autre. Elles nous renseignent plutôt sur le cadre de la polytoxicomanie proprement dite dans la population canadienne.

La plupart des données sur la polytoxicomanie posent une difficulté grave en ne tenant pas compte de la fréquence de consommation. Le polytoxicomane, par exemple, est souvent rangé avec celui qui n'a fait usage de telles drogues qu'une seule fois. Le nombre de sujets touchés par les sondages de la Commission ne permet pas d'analyser avec précision la fréquence de consommation. Nous avons cependant établi deux distinctions : en ont déjà pris et *une fois par mois ou davantage au cours des six derniers mois*. Pour la plupart des substances, il ne saurait être question dans le second cas « d'usage fréquent ». Quiconque fait usage de tabac, d'alcool et de cannabis, mais qu'une fois par mois, par exemple, ne peut être qualifié de gros consommateur de l'une ou de l'autre de ces substances.

Nos données comprennent six types de polytoxicomanie : les types correspondant aux deux ordres de fréquence mentionnés ci-après (*en ont déjà pris et une fois par mois ou davantage au cours des six derniers mois*) sont appliqués à chacun des trois groupes (adultes, étudiants et élèves des écoles secondaires). Le tableau C. 8 indique le nombre des catégories de drogues consommées pour chacun des six types. Aux tableaux C. 9 à C. 11 figurent les types de polytoxicomanie les plus communs ; les tableaux C. 12 à C. 14 montrent la corrélation par paires entre catégories de drogues.

Notre seule remarque générale au sujet de ces données sera que le choix des combinaisons de substances n'est pas du tout accidentel. On compte 128

types possibles de polytoxicomanie pour les sept groupes de substances. Si les sujets des sondages prenaient leurs drogues au hasard parmi les sept catégories, chaque type devrait représenter environ 10 sujets des cours secondaire et universitaire et 22 sujets chez les adultes. Or, seulement un type sur 10 embrasse au moins autant de sujets. Dans tous les cas, les quatre types les plus communs sur les 128 comprennent 50 p. 100 ou plus des sujets de chaque échantillon, n'intéressant que trois des sept catégories de drogues. En aucun cas il n'est nécessaire de dépasser les 12 premiers types (n'intéressant pas plus que cinq des sept catégories de drogues) pour embrasser 80 p. 100 des sujets. La polytoxicomanie, quels que soient l'ordre de fréquence et le groupe démographique, s'observe donc généralement dans un nombre restreint de types. Mais les types et la proportion de sujets qu'ils embrassent varient d'un échantillon à l'autre et d'un ordre de fréquence à l'autre.

Nous nous occupons ici de sept catégories de drogues. À combien recourent les sujets des échantillons ? Bien entendu, il existe des différences notables entre les trois groupes quant aux catégories de drogues déjà consommées ou consommées en moyenne au moins une fois par mois au cours des six derniers mois. Nous voyons au tableau C. 8 que, chez les élèves du secondaire, 93 p. 100 des sujets n'ont jamais eu recours à plus de trois catégories de drogues et que 89 p. 100 n'ont eu recours qu'à une catégorie ou à aucune d'une façon régulière au cours des six derniers mois.

Ces chiffres soulignent qu'il importe de distinguer entre les niveaux de consommation. Même la distinction sommaire que nous faisons réduit de moitié le nombre des polytoxicomanes d'un ordre de fréquence à l'autre, c'est-à-dire entre ceux qui ont déjà pris des drogues de l'une ou l'autre des sept catégories et ceux qui en ont pris une fois par mois ou plus au cours des six derniers mois.

Les faits les plus remarquables de l'échantillon adulte (voir le tableau C. 9), en ce qui concerne l'usage mensuel ou plus fréquent au cours des six derniers mois, sont : la prépondérance numérique des sujets qui ne font usage d'aucune drogue des sept catégories (30 p. 100) ; la position de l'alcool et du tabac, seuls ou réunis, au premier rang des drogues (48 p. 100 des sujets en font usage une fois par mois ou davantage) ; celle des sédatifs, des tranquillisants et des somnifères, seuls ou avec l'alcool ou le tabac, au deuxième rang (16 p. 100 des sujets) ; et celle des stimulants et des amaigrissants, seuls ou avec les sédatifs, les tranquillisants, les somnifères, l'alcool ou le tabac, au troisième rang (3 p. 100 des sujets).

Les types de polytoxicomanie chez les étudiants (voir le tableau C. 10), pour l'usage mensuel ou plus fréquent au cours des six derniers mois, sont à peu près les mêmes que ceux observés chez les adultes, à une exception près. Aux divers cas où intervenaient sédatifs, tranquillisants et somnifères chez les adultes, correspondaient chez les étudiants des types comportant le

cannabis. Le tableau C. 11 montre combien les élèves du secondaire sont tempérants par comparaison avec les adultes et les étudiants. Les élèves du secondaire, en outre, restent fidèles aux drogues traditionnelles, soit le tabac et l'alcool. Seulement 8 p. 100 des sujets de l'échantillon du secondaire font usage d'autres substances, licites ou non, pour leur santé ou non, de façon assez régulière.

La probabilité que l'on prenne telle drogue à l'avenir est plus forte chez les sujets qui en ont déjà consommé une. En statistique, ce principe est illustré par un coefficient de corrélation positive, qui est une mesure numérique du degré d'interdépendance de deux variables quantitatives augmentant simultanément. Les tableaux C. 12 à C. 14 présentent les matrices de corrélation pour toutes les paires possibles de catégories de drogues dans les trois sondages de la Commission. La plupart des paires accusent une corrélation positive, variant de *faible* à *modérée*. Le coefficient le plus élevé est de 0,55 et il s'applique à l'usage du cannabis et du L.S.D. chez les élèves du secondaire (voir le tableau C. 14). Des corrélations de cet ordre, même si elles dénotent un fort degré d'interdépendance entre deux variables, ne permettent pas encore d'affirmer qu'un sujet fera usage de telle substance du fait qu'il a déjà pris de telle autre.

Chez les étudiants et les adultes, les coefficients de corrélation sont généralement plus faibles. Les élèves du secondaire, eux, sont à l'âge où on évolue vers des types de toxicomanie adulte ; quant aux aînés parmi eux, ils ont en général plus d'expérience en ce qui concerne une bonne variété de drogues. Ainsi, la différence d'âge, qui est liée comme on le sait à l'usage de la plupart des drogues, expliquerait les coefficients plus élevés notés chez les élèves du secondaire.

Nous observons aussi que la corrélation a tendance à s'affaiblir lorsqu'il est question d'usage mensuel ou plus fréquent au cours des six derniers mois. Le phénomène de la polytoxicomanie se transforme lorsque le niveau de consommation se précise. Les relations entre les drogues sont moins fortes parce qu'on compte proportionnellement moins de sujets faisant fréquemment usage de l'une ou l'autre des combinaisons de drogues que de sujets en ayant déjà fait usage. Par conséquent, il est plus difficile d'expliquer l'usage d'une drogue en fonction de celui d'une autre. On voit ainsi que les corrélations qui ne tiennent pas compte du niveau de consommation sont non seulement grossières, mais risquent de conduire à de fausses interprétations.

Il ressort des données de la Commission que la polytoxicomanie constitue en réalité une modalité normale de l'usage de la drogue dans notre société. D'autres chercheurs, ayant constaté que toute toxicomanie est liée à une autre et que la consommation d'un psychotrope invite celle d'un autre, en sont venus à la même conclusion^{28, 82, 100}. Ces corrélations cependant ne sont jamais assez précises pour servir de pronostics fermes de la consommation.

TABLEAU C. 8

CATÉGORIES DE DROGUES PAR FRÉQUENCE DE CONSOMMATION ET PAR ÉCHANTILLON (SONDAGES DE LA COMMISSION, PRINTEMPS 1970)

Nombre de catégories*	ADULTES		ÉTUDIANTS		ÉLÈVES DU SECONDAIRE	
	En ont déjà pris	Une fois par mois ou d'avantage au cours des six derniers mois	En ont déjà pris	Une fois par mois ou d'avantage au cours des six derniers mois	En ont déjà pris	Une fois par mois ou d'avantage au cours des six derniers mois
	<i>Pourcentages</i>					
Aucune.....	14	30	9	29	43	66
Une.....	19	34	25	39	25	23
Deux.....	31	28	29	25	16	8
Trois.....	27	7	20	6	9	2
Quatre.....	7	1	12	1	4	2
Cinq.....	1	—	4	**	2	**
Six.....	**	—	1	—	1	—
Sept.....	—	—	**	—	**	—
Total.....	100	100	100	100	100	100
N.....	2 749	2 749	1 213	1 213	1 213	1 213

* Catégories: alcool; tabac; marijuana ou haschich; sédatifs, somnifères ou tranquillisants; stimulants ou amaigrissants; L.S.D. ou autres hallucinogènes; solvants.

** Moins de 0,05 p. 100.

Annexe 1 Diffusion de la polytoxicomanie

TABEAU C. 9

TYPES DE TOXICOMANIE REPRÉSENTANT DIX SUJETS OU PLUS, SELON LA FRÉQUENCE DE CONSOMMATION (ENQUÊTE DE LA COMMISSION AUPRÈS DES ADULTES, PRINTEMPS 1970)

TYPE ET FRÉQUENCE DE CONSOMMATION			
En ont déjà pris		Une fois par mois ou plus au cours des six derniers mois	
Type*	%	Type*	%
1. sédatifs, alcool, tabac.....	20	1. aucun usage.....	30
2. alcool, tabac.....	16	2. alcool, tabac.....	20
3. aucun usage.....	14	3. tabac.....	14
4. sédatifs, alcool.....	8	4. alcool.....	14
5. alcool.....	7	5. sédatifs.....	5
6. sédatifs.....	6	6. sédatifs, alcool, tabac.....	5
7. stimulants, sédatifs, alcool, tabac	6	7. sédatifs, tabac.....	3
8. tabac.....	5	8. sédatifs, alcool.....	3
9. sédatifs, tabac.....	4	9. stimulants.....	1
10. stimulants, sédatifs, alcool.....	2	10. stimulants, sédatifs.....	1
11. stimulants, alcool, tabac.....	2	11. stimulants, tabac.....	1
12. stimulants, sédatifs.....	2	12. stimulants, alcool, tabac.....	1
13. stimulants, alcool.....	1	13. stimulants, sédatifs, alcool,	
14. stimulants.....	1	tabac.....	1
15. stimulants, sédatifs, tabac.....	1	14. stimulants, sédatifs, alcool.....	**
16. cannabis, alcool, tabac.....	1	15. stimulants, sédatifs, tabac.....	**
17. cannabis, sédatifs, alcool, tabac.	1	16. stimulants, alcool.....	**
18. cannabis, stimulants, sédatifs,			
alcool, tabac.....	1		
19. stimulants, tabac.....	1		
22 autres types.....	2	15 autres types.....	2
Total.....	100	Total.....	100
N.....	2 749	N.....	2 749

* Cannabis (marijuana ou haschich); sédatifs (y compris tranquillisants et somnifères); stimulants (y compris amaigrissants); L.S.D. et autres hallucinogènes.

**moins de 0,5.

C Diffusion et modalités de l'usage de la drogue

TABLEAU C. 10

TYPES DE TOXICOMANIE REPRÉSENTANT DIX SUJETS OU PLUS, SELON LA FRÉQUENCE DE CONSOMMATION (ENQUÊTE DE LA COMMISSION AUPRÈS DES ÉTUDIANTS, PRINTEMPS 1970)

TYPE ET FRÉQUENCE DE CONSOMMATION			
En ont déjà pris		Une fois par mois ou plus au cours des six derniers mois	
Type*	%	Type*	%
1. alcool.....	19	1. aucun usage.....	29
2. alcool, tabac.....	12	2. alcool.....	28
3. sédatifs, alcool.....	9	3. alcool, tabac.....	18
4. aucun usage.....	9	4. tabac.....	8
5. sédatifs, alcool, tabac.....	7	5. cannabis, tabac, alcool.....	3
6. cannabis, alcool, tabac.....	5	6. cannabis, alcool.....	3
7. cannabis, sédatifs, alcool, tabac.....	5	7. sédatifs, tabac, alcool.....	2
8. cannabis, alcool.....	4	8. sédatifs, alcool.....	2
9. tabac.....	3	9. cannabis.....	1
10. cannabis, sédatifs, alcool.....	3	10. sédatifs.....	1
11. sédatifs.....	3	11. cannabis, tabac.....	1
12. stimulants, sédatifs, alcool, tabac.....	2		
13. cannabis, L.S.D., alcool.....	2		
14. stimulants, sédatifs, alcool.....	2		
15. stimulants, alcool, tabac.....	2		
16. cannabis, L.S.D., alcool, tabac.....	2		
17. stimulants, alcool.....	1		
18. cannabis, sédatifs, L.S.D., alcool, tabac.....	1		
19. cannabis, stimulants, sédatifs, alcool, tabac.....	1		
20. sédatifs, tabac.....	1		
21. sédatifs, tabac.....	1		
24 autres types.....	6	16 autres types.....	4
Total.....	100	Total.....	100
N.....	1 213	N.....	1 213

* Cannabis (marijuana ou haschich); sédatifs (y compris tranquillisants et somnifères); stimulants (y compris amaigrissants); L.S.D. et autres hallucinogènes.

TABLEAU C. 11

TYPES DE TOXICOMANIE REPRÉSENTANT DIX SUJETS OU PLUS, SELON LA FRÉQUENCE DE CONSOMMATION (ENQUÊTE DE LA COMMISSION AUPRÈS DES ÉLÈVES DU SECONDAIRE, PRINTEMPS 1970)

TYPE ET FRÉQUENCE DE CONSOMMATION			
En ont déjà pris		Une fois par mois ou davantage au cours des six derniers mois	
Type*	%	Type*	%
1. aucun usage.....	43	1. aucun usage.....	66
2. tabac.....	11	2. tabac.....	16
3. sédatifs.....	6	3. alcool, tabac.....	5
4. alcool.....	6	4. alcool.....	4
5. alcool, tabac.....	6	5. cannabis.....	1
6. sédatifs, alcool, tabac.....	3	6. sédatifs.....	1
7. sédatifs, alcool.....	3	7. cannabis, tabac.....	1
8. sédatifs, tabac.....	2	8. cannabis, alcool, tabac.....	1
9. cannabis, alcool, tabac.....	2		
10. cannabis, alcool.....	1		
11. cannabis, sédatifs, alcool, tabac.....	1		
12. stimulants, sédatifs, alcool.....	1		
13. stimulants, sédatifs, alcool, tabac.....	1		
54 autres types.....	14	21 autres types.....	5
Total.....	100	Total.....	100
N.....	1 213	N.....	1 213

* Cannabis (marijuana ou haschich); sédatifs (y compris tranquillisants et somnifères); stimulants (y compris amaigrissants); L.S.D. et autres hallucinogènes.

TABLEAU C. 12

COEFFICIENTS DE CORRÉLATION PAR PAIRES ENTRE CATÉGORIES DE DROGUES POUR LES DEUX ORDRES DE FRÉQUENCE DE CONSOMMATION
(ENQUÊTE DE LA COMMISSION AUPRÈS DES ADULTES, PRINTEMPS 1970)

	Alcool	Tabac	Marijuana ou haschich	L.S.D.*	Stimulants ou amaigrissants	Sédatifs, tranquillisants ou somnifères	Solvants
<i>En ont déjà pris</i>							
Alcool.....		0,40	0,09	0,01	0,11	0,18	0,04
Tabac.....			0,09	0,03	0,05	0,13	0,03
Marijuana ou haschich.....				0,42	0,08	0,01	0,03
L.S.D.*.....					0,06	**	-0,01
Stimulants ou amaigrissants.....						0,16	**
Sédatifs, tranquillisants ou somnifères.....							0,05
<i>Une fois par mois ou davantage au cours des six derniers mois</i>							
Alcool.....		0,25	0,03	0,01	**	0,05	0,06
Tabac.....			0,01	0,05	0,01	0,06	0,01
Marijuana ou haschich.....				0,37	0,04	-0,02	-0,01
L.S.D.*.....					-0,01	0,02	**
Stimulants ou amaigrissants.....						0,14	-0,02
Sédatifs, tranquillisants ou somnifères.....							-0,02

* Y compris les autres hallucinogènes.

** $r < \pm 0,005$.

TABLEAU C. 13

COEFFICIENTS DE CORRÉLATION PAR PAIRES ENTRE CATÉGORIES DE DROGUES POUR LES DEUX ORDRES DE FRÉQUENCE DE CONSOMMATION
(ENQUÊTE DE LA COMMISSION AUPRÈS DES ÉTUDIANTS, PRINTEMPS 1970)

	Alcool	Tabac	Marijuana ou haschich	L.S.D.*	Stimulants ou amaigrissants	Sédatifs, tranquillisants ou somnifères	Solvants
<i>En ont déjà pris</i>							
Alcool.....		0,19	0,25	0,12	0,08	0,12	0,05
Tabac.....			0,22	0,31	0,13	0,10	0,10
Marijuana ou haschich.....				0,43	0,11	0,09	0,12
L.S.D.*.....					0,07	0,02	0,04
Stimulants ou amaigrissants.....						0,17	0,04
Sédatifs, tranquillisants ou somnifères.....							0,01
<i>Une fois par mois ou davantage au cours des six derniers mois</i>							
Alcool.....		0,15	0,13	0,05	0,04	0,07	**
Tabac.....			0,12	0,08	0,05	0,05	**
Marijuana ou haschich.....				0,26	0,03	0,06	**
L.S.D.*.....					0,13	0,10	**
Stimulants ou amaigrissants.....						0,12	**
Sédatifs, tranquillisants ou somnifères.....							**

* Y compris les autres hallucinogènes.

**Variation insuffisante dans l'une ou l'autre des variables.

TABLEAU C. 14

COEFFICIENTS DE CORRÉLATION PAR PAIRES ENTRE CATÉGORIES DE DROGUES POUR LES DEUX ORDRES DE FRÉQUENCE DE CONSOMMATION
(ENQUÊTE DE LA COMMISSION AUPRÈS DES ÉLÈVES DU SECONDAIRE, PRINTEMPS 1970)

	Alcool	Tabac	Marijuana ou haschich	L.S.D.*	Stimulants ou amaigrissants	Sédatifs, tranquillisants ou somnifères	Solvants
<i>En ont déjà pris</i>							
Alcool.....		0,33	0,41	0,30	0,21	0,29	0,22
Tabac.....			0,25	0,14	0,12	0,13	0,13
Marijuana ou haschich.....				0,55	0,19	0,14	0,23
L.S.D.*.....					0,21	0,12	0,18
Stimulants ou amaigrissants.....						0,23	0,07
Sédatifs, tranquilisants ou somnifères.....							0,09
<i>Une fois par mois ou davantage au cours des six derniers mois</i>							
Alcool.....		0,27	0,23	0,12	0,10	0,09	**
Tabac.....			0,18	0,14	0,03	0,05	**
Marijuana ou haschich.....				0,51	0,12	0,11	**
L.S.D.*.....					0,06	0,17	**
Stimulants ou amaigrissants.....						0,14	**
Sédatifs, tranquilisants ou somnifères.....							**

* Y compris les autres hallucinogènes.

**Variation insuffisante dans l'une ou l'autre des variables.

ANNEXE 2

TOXICOMANES DÉCLARÉS AU BUREAU DES DROGUES DANGEREUSES (1972)

Les tableaux ont été établis par le *Bureau des drogues dangereuses* (Protection de la santé), ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

	PAGE
C. 15 Répartition des consommateurs de stupéfiants inscrits dans les registres nominatifs, au Canada en 1972, selon la catégorie, la province et le sexe.....	752
C. 16 Répartition des consommateurs inscrits de drogues illicites selon le sexe et l'âge en 1972.....	753
C. 17 Consommateurs inscrits de drogues illicites de moins de 18 ans en 1972.....	754
C. 18 Consommateurs inscrits de drogues illicites en 1972 selon le produit, la provenance et la source d'information.....	755

ps-821.
ps 1160

TABLEAU C. 15

RÉPARTITION DES CONSOMMATEURS DE STUPÉFIANTS INSCRITS DANS LES REGISTRES NOMINAUX,
AU CANADA EN 1972, SELON LA CATÉGORIE, LA PROVINCE ET LE SEXE

	Yukon		C.-B.		Alberta		Sask.		Manitoba		Ontario		Québec		N.-B.		N.-É.		I.-du- P.-É.		T.-N.		TOTAL		TOTAL GLOBAL
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Usage illicite.....	1	1	4 029	1 467	459	179	132	48	202	51	1 179	541	470	146	6	1	34	7	3	—	2	—	6 517	2 441	8 958
Usage thé- rapeutique.....			14	14	6	5	12	3	1	2	21	40	12	20	2	2		7		1		1	58	95	153
Dans les mi- lieux médicaux.....			14	3	3		5	2	5	3	31	14	26	11	4	1	4	2	1	2			95	36	131

I. *Usage illicite.* — Comprend les cas sur lesquels nous avons des dossiers depuis 1963 et où l'approvisionnement était illicite au début. Tous les sujets n'ont pas été condamnés en vertu de la Loi sur les stupéfiants.

II. *Usage thérapeutique.* — Catégorie comprenant les cas où la dépendance a pour origine un mauvais état de santé ou un traitement médical. Peu de sujets ont un casier judiciaire. Les noms sont retranchés des registres s'il

s'écoule cinq ans sans fait à consigner au dossier du point de vue de l'usage des stupéfiants.

III. *Dans les milieux médicaux.* — Catégorie embrassant les personnels médicaux et paramédicaux. Là aussi les noms sont retranchés après cinq ans sans information à porter au dossier.

TABLEAU C. 16

RÉPARTITION DES CONSOMMATEURS INSCRITS DE DROGUES ILLICITES SELON LE SEXE ET L'ÂGE EN 1972

Âge	Yukon		C.-B.		Alberta		Sask.		Manitoba		Ontario		Québec		N.-B.		N.-É.		I.-du-P.-É.		T.-N.		TOTAL		TOTAL GLOBAL
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
Moins de 20 ans.....	—	—	223	164	63	25	12	3	18	10	86	28	30	13	—	—	6	1	—	—	—	—	438	244	682
20-24.....	1	—	1 010	357	172	76	30	10	76	22	323	108	218	66	2	—	17	4	—	—	1	—	1 850	643	2 498
25-29.....	—	1	648	275	73	20	24	6	35	5	146	102	61	20	1	—	3	2	—	—	1	—	992	431	1 423
30-34.....	—	—	471	225	43	10	13	1	14	2	126	99	16	7	—	—	4	—	—	—	—	—	687	344	1 031
35-39.....	—	—	379	115	24	9	8	1	9	—	115	77	21	8	1	—	—	—	—	—	—	—	557	210	767
40-49.....	—	—	464	116	30	8	9	6	15	4	175	68	28	8	1	—	—	—	—	—	—	—	722	210	932
50-59.....	—	—	195	37	8	1	8	—	5	1	80	17	8	2	—	1	1	—	1	—	—	—	306	59	365
60-69.....	—	—	99	14	4	—	1	—	5	1	42	4	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	156	20	176
70 ans et plus.....	—	—	22	1	1	—	—	—	2	—	6	1	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	36	2	38
Âge non connu.....	—	—	518	163	42	30	27	21	23	6	80	37	77	21	1	—	3	—	2	—	—	—	773	278	1 051
TOTAL.....	1	1	4 029	1 467	459	179	132	48	202	51	1 179	541	470	146	6	1	34	7	3	—	2	—	6 517	2 441	8 895

Note: L'âge en 1972.

753

Annexe 2 Toxicomanes déclarés au B.D.D.

pg 1160 pg 821.

TABLEAU C. 17

CONSUMMATEURS INSCRITS DE DROGUES ILLICITES DE MOINS DE 18 ANS EN 1972

Âge	C.-B.		Alberta		Sask.		Manitoba		Ontario		Québec		N.-B.		N.-É.		I.-du-P.-É.		T.-N.		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
17.....	28	26	3	—	4	1	—	4	9	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	45	35
16.....	5	18	6	1	—	1	—	—	5	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	17	24
15.....	2	4	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	4
14.....	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2
13.....	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	0
TOTAL	37	49	9	1	4	2	1	4	15	3	2	2	—	—	—	1	—	—	—	—	68	65

TABLEAU C. 18

CONSDOMATEURS INSCRITS DE DROGUES ILLICITES EN 1972 SELON LE PRODUIT, LA PROVENANCE ET LA SOURCE D'INFORMATION

Stupéfiants	Yukon		C.-B.		Alberta		Sask.		Manitoba		Ontario		Québec		N.-B.		N.-É.		I.-du-P.-É.		T.-N.		TOTAL		TOTAL GLOBAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F		
Héroïne.....	—	1	3 563	1 297	358	151	92	29	179	48	990	460	397	113	2	—	29	6	2	—	2	—	5 614	2 105	7 719	
Opiacés.....	—	—	48	6	24	5	11	3	8	—	64	18	17	11	4	1	3	—	—	—	—	—	179	44	223	
Cocaïne.....	1	—	26	10	21	3	—	—	2	1	40	8	7	1	—	—	2	—	—	—	—	—	99	23	122	
Drogues de synthèse.....	—	—	265	101	47	19	28	15	7	1	82	30	45	17	—	—	—	1	1	—	—	—	475	184	659	
Non connus.....	—	—	127	53	9	1	1	1	6	1	2	25	4	4	—	—	—	—	—	—	—	—	150	85	25	
TOTAL.....	1	1	4 029	1 467	459	179	132	48	202	51	1 179	541	470	146	6	1	34	7	3	—	2	—	6 517	2 441	8 958	
<i>Source</i>																										
Licite.....	—	—	595	65	23	9	14	12	2	1	26	13	17	10	3	1	—	—	—	—	—	—	—	680	111	791
Illicite.....	1	1	3 384	1 397	436	170	118	36	196	49	1 153	524	453	136	3	—	34	7	3	—	2	—	5 783	2 320	8 103	
Non connue.....	—	—	50	5	—	—	—	—	4	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	54	10	64	
TOTAL.....	1	1	4 029	1 467	459	179	132	48	202	51	1 179	541	470	146	6	1	34	7	3	—	2	—	6 517	2 441	8 958	
<i>Source d'information</i>																										
État des ventes des pharmacies.....	—	—	529	223	70	36	22	19	6	3	134	38	162	55	—	—	16	5	1	—	—	—	940	379	1 319	
Dossiers de la police.....	1	1	2 585	966	339	112	87	21	158	37	930	442	250	72	1	1	15	—	2	—	—	—	4 368	1 652	6 020	
Autres sources.....	—	—	915	278	50	31	23	8	38	11	115	61	58	19	5	—	3	2	—	—	2	—	1 209	410	1 619	
TOTAL.....	1	1	4 029	1 467	459	179	132	48	202	51	1 179	541	470	146	6	1	34	7	3	—	2	—	6 517	2 441	8 958	

Références

1. ADDICTION RESEARCH FOUNDATION, *Appendices to the twentieth annual report (1970)*, Toronto, 1971.
2. ADDICTION RESEARCH FOUNDATION, *Facts about solvents*, Toronto, 1969.
3. AHMED, S. N., *Patterns of juvenile drug use*, Ann Arbor, Michigan, University Microfilms, n° 68-5672, 1967, thèse de doctorat, Université de Californie, Berkeley.
4. ALKSNE, H., LIEBERMAN, H., et BRILL, L. A., *A conceptual model of the life cycle of addiction* (International Journal of the Addictions, vol. II, 1967, pp. 221-240).
5. ANDREWS, D. A., WAKE, F. R., et MACLEAN, J., *A working document on smoking*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
6. ANNIS, H. M., KLUG, R., et BLACKWELL, D., *Drug use among high school students in Timmins*, document inédit, Project J-183, Sub-study 1-38, 39 et B1-71, Addiction Research Foundation, Toronto, 1971.
7. BADEN, M. M., *Methadone related deaths in New York City* (International Journal of the Addictions, vol. V, 1970, pp. 489-498).
8. BALL, J. C., *Marijuana smoking and the onset of heroin use*, dans *Drug abuse: social and psychopharmacological aspects*, rédigé sous la direction de Cole, J. O., et Wittenborn, J. R., Springfield (Illinois), Thomas, 1967, pp. 117-128.
9. BALL, J. C., CHAMBERS, C. D., et BALL, M. J., *The association of marijuana smoking with opiate addiction in the United States* (Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science, vol. LIX, 1968, pp. 171-182).
10. BALL, J. C., et SNARR, R. W., *A test of the maturation hypothesis with respect to opiate addiction* (Bulletin on Narcotics, vol. XXI, n° 4, 1969, pp. 9-13).
11. BARKER, G. H., et ADAMS, W. T., *Glue sniffers* (Sociology and Social Research, vol. XLVII, 1962-63, pp. 298-310).
12. BARTLETT, S., et TAPIA, F., *Glue and gasoline "sniffing", the addiction of youth* (Missouri Medicine, vol. LXIII, 1966, pp. 270-272).
13. BECKER, H. S., *Becoming a marijuana user* (American Journal of Sociology, vol. LIX, 1953, pp. 235-242).
14. BECKER, H. S., *Marijuana use and social control* (Social Problems, vol. III, 1955, pp. 35-44).
15. BECKER, H. S., *Outsiders: studies in the sociology of deviance*, Glencoe, New York, Free Press, 1963.
16. BENDER, L., *Drug addiction in adolescence* (Comprehensive Psychiatry, vol. IV, 1963, pp. 181-194).
17. BILODEAU, L., *La consommation de drogues chez les étudiants du secondaire et du collégial de l'île de Montréal en 1969 et en 1971*, Québec, Office de la Prévention et du Traitement de l'Alcoolisme et des autres Toxicomanies, 1971.
18. BLACKWELL, J. C., *The costs of heroin-related thefts*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1972.
19. BLACKWELL, J. C., *Notes on "contagion theory"*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1972.
20. BLACKWELL, J. C., *Opiate narcotics: patterns of use*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1972.

