



Centre for Addiction and Mental Health  
Centre de toxicomanie et de santé mentale

Centre de toxicomanie et  
de santé mentale

1001, rue Queen Ouest  
Toronto (Ontario)  
Canada M6J 1H4  
Tél : 416 535-8501

Centre collaborateur de  
l'OPS et de l'OMS

Affilié à part entière à  
l'Université de Toronto

[www.camh.ca](http://www.camh.ca)

## CADRE STRATÉGIQUE SUR LES OPIOÏDES D'ORDONNANCE

Mai 2017

*Ce document est une traduction du « [Prescription Opioid Policy Framework](#) » de CAMH,  
publié en octobre 2016.*

## Table des matières

<b>À propos de ce document .....</b>	<b>1</b>
<b>Bilan de la situation actuelle.....</b>	<b>2</b>
Les opioïdes d'ordonnance sont dangereux.....	2
L'usage des opioïdes d'ordonnance est très répandu et coûteux.....	4
La crise est imputable au système de santé .....	6
Les interventions stratégiques peuvent avoir des conséquences imprévues.....	8
<b>Quelles sont les interventions possibles? .....</b>	<b>10</b>
Mettre en œuvre des pratiques exemplaires pour le traitement de la douleur et la prescription des opioïdes.....	11
<i>Élargir l'accès à des traitements de la douleur non opioïdes et non pharmacologiques</i>	
<i>Modifier les pratiques de gestion de la douleur et l'enseignement sur la toxicomanie</i>	
<i>Actualiser les lignes directrices sur la prescription des opioïdes pour la douleur chronique et faire en sorte qu'elles soient mieux appliquées que les précédentes</i>	
<i>Restreindre l'accès aux formes galéniques d'opioïdes les plus dangereuses et prendre des mesures pour inciter les médecins à prescrire des formulations moins dangereuses</i>	
<i>Instaurer un programme officiel de suivi des ordonnances fondé sur le Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées</i>	
<i>Exercer un contrôle sur les pratiques de commercialisation des opioïdes et leur promotion</i>	
Continuer à moderniser le système de traitement des dépendances de l'Ontario.....	13
<i>Faciliter l'accès à la gamme complète des traitements fondés sur les données probantes</i>	
<i>Offrir les traitements dans des centres de soins primaires de proximité</i>	
Étendre les services de réduction des méfaits .....	16
<i>Continuer d'élargir l'accès à la naloxone</i>	
<i>Continuer à financer les services d'échange de seringues et les centres de consommation supervisés</i>	
<i>Adopter le projet de loi sur les bons samaritains</i>	
<i>Rétablir la réduction des méfaits en tant que pilier de la stratégie antidrogue du Canada</i>	
<b>Conclusion.....</b>	<b>18</b>
<b>Références .....</b>	<b>20</b>

## À propos de ce document

Le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) est le plus grand hôpital d'enseignement spécialisé en santé mentale et en traitement de la toxicomanie au Canada. C'est aussi l'un des principaux établissements de recherche au monde dans ces domaines. CAMH tient à jouer un rôle de premier plan dans la transformation de la perception du public à l'égard la maladie mentale, de l'alcoolisme et de la toxicomanie, de même que dans la mise en place d'un meilleur système de santé. Afin d'atteindre cet objectif, CAMH prodigue, aux parties prenantes et aux décideurs, des conseils stratégiques fondés sur des données probantes. Le présent document est le septième d'une série de cadres stratégiques publiés par CAMH. Comme les précédents, il examine les données, brosse un tableau de la situation actuelle et propose des orientations de santé publique étayées par les données probantes\*.

Le Canada est confronté à une véritable épidémie de dépendance aux opioïdes et de décès par surdose. Conscients de l'urgence d'agir, le gouvernement fédéral et le gouvernement de l'Ontario se sont attaqués au problème, notamment avec la stratégie *S'abstenir de faire du mal* (2013), qui vise à réduire les ravages liés aux médicaments d'ordonnance au Canada et la *Stratégie ontarienne en matière de stupéfiants* (2010) – deux stratégies auxquelles CAMH a contribué et qu'il appuie. Pourtant, en dépit de ces efforts, les préjudices liés aux opioïdes continuent d'augmenter.

Côté positif, le gouvernement de l'Ontario a tout récemment annoncé une *Stratégie pour prévenir la dépendance et les surdoses aux opioïdes*, stratégie qui englobe la prévention, le traitement de la dépendance et la réduction des méfaits, ainsi que le traitement de la douleur. De son côté, le gouvernement fédéral devrait bientôt présenter une stratégie visant les opioïdes.

La publication du présent document a pour but de contribuer à éclairer la mise en œuvre de ces initiatives provinciale et fédérale et de proposer certaines mesures complémentaires. Nous y dressons un état succinct de la situation en Ontario, nous exposons brièvement les risques inhérents à une stratégie sur les opioïdes et, en nous appuyant sur des données récentes ainsi que sur des stratégies mises en œuvre ailleurs, nous offrons certaines recommandations importantes pour une riposte en deux volets à la crise des opioïdes en Ontario : celui de la santé publique et celui de la pratique des soins.

---

\* Les autres cadres stratégiques de CAMH portent sur l'alcool, le cannabis, le logement, la santé mentale et la justice pénale, les soins primaires et le jeu problématique. Vous pouvez consulter ces publications en cliquant [ici](#) ou en visitant notre site Web : onglet *À propos de CAMH > Politiques publiques de CAMH*.

## Bilan de la situation actuelle

De nombreux Canadiens sont aux prises avec la douleur – qu’il s’agisse de la douleur aiguë éprouvée à la suite d’une blessure ou d’une intervention chirurgicale, de la douleur causée par le cancer ou une maladie au stade terminal, ou encore de la douleur chronique non cancéreuse (p. ex. douleur arthritique, migraineuse ou fibromyalgique). La douleur chronique est un problème de santé important qui est à la fois courant et insuffisamment traité. Un Canadien sur cinq en serait atteint, et nombreux sont ceux qui attendent un an ou plus avant de recevoir les soins nécessaires à ce sujet <sup>[1, 2]</sup>.

Les opioïdes d’ordonnance sont principalement prescrits pour traiter la douleur\*. Si leurs caractéristiques chimiques essentielles sont semblables, leur puissance d’action est très variable. Ils sont commercialisés sous différentes formes galéniques : comprimés et gélules, sirops, suppositoires, solutions injectables, timbres transdermiques et formes transmuqueuses. Certaines ont une courte durée d’action – c’est-à-dire qu’elles agissent rapidement et que leurs effets sont de brève durée, et d’autres ont une action prolongée – c’est-à-dire qu’elles sont libérées lentement ou graduellement et que leurs effets se font sentir sur une période plus longue.

### *Les opioïdes d’ordonnance sont dangereux*

Même lorsqu’on se conforme aux indications, les opioïdes d’ordonnance peuvent avoir des effets préjudiciables. Il peut s’agir d’effets secondaires relativement inoffensifs – bouche sèche, nausées, constipation, perte de poids ou léthargie – ou d’effets graves, voire mortels :

- *Blessures.* Les opioïdes pouvant entraîner de la somnolence, ils s’accompagnent d’un risque de blessures accidentelles, notamment des suites de chutes et de collisions automobiles <sup>[3]</sup>.
- *Surdose fatale.* Tout en étant liée à la dépendance aux opioïdes, la surdose est un problème distinct, puisqu’elle peut se produire même lorsqu’on se conforme aux indications <sup>[4]</sup>. Les opioïdes sont des dépresseurs du système nerveux central et tout particulièrement de ses centres respiratoires. Une surdose peut entraîner la mort par insuffisance respiratoire ou par inhalation, ou encore par ralentissement du rythme cardiaque. De surcroît, les personnes qui prennent des opioïdes acquièrent une tolérance, c’est-à-dire que l’effet d’une même dose s’amenuise au bout d’un certain temps et qu’il faut donc prendre une dose plus élevée pour obtenir l’effet recherché (que cet effet soit thérapeutique ou « récréatif »), ce qui augmente le risque de

---

\* On les prescrit aussi, bien que plus rarement, pour le soulagement de la toux et le traitement de la diarrhée. Certains opioïdes – en particulier la méthadone et la buprénorphine – sont également prescrits pour traiter le trouble de l’usage des opioïdes modéré ou grave. Nous parlons ici d’« opioïdes d’ordonnance » tout en sachant fort bien que certains dérivés de l’opium – et tout particulièrement les préparations à base de codéine – sont en vente libre. Le présent document, cependant, porte essentiellement sur les analgésiques opioïdes délivrés sur ordonnance, dont les plus courants en Ontario sont la codéine, le fentanyl, l’hydrocodone, l’hydromorphone, la morphine et l’oxycodone.

surdose<sup>[4]</sup>. Le risque est particulièrement élevé lorsqu'on arrête d'en prendre après avoir acquis une tolérance, puis qu'on en reprend à la même dose qu'avant – ce qui est fréquent chez les personnes qui sortent d'un centre de désintoxication ou de traitement et celles qui sortent de prison.

- *Dépendance physique et psychique.* Le recours prolongé aux opioïdes d'ordonnance peut provoquer une dépendance physique. Quand on arrête d'en consommer, des symptômes de sevrage s'ensuivent, au nombre desquels figurent les crampes d'estomac, la diarrhée, les vomissements, les insomnies, l'anxiété et les envies irrésistibles. Sans compter le risque de dépendance (plus précisément « trouble de l'usage des opioïdes »), caractérisé par « une forte envie d'opioïdes, une incapacité à en contrôler ou à en réduire l'usage, une consommation persistante en dépit des répercussions sur ses obligations essentielles ou ses relations avec autrui, l'emploi de quantités de plus en plus importantes, le développement d'une tolérance [et] le fait de consacrer une grande partie de son temps à se procurer des opioïdes et à en consommer<sup>[5]</sup> ». Le trouble de l'usage des opioïdes peut être léger, modéré ou sévère.

