



Opiïdes d'ordonnance

Points clés

- Chez la population canadienne, 14,9 % de personnes déclarent un usage d'analgésiques opioïdes, un chiffre en baisse par rapport au taux de 21,6 % enregistré en 2008.
- Au Canada, le taux de consommation d'analgésiques opioïdes est le plus élevé chez les aînés.
- Chez les Canadiens qui prennent des analgésiques opioïdes, environ 2 % déclarent un usage abusif, en baisse par rapport au taux de 5 % enregistré en 2012.
- À l'heure actuelle, il n'existe pas de données nationales sur la mortalité liée aux opioïdes d'ordonnance au pays.

Introduction

Les opioïdes d'ordonnance sont des médicaments qui servent principalement à soulager la douleur aiguë et chronique, mais aussi à calmer la toux tenace et la diarrhée. Les opioïdes d'ordonnance ont une autre utilisation médicale acceptée, soit le traitement de la dépendance aux opioïdes, et ce, à la méthadone ou à la buprénorphine-naloxone, sous la supervision d'un professionnel de la santé formé.

La douleur est l'un des principaux motifs de recours aux soins de santé en Amérique du Nord. Selon une étude de Fischer et Argento¹, entre 15 et 29 % des Canadiens souffrent de douleur chronique, avec un accès limité à des traitements adaptés et au moment où ils sont nécessaires. En effet, 50 % d'entre eux ont eu à attendre six mois ou plus, et plusieurs régions du Canada n'offrent aucun service spécialisé de traitement de la douleur. Les opioïdes d'ordonnance sont l'un des moyens permettant de soulager la douleur chronique, mais ils posent aussi un risque de dépendance et de décès par surdose.

La définition de la consommation à des fins non médicales et du mésusage d'opioïdes d'ordonnance fait habituellement référence à une consommation par des personnes autres que celles à qui le médicament est prescrit ou à une consommation faite d'une façon ou dans un but autre que celui prévu. Cet abus peut prendre plusieurs formes : emprunt ou vol de médicaments à un ami ou à un parent, prise délibérée de doses supérieures aux recommandations, accumulation de médicaments, altération d'un médicament ou de son mode d'administration² ou combinaison d'opioïdes avec de l'alcool ou des médicaments aux effets sédatifs.

Il existe plusieurs voies d'acquisition de médicaments d'ordonnance pouvant ensuite faire l'objet de mésusage ou entraîner des méfaits. Quelques-unes de ces voies : l'obtention d'une ordonnance d'un seul médecin, l'obtention d'ordonnances de plusieurs médecins sans déclarer ses autres prescriptions, l'utilisation frauduleuse et la contrefaçon d'ordonnances, le vol, le marché noir et l'achat en ligne. Dans le cadre d'une enquête menée auprès de patients dépendants aux opioïdes admis au Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto, 37 % des répondants s'étaient procuré des opioïdes à l'aide d'une prescription d'un médecin seulement, 26 % à la fois à l'aide d'une prescription et « dans la rue » et 21 % dans la rue seulement³.



Les opioïdes sont communément appelés « analgésiques » ou « narcotiques » et ils portent plusieurs noms génériques, commerciaux et de rue. Le tableau 1 présente une liste d'opioïdes d'ordonnance actuellement en vente au Canada. Cela dit, des opioïdes d'ordonnance non commercialisés au pays à l'heure actuelle pourraient y entrer par voie de détournement.

Les opioïdes d'ordonnance se vendent sous plusieurs formes au Canada, notamment de comprimés, de capsules, de sirops, de solutions, de liquide à injecter, de timbres transdermiques, de préparations transmucoales, de suppositoires et de vaporisateurs nasaux. Ils sont aussi disponibles sous forme de suçons, entre autres, à l'extérieur du Canada.

Tableau 1. Noms génériques, commerciaux et de rue couramment donnés aux opioïdes d'ordonnance

