Nouvelles options de soins de santé liée à l'usage de substances : accès à la naltrexone intramusculaire au Canada

Introduction

Les troubles liés à l'usage de substances (TLUS), notamment l'alcool et les opioïdes, peuvent gravement affecter le bien-être physique, mental et social des personnes vivant avec un tel trouble. Il existe des traitements médicamenteux qui peuvent aider ces personnes, mais, comme pour d'autres problèmes médicaux, de nombreux facteurs sont à considérer pour déterminer le traitement le mieux adapté à la situation de chaque individu. Pour améliorer les résultats de santé liée à l'usage de substances, il est essentiel que les personnes vivant avec un TLUS, partout au Canada, aient accès à un large éventail d'options répondant à divers besoins.

La naltrexone est un médicament disponible sous forme orale et intramusculaire qui sert principalement à traiter les troubles liés à l'usage d'alcool et d'opioïdes. Cependant, à l'heure actuelle, seules les formulations orales peuvent être utilisées en contexte clinique au Canada.

Ce résumé des données probantes porte sur la prise de décisions cliniques et les considérations politiques associées à l'utilisation de la naltrexone intramusculaire pour soutenir les personnes vivant avec un trouble lié à l'usage d'alcool ou d'opioïdes. Il traite de l'efficacité de la naltrexone orale et intramusculaire, en plus d'explorer le rôle de ce médicament au Canada sous l'angle de l'innocuité, du coût et de la mise en œuvre.

Raisons d'utiliser la naltrexone

La naltrexone sert principalement à traiter les troubles liés à l'usage d'alcool (TLUA) (McPheeters et coll. 2023; Jonas et coll., 2014) et d'opioïdes (TLUO) (Bell et Strang, 2020; Initiative canadienne de recherche sur les impacts des substances psychoactives, 2023). Elle aide à atténuer les envies irrépressibles en empêchant le cerveau de ressentir l'euphorie qui accompagne généralement l'usage de ces substances (Jonas et coll., 2014; Krnazler et Soyka, 2018).

C'est un outil précieux pour les personnes vivant avec un TLUA qui ont pour objectif, par exemple, de rester sobres ou de diminuer leur consommation (Jonas et coll. 2014; Wood et coll., 2023). Parmi cette population, les études sur la naltrexone intramusculaire

démontrent régulièrement son efficacité : elle réduit le nombre de journées de consommation excessive d'alcool, améliore les taux d'abstinence comparativement à un placebo, diminue la fréquence des hospitalisations dues à l'alcool et améliore les indicateurs de qualité de vie (Garbutt et coll., 2005; Kranzler et coll., 2006; Lee et coll., 2015). Des études semblent également indiquer que la naltrexone intramusculaire offrirait un taux d'observance thérapeutique accru et donnerait de meilleurs résultats cliniques par rapport aux formulations orales (Lee et coll., 2016; Krupitsky et coll., 2011; Bart, 2012).

Pour les personnes vivant avec un TLUO, la naltrexone intramusculaire représente une alternative efficace à d'autres traitements, comme la méthadone ou la buprénorphine, lorsqu'ils ne sont pas privilégiés ou sont mal tolérés (Krupitsky et coll., 2011; Sullivan et coll., 2019). D'après les données, ce médicament serait potentiellement aussi efficace que d'autres traitements courants, tels que la buprénorphine-naloxone, pour prévenir la reprise de l'usage d'opioïdes (Lee et coll., 2018; Tanum et coll., 2017).

Les résultats sont toutefois nuancés pour ce qui est de l'efficacité de la naltrexone intramusculaire utilisée pour éviter les surdoses ou les problèmes de santé liés aux opioïdes nécessitant des soins aigus (consultations à l'urgence, hospitalisations, etc.). L'effet de ce traitement sur le taux d'observance et l'acceptabilité demeurent également incertains. Certaines personnes pourraient percevoir une injection intramusculaire comme une forme de traitement thérapeutique beaucoup plus intense que l'administration par voie orale (Wakeman et coll. 2020; Gjersing et coll., 2025; Kornør et coll., 2025). Les ensembles de données dont on dispose n'incluent pas de données à long terme et ne tiennent pas compte des différences dans les approches thérapeutiques, les paramètres et les populations étudiées, d'où la difficulté de généraliser les conclusions (Kornør et coll. 2025).