Les opioïdes d'ordonnance sont souvent consommés à des fins non médicales, c'est-à-dire avec une visée autre que celle pour laquelle ils ont été prescrits ou d'une manière différente de celle indiquée. Certains les prennent plus fréquemment ou à des doses plus élevées, d'autres s'en servent pour atteindre l'euphorie, d'autres encore détournent leur mode d'absorption. L'usage non médical (souvent appelé usage à mauvais escient ou abus) des opioïdes d'ordonnance accroît les risques pour la santé :

- Le caractère toxicomanogène d'une substance, c'est-à-dire le risque d'abus qui lui est associé, est en partie fonction de sa voie d'administration : les autres variables restant constantes, plus le délai d'action est court, plus grande est la probabilité d'avoir une expérience gratifiante. Or, il est possible d'altérer les opioïdes d'ordonnance de façon à en raccourcir le délai d'action, par exemple en les écrasant. En prisant, en fumant ou en s'injectant par voie intraveineuse des opioïdes d'ordonnance oraux, on abrège leur délai d'action, on intensifie l'intoxication et on accroît donc le risque de dépendance et de surdose<sup>[4]</sup>. Quand on consomme les opioïdes de cette manière, les effets physiologiques et le caractère toxicomanogène de certains d'entre eux sont comparables à ceux de l'héroïne<sup>[6]</sup>.
- L'injection – intraveineuse aussi bien qu'intramusculaire ou sous-cutanée – est associée à des lésions cutanées, veineuses et organiques, à un risque accru de contacter le VIH, l'hépatite C et d'autres infections à diffusion hématogène, et à une atteinte des valves cardiaques<sup>[7]</sup>.
- Le risque de surdose est amplifié lorsque les opioïdes sont associés à d'autres déprimeurs du système nerveux central (p. ex. alcool et benzodiazépines)<sup>[8]</sup>.

Il n'existe pas de démarcation nette entre les usages médical et non médical. Quelle que soit la façon dont on se procure des opioïdes d'ordonnance, on peut s'en servir pour soulager la

douleur, atténuer les symptômes du sevrage ou atteindre l'euphorie. Une étude réalisée en 2009 dans le service de gestion médicale du sevrage de CAMH a révélé que la majorité des personnes admises en raison d'une dépendance aux opioïdes présentaient en même temps une douleur comorbide<sup>[9]</sup>. De même, une étude réalisée aux États-Unis a révélé que plus de 50 % des personnes désireuses de se faire traiter pour un trouble de l'usage des opioïdes avaient indiqué la maîtrise de la douleur parmi les raisons de leur consommation d'opioïdes; l'étude a également révélé que de nombreux usagers qui en consommaient pour des raisons non médicales avaient commencé à en prendre « médicalement » (c'est-à-dire que les opioïdes leur avaient été délivrés sur ordonnance)<sup>[10]</sup>. L'usage non médical mais lié à la santé des opioïdes d'ordonnance – pour des raisons telles que la maîtrise de la douleur ou la gestion du sevrage – a été qualifié d'« usage extra-médical<sup>[11]</sup> ». Les types d'usage mixtes précités (usage thérapeutique et usage non médical) ne facilitent pas le diagnostic et le traitement du trouble de l'usage des opioïdes.

Les facteurs sociaux tels que la pauvreté, le sans-abrisme et le chômage, souvent nommés collectivement « déterminants sociaux de la santé », sont associés à un risque accru de trouble de consommation de substances psychotropes, de même que les blessures d'enfance et le stress chronique<sup>[12, 13, 14]</sup>. Cependant, les opioïdes d'ordonnance se distinguent des autres psychotropes sur un point important : la facilité avec laquelle on les prescrit et leur caractère fortement toxicomanogène ont conduit à l'« omniprésence [de leur usage non médical] dans tous les groupes socio-économiques<sup>[15, p. 285]</sup> ». De fait, l'usage non médical des opioïdes d'ordonnance, avec les préjudices qu'il cause, est courant tant chez les personnes qui prennent des drogues que chez les personnes n'ayant aucun lien (ou aucun autre lien) avec le marché de la drogue illégale proprement dit<sup>[16]</sup>.

### *L'usage des opioïdes d'ordonnance est très répandu et coûteux*

Jusqu'à assez récemment, les opioïdes étaient surtout prescrits pour la douleur aiguë, la douleur cancéreuse et les maladies au stade terminal; pour la douleur chronique non cancéreuse, les traitements au long cours aux opioïdes étaient rares, car on s'inquiétait de la possibilité de dépendance<sup>[17]</sup>. En Amérique du Nord, dans les années 1990, les laboratoires pharmaceutiques ont mis au point un certain nombre de formes galéniques d'opioïdes, qu'ils ont présentées comme des traitements efficaces, non toxicomanogènes et à faible risque pour la douleur modérée; c'est alors qu'on a commencé à faire largement appel aux opioïdes pour traiter la douleur chronique non cancéreuse. L'OxyContin, en particulier, a fait l'objet d'une commercialisation vigoureuse (et fallacieuse); en 2007, son fabricant plaidait coupable de tromperie sur l'étiquetage pour avoir allégué que ce médicament était « moins toxicomanogène et moins sujet aux abus et au détournement que les autres opioïdes »<sup>[18, p. 223; 19]</sup>. Au milieu des années 1990, les opioïdes étaient largement prescrits au Canada et aux États-Unis pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse et à présent, ces deux pays affichent les taux les plus élevés de prescription d'opioïdes au monde<sup>[20, 21]</sup>. En Ontario, le taux de délivrance de ces médicaments par habitant est cinq fois plus élevé qu'au Royaume-Uni et

quatre fois plus élevé qu'en Allemagne – même si entre le Canada et ces pays il n'existe « aucune preuve concrète de différences correspondantes en termes de besoins antalgiques ou de résultats thérapeutiques »<sup>[22; 23, p. 61]</sup>.

Dans l'ensemble du Canada, la consommation d'opioïdes d'ordonnance a bondi de 50 % entre 2000 et 2004, et de 70 % entre 2004 et 2011<sup>[24, 25]</sup>. En 2013, 22 % des Ontariens ont indiqué avoir pris un analgésique opioïde d'ordonnance au cours des 12 derniers mois, toutes raisons confondues<sup>[26]</sup>. Parallèlement, 8 % des adultes de l'Ontario ont indiqué avoir consommé des opioïdes d'ordonnance de façon non médicale en 2010 et pour 2013, la proportion était de 3 %<sup>[26]</sup>. C'est parmi les personnes de sexe féminin, les jeunes et les jeunes adultes que la consommation d'opioïdes d'ordonnance est la plus élevée, la prévalence étant de 7 % environ chez les 18 à 29 ans et de 11 % chez les élèves du secondaire<sup>[26, 27]</sup>. Environ 4 % des élèves du secondaire de la province, soit plus de 40 000 élèves, ont indiqué qu'en 2015, ils avaient fréquemment (6 fois ou plus) fait un usage non médical d'opioïdes d'ordonnance. Parmi les substances psychoactives consommées par les élèves du secondaire de l'Ontario, seuls l'alcool et le cannabis devancent les opioïdes<sup>[27]</sup>. Par ailleurs, au moins 70 % des adolescents ontariens qui font un usage non médical d'opioïdes d'ordonnance se les procurent dans l'armoire à pharmacie familiale<sup>[28]</sup>.

Il existe, à l'échelle de la population, une forte corrélation entre les taux de délivrance d'opioïdes et les préjudices<sup>[29, 30, 31]</sup>: en Europe, où la prescription d'opioïdes est plus strictement limitée à la douleur cancéreuse et aux soins palliatifs, les préjudices sont proportionnellement moindres qu'en Ontario et dans les autres provinces du Canada<sup>[31]</sup>. Les méfaits causés par les opioïdes d'ordonnance et leur coût social sont les suivants :

*Visites aux urgences.* La consommation d'opioïdes peut résulter en visites aux urgences pour cause de blessure, d'intoxication, de syndrome de sevrage ou de surdose. En Ontario, entre 2005 et 2014, le nombre des visites aux urgences pour cause de surdose d'opioïdes a augmenté de 72 %<sup>[32]</sup>.

*Syndrome de sevrage néonatal.* Les enfants nés de mères ayant consommé des opioïdes durant la grossesse risquent de connaître des symptômes de sevrage pouvant entraîner la mort et une étude ontarienne a révélé que le nombre de cas de syndrome de sevrage néonatal avait été multiplié par 15 entre 1992 et 2011<sup>[33]</sup>.

*Dépendance.* On ignore la prévalence exacte du trouble de l'usage des opioïdes en Ontario. En 2012, le Groupe de travail d'experts sur la dépendance aux stupéfiants et substances contrôlées a estimé cette prévalence à 0,43 % dans la population générale et à plus de 1 % chez les jeunes de 15 à 29 ans<sup>[34]</sup>. Les données recueillies par les organismes ontariens de lutte contre la toxicomanie nous apprennent qu'entre 2004 et 2011, le nombre de personnes en quête d'un traitement de la dépendance qui présentaient une dépendance aux opioïdes d'ordonnance s'est accru de 146 %<sup>[35]</sup>.

*Mortalité prématurée.* En Ontario, entre 1991 et 2010, le nombre des décès liés aux opioïdes s'est accru de 242 %, passant de 127 décès par an à 550<sup>[36]</sup>. En 2014, la consommation d'opioïdes était qualifiée d'« une des causes majeures de mort subite évitable dans la population générale<sup>[29, p. 22]</sup> ». En outre :

- En 2010, 12 % des décès (1 sur 8) survenus chez les personnes de 25 à 34 ans étaient liés à la consommation d'opioïdes contre 5,5 % en 2001<sup>[36]</sup>. Les décès liés aux opioïdes affectant de façon disproportionnée les adolescents et les jeunes adultes, le fardeau des opioïdes sur la santé publique en Ontario, mesuré en nombre d'années de vie perdues, est plus lourd que celui du trouble de consommation d'alcool, de la pneumonie et des effets combinés du VIH/sida et de la grippe.
- En Ontario, la majorité des décès par surdose sont liés aux opioïdes. Ces surdoses se distinguent des surdoses d'autres substances psychotropes en ce que la probabilité est moindre qu'elles soient délibérées, puisque jusqu'à deux tiers des décès en lien avec la consommation d'opioïdes sont accidentels<sup>[37]</sup>.
- D'autres neurodépresseurs interviennent souvent dans les décès liés aux opioïdes. En Ontario, entre 1991 et 2010, une benzodiazépine était impliquée dans la moitié des décès liés aux opioïdes et l'alcool dans 40 % environ<sup>[38]</sup>.
- L'administration « inappropriée » (injection, inhalation, etc.) n'était en cause que dans 19 % des surdoses d'opioïdes<sup>[37]</sup>.

### *La crise est imputable au système de santé*

Redisons-le : la douleur est un problème de santé courant et alarmant qui touche un grand nombre de Canadiens et qui peut sérieusement affecter la qualité de vie<sup>[1, 2]</sup>. Hélas, les travailleurs de la santé qui ont à traiter la douleur font face à de nombreux obstacles.