Nom générique	Nom commercial (exemples)	Noms de rue
Buprénorphine	BuTrans ^{MD}	Bupe, bute
Buprénorphine-naloxone	Suboxone ^{MD}	Subby, bupe, sobos
Codéine	Tylenol ^{MD} 2,3,4 (codéine et acétaminophène)	Cody, captain cody, T1, T2, T3, T4
Fentanyl	Abstral ^{MD} , Duragesic ^{MD} , Onsolis ^{MD}	Patch, sticky, sticker
Hydrocodone	Tussionex ^{MD} , Vicoprofen ^{MD}	Hydro, vike
Hydromorphone	Dilaudid ^{MD}	Juice, dillies, dust
Mépéridine	Demero ^{MD}	Demmies
Méthadone	Methadose ^{MD} , Metado ^{MD}	Meth, drink, done
Morphine	Dolora ^{MD} , Statex ^{MD} , M.O.S. ^{MD}	M, morph, red rockets
Oxycodone	OxyNEO ^{MD} , Percocet ^{MD} , Oxycocet ^{MD} , Percodan ^{MD}	Oxy, hillbilly heroin, percs
Pentazocine	Talwin ^{MD}	T
Tapentadol	Nucynta ^{MD}	Inconnu
Tramadol	Ultram ^{MD} , Tramacet ^{MD} , Tridural ^{MD} , Durela ^{MD}	Chill pills, ultras

Remarque : L'OxyContin^{MD} n'est plus commercialisé au Canada et a été remplacé par l'OxyNEO^{MD}. Santé Canada a approuvé une version générique de l'oxycodone à libération contrôlée et a aussi approuvé l'oxymorphone (Opana^{MD}), qui n'est pas encore commercialisée au Canada.

Effets des opioïdes d'ordonnance

Les opioïdes peuvent soulager la douleur et améliorer la fonction, en plus de susciter un sentiment de bien-être ou un état euphorique. À des doses suffisamment élevées, les opioïdes provoquent la somnolence, le coma et la mort. D'autres effets physiques incluent la contraction des pupilles, une légère baisse de la fréquence respiratoire, la nausée, des vomissements, la constipation, la perte d'appétit et la transpiration. Les opioïdes peuvent aussi accroître le risque d'apnée du sommeil, causer des sautes d'humeur, faire baisser le niveau d'hormones sexuelles et donc le désir sexuel, ainsi qu'entraîner des irrégularités menstruelles, la dépendance physique et la toxicomanie. La prise régulière de grandes quantités d'opioïdes pendant la grossesse augmente le risque d'accouchement prématuré et de symptômes de sevrage du nourrisson. Si les comprimés d'opioïdes sont écrasés puis injectés, certaines substances chimiques qu'ils contiennent peuvent endommager de façon permanente les veines et les organes. L'échange de seringues et l'injection avec des seringues usagées augmentent considérablement le risque de contracter certaines infections et maladies (p. ex. VIH, hépatite C).

L'usage à long terme peut mener à l'acquisition d'une tolérance – de sorte que l'effet de la drogue est affaibli, ce qui incite le consommateur à augmenter la dose pour retrouver les effets escomptés. La consommation répétée de fortes doses accroît le potentiel d'accoutumance et de dépendance.



L'arrêt d'une consommation régulière prolongée devrait se faire graduellement et sous surveillance médicale. Si une personne physiquement dépendante d'un opioïde cesse soudainement d'en prendre, elle présentera des symptômes de sevrage. La gravité de ces symptômes dépend du type de médicaments, de la quantité consommée, de la durée de la consommation et de la soudaineté de l'arrêt. Parmi les symptômes de sevrage possibles, notons l'agitation, l'insomnie, des douleurs musculaires, des crampes abdominales, la diarrhée et des vomissements.

Statut juridique des opioïdes d'ordonnance au Canada

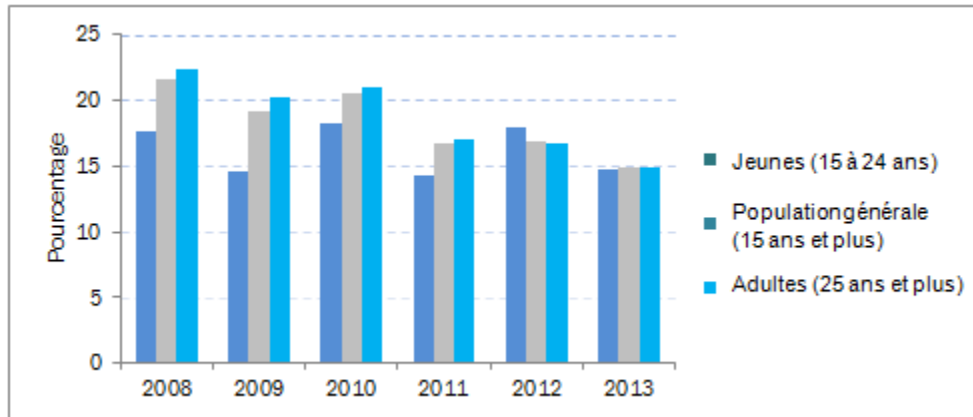
Les opioïdes d'ordonnance sont inscrits à l'annexe I de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Leur usage est légal sur ordonnance d'un professionnel de la santé autorisé et par la seule personne à laquelle ils sont prescrits. La possession illégale d'opioïdes et l'obtention d'ordonnances de plusieurs médecins (c.-à-d. de plusieurs prescripteurs sans les informer des autres ordonnances reçues au cours des 30 derniers jours) sont passibles de sept ans d'emprisonnement. Le trafic, l'importation, l'exportation et la production d'opioïdes sont passibles de l'emprisonnement à perpétuité⁴.

