



Opioides d'ordonnance

Points clés

- En 2017, environ 11,8 % des Canadiens consommaient des analgésiques opioïdes, comparativement à 13 % en 2015.
- La consommation de médicaments opioïdes dans la dernière année était plus élevée chez les Autochtones de 15 ans et plus vivant hors réserve que dans la population générale.
- Chez les Canadiens qui ont pris un analgésique opioïde en 2017, environ 3 % ont dit s'en servir à des fins non médicales, soit un pourcentage semblable à celui de 2015.
- Le taux d'hospitalisations pour des intoxications aux opioïdes a augmenté, avec une moyenne de 17 hospitalisations par jour au Canada en 2017.
- Il y a eu au moins 15 393 décès liés aux opioïdes au Canada de janvier 2016 à décembre 2019, le nombre grand nombre de décès ayant été enregistré en 2018.
- Le taux de visites à l'urgence pour des intoxications aux opioïdes a doublé chez les jeunes adultes de 25 à 44 ans, soit la hausse la plus grande de tous les groupes d'âge.

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 du trouble lié à l'usage d'opioïdes, et ce, avec la méthadone ou la buprénorphine-naloxone, sous la supervision d'un professionnel de la santé qualifié.

La douleur est l'un des principaux motifs de recours aux soins de santé en Amérique du Nord. Selon de récentes estimations, environ un Canadien sur cinq souffre de douleur chronique¹, et nombre d'entre eux ont un accès limité à des traitements adaptés et au moment où ils sont nécessaires. En effet, 50 % ont eu à attendre six mois ou plus, et plusieurs régions du Canada n'offrent aucun service spécialisé de traitement de la douleur². Les opioïdes d'ordonnance sont l'un des moyens permettant de soulager la douleur chronique. Un rapport de 2017 montre que pendant l'exercice 2015-2016, environ un Ontarien sur sept (presque deux millions de personnes) avait fait remplir une ordonnance d'opioïdes³. Au Canada, en 2018, près d'une personne sur huit a reçu une ordonnance d'opioïdes⁴. De 2016 à 2017, la quantité totale d'opioïdes dispensés a diminué de plus de 10 % et le nombre d'ordonnances d'opioïdes, lui, de plus de 400 000, la première baisse enregistrée depuis 2012^{4,5}.

Toutefois, l'usage d'opioïdes d'ordonnance pose aussi un risque de dépendance et de décès par surdose. Les opioïdes d'ordonnance ont déjà été promus, à tort, comme un traitement efficace et à faible risque de la douleur modérée n'entraînant pas la dépendance⁶. Les *Lignes directrices canadiennes relatives à l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse, édition 2017* indiquent que les opioïdes sont associés à un risque de dépendance de 5,5 % et recommandent de privilégier les traitements pharmacologiques non opioïdes (p. ex. les



anti-inflammatoires non stéroïdiens) et les traitements non pharmacologiques plutôt que les traitements aux opioïdes pour les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse⁷.

L'usage d'opioïdes d'ordonnance à des fins non médicales^A 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. Les médicaments d'ordonnance peuvent être acquis ou utilisés de plusieurs façons et peuvent entraîner des méfaits. Quelques-unes de ces façons : l'obtention d'une ordonnance d'un seul médecin, l'obtention d'ordonnances de plusieurs médecins sans déclarer ses autres prescriptions dans les 30 derniers jours, l'utilisation frauduleuse et la contrefaçon d'ordonnances, le vol, le marché noir et l'achat en ligne. Dans le cadre d'une étude 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 rue⁸.

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 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 transmucosales, de suppositoires et de vaporisateurs nasaux.

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2018, les médicaments opioïdes les plus souvent consommés étaient (en ordre de prévalence) les produits contenant de la codéine (76 %), l'hydromorphone ou la morphine (28 %), l'oxycodone (20 %) et le fentanyl (5 %)⁹.

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

Noms génériques	Noms commerciaux (exemples)	Noms de rue
Buprénorphine	BuTrans ^{MD}	Bupe, bute
Buprénorphine-naloxone	Suboxone ^{MD}	Subby, bupe, sobos
Codéine	Tylenol ^{MD} 2,3,4 (codéine + acétaminophène)	Cody, captain cody, T1, T2, T3, T4
Fentanyl	Abstral ^{MD} , Duragesic ^{MD} , Onsolis ^{MD}	Patch, sticky, sticker, nerps, beans
Hydrocodone	Tussionex ^{MD} , Vicoprofen ^{MD}	Hydro, vike
Hydromorphone	Dilaudid ^{MD}	Juice, dillies, dust
Mépidine	Demerol ^{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}	Ts
Tapentadol	Nucynta ^{MD}	Inconnu
Tramadol	Ultram ^{MD} , Tramacet ^{MD} , Tridural ^{MD} , Durela ^{MD}	Chill pills, ultras

À noter : 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, ainsi que l'oxymorphone (Opana^{MD}), qui n'est pas encore commercialisée au Canada.

A Aux fins du présent document, « usage d'opioïdes d'ordonnance » signifie l'usage d'opioïdes pharmaceutiques 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 d'ordonnance fournis par plusieurs médecins, infirmières ou pharmaciens, l'usage d'opioïdes d'ordonnance à des fins autres que celles pour lesquelles ils ont été prescrits (p. ex. effet euphorique), l'usage 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.