21. BLAINE, J. D., LIEBERMAN, C. M., et HIRSH, J., *Preliminary observations on patterns of drug consumption among medical students* (International Journal of the Addictions, vol. III, 1968, pp. 389-396).
22. BLOOMQUIST, E. R., *Marijuana*, Beverly Hills, California, Glencoe, 1968.
23. BLUM, R. H., *Mind altering drugs and dangerous behavior, dans Task force report: narcotics and drug abuse*, appendix A-2, The President's Commission on Law Enforcement and Administration of Justice, Washington, U.S. Government Printing Office, 1967.
24. BLUM, R. H., Déclaration (1968) citée sans référence dans *Marihuana and health*, Department of Health, Education and Welfare, National Institute of Mental Health, Washington, U.S. Government Printing Office, 1971, p. 156.
25. BLUM, R. H., et COLL., *Students and drugs*, San Francisco, Jossey-Bass, 1969.
26. BLUM, R. H. et COLL., *Utopiates: use and users of LSD-25*, New York, Atherton, 1964.
27. BLUM, R. H., ARON, J., TUTKO, T., FEINGLASS, S., et FORT, J., *Drugs and high school students*, dans Blum, R. H., et coll., *Students and drugs*, San Francisco, Jossey-Bass, 1969, pp. 321-348.
28. BLUM, R. H., BRAUNSTEIN, L., et STONE, A., *Normal Drug use: an exploratory study of patterns and correlates, dans Drug abuse: social and psychopharmacological aspects*, rédigé sous la direction de Cole, J. I., et Wittenborn, J. R., Springfield, Illinois, Thomas, 1969, pp. 59-92.
29. BLUMER, H., SUTTER, A., AHMED, S., et SMITH, R., *The world of youthful drug use*, (ADD Center project: final report, document inédit, School of Criminology, Université de Californie, Berkeley, 1967).
30. BOGO, R. A., SMITH, R. G., et RUSSELL, S. D., *Some sociological and social-psychological correlates of marihuana and alcohol use by Michigan high school students*, communication à l'Ohio Valley Sociological Society and the Midwest Sociological Society Joint Meeting, Indianapolis, Indiana, 2 mai 1969.
31. BOWDEN, C. L., et LANGENAUER, B. J., *Success and failure in the NARA Addiction Program*, (American Journal of Psychiatry, vol. CXXVIII, 1972, pp. 853-856).
32. BRADY, J. F., ROSS, D. R., GRINDSTAFF, C. F., et RYAN, E. F., *Non-medical drug use among students at the University of Western Ontario*, mémoire présenté à la Commission à London, le 22 mai 1970.
33. BRECHER, E. M., et les éditeurs de « Consumer Reports », *Licit and illicit drugs: The Consumers Union report on narcotics, stimulants, depressants, inhalants, hallucinogens and marijuana - including caffeine, nicotine and alcohol*, Boston, Little, Brown, 1972.
34. BRICKER, A. G., *A short overview and some original research on the drug scene in a Canadian university*, dissertation, inédite, Université de l'Alberta, Edmonton, 1970.
35. BROMBERG, W., et RODGERS, T. C., *Marihuana and aggressive crime* (American Journal of Psychiatry, vol. CII, 1945, pp. 825-827).
36. BROWN, B. S., GAUVEY, S. K., MEYERS, M. B., et STARK, S. D., *In their own words: addicts' reasons for initiating and withdrawing from heroin* (International Journal of the Addictions, vol. VI, 1971, pp. 635-645).
37. BROZOVSKY, M., et WINKLER, E. G., *Glue sniffing in children and adolescents* (New York State Journal of Medicine, vol. LXV, 1965, pp. 1984-1989).
38. CAHALAN, D., *Problem drinkers*, San Francisco, Jossey-Bass, 1970.
39. CAHALAN, D., CISIN, I. H., et CROSSLEY, H. M., *American drinking practices: a national survey of behavior and attitudes related to alcoholic beverages*, New Brunswick, New Jersey, Rutgers Center of Alcohol Studies, 1969.

C Diffusion et modalités de l'usage de la drogue

40. CALIFORNIE, DEPARTMENT of JUSTICE, Division of Law Enforcement, Bureau of Criminal Statistics, *Crime and delinquency in California*, Sacramento, 1969.
41. CALIFORNIE, DEPARTMENT of JUSTICE, Division of Law Enforcement, Bureau of Criminal Statistics, *Follow-up study of 1960 adult drug offenders*, Sacramento, 1968.
42. CAMPBELL, I. L., *Non-medical psychoactive drug use at Bishop's University, 1965-1970*, document inédit, université Sir George Williams, Montréal, 1970.
43. CANADA, Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, *Le cannabis*, Ottawa, Information Canada, 1972.
44. CANADA, MINISTÈRE de la SANTÉ NATIONALE et du BIEN-ÊTRE SOCIAL, *Men kicking the habit but more teenage girls hooked*, communiqué de presse, Ottawa, 10 juin 1970.
45. CANADA, MINISTÈRE de la SANTÉ NATIONALE et du BIEN-ÊTRE SOCIAL, *Smoking habits of Canadians, 1964: report of a survey carried out by the Dominion Bureau of Statistics*, document inédit, service d'Information du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, 1965.
46. CANADA, MINISTÈRE de la SANTÉ NATIONALE et du BIEN-ÊTRE SOCIAL, Protection de la Santé, Bureau des drogues dangereuses, Ottawa, renseignements inédits fournis à la Commission, 1969-1973.
47. CANADA, SÉNAT, *Comité spécial d'enquête sur le trafic des drogues narcotiques au Canada*, compte rendu, Ottawa, Imprimeur de la reine, 1955.
48. CAREY, J. T., *The college drug scene*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1968.
49. CAREY, J. T., et MANDEL, J., *A San Francisco Bay area "speed" scene* (*Journal of Health and Social Behavior*, vol. IX, 1968, pp. 164-174).
50. CARON, F., DESSUREAULT, J., et HAYES, A., *Le problème du doping chez les athlètes*, mémoire présenté à la Commission à Trois-Rivières, le 15 octobre 1970.
51. CATTELL, R. B., *The three basic factor-analytic research designs: their interrelations and derivatives* (*Psychological Bulletin*, vol. XLIX, 1952, pp. 499-520).
52. CHAMBERS, C. D., *An assessment of drug use in the general population*, New York, New York State Narcotic Addiction Control Commission, 1971.
53. CHAMBERS, C. D., *Some epidemiological considerations of onset of opiates use in the United States*, communication à la Conférence on the Epidemiology of Drug Use, San Juan, Porto Rico, février 1973.
54. CHIAPPE, P. A. L., *Cannabis, a toxic and dangerous substance: A study of eighty takers* (*British Journal of Addiction*, vol. LXI, 1966, pp. 269-282).
55. CHIAREN, S., et PERLEMAN, L., *Personality studies of marijuana addicts* (*American Journal of Psychiatry*, vol. CII, 1946, pp. 674-682).
56. CHEEK, F. E., NEWELL, S., et SARETT, M., *The down-head behind an up-head: the heroin addict takes LSD* (*International Journal of the Addictions*, vol. IV, 1969, pp. 101-119).
57. CHEN, I., GERARD, D. L., LEE, R. S., ROSENFELD, E., et WILNER, D. M., *The road to II: narcotics, delinquency, and social policy*, New York, Basic, 1964.
58. CHEN, I., et ROSENFELD, R., *Juvenile narcotic use* (*Law and Contemporary Problems*, vol. XXII, 1957, pp. 52-68).
59. CHERKOW, C., *LSD in Vancouver: A study of users*, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, thèse inédite, 1968.
60. CHOTLOS, J. W., et DIETER, J. B., *Psychological consideration in the etiology of alcoholism, dans Alcoholism: an interdisciplinary approach*, rédigé sous la direction de Pittman, D. J., Springfield, Illinois, Thomas, 1959.

61. CHOTLOS, J. W., et GOLDSTEIN, G. *The alcoholic* (Review of Existential Psychology and Psychiatry, vol. V, 1965, pp. 71-83).
62. CLINARD, M. B., *Sociology of deviant behavior*, 3^e édition, New York, Holt, Rinehart et Winston, 1968.
63. COHEN, H., *Principal conclusions from the report: "psychology, social psychology and sociology of illicit drug use"* (British Journal of Addiction, vol. LXV, 1970, pp. 39-44).
64. COHEN, N., et KLEIN, D. F., *Drug abuse in a young psychiatric population* (American Journal of Orthopsychiatry, vol. XL, 1970, pp. 448-455).
65. COLBURN, H. N., directeur, Usage du tabac, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, renseignements inédits fournis à la Commission, 22 février 1973.
66. COLBURN, H. N. directeur, Usage du tabac, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, renseignements inédits fournis à la Commission, 7 mars 1973.
67. COOPERSTOCK, R., et SIMS, M., *Mood-modifying drugs prescribed in a Canadian city: hidden problems* (American Journal of Public Health and the Nation's Health, vol. LXI, 1971, pp. 1007-1016).
68. CORLISS, L. M., *A review of the evidence on glue-sniffing: persistent problem* (Journal of School Health, vol. XXXV, 1965, pp. 442-449).
69. COX, C., et SMART, R. G., *The nature and extent of speed use in North America* (Canadian Medical Association Journal, vol. CII, 1970, pp. 724-729).
70. CUMBERLIDGE, M. C., *The abuse of barbiturates by heroin addicts* (Canadian Medical Association Journal, vol. XCVIII, 1968, pp. 1045-1049).
71. DAI, B., *Opiate addiction in Chicago*, Shanghai, Commercial, 1937.
72. DE ALARCON, R., *The communicability of drug abuse in adolescence*, document inédit. Clinical Psychiatry Unit, Graylingwell Hospital, Chichester, Sussex, Angleterre, 1971.
73. DE ALARCON, R., *The spread of heroin abuse in a community* (Bulletin on Narcotics, vol. XXI, n° 3, 1969, pp. 17-22).
74. DE LINT, J., et SCHMIDT, W., *The distribution of alcohol consumption in Ontario* (Quarterly Journal of Studies on Alcohol, vol. XXIX, 1968, p. 968).
75. DE LINT, J., SCHMIDT, W., et PARNANEN, K., *The Ontario drinking survey: a preliminary report*, document inédit, Project J-204, Sub-study 1-10, 4 et 37-70, Addiction Research Foundation, Toronto, 1970.
76. DUSTER, T., *The legislation of morality: law, drugs and moral judgement*, New York, Free Press, 1970.
77. DUVALL, H. J., LOCKE, B. A., et BRILL, L., *Followup study of narcotic drug addicts five years after hospitalization* (Public Health Reports, vol. LXXVIII, n° 3, 1963, pp. 185-193).
78. EDMONTON PUBLIC SCHOOL BOARD, *Drug survey reports*, document inédit, Edmonton, 1971.
79. EINSTEIN, S., et QUINONES, M. A., *Difficulties in treating the drug abuser*, communication à la trente-troisième réunion scientifique annuelle du Committee on Problems of Drug Dependence, Toronto, 16 et 17 février 1971.
80. FEJER, D., *Drug use among high school students in North Bay, Ontario*, document inédit, Project J-183, Sub-Study 1-Jo-71, Addiction Research Foundation, Toronto, 1971.
81. FEJER, D., et SMART, R. G., *Drug use, anxiety and psychological problems among adolescents* (Ontario psychologist, vol. IV, 1972, pp. 10-21).

C Diffusion et modalités de l'usage de la drogue

82. FEJER, D., et SMART, R. G., *The use of psychoactive drugs by adults*, document inédit, Project J-183, Sub-study 461, Addiction Research Foundation, Toronto, 1972.
83. FLEMMING, A. S., *Amphetamine drugs* (Public Health Reports, vol. LXXV, 1960, pp. 49 et 50).
84. FOSSIER, A. E., *The marihuana menace* (New Orleans Medical and Surgical Journal, 1931, p. 84, cité par Mandel, J., *Who says marijuana use leads to heroin addiction?* (Journal of Secondary Education, vol. XLIII, 1968, p. 212).
85. FREEDMAN, H. L., et ROCKMORE, M. J., *Marijuana: a factor in personality evaluation and army maladjustment*, 1^{re} partie (Journal of Clinical Psychopathology, vol. VII, 1946, pp. 765-782).
86. GELLMAN, V., *Glue-sniffing among Winnipeg school children* (Canadian Medical Association Journal, vol. XCVIII, 1968, pp. 411-413).
87. GENDREAU, P., et GENDREAU, L. P., *Research design and narcotic addiction proneness* (Canadian Psychiatric Association Journal, vol. XVI, 1971, pp. 265-267).
88. GÉRIN, S., BEAUDRY, P., ST-LAURENT, M., THIBAUT, M., et DÉSILETS, A., *Rapport rédigé à la fin de la session du printemps 1970*, inédit, C. E. G. E. P. de Sherbrooke, 1970.
89. GERSON, L. W., et KRAKER, H. F., *Two patterns of dexedrine usage among college students* (Psychiatra Clinica, vol. V, 1972, pp. 131-136).
90. GILBERT, B., *Drugs in sport*, 1^{re} partie: *Problems in a turned-on world* (Sports Illustrated, 23 juin 1969, pp. 64-72).
91. GILBERT, B., *Drugs in sport*, 2^e partie: *Something extra on the ball* (Sports Illustrated, 30 juin 1969, pp. 30-42).
92. GILBERT, B., *Drugs in sport*, 3^e partie: *High time to make some rules* (Sports Illustrated, 7 juillet 1969, pp. 30-35).
93. GIORDANO, H. L., *Marihuana: a calling card to narcotics addiction* (FBI Law Enforcement Bulletin, vol. XXXVII, 1968, pp. 2-5).
94. GLASER, D., INCIARDI, J. T., BABST, D. V., *Later heroin use by marijuana-using, heroin-using, and non-drug-using adolescent offenders in New York City* (International Journal of the Addictions, vol. IV, 1969, pp. 145-155).
95. GLASER, D., LANDER, B., et ABBOTT, W., *Opiate addicted and non-addicted siblings in a slum area* (Social Problems, vol. XVIII, 1971, pp. 510-521).
96. GOFFMAN, E., *Asylums*, New York, Anchor, 1961.
97. GOODE, E., *Cigarette smoking and drug use on a college campus* (International Journal of the Addictions, vol. VII, 1972, pp. 133-140).
98. GOODE, E., *Drugs in American society*, New York, Knopf, 1972.
99. GOODE, E., *The marihuana smokers*, New York, Basic, 1970.
100. GOODE, E., *Multiple drug use among marijuana smokers* (Social Problems, vol. XVII, 1969, pp. 48-64).
101. GOODE, E., *The use of marijuana and other illegal drugs in a college campus* (British Journal of Addiction, vol. LXVI, 1971, pp. 335 et 336).
102. GREEN, M., *The amphetamines and amphetamine-like drugs: patterns of use*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
103. GREEN, M., *Committed users study*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
104. GREEN, M., et BLACKWELL, J. C., *Final monitoring project*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1972.
105. GREEN, M., HEMMINGS, B., MILLER, R. D., et HANSTEEN, R. W., *Self reporting of drug consumption patterns by regular cannabis users: the logbook study*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.

Références

106. GREEN, M., et LEATHERS, B., *Adult drug users study*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
107. GRINSPOON, L., *Marihuana reconsidered*, Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1971.
108. HALPERN, G., et MORI, G., *The Ottawa drug survey: univariate results*, Ottawa Board of Education, Research office, rapport de recherche n° 70-02, 1970.
109. HAMBURGER, E., *Barbiturate use in narcotic addicts* (Journal of the American Medical Association, vol. CLXXXIX, 1964, pp. 366-369).
110. HAMMOND, C., ancien directeur, Division des stupéfiants, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, renseignements inédits fournis à la Commission, 1970.
111. HARDER, M. W., RICHARDSON, J. F., et SIMMONDS, R. B., *Jesus people* (Psychology Today, décembre 1972, pp. 45-50 et 110-113).
112. HASLAM, P., *The maturing process in addiction* (Canadian Journal of Corrections, vol. VI, 1964, pp. 28-30).
113. HAWKS, D., MITCHESON, M., OGBORNE, A., et EDWARDS, G., *Abuse of methylamphetamine* (British Medical Journal, vol. II, 1969, pp. 715-721).
114. HAYASHI, J., *The nature and prevalence of drug and alcohol usage in the Fort William secondary schools*, document inédit, Addiction Research Foundation, Fort William, 1968.
115. HAYASHI, J., *The nature and prevalence of drug and alcohol usage in the Port Arthur Board of Education summer school, 1968*, document inédit, Addiction Research Foundation, Fort William, 1968.
116. HEMMINGS, B., et MILLER, R. D., *Non-medical drug use as a factor in hospitalization : a survey of Canadian psychiatric hospital records*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
117. HENDERSON, I., *An exploration of the natural history of heroin addiction*, Vancouver, Narcotic Addiction Foundation of British Columbia, 1970.
118. HOWARD, J., et BORGES, P., *Needle sharing in the Haight: some social and psychological functions* (Journal of Health and Social Behavior, vol. VII, n° 3, 1970, pp. 220-230).
119. HUGHES, F., *Alcohol information: scientific and legal aspects*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1972.
120. HUGHES, H. M., (sous la direction de), *The fantastic lodge*, Boston, Houghton, Mifflin, 1961.
121. HUGHES, P. H., et CRAWFORD, G. A., *A contagious disease model for researching and intervening in heroin epidemics* (Archives of General Psychiatry, vol. XXVII, 1972, pp. 149-155).
122. HUNT, G. H., et ODOROFF, M. E., *Followup study of narcotic drug addicts after hospitalization* (Public Health Reports, vol. LXXVII, 1962, pp. 42-54).
123. HYDE, A. P., *Alcohol in Newfoundland*, document inédit, Newfoundland and Labrador Council on Alcohol Problems, Saint-Jean, 1966.
124. JACKSON, J. K., *Adjustment of the family to the crisis of alcoholism* (Quarterly Journal of Studies on Alcohol, vol. XV, 1954, pp. 562-586).
125. JELLINEK, E. M., *The disease concept of alcoholism*, New Haven, Hillhouse, 1960.
126. JOHNSON, B. D., *Social determinants of the use of "dangerous drugs" by college students*, thèse de doctorat inédite, département de sociologie, Université Columbia, New York, 1971.
127. JOHNSTON, W. E., et WILLIAMS, H. R., *Drugs use patterns and related factors of heroin addicts seeking treatment for their addiction*, document inédit, Narcotic Addiction Foundation of British Columbia, Vancouver, 1971.

C. Diffusion et modalités de l'usage de la drogue

128. JOSEPHSON, E., HABERMAN, P., ZANES, A., et ELINSON, J., *Adolescent marijuana use: report on a national survey*, communication, First International Conference on Student Drug Surveys, Newark, New Jersey, 14 septembre 1971.
129. JOSIE, G. H., *A report on drug addiction in Canada*, Imprimeur du roi et Contrôleur de la papeterie, 1948.
130. KALANT, H., et KALANT, O. J., *Drugs, society and personal choice*, Toronto, General Publishing, 1971.
131. KAPLAN, J., *Marijuana: the new prohibition*, New York, World, 1970.
132. KEUP, W., *The typical "drug career" and therapeutic approaches*, communication, Thirty-Third Annual Scientific Meeting of the Committee on Problems of Drug Dependence, Toronto, 16 et 17 février 1971.
133. KING, J., McDONALD, D., et SALLOUM, H., *A survey on the use of marihuana and LSD in the University of Saskatchewan, Regina Campus, and in Regina high schools*, dissertation inédite, Université de la Saskatchewan, Regina, s.d.
134. KLEBER, H. D., *Student use of hallucinogens* (Journal of American College Health Association, vol. XIV, 1965, pp. 109-117).
135. KODUA, J., *Analysis of narcotic control's statistics: drug convictions*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1970.
136. KOLB, L., *Drug addiction in its relation to crime* (Mental Hygiene, vol. IX, 1925, pp. 74-89).
137. KOSVNER, A., MITCHESON, M. C., OGBORNE, A., ZACUNE, J., MYERS, K., STIMSON, G. V., et EDWARDS, G., *Heroin use in a provincial town* (Lancet, vol. I, 1968, pp. 1189-1192).
138. KRUG, D. C., SOKOL, J., et NYLANDER, I., *Inhalation of commercial solvents: a form of defiance among adolescents*, dans *Drug addiction in youth*, rédigé sous la direction de Harms, E., Oxford, Pergamon, 1965, pp. 36-45.
139. LAFOREST, L., *La consommation des drogues chez les étudiants du secondaire et du collégial de l'île de Montréal*, document inédit, Office de la Prévention et du Traitement de l'Alcoolisme et des autres Toxicomanies, Québec, 1969.
140. LAMBERT, A., *Narcotic addiction: Report of the Mayor's Committee to Hon. Richard C. Patterson, Jr., Commissioner of Correction* (Journal of the American Medical Association, vol. XCIII, 1929, pp. 1297-1301).
141. LANGROD, J., *Secondary drug use among heroin users*, document inédit, Bureau of Applied Social Research, université Columbia, New York, 7 novembre 1969.
142. LANPHIER, C. M., et PHILLIPS, S. B., *The non-medical use of drugs and associated attitudes: a national household survey*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
143. LANPHIER, C. M., et PHILLIPS, S. B., *Secondary school students and non-medical drug use: a national survey of students enrolled in grades seven through thirteen*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
144. LANPHIER, C. M., et PHILLIPS, S. B., *University students and non-medical drug use: a national survey*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
145. LARNER, J., et TEFFERTELLER, R., *The addict in the street*, New York, Grove, 1966.
146. LEARY, T., *High priest*, New York, World, 1968.
147. LEVENGOOD, R., LOWINGER, P., et SCHLOOF, K., *Heroin addiction in the suburbs: an epidemiologic study*, document inédit, Lafayette Clinic, Detroit, Michigan, 1971.
148. LEVINE, S. V., LLOYD, D. D., et LONGDON, W. H., *The speed user: social and psychological factors in amphetamine abuse* (Canadian Psychiatric Association Journal, vol. XVII, 1972, pp. 229-240).

149. LEVY, B. S., *Five years after: a follow-up of 50 narcotic addicts* (American Journal of Psychiatry, vol. CXXVIII, 1972, pp. 868-872).
150. LINDESMITH, A. R., *The addict and the law*, New York, Vintage, 1965.
151. LINDESMITH, A. R., *Addiction and opiates*, Chicago, Aldine, 1968.
152. LINDESMITH, A. R., *The drug addict as a psychopath* (American Sociological Review, vol. V, 1940, pp. 914-920).
153. LOURIA, D. B., *The drug scene*, New York, McGraw-Hill, 1968.
154. LUBIN, S., BLUMBERGER, S., DIEZ D'AUX, R., GARFINKLE, E., GOLDHAMER, P., GROULX, B., KAHN, R., et WEINER, H., *Stress and drug use among medical students at McGill University*, document inédit, université McGill, Montréal, 1971.
155. MACDONALD, R. ST. J., *Narcotic drug addiction in Canada* (Current law and social problems. Toronto, University of Toronto Press, 1960, pp. 162-204).
156. MANDEL, J., *Myths and realities of marihuana pushing*, dans *Marihuana: myths and realities*, rédigé sous la direction de Simmons, J. L., North Hollywood, Californie, Brandon House, 1967, pp. 58-110.
157. MANDEL, J., *Stepping stone theory*, document inédit, département de sociologie, Sonoma State College, Rohnert Park, Californie, 1971.
158. MANDEL, J., *Who says marijuana use leads to heroin addiction?* (Journal of Secondary Education, vol. XLIII, 1968, pp. 211-217).
159. MANHEIMER, D. I., *Marijuana use among adults in two San Francisco Bay area locales*, communication, Conference on Drug Usage and Drug subcultures, Asilomar, Californie, 12 février 1970.
160. MARCHUK, E., *Montreal report*, dans *Committed users study*, Green, M., programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
161. MARCOVITZ, E., et MYERS, H. J., *The marihuana addict in the army* (War medicine, vol. VI, 1944, pp. 382-391).
162. MARKHAM, J. M., *Heroin hunger may not a mugger make* (New York Times Magazine, 18 mars 1973, p. 39 et suivantes).
163. MARTINDALE, D., et MARTINDALE, E., *The social dimensions of mental illness, alcoholism, and drug dependence*, Westport, Connecticut, Greenwood, 1971.
164. MAURER, D. W., et VOGEL, V. H., *Narcotics and narcotic addiction*, 3^e édition, Springfield, Illinois, Thomas, 1969.
165. MAYOR'S COMMITTEE ON MARIHUANA, *The marihuana problem in the City of New York*, Lancaster, Pennsylvanie, Jacques Cattell, 1944, rapport La Guardia.
166. MCCABE, O. L., et KURLAND, A. A., *Paroled narcotic addicts in a verified abstinence program: results of a five year study*, document inédit, Maryland Psychiatric Research Centre, Baltimore, Maryland, 1972, sous presse (Federal Probation Quarterly, 1972).
167. McDONALD, L., *The Matsqui Prison story*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
168. MCGLOTHLIN, W., JAMISON, K., et ROSENBLATT, S., *Marijuana and the use of other drugs* (Nature, vol. CCXXVIII, 1970, pp. 1227-1229).
169. MCKIM, T. R., directeur, Bureau des drogues dangereuses, Ottawa, communication à la Commission, 9 novembre 1972.
170. MCKIM, T. R., directeur, Bureau des drogues dangereuses, Ottawa, communication à la Commission avec tableaux pertinents, 14 novembre 1972.
171. MELLINGER, G. D., MITCHELL, B. B., et MANHEIMER, D. I., *Patterns of psychotherapeutic drug use among adults in San Francisco*, document inédit, Family Research Centre, Berkeley, Californie.
172. MILLER, B., et HELWIG, D., *A book about Billie*, Ottawa, Oberon, 1972.

05-821.
 05-1160

C Diffusion et modalités de l'usage de la drogue

173. MILLER, R. D., et HEMMINGS, B., *Drug induced poisoning and death in Canada*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1973.
174. MILLS, J., *The panic in needle park*, Toronto, New American Library, 1965.
175. MIZENER, G. L., BARTER, J. T., et WERME, P. H., *Patterns of drug use among college students*, communication à l'American Psychiatric Association, Miami, Floride, 1969.
176. MODLIN, H. C., et MONTES, A., *Narcotics addiction in physicians* (American Journal of Psychiatry, vol. CXXI, 1964, pp. 348-365).
177. MOORE, M., *Policy concerning drug abuse in New York State*, vol. III: *Economics of heroin distribution*, Croton-on-Hudson, New York, Hudson Institute, 1970.
178. MULFORD, H. A., *Drinking and deviant drinking, U.S.A., 1963* (Quarterly Journal of Studies on Alcohol, vol. XXV, 1964, pp. 634-650).
179. MURPHY, C., *Halifax report*, dans *Committed users study*, Green, M., programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
180. NARCOTIC ADDICTION FOUNDATION OF BRITISH COLUMBIA, *Drug use among Vancouver secondary students*, document inédit, Vancouver, 1971.
181. NARCOTIC ADDICTION FOUNDATION OF BRITISH COLUMBIA, *15th annual report*, Vancouver, 1971.
182. NEWMAYER, J. A., *The end of the heroin epidemic of the San Francisco Bay area*, document inédit, Haight-Ashbury Free Medical Clinic, San Francisco, Californie, 1973.
183. NEWMAYER, J. A., epidemiologist, Haight-Ashbury Free Medical Clinic, San Francisco, Californie, renseignements fournis à la Commission, 1973.
184. O'DONNELL, J. A., *Narcotic addicts in Kentucky* (Public Health Service, publication n° 1881, Washington, U.S. Government Printing Office, 1969).
185. O'DONNELL, J. A., *Social factors and followup studies in opiod addiction*, dans *The addictive states*, rédigé sous la direction de Winkler, A., Baltimore, Williams et Wilkins, 1968, pp. 333-346.
186. OKI, G., *Heroin abuse in the greater Toronto area*, document inédit, Project J-138, Sub-study 454, Addiction Research Foundation, Toronto, 1972.
187. OKI, G., et SISSON, B. V., *A study of marihuana users and usage*, document inédit, Project F-169, Sub-studies 2-16 et 34-70, 3-16 et 34-70, Addiction Research Foundation, Toronto, 1970, et renseignements supplémentaires fournis à la Commission.
188. O'NEILL, M. J., *Toronto report*, dans *Committed users study*, Green, M., programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
189. PAN-AMERICAN COFFEE BUREAU, *Coffee drinking in Canada*, New York, 1970.
190. PARRY, H. J., *Patterns of psychotropic drug use among American adults* (Journal of Drug Issues, vol. I, 1971, pp. 269-273).
191. PARRY, H. J., *Use of psychotropic drugs by U. S. adults* (Public Health Reports, vol. LXXXIII, 1968, pp. 799-810).
192. PASCHKE, W. R., *The addiction cycle: A learning theory-peer group model* (Corrective Psychiatry and Journal of Social Therapy, vol. XVI, 1970, pp. 74-81).
193. PATON, W. D., *Guide to drugs 5 [Cannabis]* (Drugs and society, vol. I, n° 9, 1972, pp. 17-20).
194. PAULUS, I., *Psychedelic drug use on the Canadian Pacific coast: notes on the new drug scene* (International Journal of the Addictions, vol. IV, 1969, pp. 77-88).
195. PITTEL, S. M., et HOFER, R., *The transition to amphetamine abuse* (Proceedings of the Workshop on Current Concepts of Amphetamine Abuse, Durham, Caroline du Nord, Duke University Medical Center, 1970).