Administration de la naltrexone

Sous sa forme orale, la naltrexone se prend quotidiennement, ce qui peut être difficile pour certaines personnes, en particulier celles qui ont de nombreux besoins sociaux et physiques, p. ex. qui n'ont pas de logement fixe (Bernstein et coll., 2024; Lee et coll., 2016). La formulation intramusculaire à libération prolongée est administrée tous les 28 jours. Il a été montré qu'elle contribuait à lever certains obstacles (situation de logement instable, TLUS concomitants, autres affections psychiatriques) entravant l'observance thérapeutique et l'accès aux soins (Bernstein et coll., 2024; Gauthier et coll., 2021; Comer et coll., 2006; Garbutt et coll., 2005).

L'administration de naltrexone par voie intramusculaire représenterait une solution de rechange cruciale pour les personnes incarcérées, celles qui ne souhaitent pas commencer un traitement par agonistes opioïdes (TAO), celles qui ne tolèrent pas les TAO ou encore qui n'ont pas atteint leurs objectifs avec un tel traitement (Sullivan et coll., 2019). Comparée à un traitement oral quotidien, l'injection mensuelle réduit considérablement la charge associée à la gestion des médicaments, ce qui améliore l'observance thérapeutique et les résultats à long terme (Sullivan et coll., 2019; Chandler et coll., 2009; Morgan et coll.,

2019). Pour les prescripteurs, les proches aidants et les membres des réseaux de soutien, ce schéma posologique produit également un effet « d'autosurveillance » en permettant de confirmer que la dose mensuelle a bien été administrée (Gastfriend, 2011).

Les données montrent également que la naltrexone est indiquée chez les jeunes pour réduire la consommation et les envies irrépressibles de consommer des opioïdes, en particulier dans des contextes encadrés où l'observance ininterrompue est priorisée (Fishman et coll., 2010; Mitchel et coll., 2021; Monico et coll., 2024). Bien que la plupart des données sur les injections intramusculaires de naltrexone portent sur des populations adultes, il ne faut pas écarter l'efficacité potentielle du traitement dans les modèles de soins conçus pour les jeunes, tels que les programmes avec hébergement. Cependant, la recherche dans ce domaine reste limitée, et les données disponibles sur l'efficacité donnent des résultats variables (Stancil et coll., 2021; Miranda et coll., 2013; Mitchelle et coll., 2021).

Innocuité et tolérabilité

Les formulations orale et intramusculaire de la naltrexone, toutes deux considérées comme sûres et bien tolérées, contribuent à garder les personnes dans les programmes de traitement de l'usage de substances (Collège des médecins de famille du Canada, 2017). Il a été montré que la naltrexone a un faible potentiel d'utilisation en dehors de son usage prescrit et qu'elle ne cause pas de dépendance physique (Volpicelli et coll., 1992; Sullivan et coll., 2019). En général, les effets secondaires sont supportables et s'estompent avec le temps (Garbutt et coll., 2005). Ils peuvent comprendre un inconfort au site d'injection, des nausées légères, des maux de tête, de la fatigue (Jonas et coll., 2014) ou des troubles gastro-intestinaux (Anton et coll., 2006). Comme la naltrexone bloque les récepteurs des opioïdes, il existe un risque de sevrage précipité si elle est administrée à des personnes qui consomment ou qui ont récemment consommé des opioïdes, d'où l'importance de s'assurer que le patient est abstinent depuis sept à dix jours avant de commencer le traitement (Apotex, 2015).

Disponibilité, coût et mise en œuvre

Actuellement, l'administration de naltrexone intramusculaire n'est pas approuvée au Canada; cela dit, elle est disponible aux États-Unis, en Australie et dans plusieurs pays d'Europe (Sullivan et coll., 2019; Soyka et Müller, 2017). Certains facteurs, tels que le coût et des questions logistiques relatives à la mise en œuvre, pourraient expliquer son manque de disponibilité au Canada (Wild et coll., 2017; Fischer et coll., 2021). Il convient de s'attaquer aux obstacles logistiques, comme l'accès à des prescripteurs qui connaissent le traitement ou la capacité des établissements de santé en matière d'entreposage au froid et d'administration, avant de mettre la naltrexone intramusculaire en circulation (Lee et coll., 2016; Sullivan et coll., 2019). Ces exigences opérationnelles sont déjà bien respectées dans le cas de nombreux médicaments utilisés partout au pays.