Effets des opioïdes d'ordonnance

Les opioïdes soulagent la douleur et améliorent la fonction; ils modifient la perception de la douleur par le cerveau en s'attachant aux récepteurs opioïdes partout dans le système nerveux. Ils suscitent un sentiment de bien-être, de relaxation ou d'euphorie (« high »). Il existe des versions à action courte et à action prolongée des opioïdes : les effets de la version à action courte durent habituellement entre trois et six heures, alors qu'il suffit d'une ou deux doses par jour de la version à action prolongée.

Usage à court terme : À des doses suffisamment élevées, les opioïdes provoquent la somnolence, la détresse respiratoire, le coma et la mort. Parmi les autres effets physiques, mentionnons la contraction des pupilles, la nausée, des vomissements, la constipation, une 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, l'accoutumance physique et la dépendance. La prise régulière de fortes quantités d'opioïdes pendant la grossesse augmente le risque d'accouchement prématuré et de sevrage chez le nourrisson. Quand 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 (p. ex. le VIH et l'hépatite C).

Usage à long terme : L'usage à long terme peut entraîner l'apparition d'une accoutumance physique, qui se manifeste par une tolérance aux effets du médicament, ce qui incite le consommateur à augmenter la dose pour retrouver les effets escomptés. Ceux qui ont développé une accoutumance physique présentent aussi parfois des symptômes de sevrage lorsque la dose est diminuée. Le risque de dépendance augmente avec l'usage répété de fortes doses. Une personne dépendante aux opioïdes aura notamment des comportements signalant une perte de contrôle de l'usage et subira des méfaits considérables découlant de cet usage, p. ex. qui viennent habituellement s'ajouter à l'accoutumance physique.

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 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 physiquement dépendantes pourraient aussi ressentir un état de manque et de la difficulté à cesser de consommer.

Statut juridique au Canada

La plupart des 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 sont passibles de sept ans d'emprisonnement. Le trafic, l'importation, l'exportation et la production d'opioïdes sont passibles de l'emprisonnement à perpétuité¹⁰.

Prévalence à vie de la consommation au Canada

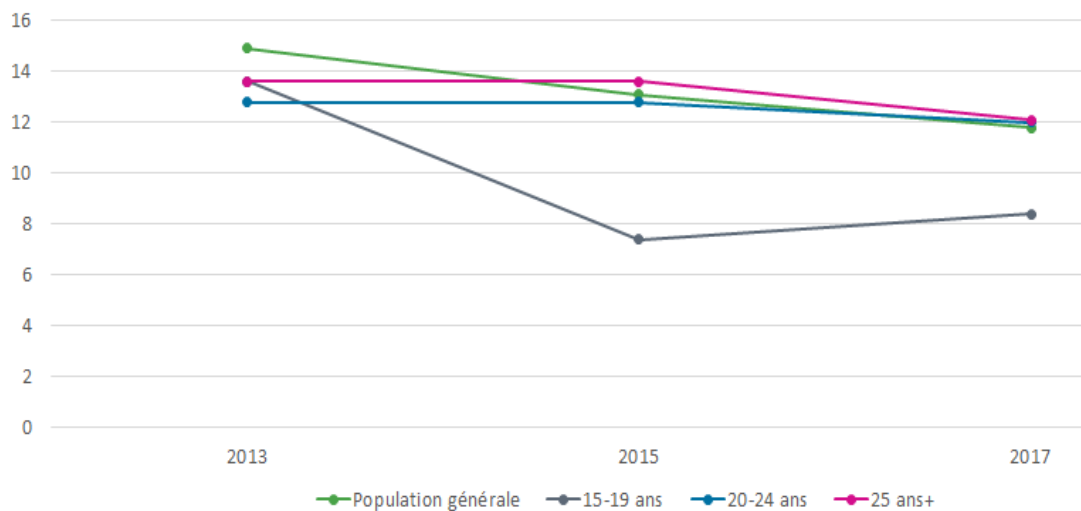
Selon l'ESCC de 2018, 40,5 % des Canadiens de 15 ans et plus (environ 11,8 millions de personnes) ont dit avoir consommé des analgésiques contenant des opioïdes comme la codéine ou la morphine¹¹.



Consommation 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) de 2017¹², la prévalence de la consommation d'analgésiques opioïdes dans la dernière année dans la population générale était de 11,8 %, soit un pourcentage inchangé par rapport aux 13,1 % de 2015 (figure 1)¹³. Les données de l'ESCC^B montrent qu'en 2018, 12,7 % des Canadiens avaient consommé des analgésiques opioïdes dans les 12 derniers mois¹¹.
- **Jeunes (15 à 24 ans)** : En 2017, la prévalence de la consommation d'analgésiques opioïdes dans la dernière année était de 8,4 % chez les jeunes de 15 à 19 ans et de 12,0 % chez les jeunes adultes de 20 à 24 ans (figure 1)¹².
- **Adultes (25 ans et plus)** : La prévalence de la consommation d'analgésiques opioïdes chez les adultes canadiens s'établissait à 12,1 % en 2017¹², pourcentage qui est demeuré stable depuis 2015, année où il était de 13,6 % (figure 1)¹³.
- **Personnes âgées (65 ans et plus)** : Au Canada, le taux de consommation d'analgésiques opioïdes chez les personnes âgées était de 11,3 % en 2017^{C,13}.
- **Sexe** : Selon des données de l'ECTAD de 2017, la prévalence de la consommation d'analgésiques opioïdes dans la dernière année des femmes (12,4 %) était semblable à celle des hommes (11,2 %)¹². Ces estimations sont restées inchangées par rapport à 2015 (13,9 % pour les femmes et 12,1 % pour les hommes, figure 2)¹³. Des données récentes de l'ESCC de 2018 montrent que les femmes (14 %) étaient plus susceptibles que les hommes (11 %) d'avoir consommé un analgésique opioïde dans la dernière année¹¹.