Au Canada, la formation sur la gestion de la douleur dispensée dans le cadre des facultés de médecine et des programmes de résidence est inadéquate. Un examen des programmes des facultés de médecine et des écoles vétérinaires du Canada a révélé que l'étude de la gestion de la douleur était obligatoire dans toutes les écoles vétérinaires alors qu'elle ne l'était que dans un tiers des facultés de médecine, et que les écoles vétérinaires consacraient cinq fois plus de temps à cette question<sup>[39]</sup>. À cela s'ajoute le manque d'investissement dans la prise en charge de la douleur – et tout particulièrement dans les méthodes interdisciplinaires, considérées comme étant les plus efficaces pour la gestion de douleur chronique<sup>[2]</sup>. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner si, malgré toute leur bonne volonté, les membres du corps médical, qu'ils exercent en milieu hospitalier ou non, se trouvent démunis pour traiter la douleur de leurs patients. D'ailleurs, des sondages effectués auprès de médecins de famille et pharmaciens canadiens ont révélé qu'il existait une grande méconnaissance des pratiques éprouvées de prise en charge de la douleur ainsi que des directives concernant la prescription sécuritaire des opioïdes, et que quand ces pratiques et directives étaient connues, elles étaient peu mises en pratique<sup>[40, 41, 42]</sup>.



En conséquence, des ordonnances inappropriées qui se traduisent fréquemment par des préjudices.

Dans un groupe de patients ayant indiqué faire un usage non médical d'opioïdes, 59 % ont déclaré que le premier opioïde qu'ils avaient pris leur avait été prescrit, et ce, le plus souvent, à l'occasion d'un passage aux urgences<sup>[43]</sup>. En Ontario, entre 1991 et 2007, 56 % des décès liés à la prise d'opioïdes étaient ceux de personnes ayant fait exécuter une ordonnance d'opioïdes au cours du mois précédent<sup>[44]</sup>. Le vecteur de cette épidémie est le système de santé dans son ensemble, des services d'urgence aux services de soins primaires.

Les recherches effectuées au cours des dix dernières années ont clairement établi que les pratiques de prescription (p. ex. type d'opioïde, dose et durée du traitement) influent sur le risque de préjudice :

- À partir d'une dose en équivalent morphine (DEM) de 20 milligrammes par jour, le risque de surdose et de dépendance s'élève avec la dose. De plus, les recherches récentes semblent indiquer que les DEM supérieures à 100 mg « sont très largement associées à des hospitalisations pour cause de surdose et à la mort »<sup>[4, p. 1258-9; 45, 46]</sup>.
- Les formes galéniques d'opioïdes à action prolongée sont associées à un risque accru de surdose<sup>[4, 47]</sup>.
- La consommation prolongée d'opioïdes est associée à un accroissement du risque de surdose et de dépendance, la période de 8 semaines étant établie comme la limite au-delà de laquelle les « avantages [sont] douteux pour le patient » et les « risques élevés pour la santé publique<sup>[4, p. 1260]</sup> ».

Publiées en 2010, les Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse s'appuyaient sur un corpus grandissant de données probantes. Pour la première fois, elles établissaient, pour les opioïdes, une « dose à surveiller » fixée à une DEM de 200 mg par jour<sup>[48]</sup>. Il s'est toutefois avéré difficile d'inverser la tendance à la prescription de doses croissantes des deux décennies précédentes, et la surprescription demeure problématique<sup>[21,49]</sup>. Une nouvelle ligne directrice pour la prescription des opioïdes dans les cas de douleur chronique a été publiée aux États-Unis en mars 2016 par les CDC (centres pour le contrôle et la prévention de la maladie); elle fixe la dose seuil exigeant un suivi étroit à une DEM de 50 mg par jour et précise que l'on doit éviter d'atteindre la DEM de 90 mg par jour<sup>[50]</sup>. Parallèlement, les Lignes directrices canadiennes sont actuellement en cours de révision à la lumière des données existantes et une nouvelle version devrait être publiée en 2017.

En attendant, les données remettant en question l'efficacité et l'innocuité des opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse continuent de s'accumuler<sup>[51,52]</sup>. Des études ont montré que les preuves étaient « insuffisantes pour déterminer l'efficacité du traitement opioïde au long cours pour le soulagement de la douleur chronique et l'amélioration de la capacité fonctionnelle<sup>[45, p. 276]</sup> » et que si les opioïdes pouvaient soulager la douleur à court terme, il

n'existait « aucune preuve valable permettant de conclure à un soulagement de la douleur ou une amélioration de la capacité fonctionnelle sur de longues périodes sans risque grave de surdose ou de dépendance <sup>[53, p. 1277]</sup> ». De surcroît, jusqu'à un tiers des patients traités par opioïdes pour une douleur chronique non cancéreuse rempliraient tous les critères du trouble de l'usage des opioïdes <sup>[17, 54, 55]</sup>. Comparativement aux autres médicaments couramment prescrits pour le traitement de la douleur chronique, les opioïdes à durée d'action prolongée augmentent le risque de décès par surdose et peut-être aussi le risque de décès dus à des causes indirectes : cardiovasculaires, respiratoires et autres <sup>[56]</sup>.

En somme, pour la plupart des personnes affligées de douleur chronique non cancéreuse, il est possible que les opioïdes d'ordonnance ne donnent pas de bons résultats en termes de maîtrise de la douleur ou d'amélioration des capacités fonctionnelles; et même quand les résultats sont satisfaisants, il se pourrait que leurs inconvénients l'emportent sur leurs avantages. C'est pour cela que la ligne directrice des CDC affirme qu'il est « de toute première importance que les antalgiques non opioïdes soient privilégiés pour la douleur chronique <sup>[50, p. 1264]</sup> ».

On prescrit trop fréquemment des opioïdes, à des doses et en quantités trop élevées, pour des périodes plus longues que médicalement nécessaire et dans des circonstances qui ne sont pas étayées par des données probantes. Cette surabondance d'opioïdes est préjudiciable aux personnes qui prennent ces médicaments de la façon indiquée et elle facilite le détournement des opioïdes prescrits vers des personnes désireuses de recourir à l'automédication de leur douleur ou d'atteindre l'euphorie. C'est pourquoi on a pu dire que la crise des opioïdes était une épidémie « iatrogène », c'est-à-dire une épidémie provoquée par de traitements médicamenteux <sup>[57]</sup>.

### *Les interventions stratégiques peuvent avoir des conséquences imprévues*

Pour s'attaquer aux dangers que représentent les opioïdes, les gouvernements fédéral et provinciaux ont, au cours des dernières années, lancé un certain nombre d'initiatives, et d'autres sont en cours d'élaboration. S'il est certain que des mesures énergiques doivent être prises, les expériences de l'Ontario et d'ailleurs montrent qu'il faut faire preuve de prudence. Lorsqu'une politique relative aux opioïdes ne cible que des opioïdes particuliers ou des formes galéniques particulières (par opposition aux opioïdes en tant que classe de médicaments), cela peut se traduire par une simple modification des habitudes de consommation, les opioïdes ciblés étant tout bonnement remplacés par d'autres. En réduisant l'approvisionnement des médicaments d'une seule classe ou d'une seule forme d'opioïdes, on ignore le fait que les gens peuvent s'en procurer d'autres – notamment des opioïdes encore plus dangereux, dont le fentanyl et l'héroïne vendus au marché noir – et on n'empêche pas l'abus des autres opioïdes d'ordonnance. Le risque, donc, est qu'une stratégie bien intentionnée ne fasse qu'accroître les préjudices associés aux opioïdes. Le cas de l'oxycodone est révélateur à ce sujet.

En 2012, le gouvernement de l'Ontario a supprimé l'OxyContin du régime public d'assurance médicaments. L'OxyContin a été retiré de la vente par son fabricant et remplacé par l'OxyNEO, une forme galénique résistante à l'adultération – c'est-à-dire conçue pour ne pas pouvoir être réduite en poudre – pour empêcher l'injection ou l'auto-administration par voie nasale. L'Ontario a inscrit l'OxyNEO à son Programme d'accès exceptionnel, ce qui en a rendu l'obtention bien plus difficile, mais sans imposer de restrictions sur d'autres formes galéniques d'opioïdes de même type. Les formes galéniques résistantes à l'écrasement ont l'avantage de décourager l'injection et l'auto-administration par voie nasale. Mais comme nous l'avons indiqué plus haut, moins d'une surdose d'opioïdes fatale sur cinq est liée à l'adultération<sup>[37]</sup>. Ces formes galéniques n'empêchent pas les gens de prendre de plus grandes quantités d'opioïdes par voie orale ou d'avoir recours à d'autres dépresseurs du système nerveux central. En outre, elles peuvent avoir des effets imprévus sur le mode de prescription : si les médecins estiment qu'elles sont plus sécuritaires, ils auront tendance à en prescrire davantage; et si le nombre de prescriptions d'opioïdes s'accroît, il pourrait en résulter plus de mal que de bien<sup>[58,59]</sup>. Les exigences portant sur la résistance à l'adultération sont encore moins avantageuses lorsqu'elles ne concernent qu'une seule classe ou forme d'opioïdes, comme cela a été le cas en Ontario. En effet, de telles mesures n'empêchent pas l'usage médical aussi bien que non médical d'autres formes d'opioïdes (parfois même plus dangereuses) et elles peuvent même encourager cet usage.

En Ontario, le nombre d'ordonnances d'oxycodone a diminué depuis 2010, mais cette réduction s'est accompagnée d'une forte augmentation d'ordonnances d'autres formulations, dont l'hydromorphe et le fentanyl<sup>[21]</sup> – tous deux responsables d'un accroissement des ravages causés par les opioïdes. C'est tout particulièrement le cas du fentanyl d'ordonnance, qui peut être jusqu'à 100 fois plus puissant que la morphine et qui est responsable d'un nombre croissant de décès à l'échelle du Canada<sup>[60]</sup>.

Durant la même période, on a également assisté à un accroissement de la consommation des opioïdes illégaux et de la mortalité associée. En Ontario, bien que de nombreux décès attribuables au fentanyl soient liés au détournement de médicaments délivrés sur ordonnance, il y a un influx d'analogues illégaux du fentanyl, lesquels sont souvent coupés avec d'autres drogues ou combinés à d'autres substances pour fabriquer des comprimés qui sont vendus comme étant de l'OxyContin. Les surdoses dues au fentanyl fabriqué de façon illégale sont en augmentation depuis plusieurs années et en 2016, la surdose est devenue la première cause de mortalité associée aux opioïdes en Ontario<sup>[60,61]</sup>.

