

## Opiïdes d'ordonnance

### Points clés

- Les analgésiques opioïdes sont utilisés par 13 % de la population canadienne, comparativement à 15 % en 2013.
- Chez les Canadiens qui consomment des analgésiques opioïdes, environ 2 % ont dit s'en servir à des fins non médicales, pourcentage semblable à 2013.
- Le taux d'hospitalisation pour intoxication aux opioïdes a connu une augmentation, avec une moyenne de 13 hospitalisations par jour en 2014-2015, comparativement à une moyenne de neuf hospitalisations par jour en 2007-2008.
- Les données préliminaires indiquent que plus de 2 800 décès liés aux opioïdes auraient eu lieu au Canada en 2016.

### 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 revue réalisée en 2012, entre 15 % et 29 % des Canadiens souffrent de douleur chronique, avec un accès limité à des traitements opportuns appropriés. 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<sup>1</sup>. Les prescripteurs utilisent couramment des opioïdes d'ordonnance comme un des moyens de soulager la douleur chronique. Un rapport de 2017 a conclu que pendant l'exercice 2015-2016, environ un Ontarien sur sept (presque deux millions de personnes) avait fait remplir une prescription d'opioïdes<sup>2</sup>.

Toutefois, l'usage d'opioïdes d'ordonnance pose aussi un risque de dépendance et de mort. Les opioïdes d'ordonnance ont déjà été promus, à tort, comme traitement efficace, à faible risque de la douleur modérée n'entraînant pas la dépendance<sup>3</sup>. Les Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse indiquent que les opioïdes sont associés à un risque de dépendance de 5,5 % et suggèrent de privilégier les traitements pharmacologiques non opioïdes (p. ex. anti-inflammatoires non stéroïdiens) et les traitements non pharmacologiques plutôt que les traitements aux opioïdes pour les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse<sup>4</sup>.

L'usage à des fins non médicales d'opioïdes d'ordonnance<sup>i</sup> fait normalement référence à une consommation par des personnes autres que celles à qui le médicament est prescrit ou à une

<sup>i</sup> Aux fins du présent document, « usage d'opioïdes d'ordonnance » signifie l'usage des opioïdes conformément à l'ordonnance. L'« usage d'opioïdes à des fins non médicales » fait référence à l'usage d'opioïdes d'ordonnance sans avoir d'ordonnance, l'usage d'opioïdes



consommation faite d'une façon ou dans un but autre que celui prévu. 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 canadienne 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 seulement<sup>5</sup>.

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.

**Tableau 1. Noms génériques, commerciaux et de rue couramment donnés aux opioïdes**

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

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

## Effets des opioïdes d'ordonnance

Les opioïdes soulagent la douleur et améliorent la fonction, en plus de susciter un sentiment de bien-être ou d'euphorie (« high »). À des doses suffisamment élevées, les opioïdes provoquent la somnolence, la détresse respiratoire, le coma et la mort. D'autres effets physiques incluent la contraction des pupilles, 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 dépendance. 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,

d'ordonnance fournis par plusieurs médecins, infirmières ou pharmaciens, l'usage d'opioïdes d'ordonnance à des fins autres que celles pour lesquelles les opioïdes ont été prescrits (p. ex. effet euphorique), l'usage d'opioïdes de façon autre que celle prescrite (p. ex. altération de la forme du médicament ou de son mode d'administration, ou l'usage d'opioïdes d'ordonnance plus ou moins souvent que prescrit).



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 dépendance physique, qui se manifeste par une tolérance aux effets de la drogue, ce qui incite le consommateur à augmenter la dose pour retrouver les effets escomptés. Ceux qui ont développé une dépendance physique peuvent aussi présenter des symptômes de sevrage lorsque la dose est diminuée. Le potentiel de dépendance augmente avec l'usage répété de fortes doses. Une dépendance aux opioïdes comprend des comportements signalant une perte de contrôle de l'usage et des méfaits considérables découlant de cet usage, par exemple, qui viennent normalement s'ajouter à la dépendance physique.

L'arrêt d'une consommation régulière prolongée devrait se faire graduellement et sous surveillance médicale. Si une personne aux prises avec une dépendance physique aux opioïdes cesse soudainement d'en prendre, elle pourrait présenter 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 si l'arrêt de la médication est soudain ou non. Parmi les symptômes de sevrage possibles, notons l'agitation, l'insomnie, les douleurs musculaires, les douleurs gastriques, la diarrhée et les vomissements. Les personnes dépendantes pourraient aussi ressentir un état de manque intense et de la difficulté à cesser de consommer.

## Statut juridique des opioïdes d'ordonnance au Canada

La plupart des opioïdes d'ordonnance sont inscrits à l'annexe I de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS). 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 perpétuité<sup>6</sup>.