Figure 1. Prévalence de la consommation autodéclarée d'analgésiques opioïdes chez les Canadiens, selon l'âge



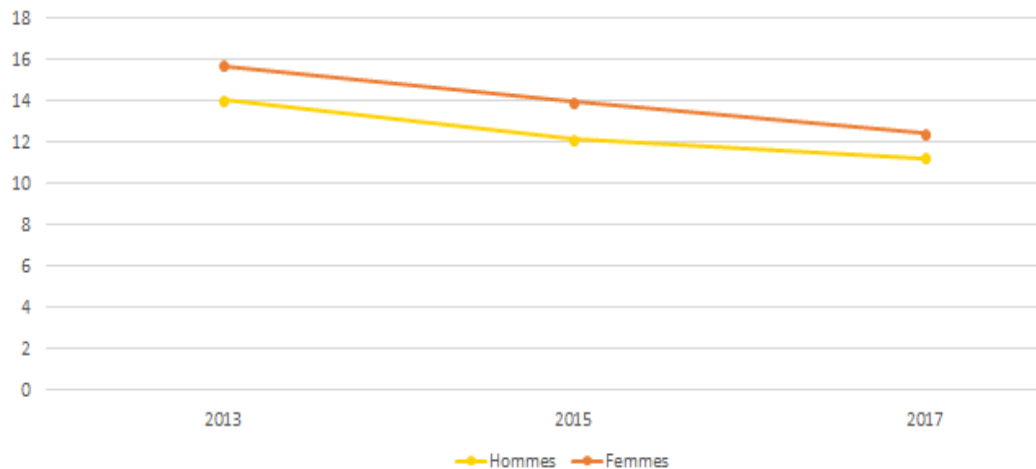
Source : ECTAD 2013¹⁵, ECTAD 2015¹³, ECTAD 2017¹²

B Les moyennes nationales de l'ESCC citées excluent les territoires, puisque les analyses faites à partir des données recueillies dans les territoires sont disponibles uniquement pour les cycles de deux ans de l'ESCC.

C Analyse faite à partir de l'ECTAD de 2017 de Statistique Canada. Les calculs, l'utilisation et l'interprétation de ces données relèvent intégralement du CCDUS.



Figure 2. Prévalence de la consommation autodéclarée d'analgésiques opioïdes chez les Canadiens, selon le sexe



Source : ECTAD 2013¹⁵, ECTAD 2015¹³, ECTAD 2017¹²

Premières Nations

- **Adultes** : 24,9 % des Autochtones âgés de 18 ans et plus vivant dans des réserves ou dans des communautés nordiques au Canada ont dit avoir consommé des opioïdes d'ordonnance dans la dernière année en 2015-2016. Les opioïdes d'ordonnance étaient les substances les plus souvent consommées parmi celles étudiées dans l'enquête¹⁴.
- **Jeunes** : 10,4 % des Autochtones âgés de 12 à 17 ans ont dit avoir consommé des opioïdes d'ordonnance dans la dernière année en 2015-2016. Après le cannabis, les opioïdes d'ordonnance étaient les substances les plus souvent consommées¹⁴.

Consommation non médicale dans la dernière année

Prévalence de la consommation non médicale dans la dernière année au Canada

- **Population générale (15 ans et plus)** : Des données de l'ECTAD de 2017 montrent que parmi les personnes qui prennent des analgésiques opioïdes, 2,9 % (environ 100 000 Canadiens) l'avaient fait à des fins non médicales, soit un taux qui est demeuré inchangé depuis 2013¹².

Des données de l'ESCC de 2018 indiquent que 9,6 % des Canadiens de 15 ans et plus ont dit avoir consommé des médicaments opioïdes à des fins non médicales¹¹, et plus d'hommes que de femmes l'ont fait (11 % et 8 %)¹¹.