Usage dans la dernière année au Canada

- **Population générale (15 ans et plus)** : Selon l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD)⁵ de 2013, le taux de consommation d'analgésiques opioïdes dans la dernière année chez la population générale était de 14,9 %, une baisse par rapport au taux de 21,6 % enregistré en 2008. En raison de différences méthodologiques entre l'ECTAD et l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD)⁶, la prudence est de mise quand on compare les estimations de l'ECTAD 2013 et de l'ESCCAD 2008–2012.
- **Jeunes (15 à 24 ans)** : En 2013, le taux de consommation d'analgésiques opioïdes dans la dernière année chez les 15 à 24 ans (14,8 %) était semblable à celui des 25 ans et plus (14,9 %)⁵. Ce taux était de 13,6 % chez les 15 à 19 ans, et de 15,9 % chez les 20 à 24 ans⁵.
- **Adultes (25 ans et plus)** : Le taux de consommation d'analgésiques opioïdes chez les adultes canadiens s'établissait à 14,9 % en 2013⁵. C'est une forte baisse depuis 2008, lorsque 22,4 % des Canadiens déclaraient consommer de tels médicaments⁶.
- **Aînés (65 ans et plus)** : Le taux de consommation d'analgésiques opioïdes chez les aînés canadiens était de 16,2 % en 2013⁵.
- **Sexe** : Selon des données de l'ECTAD 2013, la prévalence de l'usage d'analgésiques opioïdes dans la dernière année était un peu plus élevée chez les femmes (15,7 %) que chez les hommes (14,0 %)⁵.



Figure 1. Prévalence de l'usage autodéclaré d'analgésiques opioïdes chez les Canadiens, par catégorie d'âge



Sources : ECTAD 2013⁵, ESCCAD 2008–2012⁶

Remarque : Compte tenu des différences méthodologiques entre l'ECTAD et l'ESCCAD, la prudence est de mise lors de toute comparaison entre les estimations de l'ECTAD 2013 et de l'ESCCAD 2008–2012. Plusieurs des estimations de la prévalence incluses dans le présent sommaire sont qualifiées en raison de la forte variabilité d'échantillonnage et devraient être interprétées avec prudence.

Usage dans la dernière année parmi les populations à risque élevé

L'Étude de surveillance de la consommation d'alcool et de drogues parmi les populations à risque élevé (EPRE) de Santé Canada⁷ s'est penchée sur l'usage de drogues dans sept villes du pays, chez trois groupes à risque élevé : les consommateurs de drogues à usage récréatif, les adultes itinérants consommateurs de drogues et les jeunes de la rue consommateurs de drogues*. Les figures 2 et 3 montrent les résultats de 2013 pour l'usage d'hydromorphe, de morphine, d'oxycodone et de codéine⁷. À noter que ces données comprennent l'obtention prescrite et illégale de ces substances. Les données sur la méthadone sont fournies dans des rapports de référence, mais ne sont pas illustrées dans les figures puisque certains participants à l'étude suivaient une thérapie d'entretien à la méthadone. Les données sur l'héroïne apparaissent aussi dans ces rapports, mais ne sont pas illustrées dans les figures puisque le présent document porte sur les opioïdes d'ordonnance.

* Le groupe des **consommateurs de drogues à usage récréatif** est constitué de personnes ayant atteint l'âge légal pour boire dans leur province qui ont été recrutées à des sites où se tenaient des événements particuliers (p. ex. raves ou rassemblements festifs tenus dans des entrepôts) ou des boîtes de nuit fixes. Pour être admissibles au sondage, les répondants devaient avoir consommé au moins une substance (exception faite de l'alcool et du tabac) au moins une fois par mois au cours des six mois qui ont précédé chacune des entrevues. Aucune preuve d'âge n'ayant toutefois été demandée, certains des répondants qui ont participé à l'étude n'avaient pas encore atteint l'âge légal pour boire.