196. PLAUT, T. F. A., *Alcohol problems: a report to the nation by the Cooperative Commission on the Study of Alcoholism*, New York, Oxford University Press, 1967.
197. PLAYBOY, *Student survey*, (Playboy, vol. XVII, n° 9, 1970, pp. 182 et suivantes).
198. PLAYBOY, *Student survey: 1971* (Playboy, vol. XVIII, n° 9, 1971, pp. 118 et suivantes).
199. POLONSKY, D., DAVIS, G. R., et ROBERTS, C. F., *A follow-up study of the juvenile drug offender*, Sacramento, Californie, Institute for the Study of Crime and Delinquency, 1967.
200. POPHAM, R. E., SCHMIDT, W., et DE LINT, J., *The prevention of alcoholism: Epidemiological studies of the effects of government control measures*, document inédit, Project J-100, Sub-study 2-2 et 10-71, Addiction Research Foundation., Toronto, 1971.
201. PREBLE, E., et CASEY, J. J., *Taking care of business: the heroin user's life on the street*, (International Journal of the Addictions, vol. IV, 1969, pp. 1-24).
202. PRESS, E., et DONE, A. K., *Solvent sniffing: physiologic effects and community control measures for intoxication from the intentional inhalation of organic solvents*, (Pediatrics, vol. III, 1967, pp. 451-461 et 611-622).
203. PRICE, H. F., *The criminal addict*, (R. C. M. P. Quarterly, vol. XII, 1946, pp. 149-158).
204. PROCTOR, M., *The habit*, (International Journal of the Addictions, vol. VI, 1971, pp. 5-18).
205. PROPAS, S., et MURPHY, J., *McGill drug survey*, document inédit, Student's Society of McGill University, Montréal, novembre 1969.
206. QUINN, E., *Alcoholism—Family illness: family recovery*, document inédit, Alcohol Foundation of Prince Edward Island, Charlottetown, 1970.
207. RANKIN, J. G., (sous la direction de), *Trends in heroin use in Ontario*, document inédit, Addiction Research Foundation, Toronto, 1971.
208. RAY, M. B., *The cycle of abstinence and relapse among heroin addicts*, dans *The other side: perspectives on deviance*, rédigé sous la direction de Becker, H. S., New York, Free Press, 1964, pp. 163-177.
209. RENSBERGER, B., *Amphetamines used by a physician to lift moods of famous patients*, (New York Times, 4 décembre 1972, pp. 1, 3 et 4).
210. RENSBERGER, B., *Two doctors here known to users as sources of amphetamines* (New York Times, 25 mars 1973, p. 48).
211. RICHMAN, A., *Follow-up of criminal narcotic addicts*, (Canadian Psychiatric Association Journal, vol. XI, 1966, pp. 107-115).
212. RICHMAN, A., BORSCHNECK, A., et RIENZI, A., *Natural history of narcotic addiction*, (Canadian Psychiatric Association Journal, vol. IX, 1964, pp. 431-438).
213. RICHMAN, A., et HUMPHREY, B., *Epidemiology of criminal narcotic addition in Canada*, (Bulletin on Narcotics, vol. XXI, 1969, pp. 31-40).
214. ROBINS, L. N., BATES, W. N., et O'NEAL, P., *Adult drinking patterns of former problem children*, dans *Society, culture and drinking patterns*, rédigé sous la direction de Snyder, C. P., New York, Wiley, 1962.
215. ROBINS, L. N., DARVISH, H. S., et MURPHY, G. E., *The long-term outcome for adolescent drug users: a follow-up study of 76 users and 146 nonusers*, dans *The psychology of adolescence*, rédigé sous la direction de Zubin, J., et Freedman, A. M., New York, Grune et Stratton, 1970.
216. ROBINS, L. N., et MURPHY, G. E., *Drug use in a normal population of young negro men*, (American Journal of Public Health, vol. LVII, 1967, pp. 1580-1596).

C Diffusion et modalités de l'usage de la drogue

217. RODEWALD, R. R., *Speed kills: the adolescent methedrine addict*, (Perspectives in Psychiatric Care, vol. VIII, n° 4, 1970, pp. 160-164).
218. ROOM, R., *Drinking laws and drinking behaviour: some past experience*, communication, Symposium on Law and Drinking Behavior at the Centre for Alcohol Studies, University of North Carolina, Chapel Hill, Caroline du Nord, du 17 au 19 novembre 1970.
219. ROOTMAN, I., CLARK, S., et OAKEY, J., *Drug use among rural students in Alberta*, (Canada's Mental Health, vol. XX, 1972, pp. 9-14).
220. R.C.M.P./GENDARMERIE ROYALE DU CANADA, mémoire de la division D, Winnipeg, appendice au mémoire présenté à la Commission en audience privée, Ottawa, 13 septembre 1969.
221. RUBIN, T., *Prevention and rehabilitation of solvent inhalation*, communication, colloque sur l'inhalation de colle et de solvants parainé par la direction de l'usage non médical des drogues, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Winnipeg, 29 et 30 mars 1972.
222. RUBIN, T., et BABBS, J., *The glue sniffer*, (Federal Probation, vol. XXXIV, n° 3, 1970, pp. 23-28).
223. RUBINGTON, E., *Drug addiction as a deviant career*, (International Journal of the Addictions, vol. II, 1967, pp. 3-20).
224. RUSSELL, M. A. H., *Cigarette smoking: natural history of a dependence disorder*, (British Journal of Medical Psychology, vol. XLIV, 1971, p. 11), cité dans *Licit and illicit drugs*, Brecher, E. M., et coll., Boston, Little, Brown, 1972, pp. 238 et 239.
225. RUSSELL, J., *Survey of drug use in selected British Columbia schools*, Vancouver, Narcotic Addiction Foundation of British Columbia, 1970.
226. RUSSELL, J. S., et TUXFORD, G. S., *Drug use among young adults*, Vancouver, Narcotic Addiction Foundation of British Columbia, 1971.
227. SADAVA, S. W., *College student drug use: a social psychological study*, thèse de doctorat, université du Colorado, 1970.
228. SADAVA, S. W., *Patterns of drug use: a review with specific reference to cannabis, hallucinogens, barbiturates and volatile solvents*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
229. SADAVA, S. W., *The social psychology of non-medical drug use: review and analysis*, document inédit, Institute of Behavioral Science, université du Colorado, 1969.
230. SCHAPS, E., et SANDERS, C. R., *Purposes, patterns and protection in a campus drug using community*, (Journal of Health and Social Behavior, vol. XI, 1970, pp. 135-145).
231. SCHIASRE, R., *Cessation patterns among neophyte heroin users*, (International Journal of the Addictions, vol. I, 1966, pp. 23-32).
232. SCHER, J. M., *Group structure and narcotic addiction: notes for a natural history* (International Journal of Group Psychotherapy, vol. XI, 1961, pp. 88-93).
233. SCHMIDT, W., et DE LINT, J., *Estimating the prevalence of alcoholism from alcohol consumption and mortality data*, (Quarterly Journal of studies on Alcohol, vol. XXXI, 1970, pp. 957-964).
234. SCHUR, E. M., *Narcotic addiction in Britain and America*, Bloomington, Indiana, Indiana University Press, 1968.
235. SCOPE PUBLICATIONS, *1972 looms as "year of the downer", more controls asked, AMA opposed*, (Drugs and Drug Abuse Education Newsletter, vol. II, n° 12, 1971, pp. 1 et 8-10).
236. SIAPIRO, S., et BARON, S. J., *Prescriptions for psychotropic drugs in a non-institutional population*, (Public Health Reports, vol. LXXVI, 1961, pp. 481-488).

237. SHICK, F. E., SMITH, D. E., et MEYERS, F. H., *Use of amphetamine in the Haight-Ashbury subculture*, (Journal of Psychedelic Drugs, vol. II, 1969, pp. 140-171).
238. SIMON, W. et GAGNON, J. H., *The end of adolescence: the college experience*, New York, Harper et Row, 1970, cité dans *The marijuana smokers*, Goode, E., New York, Basic, 1970, p. 201.
239. SMART, R. G., et FEJER, D., *Marihuana use among adults in Toronto*, document inédit, Project J-183, Sub-study 6-7 et Jo-71, Addiction Research Foundation, Toronto, 1971.
240. SMART, R. G., FEJER, D., et ALEXANDER, E., *Drug use among high school students and their parents in Lincoln and Welland counties*, dans *Progress in drug abuse*, rédigé sous la direction de Blachly, P. H., Springfield, Illinois, Thomas, 1972, pp. 62-103.
241. SMART, R. G., FEJER, D., et WHITE, J., *The extent of drug use in metropolitan Toronto schools: a study of changes from 1968 to 1970*, Toronto, Addiction Research Foundation, 1970.
242. SMART, R. G., FEJER, D., et WHITE, J., *Drug use trends among metropolitan Toronto students: a study of changes from 1968 to 1972*, document inédit, Project J-183, Sub-study 512, Addiction Research Foundation, Toronto, 1972.
243. SMART, R. G., LAFOREST, L., et WHITEHEAD, P. C., *Comparative rates of drug use among adolescent students: Halifax-Montréal-Toronto*, communication à l'Association of Atlantic Sociologists and Anthropologists, Saint-Jean, Terre-Neuve, mars 1970.
244. SMART, R. G., et WHITEHEAD, P. C., *The consumption patterns of illicit drugs and their implications for prevention of abuse*, (Bulletin on Narcotics, vol. XXIV, n° 1, 1972, pp. 39-47).
245. SMITH, E., *Monitoring study reports: Halifax*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
246. SMITH, R. *Status politics and the image of the addict*, (Issues in Criminology, vol. II, 1966, pp. 157-175).
247. SMITH, R. C., *The marketplace of speed: compulsive methamphetamine abuse and violence*, Ann Arbor, Michigan, University Microfilms, n° 70-12, 982, 1970, thèse de doctorat, Université de Californie, Berkeley.
248. SMITH, R. C., *The world of the Haight-Ashbury speed freak*, (Journal of Psychedelic Drugs, vol. II, 1969, pp. 172-188).
249. SMITH, S. N., et BLACHLY, P. H., *Amphetamine usage by medical students*, (Journal of Medical Education, vol. XLI, 1966, pp. 167-170).
250. STANLEY, L. L. *Morphinism and crime*, (Journal of Criminal Law and Criminology, vol. VIII, 1918, pp. 749-756).
251. STENNETT, R. G., FEENSTRA, H. J., et AHARAN, C. H., *Tobacco, alcohol and drug use reported by London secondary school students*; document inédit, Addiction Research Foundation et le Board of Education for the City of London, 1969.
252. STEPHENS, R., et COTTRELL, E., *A follow-up study of 200 narcotic addicts committed for treatment under the Narcotic Addiction Rehabilitation Act (NARA)* (British Journal of Addiction, vol. LXVII, 1972, pp. 45-53).
253. STEVENSON, G. H., LINGLEY, L. P. A., TRASOV, G. E., et STANFIELD, H., *Drug addiction in British Columbia*, Vancouver, Université de la Colombie-Britannique, 1956.
254. STODDART, K. W., *Drug transactions; the social organization of a deviant activity*, dissertation inédite, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, 1968.
255. SUTTER, A. G., *The world of the righteous dope fiend*, (Issues in Criminology, vol. II, n° 2, 1966, pp. 177-222).

ps 1160
ps 121

256. TERRY, C. E., et PELLEN, M., *The opium problem*, New York, Committee on Drug Addictions and the Bureau of Social Hygiene, 1928.
257. TOWNS, C., *The injury of tobacco*, (Prohibitionist Century, mars 1912).
258. TOWNSEND, I., étudiant, collège Dawson, Westmount, Québec, communication à la Commission, 21 octobre 1969.
259. UNITED PRESS INTERNATIONAL, *Three booked in California as infant takes "bad trip"*, (Gazette, Montréal, 10 septembre 1971, p. 4).
260. U.S.A., DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION and WELFARE, National Institute of Mental Health, *Marihuana and health*, Washington, U.S. Government Printing Office, 1971.
261. U.S.A., National Commission on Marijuana and Drug Abuse, *Marihuana and the use of other drugs*, (Marijuana : A signal of misunderstanding, appendice, vol. I, Washington, U.S. Government Printing Office, 1972, pp. 340-423).
262. U.S.A., Eighty-ninth Congress, Senate, Committee on Government Operations, *Organization and coordination of federal drug research and regulatory programs: LSD*, Washington, U. S. Government Printing Office, 1966.
263. VAILLANT, G. E., *The natural history of narcotic drug addiction*, (Seminars in Psychiatry, vol. II, 1970, pp. 486-498).
264. VAILLANT, G. E., *A twelve-year follow-up of New York narcotic addicts, 1^{re} partie : The relation of treatment to outcome*, (American Journal of Psychiatry, vol. CXXII, 1965-66, pp. 727-737).
265. VAILLANT, G. E., *A twelve-year follow-up of New York narcotic addicts, 2^e partie : The natural history of a chronic disease*, (New England Journal of Medicine, vol. CCLXXV, 1966, pp. 1282-1288).
266. VAILLANT, G. E., *A twelve-year follow-up of New York narcotic addicts, 3^e partie : Some social and psychological characteristics*, (Archives of General Psychiatry, vol. XV, 1966, pp. 599-609).
267. VAILLANT, G. E., *A twelve-year follow-up of New York narcotic addicts, 4^e partie : Some characteristics and determinants of abstinence*, (American Journal of Psychiatry, vol. CXXIII, 1966, pp. 573-584).
268. WALDORF, D., *Careers in dope*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1973.
269. WALDORF, D., *Life without heroin : Some social adjustments during long-term periods of voluntary abstention*, (Social Problems, vol. XVIII, 1970, pp. 228-243).
270. WATKINS, C., *Use of amphetamine by medical students*, (Southern Medical Journal, vol. LXIII, 1970, pp. 923-929).
271. WEIL, A. T., *Testimony before the U.S. National Commission on Marihuana and Drug Abuse*, document inédit, National Institute for Mental Health, Chevy Chase, Maryland, 18 mai 1971.
272. WHITEHEAD, P. C., *Drug use among adolescent students in Halifax*, édition révisée, Halifax, Youth Agency, Nouvelle-Écosse, 1970.
273. WHITEHEAD, P. C., *The epidemiology of drug use in a Canadian city at two points in time : Halifax, 1969-1970*, document inédit, département de sociologie, University of Western Ontario et Addiction Research Foundation, London, 1970.
274. WHITEHEAD, P. C., *The sequence of drug use among adolescent students*, communication à la Ontario Psychological Association, Toronto, 4 février 1971.
275. WHITEHEAD, P. C., SMART, R. G., et LAFOREST, L., *Multiple drug use among marijuana smokers in Eastern Canada*, (International Journal of the Addictions, vol. VII, 1972, pp. 179-190).
276. WINICK, C., *Maturing out of narcotic addiction*, (Bulletin on Narcotics, vol. XIV, 1962, pp. 1-7).

277. WINICK, C., *Physician narcotic addicts*, dans *The other side: perspectives on deviance*, rédigé sous la direction de Becker, H. S., New York, Free Press, 1964.
278. WINICK, C., *Some aspects of careers of chronic heroin users*, communication à la Colombia University Conference on Epidemiology of Drug Use, San Juan, Porto Rico, du 12 au 14 février 1973.
279. WOLFE, T., *The electric kool-aid acid test*, Toronto, Bantam, 1969.
280. WOOD, S., *Doctor Feelgood are you sure it's all right?*, (New York Magazine, 8 février 1971, pp. 26-35).
281. WORLD COFFEE and TEA, *Guide to world tea markets*, (vol. XII, n° 5, 1971, p. 55).
282. WURMSER, L. *Myths and facts about marijuana*, (Alumnae Magazine, vol. LXIX, 1970, pp. 3-5).
283. YOUNG, J., *The drugtakers*, Londres, MacGibbon et Kee, 1971.
284. ZINBERG, N. E., et WEIL, A. T., *A comparison of marijuana users and non-users* (Nature, vol. CCXXVI, 1970, pp. 119-123).

US 11.9 v 05 121

Motivation et autres causes du phénomène de la drogue

D. 1 CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

La Commission dispose de nombreuses sources d'information concernant les causes du phénomène de la drogue, la motivation des consommateurs et les autres facteurs. Parmi ces sources, nous mentionnerons les dépositions recueillies lors des audiences publiques et au cours d'entretiens particuliers qu'ont eus les Commissaires et les membres du personnel ; les rapports de nos observateurs et des autres chercheurs dont nous avons retenu les services ; les témoignages et les observations recueillies à l'occasion de colloques auxquels nous avons convoqué des spécialistes de réputation internationale et les résultats d'enquêtes menées par la Commission, les universités, les fondations et quelques hommes de science. La Commission a, de plus, fait une étude et une analyse critique des principaux ouvrages de psychiatrie, de psychologie et de sociologie traitant de la motivation chez les usagers et des autres causes du phénomène.

Grâce à une progression quantitative et qualitative des travaux de recherche et d'interprétation, on peut désormais décrire avec précision de nombreux aspects du phénomène et tenter d'expliquer celui-ci. Cependant, comme il en est de toute expérience humaine, on ne saurait y apporter d'explications exhaustives ou définitives. On le comprendra mieux en poursuivant la recherche.

CAUSES ET MOTIVATIONS

Dans l'état actuel des connaissances en matière de drogue, on doit employer le mot *cause* avec prudence. Dans son acception courante, ce mot désigne ce qui produit invariablement et inconditionnellement un effet donné. Or le terme pris en ce sens ne s'applique, que nous sachions, à rien qui puisse inévitablement amener un groupe ou un individu à faire usage de la drogue. Nous pouvons cependant relever divers faits auxquels on associe fréquemment le phénomène. Nombre de conditions (d'ordre sociologique, psychologique,

politique, économique, philosophique, etc.) y sont étroitement reliées. Peut-être contribuent-elles, de façon obscure, à l'apparition du phénomène ou à sa plus grande probabilité.

Le terme *motif* désigne généralement ce qui pousse l'individu à agir. Même si les membres d'un groupe ou d'une catégorie sociale peuvent avoir des motifs communs, toute étude de motivation doit tenir compte des idiosyncrasies. On n'est jamais certain de pouvoir décrire avec précision, et encore moins de comprendre à fond, la motivation d'autrui. Les données concernant les motifs qui poussent une personne à agir peuvent être tirées de ses propres déclarations au cours d'entretiens ou en réponse à des questionnaires. Elles peuvent aussi être recueillies au moyen de divers tests projectifs qui explorent au-delà du conscient. Elles peuvent enfin être tirées des interprétations de ceux qui observent ou analysent le comportement. Mais la validité de ces données ne se vérifie jamais de façon absolue, soit que l'individu interrogé ne veuille pas révéler les principaux motifs de sa conduite, soit qu'il ne se comprenne pas véritablement lui-même.

Même s'il était possible de comprendre parfaitement et d'expliquer l'usage d'une drogue chez un individu ou un groupe au cours d'une année, dans une société donnée, on serait incapable d'énoncés généraux universellement applicables à l'usage de cette drogue. Les circonstances de la toxicomanie varient nécessairement suivant la personne, le lieu et le temps. L'usage de l'héroïne, par exemple, a souvent été associé aux ghettos des minorités ethniques des États-Unis, mais au Canada et en Angleterre, il n'est pas aussi fréquemment relié à ces milieux. Il y a quelques années, on n'aurait pas tenté d'expliquer l'usage de la marijuana sans invoquer une inquiétude religieuse et métaphysique chez certains fumeurs de cannabis, mais à l'heure actuelle on se contenterait probablement de mentionner cette inquiétude en passant.

CONDITIONS NÉCESSAIRES

S'il nous est impossible de signaler spécifiquement les causes du phénomène de la drogue, nous pouvons cependant en dégager certaines conditions. Par exemple, l'offre d'héroïne et la présence d'héroïnomanes sont presque toujours à l'origine de la propagation de cette toxicomanie dans une société. On peut, bien entendu, sans qu'il y ait trafic de drogue ni consommateurs, éprouver de la curiosité pour le stupéfiant ou être disposé à en faire l'expérience, mais cela ne suffit pas à engendrer la toxicomanie. D'autre part, l'offre de la drogue ne conduit pas nécessairement à la consommation. On peut donc en conclure que l'accès est une condition nécessaire mais non déterminante.

Souvent l'offre précède la demande. Par exemple, quand une nouvelle drogue est soumise à la recherche ou fait son apparition sur le marché, il peut s'écouler une longue période avant qu'elle suscite de l'intérêt. D'une façon générale, l'intérêt se développe par l'incitation ou par un effet d'entraînement. En apprenant l'existence d'une nouvelle drogue, certains sujets deviennent cu-

rieux de ses effets et sont tentés d'en faire l'expérience. Ils cherchent alors délibérément à s'en procurer ou attendent l'occasion. De tout temps la production commerciale, l'annonce et la vente à des fins thérapeutiques des opiacés, des barbituriques, du L.S.D., des amphétamines et de nombreux autres stupéfiants ont suscité un intérêt qui a contribué à en répandre les usages non médicaux. Et l'information sur l'extension du phénomène a elle-même éveillé de nouvelles curiosités, créant ainsi une demande accrue. Une fois établi cet enchaînement de facteurs sur les plans individuel et social, il est extrêmement difficile d'enrayer l'usage d'une drogue.

CONDITIONS MACROSOCIOLOGIQUES

Selon de nombreuses conjectures, les faits sociaux tels que la pauvreté, les ghettos et les taudis, le chômage, le travail fastidieux et monotone, la condition de minoritaire ou d'étranger, seraient au nombre des causes profondes de certaines toxicomanies. On a souvent constaté que ces faits étaient liés à l'alcoolisme et aux toxicomanies opiacées. Nombre de spécialistes ont émis l'hypothèse que la guerre du Viêt-nam avait créé un sentiment d'aliénation chez les jeunes et avait fait un terrain fertile pour le cannabisme et l'usage du L.S.D. On a également fait état d'un sentiment d'aliénation dans une société que l'on perçoit comme exagérément technocratique, ne faisant place ni au sentiment ni à la sensibilité.

Keniston et Roszak aux États-Unis, ainsi que Zijderfeld et Crook au Canada, ont beaucoup contribué à établir la relation entre les forces macrosociologiques et le phénomène de la drogue. Keniston considère la drogue comme faisant partie de réponses passives à l'aliénation dont souffrent les étudiants¹⁸⁸. Roszak rattache la drogue à un mouvement de contre-culture qui rejette la société technocratique³²¹. Zijderfeld, pour sa part, voit dans la drogue une forme de rejet de notre société « abstraite »⁴²⁴. Crook, dans un exposé qu'il a rédigé pour la Commission, insiste sur l'insuccès des institutions à pourvoir la jeunesse de situations propices à une participation utile et satisfaisante⁹⁶.

Aucune de ces hypothèses ne rattache le phénomène de la drogue aux problèmes sociaux et individuels de la pauvreté ou de la condition de minoritaire. Elles font plutôt ressortir les problèmes psychologiques qu'éprouvent les jeunes des classes privilégiées, qui ne trouvent ni satisfaction ni signification à la vie relativement aisée que leur offrent leurs parents.

Keniston a été l'un des premiers auteurs à considérer les conditions sociales comme des causes profondes du phénomène de la drogue chez les étudiants, à parler d'aliénation, de contre-culture, puis des toxicomanies qu'elles engendrent^{187, 188}. D'après lui, les causes varient selon l'importance de la consommation. Les consommateurs occasionnels seraient motivés diversement, en particulier par leur orientation intellectuelle, leur attachement à la

poursuite de la vérité, leur milieu social privilégié. Il soutient que les tensions créées par les établissements d'enseignement supérieur, dans la mesure où ils proposent des objectifs conventionnels, — bourses ou mentions honorables, par exemple, — concourent à la création d'une contre-culture. Les consommateurs occasionnels jugent peut-être plus importantes des valeurs comme l'expression et l'expérimentation. Par contre, Keniston voit le gros consommateur comme étant aliéné au point de rejeter certaines valeurs fondamentales en Amérique du Nord, tel le succès matériel. Le consommateur occasionnel n'aurait, lui, que modifié l'ordre de priorité dans son échelle des valeurs. Keniston fait également état de l'activiste qui croit aux valeurs traditionnelles de justice et d'égalité et qui les met en pratique. Il croit cependant que le rôle de l'activiste perd progressivement son importance pour les Blancs aliénés qui fréquentent les collèges à mesure que leur est enlevée l'occasion de participer à la défense des droits de l'homme et qu'ils se rendent compte de la futilité de la guerre à la pauvreté. La probabilité qu'ils se réfugient passivement dans l'usage de drogue n'en est que plus grande¹⁸⁸. On dit du gros consommateur qu'il se sent étranger à son entourage et à sa propre expérience. Dans un milieu de contre-culture, la drogue lui permet alors de résister à certaines pressions et peut même lui donner un sentiment de communion avec d'autres qui serait impossible sans elle. Keniston soutient en outre que les étudiants atteints de troubles psychiques sont particulièrement exposés à recourir à la drogue aux moments d'angoisse et de dépression, mais il n'y voit pas un facteur important de consommation¹⁸⁷.

Roszak attribue l'aliénation au caractère technocratique de la société¹²¹. La vie actuelle est, selon lui, lamentablement déficiente en ce qu'elle n'offre pas de satisfactions personnelles, et ni les réussites financières ni l'égalité ne peuvent compenser ces déficiences. Il dit des conflits sociaux qu'ils opposent actuellement les générations plutôt que les classes et qu'ils se résoudront par l'établissement d'une nouvelle culture plutôt que d'une nouvelle classe ou d'un mouvement politique. La sensualité, la satisfaction immédiate, l'émotion et le mysticisme sont des valeurs de la contre-culture. Si la drogue n'engendre pas ces valeurs, elle n'y fait pas obstacle, et c'est ce qui explique sa diffusion.

L'usage de la drogue, selon Zijderveld, fait partie de la protestation contre une société abstraite qui repose sur l'objectivité, la rationalité et la routine et qui interdit de vivre en êtres complets, avec ses émotions, ses croyances, ses besoins¹²¹. Il distingue trois formes caractérisées de protestation, qu'il qualifie de « gnostique » (où la drogue joue un rôle prédominant), d'« anarchiste » et d'« activiste ». La protestation gnostique comporte le rejet du rationalisme occidental et le retranchement dans la subjectivité, attitudes qui, dans une société de consommation, sont considérablement facilitées par la drogue; la recherche d'un sens plus profond et plus absolu de la réalité que l'on ne saurait atteindre par la pénible méthode scientifique de la société abstraite. La drogue entre également dans la

réaction anarchiste, non pas dans ce cas pour étendre le champ de la conscience, mais pour symboliser le rejet des institutions établies et tenter de revenir à un mode de vie plus naturel, plus personnel et moins assujéti à la routine.

Crook voit chez les jeunes un rejet de la société qu'ils perçoivent comme dénuée de préoccupations humaines et dominée par un système bureaucratique⁹⁸. Il souligne aussi le conflit traditionnel des générations. Nombre de jeunes, dit-il, se croient exclus de toute participation utile à la société. Il affirme que c'est là un sentiment qu'ils partagent avec les pauvres, mais qu'ils le ressentent beaucoup plus vivement et ont plus d'occasions de se révolter. Crook fait observer que les sociétés industrielles comme la nôtre ont tendance à abrégé l'enfance et à prolonger l'adolescence. On est toute complaisance pour le petit enfant, dit-il, mais on fixe des normes élevées à l'adolescent qui doit apprendre à sacrifier les satisfactions immédiates aux récompenses futures. Aux yeux de Crook, de nombreux parents qui ont grandi pendant la crise essaient de vivre « par procuration » la vie de leurs enfants, ce qui ajoute encore aux exigences qui pèsent sur l'adolescent. La combinaison de ces facteurs contribue aux conflits entre les générations. Il soutient que nombre de ces problèmes sont particulièrement aigus au Canada. Dans bien des cas les parents sont eux-mêmes aliénés du fait de la mutation récente de notre pays d'une culture à prédominance rurale en une culture urbaine, industrialisée, mutation à laquelle ils ne sont pas parfaitement adaptés. Les sujets de conflit sont aggravés du fait que de nombreux parents prônent des valeurs anachroniques qui ne conviennent pas au milieu urbain où grandissent leurs enfants.

Au dire de Crook, les jeunes d'aujourd'hui doivent se soumettre à un système d'éducation déshumanisant sans même pouvoir espérer la sécurité, encore moins le « bonheur » une fois leurs études terminées. Leurs parents, élevés pendant la crise, ont connu encore moins de sécurité, mais ils n'ont même pas songé à fuir le système. Et grâce à des études plus longues et à une grande assiduité à la télévision, les jeunes d'aujourd'hui sont beaucoup plus au fait des questions mondiales que ne l'étaient leurs parents.

Selon cette théorie, le résultat consiste à rejeter la société bureaucratique et industrielle et son rationalisme. Dans une large mesure, ce rejet de l'attitude intellectuelle des Occidentaux devant la vie s'étend à l'idéologie politique et à l'activisme. Une fois exclu l'activisme, il ne reste que les réactions de passivité comme celle de la drogue, la vie « hippie » et l'expérimentation de modes de vie exotiques, dont les communes.

Plusieurs des mêmes aspects de la contre-culture ressortent sous un éclairage un peu différent. L'usage de marijuana est considéré comme un signe d'adhésion à une « éthique de relâchement », à une autre échelle de valeurs, à des objectifs, à des croyances, à des normes et à des attitudes que prise une partie de la jeunesse³⁵⁰. Cette attitude se caractérise par le manque de respect envers les institutions de l'Église et de l'État (mariage, chasteté

prénuptiale, richesse) et par le manque de confiance en la compétence des gouvernements, de l'école et des parents pour remplir leurs fonctions respectives.

Plusieurs auteurs s'attachent à l'attrait puissant exercé par la drogue, sans tenir compte des problèmes dont on dit souvent qu'ils engendrent les toxicomanies. Fort, par exemple, voit dans l'usage de la drogue une habitude qu'on contracte après s'être donné pour principe la recherche du plaisir¹²⁷. Le consommateur ne cherche pas nécessairement à oublier ses problèmes et n'en a d'ailleurs pas plus que l'abstinent. Il est plutôt à la recherche de satisfactions.

La théorie de l'aliénation a été mise à l'épreuve : il existe, en effet des méthodes permettant de découvrir et de mesurer le degré d'aliénation chez une personne, jusqu'à quel point elle se sent paralysée par les institutions sociales. La reprise des études menées il y a quelques années à l'aide de ces techniques serait très utile dans les présentes considérations sur le caractère changeant des jeunes toxicomanes.

Les grandes théories dont on trouve des exemples dans les travaux de Keniston, Zijderveld, Roszak, Crook et Fort portent davantage sur toute la gamme des hallucinogènes (même consommés en grande quantité) que sur les amphétamines et les opiacés. Suit une analyse détaillée des facteurs de ces dernières toxicomanies, qui devrait nous aider à pénétrer certains aspects du phénomène. Nous nous arrêterons au plus nocives de ces drogues et traiterons en outre des études consacrées aux faits et aux motivations qui conduisent à l'usage des hallucinogènes puissants.

LES DROGUES QUI INQUIÈTENT

L'alcool, le tabac, les barbituriques, les tranquillisants et le cannabis figurent pour plus de 90 p. 100 dans la consommation de psychotropes au Canada ; aussi la Commission à plusieurs reprises s'est-elle livrée à l'examen des facteurs de ces toxicomanies. Dans ses délibérations et dans ses recommandations, elle s'est attachée à l'analyse des causes profondes du phénomène, ainsi que des données sur la consommation et sur les effets de ces drogues. Nous ne croyons pas cependant qu'à l'heure actuelle le public canadien ait besoin d'une étude détaillée des faits et motivations pouvant engendrer chacune de ces toxicomanies. Il s'agit de drogues qui inquiètent en ce sens qu'elles sont consommées en quantités absolument étonnantes, qu'elles créent un état de dépendance et aussi à cause du nombre de consommateurs (de tous les âges et de toutes les couches sociales) ; la recherche des causes se concentre sur trois catégories de stupéfiants qui paraissent particulièrement menaçants : les *opiacés*, les *amphétamines* et les *hallucinogènes puissants*. Nous allons donc faire porter notre analyse des facteurs et motivations sur ces trois catégories les plus immédiatement redoutables. Les lecteurs qu'intéresse l'étiologie des autres types de toxicomanies pourront se reporter à la bibliographie.