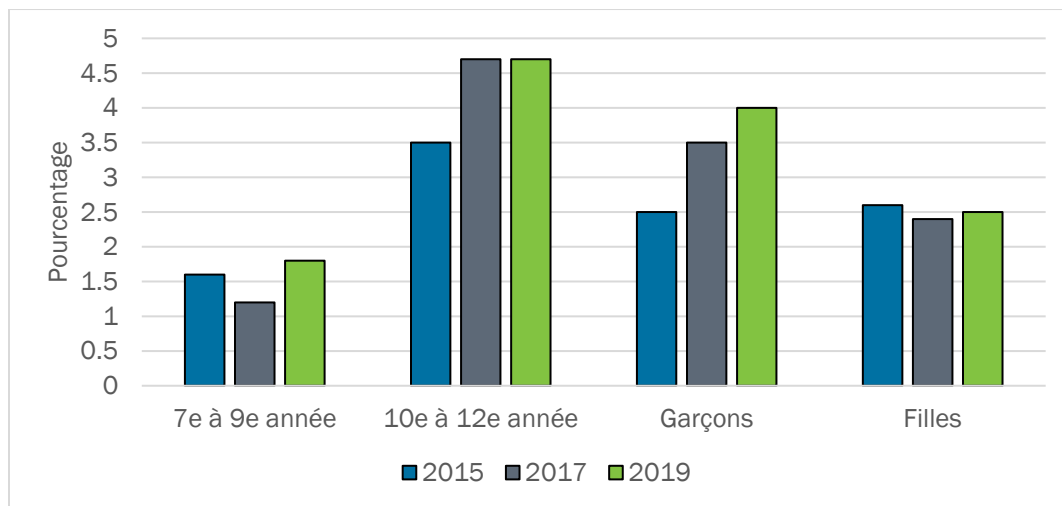
- **Élèves** : Selon l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves (ECTADE) de 2018-2019, 1,8 % des élèves canadiens de la 7^e à la 9^e année (premier cycle du secondaire), soit une hausse par rapport aux 1,2 % de 2016-2017) et 4,7 % de ceux de la 10^e à la 12^e année (deuxième cycle du secondaire), soit un taux inchangé par rapport à 2016-2017, ont dit avoir pris des analgésiques dans la dernière année pour leurs effets euphoriques, et non à des fins médicales (figure 3)^{16,17}. Un plus grand nombre de garçons que de filles de la 7^e à la 12^e année ont dit avoir consommé des analgésiques dans la dernière année pour leurs effets euphoriques (4 % et 2,5 %)¹⁶. La proportion de garçons ayant consommé des analgésiques à des fins non médicales est demeurée stable depuis 2017 (3,5 %), tout comme celle des filles (2,4 %), comme le montre la figure 3^{16,17}.



Selon le Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario de 2019, 11 % des élèves de la 7^e à la 12^e année avaient pris un analgésique opioïde d'ordonnance à des fins non médicales (10,9 % chez les garçons et 11 % chez les filles)¹⁹. Ces nombres sont demeurés stables depuis l'enquête précédente réalisée en 2017, mais ont diminué par rapport aux 20,6 % de 2007²⁰. Environ 40,2 % des élèves ayant consommé des analgésiques opioïdes dans la dernière année ont dit se les être procurés auprès d'un parent²⁰.

Étudiants postsecondaires : Des données issues de la National College Health Assessment Survey [enquête nationale d'évaluation de la santé dans les établissements postsecondaires] menée au printemps 2019 à partir d'un échantillon de commodité de 58 établissements postsecondaires canadiens (donc, un échantillon non représentatif de tous les étudiants au Canada) indiquent que 5,9 % des étudiants postsecondaires avaient pris des analgésiques d'ordonnance qui ne leur avaient pas été prescrits dans les 12 derniers mois (5,1 % des hommes et 6,1 % des femmes)²¹.

Figure 3. Prévalence de la consommation autodéclarée d'analgésiques opioïdes dans la dernière année chez les élèves canadiens, selon l'année scolaire et le sexe



Source : ECTADE 2015⁴⁸, ECTADE 2017⁴⁷, ECTADE 2019¹⁶

Prévalence de la consommation non médicale à l'échelle internationale

- **États-Unis** : En 2016, la prévalence de la consommation d'analgésiques d'ordonnance à des fins non médicales dans la dernière année était de 4,3 % chez les 12 ans et plus²².
- **Australie** : Des données de 2016 montrent que 3,6 % des 14 ans et plus avaient fait un usage non médical d'un opioïde dans les 12 derniers mois. Ajoutons que 75 % des personnes ayant fait un usage non médical d'opioïdes avaient consommé des produits de codéine en vente libre, 40 %, des produits de codéine d'ordonnance et 17 %, de l'oxycodone²³.

Coûts de soins de santé associés aux opioïdes

L'expression « coûts de soins de santé » inclut les coûts liés aux hospitalisations, aux chirurgies d'un jour, aux visites à l'urgence, au traitement de l'usage de substances, aux consultations de médecins de famille et aux médicaments sur ordonnance. De 2015 à 2017, les coûts par personne de soins



de santé associés aux opioïdes^D ont augmenté de 20,9 %, ce qui est la deuxième hausse en importance, après celle pour les autres stimulants du SNC (à l'exclusion de la cocaïne), avec 22,1 %²⁴. En 2017, les opioïdes se classaient au troisième rang pour la proportion des coûts attribuables à l'usage de substances au Canada^E. Aussi en 2017, les coûts de soins de santé attribuables aux opioïdes s'élevaient à 438,6 millions de dollars, soit environ 3,4 % de tous les coûts de soins de santé liés aux substances²⁴.