## Usage d'opioïdes d'ordonnance dans la dernière année au Canada

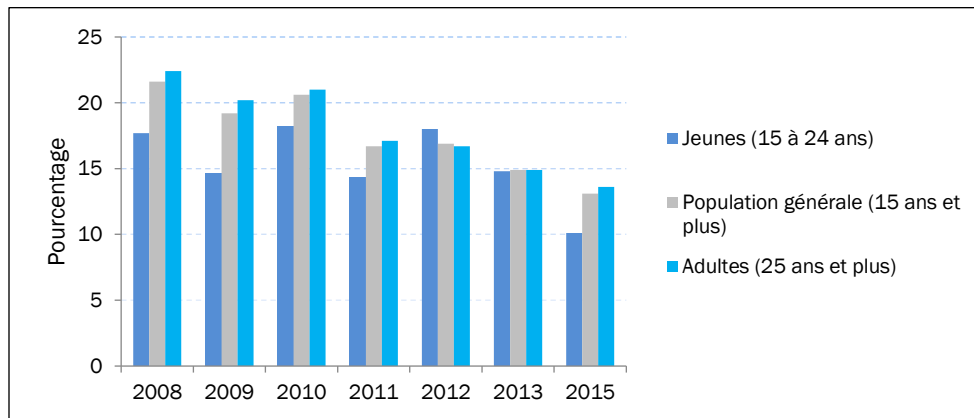
- **Population générale (15 ans et plus)** : Selon l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD)<sup>7</sup> de 2015, le taux de consommation d'analgésiques opioïdes dans la dernière année chez la population générale était de 13,1 %, une baisse par rapport au taux de 14,9 % enregistré en 2013<sup>8</sup>.
- **Jeunes (15 à 24 ans)** : En 2015, le taux de consommation d'analgésiques opioïdes dans la dernière année chez les 15 à 24 ans (10,3 %<sup>ii</sup>) était inférieur à celui des 25 ans et plus (13,6 %) <sup>7</sup>. Ce taux était de 7,4 % chez les 15 à 19 ans, alors qu'il était plus élevé chez les 20 à 24 ans (12,8 %) <sup>7</sup>.
- **Adultes (25 ans et plus)** : Le taux de consommation d'analgésiques opioïdes chez les adultes canadiens s'établissait à 13,6 % en 2015<sup>7</sup>. Ce taux a diminué légèrement depuis 2013, alors que 14,9 %<sup>10</sup> disaient en avoir pris<sup>8</sup>.

<sup>ii</sup> Analyse basée sur l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues 2015 de Statistique Canada. Le calcul, l'utilisation et l'interprétation de ces données relèvent entièrement du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.



- **Aînés (65 ans et plus) :** Le taux de consommation d'analgésiques opioïdes chez les aînés canadiens était de 13,2 %<sup>iii</sup> en 2015, en baisse par rapport au taux de 16,2 %<sup>iv</sup> enregistré en 2013<sup>8</sup>.
- **Sexe :** Selon des données de l'ECTAD de 2015, la prévalence de la consommation d'analgésiques opioïdes pendant la dernière année était légèrement plus élevée chez les femmes (13,9 %) que chez les hommes (12,1 %) <sup>7</sup>. Une tendance semblable a été observée en 2013 (15,7 % chez les femmes et 14,0 % chez les hommes)<sup>8</sup>.

**Figure 1. Prévalence de l'usage autodéclaré d'analgésiques opioïdes chez les Canadiens, par catégorie d'âge<sup>v</sup>**



Source : ESCCAD 2008-2012<sup>9</sup>, ECTAD 2013<sup>8</sup>, ECTAD 2015<sup>7</sup>

**Note :** En raison de différences méthodologiques entre l'ECTAD et l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD), la prudence est de mise quand on compare les estimations de l'ECTAD (2013, 2015) et de l'ESCCAD 2008-2012. De nombreuses 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.

## Consommation dans la dernière année chez les populations à risque élevé

L'Étude de surveillance de la consommation d'alcool et de drogues parmi les populations à risque élevé<sup>10</sup> de Santé Canada 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<sup>vi</sup>. Les figures 2 et 3

<sup>iii</sup> La présente analyse est fondée sur l'*Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues de 2015* de Statistique Canada. Le calcul, l'utilisation et l'interprétation de ces données relèvent entièrement du CCDUS.

<sup>iv</sup> La présente analyse est fondée sur l'*Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues de 2013* de Statistique Canada. Le calcul, l'utilisation et l'interprétation de ces données relèvent entièrement du CCDUS.

<sup>v</sup> La présente analyse est fondée sur l'*Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues de 2013* et l'*Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues de 2015*. Le calcul, l'utilisation et l'interprétation de ces données relèvent entièrement du CCDUS.

<sup>vi</sup> 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 ont recours 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.



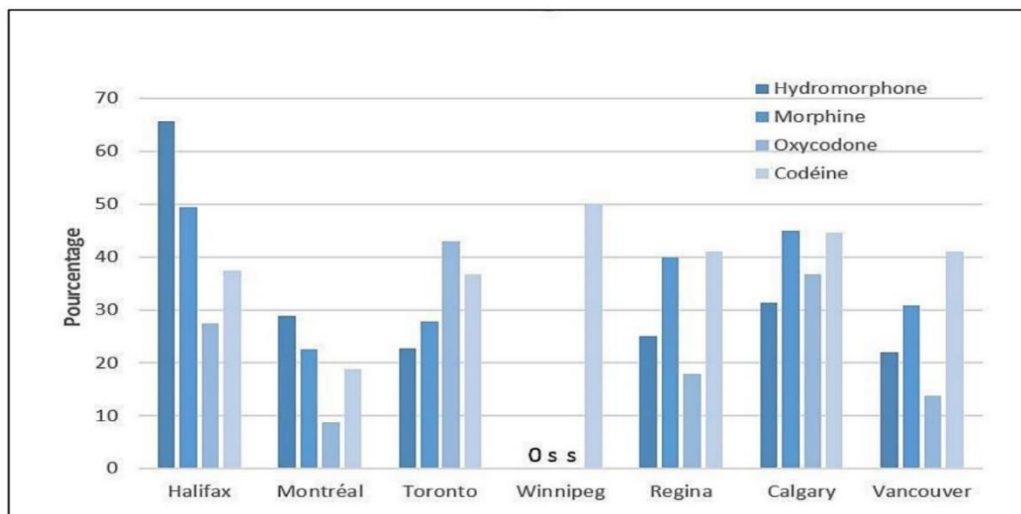
montrent les résultats de 2013 pour l'usage d'hydromorphone, de morphine, d'oxycodone et de codéine<sup>10</sup>. À noter que ces données comprennent l'obtention prescrite et illégale de ces substances. Les données sur la méthadone sont fournies dans des rapports de référence, mais ne sont pas illustrées 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.