Il y a trois ou quatre ans, il aurait été logique de tenter de définir les causes d'une toxicomanie donnée. Même si la plupart d'entre nous avons déjà consommé au moins de l'alcool (souvent avec une ou plusieurs autres drogues), la poussée du cannabisme, par exemple, a suscité tant d'inquiétude pendant un certain temps qu'il a semblé nécessaire de l'expliquer. Les théories d'aliénation et de contre-culture dont nous avons déjà parlé ont alors pris une importance toute particulière. Aujourd'hui, toutefois, une analyse distincte pour chaque drogue est moins utile. Il est évident qu'une grande variété de produits et de préparations sont consommés par un grand nombre de personnes et que les polytoxicomanies sont très répandues (voir Appendice C. 4. Les polytoxicomanies). Pourtant les opiacés, les hallucinogènes puissants et les amphétamines (surtout en injections intraveineuses dans le cas de celles-ci) se prêtent à une étude spécifique des motivations et des faits déterminant le premier usage, puis l'habitude et, à cause de leur nocivité relative, nous les étudierons séparément ci-dessous.

Dans la mesure du possible, nous grouperons sous la rubrique « facteurs individuels » les théories psychologiques et psychiatriques et sous la rubrique « facteurs sociaux » les conditions macrosociologiques et de groupes qui peuvent être à l'origine d'une toxicomanie. On notera cependant qu'il s'agit d'une distinction arbitraire adoptée pour faciliter l'analyse. Cette distinction est difficile à établir et peut parfois induire en erreur car les facteurs individuels et sociologiques sont inséparablement liés dans toute explication exhaustive des toxicomanies.

D. 2 STUPÉFIANTS OPIACÉS

Les substances opiacées comprennent l'opium, ses alcaloïdes et ses dérivés ainsi que des composés de synthèse. L'exposé ci-dessous intéresse avant tout les toxicomanes définis comme suit par le Bureau des drogues dangereuses : « usagers habituels de stupéfiants illicites ». Même si l'on note des usages occasionnels d'autres substances (opium, codéine, propoxyphène, morphine), l'héroïne dans ses emplois clandestins est le plus répandu des opiacés. Et bien que ces substances trouvent des adeptes dans des milieux divers (professions médicales et paramédicales, par exemple), presque tous les toxicomanes de cette catégorie au Canada sont des « usagers habituels de stupéfiants illicites ».

Même si la plupart des théories touchant l'usage des opiacés portent sur le problème de l'« accoutumance », il convient de se demander si le premier usage d'héroïne ne tient pas à d'autres causes que celles de la toxicomanie. À l'appendice C. 4, *Modalités de l'usage*, nous étudions le processus par lequel les sujets sont amenés à faire usage de stupéfiants, dont l'héroïne, pour la première fois ou à titre expérimental. Outre les circonstances sociales de ce processus d'initiation, les théoriciens ont indiqué plusieurs facteurs de l'héroïnomanie.

ps 821.
ps 1160

Deux facteurs importants à cet égard sont l'offre de la drogue et les contacts avec les consommateurs. S'il est vrai que la demande a pour effet d'accroître l'offre, il semble que l'accès aux opiacés et leur consommation atteignent leur plus haut point lorsque les circonstances de temps et de lieu en facilitent l'accès. Ainsi, d'après les recherches épidémiologiques menées aux États-Unis, c'est dans les ghettos des grandes villes, qui offrent un accès facile à l'héroïne, que la consommation est la plus élevée. Pour les mêmes raisons, les toxicomanies opiacées sont particulièrement fréquentes chez les professionnels de la santé et chez les militaires américains en service dans le sud-est de l'Asie^{237, 267, 345}. Dans l'un et l'autre cas on peut se procurer ces substances sans difficulté, à fort bon compte ou même gratuitement. D'autre part, l'incidence extrêmement élevée des toxicomanies opiacées qui a marqué la fin du XIX^e siècle et le début du XX^e en Amérique du Nord a été attribuée surtout à une absence quasi totale de restrictions à la production commerciale et pharmaceutique, à la distribution et à la commercialisation de ces substances⁷. La disponibilité, qui expliquerait que les sujets appartenant à certains groupes soient particulièrement exposés à l'opiomane, peut donc être analysée en fonction du concept de la « répartition différentielle des marchés clandestins » proposé par Cloward et Ohlin⁸⁶. On remarquera cependant que la disponibilité est une condition nécessaire, mais qu'elle ne suffit pas à déterminer le premier usage ni la toxicomanie puisque nombre de ceux qui ont accès aux approvisionnements illicites ne profitent pas de l'occasion.

De nombreuses études ont démontré que le premier usage d'héroïne se produit presque toujours dans un groupe homogène — ordinairement un groupe d'amis — comprenant une ou plusieurs personnes qui font déjà usage de cette drogue^{27, 79, 121, 123, 171, 274, 310, 363}. Si l'on ignore dans quelle mesure la pression du groupe contribue à cette initiation, il semble que les amis connaisseurs soient très habiles à éveiller, puis à satisfaire la curiosité du néophyte, à lui présenter les effets sous un jour favorable et à lui enseigner les modes de consommation^{78, 121, 276, 333, 365}.

Le rôle des amis dans l'initiation aux opiacés a été décrit dans l'étude effectuée vers 1965 par de Alarcon sur la diffusion de l'héroïnomanie à Crawley, ville nouvelle de la région de Londres¹⁰⁴. Le processus observé par de Alarcon s'est déroulé en trois étapes. Il signale d'abord le cas de trois résidents de Crawley qui ont fait l'expérience de l'héroïne entre 1962 et 1965 et qui ont contracté la dépendance à l'égard de cette drogue pendant un séjour à l'étranger. En 1965 et au début de 1966, sept autres résidents de Crawley ont été initiés par deux sujets dont l'un du premier groupe et l'autre de l'étranger, puis en 1966 et 1967, ces consommateurs ont entraîné à leur suite 38 jeunes de la ville. De Alarcon a depuis repéré à Crawley huit autres consommateurs dont l'habitude remontait à 1966 ou 1967, et chez qui l'influence du réseau n'aurait pu être démontrée. Voici, en résumé, les observations de cet auteur :

... il semble que l'usage de l'héroïne a été introduit à Crawley par des jeunes gens de l'endroit qui en avaient contracté l'habitude lors de séjours dans une

autre ville. Ils ont ensuite répandu cette habitude parmi leurs copains. Dans chaque cas, il existait entre initiateur et initié des liens plus ou moins anciens qui s'étaient créés à l'école, dans le voisinage ou dans les lieux de divertissement.

Les constatations faites par de Alarcon sur les étapes de la diffusion de l'héroïnomanie dans une localité ont été confirmées par une enquête menée dans une banlieue de Détroit au début de 1970²¹⁹. Il semble donc que les amitiés aient une influence déterminante dans la décision de faire l'essai de l'héroïne¹⁷¹. Malheureusement, les faits qui déterminent le choix des amis et l'acceptation du sujet par le groupe n'ont pas été suffisamment examinés¹⁷⁹. Il n'en est pas moins évident, toutefois, que l'héroïnomanie n'est souvent qu'un aspect d'activités et d'attitudes de délinquance.

L'usage habituel d'opiacés dépend de la continuité des approvisionnements et aussi, dans la plupart des cas, de l'influence des camarades. L'effet prétendument euphorique de l'héroïne a également été invoqué parmi les causes de la toxicomanie, mais il y a désaccord quant à ce facteur pour ce qui est de l'habitude et de la dépendance à l'égard de cette drogue^{111, 175, 224, 403}. Lors d'enquêtes menées dans des conditions de double anonymat sur les réactions aux opiacés, de très rares sujets ont dit avoir éprouvé de l'euphorie au premier usage^{212, 387}. L'euphorie est peut-être plus une réaction conditionnée ou apprise qu'un effet psychopharmacologique de la drogue.

L'usage habituel d'opiacés, pris à intervalles rapprochés sur une période de durée variable, conduit presque toujours à la dépendance physique. La notion de « dépendance » (ou d'« accoutumance ») est exposée à l'Appendice A. 2, *Stupéfiants opiacés*, mais il nous paraît important de noter ici que la dépendance à l'égard des opiacés se définit en fonction des symptômes du sevrage. Lindesmith soutient qu'on devient opiomane si l'on n'apprend pas à reconnaître ces symptômes (qui se prêtent à diverses interprétations) et si l'on décide consciemment de soulager son mal en prenant encore de la drogue pour éviter l'angoisse qui accompagne le sevrage²²⁴. Le déroulement de ce processus et ses conséquences physiologiques, psychologiques et sociales sont également examinés à l'Appendice C, *Diffusion et modalités de l'usage*.

Les théories sur les causes de la dépendance à l'égard des opiacés relèvent de deux écoles de pensée suivant qu'elles traitent des caractères individuels (biologiques et psychologiques) du sujet ou des faits sociologiques ou sociopsychologiques propres à engendrer cette dépendance.

FACTEURS INDIVIDUELS

Certains auteurs attribuent l'opiomanie à des prédispositions d'ordre génétique ou métabolique. Les travaux de laboratoire ont démontré que « la prédisposition à la morphinomanie peut être créée chez les rats »²⁷⁹ et que les singes rhésus ne manifestent pas tous au même degré le désir de

p5-821

p5-1160

s'administrer de la morphine⁸². Selon Dole et Nyswander, certains sujets auraient des prédispositions d'ordre neurologique à l'opiomane et seraient particulièrement exposés à la dépendance à l'égard de l'héroïne et des autres opiacés¹¹¹. Dole avance en outre qu'un usage soutenu d'opiacés peut créer un état de besoin¹¹⁰. S'appuyant sur des études expérimentales chez les animaux, il écrit :

Plusieurs mois après le sevrage, des animaux antérieurement asservis manifestent un besoin tyrannique de stupéfiants. Si les humains ont les mêmes réactions que les rats aux stupéfiants — comme cela est probable — l'usage de drogues laisserait également chez eux des séquelles... À mon avis, une forte consommation d'héroïne modifie le métabolisme¹¹⁰.

La plupart des théories concernant les facteurs individuels de l'opiomane s'inspirent de la psychiatrie ou de la psychanalyse et reposent sur l'hypothèse que les sujets qui contractent cette dépendance souffrent de déficiences psychiques ou de troubles de la personnalité. Les théories psychanalytiques trouvent leur origine dans l'hypothèse émise par Freud en 1897 selon laquelle le sujet substituerait la toxicomanie à la sexualité⁶¹. Ce thème a été développé depuis par de nombreux psychanalystes et par les auteurs d'ouvrages de psychiatrie^{307, 410}. Nous n'allons pas relever ici cette abondante documentation, dont on trouvera ailleurs une revue, mais nous tenons à mentionner les travaux les plus importants^{11, 97, 327, 422}. En bref, ces travaux comportent des notions sur la fixation au stade oral³⁰⁸, sorte de nostalgie de la tétée¹²⁴, et sur la régression de la sexualité génitale aux stades infantiles ou plus anciens du développement^{124, 410}. La dépression a été considérée comme occasion précipitante³⁰⁵, et les difficultés à maîtriser les pulsions sexuelles et l'agressivité, en particulier chez les adolescents, ont été mentionnées comme circonstances plus propres encore à déclencher le phénomène⁴²⁵. Bien qu'on ait accumulé un bon nombre de témoignages à l'appui de certaines de ces théories, la plupart ne résistent pas, selon nous, à un examen critique.

Selon la plupart des diagnostics posés en clinique, le toxicomane serait prédisposé à la psychopathie^{123, 194, 292}, psychonévrotique^{122, 123, 193, 194, 292}, psychotique à tendances schizoïdes latentes^{122, 194}, puéril^{19, 77, 99, 194}, dipsomane^{193, 194, 292}, ou accuserait des insuffisances de la personnalité^{194, 246, 263, 284, 293}. Comme la plupart des études dont sont tirés ces diagnostics psychopathologiques résultant d'observations cliniques qui n'ont pas été soumises à des tests scientifiques, leurs conclusions nous inspirent une confiance mitigée.

Passant en revue les faiblesses inhérentes à ce genre de considérations théoriques, Jamison relève des défauts de structure de quatre types¹⁷⁹. La première faiblesse tient à ce que les examens cliniques des toxicomanes se font *a posteriori*, c'est-à-dire à un moment où la dépendance existe depuis un certain temps; il est donc extrêmement difficile, sinon impossible, de savoir si un trouble de la personnalité a pu être la cause de l'opiomane ou

s'il n'est qu'un effet de cette dépendance et du mode de vie qui la caractérise. Dans le même ordre d'idées, il fait remarquer qu'on attribue une valeur de cause à une psychopathie qui peut fort bien être la conséquence d'une hospitalisation ou d'une incarcération prolongée. Hill et ses collaborateurs, entre autres, ont constaté chez les opiomanes internés des psychopathies plus graves, en moyenne (d'après le test M.M.P.I.), que dans l'ensemble de la population, mais pas plus graves que chez les alcooliques placés en établissement ou chez les prisonniers¹⁶¹. Une troisième faiblesse découle de ce que « les idées préconçues des psychiatres... introduisent dans le diagnostic un ensemble de notions stéréotypées de nature à imprimer aux résultats une direction prévisible » — d'autant plus qu'il ne s'est jamais fait d'études contrôlées où le clinicien ignorerait si ses malades ont ou non contracté la dépendance à l'égard de la drogue¹⁷⁹. Enfin, l'absence quasi universelle de mesures objectives normalisées, l'utilisation de catégories diagnostiques vagues pour désigner les états psychiques (telle la personnalité déficiente ou dipsomane) et l'absence de définitions pratiques des concepts explicatifs (qui, dans nombre de cas, ne peuvent être ni définis ni pratiqués objectivement) a rendu difficiles sinon impossibles la reproduction de ces études ou la comparaison de leurs résultats.

Malgré ces faiblesses de méthode, qui empêchent d'apprécier la fiabilité ou la validité des investigations, il est utile de passer brièvement en revue les théories les plus généralement acceptées, car elles représentent des hypothèses importantes sur les causes des opiomanies. Certaines de celles-ci exigeront des recherches plus au point.

Certaines théories représentent l'opiomanie comme une forme d'évasion ou de retranchement dans les situations de tension psychologique. Prévoyant un insuccès professionnel, par exemple, certains sujets auront recours aux opiacés pour y faire face, puis invoqueront leur toxicomanie pour expliquer leur échec, sauvegardant ainsi leur amour-propre^{77, 133, 311, 312, 347}. D'autres auteurs soutiennent que l'héroïnomanie est incapable ou refuse d'envisager la perspective de la maturation et qu'il s'évade dans sa toxicomanie afin d'en retarder l'échéance^{19, 77, 194, 415}. Une troisième position théorique veut que l'adolescent incapable de se conformer aux prescriptions de la société en matière de sexualité fasse usage d'héroïne pour échapper aux difficultés psychiques et sociales qu'entraîne cette situation^{77, 133, 175, 307}.

Selon une autre approche psychologique des causes de la dépendance, le toxicomane aurait besoin soit de faire taire un sentiment intime d'hostilité ou de fureur^{19, 414}, soit d'alléger des frustrations qu'il tolère difficilement^{133, 246}. D'autres théoriciens se représentent l'héroïnomanie comme une manifestation de psychopathie antisociale. Le sujet éprouverait du ressentiment à l'égard des personnes en autorité et de la société en général et une réaction de rébellion ou de défi serait à l'origine de sa toxicomanie^{19, 161, 263}.

Les théories fondées sur la personnalité déficiente font état de la veulerie, de l'instabilité, de la passivité et du puerilisme de l'opiomane qui trou-

verait dans l'héroïne une compensation de sa fragilité^{195, 246, 263, 286, 293}. Malheureusement, la « déficience » est rarement définie avec assez de précision pour permettre une comparaison utile de ces études et, comme c'est ordinairement le cas en recherche clinique, la plupart des diagnostics sont basés sur des interviews psychiatriques qu'on ne vérifie ni par des groupes de contrôle ni par des méthodes objectives d'analyse.

En règle générale, ces théories attribuent la toxicomanie opiacée à de nombreuses variables psychologiques. Selon plusieurs, il existerait un tempérament toxicomane. Cependant, il ressort de deux enquêtes sérieuses menées au Canada que l'héroïnomanie ne se distingue pas sensiblement, par la personnalité, de sujets abstinents ayant des antécédents sociaux et un casier judiciaire comparables. Après avoir examiné, en Colombie-Britannique, un groupe de détenus dont certains étaient victimes de toxicomanies, Stevenson et ses collaborateurs ont conclu que les héroïnomanes, qui manifestaient un peu moins de stabilité, d'objectivité et de détermination que les autres détenus, présentaient cependant plus de traits communs avec eux que de dissemblances³⁶³. Ils ont constaté bien peu d'affections psychiatriques caractérisées chez les héroïnomanes et ont conclu ainsi : « La tendance à ranger les toxicomanes dans des catégories psychiatriques données est injustifiée, à notre avis. Fondamentalement, ce sont des gens ordinaires... ».

Gendreau et Gendreau¹³², qui tentaient d'apporter une réponse scientifique à cette question du tempérament toxicomane, ont procédé par la comparaison de sujets canadiens adonnés à l'héroïne avec un groupe de contrôle analogue par l'âge, l'intelligence, le milieu socio-économique et le casier judiciaire, et ayant les mêmes facilités d'accès à la drogue. Or, ils ont constaté que les deux groupes ne différaient guère d'après les douze échelles du M.M.P.I. Ce résultat les a amenés à rejeter le concept du tempérament toxicomane et à soupçonner que de mauvaises techniques d'échantillonnage et de contrôle avaient été à l'origine des différences relevées dans les études antérieures. Nyswander, passant en revue tous les travaux déjà effectués pour détecter la personnalité prédisposant à l'opiomane, conclut que la dépendance peut exister dans toute constitution psychique³⁶⁴. Il semble donc qu'on n'ait pas eu plus de succès dans la définition de la personnalité toxicomane que de la personnalité alcoolique⁶⁴.

FACTEURS SOCIAUX

Plusieurs enquêtes menées au Canada avaient pour objet de dégager les caractères sociologiques et sociopsychologiques qui différencient l'héroïnomanie de l'abstinente. Dans son étude, Stevenson n'a fait ressortir aucune différence chez les détenus après avoir comparé le milieu de leur enfance et de leur vie familiale, leurs antécédents et leur comportement sexuels (sauf que les femmes adonnées à l'héroïne sont souvent des prostituées), leurs dispositions culturelles et leurs croyances³⁶⁵. Ils avaient des attitudes semblables à l'égard de la religion et des superstitions et la même façon de réagir à l'égard

de la délinquance, de la détention et de la police. Dans des travaux connexes, les mêmes chercheurs constatent que la seule variable distinguant le toxicomane de l'abstinente serait une sympathie, une relation étroite et durable avec les délinquants adonnés aux opiacés³⁶⁵.

Une enquête effectuée en Colombie-Britannique par Murphy révèle qu'il n'y a pas de différence entre les groupes comparés de délinquants toxicomanes et de non-délinquants abstinents quant à l'origine ethnique, à la croyance religieuse, au degré d'instruction des parents, à l'absence du père, au travail de la mère à l'extérieur, aux ambitions des jeunes sur le plan de la profession et des études²⁷⁵. On trouvera un exposé plus complet des caractères sociologiques de l'héroïnomanie à l'Appendice C. 3, *Le consommateur*.

À de rares exceptions près, les recherches sociologiques sur les causes de l'opiomanie sont postérieures aux années 50. L'une des premières théories évoquait la frustration de l'homme dans les quartiers noirs des villes américaines¹²⁵. Selon une version ultérieure, d'inspiration analogue, le phénomène de la drogue chez les Noirs était une intériorisation de la fureur qu'ils ne pouvaient manifester devant la situation privilégiée des Blancs¹⁰⁰. Les faits ethniques, qui s'accompagnent de désavantages pécuniaires, figurent également dans une explication de l'héroïnomanie chez les Portoricains de New York³⁰².

Plusieurs chercheurs, se fondant sur une conception particulière de l'« anomie », soit l'opposition entre les objectifs d'une société, comme le succès matériel, et les prescriptions quant aux moyens de les atteindre, se sont attachés à des considérations de classe plutôt que de race^{85, 86, 262}. Merton a été le premier à voir dans le phénomène de la drogue une adaptation de « repli » à une société souffrant d'anomie²⁶². D'après lui, la structure de la société américaine limiterait aux classes moyennes et supérieures les moyens légitimes de parvenir aux objectifs qu'elle propose. Il soutient que les sujets appartenant aux classes inférieures qui ne peuvent ou ne veulent recourir aux moyens illicites, tel le crime, dans la poursuite de ces fins matérielles renoncent parfois aux objectifs et aux moyens et se « replient » ou s'évadent dans l'alcoolisme, la psychose, l'instabilité professionnelle ou la toxicomanie. En développant cette théorie, Cloward et Ohlin distinguent plusieurs formes de réaction de repli^{85, 86}. Le sujet peut avoir un sens moral trop profondément enraciné pour se livrer à une conduite délictueuse, il n'a peut-être pas les talents ou les références nécessaires pour être admis dans une bande organisée, ou peut-être a-t-il été maladroit dans ses premières tentatives délictueuses. La toxicomanie peut alors être considérée comme une réaction à son double échec — dans la légitimité comme dans le monde interlope.

Ces explications reposant sur l'anomie ont été discréditées pour la plupart des opiomanies. Lindesmith et Gagnon (1965) signalent que l'incidence des opiomanies relevées dans l'histoire des États-Unis contredit toute théorie en ce sens²²⁷. Avant la Première Guerre mondiale, les adeptes se recrutaient dans une forte proportion chez les femmes de classe moyenne, respectables

et ne connaissant pas les privations. Quant à l'hypothèse du double échec, il ne manque pas de preuves que les héroïnomanes, loin d'échouer dans la criminalité et d'y renoncer, deviennent souvent des voleurs adroits et invétérés^{89, 273}. Étant donné le prix exorbitant de l'héroïne sur le marché clandestin et l'énorme risque d'inculpation, l'héroïnomanie doit, pour entretenir son habitude, être leste et diligent dans ses manœuvres frauduleuses^{303, 370}.

Malgré ces réserves, une théorie générale fondée sur les privations, sous une forme ou une autre, a été mieux reçue que toute autre, non seulement dans le public mais aussi dans les milieux universitaires et hospitaliers. Le portrait de l'opiomane appartenant aux classes défavorisées que présentent les media semble correspondre à une conception à peu près universelle. Même ceux qui souscrivent à une notion de troubles affectifs ou de circonstances familiales pénibles sont susceptibles de faire entrer les privations et la basse condition sociale dans l'image qu'ils se font de l'adepte. Cependant, un examen attentif des données canadiennes, britanniques et américaines ne révèle rien qui puisse être invoqué à l'appui de cette hypothèse.

Ainsi, les études sur les héroïnomanes dans les établissements de la Colombie-Britannique ont révélé que leur répartition par classe sociale d'origine ne s'éloigne pas sensiblement de la norme canadienne^{187, 363}. De même, des travaux effectués en Angleterre montrent que la condition sociale et financière des parents d'opiomanes se répartit à peu près comme pour l'ensemble de la population, sauf que les représentants des classes supérieures sont en surnombre dans quelques échantillons^{43, 182, 366, 423}. Voilà qui est en contradiction directe avec la théorie des privations. Aux États-Unis, les toxicomanies opiacées sont particulièrement fréquentes dans les groupes ethniques comprenant des classes défavorisées exceptionnellement nombreuses (Noirs, Mexicains, Portoricains), ce qui, à première vue, confirmerait l'hypothèse de la pauvreté. Rien n'indique cependant que dans ces groupes, les plus mal partagés soient les plus enclins à faire usage de toxiques ; on note même certains indices du contraire. Des enquêtes menées à Saint-Louis (Missouri)²¹⁸, à Chicago^{2, 99} et à New York^{78, 224}, ainsi qu'auprès d'ex-patients du centre fédéral de traitement à Lexington (Kentucky)^{103, 246} montrent que les classes d'origine se répartissent à peu près comme dans l'ensemble de la population ou, parfois, comme dans les groupes ethniques considérés. Il semble donc que la condition sociale et financière en soit ni clairement ni directement reliée à l'opiomanie ; en conséquence, la théorie de la pauvreté doit être écartée comme explication universelle de la dépendance.

L'une des rares théories s'appuyant sur des facteurs sociologiques et sociopsychologiques serait formulée dans *Road to H*, par Chein et ses collaborateurs⁷⁸. Cet exposé traite également des stades de la toxicomanie opiacée : essai, usage occasionnel et habitude ou dépendance. Les chercheurs considèrent les faits démographiques comme les principaux déterminants de l'héroïnomanie : les jeunes gens des quartiers noirs de New York (objet de l'enquête) où sévissent la pauvreté et la délinquance sont les plus exposés. Cependant, dans les quartiers où la drogue abonde, les adeptes se distinguent

soit par l'âge auquel ils ont quitté l'école, soit par l'indifférence aux activités scolaires et parascolaires. Bon nombre appartiennent à des familles désuines, n'ont souvent personne à qui se confier (père ou adulte du sexe masculin) et ont été traités, pendant leur enfance, soit avec une indulgence extrême, soit avec une trop grande rigidité. Les auteurs concluent :

... le facteur que nous jugeons nettement relié à la drogue et qui n'a apparemment aucun rapport avec la délinquance en soi est le fait de vivre dans une famille relativement unie. En général, les adeptes ont été moins bien partagés à cet égard que les abstinents⁷².

D'autres chercheurs américains et canadiens font également état des relations perturbées entre parents et enfants et de la mésentente entre parents comme étant des facteurs importants des toxicomanies opiacées⁷³. 157, 311, 365, 380, 384.

Une analyse plus récente a confirmé un bon nombre des constatations formulées dans *Road to H*. Ahmed a étudié les jeunes toxicomanes issus des classes sociales défavorisées d'Oakland (Californie) et il a constaté qu'ils ne constituaient pas un groupe homogène⁵. Il a décelé quatre types de jeunes adeptes et découvert que la drogue avait une fonction et une signification particulières pour chacun :

Ils... avaient des idées différentes sur la drogue avant d'y être initiés — y avaient été amenés différemment, n'exerçaient pas les mêmes activités générales et quotidiennes, différaient quant au conformisme et au non-conformisme, quant à la perspective d'avenir et enfin quant à la nature de leurs relations avec autrui⁷⁴.

Un type de jeune non conformiste répond d'assez près à la description du « joueur » dans une autre étude⁵². Ces adolescents n'ont guère de relations avec la société établie. Ils ont généralement été élevés par des gens qui se moquaient des conventions dans un milieu qui avait ses propres usages. Pour eux, la drogue s'inscrit dans un ensemble d'activités irrégulières et de fanfaronnades : proxénétisme, prostitution, cambriolage, etc. Il parut à cet investigateur que ces adolescents avaient très facilement accès aux milieux héroïnomanes et qu'ils étaient très exposés à faire usage des opiacés, puis à contracter la dépendance à l'égard de ces drogues⁵.

Il semble qu'une fois créé l'état de dépendance physiologique à l'égard de l'héroïne, l'usage peut fort bien tenir à des influences sociales autant qu'à la crainte des symptômes du sevrage. La participation à un sous-groupe d'héroïnomanes (qui est à peu près obligatoire pour tous les habitués, sauf pour quelques rares personnes jouissant de l'indépendance pécuniaire ou pour les membres des professions médicales et para-médicales) embellirait l'image que l'adepte se fait de lui-même, lui fournirait d'amples justifications à sa conduite et lui apprendrait les stratagèmes auxquels il doit recourir pour trouver les ressources nécessaires à son habitude, se procurer la drogue, éviter d'être découvert et arrêté, puis préserver sa santé⁸. 84, 121, 309, 323, 324, 404. L'usage de l'héroïne devient ainsi un mode de vie qui accapare, qui

prend une grande signification et qui décuple les forces. À cet égard, Preble et Casey font observer :

De nos jours, l'usage de l'héroïne fournit une motivation et une justification à la poursuite d'une vie satisfaisante, bien que socialement répréhensible. Les activités auxquelles se livrent les sujets et les relations qu'ils entretiennent pour se procurer de l'héroïne ont beaucoup plus d'importance que les effets analgésiques et euphoriques qu'ils obtiennent des petites quantités de drogue dont ils disposent. Si l'on peut dire qu'ils cèdent à un penchant, ce n'est pas tant pour l'héroïne que pour la vie de l'héroïnomane²⁶⁸.

CONCLUSION

La documentation traitée jusqu'ici montre que les opiomanes ne diffèrent pas beaucoup des abstinents, surtout lorsque ceux-ci sont des délinquants, quant à la personnalité ou aux attitudes. Il faudrait donc chercher ailleurs pourquoi certains sujets succombent à la toxicomanie et d'autres y résistent²⁷⁵.

Un ensemble de circonstances sociales et de hasards semble être la meilleure explication de ce qui engendre la toxicomanie. Le toxicomane en puissance réussit mal en classe et se désintéresse de ses études^{14, 157, 160, 213, 314, 318, 364, 423}. Il semble avoir les mêmes aspirations que l'abstinents mais, faute d'aptitudes, il a beaucoup moins de chance de les réaliser²⁷⁵. Comme il est souvent plus intelligent que l'abstinents, ses frustrations n'en sont que plus grandes³⁶⁴. Son manque de formation et d'expérience professionnelles l'empêche ordinairement d'obtenir un emploi stable, il est souvent en chômage. Il est donc exposé à passer beaucoup de son temps à errer dans les rues, voire à prendre part à des actes délinquants et à entretenir des contacts de plus en plus étroits avec des délinquants et des consommateurs d'héroïne. Ces fréquentations stimulent son intérêt pour la drogue et lui assurent son approvisionnement.

La fréquentation d'héroïnomanes semble être la voie la plus commune vers la toxicomanie³⁶⁵. L'influence des amis et la curiosité (celle-ci étant une conséquence naturelle de celle-là) sont les raisons le plus fréquemment invoquées pour s'initier à l'héroïne⁵⁸. L'homme s'initie ordinairement en présence d'un ou de plusieurs copains alors que la femme y est plutôt amenée par un amant ou son mari¹¹³.