Il semble également que la consommation d'héroïne soit de nouveau en hausse en Ontario, suite à près d'une décennie durant laquelle les quantités en circulation étaient relativement restreintes et partant, l'usage de cette substance. Les données relatives aux admissions provenant des organismes ontariens de prise en charge des toxicomanies montrent qu'en 2004, les opioïdes d'ordonnance étaient à l'origine de 9 % des nouvelles admissions. Un sommet a été atteint en 2010 (20 %) et en 2014, le taux était retombé à celui de 2009 (18 %)<sup>[35]</sup>. De prime abord, cela pourrait sembler indiquer une baisse récente de la dépendance aux opioïdes.

Cependant, la légère baisse des admissions liées aux opioïdes d'ordonnance entre 2009 et 2014 a été contrebalancée, durant la même période, par le doublement des admissions liées à la consommation d'héroïne, avec pour résultat que la proportion des nouvelles admissions liées aux opioïdes d'ordonnance ou à l'héroïne est restée pratiquement inchangée depuis 2010<sup>[35]</sup>.

On est en droit de supposer qu'il existe un lien entre les deux tendances. Cela cadrerait en tout cas avec l'expérience des États-Unis, où le remplacement de l'OxyContin par une forme galénique résistante à l'adultération a coïncidé avec une augmentation significative de la consommation d'héroïne et les préjudices y associés<sup>[62-64]</sup>.

En résumé, bien que les préjudices liés à la prescription d'opioïdes et à l'oxycodone aient diminué en Ontario depuis 2010, les préjudices globaux causés par les opioïdes, dont des surdoses fatales, continuent de croître. Les événements des dernières années illustrent l'un des enjeux essentiels d'une stratégie sur les opioïdes : à moins qu'une telle stratégie n'englobe tous les opioïdes, il se peut qu'elle n'entraîne qu'un changement des tendances de consommation sans réduction des méfaits, qui peuvent même s'accroître. Il est également impératif d'élaborer une stratégie globale concernant la prescription des opioïdes, qui devrait mettre l'accent sur l'accessibilité des moyens de prise en charge de la douleur, du traitement de la dépendance et des services de réduction des préjudices.

## Quelles sont les interventions possibles?

Pour véritablement réduire les préjudices associés aux opioïdes d'ordonnance, il faut adopter une stratégie axée sur la santé publique<sup>[23,65,66]</sup>, à savoir une stratégie d'élaboration de politiques et de pratiques fondées sur l'expérience clinique qui prenne en compte les déterminants sous-jacents de la santé et qui se fixe comme mission fondamentale la promotion de la santé et la prévention des décès, de la maladie, des accidents et de l'incapacité<sup>[67]</sup>. Cette stratégie devrait évaluer les retombées possibles d'une politique publique sur divers individus et groupes, et chercher à maximiser les avantages pour le plus grand nombre au moyen d'une combinaison de mesures visant la population générale et d'interventions ciblées.

Pour juguler la crise des opioïdes, il faudra obligatoirement réduire l'accessibilité des opioïdes d'ordonnance en restreignant scrupuleusement leur usage aux cas et aux pratiques justifiés par l'expérience. Ce ne sera pas chose facile, car il faudra à la fois éviter de léser les personnes aux prises avec la douleur – y compris celles qui présentent ou ont présenté des troubles de consommation de substances psychotropes – et de causer des préjudices aux personnes qui consomment des opioïdes à des fins non médicales. Une intervention de politique publique devra non seulement inclure des mesures de prévention énergiques, mais aussi des traitements de la douleur et de la toxicomanie accessibles et étayés par les faits, ainsi qu'une extension des services de réduction des méfaits.

Dans cette partie, nous proposons un cadre stratégique pour orienter les politiques provinciale et fédérale en réponse à la crise des opioïdes en Ontario. Elles s'inscrivent grosso modo sous les rubriques de la prévention, du traitement et de la réduction des méfaits. La plupart des recommandations ci-dessous relèvent de la compétence provinciale et nombre d'entre elles sont abordées dans la *Stratégie pour prévenir la dépendance et les surdoses aux opioïdes*, annoncée par le gouvernement de l'Ontario en octobre 2016<sup>[68]</sup>. Certaines recommandations, en particulier celles qui touchent à la réduction des préjudices, relèvent de la compétence fédérale. Dans tous les cas, le soutien du gouvernement fédéral sera essentiel.

### *Mettre en œuvre des pratiques exemplaires pour le traitement de la douleur et la prescription des opioïdes*

Pour limiter, sur la base de l'expérience clinique, les cas dans lesquels les opioïdes sont employés ainsi que les dosages prescrits et les intervalles posologiques appliqués, il faudra faire appel à des mesures et garde-fous divers : accès nettement amélioré à des modalités pour le traitement de la douleur sans recourir aux opioïdes, mesures de contrôle portant sur la prescription des opioïdes et leur délivrance, imposition de restrictions concernant certaines formules galéniques d'opioïdes et soutien éducatif pour les travailleurs de la santé, les patients et les familles. La prescription des opioïdes pour le traitement de la douleur est une pratique bien ancrée et l'abandon de cette pratique nécessitera l'action concertée de nombreux intervenants.

#### **Élargir l'accès à des traitements de la douleur non opioïdes et non pharmacologiques**

Les personnes aux prises avec des douleurs aiguës et chroniques ont besoin de soins appropriés. Pour leur fournir, il faudra sérieusement augmenter les capacités de gestion de la douleur dans l'ensemble du système de santé. En Ontario, les traitements pharmacologiques et non pharmacologiques de la douleur qui ont fait leurs preuves ont été insuffisamment financés et employés, et il en a été de même des méthodes interdisciplinaires de gestion de la douleur<sup>[2]</sup>. Nous saluons la volonté du gouvernement provincial d'élargir l'accès à ces traitements et à ces méthodes en confiant aux prestataires de soins primaires le plus gros de la gestion de la douleur chronique. L'élargissement de l'accès aux traitements substitutifs devrait être l'une des premières mesures prises par le gouvernement de l'Ontario dans le cadre de la mise en œuvre de sa stratégie relative aux opioïdes. Le gouvernement fédéral peut faire sa part en stimulant les recherches sur les données probantes en matière de prise en charge de la douleur chronique – et en définissant une stratégie nationale de gestion de la douleur<sup>[2]</sup>.

#### **Modifier les pratiques de gestion de la douleur et l'enseignement sur la toxicomanie**

L'annonce concernant la stratégie provinciale sur les opioïdes d'ordonnance mentionnait la nécessité de modifier les pratiques de gestion de la douleur ainsi que l'enseignement sur la toxicomanie pour toutes les professions de la santé, du premier cycle au niveau postdoctoral, sans oublier les programmes de formation professionnelle continue. Les programmes d'études – qui devraient être élaborés sans intervention aucune de l'industrie pharmaceutique –

devraient traiter de la gestion de la douleur et de la toxicomanie chez les personnes aux prises avec une maladie mentale et une consommation problématique de substances psychotropes ainsi que chez les personnes ayant subi un traumatisme<sup>[69]</sup>. Il faudra aussi développer les réseaux offrant aux prestataires de soins primaires des services de mentorat et de soutien par des pairs dans les domaines de la douleur, de la maladie mentale et des dépendances<sup>[70]</sup>. Il convient également d'éduquer les patients au sujet de la douleur, des opioïdes et de la toxicomanie, et de prendre des initiatives pour sensibiliser le public à l'égard des risques que comporte l'utilisation concomitante d'opioïdes et de dépresseurs du système nerveux central et la conduite avec facultés affaiblies par un opioïde.

### **Actualiser les lignes directrices sur la prescription des opioïdes pour la douleur chronique et faire en sorte qu'elles soient mieux appliquées que les précédentes**

Confrontées à une augmentation des décès par surdose et des cas de toxicomanie, certaines provinces ont adopté les lignes directrices récemment publiées par les CDC (centres pour le contrôle et la prévention de la maladie des É.-U.), qui spécifient que les opioïdes ne devraient pas être le traitement de première intention pour la douleur chronique non cancéreuse, qu'ils devraient être prescrits à petites doses et pour de courtes périodes, qu'ils ne devraient être délivrés qu'en petites quantités et qu'une surveillance étroite devrait débiter à des doses bien plus faibles que ce n'est le cas actuellement<sup>[50]</sup>. À l'heure où nous écrivons ces lignes, un examen approfondi des lignes directrices canadiennes de 2010 sur les opioïdes est en cours et l'on prévoit que de nouvelles lignes directrices seront publiées en 2017. D'ici là, les cliniciens de l'Ontario devraient suivre les lignes directrices des CDC. Par ailleurs, l'organisme Qualité des services de santé Ontario (QSSO) est en train d'élaborer des normes de qualité pour la prescription d'opioïdes pour le soulagement de la douleur. Une fois les nouvelles lignes directrices canadiennes publiées, l'Ontario devrait y adhérer et les ordres professionnels devraient adopter les normes de pratique de QSSO et veiller à leur application. En attendant, le gouvernement provincial devrait établir un programme de transition fondé sur l'expérience clinique afin de guider la mise en œuvre de ces changements et garantir leur application dans la pratique clinique<sup>[71]</sup>.

### **Restreindre l'accès aux formes galéniques d'opioïdes les plus dangereuses et prendre des mesures pour inciter les médecins à prescrire des formulations moins dangereuses**

Avant d'être commercialisées, les nouvelles formulations d'opioïdes devraient faire l'objet d'une évaluation du risque de dépendance et de surdose. Santé Canada devrait procéder à l'examen de tous les opioïdes pharmaceutiques sur le marché afin de déterminer si certains sont trop dangereux pour pouvoir être dispensés dans la situation actuelle. Un pas dans la bonne direction a d'ailleurs été fait par le gouvernement provincial, qui a récemment annoncé qu'il projetait de retirer les opioïdes fortement dosés de la liste du Programme de médicaments de l'Ontario, en faisant exception pour les patients en soins palliatifs et ceux ayant besoin de réduire graduellement leur dose ou de changer de médicament<sup>[72]</sup>. De surcroît, la structure comparative des coûts des opioïdes d'ordonnance devrait aussi faire l'objet d'un rajustement par le biais de règlements au niveau des tiers payants – publics, bien entendu, mais aussi privés,

dans la mesure du possible – de façon à favoriser la prescription de ceux qui sont associés aux moindres risques.