Morbidité

Hospitalisations pour des intoxications aux opioïdes

Le taux de méfaits attribuables à des intoxications aux opioïdes^F est encore à la hausse au pays : le nombre d'hospitalisations a augmenté de 27 % au cours des cinq dernières années (hausse de 8 % en 2016-2017 uniquement)²⁵. Malgré cette augmentation nationale, plusieurs provinces (Alberta, Saskatchewan, Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard) ont signalé de faibles baisses du nombre d'hospitalisations à partir de 2017²⁵. De nombreux méfaits attribuables aux opioïdes^G peuvent nécessiter une hospitalisation, comme l'intoxication aux opioïdes, le trouble lié à l'usage d'opioïdes, des effets indésirables et le sevrage néonatal²⁵. Si les hospitalisations dues à des effets indésirables semblent être à la baisse, celles pour toutes les autres raisons continuent d'augmenter²⁵. De janvier 2016 à décembre 2019, il y a eu 19 377 hospitalisations pour des intoxications aux opioïdes (à l'exclusion du Québec)²⁶, dans des communautés de toutes tailles. En 2017, les taux les plus élevés d'hospitalisations pour des intoxications aux opioïdes ajustés selon l'âge ont été enregistrés dans des communautés de 50 000 à 99 999 habitants, et les taux les plus faibles, dans des communautés de plus de 500 000 habitants²⁵.

Au Canada, de 2016 à 2017, le taux brut^H d'hospitalisations pour des intoxications aux opioïdes est passé de 15,3 à 16,5 par 100 000 personnes²⁵. En 2016-2017, les intoxications aux opioïdes ont nécessité en moyenne 17 hospitalisations par jour²⁵, soit une hausse par rapport aux moyennes de 2014-2015 (13 par jour) et de 2007-2008 (10)²⁷. Au Canada, en 2016-2017, le taux d'hospitalisations ajusté selon l'âge^I variait de 8,4 par 100 000 personnes en Nouvelle-Écosse à 33,7 aux Territoires du Nord-Ouest.

De janvier à décembre 2019, 58 % des personnes hospitalisées pour une intoxication aux opioïdes étaient des hommes et 42 %, des femmes, et une grande proportion d'entre elles étaient âgées de plus de 60 ans (29 %)²⁶, ce qui correspond à la tendance enregistrée au cours des six dernières années²⁷.

Visites à l'urgence pour des intoxications aux opioïdes en Ontario, en Alberta et au Yukon

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a recueilli des données exhaustives sur les visites à l'urgence attribuables à des intoxications aux opioïdes pour l'Alberta, l'Ontario et le Yukon^J.

D Le rapport *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada* inclut des données sur tous les opioïdes, et non pas uniquement sur les opioïdes d'ordonnance.

E Au moment de rédiger ce sommaire, il était impossible de générer des estimations représentatives de tous les coûts de soins de santé du Québec puisque certaines données n'étaient pas disponibles.

F Une intoxication aux opioïdes se produit quand un opioïde est pris de façon incorrecte et que cela entraîne des méfaits.

G À l'exception des effets indésirables, les méfaits liés aux opioïdes peuvent être causés par des opioïdes illicites ou d'ordonnance.

H Le taux brut fait référence au taux global d'hospitalisations, sans tenir compte de facteurs de confusion (p. ex. la répartition de la population par groupes d'âge).

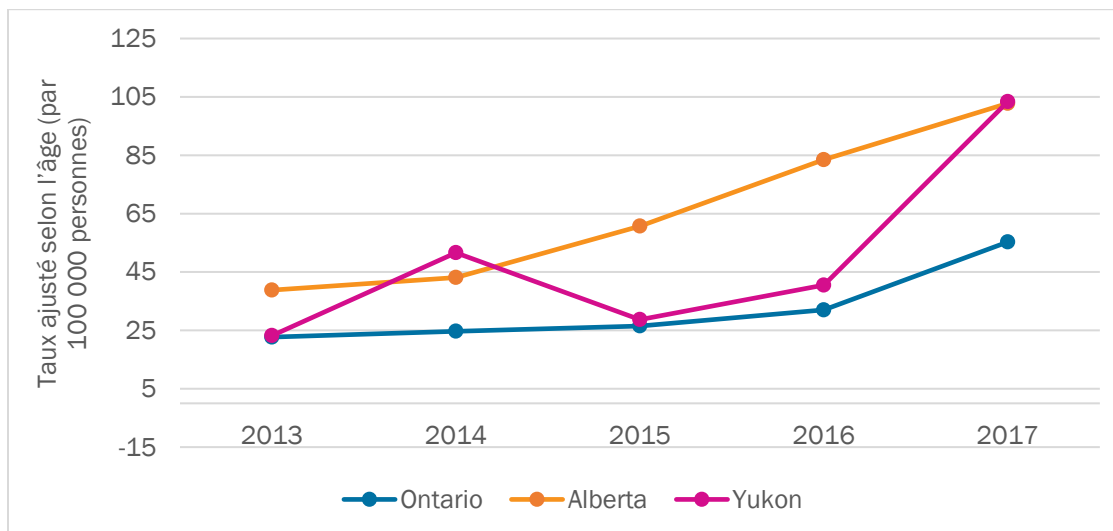
I Le taux ajusté selon l'âge tient compte des variations dans la répartition de la population par groupes d'âge dans diverses régions. Il a été calculé avec la standardisation directe (la population canadienne de 2016 représente la population-type). Voir le rapport cité pour en savoir plus sur la méthodologie.