L'auteur américain Alfred Lindesmith attache une grande importance aux circonstances fortuites dans son explication du phénomène aux États-Unis²²³. Il soutient que le désir de tâter de l'héroïne est plus souvent occasionné par le désœuvrement et le manque de satisfactions normales que par la recherche de solutions à des problèmes particuliers. Les raisons du premier usage que donnent les consommateurs d'opiacés n'ont rien d'esotérique : la curiosité éveillée par des amis ou des connaissances et le désir du nouveau. Ce sont essentiellement les mêmes motifs que dans le cas des autres drogues.

Le toxicomane en puissance se mêle de plus en plus à des gens chez qui l'usage d'opiacés occupe une grande place et il s'éloigne de ceux qui mènent une vie rangée^{121, 213}, ce qui ne l'empêche pas ordinairement de conserver certaines relations dans la société établie¹⁵⁷. Si un délit le conduit en prison, il y fait souvent la connaissance de toxicomanes et y noue des contacts avec les trafiquants. (De nombreux sujets disent avoir pris de l'héroïne pour la première fois derrière les barreaux^{52, 272}). Il se classe alors comme toxicomane, ce qui lui facilitera le ravitaillement après sa libération²⁷². Une fois qu'un sujet a fait usage d'opiacés, les trafiquants hésitent moins à s'en faire un client. Même dans les cas où l'usage d'héroïne a précédé la première incarcération, la détention multiplie encore les contacts avec des toxicomanes et des trafiquants³⁹⁰.

Le nouvel adepte se contente ordinairement d'un usage occasionnel pendant un certain temps, en fin de semaine par exemple, puis augmente sa consommation à l'occasion de difficultés ou de situations critiques. Certains persistent dans l'usage occasionnel pendant des années avant de contracter la dépendance et d'autres ne cèdent jamais à la tyrannie de l'habitude. On aurait peut-être raison de croire que c'est à ce stade, soit entre l'usage occasionnel et l'asservissement, que jouent les facteurs de personnalité. Cependant, il semble bien que la profession et les relations puissent aussi expliquer que certains sujets s'enracinent dans la toxicomanie et que d'autres renoncent à la drogue ou s'en tiennent à un usage occasionnel³³². Ce sont, semble-t-il, ceux à qui manquent les sources de satisfaction et les moyens communs d'employer le temps qui accroissent la fréquence de la consommation jusqu'à ce qu'ils aient besoin de doses quotidiennes pour éviter les angoisses du sevrage.

Les occasions de participer aux activités de la société établie sont déterminées par des facteurs sociologiques et par les caractères personnels, mais la chance y est aussi pour beaucoup. Que l'auteur d'un délit mineur soit découvert et inculpé, cela est souvent question de hasard ; en effet, la plupart de ces délits restent impunis. S'il habite dans un quartier pauvre, est sans emploi et hante le milieu interlope, il attirera davantage l'attention des autorités. Et pour ceux qui se « font prendre », les mêmes facteurs augmentent la probabilité d'inculpation et de châtement sévère.

La détention réduit évidemment les chances d'adhérer au monde « respectable », même une fois chose du passé, étant donné le déshonneur qui peut s'attacher longtemps à l'ex-détenu. Et, bien sûr, l'internement est occasion de contacts avec le monde interlope. Ce sont là des causes fréquentes d'héroïmanie.

Les phases suivantes de la toxicomanie, cycle d'abstinence et de rechutes, semblent s'accompagner de circonstances analogues. La plupart des héroïnomanes s'efforcent périodiquement à l'abstinence ; en prison, ils y sont naturellement plus ou moins forcés. Le sujet qui se marie, obtient un emploi stable, se fait des amis chez les abstinents, rompt ses relations avec les adeptes et va s'installer dans une localité où le ravitaillement est à peu près

P5 1160 P5 821

impossible, a beaucoup plus de chances de guérir^{105, 157, 384, 391}. Cet ensemble de circonstances a cependant plus ou moins de chances de se réaliser suivant les individus et les situations : le sujet qui possède formation et expérience professionnelles peut plus facilement aspirer à la stabilité d'emploi et à la satisfaction au travail.

Il ressort de ces considérations que l'héroïnomanie est avant tout déterminée par des faits sociaux et par l'impossibilité de changer d'existence. Comme pour les autres toxicomanies, les fréquentations influent fortement sur les occasions de s'initier à l'héroïne, mais après ce premier stade certains sujets règlent leur consommation ou y mettent fin alors que d'autres en viennent à l'usage quotidien, à l'état de besoin, puis à un mode de vie dominé par la drogue³³². La période critique semble se situer entre l'initiation et l'état de dépendance et, bien que les variables psychologiques n'apparaissent pas clairement, on peut supposer que c'est à ce stade qu'elles sont le plus susceptibles de jouer. Cependant, les cas de psychopathie grave sont rares parmi les adeptes de l'héroïne et, comme le fait remarquer Stevenson, l'opiomane se caractérise davantage par l'absence de ressources que par la présence d'une pathologie démontrable³⁸⁵.

D. 3 LES AMPHÉTAMINES

Cette catégorie de médicaments comprend l'amphétamine, la méthamphétamine et des produits assimilés, tels la phenmétrazine et le méthylphénidate. Les adeptes de ces drogues se répartissent entre trois catégories. Premièrement, ceux qui les prennent par voie orale, assez régulièrement, en doses faibles ou modérées ; ils n'ont pas d'ordonnance médicale ou au contraire en ont fait la quête dans divers cabinets de médecins ; ils ont généralement pour objet de se stimuler l'humeur ou de combattre la fatigue ou la dépression. Viennent en second lieu ceux qui les prennent par voie orale, en doses modérées ou relativement fortes, occasionnellement ou régulièrement, mais toujours à des fins de détente. Les sujets de la première catégorie sont ordinairement des adultes de classe moyenne, qui ne connaissent guère la drogue illicite ; dans la plupart des cas les amphétamines sont d'abord employées à des fins thérapeutiques. La deuxième catégorie comprend surtout des jeunes qui ont pour la plupart déjà fait usage d'autres drogues illicites. Enfin, les sujets de la troisième catégorie s'administrent l'amphétamine et la méthamphétamine par injections intraveineuses, en doses fortes et presque toujours de manière habituelle (voir Appendice C. 2, *Diffusion de l'usage, Les amphétamines.*) C'est à cette catégorie que les ouvrages psychiatriques, psychologiques et sociologiques, de même que la presse, consacrent le plus d'attention bien que numériquement elle soit la moins importante. Dans une très large mesure, les modalités de l'usage et les facteurs motivationnels dont il s'accompagne sont, à quelques différences

près, assez semblables dans les trois catégories pour les divers produits amphétaminiques, que nous désignerons collectivement du terme *amphétamines*.

Sans doute la facilité de l'approvisionnement a-t-elle contribué à répandre l'usage de ces drogues. Le Canada et les États-Unis ont récemment resserré leurs contrôles de la distribution licite, mais durant les années 50 et 60 les amphétamines étaient en vente libre ou à peu près. Le marché licite était caractérisé par une surproduction et des abus de prescription. Pour de nombreux adeptes, le passage de l'usage thérapeutique à la toxicomanie était fonction de l'accoutumance au médicament et de l'approvisionnement (par la course aux ordonnances ou par le recours aux produits détournés), une fois connus les effets stimulants de la drogue ou une fois contractée l'habitude tyrannique. De même, la formation des premiers groupes de consommateurs par injections intraveineuses a-t-elle été favorisée par la surproduction et la prescription abusive de méthamphétamine injectable et par la relative facilité de la production illicite³⁵⁸. Ces aspects de la question sont exposés à l'Appendice B, *Sources licites et distribution illicite*.

Ce qui incite à prendre des amphétamines pour la première fois diffère sensiblement des facteurs de l'usage habituel. La première ingestion est presque toujours thérapeutique, le produit étant prescrit par un médecin. Il arrive cependant qu'on cède au conseil ou à la suggestion d'amis. Alors, le produit est utile ou fonctionnel dans la plupart des cas : faciliter l'accomplissement de tâches ardues, fournir une dose nécessaire d'énergie, modérer l'appétit, combattre la fatigue ou la dépression. Dans d'autres cas, la motivation est la même que pour la plupart des psychotropes : une simple curiosité suscitée par les propos favorables des amis et des connaissances ou la recherche d'un état euphorique^{144, 148, 150, 220}.

La première injection intraveineuse est ordinairement déterminée par un ensemble plus complexe de facteurs. Robbins distingue quatre voies possibles conduisant à l'injection habituelle d'amphétamines³¹⁶. La première serait un usage modéré de stimulants par voie orale pour combattre la dépression, la fatigue ou l'obésité. À mesure que se manifeste la tolérance, puis la dépendance psychique, le sujet accroît constamment la dose, puis passe à l'injection intraveineuse. Bien que la plupart de ces amphétaminomanes aient déjà ingéré des amphétamines¹⁸⁹, cette progression est peu probable en l'absence d'un milieu où se pratique l'injection. À ce sujet, Robbins dit à peu près ceci : « les femmes d'intérieur habituées aux comprimés d'amphétamines... n'en viennent pas aux injections parce qu'elles n'ont pas de contact avec les milieux toxicomanes »³¹⁶.

Toujours selon Robbins, une deuxième voie, plus plausible, consisterait en une combinaison d'amphétamines par voie orale avec des hallucinogènes, ce qu'il exprime en ces termes :

Celui qui a l'habitude des comprimés stimulants peut passer à l'administration intraveineuse s'il a des contacts avec un milieu clandestin (souvent adonné aux psychodysléptiques). ... Les étudiants qui abusent des amphétamines

passent plus facilement que la plupart des autres adeptes de la voie orale à l'injection intraveineuse parce qu'ils sont plus exposés à la contagion des milieux clandestins²⁰².

Ces deux voies d'entrée comportent le passage de l'administration orale à l'administration intraveineuse. Si elles sont l'une et l'autre plausibles, seule la deuxième a été observée par les enquêteurs de la Commission^{144, 145} et établie dans la documentation^{94, 198}.

La troisième voie d'entrée signalée par Robbins est l'usage antérieur d'héroïne par voie intraveineuse. Plusieurs enquêtes menées aux États-Unis révèlent que l'héroïnomanie substitue parfois l'injection d'amphétamines aux opiacés quand ceux-ci sont introuvables, « qu'ils l'exposeraient à des poursuites judiciaires »^{126, 198, 308} ou qu'ils coûtent trop cher. L'héroïnomanie a également recours aux amphétamines pour en faire ses drogues exclusives, pour faciliter ses entreprises illicites ou pour éviter l'opiomanie en alternant les doses d'héroïne et de méthamphétamine^{70, 126, 308}. Les chercheurs de la Commission et les autres enquêteurs canadiens n'ont constaté chez les amphétaminomanes que de rares cas d'usage antérieur d'héroïne, occasionnel ou habituel, et alors surtout chez des sujets américains qui ne pouvaient se procurer d'opiacés au Canada. L'opiomanie, a-t-il été constaté, suit ordinairement la consommation intraveineuse d'amphétamines^{94, 241, 287, 288}.

L'usage antérieur d'hallucinogènes serait, selon Robbins, la quatrième voie d'initiation aux injections d'amphétamines³¹⁶. C'est d'ailleurs la plus fréquemment observée au Canada. Selon Robbins, Pittel et Hofer, ainsi que plusieurs autres chercheurs, le besoin tyrannique de méthaphétamine est surtout le fait des sujets déprimés, désillusionnés ou désorientés par l'usage d'hallucinogènes^{231, 293, 316, 346}. L'usage des amphétamines, dont l'action se traduit par une impression d'assurance et de compétence, est considéré comme une réaction à des emplois désagréables et répétés d'hallucinogènes. Pittel et Hofer décrivent ainsi la transition :

... les psychodysléptiques (sont utilisés) ... pour compenser certains déséquilibres du psychisme assez anciens... (Ces) expériences psychédéliques ne font qu'aggraver le déséquilibre psychique et l'impuissance du sujet à résoudre ses difficultés psychologiques... C'est alors que s'opère le plus souvent le passage aux amphétamines.

La justification la plus courante de cette transition est que les amphétamines fournissent l'énergie et la motivation nécessaires pour résoudre ses difficultés... On les recherche aussi parce qu'elles neutralisent l'anxiété et la dépression et font disparaître la sensation de vide qui résulte d'une incapacité d'affronter des problèmes personnels persistants²⁰².

Presque tous les Canadiens adonnés à la toxicomanie amphétaminique qu'a étudiés la Commission avaient déjà fait usage d'hallucinogènes et nombre d'entre eux étaient déprimés quand ils se sont injectés des amphétamines pour la première fois¹⁴³. À Toronto, l'examen psychiatrique de sept femmes

adonnées à cette toxicomanie a montré que « l'habitude tyrannique des amphétamines avait été précédée, dans tous les cas, d'un état dépressif... »²³¹. Dans une autre étude menée à Toronto, ces toxicomanes apparaissent comme des sujets ordinairement atteints de « dépression chronique »³⁷⁶. Selon les auteurs d'une troisième enquête dans la même ville « il n'y a pas de doute qu'un très fort pourcentage (peut-être 75 p. 100) des toxicomanes amphétaminiques touchent des déprimés »²²⁰.

La dépression a souvent été signalée comme déterminante dans l'initiation et le recours persistant aux amphétamines — par voie orale ou intraveineuse. Les causes de la dépression n'ont cependant pas encore été établies. On a souvent constaté que les femmes d'intérieur, en particulier, ont recours aux amphétamines, parfois au point de s'y habituer, pour surmonter un état de dépression^{146, 151, 189, 190}. La dépression contribue également de façon notable à la progression de la toxicomanie par injections de méthamphétamine.

Plusieurs travaux importants ont été consacrés à la relation entre les problèmes psychologiques et l'usage des amphétamines. Comme dans le cas de l'alcoolisme et de l'opiomane, certains auteurs ont trouvé à la base des toxicomanies amphétaminiques un type de personnalité qui y prédisposerait. Cependant, avant de passer en revue l'information relative à cette hypothèse, il importe de rappeler que ces données se fondent surtout sur des études cliniques (échantillons non représentatifs, absence de groupes de contrôle et de mesures objectives) et sur des enquêtes menées auprès de volontaires dont les caractères sociologiques et psychologiques ne ressemblent pas nécessairement à ceux de l'ensemble des usagers d'amphétamines. De plus, les sujets étudiés sont souvent placés en établissement et, de ce fait, représentent probablement les éléments du groupe considéré les plus avancés dans la toxicomanie. Enfin, on peut se demander dans presque tous les cas si les affections psychologiques ont précédé l'usage d'amphétamines (et s'il existe un lieu causal) ou s'ils l'ont suivi (possibilité d'une action psychopharmacologique ou influence d'un milieu de toxicomanes).

Beamish et Kiloh décrivent une série de ces cliniques d'adultes faisant usage d'amphétamines par voie orale et notent une personnalité psychopathe et une forte incidence de polyintoxications⁴¹. Ces sujets donnaient d'ailleurs les symptômes d'une personnalité anormale avant de prendre des amphétamines. Bell et Trethowan, de même que Hampton, signalent également chez les adeptes de l'ingestion d'amphétamines des troubles de la personnalité allant des traits névrotiques ou prépsychotiques à la schizophrénie paranoïde, à la psychopathie et à la psychose maniaque-dépressive^{43, 44, 151}. L'étude de Hampton ne signale cependant aucun trouble ou ensemble de troubles psychiques caractérisés chez les consommateurs d'amphétamines¹⁵¹. Cockett et Marks constatent, d'autre part, dans un groupe de jeunes Anglais soumis à des tests de personnalité que les consommateurs d'amphétamines ont un résultat sensiblement plus élevé aux échelles d'hostilité, de culpabilité et d'autochâtiment, que les abstinents issus de milieux comparables⁴⁷.

Hekimian et Gershon ont étudié les traits psychiatriques de 112 toxicomanes pris au hasard parmi les malades admis à l'hôpital Bellevue de New York en 1967¹⁵⁶. Sur les 22 personnes qui faisaient usage d'amphétamines par voie orale ou intraveineuse, ils ont décelé neuf cas de schizophrénie, six de comportement névrotique et quatre de sociopathie dont le diagnostic était antérieur à la toxicomanie. Toutefois, il s'agissait vraisemblablement de cas extrêmes de toxicomanies amphétaminiques puisque leur durée moyenne s'établissait à 3,4 ans, la dose moyenne à 780 milligrammes et que tous les sujets « étaient psychotiques ou intoxiqués ou commençaient une cure de sevrage » au moment de leur admission. En 1971, Levine et ses collaborateurs ont interviewé, à Toronto, 218 usagers d'amphétamines qui s'étaient volontairement prêtés à l'interrogatoire²²⁰. Seulement 19 p. 100 d'entre eux n'étaient pas atteints de troubles psychiatriques ; 11 p. 100 présentaient des symptômes psychotiques et entre le tiers et la moitié accusaient des troubles de personnalité. Les auteurs ont dégagé quatre traits communs à ces sujets : la *morosité*, qui se manifeste par des états de dépression, d'insatisfaction devant la vie et d'anxiété ; l'*évasion* (dans la drogue) de la triste réalité de leur vie ; la *communalité*, désir de partage et antimatérialisme qui semble se rattacher au besoin de compagnie, et la *désintégration sociale*, dont témoigne l'incidence extrêmement élevée de foyers désunis ou instables, de parents toxicomanes, de résultats scolaires et professionnels minables, d'adoption ou de vie en foyer nourricier, de délinquance. Comme dans la plupart des autres études sur les traits psychologiques de toxicomanes, cependant, il est impossible de savoir si les affections psychiatriques sont à l'origine de la toxicomanie ou s'ils en résultent. Se fondant sur ses investigations cliniques de la toxicomanie en Angleterre et sur une analyse poussée d'autres enquêtes, Connell dit que les sujets exposés à cette toxicomanie ne se distinguent pas facilement⁹⁰ et que

même si les toxicomanes, aussi bien adultes qu'adolescents, ont souvent une personnalité instable avant de s'adonner à la drogue, il est loin d'être certain que les sujets normaux ne courent aucun risque de contracter des toxicomanies, amphétaminiques ou autres⁹¹.

Cependant, Levine et ses collaborateurs concluent ainsi l'étude des amphétaminomanes qu'ils ont effectuée à Toronto : « il semble que les jeunes qui sont attirés par ces produits redoutables (les amphétamines), contrairement à ce qui se produit dans le cas du cannabis, sont déjà affectivement vulnérables »²²⁰. Comme pour l'alcool et les opiacés, on ne s'entendrait donc pas sur l'hypothèse voulant que certains traits de personnalité prédisposent à l'usage occasionnel ou habituel des amphétamines. La question reste posée et devra faire l'objet de recherches plus poussées.

Les conditions sociales et sociopsychologiques ont également été considérées comme des facteurs de l'usage des amphétamines, en particulier par injection intraveineuse. Selon une théorie, l'adepte préfère les amphétamines aux autres drogues, notamment aux hallucinogènes, en raison des valeurs et

des objectifs que propose la classe sociale à laquelle il appartient^{101, 357, 421}. Bref, on soutient qu'en général les amphétaminomanes appartiennent aux classes ouvrières et préfèrent les amphétamines aux autres drogues à cause de leurs effets physiques immédiats. Le jeune des classes moyennes, par contre, recherche une meilleure compréhension de soi, de ses intuitions, plutôt que les plaisirs futiles. L'usage de la drogue correspond, dans son cas, aux valeurs qui lui ont été inculquées, soit la culture et l'approfondissement de ses connaissances. Malheureusement, cette hypothèse concernant le choix des classes ouvrières n'a jamais été confirmée. Quand on a tenté d'expliquer par des différences de classe le choix entre les amphétamines et les hallucinogènes, on n'a pas fourni de données précises et on a semblé se fonder sur l'observation de cas isolés^{101, 357}. Les informations recueillies par la suite dans la même région (San Francisco) n'indiquent pas, parmi les usagers de drogues multiples, de différences de classe entre les consommateurs d'amphétamines et les autres²⁹⁵. Cependant, ces informations ont été offertes spontanément et ne concernaient pas les gros consommateurs. Peut-être existe-t-il des différences de milieu social entre ceux-ci et les consommateurs modérés, mais aucun indice recueilli au Canada ne porte à conclure en ce sens⁹⁴. Les résultats de deux enquêtes menées à Toronto sont à l'encontre de cette hypothèse, environ 80 p. 100 des amphétaminomanes appartenant aux classes moyennes et supérieures^{94, 220}. De même, une enquête a démontré qu'en Angleterre la jeunesse des classes supérieures, à en juger par le genre d'écoles qu'elle fréquente, est surreprésentée dans les échantillons d'usagers de méthamphétamine établis dans quatre quartiers différents de Londres¹⁵³. Ce n'est qu'en Suède qu'on a pu établir de façon irréfutable, par des enquêtes auprès de détenus, que les consommateurs d'amphétamines se recrutent surtout dans les classes ouvrières³⁷¹.

Presque toutes les études des traits sociologiques et sociopsychologiques pouvant être reliées à l'usage des amphétamines ont porté sur les classes d'origine. À Hamilton, cependant, Anderson a observé au cours d'une investigation clinique qu'avant de s'adonner à la drogue de nombreux sujets avaient eu des difficultés d'ordre personnel, familial ou judiciaire, s'étaient sentis socialement ou personnellement inférieurs, étaient issus d'un père ou d'une mère alcoolique, ou encore avaient eu peu d'amis proches à l'époque de la croissance¹². Ces observations conduisent à des hypothèses intéressantes qui devraient faire l'objet d'enquêtes scientifiques. Il ressort toutefois d'une revue de la documentation récente qu'on peut difficilement, à partir des traits sociologiques, prévoir que tel ou tel sujet fera usage d'amphétamines. Comme l'a dit Roger Smith, qui a étudié à San Francisco le milieu des toxicomanies méthamphétaminiques :

Il semble que les nombreuses variables individuelles préexistantes comptent moins dans l'évolution d'une toxicomanie que des facteurs comme les attitudes générales de la collectivité, les sanctions de la société à l'encontre d'un comportement donné, les facilités d'accès aux stupéfiants, les interprétations du phénomène de la drogue, la qualité de l'interaction dans le milieu social et la nature du marché clandestin⁹⁹.

Certains de ces facteurs méritent d'être examinés puisqu'ils conditionnent l'usage habituel des amphétamines par injections intraveineuses.

Si de très rares sujets éprouvent du désagrément à la première injection, la plupart ressentent au contraire de l'euphorie sinon de la bêtatitudo³⁵⁹. C'est par cet effet immédiat de bien-être physique obtenu de la première injection que les amphétamines diffèrent de l'héroïne, et c'est aussi ce qui peut inciter à répéter l'expérience. Ceux pour qui l'initiation a été heureuse, surtout s'ils restent en contact étroit avec des habitués de la drogue, s'en tiennent rarement à ce premier essai. À ce stade, la consommation est ordinairement intermittente. Des périodes d'abstinence de quelques jours à quelques semaines peuvent intervenir entre les épisodes d'une journée ou deux où l'on s'injecte des doses relativement faibles d'amphétamines¹⁹⁷. Confiance, optimisme, facilité d'expression et de communication, intuition, estime de soi, renforcement de l'énergie, sensation de bien-être physique et moral, tels sont les effets dont parlent ces consommateurs d'occasion et qui contribuent à la naissance de la toxicomanie^{94, 358, 359}.

Certains stabilisent leur consommation à ce niveau, ne faisant usage d'amphétamines qu'en fin de semaine. Ce rythme n'est cependant pas facile à garder parce que, les lendemains étant ordinairement des jours de dépression et de fatigue, le sujet est porté à chercher un remède à son état dans une nouvelle dose d'amphétamine. Si ce moyen l'empêche temporairement de sentir son épuisement physique, il ne peut qu'aggraver son état dépressif une fois la « bombe » terminée.

À ce point, certains sujets s'en tiennent à un usage intermittent ou cessent tout à fait. D'autres cependant — surtout s'ils ne peuvent concevoir d'autre manière de vivre — passent de l'usage occasionnel à l'usage fréquent, puis à l'habitude tyrannique. Les épisodes se rapprochent et se prolongent, les injections deviennent plus fréquentes et les quantités s'accroissent. Pour justifier cette progression, on évoque ordinairement le plaisir que procure la drogue et une aptitude accrue à résoudre ses difficultés personnelles et à entretenir des relations avec son entourage. L'indulgence ou l'encouragement du milieu social, l'absence de relations solides en dehors des cercles de toxicomanes et des états persistants de dépression ou de désespoir y contribuent également³⁵⁸.

Au fur et à mesure de cette progression, l'adepte resserre invariablement ses liens avec les habitués des amphétamines et s'éloigne des personnes et des groupes qui ont constitué jusque-là son milieu social. Au bout d'un certain temps, il devient parfois incapable de toute communication valable avec ses anciennes connaissances, il en vient à se voir lui-même comme amphétaminomane et à être jugé tel par les autres. À ce stade, qu'il peut atteindre en quelques semaines ou en plusieurs mois, le sujet s'injecte probablement des doses très fortes plusieurs fois par jour.

Parvenu à ce carrefour il s'en va ordinairement, s'il ne l'a déjà fait, vivre avec ses pareils dans une communauté d'amphétaminomanes dont il adopte le mode de vie. Le fait de partager ainsi l'existence de congénères lui

assure la compréhension, l'acceptation de son entourage, un sentiment d'appartenance et l'appui du groupe dans les moments critiques. Cependant, il se trouve du même coup isolé de toute société normale et même des autres milieux toxicomanes ne faisant pas usage d'amphétamines.

À ce degré d'évolution, la toxicomanie doit être attribuée à des facteurs sociologiques et pharmacologiques. La vie de l'amphétaminomane n'est organisée qu'en fonction de son « habitude » : sa drogue est au centre de son activité, aussi bien à cause de ses effets physiques et psychiques que par l'exclusivité de ses relations avec d'autres consommateurs. Cette participation au milieu lui donne son identité sociale et le tient occupé. L'aspect divertissement dans la toxicomanie amphétaminique est négligeable ; la drogue n'est pas un comprimé mais, comme l'héroïne, le symbole d'un mode de vie. La servitude oblige le sujet à des efforts constants pour se procurer de l'argent (ordinairement de petites sommes qu'il obtient d'un menu trafic de drogue ou d'autres délits de fraude), trouver et acheter des amphétamines, en faire usage, puis répéter les opérations jusqu'à ce qu'il tombe d'épuisement et s'endorme. Au réveil, le cycle recommence.

Dans la plupart des cas, s'adonner aux amphétamines c'est appartenir à une communauté d'adeptes. Exception faite de quelques personnes : propriétaire, épicier, serveurs, agents de police et membres abstinents de bandes de motocyclistes, les habitués de l'injection de méthamphétamine n'ont de rapports qu'avec leurs congénères. L'usage habituel de leur drogue est la condition première d'agrément par un groupe. Si un sujet tente de cesser ou de réduire sensiblement sa consommation, ses compagnons s'efforcent d'abord de l'amadouer, puis le tournent en ridicule et finissent par l'ostraciser. Il est donc extrêmement difficile de renoncer aux amphétamines, non seulement à cause de la tyrannie de l'habitude qui pousse à continuer les injections pour reculer les symptômes du sevrage, mais davantage à cause de la rupture inévitable avec son seul groupe d'amis. Si l'on peut expliquer la persistance de l'usage au cours d'un épisode par la crainte de l'effondrement, la consommation habituelle est davantage attribuable à l'influence du groupe, aux pressions du milieu et à l'absence de solution de rechange.

L'injection d'amphétamines constitue la principale occupation. Cette consommation est ordinairement à caractère épisodique. Tant que dure la « bombe », soit de quelques jours à plus d'une semaine, le sujet mange et dort très peu, mais s'administre des doses massives de drogue et finit par s'affondrer. Après chaque injection, il éprouve brièvement (de cinq à quinze minutes) une sensation extrêmement agréable que l'on assimile quelquefois à l'orgasme. Si les effets perceptibles durent de huit à douze heures, l'injection de fortes doses doit se répéter à intervalles de trois à cinq heures (durée des effets les plus notables) pour reculer l'inévitable dépression. Comme le consommateur habituel contracte rapidement la tolérance, il doit augmenter la dose à chaque injection, dans la mesure du possible, pour que durent les sensations agréables et pour éviter tout état de tension physique et psychique. La « bombe » peut se prolonger jusqu'à deux semaines à peu près sans inter-

P5 1160 P5 821

ruption. Elle prend fin à l'apparition du délire paranoïaque et des hallucinations, le sujet voulant en finir de sa confusion, de son anxiété quant à sa santé physique et mentale, de son incapacité de se ravitailler en amphétamines par manque d'argent ou de mobilité physique.

Quand le dernier « coup de fouet » commence à perdre de son effet, l'effondrement est inévitable. La gravité des symptômes du sevrage est alors « directement reliée à la longueur de l'épisode, à l'importance des doses, ainsi qu'à l'état physique et psychique du consommateur »³⁵⁸. Cette phase est caractérisée par l'épuisement, une grande irritabilité et un état de dépression qui peuvent être compensés par des opiacés ou des barbituriques. L'effet stimulant de la drogue est ordinairement suivi d'une période de sommeil qui peut durer de 12 à 36 heures, mais au réveil le sujet se sent faible, il a une faim de loup et il est quelquefois en proie pendant plusieurs jours à une dépression intolérable. Il arrive alors qu'il prenne des tranquillisants, des barbituriques, d'autres sédatifs hypnotiques ou de l'héroïne s'il peut s'en procurer, mais le remède ordinaire est une injection de méthamphétamine. Un trafiquant d'Halifax s'exprimait ainsi :

C'est un cercle vicieux. On fait usage d'amphétamines parce qu'on est déprimé et on l'est davantage ensuite. Il faut deux fois plus d'amphétamines pour surmonter cette dépression. Et ainsi de suite³⁵⁹.

Pour de nombreux habitués de l'injection, la vie quotidienne devient un « cycle d'amphétaminomanie » où les épisodes de consommation alternent avec les périodes de sommeil et de dépression.