Le prix constitue également une barrière importante à un accès généralisé, en particulier dans le contexte d'un système de santé public. Une revue systématique du rapport coût-efficacité menée en 2022 a mis en lumière qu'une seule injection mensuelle de naltrexone intramusculaire coûtait 859,66 $ US (Jalali, 2022), alors que les coûts de la naltrexone orale sont seulement d'environ 100 $ CA par mois (BC PharmaCare Formulary Search; communication personnelle). La naltrexone orale est couverte par de nombreux prestataires d'assurance et plans d'assurance-médicaments au Canada, qui aident les particuliers à payer moins.

Selon plusieurs études, le choix de la naltrexone intramusculaire serait plus économique chez certaines populations à haut risque, notamment les personnes incarcérées, les personnes fréquemment hospitalisées à cause de leur usage de substances et celles chez qui d'autres traitements se sont révélés inefficaces. Ces économies pourraient entraîner une diminution des hospitalisations, des blessures dues à l'alcool, des incarcérations et des démêlés avec la justice (Elmosalamy et coll., 2025; Hartung et coll., 2014; Sullivan et coll., 2019; Murphy et coll., 2017). La naltrexone intramusculaire s'accompagne d'un schéma posologique simplifié, avantageux pour les personnes qui ont du mal avec l'observance d'un traitement oral ou qui n'ont pas réagi à la naltrexone orale (Bart, 2012; Lee et coll., 2016; Krupitsky et coll., 2011).

Puisqu'elle remplace la prise quotidienne par des injections mensuelles, elle a le potentiel d'améliorer la viabilité des cheminements de santé liée à l'usage de substances dans les régions rurales et éloignées du Canada, et de favoriser la poursuite du traitement à long terme (Sullivan et coll., 2019). Bien que diverses, les communautés éloignées, rurales et nordiques du pays rencontrent toutes des difficultés contextuelles particulières en matière d'accès aux soins : pharmacie la plus proche située à plusieurs heures de route, accès limité aux prestataires de soins, rendez-vous médicaux perturbés par les conditions météorologiques, contraintes de transports, chaîne d'approvisionnement instable, etc.

Le passage à une dose mensuelle de naltrexone intramusculaire représente un pas vers l'amélioration de l'observance et de la poursuite du traitement, en ce qu'il réduit les principaux obstacles auxquels se heurtent les individus et les systèmes de santé dans les communautés canadiennes éloignées ou mal desservies (Ndegwa et coll., 2017; Kranzler et coll., 2006; Elmosalamy et coll., 2025; Kornør et coll., 2025). Les initiatives dirigées par le personnel infirmier constituent des avenues prometteuses pour la gestion et l'amélioration de l'accès à des options thérapeutiques, y compris la naltrexone, au sein des populations nordiques et éloignées et d'autres communautés non urbaines (Berardinelli et coll., 2024; Sitthimongkol et coll., 2025).

On constate aussi que les personnes apprécient la commodité d'une injection intramusculaire mensuelle, surtout les personnes qui vivent de la stigmatisation, les membres de groupes en quête d'équité et les personnes qui font face à des obstacles majeurs pour recevoir des soins (Volpicelli et coll., 1992). Par exemple, les jeunes constituent un groupe en quête d'équité particulièrement important qui pourrait bénéficier

de la naltrexone intramusculaire, car le début précoce de l'usage de substances est associé à l'apparition d'un TLUS plus tard dans la vie (Winer et coll., 2022; Vo et coll., 2016; Vo et coll., 2018).

Limites des données probantes

Bien que des essais cliniques aient démontré que la naltrexone intramusculaire était utile pour le traitement des TLUA et TLUO, les obstacles aux soins et à l'accès, y compris dans les communautés rurales et éloignées et parmi d'autres groupes en quête d'équité, demeurent peu étudiés dans la littérature (Pijl et coll., 2022; Hartung et coll., 2014). On dénombre également peu d'études portant spécifiquement sur des populations au Canada. Par ailleurs, peu de recherches examinent les résultats après 12 mois, et les comparaisons entre la naltrexone intramusculaire et d'autres pharmacothérapies pour le TLUA (acamprosate, topiramate, etc.) demandent des études plus poussées (Jonas et coll., 2014; Lee et coll., 2016; Kornør et coll., 2025).