Le groupe des **adultes itinérants consommateurs de drogues** est constitué de personnes âgées de 19 ans et plus sans domicile fixe. Pour être admissibles au sondage, les répondants devaient avoir consommé au moins une substance (exception faite de l'alcool et du tabac) au moins une fois par mois au cours des six mois qui ont précédé chacune des entrevues.

Le groupe des **jeunes de la rue consommateurs de drogues** est constitué de personnes âgées de 15 à 24 ans qui vivent en état d'itinérance complète, ceux qui bénéficient d'un refuge de courte durée sans toutefois avoir de logement permanent, ceux qui recourent aux services destinés aux jeunes de la rue et ceux que les intervenants locaux désignent comme étant « de la rue ». Pour être admissibles au sondage, les répondants devaient avoir consommé au moins une substance (exception faite de l'alcool et du tabac) au moins une fois par mois au cours des six mois qui ont précédé chacune des entrevues.

Remarque : Il existe un recoupement des tranches d'âge des deux populations de la rue, car la plupart des services destinés aux jeunes répondent aux besoins d'une clientèle de 24 ans et moins. Les répondants âgés de 19 à 24 ans étaient classés dans la catégorie des adultes ou des jeunes selon l'endroit où ils avaient été recrutés.



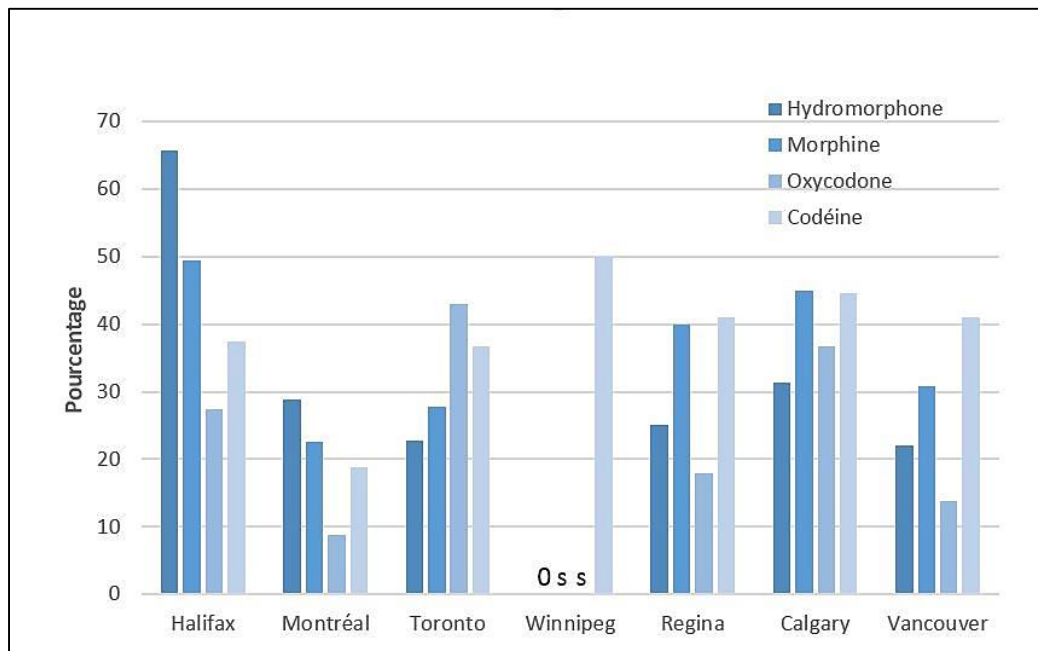
Dans l'échantillon d'adultes itinérants consommateurs de drogues de l'étude de 2013, la consommation d'hydromorphone, de morphine, d'oxycodone et de codéine dans la dernière année variait entre 8,8 et 65,8 % dans toutes les villes à part Winnipeg (voir la figure 2). La consommation de codéine dans la dernière année était élevée à Winnipeg (50 %), mais la consommation des autres opioïdes était très faible (0 % ou données supprimées en raison de petits nombres).

À noter aussi que la consommation de « T et R »[†] à Winnipeg et à Regina était de 25 % et de 32,5 %, respectivement (données non illustrées). Dans les autres villes et populations à risque élevé, ou bien il n'y avait aucune consommation de « T et R » dans la dernière année ou les données ont été supprimées en raison de petits nombres.