### **Instaurer un programme officiel de suivi des ordonnances fondé sur le Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées**

Lorsqu'ils sont bien conçus et correctement appliqués, les programmes de suivi des ordonnances – des systèmes informatiques qui recueillent les données sur la prescription et la délivrance des médicaments et qui en font le suivi – contribuent à réduire les schémas problématiques de prescription<sup>[73]</sup>. Le Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario (SSSSC) a été mis en place en 2010 et preuve a été faite que, de concert avec les autres mesures de contrôle lancées la même année dans le cadre de la *Loi sur la sécurité et la sensibilisation en matière de stupéfiants*, il a entraîné « une réduction substantielle des ordonnances d'opioïdes et d'autres substances contrôlées de nature à faire l'objet d'abus<sup>[74]</sup> ». Le SSSSC laisse néanmoins grandement à désirer. L'Ontario devrait l'actualiser pour le faire correspondre aux pratiques exemplaires telles qu'elles ont été définies dans un récent article de synthèse<sup>[73]</sup>. Il faudrait tout particulièrement :

- inclure tous les médicaments susceptibles d'être associés à l'abus et à la toxicomanie;
- mettre à la disposition des cliniciens – confidentiellement et en temps réel, dans leur cabinet de soins – les profils complets et à jour des patients.

Combinée aux autres interventions, plus en amont, décrites ici, cette dernière mesure pourrait grandement contribuer à la prévention. D'autre part, si en Ontario on a jusqu'à présent mis l'accent sur la collecte des données de prescription via le SSSSC, on devrait également élaborer un programme officiel pour en évaluer l'usage, le fonctionnement et le mode de surveillance. Il faudrait mettre en place un mécanisme bien défini pour déterminer comment les données sont analysées et communiquées, et évaluer les divers modes d'intervention (formation des professionnels, réglementation et mesures de répression).

### **Exercer un contrôle sur les pratiques de commercialisation des opioïdes et leur promotion**

Comme nous l'avons dit plus haut, les laboratoires pharmaceutiques ont, par leurs méthodes de commercialisation accrocheuses et trompeuses, joué un rôle important dans la genèse de l'épidémie d'opioïdes<sup>[18,19]</sup>. Il est donc impératif d'exercer un contrôle strict sur la commercialisation et la promotion des opioïdes d'ordonnance – de même, d'ailleurs, que sur le rôle et l'influence de l'industrie pharmaceutique dans la formation et le perfectionnement des professionnels de la santé<sup>[69,70]</sup>.

### *Continuer à moderniser le système de traitement des dépendances de l'Ontario*

Le trouble de l'usage des opioïdes peut être traité. La norme, en matière de soins, comprend :

A) un traitement psychosocial en établissement agréé ou un traitement ambulatoire dispensé par du personnel qualifié

B) un traitement pharmacologique par agoniste opioïde – méthadone ou association buprénorphine/naloxone (aussi connue sous le nom de suboxone), par exemple

– ou par antagoniste opioïde – naltrexone, par exemple. Il est souvent recommandé d’associer plusieurs modalités de traitement, soit par exemple un traitement d’entretien par agoniste opioïde, une psychothérapie et des services de soutien fournis dans des structures de proximité. Malheureusement, les services de traitement sont souvent inexistantes, en particulier dans les régions rurales et reculées ainsi que dans les communautés autochtones, dont beaucoup manquent également de services de traitement de la toxicomanie culturellement appropriés. Il y a également une pénurie d’options thérapeutiques dans les maisons d’arrêt et les centres de détention. De même, il est urgent de mettre en place des programmes de traitement adaptés aux jeunes, aux divers stades de leur développement.

Jusqu’à tout récemment, certains aspects du système ontarien de traitement de la toxicomanie constituaient des obstacles à la prescription d’un traitement pharmacologique fondé sur l’expérience clinique. Afin d’élargir l’accès au traitement de maintien à la méthadone (TMM), le gouvernement provincial a, au milieu des années 2000, commencé à prendre à sa charge les programmes de traitement en permettant aux médecins de facturer le système d’Assurance-santé de l’Ontario à l’acte pour la prescription du TMM et en offrant d’autres incitatifs aux médecins et pharmaciens dispensant le TMM hors établissement<sup>[75]</sup>. Or, si ce système de rémunération a élargi l’accès à la méthadone, ce qui répondait à une nécessité impérieuse, il a aussi contribué à l’établissement de cliniques de méthadone séparées qui sont loin d’offrir uniformément un traitement psychosocial et qui, dans certains cas, imposent à leurs clients des conditions très onéreuses aux avantages douteux (p. ex. visites à la clinique ou analyses d’urine trop fréquentes)<sup>[75,76]</sup>. De surcroît, jusqu’à octobre 2016, les coûts de l’association buprénorphine/naloxone n’étaient couverts par le programme provincial d’assurance médicaments que si la méthadone était contre-indiquée ou en rupture de stock ou si le client n’avait pas répondu au TMM. C’est ainsi que la méthadone est devenue « dans les faits, le traitement de première intention » pour les personnes présentant un trouble de l’usage des opioïdes<sup>[75]</sup>.

Tant la méthadone que la buprénorphine ont fait leurs preuves pour le traitement de la dépendance aux opioïdes, notamment en ce qui concerne la fidélité au traitement et la réduction de la consommation d’opioïdes<sup>[77,78]</sup>. Néanmoins, des analyses systématiques ont montré que l’association buprénorphine/naloxone était nettement préférable à la méthadone, tout particulièrement en termes de profil d’innocuité<sup>[79]</sup>. Les deux formes de traitement d’entretien par agoniste opioïde sont comparables en termes de résultats thérapeutiques, mais il semblerait que l’association buprénorphine/naloxone soit supérieure pour certaines populations, dont les jeunes, les femmes enceintes et les nouveau-nés présentant un syndrome de sevrage aux opioïdes<sup>[80,81]</sup>. En outre, l’association buprénorphine/naloxone est bien moins susceptible de causer une dépression respiratoire ou d’avoir d’autres effets indésirables et elle est associée à un taux de mortalité globalement inférieur, notamment par surdose; de plus, elle se prête moins bien à l’abus ou au détournement. Cette association a aussi l’avantage d’être moins onéreuse pour les patients que la méthadone, ce qui signifie qu’elle a une incidence moindre sur la vie des patients<sup>[78,82]</sup>. Enfin, en certains provinces et territoires, il s’est avéré que



le traitement par buprénorphine/naloxone permettait de réaliser des économies plus importantes que le traitement par méthadone<sup>[83]</sup>.

Au cours de l'année qui a précédé l'annonce de sa nouvelle stratégie sur les opioïdes d'ordonnance, le gouvernement de l'Ontario a apporté des changements importants à son système de traitement de la dépendance aux opioïdes : il a supprimé certains codes de facturation associés à la prescription de méthadone, lancé une étude sur son système de traitement à la méthadone et inscrit l'association buprénorphine/naloxone sous la rubrique accès général de la liste du Programme des médicaments de l'Ontario<sup>[68]</sup>. Conjuguées aux normes de qualité pour les troubles de l'usage des opioïdes, en cours d'élaboration par Qualité des services de santé Ontario (QSSO), ces initiatives peuvent considérablement améliorer la qualité des soins dispensés dans le cadre du système de traitement de la toxicomanie.

### **Faciliter l'accès à la gamme complète des traitements fondés sur les données probantes**

Le gouvernement provincial devrait faire en sorte que la gamme complète des traitements standard du trouble de l'usage des opioïdes soit offerte partout en Ontario. Les pratiques cliniques devront tenir compte des nouvelles données à l'appui des avantages de l'association buprénorphine/naloxone en tant que traitement de première intention pour le trouble de l'usage des opioïdes. Dans le même temps, le gouvernement provincial doit veiller à ce que l'accès à la méthadone demeure ouvert aux personnes à qui elle peut être bénéfique, dont celles qui présentent un trouble grave de consommation d'opioïdes<sup>\*</sup>. De plus :

- Le gouvernement provincial devrait continuer à appuyer QSSO dans sa tâche d'élaboration de normes de qualité pour le traitement du trouble de l'usage des opioïdes. Et quand ces normes seront publiées, les ordres professionnels devraient les adopter et veiller à leur application.
- Le système de traitement devrait être adaptable aux différents degrés de gravité du trouble de l'usage des opioïdes, et les patients devraient pouvoir passer d'un « niveau » de traitement à un autre (p. ex. d'un traitement très intense à un traitement d'intensité moyenne) en fonction de leurs besoins<sup>[80]</sup>.
- Il faudrait élargir l'accès à des services de gestion du sevrage et de traitement de la toxicomanie adaptés aux jeunes, aux divers stades de leur développement.
- Le traitement du trouble de l'usage des opioïdes, dont le traitement d'entretien par agoniste opioïde, devrait pouvoir être offert aux détenus et les personnes libérées à risque de surdose devraient être orientées vers des services de traitement (et on devrait leur donner des trousse de naloxone à emporter chez elles).

---

\* On peut également prescrire, à titre d'« intervention de dernier recours » et par le biais du Programme d'accès spécial de Santé Canada, un traitement de maintien à la diacétylmorphine (traitement à l'héroïne) aux rares patients présentant un trouble grave de l'usage des opioïdes et répondant mal ou pas du tout aux traitements standards.

- La naltrexone devrait être ajoutée à la rubrique accès général de la liste du Programme de médicaments de l'Ontario.
- Santé Canada devrait envisager de d'élargir l'accès à la naltrexone (Vivitrol) injectable à libération prolongée et aux films sublinguaux de buprénorphine/naloxone, qui sont employés dans d'autres pays pour le traitement du trouble de l'usage des opioïdes.

### **Offrir les traitements dans des centres de soins primaires de proximité**

Dans la mesure du possible, les traitements du trouble de l'usage des opioïdes devraient être dispensés localement, dans des centres offrant également des soins primaires, l'idéal étant qu'ils soient dispensés par des équipes multidisciplinaires. Les organismes de lutte contre la toxicomanie financés par la province ne devraient pas être autorisés à exiger le sevrage du traitement d'entretien par agoniste opioïde comme condition d'admission. Et les gouvernements devraient suivre l'exemple des organismes autochtones et mettre en place des mesures de lutte contre la consommation dommageable d'opioïdes d'ordonnance au sein de ces communautés, y compris pour ce qui est du traitement. En plus d'offrir des traitements standards, il s'agit, comme le recommande la Commission de vérité et réconciliation, de « reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et d'utiliser ces pratiques dans le traitement de [sic] patients autochtones, en collaboration avec les aînés et les guérisseurs autochtones, lorsque ces patients en font la demande »<sup>[84, p. 2]</sup>.