Une revue systématique de 2025 incluait tout de même 15 études comparant la naltrexone orale et intramusculaire pour le traitement du TLUA et du TLUO. Après trois mois, la persistance de l'observance thérapeutique penchait largement en faveur de la naltrexone intramusculaire, une différence toujours observable lors du suivi à six mois (Elmosalamy et coll., 2025).

D'autres médicaments injectables à action lente ont donné lieu à un niveau de satisfaction élevé à l'égard du traitement ainsi qu'à de meilleurs résultats déclarés par les patients, comparativement aux données de référence. Nous pouvons donc supposer que la naltrexone injectable présenterait les mêmes bénéfices (White et coll., 2025).

Conclusion

La naltrexone intramusculaire est un traitement qui est destiné aux personnes vivant avec un TLUA ou un TLUO qui présente un profil d'innocuité favorable. Appuyé par des données probantes solides, il favorise l'observance et améliore les résultats liés à l'usage d'alcool et d'opioïdes.

Bien que plusieurs barrières entravent sa disponibilité et son accessibilité au Canada (notamment le coût et la désintoxication nécessaire chez les personnes vivant avec un TLUO avant de commencer le traitement), il serait utile d'ajouter la naltrexone intramusculaire à la liste des traitements de l'usage de substances pour combler des lacunes en matière de soins et favoriser la santé des usagers.

Une dose mensuelle offrirait plusieurs avantages, dont un meilleur respect du traitement et une réduction des méfaits accompagnant les troubles liés à l'usage d'alcool et d'opioïdes. Ces avantages pourraient revêtir une importance particulière pour les personnes les plus susceptibles de recommencer à consommer et pour celles vivant dans des communautés nordiques, rurales ou mal desservies.

Bibliographie

Anton, R.F., S.S. O'Malley, D.A. Ciraulo, R.A. Cisler, D. Couper, D.M. Donovan, … et A. Zweben. « Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: The COMBINE study », *JAMA*, vol. 295, nº 17, 2006, p. 2003–2017. https://doi.org/10.1001/jama.295.17.2003

Apotex. *Product Monograph: Apo-Naltrexone: Naltrexone hydrochloride tablets USP, 50 mg*, 2015. https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00031667.PDF

Bart, G. « Maintenance medication for opiate addiction: The foundation of recovery », *Journal of Addictive Diseases*, vol. 31, nº 3, 2012, p. 207–225. https://doi.org/10.1080/10550887.2012.694598

BC PharmaCare Formulary Search, sans date. https://pharmacareformularysearch.gov.bc.ca/Search.xhtml

Bell, J. et J. Strang. « Medication treatment of opioid use disorder », *Biological Psychiatry*, vol. 87, nº 1, 2020, p. 82–88. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.06.020

Berardinelli, D., A. Conti, A. Hasnaoui, E. Casabona, B. Martin, S. Campagna et V. Dimonte. « Nurse-led interventions for improving medication adherence in chronic diseases: A systematic review », *Healthcare*, vol. 12, nº 23, 2024, article 2337. https://doi.org/10.3390/healthcare12232337

Bernstein, E.Y., K.M. Magane, K.A. Dukes, T.P. Palfai, J.H. Lee, R. Saitz et J.H. Samet. « Correlates of post-hospitalization naltrexone adherence for alcohol use disorder », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 265, 2024, article 112470. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2024.112470

Chandler, R.K., B.W. Fletcher et N.D. Volkow. « Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: Improving public health and safety », *JAMA*, vol. 301, nº 2, 2009, p. 183–190. https://doi.org/10.1001/jama.2008.976

Collège des médecins de famille du Canada. *Safe prescribing and management of substance use disorders in primary care*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017. https://coilink.org/20.500.12592/1sswz8e

Comer, S.D., M.A. Sullivan, E. Yu, J.L. Rothenberg, H.D. Kleber, K. Kampman, … et C.P. O'Brien. « Injectable, sustained-release naltrexone for the treatment of opioid dependence: A randomized, placebo-controlled trial », *Archives of General Psychiatry*, vol. 63, nº 2, 2006, p. 210–218. https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.2.210

Elmosalamy, A., A.K. Sirohi, A. Moustafa, O. Masoud, L.C. Hassett, B.P. Kolla et B. Singh. « Extended-release naltrexone versus oral naltrexone for substance use disorders: A systematic review and meta-analysis », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 274, 2025, article 112789. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2025.112789