D. 4 LES HALLUCINOGENES

Les hallucinogènes comprennent une grande variété de substances organiques et synthétiques (voir Appendice A. 5, *Les hallucinogènes*), mais la présente étude des facteurs et motivations de l'usage portera surtout sur les préparations les plus répandues : L.S.D., P.C.P. et MDA et sur la combinaison de ces drogues. Presque tous les consommateurs d'hallucinogènes ont aussi fait usage de cannabis, et le quart seulement des usagers de marijuana ou de haschich (ordinairement les plus gros fumeurs) ont fait l'essai des hallucinogènes. L'usage contemporain des hallucinogènes — par opposition aux usages rituels ou sacramentels de civilisations antiques — doit être examiné en fonction du cannabisme en Amérique du Nord dont il est d'ailleurs, dans bien des cas, le prolongement, étant essentiellement provoqué par les mêmes influences. On peut donc considérer qu'en général le premier essai des hallucinogènes est fonction de l'accès à une source d'approvisionnement et d'une simple curiosité faisant suite au plaisir éprouvé et aux propos des amis qui ont pris des hallucinogènes.

Pour tenter de comprendre l'expansion du phénomène en Amérique du Nord, il faut remonter à ses premières manifestations. Le peyotl, par exemple.

était utilisé dès 1870 par les Indiens de la plaine américaine et vers la fin des années 1920 il était à l'honneur dans les cérémonies religieuses des Indiens de l'Amérique du Nord^{203, 258, 353}. La mescaline a été utilisée en psychiatrie peu de temps après sa synthèse en 1919 et on en a signalé des usages non médicaux en Europe dès 1931⁹⁵. L'action hallucinogène du L.S.D. a été découverte en 1943 et on note des usages non médicaux en Californie au début des années 50^{51, 166}. Ce n'est cependant qu'après 1960 que ces drogues — en particulier le L.S.D. — se sont répandues en Amérique du Nord. Leur diffusion peut être expliquée au moins partiellement par deux faits : il est devenu plus facile de s'en procurer et l'intérêt pour leurs effets s'est répandu⁷.

Le L.S.D. a été mis pour la première fois à la disposition de la médecine et de la recherche par les Laboratoires Sandoz. Les usages expérimentaux (médicaux et non médicaux) de cette substance n'ont pas tardé à faire l'objet de rapports écrits et de conversations qui en ont fait connaître les effets hallucinogènes. L'attention qu'on a accordée publiquement aux premiers travaux des docteurs Leary et Alpert a certes contribué à éveiller l'intérêt pour cette drogue. La consommation non médicale du L.S.D. a monté en flèche, si bien qu'au moment où on l'a retiré du marché licite la question de savoir si on pouvait s'en procurer en pharmacie ne se posait plus guère : des laboratoires clandestins s'étaient établis en Californie en 1962 et d'importants réseaux de fabrication et de distribution illicites avaient suivi de près (voir Appendice B. 5, *Les hallucinogènes, Sources et distribution illicites*).

FACTEURS INDIVIDUELS

L'usage des hallucinogènes s'est généralisé trop tard pour attirer l'attention des théoriciens de la psychanalyse classique. Certaines recherches cliniques ont révélé chez les consommateurs divers troubles psychiques, mais il n'a pas été démontré que les groupes étudiés étaient représentatifs, sans compter que la plupart des sujets, sinon tous, avaient aussi fait usage d'autres drogues. L'examen des sujets qui avaient répondu à une annonce publiée dans un journal de l'« underground », a dépisté certains troubles de la personnalité et des signes d'inadaptation ; il n'a cependant décelé ni psychose, ni névrose, ni lésion organique³⁸. Dans certaines polyintoxications (forte consommation de cannabis et d'hallucinogènes) divers tests de personnalité ont fait ressortir des infirmités (psychopathie, schizophrénie, indifférence sociale) plus fréquentes que chez les abstinentes ou que chez ceux qui ne prenaient que du cannabis⁴⁸. Une autre étude, fondée sur des données recueillies au cours d'interviews psychiatriques avec des volontaires, fait état de graves difficultés d'identification, de dépendance et d'agressivité sexuelles⁹⁹.

Une enquête menée en 1965 auprès d'étudiants a fait ressortir des motifs différents chez les consommateurs d'hallucinogènes selon qu'ils étaient « stables » ou « instables »¹⁰¹. Les consommateurs « instables », chez qui une grande diversité de troubles psychiques avaient été diagnostiqués, cherchaient des solutions dans les hallucinogènes. Les consommateurs « stables »,

ps 1160
 ps 821

au contraire, avaient plutôt pour mobiles la curiosité et l'influence des amis. Fait à remarquer, cependant, certains consommateurs « instables » avaient renoncé à la drogue, sans doute à la suite de résultats désagréables.

La théorie des difficultés personnelles ne trouve pas de confirmation dans les autres données recueillies, qui montrent soit que les consommateurs ne diffèrent pas des abstinents, soit que leurs différences sont d'un autre ordre⁵¹. Lors d'une enquête auprès de 91 personnes appartenant à dix groupes différents, les résultats des consommateurs à divers tests de personnalité, dont les indices de psychopathie, se sont situés dans la moyenne. Les résultats étaient très élevés à l'échelle des intérêts esthétiques et spéculatifs et faibles à celle des valeurs politiques et économiques⁷⁵. Dans une autre étude, on a comparé des consommateurs non soumis à un traitement psychiatrique avec des sujets de contrôle à qui l'on avait offert du L.S.D. et qui l'avaient refusé⁵¹. Les premiers se distinguaient des autres par des attitudes et par des caractères sociologiques étrangers pour la plupart aux problèmes personnels. Les premiers étaient à prédominance jeunes, du sexe masculin, religieux, divorcés ou séparés ; ils attendaient du plaisir de la drogue, ne craignaient pas d'en ressentir les mauvais effets ni de perdre la maîtrise d'eux-mêmes et souhaitaient que la drogue les transforme. Ils manifestaient cependant plus d'insatisfaction devant la vie que ceux qui avaient refusé l'expérience du L.S.D.

Le facteur le plus fréquemment invoqué est l'aliénation. Une recherche des causes fait état d'un besoin intense de rapprochements humains et de l'impossibilité de liens affectifs valables, plutôt que des diagnostics psychiatriques habituels⁵². On a dit des étudiants qu'ils étaient mus par le besoin « de se comprendre et de comprendre autrui »¹²⁸. Tentant d'expliquer l'usage des hallucinogènes, un auteur invoque non seulement les diagnostics ordinaires de psychose, de névrose et de psychopathie, mais aussi la crise d'identité dont les effets traumatisants sont aggravés par l'accélération du changement, par la recherche de sentiments religieux et par l'appréciation esthétique³⁷.

Toutes ces études présentent la même faiblesse : une représentativité incertaine des échantillons. En outre, les tests psychologiques et les diagnostics pratiqués à l'égard de jeunes orientés vers des valeurs et des comportements de « sous-culture » ou de « contre-culture » peuvent indiquer une inadaptation à la culture dominante, mais ils ne mesurent pas ce qui peut fort bien être une saine intégration au milieu plus restreint. Enfin, l'interprétation de ces données psychologiques présente une autre difficulté puisqu'elles ne permettent pas de savoir si l'état pathologique a précédé l'usage des hallucinogènes, ce qui conduirait à une hypothèse de causalité, ou s'il s'est manifesté après les premiers usages ; alors il pourrait correspondre à certaines façons de vivre ou résulter de la consommation de L.S.D. ou d'autres drogues. Même si en prenant du L.S.D. pour la première fois on peut tendre vers une amélioration de la personnalité, ceux qui sont aux prises avec les plus graves difficultés personnelles persisteront généralement le moins dans

la consommation des hallucinogènes à cause des effets particulièrement désagréables que souvent ils en auront éprouvés¹⁹¹.

FACTEURS SOCIAUX

Peu de théories visant à expliquer l'usage des hallucinogènes ne font au moins mention du rejet des valeurs de la société dominante parmi les facteurs. Certaines autorités traitent ce rejet des valeurs établies d'une manière positive et insistent sur la nécessité de créer un mode de vie meilleur ; selon d'autres, le phénomène est une réaction négative, reflétant des problèmes d'aliénation et d'inadaptation sociale. On notera cependant que ces deux façons de voir datent un peu et peuvent ne présenter qu'un intérêt marginal à l'heure actuelle, car, pour un grand nombre, l'usage des hallucinogènes est tout différent aujourd'hui de ce qu'il était il y a quelques années.

Divers auteurs, dont Timothy Leary est sans doute le plus éminent, voient dans l'usage des hallucinogènes un moyen de modifier les valeurs des individus et des sociétés^{215, 216}. Leary dit en effet de ces substances qu'elles sont comme le sacrement d'une nouvelle religion. Cette nouvelle religion serait pratiquée par une communauté de consommateurs qui ne constituerait pas une société bien localisée, mais dont les adeptes formeraient une congrégation distincte, ayant ses valeurs, ses normes, ses croyances et ses connaissances propres, et appelée à devenir une espèce nouvelle et améliorée de la race humaine.

L'adoption et la diffusion de cette doctrine ne doivent pas être sous-estimées comme facteurs dans la décision que prennent des centaines de milliers de personnes de faire l'expérience des hallucinogènes. Selon Hofer, la naissance d'un mouvement social exige une époque favorable et un leader capable de proposer une doctrine qui commande l'attention de milliers d'adeptes¹⁶⁵. De maintes façons, le milieu des années 60 se prêtait à une acceptation généralisée des hallucinogènes et d'une philosophie psychédélique qui en justifiait l'usage. Les conditions sociologiques des quelques décennies précédentes n'avaient guère permis l'expérimentation de styles de vie ni les choix qui sont devenus possibles au cours des années 60. Voici ce que dit McGlothlin à ce sujet :

Quand un adolescent grandit dans une société structurée qui lui demande d'assumer des responsabilités d'adulte relativement tôt, il n'est pas libre de s'engager ou de se soustraire. Une société d'abondance qui prolonge la période de dépendance pécuniaire et de loisir multiplie les choix entre divers styles de vie. Tout ce qui fait que l'individu n'a pas de place déterminée dans la structure sociale l'incite à s'écarter radicalement des normes établies. L'affaiblissement des liens familiaux et sociaux, le perpétuel changement sociologique et technologique et la coupure avec le passé ont été invoqués comme facteurs ... Quelle que soit l'explication, il est probable que la philosophie psychédélique de Leary, si elle avait été proposée pendant la crise des années 30 ou pendant la guerre des années 40, serait passée inaperçue²¹⁴.

ps 821.
ps 1160

Par conséquent, on peut dire que si l'usage des hallucinogènes ne s'est répandu qu'au cours des années 60, c'est la demande plutôt que l'offre qui a fait défaut. Leary et les autres protagonistes du L.S.D. ont fait appel aux media et à leur propre charisme pour populariser l'usage de ces drogues, professant une doctrine sociale en conséquence. Cette doctrine libertaire a fait rapidement de nombreux adeptes, non seulement à cause des conditions sociologiques déjà évoquées, mais aussi parce que la demande croissante d'hallucinogènes a coïncidé avec l'extension de l'enseignement supérieur, notamment en sciences sociales et en sciences du comportement, et avec un déclin correspondant de l'autorité religieuse traditionnelle dans les milieux intellectuels. La poussée des sciences qui a suivi le lancement du spoutnik a marqué un cran d'arrêt vers 1965 et les sciences sociales, qui, de toutes les disciplines ont connu le développement le plus rapide, ont même été inscrites au programme des études secondaires. De plus en plus de gens se sont interrogés sur l'existence humaine et les sources d'information traditionnelles en ce domaine ont été discréditées. L'intérêt pour la religion n'a pas baissé durant cette période, mais la nature de cet intérêt s'est transformée. À mesure qu'on s'efforçait de se mieux comprendre soi-même et que se restreignaient les sources de connaissance auxquelles on ajoutait foi, on cherchait d'autres moyens de parvenir à la sagesse. Pour un grand nombre, l'usage de la drogue, en particulier des hallucinogènes, favorisait ces intérêts métaphysiques.

Les théories d'aliénation et de contre-culture ont une importance toute particulière pour expliquer l'usage des hallucinogènes. Ces théories ont déjà été exposées dans le présent appendice, mais il convient de préciser qu'à certains égards elles semblent s'appliquer particulièrement aux hallucinogènes, ou plutôt aux gros consommateurs de cannabis et d'hallucinogènes. Ainsi, un ensemble de conditions sociologiques, le discrédit des institutions traditionnelles et la publicité en faveur d'une « nouvelle religion » auraient préparé la voie à une certaine consommation de drogue qui promettait, en avisant la conscience, de créer une société meilleure, d'améliorer les conditions sociales et de donner un sens à des existences dont on sentait de plus en plus le vide.

Quelques études ont révélé que l'usage des hallucinogènes est en effet associé aux styles de vie et aux valeurs de la contre-culture. Bien qu'il n'y soit pas précisé si ces valeurs existaient avant les hallucinogènes ou si elles se sont fait jour par la suite, il est évident que les deux phénomènes tendent à se produire simultanément. Par exemple, une enquête menée par la *Narcotic Addiction Foundation* de la Colombie-Britannique dans les écoles secondaires de Vancouver a révélé que, dans une très forte proportion, les consommateurs d'hallucinogènes avaient des projets de carrière et de voyage fort éloignés des conventions, qu'en classe ils s'intéressaient surtout à la musique et aux arts, qu'ils se proposaient de poursuivre leurs activités artistiques une fois leurs études terminées, n'avaient aucun intérêt pour les sports et les matières d'enseignement, préféraient l'« acid rock » aux autres genres

de musique et se vantaient de ne tenir compte ni de leurs parents ni de leurs amis dans leurs décisions en matière de drogue, d'activité professionnelle, de fréquentations ou d'habillement. Les consommateurs différaient complètement de leurs parents dans leur conception du monde, ne s'entendaient pas avec eux et tendaient à vivre hors du foyer³²⁶. Aux États-Unis, une enquête plus récente a permis d'établir une relation analogue entre les attitudes et les activités de la contre-culture et l'usage d'hallucinogènes chez les étudiants¹⁴⁸.

D'autre part, certains auteurs ne croient pas que l'adhésion à la contre-culture corresponde à un haut degré d'aliénation ou à un rejet des normes établies. Ils voient plutôt dans ce mode de vie et l'usage de la drogue qui l'accompagne une extension des valeurs des classes moyennes, comme l'auto-observation et l'autoperfectionnement¹⁰¹. Janowitz considère l'usage des hallucinogènes comme un moyen d'élargir le champ de la conscience qui n'oblige pas nécessairement à s'éloigner des autres valeurs et coutumes de la société dominante¹⁸⁰. La recherche d'un enrichissement esthétique et une simple curiosité seraient à la base de la consommation. On croit même que l'expérience des hallucinogènes peut être utile à l'individu qui cherche à se tailler une place dans la société établie — en lui permettant de prendre du recul quelque temps³²⁵. S'il y a un élément de rejet, c'est peut-être un remaniement de l'ordre de la priorité plutôt que le rejet en bloc des valeurs dominantes — les sensations, les émotions et les satisfactions immédiates prendraient le pas sur les processus ordinaires d'apprentissage et sur les comportements utilitaires.

Si ces théories ont servi il y a quelques années à expliquer l'usage des hallucinogènes, l'éthique psychédélique récente en réduit considérablement l'application. Sans doute certains continuent-ils à faire usage d'hallucinogènes pour faciliter la connaissance de soi, l'autoperfectionnement, les activités religieuses et la création artistique. Et pour certains la consommation peut fort bien témoigner de la recherche d'un sens à la vie dans un monde aliénant. Pour la plupart des consommateurs actuels, cependant — surtout les adeptes récents qui n'ont jamais entendu parler de Leary — l'usage des hallucinogènes se rapproche sensiblement du cannabisme, d'où sont absentes les considérations spirituelles aussi bien que les modalités rituelles de consommation. Dès 1969, Fort affirmait que l'usage des hallucinogènes comme de la plupart des autres drogues correspondait avant tout à la recherche de satisfactions immédiates, n'ayant rien de commun avec l'enrichissement de la connaissance de soi ou des autres, avec l'établissement de solutions de rechange à la société ou avec l'édification d'une nouvelle communauté morale¹²⁷. S'il y a des exceptions, l'hypothèse de Fort semble immédiatement applicable, dans une large mesure, à la situation canadienne actuelle ; en effet la consommation des hallucinogènes s'y pratique dans les loisirs et les divertissements où l'hédonisme et le plaisir ont remplacé la recherche transcendantale.

ps 1160
 ps 821

Références

1. ABRAHAM, K., *The psychological relations between sexuality and alcoholism*, dans ses *Selected papers on psycho-analysis*, Londres, Hogarth, 1964, pp. 80-89.
2. ABRAMS, A., GAGNON, J. H., et LEVIN, J. J., *Psychosocial aspects of addiction*, (*American Journal of Public Health*, vol. LVIII, 1968, pp. 2142-2155).
3. ABU-LABAN, B., et LARSEN, D. E., *The qualities and sources of norms and definitions of alcohol*, (*Sociology and Social Research*, vol. LIII, 1968, pp. 34-43).
4. ADAMS, E. W., *What is addiction?*, (*British Journal of Inebriety* vol. XXXIII, 1934, p. 1).
5. AHMED, S. N., *Patterns of juvenile drug use*, Ann Arbor, Michigan, University Microfilms, n° 68-5672, 1967. Thèse de doctorat, Université de Californie, Berkeley.
6. AKERS, R. L., BURGESS, R. L., et JOHNSON, W. T., *Opiate use, addiction, and relapse*, (*Social Problems*, vol. XV, 1968, pp. 459-469).
7. ALDRICH, M. R., *Availability as a factor in psychotropic drug use*. Document inédit, Amorphia Inc., San Francisco, Californie, 1973.
8. ALKSNE, H., LIEBERMAN, H., et BRILL, L. A., *A conceptual model of the life cycle of addiction*, (*International Journal of the Addictions*, vol. II, 1967, pp. 221-240).
9. ALLEN, J. R., et WEST, L. J., *Flight from violence: hippies and the green rebellion*, (*American Journal of Psychiatry*, vol. CXXV, 1968, pp. 364-370).
10. ALLISON, G. E., *Bizarre addictions in children*, (*Manitoba Medical Review*, vol. XLVII, 1967, pp. 288-290).
11. AMIT, Z., et CORCORAN, M. E., *Theories of drug dependence: a critical review*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
12. ANDERSON, J. E., Chedoke Hospital, Hamilton, lettre à la Commission, 1971.
13. ANKER, J. L., MILMAN, D. H., KAHAN, S. A., et VALENTI, C., *General survey and marijuana use, 1^{re} partie: Drug usage and related patterns of behavior in university students*, (*Journal of the American College Health Association*, vol. XIX, 1971, pp. 178-186).
14. ANUMONYE, A., et McCLURE, J. L., *Adolescent drug abuse in a north London suburb*, (*British Journal of Addiction*, vol. LXV, 1970, pp. 25-33).
15. ARMSTRONG, J. D., *The search for the alcoholic personality*, (*Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, vol. CCCXV, 1958, pp. 40-47).
16. ASKEVOLD, F., *The occurrence of paranoid incidents and abstinence delirium in abuses of amphetamine*, (*Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica*, vol. XXXIV, 1959, pp. 145-164).
17. ATKINSON, J. W., *An introduction to motivation*, Princeton, New Jersey, Van Nostrand, 1964.
18. ATKINSON, J. W. (sous la direction de), *Motives in fantasy, action and society: a method of assessment and study*, Princeton, New Jersey, Van Nostrand, 1958.
19. AUSUBEL, D. P., *Drug addiction: physiological, psychological and sociological aspects*, New York, Random House, 1958.
20. AUSUBEL, D. P., *An evaluation of recent adolescent drug addiction*, (*Mental Hygiene*, vol. XXXVI, 1952, pp. 373-382).

21. BACON, S. D., *Alcohol and complex society*, dans *Alcohol, science and society: twenty-nine lectures with discussions as given at the Yale Summer School of Alcohol Studies* (Quarterly Journal of Studies on Alcohol, New Haven, 1945, pp. 179-200).
22. BACON, S. D., *Social settings conducive to alcoholism: a sociological approach to a medical problem*, (Journal of the American Medical Association, vol. CLXIV, 1957, pp. 177-181).
23. BACON, S. D., *Sociology and the problems of alcohol: foundations for a sociological study of drinking behavior*, (Memoirs of the section of studies on alcohol, n° 1, 2° édition, New Haven, Yale University Press, 1946).
24. BAILEY, M. B., HABERMAN, P. W., et ALKSNE, H., *The epidemiology of alcoholism in an urban residential area*, (Quarterly Journal of Studies on Alcohol, vol. XXVI, 1965, pp. 19-40).
25. BAILLY-SALIN, P., *Clinical forms of alcoholism prevalent among wine drinkers*, dans *Alcohol and alcoholism*, rédigé sous la direction de Popham, R. E., Toronto, University of Toronto Press, 1970, pp. 117-120.
26. BALES, R. F., *Cultural differences in rates of alcoholism*, (Quarterly Journal of Studies on Alcohol, vol. VI, 1946, pp. 480-499).
27. BALL, J. C., *Marijuana smoking and the onset of heroin use*, dans *Drug abuse. social and phychofarmacological aspects*, rédigé sous la direction de Cole, J. O., et Wittenborn, J. R., Springfield, Illinois, Thomas, 1967, pp. 117-128.
28. BALL, J. C., *Two patterns of narcotic drug addiction in the United States*, (Criminal Police Science, vol. LVI, 1965, pp. 203-211).
29. BALL, J. C., et Bates, W. M., *Migration and residential mobility of narcotic drug addicts*, (Social Problems, vol. XIV, 1966, pp. 56-69).
30. BALL, J. C., et CHAMBERS, C. D. (sous la direction de), *The epidemiology of opiate addiction in the United States*, Springfield, Illinois, Thomas, 1970.
31. BALL, J. C., et CHAMBERS, C. D., et BALL, M. J., *The association of marihuana smoking with opiate addiction in the United States*, (Journal of Criminal Law, Criminology and Police Science, vol. LIX, 1968, pp. 171-182).
32. BALL, J. C., et SNARR, R. W., *A test of the maturation hypothesis with respect to opiate addiction*, (Bulletin on Narcotics, vol. XXI, n° 4, 1969, pp. 9-13).
33. BALLANTE, A., *Marijuana: the symbol and the ritual*, (Journal of Secondary Education, vol. XLIII, 1968, pp. 218-222).
34. BANDURA, A., et WALTERS, R. N., *Social learning and personality development*, New York, Holt, Rinehart et Winston, 1963.
35. BARBER, B., *A socio-cultural interpretation of the peyote cult*, (American Anthropologist, vol. XLIII, 1941, pp. 673-675).
36. BARNES, H. E., *Society in transition*, 2° édition, New York, Prentice-Hall, 1952.
37. BARRON, F., *Motivational patterns in LSD usage*, dans *LSD, man and society*, rédigé sous la direction de DeBold, R. C., et Leaf, R. C., Middletown, Connecticut, Wesleyan University Press, 1967, pp. 1-19.
38. BARRON, S. P., LOWINGER, P., et EBNER, E., *A clinical examination of chronic LSD use in the community*, (Comprehensive Psychiatry, vol. XI, 1970, pp. 69-79).
39. BARTLETT, S., et TAPLA, F., *Glue and gasoline «sniffing», the addiction of youth*, (Missouri Medicine, vol. LXIII, 1966, pp. 270-272).
40. BEACH, H. D., *Morphine addiction in rats*, (Canadian Journal of Psychology, vol. XI, 1957, pp. 104-112).
41. BEAMISH, P., et KILOH, L. G., *Psychoses due to amphetamine consumption*, (Journal of Mental Science, vol. CVI, 1960, pp. 337-343).
42. BECKER, H. S., *Outsiders: studies in the sociology of deviance*, Glencoe, New York, Free Press, 1963.

ps 1160
 ps 821

D *Motivation et autres causes du phénomène de la drogue*

43. BELL, D. S., et TRETOWAN, W. H. *Amphetamine addiction*, (Journal of Nervous and Mental Diseases, vol. CXXXIII, 1961, pp. 489-496).
44. BELL, D. S., et TRETOWAN, W. H., *Amphetamine addiction and disturbed sexuality*, (Archives of General Psychiatry, vol. IV, 1961, pp. 74-78).
45. BEWLEY, T. H., et BEN-ARIE, O., *Study of 100 consecutive inpatients*, (British Medical Journal, vol. I, 1968, pp. 727-730).
46. BLACKWELL, J. C. *Opiate narcotics: patterns of use*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1972.
47. BLUM, R. H., *Mind altering drugs and dangerous behavior*, 1^{re} partie : *Dangerous drugs*, dans U.S.A., President's Commission on Law Enforcement and Administration of Justice, *Task Force Report: Narcotics and Drug Abuse*, Washington, U.S. Government Printing Office, 1967, pp. 21-39.
48. BLUM, R. H., et COLL., *Horatio Alger's children*, San Francisco, Jossey-Bass, 1972.
49. BLUM, R. H., et COLL., *Society and drugs*, San Francisco, Jossey-Bass, 1969.
50. BLUM, R. H., et COLL., *Students and drugs*, San Francisco, Jossey-Bass, 1969.
51. BLUM, R. H., et COLL., *Utopiates: use and users of LSD-25*, New York, Atherton, 1964.
52. BLUMER, H., *ADD Center project: final report—The world of youthful drug use*, document inédit, School of Criminology, Université de Californie, Berkeley, 1967.
53. BOWERS, M., CHIPMAN, A., SCHWARTZ, A., et DANN, G. T., *Dynamics of psychedelic drug abuse: a clinical study*, (Archives of General Psychiatry, vol. XVI, 1967, pp. 560-566).
54. BRECHER, E. M., et LES ÉDITIONS de «Consumer Reports», *Licit and illicit drugs: the Consumers Union report on narcotics, stimulants, depressants, inhalants, hallucinogens and marijuana—including caffeine, nicotine, and alcohol*, Boston, Little, Brown, 1972.
55. BRILL, H., et HIROSE, T., *The rise and fall of a methamphetamine epidemic: Japan 1945-55*, (Seminars in Psychiatry, vol. I, 1969, pp. 179-194).
56. BRILL, N. Q., CRUMPTON, E., et GRAYSON, H. M., *Personality factors in marijuana use*, (Archives of General Psychiatry, vol. XXIV, 1971, pp. 163-165.)
57. BROTMAN, R., SILVERMAN, I., et SUFFET, F., *Drug use among affluent high school youth*, dans *Marijuana*, rédigé sous la direction de Goode, E., New York, Atherton, 1970, pp. 128-135.
58. BROWN, B. S., GUAVEY, S. K., NEYERS, M. B., et STARK, S. D., *In their own words: addicts, reasons for initiating and withdrawing from heroin* (International Journal of the Addictions, vol. VI, 1971, pp. 635-645).
59. BROWN, J. S., *The motivation of behavior*, New York, McGraw-Hill, 1961.
60. BROZOVSKY, M., et WINKLER, E. G., *Glue sniffing in children and adolescents*, (New York State Journal of Medicine, vol. LXV, 1965, pp. 1984-1989).
61. BUGENTAL, J. F. T., *The search for authenticity: an existential-analytic approach to psychotherapy*, New York, Holt, 1965.
62. BURROUGHS, W., *Junkie*, New York, Ace Books, 1953.
63. BURROUGHS, W., *Speed*, New York, Olympia, 1970.
64. CAHALAN, D., *Problem drinkers*, San Francisco, Jossey-Bass, 1970.
65. CAHALAN, D., CISIN, I. H., et CROSSLY, H. M., *American drinking practices: a national survey of drinking behavior and attitudes*, New Brunswick, New Jersey, Rutgers Center of Alcohol Studies, 1969.
66. CANADA, Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, *Le cannabis*, Ottawa, Information Canada, 1972.

Références

67. CANADA, Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, *Causes and social context of the drug phenomenon*, transcription d'un colloque de la Commission, Montréal, document inédit, 1970.
68. CANADA, Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales, *Rapport provisoire de la Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales*, Ottawa, Information Canada, 1970.
69. CAREY, J. T., *The college drug scene*, Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, 1968.
70. CAREY, J. T., et MANDEL, J., *A San Francisco Bay area "speed" scene*, (*Journal of Health and Social Behavior*, vol. IX, 1968, pp. 164-174).
71. CARSTAIRS, G. M., *Daru and bhang: cultural factors in the choice of intoxicant*, (*Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, vol. XV, 1954, pp. 220-237).
72. CAVAN, R. S. (sous la direction de), *Readings in juvenile delinquency*, New York, Lippincott, 1964.
73. CHAMBERS, C. D., et MOFFETT, A. D., *Negro opiate addiction*, dans *The epidemiology of opiate addiction in the United States*, rédigé sous la direction de Ball, J. C., et Chambers, C. D., Springfield, Illinois, Thomas, 1970, pp. 178-201.
74. CHEEK, F. E., NEWELL, S., et SARETT, M., *The down-head behind an up-head: the heroin addict takes LSD*, (*International Journal of the Addictions*, vol. IV, 1969, pp. 101-119).
75. CHEEK, F. E., NEWELL, S., et SARETT, M., *Harbingers: social relationships in groups of LSD users*, communication, Conference on Drug Usage and Drug Subcultures, Asilomar, Californie, 1970.
76. CHEEK, F. E., SARETT, M., et NEWELL, S., *The illicit LSD group and life changes*, (*International Journal of the Addictions*, vol. IV, 1969, pp. 407-426).
77. CHEIN, I., *The use of narcotics as a personal and social problem*, dans *Narcotics*, rédigé sous la direction de Wilner, D. M., et Kassebaum, G. G., New York, McGraw-Hill, 1965.
78. CHEIN, I., GERARD, D. L., LEE, R., et ROSENFELD, E., *The road to H*, New York, Basic, 1964.
79. CHEIN, I., et ROSENFELD, R., *Juvenile narcotic use*, (*Law and Contemporary Problems*, vol. XXII, 1957, pp. 52-68).
80. CHEINISSE, L., *La race juive jouit-elle d'une immunité à l'égard de l'alcoolisme ?*, (*La Semaine médicale*, vol. XXVII, 1908, pp. 612-615).
81. CHILD, I. L., BARRY, H., et BACON, M. K., *A cross-cultural study of drinking: sex differences*, dans *A cross-cultural study of drinking*, rédigé sous la direction de Bacon, M. K., Barry III, H., Child, I., Buckwald, C., et Snyder, C. R., New Brunswick (N. J.), *Journal of Studies on Alcohol*, 1965. (*Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, supplément, n° 3).
82. CLAGHORN, J. L., ORDY, A., et NAGY, A., *Spontaneous opiate addiction in rhesus monkeys*, (*Science*, vol. CXLIX, 1965, p. 440).
83. CLARK, L. P., *A psychological study of some alcoholics*, (*Psychoanalytic Review*, vol. VI, 1919, pp. 268-295).
84. CLINARD, M. B., *Sociology of deviant behavior*, 3^e édition, New York, Holt, Rinehart et Winston, 1968.
85. CLOWARD, R. A., *Illegitimate means, anomie, and deviant behavior*, (*American Sociological Review*, vol. XXIV, 1959, pp. 164-176).
86. CLOWARD, R. A., et OHLIN, L. E., *Delinquency and opportunity*, Glencoe, Illinois, Free Press, 1960.
87. COCKETT, R., et MARKS, V., *Amphetamine taking among young offenders*, (*British Journal of Psychiatry*, vol. CXV, 1969, pp. 1203 et 1204).