Dans l'échantillon de jeunes de la rue consommateurs de drogues de l'étude de 2013, la consommation des quatre opioïdes susmentionnés (hydromorphone, morphine, oxycodone et codéine) dans la dernière année n'était relevée qu'à Halifax et à Vancouver, à des taux entre 20,0 et 73,1 %. À Calgary, 16,3 à 40,5 % de jeunes de la rue consommateurs de drogues déclaraient avoir consommé de la morphine, de l'oxycodone ou de la codéine au cours des 12 mois précédents. La consommation des quatre opioïdes n'a pas été relevée à Montréal. Dans les autres villes, la consommation de ces opioïdes dans la dernière année était variable (voir la figure 3).

Les taux de consommation d'hydromorphone, de morphine, d'oxycodone et de codéine dans la dernière année étaient très faibles dans l'échantillon de consommateurs de drogues à usage récréatif de 2013; les estimations de données spécifiques pour ces substances ont donc été supprimées.

Figure 2. Usage d'opioïdes dans la dernière année chez les adultes itinérants consommateurs de drogues (2013)



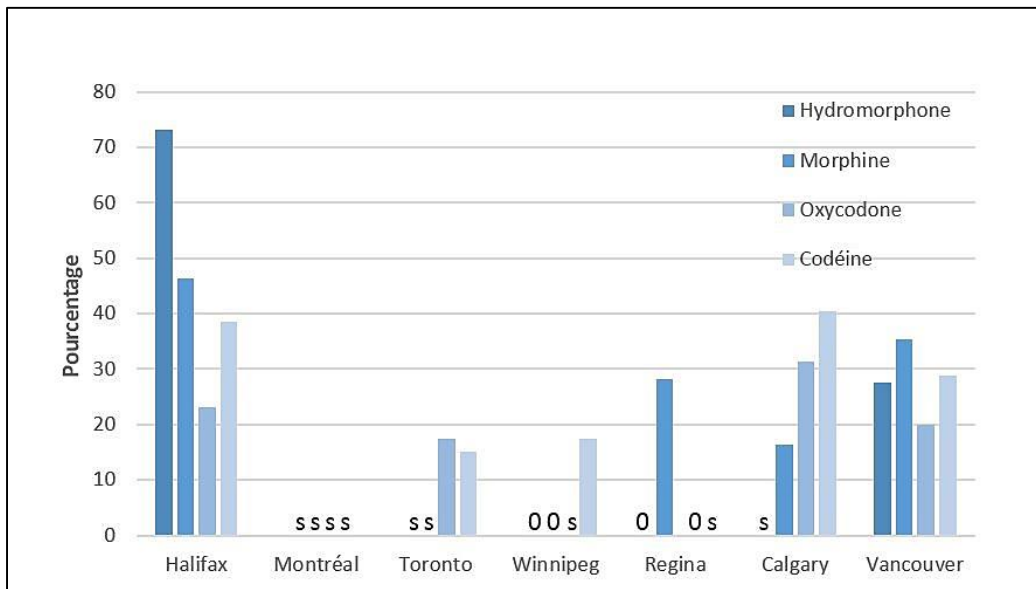
Abréviations : 0 = pas d'usage; s = données supprimées lorsque le nombre de répondants était entre 1 et 5

Source : Étude de surveillance de la consommation d'alcool et de drogues parmi les populations à risque élevé, 2012-2013⁷

[†] « T et R » fait référence au mésusage par injection d'un mélange de Talwin^{MD} (pentazocine, un opioïde) et de Ritalin^{MD} (méthylphénidate).



Figure 3. Usage d'oploïdes dans la dernière année chez les jeunes de la rue consommateurs de drogues (2013)



Abréviations : 0 = pas d'usage; s = données supprimées lorsque le nombre de répondants était entre 1 et 5

Source : Étude de surveillance de la consommation d'alcool et de drogues parmi les populations à risque élevé, 2012-2013⁷