Fischer, B., J. Rehm et M. Tyndall. « Effective Canadian policy to reduce harms from prescription opioids: learning from past failures », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 188, nº 17-18, 2016, p. 1240–1244. https://doi.org/10.1503/cmaj.160356

Fishman, M.J., E.L. Winstanley, E. Curran, S. Garrett et G. Subramaniam. « Treatment of opioid dependence in adolescents and young adults with extended release naltrexone: preliminary case-series and feasibility », *Addiction*, vol. 105, 2010, p. 1669-1676. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03015.x

Garbutt, J.C., H.R. Kranzler, S.S. O'Malley, D.R. Gastfriend, H.M. Pettinati, B.L. Silverman, … et E.W. Ehrich. « Efficacy and tolerability of long-acting injectable naltrexone for alcohol dependence: A randomized controlled trial », *JAMA*, vol. 293, nº 13, 2005, p. 1617–1625. https://doi.org/10.1001/jama.293.13.1617

Gastfriend D.R. « Intramuscular extended-release naltrexone: current evidence », *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1216, 2011, p. 144–166. https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05900.x

Gauthier, P., P. Greco, S. Meyers-Ohki, Al. Desai et J. Rotrosen. « Patients' perspectives on initiating treatment with extended-release naltrexone (XR-NTX) », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 122, 2021, article 108183. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108183

Gjersing, L., L. Tanum, B. Weimand et K.K. Solli. « Mortality during and following treatment with extended-release naltrexone based on data from two clinical trials », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 274, 2025, article 112737. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2025.112737

Hartung, D.M., D. McCarty, R. Fu, K. Wiest, M. Chalk, D.R. Gastfriend et C. Brewer. « Extended-release naltrexone for alcohol and opioid dependence: A meta-analysis of healthcare utilization studies », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 47, nº 2, 2014, p. 113–121. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.03.007

Initiative canadienne de recherche sur les impacts des substances psychoactives. *Canadian guideline for the clinical management of high-risk drinking and alcohol use disorder*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2023. https://helpwithdrinking.ca/wp-content/uploads/2023/10/FINAL-Canadian-AUD-guidelines_ENG.pdf

Jalali, A., P.J. Jeng, D. Polsky, S. Poole, Y.-C. Ku, G.E. Woody et S.M. Murphy. « Cost-effectiveness of extended-release injectable naltrexone among incarcerated persons with opioid use disorder before release from prison versus and after release », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 141, 2022, article 108835. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2022.108835

Jonas, D.E., H.R. Amick, C. Feltner, G. Bobashev, K. Thomas, R. Wines, … J.C. Garbutt. « Pharmacotherapy for adults with alcohol use disorders in outpatient settings: A

systematic review and meta-analysis », *JAMA*, vol. 311, nº 18, 2014, p. 1889–1900. https://doi.org/10.1001/jama.2014.3628

Kornør, H., P.P.K. Lobmaier et N. Kunøe. « Naltrexone à libération prolongée dans le traitement de la dépendance aux opioïdes », *Base de données d'examens systématiques de Cochrane*, vol. 5, 2025, article CD006140. https://doi.org//10.1002/14651858.CD006140.pub3

Kranzler, H.R. et M. Soyka. « Diagnosis and Pharmacotherapy of Alcohol Use Disorder: A Review », *JAMA*, vol. 320, nº 8, 2018, p. 815–824. https://doi.org/10.1001/jama.2018.11406

Kranzler, H.R., D.R. Wesson et L. Billot. « Naltrexone depot for treatment of alcohol dependence: A multicenter, randomized, placebo-controlled clinical trial », *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 28, nº 7, 2006, p. 1051–1059. https://doi.org/10.1097/01.ALC.0000130804.08397.29

Krupitsky, E., E.V. Nunes, W. Ling, A. Illeperuma, D.R. Gastfriend et B.L. Silverman. « Injectable extended-release naltrexone for opioid dependence: A double-blind, placebo-controlled, multicentre randomised trial », *The Lancet*, vol. 377, nº 9776, 2011, p. 1506–1513. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60358-9

Lee, J.D., P.D. Friedmann, T.W. Kinlock, E.V. Nunes, T.Y. Boney, R.A. Hoskinson, … et C.P. O'Brien. « Extended-release naltrexone to prevent opioid relapse in criminal justice offenders », *New England Journal of Medicine*, vol. 374, nº 13, 2016, p. 1232–1242. https://doi.org/10.1056/NEJMoa1505409