122-82-1
 P5
 P2 1160

D *Motivation et autres causes du phénomène de la drogue*

88. COFER, C. N., et APPLEY, M. H., *Motivation: theory and research*, New York, Wiley, 1964.
89. CONNELL, P. H., *Addiction to amphetamines*, (St. Bartholomew's Hospital Journal, 1967, p. 71).
90. CONNELL, P. H., *Amphetamine psychosis*, Londres, Chapman et Hall, 1958.
91. CONNELL, P. H., *The assessment and treatment of adolescent drug-takers with special reference to the amphetamines*, (Proceedings of the Leeds Symposium on Behavioral Disorders, Dagenham, May et Becker, 1965).
92. CORLISS, L. M., *A review of the evidence on glue-sniffing: a persistent problem*, (Journal of School Health, vol. XXXV, 1965, pp. 442-449).
93. COX, C. et SMART, R. G., *Personality and psychopathological traits of speed users: a study of MMPI results*, document inédit, Project J-183, Addiction Research Foundation, Toronto, 1970.
94. COX, C. et SMART, R. G., *Social and psychological aspects of speed use: a study of types of speed users in Toronto*, (International Journal of the Addictions, vol. VII, 1972, pp. 201-217).
95. CRITCHLEY, M., *Some forms of drug addictions: mescalism*, (British Journal of Inebriety, vol. XXVIII, 1931, pp. 99-108).
96. CROOK, R. K. N., *Social change, alienation and youth: a sociological analysis*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1970.
97. CROWLEY, R. M., *Psychoanalytic literature on drug addiction and alcoholism*, (Psychoanalytic Review, vol. XXVI, 1939, pp. 39-54).
98. CRUZ-COKE, R., et VALERA, A., *Genetic factors in alcoholism*, dans *Alcohol and alcoholism*, rédigé sous la direction de Popham, R. E., Toronto, University of Toronto Press, 1970, pp. 284-289.
99. DAI, B., *Opiate addiction in Chicago*, Shanghai, Commercial Press, 1937.
100. DALY, C. U., (sans la direction de), *Urban violence*, University of Chicago Press, 1969, Université de Chicago, Centre for Policy Study.
101. DAVIS, F., et MUNOZ, L., *Heads and freaks: patterns and meanings of drug use among hippies*, (Journal of Health and Social Behavior, vol. IX, 1968, pp. 156-164).
102. DAVIS, J. D., Lulenski, G. C., et MILLER, N. E., *Comparative studies of barbiturate self-administration*, (International Journal of the Addictions, vol. III, 1968, pp. 207-214).
103. DE ALARCON, R., *The communicability of drug abuse in adolescence*, document inédit, Clinical Psychiatry Unit, Graylingwell Hospital, Chichester, Sussex, Angleterre, 1971.
105. DEFLEUR, L. B., BALL, J. C., et SNARR, R. W., *The long-term social correlates of opiate addiction*, (Social Problems, vol. XVII, 1969, pp. 225-234).
106. DE LINT, J., et SCHMIDT, W., *The epidemiology of alcoholism*, dans *Biological basis of alcoholism*, rédigé sous la direction de Israel, Y., Mardones, J., New York, Wiley, 1971, pp. 423-442.
107. DENEAU, G. A. YANAGITA, T., et SEEVERS, M. H., *Psychic dependence studies of self-administration techniques in the rhesus monkey*, Houston, Texas, Committee on Drug Addiction and Narcotics, NRC-NAS, 1965.
108. DE QUINCY, T., *Confessions of an English opium eater, and other writings*, Toronto, New American Library of Canada, 1966.
109. DE ROPP, R. S., *The master game: beyond the drug experience*, New York, Dell, 1968.
110. DOLE, V. P., *Research on methadone maintenance treatment*, (International Journal of the Addictions, vol. V, 1970, pp. 359-373).

Références

111. DOLE, V. J., et NYSWANDER, M. E., *Heroin addiction: a metabolic disease*, (Archives of Internal Medicine, vol. CXX, 1967, pp. 19-24).
112. DOYON, P., *L'actualisation de soi chez les adeptes de la drogue*, (Toxicomanies, vol. IV, 1971, pp. 257-306).
113. DUSTER, T., *The legislation of morality: law, drugs and moral judgement*, New York, Free Press, 1970.
114. EDDY, N. B., HALBACH, H., ISBELL, H., et SEEVERS, M. H., *Drug dependence: its significance and characteristics*, (Bulletin of the World Health Organization, vol. XXXII, 1965, pp. 721-733).
115. EFRON, V., *Review of B. M. Segal, Alcoholism: clinical, sociopsychological and biological problems*, (Quarterly Journal of Studies on Alcohol, vol. XXX, 1969, pp. 831-833).
116. EFRON, V., *Sociological and cultural factors in alcohol abuse*, dans *Alcohol and alcoholism*, rédigé sous la direction de Popham, R. E., Toronto, University of Toronto Press, 1970, pp. 290-293.
117. ERIKSON, E. H., *Childhood and society*, 2^e édition, New York, Norton, 1964.
118. ESSIG, C. F., *Addiction to barbiturate and nonbarbiturate sedative drugs*, dans *The addictive states*, rédigé sous la direction de Wikler, A., Baltimore, Williams et Wilkins, 1968, pp. 188-198.
119. FALLDING, H., *The source and burden of civilization illustrated in the use of alcohol*, (Quarterly Journal of Studies on Alcohol vol. XXV, 1964, pp. 714-724).
120. FEJER, D., et SMART, R. G., *Drug use, anxiety and psychological problems among adolescents*, (Ontario Psychologist, vol. IV, 1972, pp. 10-21).
121. FELDMAN, H. W., *Ideological supports to becoming and remaining a heroin addict*, (Journal of Health and Social Behavior, vol. IX, 1968, pp. 131-139).
122. FELIX, R. H., *An appraisal of the personality types of the addict*, (American Journal of Psychiatry, vol. C, 1944, pp. 462-467).
123. FELIX, R. H., *Some comments on the psychopathology of drug addiction*, (Mental Hygiene, vol. XXIII, 1939, pp. 567-582).
124. FENICHEL, O., *The psychoanalytic theory of neurosis*, New York, Norton, 1945.
125. FINESTONE, H., *Cats, kicks, and color*, (Social Problems, vol. V, n° 1, 1957, pp. 3-13).
126. FISCHMANN, V. S., *Stimulant users in the California Rehabilitation Center*, (International Journal of the Addictions, vol. III, 1968, pp. 113-130).
127. FORT, J., *The pleasure seekers: the drug crisis, youth and society*, New York, Bobbs-Merrill, 1969.
128. FREDMAN, W. F., *On the use and abuse of LSD*, (Archives of General Psychiatry, vol. XVIII, 1968, pp. 330-347).
129. FREUD, S., *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Londres, Hogarth, 1955.
130. FREUD, S., *Three essays on the theory of sexuality*, version anglaise par Strachey, J., Londres, Hogarth, 1962.
131. GELLMAN, V., *Glue-sniffing among Winnipeg school children*, (Canadian Medical Association Journal, vol. XCVIII, 1968, pp. 411-413).
132. GENDREAU, P., et GENDREAU, L. P., *The "addiction-prone" personality: a study of Canadian heroin addicts*, (Canadian Journal of Behavioural Science, vol. II, 1970, pp. 18-25).
133. GERARD, D. L., et KORNETSKY, C., *Adolescent opiate addiction: a study of control and addict subjects*, (Psychiatric Quarterly vol. XXIX, 1955, pp. 457-486).

PS 1160
 PS 821

D *Motivation et autres causes du phénomène de la drogue*

134. GIBBINS, R. J., *Chronic alcoholism and alcohol addiction*, Toronto, University of Toronto Press, 1953.
135. GIFFEN, P. J., LAMBERT, S., MORTON, M., et OKI, G., *The Chronic drunkenness offender*, 9^e partie : *Education and work*, document inédit, Project 52, Substudy 1-11 et 24 et Mo et 16-69, Addiction Research Foundation, Toronto, 1969.
136. GIFFEN, P. J., LAMBERT, S., et WILLIAMS, D., *The chronic drunkenness offender*, 10^e partie : *Criminal career*, document inédit, Project 52, Substudy 1-11 et 24 et W-69, Addiction Research Foundation, Toronto, 1969.
137. GILBERT, J. G., et LOMBARDI, D. N., *Personality characteristics of young male narcotic addicts*, (*Journal of Consulting Psychology*, vol. XXXI, 1967, pp. 536-538).
138. GLOBETTI, G., et WINDHAM, G. O., *The social adjustment of high school students and the use of beverage alcohol*, (*Sociology and Social Research*, vol. LI, 1967, pp. 148-157).
139. GLOVER, E., *The aetiology of alcoholism*, (*Proceedings of the Royal Society Medicine*, vol. XXI, 1928, p. 45).
140. GLOVER, E., *On the aetiology of drug addiction*, (*International Journal of Psycho-Analysis*, vol. XIII, 1932, pp. 298-328).
141. GOODE, E., *The marijuana smokers*, New York, Basic, 1970.
142. GRANDE-BRETAGNE, Ministry of Health, Department of Health for Scotland, *Drug Addiction : Report of the Interdepartmental Committee on Drug Addiction*, Londres, Her Majesty's Stationary Office, 1961.
143. GRANDE-BRETAGNE, Ministry of Health, Departmental Committee on Morphine and Heroin Addiction, *Report*, Londres, 1926. Cité par Lewis, A., *Introduction: definitions and perspectives*, dans *Scientific basis of drug dependence*, rédigé sous la direction de Steinberg, H., Londres, Churchill, 1969.
144. GREEN, M., *The amphetamines and amphetamine-like drugs: patterns of use*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
145. GREEN, M., *Committed users study*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
146. GRIFFITH, J. D., *Psychiatric implication of amphetamine abuse*, dans *Amphetamine abuse*, rédigé sous la direction de Russo, J. R., Springfield, Illinois, Thomas, 1968, pp. 15-31.
147. GRIFFITH, J. D., *A study of illicit amphetamine drug traffic in Oklahoma City*, (*American Journal of Psychiatry*, vol. CXXIII, 1966, pp. 560-569).
148. GROVES, W. E., *Patterns of college student drug use and lifestyles*, communication à l'Epidemiology of Drug Use Conference, San Juan, Porto Rico, 12 au 14 février 1973.
149. HAAGEN, C. H., *Social and psychological characteristics associated with the use of marijuana by college men*, Middletown, Connecticut, Wesleyan University Press, 1970.
150. HABERMAN, P. W., et SIENBERG, J., *Implicative drinking reported in a household survey: a corroborative note on subgroup differences*, (*Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, vol. XXVIII, 1967, pp. 538-543).
151. HAMPTON, W. H., *Observed psychiatric reactions following use of amphetamine and amphetamine-like substances*, (*Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. XXXVII, 1961, pp. 167-175).
152. HAWKS, D., *The epidemiology of narcotic addiction in the United Kingdom*, communication à l'Epidemiology of Drug Use Conference San Juan, Porto Rico, 12 au 14 février 1973.
153. HAWKS, D., MITCHELSON, M., OGBORN, A., et EDWARDS, G., *Abuse of methylamphetamine*, (*British Medical Journal*, vol. II, 1969, pp. 715-721).

154. HEADLEE, C. P. COPPOCK, H. W., et NICHOLS, J. R., *Apparatus and techniques involved in a laboratory method of detecting the addictiveness of drugs*, (Journal of the American Pharmaceutical Association, édition scientifique, vol. XLIV, 1955, pp. 229-231).
155. HEBB, D. O., *A textbook of psychology*, 2^e édition, Philadelphie, Saunders, 1966.
156. HEKIMIAN, L. J., et GERSHON, S., *Characteristics of drug abusers admitted to a psychiatric hospital*, (Journal of the American Medical Association, vol. CCV, 1968, pp. 125-130).
157. HENDERSON, I., *An exploration of the natural history of heroin addiction*, Vancouver, Narcotic Addiction Foundation of British Columbia, 1970.
158. HERMAN, M., et NAGLER, S. H., *Psychoses due to amphetamine*, (Journal of Nervous and Mental Diseases, vol. CXX, 1954, pp. 268-272).
159. HESS, A. G., *Deviance theory and the history of opiates*, (International Journal of the Addictions, vol. VI, 1971, pp. 585-598).
160. HESSE, E., *Narcotics and drug addiction*, New York, Philosophical Library, 1946.
161. HILL, H. E., HAERTZEN, C. A., et DAVIS, H., *An MMPI factor analytic study of alcoholics, narcotic addicts and criminals*, (Quarterly Journal of Studies on Alcohol, vol. XXIII, 1962, pp. 411-431).
162. HILL, H. E., HAERTZEN, C. A., et YAMAHIRO, R. S., *The addict physician: a Minnesota multiphasic personality inventory study of the interaction of personality characteristics and availability of narcotics*, dans *The addictive states*, rédigé sous la direction de Wikler, A., Baltimore, Williams et Wilkins, 1968, pp. 321-332.
163. HIMMELSBACH, C. K., *Can the euphoric analgetic and physical dependence effects of drugs be separated?*, 4^e partie : *With reference to physical dependence*, (Federation Proceedings, vol. II, 1943, pp. 201-203).
164. HOCHMAN, J. S., et BRILL, N. Q., *Marijuana use and psychosocial adaptation*, document inédit, Center for the Health Sciences, Université de Californie, Los Angeles, 1971.
165. HOFFER, E., *The true believer*, New York, Harper, 1951.
166. HOFMANN, A., *The discovery of LSD and subsequent investigations on naturally occurring hallucinogens*, dans *Discoveries in biological psychiatry*, rédigé sous la direction de Ayd, F. J., et Blackwell, B., Philadelphie, Lippincott, 1970.
167. HOGAN, R. MANKIN, D., CONWAY, J., et FOX, S., *Personality correlates of undergraduate marijuana use*, (Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. XXXV, 1970, pp. 58-63).
168. HONG KONG, Legislative Council, *The problem of narcotic drugs in Hong Kong*, Hong Kong, Government Press, 1959.
169. HORTON, D., *The functions of alcohol in primitive societies: a cross-cultural study*, (Quarterly Journal of Studies on Alcohol, vol. IV, 1943, pp. 199-320).
170. HOWARD, J., et BORGES, P., *Needle sharing in the Haight: some social and psychological functions*, (Journal of Health and Social Behavior, vol. XI, 1970, pp. 220-230).
171. HUGHES, P. H., et CRAWFORD, G. A., *A contagious disease model for researching and intervening in heroin epidemics*, (Archives of General Psychiatry, vol. XXVII, 1972, pp. 149-155).
172. HULL, C. L., *Principles of behavior: an introduction to behavior theory*, New York, Appleton-Century-Crofts, 1943.
173. HUXLEY, A. L., *The doors of perception and Heaven and hell*, Harmondsworth, Angleterre, Penguin, 1969.
174. ISBELL, H., *Meeting a growing menace: drug addiction*, (Merck Report, vol. LX n° 3, 1951, pp. 4-9).

05-1160
 P5 821

D Motivation et autres causes du phénomène de la drogue

175. ISBELL, H., *Perspectives in research on addiction*, dans *Narcotics*, rédigé sous la direction de Wilner, D. M., et Kassebaum, G. G., New York, McGraw-Hill, 1965.
176. JAFFE, J. H., *Drug addiction and drug abuse*, dans *The pharmacological basis of therapeutics*, rédigé sous la direction de Goodman, L. S., et Gilman, A., 4^e édition, Toronto, Macmillan, 1970, pp. 276-313.
177. JAFFE, J. H., et SHARPLESS, S. K., *Pharmacological denervation supersensitivity in the central nervous system: a theory of physical dependence*, dans *The addictive states*, rédigé sous la direction de Wikler, A., Baltimore, Williams et Wilkins, 1968, pp. 226-246.
178. JAMES, I. P., et D'ORBAN, P. T., *Patterns of delinquency among British heroin addicts*, (Bulletin on Narcotics, vol. XXII, 1970, pp. 13-19).
179. JAMISON, K., *Psychological and sociological perspectives in narcotics addiction*. Appendice B dans McGlothlin, W. H., Tabbush, V. C., Chambers, C. D., et Jamison, K., *Alternative approaches to opiate addiction control: costs, benefits and potential*, document inédit, Department of Psychology, Université de Californie, Los Angeles, 1972.
180. JANOWITZ, J. F., *There's no hiding place down there*, (American Journal of Orthopsychiatry, vol. XXXVII, 1967, p. 296).
181. JELLINECK, E. M., *The disease concept of alcoholism*, New Haven, Connecticut, Hillhouse, 1960.
182. JELLINECK, E. M., *Recent trends in alcoholism and in alcohol consumption*, (Quarterly Journal of Studies on Alcohol, vol. VIII, 1947, pp. 1-42).
183. JESSOR, R. CARMAN, R. S., et GROSSMAN, P. H., *Expectations of need satisfaction and drinking patterns of college students*, (Quarterly Journal of Studies on Alcohol, vol. XXIX, 1968, pp. 101-116).
184. JONES, M. C., *Personality correlates and antecedents of drinking patterns in adult males*, (Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. XXXII 1968, pp. 2-12).
185. KALLANT, O. J., *The amphetamine: toxicity and addiction*, Toronto, University of Toronto Press, 1966.
186. KELLER, M., et EFRON, V., *The prevalence of alcoholism*, (Quarterly Journal of Studies on Alcohol, vol. XVI, 1955, pp. 619-644).
187. KENISTON, K., *Heads and seekers: drugs on campus, counter-cultures and American society*, (American Scholar, vol. XXXVIII, 1968, pp. 97-112).
188. KENISTON, K., *The uncommitted: alienated youth in American society*, New York, Dell, 1965.
189. KIELHOLZ, P., *Present problems of drug dependence in Switzerland*, (Bulletin on Narcotics, vol. XXII, 1970, pp. 1-6).
190. KILOH, L. G., et BRANDON, S., *Habituation and addiction to amphetamines*, (British Medical Journal, vol. II, 1962, pp. 40-43).
191. KLEBER, H. D., *Student use of hallucinogens*, (College Health, vol. XIV, 1965, pp. 109-117).
192. KNUPFER, G., et ROOM, R., *Drinking patterns and attitudes of Irish, Jewish and white protestant American men*, (Quarterly Journal of Studies on Alcohol, vol. XXVIII, 1967, pp. 676-699).
193. KOLB, L., *Drug addiction: a medical problem*, Springfield, Illinois, Thomas, 1962.
194. KOLB, L., *Pleasure and deterioration from narcotic addiction*, (Mental Hygiene, vol. IX, 1925, pp. 699-724).
195. KOLB, L., *Types and characteristics of drug addicts*, (Mental Hygiene, vol. IX, 1925, p. 300).

Références

196. KOLB, L., et OSSENFORT, W. F., *Treatment of drug addicts at the Lexington Hospital*, (Southern Medical Journal, vol. XXXI, 1938, pp. 914-922).
197. KRAMER, J. C., *Introduction to amphetamine abuse*, (Journal of Psychedelic Drugs, vol. II, n° 2, 1969, pp. 1-16).
198. KRAMER, J. C., FISCHMANN, V. S., et LITTLEFIELD, D. C., *Amphetamine abuse: pattern and effects of high doses taken intravenously*, (Journal of the American Medical Association, vol. CCI, 1967, pp. 305-309).
199. KRIPPNER, S., *Marijuana and Viet Nam: twin dilemmas for American youth*, communication à la convention annuelle de la Brooklyn Psychological Association, New York, 16 novembre 1968.
200. KRUG, D. C., SOKOL, J., et NYLANDER, I., *Inhalation of Commercial solvents: a form of deviance among adolescents*, dans *Drug addiction in youth*, rédigé sous la direction de Harms, E., Londres, Pergamon, 1965, pp. 36-45.
201. KUMAR, R., STEINBERG, H., et STOLERMAN, I. P., *Inducing a preference for morphine in rats without premedication*, (Nature, vol. CCXVIII, 1968, pp. 564 et 565).
202. LABARRE, W., *Acute adverse reactions to LSD in clinical and experimental use in the United Kingdom*, (British Journal of Psychiatry, vol. CXVIII, 1971, pp. 229 et 230).
203. LABARRE, W., *Primitive psychotherapy in native American cultures: peyotism and confession*, (Journal of Abnormal and Social Psychology, vol. XXIV, 1947, pp. 294-309).
204. LAFOREST, L., *La consommation de drogues chez les étudiants du secondaire et du collégial de l'Île de Montréal*, document inédit, Office de la Prévention et du Traitement de l'Alcoolisme et des autres Toxicomanies, Québec, 1969.
205. LANCASTER, B., et ROCKLEY, G. J., *Amphetamine taking among young offenders*, (British Journal of Psychiatry, vol. CXVI, 1970, pp. 349 et 350).
206. LANGROD, J., *Secondary drug use among heroin users*, document inédit, Columbia University, Bureau of Applied Social Research, New York, 1969.
207. LANPHER, C. M., et PHILLIPS, S. B., *The non-medical use of drugs and associated attitudes: a national household survey*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
208. LANPHER, C. M., et PHILLIPS, S. B., *Secondary school students and non-medical drug use: a study of students enrolled in grades seven through thirteen*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
209. LANPHER, C. M., et PHILLIPS, S. B., *University students and non-medical drug use: a national survey*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
210. LARNER, J. (sous la direction de), et TEFFERTELLER, R., *The addict in the street*, New York, Grove, 1964.
211. LARSEN, D. E., et ABU-LABAN, B., *Norm qualities and deviant drinking behavior*, (Social Problems, vol. XV, 1968, pp. 441-450).
212. LASAGNA, L., VON FELSINGER, J. M., et BEECHER, H. K., *Observations on healthy subjects, chronically ill patients and "post-addicts"*, 1^{re} partie : *Drug-induced mood changes in man*, (Journal of the American Medical Association, vol. CLVII, 1955, pp. 1006-1020).
213. LASKOVITZ, D., *Psychological characteristics of the adolescent addict*, dans *Drug addiction in youth*, rédigé sous la direction de Harms, E., Londres, Pergamon, 1965, pp. 67-85.
214. LATCHFORD, M., et McDONALD, L., *Comparative international study of alcoholism*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
215. LEARY, T., *High priest*, Cleveland, World, 1968.

PS 821.
 PS 1160

D *Motivation et autres causes du phénomène de la drogue*

216. LEARY, T., *The politics of ecstasy*, New York, Putnam, 1968.
217. LEBLANC, M., *Drogue-Jeunesse : Montréal, été 1970*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
218. LEDERMANN, S., *Alcool-Alcoolisme-Alcoolisation*, Paris, Presses universitaires de France, 1956.
219. LEVENGOOD, R. LOWINGER, P., et SCHOOF, K., *Heroin addiction in the suburbs: an epidemiologic study*, document inédit, Lafayette Clinic, Detroit, Michigan, 1971.
220. LEVINE, S. V., LLOYD, D. D., et LONGDON, W. H., *The speed user: somial and psychological factors in amphetamine abuse*, (Canadian Psychiatric Association Journal, vol. XVII, 1972, pp. 229-241).
221. LINDESMITH, A. R., *The addict and the law*, Bloomington, Indiana, Indiana University Press, 1965.
222. LINDESMITH, A. R., *Addiction and opiates*, Chicago, Aldine, 1968.
223. LINDESMITH, A. R., *The drug addict as a psychopath*, (American Sociological Review, vol. V, 1940, pp. 914-920).
224. LINDESMITH, A. R., *Opiate addiction*, Bloomington, Indiana, Principia, 1947.
225. LINDESMITH, A. R., *Problems in the social psychology of addiction*, dans *Narcotics*, rédigé sous la direction de Wilner, D. M., et Kassenbaum, G. G., New York, McGraw-Hill, 1965, pp. 118-139.
226. LINDESMITH, A. R., *Psychology of addiction*, dans *Principles of psychopharmacology*, rédigé sous la direction de Clark, W. G., New York, Academic, 1970, pp. 471-476.
227. LINDESMITH, A. R., et GAGNON, J. H., *Anomie and drug addiction*, dans *Anomie, and deviant behavior*, rédigé sous la direction de Clinard, M. B., Glencoe, Illinois, Free Press, 1965, pp. 158-188.
228. LISANKY, E. S., *The etiology of alcoholism: the role of psychological predisposition*, (Quarterly Journal of Studies on Alcohol, vol. XXI, 1960, pp. 314-343).
229. LOLLI, G., *Alcoholism as a disorder of the love disposition*, (Quarterly Journal of Studies on Alcohol, vol. XVII, 1956, pp. 96-107).
230. LOLLI, G., *The cocktail hour: physiological, psychological and social aspects*, dans *Alcohol and civilization*, rédigé sous la direction de Lucia, S. P., New York, McGraw-Hill, 1963, pp. 183-199.
231. LONGDON, W. H., *A psychodynamic study of the young female "speed" user*, communication à l'Ontario Psychiatric Association Annual Meeting, Toronto, 1971.
232. LOURIA, D. B., *The drug scene*, New York, McGraw-Hill, 1968.
233. LUBIN, S., BLUMBERGER, S., DIEZ D'AUX, R., GARFINKLE, E., GOLDHAMER, P., GROULX, B., KAHN, R., et WEINER, H., *Stress and drug use among medical students at McGill University*, document inédit, Montréal, 1971.
234. LUKOFF, I. F., QUATRONE, D., et SARDELL, A., *Some aspects of the epidemiology of heroin use in a ghetto community: a preliminary report*, document inédit, Columbia University School of Social Work, New York, 1972.
235. MACDONALD, L., "Psychopathology" of "narcotic addiction": a new point of view, dans *Drug addiction in youth*, rédigé sous la direction de Harms, E., New York, Pergamon, 1965, pp. 56-66.
236. MACKAY, J. R., PHILLIPS, D. L., et BRYCE, F. O., *Drinking behavior among teen-agers: a comparison of institutionalized and non-institutionalized youth*, Journal of Health and Social Behavior, vol. VIII, 1967, pp. 46-54).
237. MADDUX, J. F., *Hospital management of the narcotic addict*, dans *Narcotics*, rédigé sous la direction de Wilner, D. M., et Kassebaum, G. G., New York, McGraw-Hill, 1965, pp. 159-176.

238. MANHEIMER, D. I., *Marijuana use among adults in two San Francisco Bay area locales*, communication à la Conference on Drug Usage and Drug Subcultures, Asilomar, Californie, 12 février 1970.
239. MANKIN, D., HOGAN, R., CONWAY, J., et FOX, S., *Personality correlates of undergraduate marijuana use*, communication à l'assemblée annuelle de l'Eastern Psychological Association, Philadelphie, 10 avril 1969.
240. MANNHEIM, H., et WILKINS, L. T., *Prediction methods in relation to Borstal training*, Londres, Her Majesty's Stationery Office, 1955.
241. MARCHUK, E., *Montreal report*, dans Green, M., *Committed users study*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
242. MARTIN, J. E., et INGLIS, J., *Pain tolerance and narcotic addiction*, (British Journal of Social and Clinical Psychology, vol. IV, 1965, pp. 224-229).
243. MASLOW, A. H. *Motivation and personality*, New York, Harper, 1954.
244. MASLOW, A. H., *Toward a psychology of being*, Princeton, New Jersey, Van Nostrand, 1962.
245. MASSERMAN, J. H., et YUM, K. S., *An analysis of the influence of alcohol on experimental neuroses in cats*, (Psychosomatic Medicine, vol. VIII, 1946, pp. 36-52).
246. MAURER, D. W., et VOGEL, V. H., *Narcotics and narcotic addiction*, 3^e édition, Springfield, Illinois, Thomas, 1967.
247. MAUSS, A. L., *Anticipatory socialization toward college as a factor in adolescent marijuana use*, (Social Problems, vol. XVI, 1969, pp. 357-364).
248. McAREE, C. P., STEFFENHAGEN, R. A., et ZHEUTLIN, L. S., *Personality factors in college drug users*, (International Journal of Social Psychiatry, vol. XV, 1969, pp. 102-106).
249. MCCLEARN, G. E., et RODGERS, D. A., *Differences in alcohol-preference among inbred strains of mice*, (Quarterly Journal of Studies on Alcohol vol. XX, 1959, pp. 691-695).
250. MCCLELLAND, D. C., *The achieving society*, Princeton, New Jersey, Van Nostrand, 1961.
251. MCCLELLAND, D. C., *Personality*, New York, Sloane, 1951.
252. McCORD, W., et McCORD, J., *Origins of alcoholism*, Stanford, Californie, Stanford University Press, 1960.
253. McCORD, W., McCORD, J., et GUDEMAN, J., *Some current theories of alcoholism: a longitudinal evaluation*, (Quarterly Journal of Studies on Alcohol, vol. XX, 1959, pp. 727-749).
254. MCGLOTHLIN, W. H., *The epidemiology of hallucinogenic drug use*, communication à la Conference on the Epidemiology of Drug Use, San Juan, Porto Rico, 12 au 14 février 1973.
255. MCGLOTHLIN, W. H., *Policies concerning hallucinogenic drugs*, dans *Policy concerning drug abuse in New York State*, vol. II, rédigé sous la direction de Bruce-Briggs, B., Nuthmann, C., McGlothlin, W. H., et Truitt, E. B., Croton-on-Hudson (N.Y.), Hudson Institute, 1970, pp. 27-47.
256. MCGLOTHLIN, W. H., ARNOLD, D. O., et ROWAN, P. K., *Marijuana use among adults*, (Psychiatry, vol. XXXIII, 1970, pp. 433-443).
257. MCGLOTHLIN, W. H., et COHEN, S., *The use of hallucinogenic drugs among college students*, (American Journal of Psychiatry, vol. CXXII, 1965, pp. 572-574).
258. MEAD, M., *The changing culture of an Indian tribe*, New York, Columbia University Press, 1932.
259. MEERLOO, J. A. M., *Artificial ecstasy: a study of the psychosomatic aspects of drug addiction*, (Journal of Nervous and Mental Diseases, vol. CXV, 1952, pp. 246-266).