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<sup>vii</sup> » 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'a été relevée qu'à Halifax et Vancouver, à des taux entre 20,0 % et 73,1 %. À Calgary, de 16,3 % à 40,5 % des jeunes de la rue consommateurs de drogues ont dit 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).

**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

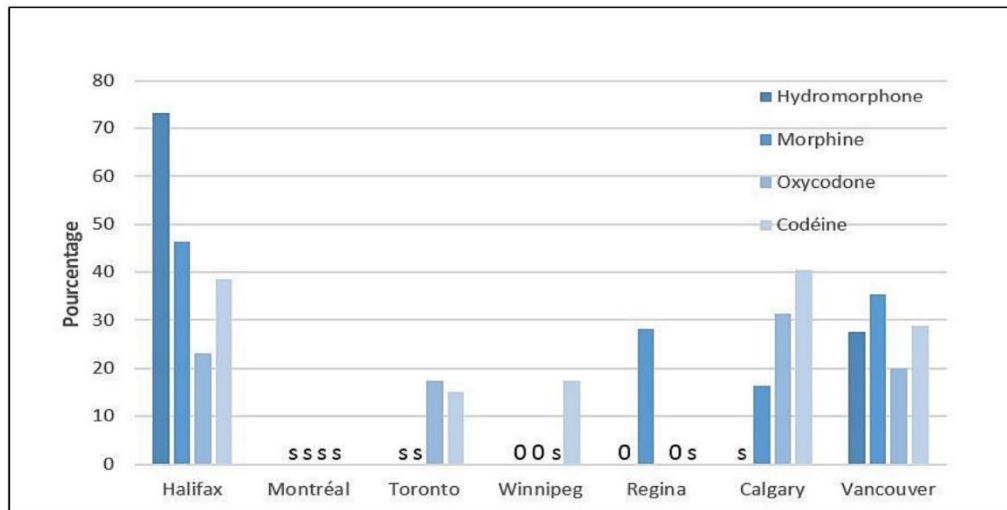
**Source :** Étude de surveillance de la consommation d'alcool et de drogues parmi les populations à risque élevé, 2012-2013<sup>10</sup>

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.

<sup>vii</sup> « T et R » fait référence au mésusage par injection d'un mélange de Talwin<sup>MD</sup> (pentazocine, un opioïde) et de Ritalin<sup>MD</sup> (méthylphénidate).



Figure 3. Usage d'opioïdes 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, 2012-2013<sup>10</sup>

## Usage non médical d'opioïdes d'ordonnance dans la dernière année

### Prévalence de l'usage non médical dans la dernière année au Canada

- **Population générale (15 ans et plus) :** Des données de l'ECTAD 2015 révèlent que parmi les personnes qui consomment des analgésiques opioïdes, 2,2 % (82 000 Canadiens, représentant 0,3 % de la population totale) ont dit en prendre à des fins non médicales, taux qui est demeuré inchangé depuis 2013<sup>viii,7,8</sup>.
- **Élèves :** Selon l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves de 2014-2015, 1,6 % des élèves canadiens de 7<sup>e</sup> à 9<sup>e</sup> années et 3,5 % de ceux de 10<sup>e</sup> à 12<sup>e</sup> années ont dit avoir pris des analgésiques dans la dernière année pour leurs effets euphoriques, et non à des fins médicales. Des proportions semblables de garçons et de filles de 7<sup>e</sup> à 12<sup>e</sup> années ont signalé une consommation d'analgésiques pour leur effet euphorique pendant la dernière année (2,5 % et 2,6 %, respectivement)<sup>11</sup>.
  - Des données issues du National College Health Assessment Survey [sondage national d'évaluation de la santé dans les établissements postsecondaires] mené au printemps 2016 à partir d'un échantillon de commodité de 41 établissements postsecondaires canadiens (donc, un échantillon non représentatif de tous les étudiants au Canada) indiquent que 5,5 % de ces étudiants (4,9 % des hommes, 5,6 % des femmes) avaient pris des analgésiques d'ordonnance qui ne leur avaient pas été prescrits dans les 12 mois précédents<sup>12</sup>.
  - Le Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario de 2015 indiquait que 10,0 % des élèves de 7<sup>e</sup> à 12<sup>e</sup> années avaient pris un analgésique opioïdes à des fins non médicales (9,6 % chez les garçons et 10,4 % chez les filles). Chez les élèves de 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> années, 8,3 % ont dit avoir pris des analgésiques opioïdes d'ordonnance à des fins non médicales, comparativement à 10,6 % des élèves de 9<sup>e</sup> à 12<sup>e</sup> années<sup>13</sup>.

<sup>viii</sup> La présente analyse est fondée sur l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues de 2013 et l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues de 2015. Le calcul, l'utilisation et l'interprétation de ces données relèvent entièrement du CCDUS.