Lee, J.D., R. McDonald, E. Grossman, J. McNeely, E. Laska, J. Rotrosen et M.N. Gourevitch. « Opioid treatment at release from jail using extended-release naltrexone: A pilot proof-of-concept randomized effectiveness trial », *Addiction*, vol. 105, nº 6, 2015, p. 1136–1146. https://doi.org/10.1111/add.12894

Lee, J.D., E.V. Nunes, P. Novo, K. Bachrach, G.L. Bailey, S. Bhatt, … et J. Rotrosen. « Comparative effectiveness of extended-release naltrexone versus buprenorphine-naloxone for opioid relapse prevention (X:BOT): A multicentre, open-label, randomised controlled trial », *The Lancet*, vol. 391, nº 10118, 2018, p. 309–318. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32812-X

McPheeters, M., E.A. O'Connor, S. Riley, S.M. Kennedy, C. Voisin, K. Kuznacic, C.P. Coffey, M.D. Edlund, G. Bobashev et D.E. Jonas. « Pharmacotherapy for Alcohol Use Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis », *JAMA*, vol. 330, nº 17, 2023, p. 1653–1665. https://doi.org/10.1001/jama.2023.19761

Miranda, R., L. Ray, A. Blanchard, E.K. Reynolds, P.M. Monti, T. Chun, … et J. Ramirez. « Effects of naltrexone on adolescent alcohol cue reactivity and sensitivity: An initial randomized trial », *Addiction Biology*, vol. 19, nº 5, 2013, p. 941–954. https://doi.org/10.1111/adb.12050

Mitchell, S.G., L.B. Monico, J. Gryczynski, M.J. Fishman, K.E. O'Grady et R.P. Schwartz. « Extended-release naltrexone for youth with opioid use disorder », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 130, 2021, article 108407. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108407

Monico, L.B., J.B. Fletcher, T. Ross, R.P. Schwartz, M.J. Fishman, J. Gryczynski et S.G. Mitchell. « Patient and provider medication preferences affect treatment outcomes among adolescents and young adults with opioid use disorder », *Journal of Substance Use & Addiction Treatment*, vol. 162, 2024, article 209334. https://doi.org/10.1016/j.josat.2024.209334

Morgan, J.R., B.R. Schackman, Z.M. Weinstein, A.Y. Walley et B.P. Linas. « Overdose following initiation of naltrexone and buprenorphine medication treatment for opioid use disorder in a United States commercially insured cohort », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 200, 2019, p. 34–39. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.02.031

Murphy, S.M., D. Polsky, J.D. Lee, P.D. Friedmann, T.W. Kinlock, E.V. Nunes, … et C.P. O'Brien. « Cost-effectiveness of extended release naltrexone to prevent relapse among criminal justice-involved individuals with a history of opioid use disorder », *Addiction*, vol. 112, nº 8, 2017, p. 1440–1450. https://doi.org/10.1111/add.13807

Ndegwa, S., S. Pant, S. Pohar et M. Mierzwinski-Urban. *Injectable extended-release naltrexone to treat opioid use disorder*, Ottawa (Ont.), Agence des médicaments du Canada, 2017. https://www.cda-amc.ca/sites/default/files/pdf/EH0058_injectable_extended-release_naltrexone_to_treat_opioid_use_disorder.pdf

Pijl, E.M., A. Alraja, E. Duff, C. Cooke, S. Dash, N. Nayak, J. Lamoureux, G. Poulin, E. Knight et B. Fry. « Barriers and facilitators to opioid agonist therapy in rural and remote communities in Canada: an integrative review », *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, vol. 17, nº 1, 2022, p. 62. https://doi.org/10.1186/s13011-022-00463-5

Sitthimongkol, Y., M. Srimoragot, W. Kasemsuk, S. Meekusol, P. Pongpattanapisit, P. Saenkla et S. Ruksakulpiwat. « Enhancing accessibility through nurse-led clinics in primary care: An integrative review of models of care », *International Journal of Nursing Sciences*, vol. 12, nº 6, 2025, p. 593–600. https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2025.10.006

Soyka, M. et C.A. Müller. « Pharmacotherapy of alcoholism — An update on approved and off-label medications », *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, vol. 18, nº 12, 2017, p. 1187–1199. https://doi.org/10.1080/14656566.2017.1349098