### *Étendre les services de réduction des méfaits*

Étant donné la nature chronique et récurrente de la toxicomanie, la létalité des opioïdes et le fait que certaines personnes présentant un trouble de l'usage des opioïdes ne peuvent pas ou ne veulent pas se faire soigner ou rester fidèles au traitement qui leur a été prescrit, toute stratégie visant à réduire les préjudices causés par les opioïdes devrait faire appel à divers services de réduction des méfaits facilement accessibles et imposant le moins de conditions possibles. Ces services seront tout particulièrement importants une fois que l'accès aux opioïdes d'ordonnance deviendra plus limité.

### **Continuer d'élargir l'accès à la naloxone**

Il y a des décennies que la naloxone, un médicament qui inverse les effets des opioïdes pratiquement sur le champ en bloquant les récepteurs aux opioïdes du cerveau, est employée comme antidote à la surdose d'opioïdes dans les milieux hospitaliers et paramédicaux. La naloxone est reconnue comme inoffensive et là où elle a été largement distribuée, elle a permis de maîtriser des surdoses qui, autrement, auraient pu être fatales<sup>[85]</sup>. Qui plus est, il se pourrait bien que la naloxone diminue la fréquence des injections chez les personnes dont elle a sauvé la vie et qu'elle augmente les chances qu'ils se fassent traiter<sup>[86]</sup>. Nous nous félicitons des initiatives récentes des gouvernements fédéral et ontarien pour la délivrance de naloxone sans ordonnance aux consommateurs d'opioïdes et à leurs proches (famille et amis), de même que de la décision de Santé Canada d'accélérer l'approbation des dispositifs intranasaux. Il faudrait continuer à distribuer largement la naloxone, en particulier dans les régions reculées et les

établissements pénitentiaires. D'autres formes galéniques faciles d'emploi – en particulier l'auto-injecteur – devraient également être introduites.

### **Continuer à financer les services d'échange de seringues et les centres de consommation supervisés**

Nous avons vu plus haut que certains usagers d'opioïdes d'ordonnance les écrasaient pour les dissoudre et se les injecter. Étant donné les risques associés à l'injection, les programmes d'échange de seringues constituent une part importante des services actuels de réduction des méfaits en Ontario. Ces programmes devraient être offerts partout dans la province. De même, il a été prouvé qu'en offrant des milieux salubres dans lesquels des drogues obtenues au préalable pouvaient être consommées, les centres de consommation supervisés avaient eu pour effet de réduire la transmission du VIH, de l'hépatite C et d'autres infections transmises par le sang, de diminuer l'incidence des surdoses fatales et d'augmenter l'aiguillage vers des traitements<sup>[87,88]</sup>. Ces centres peuvent aussi analyser les drogues pour détecter la présence éventuelle de contaminants et de substances toxiques<sup>[89]</sup>. Il n'est pas forcément approprié d'établir partout des centres de consommation supervisés, mais lorsque les pratiques en matière de consommation de drogues le justifient\* et que ces centres s'inscrivent dans une stratégie plus large, ils jouent un grand rôle dans la réduction des méfaits des drogues<sup>[90]</sup>. Le projet de loi C-2, adopté en 2015 par le gouvernement fédéral précédent sous le nom de *Loi sur le respect des collectivités*, imposait des restrictions importantes à l'établissement de tels centres. Même si le gouvernement actuel s'est engagé à soutenir les centres de consommation supervisés à condition que leurs avantages soient clairement démontrés<sup>[91]</sup>, il faudrait supprimer cette partie du projet de loi C-2 afin qu'elle ne constitue pas un obstacle à l'avenir.

### **Adopter le projet de loi sur les bons samaritains**

Il est fréquent que les personnes qui consomment des drogues et qui sont témoins d'une surdose s'abstiennent de téléphoner aux urgences par peur de se faire arrêter. En exemptant de poursuites les témoins secourables pour des infractions mineures liées à la drogue, on éviterait des morts par surdose<sup>[92, 93]</sup>. Un projet de loi d'initiative parlementaire déposé au Parlement – le projet de loi C-224 intitulé *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose* – propose de modifier la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* pour exempter d'accusation de possession de stupéfiants les personnes qui téléphonent aux urgences ou à la police parce qu'elles sont témoins d'une surdose<sup>[94]</sup>. Le gouvernement fédéral devrait faire en sorte que ce projet de loi soit adopté.

### **Rétablir la réduction des méfaits en tant que pilier de la stratégie antidrogue du Canada**

En 2007, le gouvernement fédéral a restructuré la Stratégie nationale antidrogue en l'amputant de son pilier de réduction des méfaits et en retirant l'encadrement de cette stratégie à Santé Canada pour la transférer au ministère de la Justice; il l'a aussi rebaptisée Stratégie nationale antidrogue (SNAD). Dans les années qui ont suivi, la SNAD a principalement traité la

---

\* En Ontario, au moment où nous écrivons ces lignes, cela concerne les trois centres approuvés par le conseil municipal de la ville de Toronto ainsi qu'un centre que projettent d'ouvrir les autorités sanitaires d'Ottawa.

consommation de drogues sous l'angle pénal, consacrant autour de 70 % de son budget à la répression des infractions<sup>[95]</sup>. Pourtant, l'expérience a prouvé que l'application de nouvelles sanctions et de peines plus lourdes ne réduisait pas les préjudices liés à la consommation de drogues, au contraire de la prévention, du traitement et de la réduction des méfaits<sup>[96,97]</sup>. Les sanctions ne font que stigmatiser encore davantage les personnes aux prises avec un trouble de consommation de substances psychotropes, augmenter les dangers de la consommation de drogues et exacerber les inégalités en matière de santé. Cette stratégie est incompatible avec la protection de la santé publique. Santé Canada doit reprendre le contrôle de la stratégie fédérale en matière de drogues, rétablir la réduction des méfaits en tant que pilier de cette stratégie et redistribuer ses ressources en conséquence.

## Conclusion

En Ontario, comme partout ailleurs, il existe un besoin de traitements de la douleur qui soient efficaces et agissent rapidement. Les opioïdes d'ordonnance constituent un traitement approprié pour certains types de douleur et ils ont leur place dans notre système de santé, mais ces médicaments sont prescrits trop fréquemment, en quantités et à doses trop élevées, pour des périodes plus longues que cliniquement nécessaires et dans des situations qui ne sont pas justifiées par l'expérience clinique. Cet approvisionnement excessif d'opioïdes d'ordonnance a provoqué une véritable épidémie de toxicomanie et de décès par surdose.

Des mesures de santé publique s'imposent : une stratégie intégrant la prévention – principalement au moyen d'une réduction de la prescription d'opioïdes – et l'accès élargi aux traitements de la douleur et de la dépendance, ainsi qu'aux services de réduction des méfaits. Il faudra prendre des mesures dans ces trois domaines. En effet, sans réduction de l'accès aux opioïdes, il ne sera pas possible de réduire l'incidence de la dépendance et des surdoses, et sans accès suffisant à des traitements de la douleur substitutifs efficaces et à des services de réduction des méfaits, il y aura des préjudices collatéraux. La mise en œuvre de la stratégie sur les opioïdes récemment annoncée par le gouvernement de l'Ontario, qui prévoit une amélioration en matière de traitement de la douleur, constituera un bon point de départ.

De façon plus générale, le Canada a l'occasion de mettre sa stratégie sur les drogues en conformité avec les données probantes. La Stratégie nationale antidrogue arrivant à terme en 2017, le moment est venu pour le gouvernement fédéral de s'engager expressément envers une stratégie de santé publique qui traite le problème des opioïdes – comme celui de toutes les substances psychoactives, d'ailleurs – sous l'angle de la protection de la santé et non sous l'angle de la répression pénale. Plus loin le Canada ira dans la réorientation de sa stratégie à l'égard des substances psychotropes vers le domaine de la santé publique, meilleures seront nos chances d'en réduire les préjudices.

## Auteur

Jean-François Crépault, MA

## Remerciements

Les personnes suivantes ont apporté leur expertise à l'élaboration de ce document :

- Alison Benedict, MSW, RSW
- Benedikt Fischer, PhD
- Tony George, MD, FRCPC
- Joanna Henderson, PhD, CPsych
- Galit Kadan, MSc, CTDP
- Bernard Le Foll, MD, PhD, MCFP
- Lisa Lefebvre, MDCM, MPH, CCFP, dip ABAM
- Tamar Meyer, MA
- Jürgen Rehm, PhD
- Peter Selby, MBBS, CCFP, FCFP, dip ABAM
- Andrew Smith, MDCM
- Beth Sproule, RPh, BScPhm, PharmD

## Pour des renseignements supplémentaires

Jean-François Crépault  
Analyste principal des politiques, Centre de toxicomanie et de santé mentale  
JeanFrancois.Crepault@camh.ca  
416 535-8501, poste 32127