- Un sondage mené en 2012 auprès d'élèves de la Nouvelle-Écosse (7<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> années) a révélé que 11,7 % d'entre eux avaient pris des analgésiques à des fins non médicales dans les 12 mois précédents<sup>14</sup>.
- En 2012, 9,8 % des élèves de 7<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> années et des niveaux I et III<sup>ix</sup> de Terre-Neuve-et-Labrador ont dit avoir pris des analgésiques à des fins non médicales au cours de la dernière année<sup>15</sup>.
- En 2012-2013, 6,8 % des élèves 7<sup>e</sup> à 12<sup>e</sup> années de l'Île-du-Prince-Édouard ont dit avoir pris, à un moment quelconque, des analgésiques pour leurs effets euphoriques (3,8 % l'avaient fait au cours de l'année précédente). Les garçons et les filles affichaient des pourcentages semblables d'utilisation d'analgésiques pour leurs effets euphoriques (6,5 % et 7,1 %, respectivement<sup>16</sup>).
- Au Nouveau-Brunswick, en 2012, 11,1 % des élèves des 7<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> années de la province ont dit avoir pris des analgésiques à des fins non médicales dans la dernière année<sup>17</sup>.
- **Premières Nations** : Au Canada, 4,7 % des Autochtones âgés de 18 ans et plus vivant dans des réserves ou dans des communautés nordiques des Premières Nations ont consommé, au cours de la dernière année, des opioïdes illicites (héroïne) ou d'ordonnance, dont la morphine, la méthadone et la codéine, sans avoir d'ordonnance, en 2008-2010 (4,1 % chez les femmes et 5,2 % chez les hommes). Chez les membres des Premières Nations de 12 à 17 ans, 1,3 % ont dit avoir pris des opioïdes illicites ou d'ordonnance, sans avoir d'ordonnance, au cours des 12 mois précédents (1,5 % chez les femmes et 1,1 % chez les hommes<sup>18</sup>).

### **Prévalence de l'usage non médical à l'échelle internationale**

- **États-Unis** : En 2015, la prévalence de la consommation d'analgésiques d'ordonnance à des fins non médicales dans la dernière année était de 1,4 % chez la population âgée de 12 ans et plus<sup>19</sup>.
- **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<sup>x</sup> ou en vente libre au cours des 12 mois précédents<sup>20</sup>.

## **Méfais liés aux opioïdes d'ordonnance**

### **Hospitalisations liées l'intoxication aux opioïdes**

De 2007-2008 à 2014-2015, le taux brut<sup>xi</sup> d'hospitalisations causées par l'intoxication aux opioïdes a augmenté de plus de 30 % (de 10,2 à 13,5 par 100 000 personnes). Il y avait, en moyenne, 13 hospitalisations par jour en 2014-2015, comparativement à une moyenne de neuf par jour en 2007-2008. Dans l'ensemble du pays, le taux pour 2014-2015 allait de 9,7 (Québec) à 20,5 (Saskatchewan) par 100 000 personnes. Pendant cette période, les femmes représentaient 53 % des hospitalisations pour intoxication aux opioïdes<sup>21,xii</sup>.

Au cours des dernières années, les personnes âgées (65 ans et plus) ont invariablement présenté les taux d'hospitalisation les plus élevés pour intoxication aux opioïdes, atteignant 20,1 hospitalisations par 100 000 personnes en 2014-2015. Si les personnes âgées constituaient 16 % de la population

<sup>ix</sup> À Terre-Neuve-et-Labrador, les niveaux I, II et III réfèrent aux trois dernières années d'un système éducatif de 13 ans de la maternelle à la fin du secondaire (c.-à-d. les 10<sup>e</sup>, 11<sup>e</sup> et 12<sup>e</sup> années dans certaines des autres provinces).

<sup>x</sup> Les antidouleurs et analgésiques d'ordonnance comprennent, entre autres, les diverses formulations de codéine, l'oxycodone, la péthidine ou le fentanyl et autres antidouleurs et analgésiques d'ordonnance. Les antidouleurs et analgésiques en vente libre comprennent notamment le paracétamol, l'aspirine, les diverses formulations de codéine en vente libre et d'autres antidouleur et analgésiques en vente libre.

<sup>xi</sup> Le taux brut indique le taux global d'hospitalisation sans tenir compte des facteurs de confusion (p. ex. la répartition de la population par groupes d'âges).

<sup>xii</sup> À noter que le présent rapport comprend les opioïdes d'ordonnance (p. ex. oxycodone) et les opioïdes illicites (p. ex. héroïne).



en 2014-2016, elles représentaient toutefois environ un quart des hospitalisations pour intoxication aux opioïdes cette année-là<sup>21</sup>.

## Visites en salle d'urgence en Ontario et en Alberta

Des données exhaustives sur les visites en salle d'urgence étaient disponibles pour l'Ontario et l'Alberta. De 2010-2011 à 2014-2015, le taux de visites en salle d'urgence pour intoxication aux opioïdes ajusté selon l'âge<sup>xiii</sup> a augmenté en Ontario et en Alberta. Dans cette dernière province, l'augmentation du taux a principalement eu lieu entre 2013-2014 et 2014-2015 (36 %). Cette forte croissance n'a pas été observée en Ontario<sup>21</sup>.

Tableau 2. Visites en salle d'urgence pour intoxication aux opioïdes en Ontario et en Alberta

| Région  | Visites en salle d'urgence 2010-2011 | Visites en salle d'urgence 2014-2015 |
|---------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Ontario | 14,2 par 100 000 personnes           | 17,4 par 100 000 personnes           |
| Alberta | 17,8 par 100 000 personnes           | 27,3 par 100 000 personnes           |

Dans les deux provinces, le taux de visites en salle d'urgence pour intoxication aux opioïdes était plus élevé chez les hommes que les femmes pour tous les groupes d'âge. En 2014-2015, le taux de visites en salle d'urgence pour intoxication aux opioïdes ajusté selon l'âge en Alberta était de 32,4 par 100 000 personnes chez les hommes, comparativement à 23,3 par 100 000 personnes chez les femmes. En Ontario, les taux étaient de 20,2 par 100 000 personnes chez les hommes et 14,7 par 100 000 personnes chez les femmes<sup>21</sup>.