Mésusage d'oploïdes d'ordonnance dans la dernière année

Prévalence du mésusage dans la dernière année au Canada

- **Population générale (15 ans et plus) :** Des données de l'ECTAD 2013⁵ révèlent que parmi les consommateurs d'analgésiques oploïdes, 2,3 % (soit 99 000 Canadiens ou 0,3 % de la population totale) ont déclaré avoir abusé de ces produits, une baisse comparativement au taux de 5 % (soit 0,9 % de la population totale) enregistré en 2012. Compte tenu des différences méthodologiques entre l'ECTAD et l'ESCCAD, la prudence est de mise lors de toute comparaison entre les estimations de la prévalence de l'ECTAD 2013 et de l'ESCCAD 2008-2012.
- **Jeunes :** Selon l'ECTAD 2013, le taux d'abus d'analgésiques (y compris « pour se geler ») chez les jeunes consommateurs d'oploïdes (15 à 19 ans) était de 5,8 % (16 000). Le taux d'abus chez les jeunes adultes (20 à 24 ans) a été supprimé en raison de la forte variabilité d'échantillonnage⁵.
- **Étudiants :** D'après les résultats de l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes 2012-2013, 1,5 % des élèves canadiens en 7^e, 8^e et 9^e années et 2,5 % de ceux en 10^e, 11^e et 12^e années ont dit avoir pris des analgésiques à des fins récréatives (et non médicales) dans la dernière année⁸.
 - Des données issues du National College Health Assessment Survey [sondage national d'évaluation de la santé dans les établissements postsecondaires] du printemps 2013 portant sur 32 établissements postsecondaires canadiens (donc, un échantillon non représentatif de tous les étudiants de niveau postsecondaire au Canada) indiquent que 6,4 % des répondants avaient pris des analgésiques d'ordonnance qui ne leur avaient pas été prescrits au cours des 12 mois précédents⁹.
 - Le Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario de 2013 rapporte que 12,4 % des élèves de la 7^e à la 12^e année avaient pris un analgésique oploïde d'ordonnance à des fins non médicales¹⁰.



- **Premières Nations** : Au Canada, 4,7 % des membres des Premières Nations âgés de 18 ans et plus vivant dans des réserves ou dans des communautés nordiques des Premières Nations ont dit avoir consommé, au cours de la dernière année, des opiïdes illicites (héroïne) ou d'ordonnance (p. ex. morphine, méthadone, codéine) sans avoir d'ordonnance, en 2008–2010¹¹. Chez les membres des Premières Nations de 12 à 17 ans, 1,3 % ont dit avoir pris des opiïdes illicites ou d'ordonnance, sans avoir d'ordonnance, au cours des 12 mois précédents¹⁰.

Prévalence du mésusage dans la dernière année dans d'autres pays

- **États-Unis** : En 2013, la prévalence de la consommation d'analgésiques d'ordonnance à des fins non médicales dans la dernière année était de 4,2 % chez la population âgée de 12 ans et plus¹².
- **Australie** : Des données de 2013 montrent que 3,3 % de la population âgée de 14 ans et plus déclare un mésusage d'analgésiques d'ordonnance ou en vente libre[†] au cours des 12 mois précédents¹³.

Méfais liés à l'usage d'opiïdes d'ordonnance

Visites à l'urgence

De 2005–2006 à 2010–2011, le nombre de visites à l'urgence pour sevrage de narcotiques et pour surdose, intoxication, psychose, usage nocif et autres diagnostics connexes a augmenté de près de 250 % en Ontario¹⁴. Entre 2008–2009 et 2010–2011, le taux de visites à l'urgence pour des troubles mentaux ou comportementaux liés à l'usage d'opiïdes y a aussi augmenté¹⁵.

Tableau 2 : Visites à l'urgence en Ontario pour des troubles mentaux ou comportementaux liés aux opiïdes, par région

Région	Visites à l'urgence (2008-2009)	Visites à l'urgence (2010-2011)
Ensemble de l'Ontario	2,6 pour 10 000 habitants	3,7 pour 10 000 habitants
Nord de l'Ontario uniquement	9,2 pour 10 000 habitants	22,9 pour 10 000 habitants
Premières Nations	12,1 pour 10 000 habitants	55,0 pour 10 000 habitants

Entre 2003 et 2011, les conducteurs ontariens de 18 à 64 ans à qui l'on avait délivré des doses moyennes ou élevées d'opiïdes étaient 21 à 42 % plus susceptibles d'être admis à l'urgence pour une blessure de la route comparativement aux conducteurs qui prenaient de plus faibles doses¹⁶.

Syndrome de sevrage néonatal

Au Canada, 3,8 enfants sur 1 000 naissent de mères qui ont pris des opiïdes pendant leur grossesse. Ces enfants présentent un ensemble reconnaissable de symptômes de sevrage qui, pris ensemble, sont appelés syndrome de sevrage néonatal (SSN)¹⁷.

En Ontario, la prévalence du SSN a quadruplé entre 2002–2003 et 2011–2012, passant de 0,9 à 5,1 cas pour 1 000 naissances vivantes en dix ans¹⁸. Une autre étude indique que l'incidence du SSN a augmenté par un facteur de 15 entre 1992 et 2011, passant de 0,28 à 4,29 cas pour 1 000 naissances vivantes en 19 ans¹⁹. Une sous étude avec un échantillon de mères bénéficiaires d'un régime public d'assurance-médicaments révèle que 67 % avaient reçu une ordonnance d'opiïdes au cours des 100 jours avant l'accouchement, y compris 53,3 % qui avaient reçu de la méthadone¹⁹.