J Il existe des données exhaustives pour le Yukon, mais plusieurs estimations ne sont pas présentées en raison de la petite taille des échantillons.



De 2013 à 2017, le taux de visites à l'urgence ajusté selon l'âge pour des intoxications aux opioïdes a augmenté de 144 % en Ontario et de 165 % en Alberta. Pendant la même période, le taux de visites à l'urgence au Yukon, lui, a plus que quadruplé (figure 4)²⁵.

Figure 4. Taux ajusté selon l'âge (par 100 000 personnes) de visites à l'urgence pour des intoxications aux opioïdes, selon la province



Source : ICIS. « Préjudices liés aux opioïdes au Canada », décembre 2018²⁵.

À noter : Compte tenu du nombre peu élevé de visites à l'urgence au Yukon, les tendances doivent être interprétées avec prudence.

En Ontario et en Alberta, les taux de visites à l'urgence pour des intoxications aux opioïdes étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes, pour l'ensemble des années. En 2017, le taux brut de visites à l'urgence pour des intoxications aux opioïdes en Ontario était de 68,7 par 100 000 personnes chez les hommes et de 41,5 pour les femmes; du côté de l'Alberta, ces taux étaient de 132,3 par 100 000 chez les hommes et 79,3 chez les femmes²⁵. En Ontario, de 2016 à 2017, le taux de visites à l'urgence pour des intoxications aux opioïdes a augmenté de 90 % chez les hommes et de 49,8 % chez les femmes. Pendant la même période, en Alberta, le taux des hommes a augmenté de 31 % et celui des femmes, de 14 %²⁵.

De 2016 à 2017, en Ontario, le taux de visites à l'urgence pour des intoxications aux opioïdes a doublé chez les jeunes adultes (25 à 44 ans), soit la hausse la plus importante par rapport à tous les groupes d'âge. Pendant la même période, en Alberta, c'est encore chez les jeunes (15 à 24 ans) et les jeunes adultes (25 à 44 ans) que le taux de visites à l'urgence était le plus élevé²⁵.

Conduite sous l'influence d'opioïdes d'ordonnance

Des données indiquent que les opioïdes peuvent accroître le risque d'affaiblissement de la capacité de conduire quand ils sont consommés avec d'autres substances ou de l'alcool, quand ils sont consommés à des fins non médicales ou quand ils sont utilisés de façon thérapeutique par des personnes non habituées à le faire^{28,29}. 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 détecte le plus souvent chez les conducteurs lors d'enquêtes routières, tout comme les benzodiazépines^{28,30}. Selon des données tirées des cycles 2011 à 2016 de l'enquête Monitor du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) en Ontario, 3,1 % de la population sondée a dit avoir conduit sous l'influence d'opioïdes d'ordonnance, même si ce comportement peut accroître considérablement le risque d'accident³¹.



Sevrage néonatal

Le sevrage néonatal^K, aussi appelé syndrome d'abstinence néonatale, touche les enfants qui ont été exposés aux opioïdes avant leur naissance. Il se manifeste par une accoutumance physique aux opioïdes et donne souvent lieu à des symptômes de sevrage après la naissance³². De 2003 à 2014, l'incidence du sevrage néonatal a triplé au Canada, passant de 1,8 à 5,4 par 1 000 naissances vivantes³³. L'incidence moyenne du sevrage néonatal dans les provinces variait de 2,7 en Alberta à 9,7 au Nouveau-Brunswick. De 2010 à 2014, les coûts de soins de santé associés au sevrage néonatal sont passés de 15,7 millions de dollars à 26,9 millions, et le nombre de lits d'hôpital occupés est passé de 19,7 en 2003 à 69,4 en 2014³³. Selon l'ICIS, de 2013 à 2017, le taux d'hospitalisations pour des symptômes de sevrage néonatal a augmenté de 21 %²⁵. L'ICIS a aussi estimé que, de 2016 à 2017, environ 0,51 % de tous les enfants nés au Canada (à l'exclusion du Québec) souffraient du sevrage néonatal, soit environ 1 900 enfants par année.

En Ontario, la prévalence du sevrage néonatal est passée d'une à 6,2 par 1 000 naissances vivantes de 2002-2003 à 2013-2014, soit un taux multiplié par six pendant cette période de 12 ans³⁴. Selon la plus récente estimation publiée, de 2002 à 2014, le nombre d'enfants nés en Ontario de femmes ayant une dépendance aux opioïdes a augmenté de 16 fois (de 46 à 800)³⁵.

Mortalité

Décès liés aux opioïdes

Il n'existe aucune donnée nationale sur les décès liés aux opioïdes avant 2016. Considérant l'ampleur et la persistance de la crise des opioïdes qui sévit, le gouvernement du Canada recueille maintenant des données sur les décès apparemment liés aux opioïdes et produit des mises à jour quatre fois par année. De janvier 2016 à décembre 2019, il y a eu 15 393 décès apparemment liés aux opioïdes au Canada²⁶. En 2018, ce chiffre était d'au moins 4 623, soit un taux de 12,4 décès par 100 000²⁶. En 2019, 3 823 décès ont été enregistrés, soit un taux de 10 décès par 100 000²⁶. À noter que la majorité des décès liés aux opioïdes étaient accidentels (94 %), concernaient des hommes (74 %) et touchaient les 30 à 39 ans (28 %)²⁶. Ajoutons que 72 % des décès liés aux opioïdes impliquaient aussi un ou plusieurs types de substances non opioïdes (cocaïne, méthamphétamine, alcool, etc.)²⁶. Les taux provinciaux estimés de décès liés aux opioïdes ou à la drogue illicite variaient de trois (Territoires du Nord-Ouest) à 20,7 (Colombie-Britannique) par 100 000^{L,26}.