De 2003 à 2011, les conducteurs ontariens de 18 à 64 ans à qui l'on avait délivré des doses moyennes ou élevées d'opioïdes étaient de 21 % à 42 % plus susceptibles d'être admis en salle d'urgence pour une blessure de la route, comparativement aux conducteurs qui prenaient de plus faibles doses<sup>22</sup>.

Du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 30 septembre 2016, il y a eu environ 19 930 visites en salle d'urgence liées aux opioïdes et à d'autres substances consommées à des fins non médicales ont eu lieu en Alberta pour 13 970 personnes individuelles<sup>23</sup>.

## Conduite sous l'influence d'opioïdes d'ordonnance

Des données indiquent que la consommation d'opioïdes peut accroître le risque d'affaiblissement de la capacité de conduire en combinaison avec d'autres drogues ou de l'alcool s'ils sont consommés à des fins non médicales ou de façon thérapeutique par une personne qui n'est pas habituée d'utiliser des opioïdes<sup>24,25</sup>. Bien qu'ils soient beaucoup moins prévalents que l'alcool ou le cannabis, les opioïdes figurent parmi les classes de médicaments d'ordonnance que l'on retrouve le plus couramment chez les conducteurs lors de sondages en bord de route, tout comme les benzodiazépines<sup>24,26</sup>. Lors d'une enquête routière menée dans cinq communautés de Colombie-Britannique en 2012, on a détecté des opioïdes dans 8,7 % des conducteurs<sup>25</sup>. De 2000 à 2010, 5,5 % des conducteurs tués dans des collisions au Canada ont produit des résultats positifs pour les opioïdes (2,2 % des conducteurs de 16 à 24 ans)<sup>xiv,26</sup>. Au Canada, la conduite avec facultés affaiblies par un opioïde est une infraction criminelle passible des mêmes sanctions que la conduite avec facultés affaiblies par l'alcool<sup>26</sup>.

<sup>xiii</sup> Le taux ajusté en fonction de l'âge tient compte des variations dans la répartition de la population par groupes d'âges dans les diverses régions. Le taux ajusté en fonction de l'âge a été établi à l'aide du processus de normalisation directe, où la population canadienne de 2011 représente la population normale. Voir le rapport cité pour plus de détails sur la méthodologie exacte.

<sup>xiv</sup> À noter, les facultés d'un conducteur qui obtient un résultat positif pour opioïdes ne sont pas nécessairement affaiblies par les opioïdes.





## Syndrome de sevrage néonatal

Le syndrome de sevrage néonatal (SSN) touche les enfants qui ont été exposés aux opioïdes *in utero*, engendrant une dépendance physique aux opioïdes et donnant souvent lieu à des symptômes de sevrage après la naissance<sup>27</sup>. De 2000 à 2012, il y a eu une augmentation d'environ 500 % de la prévalence de SSN au Canada et dans d'autres pays occidentaux<sup>28</sup>.

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 ans<sup>29</sup>. De 2002 à 2014, le nombre d'enfants nés en Ontario de femmes ayant une dépendance aux opioïdes a augmenté de 16 fois, allant de 42 à 800 cas<sup>30</sup>.

Un récent article de presse<sup>xv</sup> faisait état de 1 744 hospitalisations pour SSN au Canada pendant l'exercice 2015-2016, soit une augmentation de 20 % par rapport à 2012-2013. Les taux provinciaux<sup>xvi</sup> d'hospitalisation pour SSN mentionnés dans cet article allaient de 3,4 par 100 000 personnes (Terre-Neuve-et-Labrador) à 15,5 par 100 000 personnes (Île-du-Prince-Édouard) en 2015-2016<sup>31</sup>. Les nombres mentionnés dans l'article provenaient de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Ils devraient être considérés comme préliminaires et interprétés avec soin.

## Décès liés aux opioïdes

En septembre 2017, le gouvernement du Canada publiait un rapport selon lequel il y aurait eu, en 2016, au moins 2 816 décès liés aux opioïdes au Canada, pour un taux de 7,8 décès par 100 000 personnes<sup>32</sup>. Les taux estimatifs provinciaux de décès liés aux opioïdes ou aux drogues illicites varient de 0,0 (Nunavut) à 20,6 (Colombie-Britannique) par 100 000 personnes<sup>xvii,32</sup>. La majorité des décès liés aux opioïdes ont touché des hommes (73 %) et le pourcentage le plus élevé de décès liés aux opioïdes touchait ceux de 30 à 39 ans (28 %)<sup>32</sup>. Il n'y a pas de données nationales sur les décès liés aux opioïdes avant 2016. Toutefois, les données provinciales indiquent que les décès liés aux opioïdes ont augmenté, celui de l'Ontario ayant plus que doublé de 2003 à 2016 (de 366 à 865) et le taux des décès accidentels par surdose d'opioïdes du Québec en ayant fait autant de 2005 à 2015, passant de 62 à 133<sup>33,34</sup>.

La plupart des décès liés aux opioïdes incluaient aussi un ou plusieurs types de substances non opioïdes (p. ex. de la cocaïne, de la benzodiazépine, de l'alcool, du W-18)<sup>32</sup>. Une enquête récente a en effet conclu qu'en 2013, un décès lié aux opioïdes sur cinq impliquait aussi de l'alcool, comparativement à un sur trois en 1993<sup>35</sup>.