## Références

- [1] D. Schopflocher, P. Taenzer et R. Jovey, "The prevalence of chronic pain in Canada," *Pain Research and Management*, vol. 16, 445-50, 2011.
- [2] M. Lynch, "The need for a Canadian pain strategy," *Pain Research and Management*, vol. 16, 77-80, 2011.
- [3] T. Gomes, D. Redelmeier, D. Juurlink, I. Dhalla, X. Camacho et M. Mamdani, "Opioid dose and risk of road trauma in Canada: a population-based study," *JAMA Internal Medicine*, vol. 173, 196-201, 2013.
- [4] N. Volkow et A. McLellan, "Opioid abuse in chronic pain: misconceptions and mitigation strategies," *New England Journal of Medicine*, vol. 374, 1253-63, 2016.
- [5] Substance Abuse and Mental Health Services Administration, "Substance use disorders," 2015 [en ligne]. Disponible à : <http://www.samhsa.gov/disorders/substance-use>. Récupéré le 22 juillet 2016.
- [6] S. Comer, M. Sullivan, R. Whittington, S. Vosburg et W. Kowalczyk, "Abuse liability of prescription opioids compared to heroin in morphine-maintained heroin abusers," *Neuropsychopharmacology*, vol. 33, 1179-91, 2008.
- [7] H. Surratt, S. Kurtz et T. Cicero, "Alternate routes of administration and risk for HIV among prescription opioid abusers," *Journal of Addictive Diseases*, vol. 30, 334-41, 2011.
- [8] L. Paulozzi, "Prescription drug overdoses: a review," *Journal of Safety Research*, vol. 43, 283-89, 2012.
- [9] B. Sproule, B. Brands, S. Li et L. Catz-Biro, "Changing patterns in opioid addiction: Characterizing users of oxycodone and other opioids," *Canadian Family Physician*, vol. 55, 68-69, 2009.
- [10] T. Cicero, M. Lynskey, A. Todorov, J. Inciardi et H. Surratt, "Co-morbid pain and psychopathology in males and females admitted to treatment for opioid analgesic abuse," *Pain*, vol. 139, 127-35, 2008.
- [11] S. Mars, P. Bourgois, G. Karadinos, F. Montero et D. Ciccarone, "Every 'never' I ever said came true: transitions from opioid pills to heroin injecting," *International Journal of Drug Policy*, vol. 25, 257-66, 2014.
- [12] S. Galea, A. Nandi et D. Vlahov, "The social epidemiology of substance use," *Epidemiologic Reviews*, vol. 26, 36-52, 2004.
- [13] S. Dube, R. Anda, V. Felitti, V. Edwards et J. Croft, "Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult," *Addictive Behaviors*, vol. 27, 713-25, 2002.
- [14] R. Sinha, "Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction," *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1141, 105-30, 2008.
- [15] B. Fischer, A. Ialomiteanu, A. Boak, E. Adlaf, J. Rehm et R. Mann, "Prevalence and key covariates of non-medical prescription opioid use among the general secondary student and adult populations in Ontario, Canada," *Drug and Alcohol Review*, vol. 32, 276-87, 2013.
- [16] N. Monga, J. Rehm, B. Fischer, S. Brissette, J. Bruneau, N. El-Guebaly, L. Noël, M. Tyndall, C. Wild, F. Leri, J. Fallu et S. Bahl, "Using latent class analysis to analyze patterns of drug use in a population of illegal opioid users," *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 88, 1-8, 2007.
- [17] D. Juurlink et I. Dhalla, "Dependence and addiction during chronic opioid therapy," *Journal of Medical Toxicology*, vol. 8, 393-99, 2012.
- [18] A. Van Zee, "The promotion and marketing of OxyContin: commercial triumph, public health tragedy," *American Journal of Public Health*, vol. 99, 221-27, 2009.
- [19] J. Lexchin et J. Kohler, "The danger of imperfect regulation: OxyContin use in the United States and Canada," *International Journal of Risk and Safety*, vol. 23, 233-40, 2011.
- [20] Organe international de contrôle des stupéfiants, "Disponibilité des drogues placées sous contrôle international : assurer un accès adéquat à des fins médicales et scientifiques," Nations unies, New York, 2016.
- [21] B. Fischer, W. Jones, Y. Murphy, A. Ialomiteanu et J. Rehm, "Recent developments in prescription opioid-related dispensing and harm indicators in Ontario, Canada," *Pain Physician*, vol. 18, e659-62, 2015.
- [22] B. Fischer et J. Rehm, "Deaths related to the use of prescription opioids," *Canadian Medical Association Journal*, vol. 181, 881-82, 2009.

- [23] B. Fischer, C. Burnett et J. Rehm, "Considerations towards a population health approach to reduce prescription opioid-related harms with a primary focus on Canada," *Drugs Education, Prevention & Policy*, vol. 22, 60-65, 2015.
- [24] B. Fischer, J. Rehm, B. Goldman et S. Popova, "Non-medical use of prescription opioids and public health in Canada: an urgent call for research and interventions development," *Canadian Journal of Public Health*, vol. 99, 182-84, 2008.
- [25] B. Fischer, J. Gooch, B. Goldman, P. Kurdyak et J. Rehm, "Non-medical prescription opioid use, prescription opioid-related harms and public health in Canada: an update 5 years later," *Canadian Journal of Public Health*, vol. 105, e146-49, 2014.
- [26] A. Ialomiteanu, H. Hamilton, E. Adlaf et R. Mann, "CAMH Monitor eReport 2013: substance use, mental health and well-being among Ontario adults, 1977-2013," Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, 2014.
- [27] A. Boak, H. Hamilton, E. Adlaf et R. Mann, "Drug use among Ontario students, 1977-2015: detailed OSDUHS findings," Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, 2015.
- [28] A. Boak, H. Hamilton, E. Adlaf et R. Mann, "Drug use among Ontario students, 1977-2013: Detailed OSDUHS findings," Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto, 2013.
- [29] B. Fischer, W. Jones, K. Urbanoski, R. Skinner et J. Rehm, "Correlations between prescription opioid analgesic dispensing levels and related mortality and morbidity in Ontario, 2005-2011," *Drug and Alcohol Review*, vol. 33, 19-26, 2014.
- [30] C. Jones, K. Mack et L. Paulozzi, "Pharmaceutical overdose deaths, United States, 2010," *Journal of the American Association*, vol. 309, 657-59, 2013.
- [31] B. Fischer, A. Keates, G. Bühringer et J. Rehm, "Non-medical use of prescription opioids and related harms: why so markedly higher in North America compared to the rest of the world?," *Addiction*, vol. 109, 177-81, 2014.
- [32] K. Howlett, "Hospital visits for opioid overdose in Ontario spike by 72 per cent over past decade," *Globe and Mail*, 2016 [en ligne]. Disponible à : <http://www.theglobeandmail.com/news/investigations/hospital-visits-for-opioid-overdose-in-ontario-spike-by-72-per-cent-in-decade/article29627974/>. Récupéré le 27 juillet 2016.
- [33] S. Turner, T. Gomes, X. Camacho, Z. Yao, A. Guttmann, M. Mamdani, D. Juurlink et I. Dhalla, "Neonatal opioid withdrawal and antenatal opioid prescribing," *CMAJ Open*, vol. 3, e55-61, 2015.
- [34] Groupe de travail d'experts sur la dépendance aux stupéfiants et substances contrôlées, "La voie de l'avenir : gestion des stupéfiants d'ordonnance en Ontario," Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, Toronto, 2012.
- [35] Drogue et alcool – système d'information sur le traitement (DATIS), "New substance abuse admissions per calendar year by presenting problem substance and substances used in the past 12 months, 2004-2014," 2015.
- [36] T. Gomes, M. Mamdani, I. Dhalla, S. Cornish, J. Paterson et D. Juurlink, "The burden of premature opioid-related mortality," *Addiction*, vol. 109, 1482-88, 2014.
- [37] P. Madadi, D. Hildebrandt, A. Lauwers et G. Koren, "Characteristics of opioid-users whose death was related to opioid-toxicity: a population-based study in Ontario, Canada," *PLoS ONE*, vol. 8, e60600, 2013.
- [38] T. Gomes, D. Martins, S. Singh, M. Mamdani, I. Dhalla, J. Paterson, M. Tadrous et D. Juurlink, "Opioid related deaths in Ontario between 1991 and 2010: a report by the Ontario Drug Policy Research Network," ODPNRN, Toronto, 2014.
- [39] J. Watt-Watson, M. McGillion, J. Hunter, M. Choiniere, A. Clark, A. Dewar, C. Johnston, M. Lynch, P. Morley-Forster, D. Moulin, N. Thie, C. von Baeyer et K. Webber, "A survey of prelicensure pain curricula in health science faculties in Canadian universities," *Pain Research and Management*, vol. 14, 439-44, 2009.
- [40] M. Allen, M. Asbridge, P. Macdougall et O. Tugalev, "Self-reported practices in opioid management of chronic noncancer pain: a survey of Canadian family physicians," *Pain Research and Management*, vol. 18, 177-84, 2013.
- [41] E. Wenghofer, L. Wilson, M. Kahan, C. Sheehan, A. Srivastava et J. Brathwaite, "Survey of Ontario primary care physicians' experiences with opioid prescribing," *Canadian Family Physician*, vol. 57, 324-32, 2011.
- [42] T. Patel, F. Chang, H. Mohammed, L. Raman-Wilms, J. Jurcic, A. Khan et B. Sproule, "Knowledge, perceptions and attitudes toward chronic pain and its management: a cross-sectional survey of frontline pharmacists in Ontario, Canada," *PLoS ONE*, vol. 11, e0157151, 2016.

- [43] M. Butler, R. Ancona, G. Beauchamp, C. Yamin, E. Winstanley, K. Hart, A. Ruffner, S. Ryan, R. Ryan, C. Lindsell et M. Lyons, "Emergency department prescription opioids as an initial exposure preceding addiction," *Annals of Emergency Medicine*, vol. 68, 202-08, 2016.
- [44] I. Dhalla, M. Mamdani, T. Gomes et D. Juurlink, "Clustering of opioid prescribing and opioid-related mortality among family physicians in Ontario," *Canadian Family Physician*, vol. 57, e92-96, 2011.
- [45] R. Chou, J. Turner, E. Devine, R. Hansen, S. Sullivan, I. Blazina, T. Dana, et R. Deyo, "The effectiveness and risks of long-term opioid therapy for chronic pain: a systematic," *Annals of Internal Medicine*, vol. 162, 276-86, 2015.
- [46] T. Gomes, M. Mamdani, I. Dhalla, J. Paterson et D. Juurlink, "Opioid dose and drug-related mortality in patients," *Archives of Internal Medicine*, vol. 171, 686-91, 2011.
- [47] M. Miller, C. Barber, S. Leatherman, J. Fonda, J. Hermos, K. Cho et D. Gagnon, "Prescription opioid duration of action and the risk of unintentional overdose among patients receiving opioid therapy," *JAMA Internal Medicine*, vol. 175, 608-15, 2015.
- [48] National Opioid Use Guideline Group, "Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic non-cancer pain," 2010 [en ligne]. Disponible à : [http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/opioid\\_guideline\\_part\\_b\\_v5\\_6.pdf](http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/opioid_guideline_part_b_v5_6.pdf). Récupéré le 30 avril 2015.
- [49] T. Gomes, D. Juurlink, I. Dhalla, A. Mailis-Gagnon, J. Paterson et M. Mamdani, "Trends in opioid use and dosing among socio-economically disadvantaged patients," *Open Medicine*, vol. 5, e13-22, 2011.
- [50] D. Dowell, T. Haegerich et R. Chou, "CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain — United States," *Journal of the American Medical Association*, vol. 315, 1624-45, 2016.
- [51] J. Ballantyne et N. Shin, "Efficacy of opioids for chronic pain: a review of the evidence," *Clinical Journal of Pain*, vol. 24, 469-78, 2008.
- [52] A. Trescot, S. Glaser, H. Hansen, R. Benyamin, S. Patel et L. Manchikanti, "Effectiveness of opioids in the treatment of chronic non-cancer pain," *Pain Physician*, vol. 11, s181-200, 2008.
- [53] G. Franklin, "Opioids for chronic noncancer pain: a position paper of the American Academy of Neurology," *Neurology*, vol. 83, 1277-84, 2014.
- [54] J. Boscarino, M. Rukstalis, S. Hoffman, J. Han, P. Erlich, S. Ross, G. Gerhard et W. Stewart, "Prevalence of prescription opioid-use disorder among chronic pain patients: comparison of the DSM-5 vs. DSM-4 diagnostic criteria," *Journal of Addictive Diseases*, vol. 30, 185-94, 2011.
- [55] K. Vowles, M. McEntee, P. Julnes, T. Frohe, J. Ney et D. van der Goes, "Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis," *Pain*, vol. 156, 569-76, 2015.
- [56] W. Ray, C. Chung, K. Murray, K. Hall et C. Stein, "Prescription of long-acting opioids and mortality in patients with chronic noncancer pain," *Journal of the American Medical Association*, vol. 315, 2415-23, 2016.
- [57] E. Wright, H. Kooreman, M. Greene, R. Chambers, A. Banerjee et J. Wilson, "The iatrogenic epidemic of prescription drug abuse: county-level determinants of opioid availability and abuse," *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 138, 209-15, 2014.
- [58] D. Turk, E. Dansie, H. Wilson, B. Moskovitz et M. Kim, "Physicians' beliefs and likelihood of prescribing opioid tamper-resistant formulations for chronic noncancer pain patients," *Pain Medicine*, vol. 15, 625-36, 2014.
- [59] W. Wakeland, T. Schmidt, A. Gilson, J. Haddox et L. Webster, "System dynamics modeling as a potentially useful tool in analyzing mitigation strategies to reduce overdose deaths associated with pharmaceutical opioid treatment of chronic pain," *Pain Medicine*, vol. 12, s49-58, 2011.
- [60] Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies, "Bulletin du RCCET : Décès impliquant le fentanyl au Canada, de 2009 à 2014," 2015 [en ligne]. Disponible à : <http://www.cclt.ca/Resource%20Library/CCSA-CCENDU-Fentanyl-Deaths-Canada-Bulletin-2015-fr.pdf>. Récupéré le 7 septembre 2016.
- [61] K. Howlett et A. Woo, "Fentanyl now leading cause of opioid deaths in Ontario," *Globe and Mail*, 2016 [en ligne]. Disponible à : <http://www.theglobeandmail.com/news/national/fentanyl-now-leading-cause-of-opioid-deaths-in-ontario/article28832627/>. Récupéré le 7 septembre 2016.