- **Ontario** : Le nombre de décès liés aux opioïdes^M a quadruplé en Ontario de 2003 à 2018 (de 366 à 1 473); à noter une hausse d'environ 17 % de 2017 à 2018 uniquement³⁶. De juillet 2017 à juin 2018, il y a eu 1 337 décès liés aux opioïdes, soit un taux d'environ 9,3 par 100 000³⁷. De ce nombre, les substances non opioïdes ayant le plus souvent contribué directement au décès^N étaient la cocaïne (33,9 %), la méthamphétamine (14,6 %), l'alcool (13,2 %) et les benzodiazépines (11,0 %)³⁷. Selon une étude, en date de 2013, une surdose d'opioïdes mortelle sur cinq impliquait l'alcool³⁸.

K Sevrage néonatal est souvent utilisé de façon interchangeable avec syndrome d'abstinence néonatale (SAN).

L Un décès lié aux opioïdes est un décès causé par une intoxication attribuable à la consommation de substances, où au moins une des substances est un opioïde. Un décès lié au fentanyl est un décès causé par une intoxication attribuable à la consommation de substances, où une des substances est le fentanyl³².

M Décès par toxicité ou intoxication aiguë découlant des effets directs de la consommation de substances, où au moins une des substances était un opioïde, ce qui inclut les analgésiques opioïdes d'ordonnance ou le trouble lié à l'usage d'opioïdes et les opioïdes non pharmaceutiques.

N Substances ayant directement contribué au décès, d'après les conclusions d'enquête du pathologiste ou du coroner.



- **Alberta** : De janvier à septembre 2019, 458 personnes sont décédées d'une intoxication aux opioïdes apparemment accidentelle^O, par rapport à 576 pour la même période en 2018³⁹. En moyenne, un peu moins de deux personnes meurent tous les jours en Alberta d'une intoxication apparemment accidentelle³⁹. Des opioïdes étaient directement impliqués dans 75 % des décès par intoxication à la drogue et à l'alcool confirmés en 2019^{P,39}.
- **Colombie-Britannique** : Dans cette province, les décès accidentels par toxicité de drogue illicite (dont ceux aux causes confirmées et soupçonnées) sont inclus dans les décès déclarés par toxicité de drogue^Q. L'estimation la plus récente pour 2019 montre que le nombre de décès par toxicité de drogue illicite correspond à environ 2,7 décès par jour au cours de l'année⁴⁰. Les hommes représentaient 76 % des décès survenus en 2019, et 72 % des personnes décédées cette même année avaient entre 30 et 59 ans⁴⁰.

Décès liés au fentanyl

De 2013 à 2014, il y a eu au moins 525 décès où du fentanyl a été détecté au Canada⁴¹. En 2016, environ 55 % (1 424) des décès liés aux opioïdes impliquaient des opioïdes liés au fentanyl (p. ex. fentanyl, carfentanil, furanyl-fentanyl^R); ce nombre a atteint 78 % pour les neuf premiers mois de 2019²⁶.

De récentes données provinciales sur les tendances en matière de décès liés au fentanyl sont disponibles pour l'Alberta, la Colombie-Britannique et l'Ontario^S. Les nombres et les taux de décès liés aux opioïdes impliquant le fentanyl ou ses analogues de 2016 à septembre 2019 dans l'ensemble des provinces et territoires au Canada figurent dans des rapports publiés chaque trimestre par le gouvernement du Canada²⁶.

- **Ontario** : Le fentanyl ou ses analogues étaient impliqués dans 71,2 % des 1 209 décès accidentels liés aux opioïdes survenus en Ontario de juillet 2017 à juin 2018³⁷.
- **Alberta** : Depuis le 1^{er} janvier 2016, 1 993 personnes sont décédées en Alberta d'une intoxication à la drogue apparemment accidentelle en lien avec le fentanyl^{T,39}. Les premiers cas impliquant le carfentanil ont été enregistrés à la fin de 2016; les cas ont atteint un sommet à la fin de 2017 et ont diminué depuis. Malgré cette diminution, 55 décès par intoxication au carfentanil sont survenus dans les neuf premiers mois de 2019³⁹.
- **Colombie-Britannique** : De 2012 au 31 décembre 2019, le nombre de décès où du fentanyl a été détecté en Colombie-Britannique a augmenté de près de 69 fois, passant de 12 à 827⁴². Selon des données préliminaires, la proportion de décès par toxicité de drogue illicite où du fentanyl était détecté (seul ou en association avec d'autres substances) était d'environ 87 % en 2018 et 85 % en 2019⁴⁰. Du carfentanil a été détecté lors de 130 décès par toxicité de drogue illicite survenus de janvier à octobre 2019, donc un nombre qui a triplé par rapport à l'ensemble de 2018⁴⁰.