## Décès liés au fentanyl

De 2013 à 2014, au moins 525 décès liés au fentanyl ont eu lieu au Canada. En 2016, environ 46 % (1 295) de l'ensemble des décès liés aux opioïdes mettaient en cause des opioïdes liés au fentanyl (p. ex. fentanyl, carfentanyl, furanyl-fentanyl), avec un taux de décès allant de 0,0 (Nunavut) à 13,8 (Colombie-Britannique) par 100 000 personnes dans l'ensemble du pays<sup>32</sup>. De récentes données provinciales sur les tendances en matière de décès liés au fentanyl sont disponibles pour l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Québec<sup>xviii</sup>. Les nombres et les taux de décès liés aux opioïdes mettant en cause des opioïdes liés au fentanyl pour 2016 et le premier trimestre de 2017 pour toutes les compétences au Canada figurent dans le rapport du gouvernement du Canada<sup>32</sup>.

<sup>xv</sup> Les nombres dont fait état l'article ne comprennent pas le Québec ou les territoires.

<sup>xvi</sup> Les taux ont été calculés à l'aide des données figurant dans l'article de presse et la population par province signalée par Statistique Canada (<http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/102/cst01/demo02a-fra.htm>).

<sup>xvii</sup> Un décès lié aux opioïdes est un décès causé par intoxication en raison d'une consommation de drogue où au moins une des drogues est un opioïde. Un décès lié au fentanyl est un décès causé par intoxication en raison d'une consommation de drogue où une des drogues est le fentanyl<sup>32</sup>.

<sup>xviii</sup> À noter que ces données comprennent des décès mettant en cause des opioïdes illicites et d'ordonnance.



- **Alberta** : Les décès attribuables à des surdoses de fentanyl ont augmenté au cours des trois dernières années (117 décès en 2014, 257 en 2015 et 368 en 2016)<sup>23,32</sup>. En 2016, 80 % des décès attribuables à une apparente surdose de fentanyl ont été signalés chez des hommes<sup>23</sup>.
- **Colombie-Britannique** : de 2012 à 2016, le nombre de décès où le fentanyl a été détecté s'est multiplié par près de 55 fois, passant de 12 à 656. Les hommes représentaient plus de 80 % de ces décès<sup>37</sup>.
- **Québec** : de 2005 à 2015, le nombre de décès par surdose où le fentanyl a été détecté s'est multiplié par plus de sept fois, allant de quatre à 30<sup>38</sup>.

## 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. Selon le *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement* de 2016<sup>xix</sup>, les opioïdes étaient la deuxième substance pour laquelle on aurait eu recours à un traitement en Nouvelle-Écosse, représentant 22,9 % des épisodes de traitement. En Ontario, les opioïdes représentaient 2,4 % des épisodes de traitement. Toutefois, au cours des six dernières années, l'Ontario a enregistré une augmentation du nombre d'admissions où le client disait chercher un traitement principalement pour usage d'opioïdes d'ordonnance. De plus, parmi les personnes obtenant des services de traitement en 2013-2014, les opioïdes représentaient la troisième substance la plus couramment consommée au cours des 12 mois précédents en Saskatchewan et la quatrième en Alberta et à l'Île-du-Prince-Édouard<sup>39</sup>.

La norme de soins pour le traitement des troubles de consommation d'opioïdes comprend des traitements psychosociaux et médicamenteux, même si ces options ne sont pas accessibles à tous dans l'ensemble du pays (p. ex. ils ont tendance à ne pas être disponibles dans les régions rurales et éloignées<sup>3</sup>). Pour ce qui est des traitements médicamenteux, de nouvelles lignes directrices élaborées en Colombie-Britannique formulent des recommandations pour trois niveaux de traitement, allant de la gestion du sevrage (traitement le moins intensif) aux approches de rechange menées par un spécialiste (les plus intensifs) en passant par les traitements agonistes<sup>40</sup>. Au Canada, les thérapies agonistes courantes pour les troubles de consommation d'opioïdes comprennent la méthadone ou la buprénorphine-naloxone. Une récente revue de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé a conclu que ces deux drogues offrent des avantages pour le traitement d'entretien pour contrer les troubles d'usage d'opioïdes, mais qu'en comparaison avec la méthadone, la buprénorphine-naloxone semble être le choix le plus sécuritaire, le plus efficace et le plus économique<sup>41</sup>.

## Initiatives fédérales sur l'usage non médical des opioïdes d'ordonnance

Le gouvernement fédéral a récemment entrepris les initiatives suivantes dans le but d'aborder l'usage non médical des opioïdes d'ordonnance et le nombre grandissant de décès liés aux opioïdes :

- **Approbation de la vente du vaporisateur nasal de chlorhydrate de naloxone sans ordonnance** : En mars 2016, Santé Canada a modifié la liste de drogues sur ordonnance afin de rendre la naloxone disponible sans ordonnance. De plus, Santé Canada a temporairement approuvé la vente du vaporisateur nasal de naloxone pour le traitement d'urgence de surdoses d'opioïdes. Avant cette autorisation, la naloxone était disponible sous forme injectable<sup>42</sup>. Le CCDUS a créé

<sup>xix</sup> Le *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement* fournit des données pour l'exercice financier 2013-2014 sur les services spécialisés publics de traitement de l'usage de substance qui proviennent de sept provinces (Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Ontario, Manitoba, Saskatchewan et Alberta), d'un territoire (Yukon), d'une association provinciale (Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec) et d'un organisme fédéral (Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits).



un [outil d'établissement du prix de la naloxone](#) dans le but d'aider les autorités à déterminer comment rendre la naloxone plus accessible.