Stancil, S.L., S. Abdel-Rahman et J. Wagner. « Developmental considerations for the use of naltrexone in children and adolescents », *Journal of Pediatric Pharmacology and*

Therapeutics, vol. 26, nº 7, 2021, p. 675–695. https://doi.org/10.5863/1551-6776-26.7.675

Sullivan, M.A., A. Bisaga, M. Pavlicova, K.M. Carpenter, C.J. Choi, K. Mishlen, … et E.V. Nunes. « A randomized trial comparing extended-release injectable suspension and oral naltrexone, both combined with behavioral therapy, for the treatment of opioid use disorder », *American Journal of Psychiatry*, vol. 176, nº 2, 2019, p. 129–137. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17070732

Tanum, L., K.K. Solli, Z.E. Latif, J. Š. Benth, A. Opheim, K. Sharma-Haase, … et N. Kunøe. « Effectiveness of injectable extended-release naltrexone vs daily buprenorphine-naloxone for opioid dependence: A randomized clinical noninferiority trial », *JAMA Psychiatry*, vol. 74, nº 12, 2017, p. 1197–1205. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3206

Vo, H.T., R. Burgower, I. Rozenberg et M. Fishman. « Home-based delivery of XR-NTX in youth with opioid addiction », *Journal of Substance Abuse Treatment*, vol. 85, 2018, p. 84-89. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.08.007

Vo, H.T., E. Robbins, M. Westwood, D. Lezama et M. Fishman. « Relapse prevention medications in community treatment for young adults with opioid addiction », *Substance Use & Addiction Journal*, vol. 37, nº 3, 2016, p. 392–397. https://doi.org/10.1080/08897077.2016.1143435

Volpicelli, J.R., A.I. Alterman, M. Hayashida et C.P. O'Brien. « Naltrexone in the treatment of alcohol dependence », *Archives of General Psychiatry*, vol. 49, nº 11, 1992, p. 876–880. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820110040006

Wakeman, S.E., M.R. Larochelle, O. Ameli, C.E. Chaisson, J.T. McPheeters, W.H. Crown, … et D.M. Sanghavi. « Comparative effectiveness of different treatment pathways for opioid use disorder », *JAMA Network Open*, vol. 3, nº 2, 2020, article e1920622. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.20622

White, B., S. Little, P.S. Haber, J. Roberts, E. Nolan, N. Lintzeris et A.J. Dunlop. « Treatment satisfaction and patient reported outcomes among people with opioid use disorder participating in an open-label, non-randomised trial of long-acting injectable buprenorphine treatment in Australian custodial settings », *Drug and Alcohol Review,* vol. 44, nº 2, 2025, p. 640–648. https://doi.org/10.1111/dar.14005

Wild, T.C., B. Pauly, L. Belle-Isle, W. Cavalieri, R. Elliott, C. Strike, K. Tupper, A. Hathaway, C. Dell, D. MacPherson, C. Sinclair, K. Karekezi, B. Tan et E. Hyshka. « Canadian harm reduction policies: A comparative content analysis of provincial and territorial documents, 2000-2015 », *The International journal on drug policy*, vol. 45, 2017, p. 9–17. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.03.014

Winer, J.M., A.M. Yule, S.E. Hadland et S.M. Bagley. « Addressing adolescent substance use with a public health prevention framework: The case for harm reduction », *Annals of*

Medicine, vol. 54, nº 1, 2022, p. 2123–2136. https://doi.org/10.1080/07853890.2022.2104922

Wood, E., J. Bright, K. Hsu, N. Goel, J.W.G. Ross, A. Hanson, … et J. Rehm. « Canadian guideline for the clinical management of high-risk drinking and alcohol use disorder », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 195, nº 40, 2023, p. E1364–E1379. https://doi.org/10.1503/cmaj.230715

Au sujet du CCDUS

Le CCDUS a été créé par le Parlement afin de fournir un leadership national pour aborder la consommation de substances au Canada. À titre d'organisme de confiance, il offre des conseils aux décideurs partout au pays en tirant parti des recherches, en cultivant les connaissances et en rassemblant divers points de vue.

Les activités et les produits du CCDUS sont réalisés grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées par le CCDUS ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada

ISBN 978-1-77871-273-9 © Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2026