[†] Les antidouleurs et analgésiques d'ordonnance comprennent notamment l'oxycodone, la péthidine et le fentanyl. Les antidouleurs et analgésiques en vente libre comprennent notamment l'aspirine et des formulations de codéine.



Décès liés aux opioïdes

Il n'existe actuellement au Canada aucune donnée nationale sur la mortalité liée aux opioïdes d'ordonnance. L'Alberta, la Colombie-Britannique et l'Ontario disposent de données provinciales.

- **Alberta** : Entre 2003 et 2006, le deuxième taux de mortalité en importance attribuable aux médicaments prescrits en Alberta – 3,8 cas pour 100 000 habitants – était attribuable aux empoisonnements par narcotiques ou par psychodysléptiques (c.-à-d. des drogues hallucinogènes)²⁰.
- **Colombie-Britannique** : Entre 2005 et 2009, on a recensé 815 décès liés au fentanyl, à l'hydromorphone, à la morphine et à l'oxycodone en Colombie-Britannique²¹.
- **Ontario** : Des données fournies par le Bureau du coroner en chef de l'Ontario montrent une hausse considérable des décès liés aux opioïdes de 2004 jusqu'en 2011. Les décès liés à l'oxycodone, surtout, sont passés de moins de 60 en 2004, à 160 en 2011. Les décès liés au fentanyl ont aussi considérablement augmenté durant cet intervalle²².

Le taux global de mortalité liée aux opioïdes a augmenté de 242 % entre 1991 (12,2 cas pour 1 million d'habitants) et 2010 (41,6 cas pour 1 million d'habitants)²². En 2010, 12,1 % des décès chez les 25 à 34 ans en Ontario étaient liés aux opioïdes, une hausse par rapport au taux de 5,5 % enregistré en 2001²³.

Chez les bénéficiaires d'un régime public d'assurance-médicaments à qui l'on avait prescrit un opioïde pour une douleur bénigne entre 1997 et 2006 en Ontario, une dose quotidienne moyenne de morphine (ou d'un médicament équivalent) de 200 mg ou plus était associée à une augmentation par un facteur de près de trois du risque de décès lié aux opioïdes comparativement à de faibles doses quotidiennes²⁴.

Traitement de la dépendance aux opioïdes

Bien que les organismes provinciaux, territoriaux et fédéraux recueillent tous des données sur leurs propres systèmes de traitement, il n'existe actuellement aucune donnée sur le traitement de la consommation de médicaments d'ordonnance à l'échelle nationale au Canada. Seul l'Ontario rend publiques de telles données, qui montrent que les admissions dans des programmes de traitement liées à la consommation d'opioïdes d'ordonnance ont doublé entre les années 2004 et 2009²⁵. En 2005–2006, 10,6 % des personnes voulant faire traiter une dépendance en Ontario avaient une consommation problématique d'opioïdes d'ordonnance. En 2012–2013, ce chiffre s'élevait à 18,2 %²⁶.

Autres ressources

- [S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada](#)
- [La conduite après usage d'opioïdes et les jeunes \(Résumé thématique\)](#)