- **Établissement du Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes** : Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont établi un Comité consultatif spécial sur le sujet des surdoses d'opioïdes et des décès qui en découlaient. Établi en décembre 2016, il aborde des sujets comme les options en matière de prévention et de traitement, l'amélioration de la surveillance et le soutien de la réduction des méfaits. En février 2017, un Groupe de travail de surveillance des surdoses d'opioïdes, relevant du Comité consultatif spécial, a été mis sur pied<sup>43</sup>.
- **Établissement du Comité consultatif scientifique sur les opioïdes** : Le Comité consultatif scientifique sur les opioïdes formule des commentaires et des conseils à l'intention de Santé Canada. En novembre 2016, on a consulté le Comité consultatif scientifique dans le cadre de la rédaction du contenu d'autocollants de mise en garde et de fiches d'information destinées aux patients, ainsi que pour l'élaboration de plans de gestion des risques des opioïdes puissants et des contre-indications pour les opioïdes homologués.
- **Organisation d'une conférence et d'un sommet sur les opioïdes** : La ministre fédérale de la Santé, Jane Philpott, a demandé au CCDUS d'organiser, en partenariat avec Santé Canada, une conférence et un sommet sur les opioïdes, qui ont eu lieu les 18 (conférence) et 19 novembre (sommet) 2016. Présenté par l'honorable Jane Philpott, ministre fédérale de la Santé, et l'honorable Eric Hoskins, ministre ontarien de la Santé et des Soins de longue durée, l'événement a mené à la [Déclaration conjointe sur les mesures visant à remédier à la crise des opioïdes](#), approuvée par plus de 40 organisations et neuf provinces et territoires, qui prenaient ainsi des engagements précis et concrets pour faire face à l'usage problématique d'opioïdes<sup>44</sup>.
- **Modification de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*** : Trois projets de loi récemment adoptés par le Parlement modifient la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* :
  - Le projet de loi C-224 (projet de loi des bons samaritains) exempte d'accusation de possession toute personne qui tente d'obtenir de l'aide de professionnels de la santé ou d'agents d'application de la loi pour une surdose<sup>45</sup>.
  - Le projet de loi S-225 est une loi modifiant la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* dans le but de réglementer certaines substances servant à la production de fentanyl<sup>46</sup>.
  - Le projet de loi C-37 comprend une série de modifications à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, y compris la simplification du processus d'approbation des sites d'injection sécuritaire, la modification de certaines infractions et pénalités et le changement du pouvoir de réglementation<sup>47</sup>.

## Ressources supplémentaires

- [S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada](#)
- [Déclaration conjointe sur les mesures visant à remédier à la crise des opioïdes](#)
- [La conduite après usage d'opioïdes et les jeunes \(Résumé thématique\)](#)
- [Décès impliquant le fentanyl au Canada, de 2009 à 2014](#)
- [Mésusage d'opioïdes dans les villes canadiennes](#)
- [Effets des psychotropes d'ordonnance sur la conduite](#)
- [Hospitalisations et visites au service d'urgence liées à une intoxication aux opioïdes au Canada](#)
- [Disponibilité de naloxone à emporter au Canada](#)
- [Outil d'établissement du prix de la naloxone](#)



- <sup>1</sup> Fischer, B. et E. Argento. « Prescription opioid related misuse, harms, diversion and interventions in Canada: a review », *Pain physician*, vol. 15, n° 3 suppl. (2012), p. ES191-203.
- <sup>2</sup> Qualité des services de santé Ontario. *9 millions d'ordonnances : Ce que l'on sait de l'utilisation des opioïdes prescrits par ordonnance en Ontario*, Toronto (Ont.), chez l'auteur, 2017.
- <sup>3</sup> Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Prescription opioid policy framework*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2016.
- <sup>4</sup> Busse, J. *2017 Canadian guideline for opioids for chronic non-cancer pain*, Hamilton (Ont.), Université McMaster, 2017.
- <sup>5</sup> Sproule, B., B. Brands, S. Li et L. Catz-Biro. « Changing patterns in opioid addiction », *Médecin de famille canadien*, vol. 55, n° 1 (2009), p. 68-69. e65.
- <sup>6</sup> *Loi réglémentant certaines drogues et autres substances* (L.C. 1996, ch. 19), 2017.
- <sup>7</sup> Statistique Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire de 2015*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2017.
- <sup>8</sup> Statistique Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire de 2013*, Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2015.
- <sup>9</sup> Santé Canada. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2012.
- <sup>10</sup> 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.), Santé Canada, 2014.
- <sup>11</sup> Santé Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves : sommaire des résultats pour 2014-2015*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2016.
- <sup>12</sup> American College Health Association. *National College Health Assessment II: Canadian reference group executive summary, Spring 2016*, Hanover (MD), American College Health Association, 2016.
- <sup>13</sup> Boak, A., H.A. Hamilton, E.M. Adlaf et R.E. Mann. *Drug use among Ontario students, 1977-2015: OSDUHS Highlights (CAMH Research Document Series No. 42)*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2015.
- <sup>14</sup> Asbridge, M. et D. Langille. *2012 Nova Scotia Student Drug Use Survey. Technical report*, Halifax, ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse et Université Dalhousie, 2013.
- <sup>15</sup> Ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador (NLDHCS). *2012 Student Drug Use Survey : Highlights report*, St. Johns (T.-N.-L.), ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador (NLDHCS), 2013.
- <sup>16</sup> Ministère de la Santé et du Bien-être de l'Île-du-Prince-Édouard. *Prince Edward Island Student Drug Use 2004-2013*, Charlottetown (Î.-P.-É.), ministère de la Santé et du Bien-être de l'Île-du-Prince-Édouard, 2015.
- <sup>17</sup> Gupta, N., H. Wang, M. Collette et W. Pilgrim. *New Brunswick Student Drug Use Survey Report 2012*, Fredericton, N.-B., ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick, 2013.
- <sup>18</sup> Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. *First Nations Regional Health Survey (RHS) 2008/10: National report on adults, youth and children living in First Nations communities*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2012.
- <sup>19</sup> Center for Behavioral Health Statistics and Quality. *Key substance use and mental health indicators in the United States : Results from the 2015 National Survey on Drug Use and Health (HHS Publication No. SMA 16-4984, NSDUH Series H-51)*, Rockville (MD), Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2016.
- <sup>20</sup> Australian Institute of Health and Welfare. *National Drug Strategy Household Survey detailed report 2013 (Drug statistics series no. 28. Cat. no. PHE 183)*, Canberra (Australie), Australian Institute of Health and Welfare, 2014.
- <sup>21</sup> Institut canadien d'information sur la santé et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Hospitalisations et visites au service d'urgence liées à une intoxication aux opioïdes au Canada*, Ottawa (Ont.), Institut canadien d'information sur la santé, 2016.
- <sup>22</sup> 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.
- <sup>23</sup> Santé Alberta. *Opioid and substances of misuse : Alberta report, 2016 Q4*, Edmonton (Alb.), gouvernement de l'Alberta, 2017.
- <sup>24</sup> Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Effets des psychotropes d'ordonnance sur la conduite*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2017.
- <sup>25</sup> Beasley, E.E. et D.J. Beirness. *Alcohol and drug use among drivers following the introduction of immediate roadside prohibitions in British Columbia: Findings from the 2012 Roadside Survey*, Victoria (C.-B.), ministère de la Justice de la C.-B., 2012.
- <sup>26</sup> Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *La conduite après usage d'opioïdes et les jeunes*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2015.
- <sup>27</sup> 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 of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*, vol. 19, n° 3 (2012), p. e488-506.
- <sup>28</sup> McQueen, K. et J. Murphy-Oikonen. « Neonatal abstinence syndrome », *New England Journal of Medicine*, vol. 375, n° 25 (2016), p. 2468-2479.
- <sup>29</sup> MHASEF Research Team. *The mental health of children and youth in Ontario: a baseline scorecard*, Toronto (Ont.), Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2015.
- <sup>30</sup> Brogly, S.B., S. Turner, K. Lajkosz, G. Davies, A. Newman, A. Johnson et K. Dow. « Infants Born to Opioid-Dependent Women in Ontario, 2002-2014 », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 39, n° 3 (2017), p. 157-165.