D *Motivation et autres causes du phénomène de la drogue*

260. MENDELSON, J. H., *Alcohol*, dans *Principles of psychopharmacology*, rédigé sous la direction de Clark, W. G., et coll., New York, Academic, 1970, pp. 505-516.
261. MENNINGER, K. A., *Man against himself*, New York, Harcourt Brace, 1938.
262. MERTON, R. K., *Social theory and social structure* (édition augmentée), New York, Free Press, 1968.
263. MESSINGER, E., et ZITRIN, A. A., *A statistical study of criminal drug addicts: psychosis, psychoneurosis, mental deficiency, and personality types* (Crime and Delinquency, vol. XI, 1965, pp. 283-292).
264. MICHIGAN, Special House Committee on Narcotics, *Drug dependence in Michigan: a study of attitudes and actions of the young people of Michigan*. Un condensé du rapport du Michigan Special House Committee on Narcotics, 1969, pp. 257-267.
265. MILLS, C. W., *Situated actions and vocabularies of motive*, (American Sociological Review, vol. V, 1940, pp. 904-913).
266. MIRIN, S. M., SHAPIRO, L. M., MEYER, R. E., PILLARD, R. C., et FISHER, S., *Casual Versus heavy use of marijuana: a redefinition of the marijuana problem*, (American Journal of Psychiatry, vol. CXXVII, 1971, pp. 54-60).
267. MODLIN, H. C., et MONTES, A., *Narcotics addiction in physicians*, (American Journal of Psychiatry, vol. CXXI, 1964, pp. 358-365).
268. MOGAR, R. E., *The psychedelic drugs and human potentialities*, dans *Explorations in human potentialities*, rédigé sous la direction de Otto, H. A., Springfield, Illinois, Thomas, 1966, pp. 442-453.
269. MONOD, J., *Les barjots, essai d'ethnologie des bandes de jeunes*, Paris, Julliard, 1968.
270. MONSOUR, K. J., *Management of chronic alcoholism in the army*, (Bulletin of U. S. Army Medical Department, vol. VIII, 1948, pp. 882-887).
271. MOOREHEAD, N. C., *Amphetamine consumption in Northern Ireland*, (Journal of the Irish Medical Association, vol. LXI, n° 369, 1968, pp. 80-84).
272. MURPHY, B. C., agent de recherches, région de l'Ouest, Service pénitentiaire canadien, lettre à la Commission, 1971.
273. MURPHY, B. C., *A quantitative test of the effectiveness of an experimental treatment programme for delinquent opiate addicts*, ministère du Solliciteur général du Canada, rapport du Centre de recherches n° 4, Ottawa, Information Canada, 1972.
274. MURPHY, B. C., *Response measures for assessing the effectiveness of training programs for delinquent addicts: a preliminary report on validation*, document inédit, Matsqui Institution, Abbotsford (B. C.), s.d.
275. MURPHY, B. C., *Rounders and squares: comparative attitudes of delinquent addicts and non-delinquent non-addicts in Vancouver, B.C.*, document inédit, Matsqui Institution, Abbotsford (B. C.), 1968.
276. MURPHY, C., *Halifax report*, dans Green, M., *Committed users study*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
277. MURRAY, H. A., et COLL., *Explorations in personality: a clinical and experimental study of fifty men of college age by the workers at the Harvard psychological clinic*, Londres, Oxford University Press, 1938.
278. NARCOTIC ADDICTION FOUNDATION OF BRITISH COLUMBIA, Research Department, *Drug use among Vancouver secondary students*, document inédit, Vancouver, 1971.
279. NICHOLS, J. R., *How opiates change behavior*, (Scientific American, vol. CCXII, n° 2, 1965, pp. 80-88).
280. NICHOLS, J. R., *Opiates as reinforcing agents: some variables which influence drug seeking in animals*, colloque présenté à l'assemblée de l'American Psychological Association, Washington, 1967.

281. NICHOLS, J. R., et HSIAO, S., *Addiction liability of albino rats: breeding for quantitative differences in morphine drinking*, (Science, vol. CLVII, 1967, pp. 561-563).
282. NORTON, W. A., *The marihuana habit: some observations of a small group of users*, (Canadian Psychiatric Association Journal, vol. XIII, 1968, pp. 163-173).
283. NYSWANDER, M., *Drug addictions*, dans *American handbook of psychiatry*, rédigé sous la direction de Arieti, S., vol. 1, New York, Basic, 1959, pp. 614-622.
284. NYSWANDER, M., *The drug addict as patient*, New York, Grune et Stratton, 1956.
285. O'DONNELL, J. A., *Narcotic addiction and crime*, (Social Problems, vol. XIII, 1965, pp. 374-385).
286. O'DONNELL, J. A., *Narcotic addicts in Kentucky*, Public Health Service Publication n° 1881, Washington, U. S. Government Printing Office, 1969.
287. O'NEILL, M. J., *Monitoring study field reports: Montreal*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
288. O'NEILL, M. J., *Toronto report*, dans Green, M., *Committed users study*, programme de recherche de la Commission, document inédit, 1971.
289. PAYNE, E. G., *The menace of narcotic drugs*, New York, Prentice-Hall, 1931.
290. PEARLMAN, S., PHILIP, A. F., ROBBINS, L., ROBBINS, E. S., ROBINSON, E., et SCHMITTER, B., *The college drug scene: adventures in epidemiological research*, communication au Symposium on Students and Drugs, 55th Annual Convention of the American Educational Association, New York, février 1971.
291. PEARSON, M. M., et LITTLE, R. B., *The addictive process in unusual addictions: a further elaboration of etiology*, (American Journal of Psychiatry, vol. CXXV, 1969, pp. 1166-1171).
292. PESCOR, M. J., *Physician drug addicts*, (Diseases of the Nervous System, vol. III, 1942, pp. 173 et 174).
293. PESCOR, M. J., *A statistical analysis of the clinical records of hospitalized drug addicts*, Public Health Reports, supplément, n° 143, Washington, U. S. Government Printing Office, 1943.
294. PFEFFER, A. Z., et RUBLE, D. C., *Chronic psychoses and addiction to morphine*, (Archives of Neurology and Psychiatry, vol. LVI, 1946, pp. 665-672).
295. PITTEL, S. M., et HOFER, R., *The transition to amphetamine abuse*, dans *Proceedings of the Workshop on Current Concepts of Amphetamine Abuse*, Durham (N. C.), Duke University Medical Center, 1970.
296. PITTMAN, D. J., (sous la direction de), *Alcoholism*, New York, Harper et Row, 1967.
297. PITTMAN, D. J., et GORDON, C. W., *Revolving door: a study of the chronic police case inebriate*, Glencoe, Illinois, Free Press, 1958.
298. POPHAM, R. E., *Some social and cultural aspects of alcoholism*, (Canadian Psychiatric Association Journal, vol. IV, 1959, pp. 222-229).
299. POPHAM, R. E., *A statistical report relating to alcoholism and the use of alcoholic beverages in Canada*, (International Journal on Alcohol and Alcoholism, vol. I, 1955, pp. 5-22).
300. POPLAR, J. F., *Characteristics of nurse addicts*, (American Journal of Nursing, vol. LXIX, 1969, pp. 117-119).
301. POSTEL, W. B., *Marijuana use in Vietnam: a preliminary report*, (United States Army Vietnam Medical Bulletin, vol. XL, 1968, pp. 56-59).
302. PREBLE, E., *Social and cultural factors related to narcotic use among Puerto Ricans in New York City*, (International Journal of the Addictions, vol. I, 1966, pp. 30-41).
303. PREBLE, E., et CASEY, J. J., *Taking care of business: the heroin user's life on the street*, (International Journal of the Addictions, vol. IV, 1969, pp. 1-24).

Pg 821.

Pg 1160

D *Motivation et autres causes du phénomène de la drogue*

304. PRESTON, J. D., *Community norms and adolescent drinking behavior: a comparative study*, (Social Science Quarterly, vol. XLIX, 1968, pp. 350-359).
305. RADÓ, S., *Narcotic bondage: a general theory of the dependence on narcotic drugs*, dans *Problems of addiction and habituation*, rédigé sous la direction de Hoch, P. H., et Zubin, J., New York, Grune et Stratton, 1958, pp. 27-36.
306. RADÓ, S., *The psychic effects of intoxicants: an attempt to evolve a psycho-analytical theory of morbid cravings*, (International Journal of Psycho-Analysis, vol. VII, 1926, pp. 396-413).
307. RADÓ, S., *The psychoanalysis of pharmacothymia (drug addiction)*, (Psychoanalytic Quarterly, vol. II, 1933, pp. 1-23).
308. RAWLIN, J. W., *Street level abuse of amphetamine*, dans *Amphetamine abuse*, rédigé sous la direction de Russo, J. R., Springfield, Illinois, Thomas, 1968, pp. 51-65.
309. RAY, M. B., *The cycle of abstinence and relapse among heroin addicts*, dans *The other side : perspectives on deviance*, rédigé sous la direction de Becker, H. S., New York, Free Press, 1964, pp. 163-177.
310. REDLINGER, L. J., *Dealing in dope: market mechanisms and distribution patterns of illicit narcotics*, Ann Arbor, Michigan, University Microfilms, n° 70-6523, 1970. Thèse de doctorat, Northwestern University, Evanston, Illinois.
311. RESEARCH CENTER FOR HUMAN RELATIONS, *Family background as an ethiologic factor in personality predisposition to heroin addiction*, document inédit, Université de New York, 1956.
312. RESEARCH CENTER FOR HUMAN RELATIONS, *Heroin use and street gangs*, document inédit, Université de New York, 1956.
313. RICHARD, J. J., *Carré Saint-Louis*, Actuelle, Montréal, 1971.
314. RICHMAN, A., BORSCHINECK, A., et RIENZI, A., *Natural history of narcotic addiction*, (Canadian Psychiatric Association Journal, vol. IX, 1964, pp. 431-438).
315. RICHMAN, A., et HUMPHREY, B., *Epidemiology of criminal narcotic addiction in Canada*, (Bulletin on Narcotics, vol. XXI, 1969, pp. 31-40).
316. ROBBINS, T., *Characteristics of amphetamine addicts*, (International Journal of the Addictions, vol. V, 1970, pp. 183-193).
317. ROBINS, L. N., BATES, W. M., et O'NEAL, P., *Adult drinking patterns of former problem children, dans Society, culture and drinking patterns*, rédigé sous la direction de Pittman, D. J., et Snyder, C. R., New York, Wiley, 1962, pp. 395-412.
318. ROBINS, L. N., et MURPHY, G. E., *Drug use in a normal population of young negro men*, (American Journal of Public Health, vol. LVII, 1967, pp. 1580-1596).
319. ROGERS, C. R., *The actualization tendency in relation to "motives" and to consciousness*, dans *Nebraska symposium on motivation*, Lincoln, Nebraska, University of Nebraska Press, 1963, pp. 1-24.
320. ROSE, H. K., et GLATT, M. M., *A study of alcoholism as an occupation hazard of merchant seamen*, (Journal of Mental Science, vol. CVII, 1961, pp. 18-30).
321. ROSZAK, T., *The making of a counter culture*, Garden City (N. Y.), Doubleday, 1969.
322. RUBIN, T., et BABBS, J., *The glue sniffer*, (Federal Probation, vol. XXXIV, 1970, pp. 23-28).
323. RUBINGTON, E., *Drug addiction as a deviant career*, (International Journal of the Addictions, vol. II, 1967, pp. 3-20).
324. RUBINGTON, E., *Two types of drug use*, (International Journal of the Addictions, vol. III, 1968, pp. 291-318).
325. RUSSELL, J., *Survey of drug use in selected British Columbia schools*, Vancouver, Narcotic Addiction on Foundation of British Columbia, 1970.

Références

326. RUSSELL, J. S., *Drug use among Vancouver secondary school students*, copie mécanographique, Narcotic Addiction Foundation of British Columbia, Vancouver, 1971.
327. SADAVA, S. W., *The social psychology of non-medical drug use: a review and analysis*, document inédit, Institute of Behavioral Science, Université du Colorado, Boulder, 1969.
328. SADOUN, R., LOLLI, G., et SILVERMAN, M., *Drinking in French culture*, New Brunswick (N. J.), Rutgers Center of Alcohol Studies, 1965.
329. SARGENT, M. J., *Changes in Japanese drinking patterns*, (Quarterly Journal of Studies on Alcohol, vol. XXVIII, 1967, pp. 709-722).
330. SARGENT, M. J., *The conception of alcoholism as a mental illness*, (Quarterly Journal of Studies on Alcohol, vol. XXIX, 1968, pp. 974-978).
331. SARGENT, M. J., *Heavy drinking and its relation to alcoholism—with special reference to Australia*, (Australian and New Zealand Journal of Sociology, vol. IV, 1968, pp. 146-157).
332. SCHASRE, R., *Cessation patterns among neophyte heroin users*, (International Journal of the Addictions, vol. I, 1966, pp. 23-32).
333. SCHER, J., *Patterns and profiles of addiction and drug abuse*, (International Journal of the Addictions, vol. II, 1967, pp. 171-190).
334. SCHONFIELD, J., *Differences in smoking, drinking, and social behavior by race and delinquency status in adolescent males*, (Adolescence, vol. I, 1966-1967, pp. 367-380).
335. SCHUSTER, C. R., *Psychological approaches to opiate dependence and self-administration by laboratory animals*, (Federation Proceedings, vol. XXIX, 1970, pp. 2-5).
336. SCHUSTER, C. R., DOCKENS, W. S., et WOODS, J. H., *Behavioral variables, affecting the development of amphetamine tolerance*, (Psychopharmacologia, vol. IX, 1966, pp. 170-182).
337. SCHUSTER, C. R., et THOMPSON, T., *Self administration of and behavioral dependence on drugs*, (Annual Review of Pharmacology, vol. IX, 1969, pp. 483-502).
338. SCOTT, P. D., et WILLCOX, D. R. C., *Delinquency and the amphetamines*, (British Journal of Psychiatry, vol. CXI, 1965, pp. 865-875).
339. SEARS, R. R., *Dependency motivation*, dans *Nebraska symposium on motivation*, Lincoln, Nebraska, University of Nebraska Press, 1963, pp. 25-64.
340. SEEVERS, M. H., *Medical perspectives on habituation and addiction*, (Journal of the American Medical Association, vol. CLXXXI, 1962, pp. 92-98).
341. SEEVERS, M. H., et DENEAU, G. A., *Physiological aspects of tolerance and physical dependence*, dans *Physiological pharmacology*, rédigé sous la direction de Root, W. S., et Hofmann, F. G., vol. I, New York, Academic Press, 1963, pp. 565-640.
342. SELYE, H., *The stress of life*, New York, McGraw-Hill, 1956.
343. SHEPPARD, C. W., GAY, G. R., et SMITH, D. E., *The changing face of heroin addiction in the Haight-Ashbury subculture*, (Journal of Psychedelic Drugs, vol. III, n° 2, 1971, pp. 22-30).
344. SHERFEY, M. J., *Psychopathology and character structure in chronic alcoholism*, dans *Etiology of chronic alcoholism*, rédigé sous la direction de Diethelm, O., Springfield, Illinois, Thomas, 1955, pp. 16-42.
345. SHERLOCK, B. J., *Career problems and narcotics addiction in the health professions: an exploratory study*, (International Journal of the Addictions, vol. II, 1967, pp. 191-206).
346. SHUCK, F. E., SMITH, D. E., et MEYERS, F. H., *Use of amphetamine in the Haight-Ashbury subculture*, (Journal of Psychedelic Drugs, vol. II, n° 2, 1969, pp. 140-171).

ps 1160
 ps 821

D *Motivation et autres causes du phénomène de la drogue*

347. SHULMAN, H. M., *Juvenile delinquency in American society*, New York, Harper, 1961.
348. SIMMEL, E., *Alcoholism and addiction*, (Psychoanalytic Quarterly, vol. XVII, 1948, pp. 6-31).
349. SIMMEL, E., *Morbid habits and cravings*, (Psychoanalytic Review, vol. XVII, 1930, p. 481).
350. SIMMONS, J. L., et WINOGRAD, B., *It's happening: a portrait of the youth scene today*, Santa Barbara, Californie, Marc-Laird, 1966.
351. SKINNER, B. F., *The behavior of organisms: an experimental analysis*, New York, Appleton-Century, 1938.
352. SKOLNICK, J. H., *Religious affiliation and drinking behavior*, (Quarterly Journal of Studies on Alcohol, vol. XIX, 1958, pp. 452-470).
353. SLOTKIN, J. S., *The Peyote religion*, Glencoe, Illinois, Free Press, 1956.
354. SMART, R. G., FEJER, D., et ALEXANDER, E., *Drug use among high school students and their parents in Lincoln and Welland counties*, dans *Progress in drug abuse*, rédigé sous la direction de Blachly, P. H., Springfield, Illinois, Thomas, 1972, pp. 62-103.
355. SMART, R. G., et JACKSON, D., *A preliminary report on the attitudes and behaviour of Toronto students in relation to drugs*, Toronto, Addiction Research Foundation, 1969.
356. SMART, R. G., et JONES, D., *Illicit LSD users: their social background and drug use*, document inédit, Project J-183, Substudy 1-7 et Jo-69, Addiction Research Foundation, Toronto, 1969.
357. SMITH, D. E., *Speed freaks vs. acid heads: conflict between drug subcultures*, (Clinical Pediatrics, vol. VIII, n° 4, 1969, pp. 185-188).
358. SMITH, R. C., *The marketplace of speed: compulsive methamphetamine abuse and violence*, Ann Arbor, Michigan, University Microfilms, n° 70-12, 1970, Thèse de doctorat, Université de Californie, Berkeley.
359. SMITH, R. C., *The world of the Haight-Ashbury speed freak*, (Journal of Psychedelic Drugs, vol. II, 1969, pp. 172-188).
360. SNYDER, C. R., *Alcohol and the Jews: a cultural study of drinking and sobriety*, Glencoe, Illinois, Free Press, 1958.
361. SNYDER, C. R., *Inebriety, alcoholism, and anomie*, dans *Anomie and deviant behaviour: a discussion and critique*, rédigé sous la direction de Clinard, M. B. Glencoe, Illinois, Free Press, 1965, pp. 189-211.
362. SOLOMON, D. (sous la direction de), *The marijuana papers*, New York, New American Library, 1966.
363. STEFFENHAGEN, R. A., MCAREE, C. P., et ZHEUTLIN, L. S., *Social and academic factors associated with drug use on the University of Vermont campus*, (International Journal of Social Psychiatry, vol. XV, 1969, pp. 92-96).
364. STEINBERG, H. (sous la direction de), *Scientific basis of drug dependence: a symposium*, Londres, Churchill, 1969.
365. STEVENSON, G. H., LINGLEY, L. R. A., TRASOV, G. E., et STANFIELD, H., *Drug addiction in British Columbia*, document inédit, Université de Colombie-Britannique, Vancouver, 1956.
366. STIMSON, G. V., et OGBORNE, A. C., *A survey of a representative sample of addicts prescribed heroin at London clinics*, (Bulletin on Narcotics, vol. XXII, n° 4, 1970, pp. 13-22).
367. STRAUS, R., et BACON, S. D., *Drinking in college*, New Haven, Yale University Press, 1953.

Références

368. STRECKER, E. A., *Chronic alcoholism: a psychological survey*, (Quarterly Journal of Studies on Alcohol, vol. II, 1941, pp. 12-17).
369. SUCHMAN, E. A., *The "hang loose" ethic and the spirit of drug use*, (Journal of Health and Social Behaviour, vol. IX, 1968, pp. 146-155).
370. SUTTER, A. G., *Worlds of drug use on the street scene*, dans *Delinquency, crime and social process*, rédigé sous la direction de Cressey, D. R., et Ward, D. A., New York, Harper et Row, 1969, pp. 802-814 et 826-829.
371. SUÈDE, Narkomanvardskommittee (Committee on Drug Abuse), *Missbruk av central-stimularande medel* (Abuse of stimulants), dans le *Committee's Narkotika problemet* (The narcotics problem), vol. III, Stockholm, Statens offentliga utredningar Socialdepartementet, 1969, pp. 87-122.
372. TATUM, A. L., et SEEVERS, M. H., *Theories of drug addiction*, (Physiological Reviews, vol. XI, 1931, pp. 107-121).
373. THOMPSON, T., et OSTLUND, W., *Susceptibility to readdiction as a function of the addiction and withdrawal environments*, (Journal of Comparative and Physiological Psychology, vol. LX, 1965, pp. 388-392).
374. THOMPSON, T., et PICKENS, R., *Stimulant self-administration by animals: some comparisons with opiate self-administration*, (Federation Proceedings, vol. XXIX, 1970, pp. 6-12).
375. THOMPSON, T., et SCHUSTER, C. R., *Behavioral pharmacology*, Englewood Cliffs (N. J.), Prentice-Hall, 1968.
376. TOOKEY, H., *The increasing use of methamphetamine ("speed") among young people*, document inédit, Jewish Family and Child Service of Metropolitan Toronto, 1969.
377. ULLMAN, A. D., *Ethnic differences in the first drinking experience*, (Social Problems, vol. VIII, 1960, pp. 45-56).
378. ULLMAN, A. D., *Sociocultural backgrounds of alcoholism*, (Annals of the American Academy of Political and Social Science, vol. CCCXV, 1958, pp. 48-54).
379. ULLMAN, L. P., et KRASNER, L. A., *A psychological approach to abnormal behavior*, Englewood Cliffs (N.J.), Prentice-Hall, 1969.
380. U.S.A., Office of Economic Opportunity, *Uniform evaluation of programs to combat narcotic addiction: final report and Exhibit A—data collecting forms*, Friends of psychiatric research Inc., Baltimore, Maryland, 1970.
381. UNWIN, J. R., *Non-medical use of drugs with particular references to youth*, (Canadian Medical Association Journal, vol. CI, 1969, pp. 72-88). Point de vue exposé dans le mémoire de l'Association des médecins du Canada présenté à la Commission, 7 novembre 1969.
382. VAILLANT, G. E., *Parent-child cultural disparity and drug addiction*, (Journal of Nervous and Mental Diseases, vol. CXLII, 1966, pp. 534-539).
383. VAILLANT, G. E., *The natural history of urban narcotic drug addiction: some determinants*, dans *Scientific basis of drug dependence*, rédigé sous la direction de Steinberg, H., Londres, Churchill, 1969, pp. 341-361.
384. VAILLANT, G. E., *A twelve-year follow-up of New York narcotic addicts, 3^e partie : Some social and psychiatric characteristics*, (Archives of General Psychiatry, vol. XV, 1966, pp. 559-609).
385. VAILLANT, G. E., *A twelve-year follow-up of New York narcotic addicts: IV. Some Characteristics and determinants of abstinence*, (American Journal of Psychiatry, vol. CXXIII, pp. 573-584).
386. VOGEL, S., *An interpretation of medical and psychiatric approaches in the treatment of alcoholism*, (Quarterly Journal of Studies of Alcohol, vol. XIV, 1953, pp. 620-631).

ps 1160
 ps 821

D *Motivation et autres causes du phénomène de la drogue*

387. VON FELSINGER, J. M., LASAGNA, L., et BEECHER, H. K., *Personality and reactions to drugs, 2^e partie : Drug induced changes in man*, (Journal of the American Medical Association, vol. CLVII, 1955, pp. 1113-1118).
388. VON HOFFMAN, N., *We are the people our parents warned us against*, Chicago, Quadrangle Books, 1958.
389. WALD, P. M., et HUTT, P. B., *Dealing with drug abuse: a report to the Ford Foundation*, New York, Praeger, 1972.
390. WALDORF, D., *Careers in dope*, Englewood Cliffs (N.J.), Prentice-Hall, 1973.
391. WALDORF, D., *Life without heroin: some social adjustments during long-term periods of voluntary abstention*, (Social Problems, vol. XVIII, 1970, pp. 228-243).
392. WALLGREN, H., *Alcoholism and alcohol consumption*, (Alkoholpolitik, vol. IV, 1960, pp. 149 et 177-179).
393. WALSH, D., *Amphetamine dependence in Dublin*, (Journal of the Irish Medical Association, vol. LVIII, 1966, pp. 161-163).
394. WATKINS, C., *Use of amphetamine by medical students*, (Southern Medical Journal, vol. LXIII, 1970, pp. 923-929).
395. WATTS, A. W., *The joyous cosmology*, New York, Vintage, 1962.
396. WAY, E. L., *Control and treatment of drug addiction in Hong Kong*, dans *Narcotics*, rédigé sous la direction de Wilner, D. M., et Kassebaum, G. G., New York, McGraw-Hill, 1965.
397. WEEKS, J. R., et COLLINS, R. J., *Factors affecting voluntary morphine intake in self-maintained addicted rats*, (Psychopharmacologia vol. VI, 1964, pp. 267-279).
398. WELLMAN, M., *Towards an etiology of alcoholism: why young men drink too much*, (Canadian Medical Association Journal, vol. LXXIII, 1955, pp. 717-725).
399. WELPTON, D. F., *Psychodynamics of chronic lysergic acid diethylamide use: a clinical study of ten voluntary subjects*, (Journal of Nervous and Mental Diseases, vol. CXLVII, 1968, pp. 377-385).
400. WHITEHEAD, P. C., *Drug use among adolescent students in Halifax*, (édition révisée et augmentée), Halifax, Youth Agency, province de la Nouvelle-Écosse, 1970.
401. WHITEHEAD, P. C., *Head or brain? Drug use and academic performance*, document inédit, Department of Sociology, Université Dalhousie, Halifax, 1969.
402. WIKLER, A. (sous la direction de), *The addictive states*, Baltimore, Williams et Wilkins, 1968.
403. WIKLER, A., *Conditioning factors in opiate addiction and relapse*, dans *Narcotics*, rédigé sous la direction de Wilner, D. M., et Kassebaum, G. G., New York, McGraw-Hill, 1965.
404. WIKLER, A., *On the nature of addiction and habituation*, (British Journal of Addiction, vol. LVII, 1961, pp. 73-79).
405. WIKLER, A., *Opiate addiction: psychological and neurophysiological aspects in relation to clinical problems*, Springfield, Illinois, Thomas, 1953.
406. WIKLER, A., *Rationale of the diagnosis and treatment of addictions*, (Connecticut State Medical Journal, vol. XIX, 1955, pp. 560-569).
407. WIKLER, A., MARTIN, W. R., PESCOR, F. T., et EADES, C. G., *Factors regulating oral consumption of an oploid (etonitazene) by morphine-addicted rats*, (Psychopharmacologia, vol. V, 1963, pp. 55-76).
408. WIKLER, A., et PESCOR, F. T., *Classical conditioning of a morphine abstinence phenomenon, reinforcement of oploid-drinking behavior and "relapse" in morphine-addicted rats* (Psychopharmacologia, vol. X, 1967, pp. 255-284).
409. WIKLER, A., et PESCOR, F. T., *Persistence of "relapse-tendencies" of rats previously made physically dependent on morphine*, (Psychopharmacologia, vol. XVI, 1970, pp. 375-384).

Références

410. WILKER, A., et RASOR, R. W., *Psychiatric aspects of drug addiction*, (American Journal of Medicine, vol. XIV, 1953, pp. 566-570).
411. WILKINS, L.T., *A behavioural theory of drug taking*, (Howard Journal, vol. XI, 1962-1965, pp. 262-273).
412. WILKINS, L. T., *Social deviance: social policy, action and research*, Londres, Tavistock, 1964.
413. WILLIS, J. H., *The natural history of drug dependence: some comparative observations on United Kingdom and United States subjects*, dans *Scientific basis of drug dependence*, rédigé sous la direction de Steinberg, H., Londres, Churchill, 1969, pp. 301-321.
414. WILNER, D. M., et KASSEBAUM, G. G., *Narcotics*, New York, McGraw-Hill, 1965.
415. WINICK, C., *The life cycle of the narcotic addict and of addiction*, (Bulletin on Narcotics, vol. XVI, 1964, pp. 1-11).
416. WINICK, C., *Physician narcotic addicts*, dans *The other side*, rédigé sous la direction de Becker, H. S., New York, Free Press, 1964, pp. 261-279.
417. WINICK, C., *The use of drugs by jazz musicians*, (Social Problems, vol. VII, 1959-1960, pp. 240-253).
418. WINICK, C., et NYSWANDER, M., *Psychotherapy of successful musicians who are drug addicts*, (American Journal of Orthopsychiatry, vol. XXXI, 1961, pp. 622-636).
419. WINSLOW, R. W., *Society in transition: a social approach to deviancy*, New York, Free Press, 1970.
420. W H O/ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Drogues engendrant la toxicomanie*, Treizième rapport du Comité O.M.S. d'experts, (Série de rapports techniques n° 273, 1964).
421. YABLONSKI, L., *The hippie trip*, New York, Pegasus, 1968.
422. YORKE, C., *A critical review of some psychoanalytic literature on drug addiction*, (British Journal of Medical Psychology, vol. XLIII, 1970, pp. 141-159).
423. ZACUNE, J., STIMSON, G., OGBORNE, A., MITCHESON, M., et KOSVNER, A., *The assessment of heroin usage in a provincial community*, dans *Scientific basis of drug dependence*, rédigé sous la direction de Steinberg, H., Londres, Churchill, 1969, pp. 323-330.
424. ZIJDERVELD, A. C., *The abstract society*, Garden City (N. Y.), Doubleday, 1970.
425. ZIMMERING, P., TOOLAN, J., SAFRIN, R., et WORTIS, S. B., *Drug addiction in relation to problems of adolescence*, (American Journal of Psychiatry, vol. CIX, 1952-1953, pp. 272-277).
426. ZINBERG, N. E., et WEIL, A. T., *A comparison of marijuana users and non-users*, (Nature, vol. CCXXVI, 1970, pp. 119-123).
427. ZUCKER, R. A., *Sex-role identity patterns and drinking behavior of adolescents*, (Quarterly Journal of Studies on Alcohol, vol. XXIX, 1968, pp. 868-884).
428. ZWERLING, I., et ROSENBAUM, M., *Alcoholic addiction and personality (nonpsychotic conditions)*, dans *American handbook of psychiatry*, vol. 1, rédige sous la direction de Arieti, S., New York, Basic, 1969, pp. 623-644.

195 1160