- ¹ Fischer, B., et E. Argento. « Prescription opioid related misuse, harms, diversion and interventions in Canada: A review », *Pain Physician*, vol. 15, 2012, p. ES191–ES203.
- ² Vosburg, S., et coll. « Assessment of a formulation designed to be crush-resistant in prescription opioid abusers », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 126, 2012, p. 206–215.
- ³ Sproule, B., B. Brands, S. Li et L. Catz-Biro. « Changing patterns in opioid addiction », *Canadian Family Physician*, vol. 55, n° 1, 2009, p. 68–69.
- ⁴ Loi réglant certaines drogues et autres substances (L.C. 1996, ch. 19), <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-38.8/index.html>.
- ⁵ Statistique Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : Sommaire des résultats pour 2013*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2015. Consulté à l'adresse : http://canadiensensante.gc.ca/science-research-sciences-recherches/data-donnees/ctads-ectad/summary-sommaire-2013-fra.php?_ga=1.146885111.1109552061.1436196188.
- ⁶ Santé Canada. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD)*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2012. Consulté à l'adresse : <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/cadums-escCAD-fra.php>.
- ⁷ Santé Canada. *Étude de surveillance de la consommation d'alcool et de drogues parmi les populations à risque élevé (EPRE) : Adultes itinérants consommateurs de drogues, Jeunes de la rue consommateurs de drogues et Consommateurs de drogues à usage récréatif – Données de prévalence 2012–2013*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2014.
- ⁸ Santé Canada. *Enquête de 2012–2013 sur le tabagisme chez les jeunes – Tableaux supplémentaires*, 2014. Consulté à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_survey-sondage_2012-2013/table-fra.php.
- ⁹ American College Health Association. *National College Health Assessment II: Canadian Reference Group Data Report*, Hanover (MD), chez l'auteur, 2013.
- ¹⁰ Boak, A., H.A. Hamilton, E.M. Adlaf et R.E. Mann. *Drug Use among Ontario Students. 1977-2013: Detailed OSDUHS Findings* (série de documents de recherche n° 36 de CAMH), Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2013.
- ¹¹ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN). *First Nations Regional Health Survey (RHS) 2008/10: National Report on Adults, Youth and Children living in First Nations Communities*, Ottawa (Ont.), CGIPN, 2012.
- ¹² Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings* (NSDUH Series H-44), n° de publication HHS (SMA) 12-4713, Rockville (MD), Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014.
- ¹³ Australian Institute of Health and Welfare. *National Drug Strategy Household Survey detailed report 2013* (série de statistiques sur la drogue n° 28), n° cat. PHE 183, Canberra (Australie), chez l'auteur, 2014.
- ¹⁴ 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*, octobre 2012.
- ¹⁵ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. *Emergency Room Visits for Mental and Behavioural Disorders Due to Use of Psychoactive Substances, 2008/09 to 2011/12 (Q1 and Q2)*, cité par le 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*, octobre 2012.
- ¹⁶ Gomes, T., D.A. Redelmeier, D.N. Juurlink, I.A. Dhalla, X. Camacho et M.M. Mamdani. « Opioid dose and risk of road trauma in Canada: A population-based study », *JAMA Internal Medicine*, vol. 173, n° 3, 2013, p. 196–201.
- ¹⁷ Dow, K., A. Ordean, J. Murphy-Oikonen, J. Pereira, G. Koren, H. Roukema ... et R. Turner. « Neonatal abstinence syndrome clinical practice guidelines for Ontario », *Journal Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, vol. 19, n° 3, 2012, p. e488–e506.
- ¹⁸ MHASEF Research Team. *The Mental Health of Children and Youth in Ontario: A Baseline Scorecard*, Toronto (Ont.), Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2015.
- ¹⁹ Turner, S.D., T. Gomes, X. Camacho, Z. Yao, A. Guttman, M.M. Mamdani ... et I.A. Dhalla. « Neonatal opioid withdrawal and antenatal opioid prescribing », *CMAJ Open*, vol. 3, n° 1, 2015, p. E55–E61.
- ²⁰ Wild, C., J. Wolfe, M. Newton-Taylor et H. Kang. *Prescription Drug Misuse in Edmonton and Alberta: A Rapid Assessment*, Addiction and Mental Health Research Laboratory, Université de l'Alberta, 2008.
- ²¹ Fischer, B., W. Jones et J. Rehm. « High correlations between levels of consumption and mortality related to strong prescription opioid analgesics in British Columbia and Ontario, 2005–2009 », *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, vol. 22, n° 4, 2013, p. 438–442.
- ²² Bureau du coroner en chef de l'Ontario. *Rapport pour 2009–2011*, Toronto (Ont.), ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, 2013.
- ²³ Gomes, T., M.M. Mamdani, I.A. Dhalla, S. Cornish, J.M. Paterson et D.N. Juurlink. « The burden of premature opioid-related mortality », *Addiction*, vol. 109, 2014, p. 1482–1488.
- ²⁴ Gomes T., M.M. Mamdani, I.A. Dhalla, J.M. Paterson et D.N. Juurlink. « Opioid dose and drug-related mortality in patients with nonmalignant pain », *Archives of Internal Medicine*, vol. 171, n° 7, 2011, p. 686–691.
- ²⁵ Fischer, B., N. Nakamura, B. Rush, J. Rehm et K. Urbanoski. « Changes in and characteristics of admissions to substance use treatment related to problematic prescription opioid use in Ontario, 2004–2009 », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 109, 2010, p. 257–260.
- ²⁶ Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). *Drogue et alcool – Système d'information sur le traitement du CAMH* (données recueillies jusqu'au 31 mars 2013), juillet 2013.