- <sup>31</sup> Young, L. *More Canadian babies born with opioid addiction and withdrawal*, GlobalNews, 2017. Consulté sur le site : <https://globalnews.ca/news/3207195/more-canadian-babies-born-with-oid-addiction-and-withdrawal/>.
- <sup>32</sup> Gouvernement du Canada. *Rapport national : décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes (janvier 2016 à mars 2017)*, Ottawa (Ont.), gouvernement du Canada, 2017.
- <sup>33</sup> Santé publique Ontario. *Morbidité et mortalité liées aux opioïdes en Ontario, 2017*. Consulté sur le site : <http://www.publichealthontario.ca/fr/dataandanalytics/pages/opioid.aspx>.
- <sup>34</sup> Bureau du coroner. *Décès par intoxication accidentelle à des opioïdes, Québec, 2005-2015*, Québec (Qué.), Bureau du coroner, 2017.
- <sup>35</sup> Gomes, T., D.N. Juurlink, M.M. Mamdani, J.M. Paterson et W. van den Brink. « Prevalence and characteristics of opioid-related deaths involving alcohol in Ontario, Canada », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 179 (2017), p. 416-423.
- <sup>36</sup> Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances et Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies. *Décès impliquant le fentanyl au Canada, de 2009 à 2014*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2015.
- <sup>37</sup> B.C. Coroners Services. *Fentanyl-detected illicit drug overdose deaths, January 1, 2012 to May 31, 2017*, Burnaby (C.-B.), ministère de la Sécurité publique et du Solliciteur général, 2017.
- <sup>38</sup> Bureau du coroner. *Décès par intoxication accidentelle au fentanyl, seul ou en association avec d'autres substances, 2005-2015*, Québec (Qué.), Bureau du coroner, 2017.
- <sup>39</sup> Pirie, T., S.C. Wallingford, L.A. Di Gioacchino, R.J. McQuaid et Groupe de travail sur les indicateurs nationaux de traitement. *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement : Données de 2013-2014*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2016.
- <sup>40</sup> Adams, E., C. Badenhorst, N. Skuridina, N. Sharif, N. Mathew, S. Vipler, ... et D.A. Rethon. *A guideline for the clinical management of opioid use disorder*, Vancouver (C.-B.), ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et British Columbia Centre on Substance Use, 2017.
- <sup>41</sup> 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*, Ottawa (Ont.), Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé, 2016.
- <sup>42</sup> Santé Canada. « Avis - Disponibilité du vaporisateur nasal de chlorhydrate de naloxone (NARCAN) au Canada », 2016. Consulté sur le site : [www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/activit/announce-annonce/notice-avis-nasal-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodpharma/activit/announce-annonce/notice-avis-nasal-fra.php).
- <sup>43</sup> Réseau pancanadien de santé publique. *Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes*, 2017. Consulté sur le site : <http://www.phn-rsp.ca/sac-opioid-gcs-opioides/index-fra.php>.
- <sup>44</sup> Gouvernement du Canada. *Conférence sur les opioïdes*, 2016. Consulté sur le site : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/conference-opioides.html>.
- <sup>45</sup> *Projet de loi C-224 : Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (aide – surdose de drogue)*, 2017. Sanctionné le 4 mai 2017.
- <sup>46</sup> *Projet de loi S-225 : Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (substances utilisées dans la production de fentanyl)*, 2016. Troisième lecture au Sénat le 16 juin 2016.
- <sup>47</sup> *Projet de loi C-37 : Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et apportant des modifications connexes à d'autres lois*, 2017. Sanctionné le 18 mai 2017.