- [62] P. Coplan, H. Kale, L. Sandstrom, C. Landau et H. Chilcoat, "Changes in oxycodone and heroin exposures in the National Poison Data System after introduction of extended-release oxycodone with abuse-deterrent characteristics," *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, vol. 22, 1274-82, 2013.
- [63] T. Cicero, M. Ellis, H. Surratt et S. Kurtz, "The changing face of heroin use in the United States: a retrospective analysis of the past 50 years," *JAMA Psychiatry*, vol. 71, 821-26, 2014.
- [64] R. Dart, H. Surratt, T. Cicero, M. Parrino, S. Severtson, B. Bucher-Bartelson et J. Green, "Trends in opioid analgesic abuse and mortality in the US," *New England Journal of Medicine*, vol. 372, 241-48, 2015.
- [65] A. Kolodny, D. Courtwright, C. Hwang, P. Kreiner, J. Eadie, T. Clark et G. Alexander, "The prescription opioid and heroin crisis: a public health approach to an epidemic of addiction," *Annual Review of Public Health*, vol. 36, 559-74, 2015.
- [66] N. King, V. Fraser, C. Boikos, R. Richardson et S. Harper, "Determinants of increased opioid-related mortality in the United States and Canada, 1990-2013: a systematic review," *American Journal of Public Health*, vol. 104, e32-42, 2014.
- [67] Association canadienne de santé publique, "Nouvelle démarche de gestion des substances psychotropes illégales au Canada," ACSP, Ottawa, 2014.
- [68] Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, "Document d'information : Stratégie pour prévenir la dépendance et les surdoses aux opioïdes," 2016 [en ligne]. Disponible à : <https://news.ontario.ca/mohlhc/fr/2016/10/strategie-pour-prevenir-la-dependance-et-les-surdoses-aux-opioides.html>. Récupéré le 12 octobre 2016.
- [69] N. Persaud, "Questionable content of an industry-supported medical school lecture series: a case study," *Journal of Medical Ethics*, vol. 40, 414-18, 2015.
- [70] Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance, "S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada," Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, Ottawa, 2013.
- [71] P. Selby, "De-implementation of opioid prescribing in primary care: a systems approach," 2016 [en ligne]. Disponible à : <https://www.porticonetwork.ca/documents/77404/388233/Deimplementation+of+opioid+prescribing/86e3e1ad-cac7-434f-8aa1-ef8907c8ddca>. Récupéré le 28 juin 2016.
- [72] Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, "Important notice regarding changes to the Ontario Drug Benefit (ODB) Program funding of opioid medications," 2016 [en ligne]. Disponible à : [http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ohip/bulletins/4000/bul4675\\_questionsandanswers.pdf](http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/ohip/bulletins/4000/bul4675_questionsandanswers.pdf). Récupéré le 7 septembre 2016.
- [73] B. Sproule, "Programmes de surveillance des ordonnances au Canada : examen des programmes et des pratiques exemplaires," Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, Toronto, 2015.
- [74] T. Gomes, D. Juurlink, Z. Yao, X. Camacho, J. Paterson, S. Singh, I. Dhalla, B. Sproule et M. Mamdani, "Impact of legislation and a prescription monitoring program on the prevalence of potentially inappropriate prescriptions for monitored drugs in Ontario: a time series analysis," *CMAJ Open*, vol. 2, e256-61, 2014.
- [75] B. Fischer, P. Kurdyak, M. Tyndall et J. Rehm, "Treatment of prescription opioid disorders in Canada: looking at the 'other epidemic'," *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 11, 12-15, 2016.
- [76] S. Anstice, C. Strike et B. Brands, "Supervised methadone consumption: client issues and stigma," *Substance Use & Misuse*, vol. 44, 794-808, 2009.
- [77] R. Mattick, C. Breen, J. Kimber et M. Davoli, "Methadone maintenance therapy vs. no opioid replacement therapy for opioid dependence," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 3, CD002209, 2009.
- [78] R. Mattick, C. Breen, J. Kimber et M. Davoli, "Buprenorphine maintenance vs. placebo or methadone maintenance for opioid dependence," *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 6, CD002207, 2014.
- [79] Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, "L'association buprénorphine/naloxone comparativement à la méthadone dans le traitement de la dépendance aux opioïdes : efficacité clinique et rentabilité comparatives, et lignes directrices," ACMTS, Ottawa, 2016.

- [80] E. Wood, K. Ahamad, C. Djurfors, R. Joe, V. Karapareddy, M. Marlow, G. McIver, M. McLean, D. Paré, C. Sutherland et K. Tupper, "A guideline for the clinical management of opioid use disorder," Vancouver Coastal Health / Providence Health, Vancouver, 2015.
- [81] H. Jones, K. Kaltenbach, S. Heil, S. Stine, M. Coyle, A. Arria, K. O'Grady, P. Selby, P. Martin et G. Fischer, "Neonatal abstinence syndrome after methadone or buprenorphine exposure," *New England Journal of Medicine*, vol. 363, 2320-31, 2010.
- [82] J. Kimber, S. Larney, M. Hickman, D. Randall et L. Degenhardt, "Mortality risk of opioid substitution therapy with methadone vs buprenorphine: a retrospective cohort study," *Lancet Psychiatry*, vol. 2, 901-08, 2015.
- [83] CRISM British Columbia, "Moving towards improved access for evidence-based opioid addiction care in British Columbia," BC Centre for Excellence in HIV/AIDS, Vancouver, 2016.
- [84] Commission de vérité et réconciliation du Canada, "Calls to action," CVRC, Winnipeg, 2015.
- [85] A. Clark, C. Wilder et E. Winstanley, "A systematic review of community opioid overdose prevention and naloxone distribution programs," *Journal of Addiction Medicine*, vol. 8, 153-63, 2014.
- [86] N. Dasgupta, C. Sanford, S. Albert et F. Brason, "Opioid drug overdoses: a prescription for harm and potential for prevention," *American Journal of Lifestyle Medicine*, vol. 4, 32-37, 2010.
- [87] B. Marshall, M. Milloy, E. Wood, J. Montaner et T. Kerr, "Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study," *Lancet*, vol. 377, 1429-37, 2011.
- [88] M. Tyndall, T. Kerr, R. Zhang, E. King, J. Montaner et E. Wood, "Attendance, drug patterns, and referrals made from North America's first supervised injection facility," *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 83, 193-98, 2006.
- [89] A. Woo et J. Gray, "New fentanyl test confirms fears at Vancouver's supervised injection site," *Globe and Mail*, 2016 [en ligne]. Disponible à : <http://www.theglobeandmail.com/news/politics/health-canada-plans-to-restrict-chemicals-used-to-make-fentanyl/article31637715/>. Récupéré le 6 septembre 2016.
- [90] A. Bayoumi et C. Strike, "Rapport de l'étude d'évaluation de la consommation supervisée de drogues à Toronto et Ottawa (TOSCA)," Hôpital St. Michael et École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto, 2012.
- [91] P. Zimonjic, "Health Canada will reduce barriers to safe injection sites, says Philpott," *CBC News*, 2016 [en ligne]. Disponible à : <http://www.cbc.ca/news/politics/philpott-safe-injection-fentanyl-1.3774678>. Récupéré le 23 septembre 2016.
- [92] R. Pollini, L. McCall, S. Mehta, D. Celentano, D. Vlahov et S. Strathdee, "Response to overdose among injection drug users," *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 31, 261-64, 2006.
- [93] K. Follett, A. Piscitelli, F. Munger et M. Parkinson, "Barriers to calling 911 during overdose emergencies in a Canadian context," *Critical Social Work*, vol. 15, 18-28, 2014.
- [94] LEGISinfo, "Projet de loi émanant d'un député C-224 (42-1)," 2016 [en ligne]. Disponible à : <http://www.parl.ca/legisinfo/BillDetails.aspx?billId=8108134&Mode=1&Language=F>. Récupéré le 30 août 2016.
- [95] K. Debeck, E. Wood, J. Montaner et T. Kerr, "Canada's new federal "National Anti-Drug Strategy" : an informal audit of reported funding allocation," *International Journal of Drug Policy*, vol. 20, 188-91, 2009.
- [96] P. Reuter et H. Pollack, "How much can treatment reduce national drug problems?," *Addiction*, vol. 101, 341-47, 2006.
- [97] E. Drucker, "Drug prohibition and public health: 25 years of evidence," *Public Health Reports*, vol. 114, 14-29, 1999.