O Les données préliminaires semblent indiquer que les décès étaient très probablement attribuables à une surdose de drogue.

P Un médecin légiste s'est servi des données disponibles pour établir la cause du décès, qu'il a ensuite inscrite (ainsi que les substances directement impliquées dans la surdose) sur le certificat de décès.

Q Ce qui pourrait comprendre les décès attribuables à la drogue de rue (contrôlées et illégales), à des médicaments non prescrits à la personne décédée mais obtenus dans la rue avec une origine inconnue ou à des combinaisons des options précédentes avec des médicaments d'ordonnance.

R Le carfentanil et le furanyl-fentanyl sont des analogues synthétiques du fentanyl qui sont plus puissants et présentent un risque élevé de décès.

S Ces données comprennent les décès mettant en cause des opioïdes illicites ou d'ordonnance.

T Décès dont la cause était le fentanyl ou un de ses analogues.



Traitement du trouble lié à l'usage d'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 l'usage de médicaments d'ordonnance à l'échelle nationale au Canada. Selon le *Rapport sur les indicateurs nationaux de traitement* de 2016^U, les opioïdes étaient la deuxième substance à l'origine de demande de traitement en Nouvelle-Écosse, ce qui représente 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 hausse du nombre d'admissions où le client disait vouloir se faire traiter principalement pour un usage d'opioïdes d'ordonnance. De plus, parmi les personnes ayant eu recours à des services de traitement en 2013-2014, les opioïdes représentaient la troisième substance la plus couramment consommée dans les 12 derniers mois en Saskatchewan et la quatrième, en Alberta et à l'Île-du-Prince-Édouard⁴³.

La norme de soins pour le trouble lié à l'usage d'opioïdes fait notamment appel à la thérapie psychosociale et au traitement médicamenteux, même si ces options ne sont pas accessibles à tous au pays (p. ex. il arrive qu'ils ne soient pas offerts dans les régions rurales et éloignées)⁶. Le gouvernement du Canada a récemment financé un projet visant à élargir l'accès au traitement médicamenteux. L'Initiative canadienne de recherche sur l'abus de substances (ICRAS) a d'ailleurs préparé un guide national de pratique clinique pour le traitement médicamenteux du trouble lié à l'usage d'opioïdes⁴⁴. Ce guide formule des recommandations pour trois niveaux de traitement, allant de la gestion du sevrage (option la moins intensive) au traitement par agonistes, puis aux approches thérapeutiques dirigées par un spécialiste (option la plus intensive)⁴⁴.

Au Canada, il est fortement recommandé que la gestion du sevrage (désintoxication) ne soit offerte que si elle est immédiatement suivie d'un traitement à long terme de la dépendance; ne pas le faire pourrait entraîner une hausse du risque de rechute, de la morbidité et du nombre de décès⁴⁴. La buprénorphine-naloxone est le traitement par agonistes de premier recours recommandé en cas de trouble lié à l'usage d'opioïdes, suivie de la méthadone. Un récent examen de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé a conclu que ces deux médicaments offrent des avantages dans le traitement d'entretien du trouble lié à l'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 économique⁴⁵. À l'heure actuelle, l'approche thérapeutique dirigée par un spécialiste recommandée est l'administration orale de morphine à libération prolongée. L'hydromorphone injectable et la diacétylmorphine d'ordonnance (héroïne de qualité pharmaceutique) font aussi l'objet d'études dans le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes chez certaines populations, comme les patients réfractaires au traitement à la méthadone⁴⁶.

Peu importe l'approche thérapeutique adoptée, il importe d'offrir à toutes les personnes ayant un trouble lié à l'usage d'opioïdes des services de réduction des méfaits factuels et intégrés, dans l'ensemble du continuum de soins^{44,47}. Selon le guide de l'ICRAS, la réduction des méfaits englobe notamment la sensibilisation à l'utilisation sécuritaire de seringues et d'aiguilles stériles, l'accès à des seringues, aiguilles et autres accessoires stériles, les trousse de naloxone à emporter et les services de consommation supervisée⁴⁴. La naloxone, vaporisateur nasal à action rapide (Narcan^{MD}), peut temporairement inverser les effets d'une surdose d'opioïdes connue ou soupçonné, et son utilisation a été approuvée par Santé Canada en 2016. Il est maintenant possible de se procurer de la naloxone sans ordonnance dans plusieurs régions au pays (son accès est même gratuit dans certaines communautés). Voir le [site Web du gouvernement du Canada](#) pour savoir où vous pouvez obtenir de la naloxone dans votre province ou territoire.

^U 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).



Autres ressources

- [Compte rendu de rencontres tenues pour mieux comprendre les approches adoptées par le Canada et les États-Unis pour remédier à la crise des opioïdes](#)
- [Pratiques exemplaires dans le continuum des soins pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes](#)
- [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](#)
- [Bulletin sur le nombre de décès liés au fentanyl survenus 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](#)



- ¹ Groupe de travail canadien sur la douleur. *La douleur chronique au Canada : jeter les bases d'un programme d'action*, Ottawa (Ont.), Santé Canada, 2019.
- ² 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.
- ³ 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.
- ⁴ Institut canadien d'information sur la santé. *Prescription d'opioïdes au Canada : comment les pratiques changent-elles?*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019.
- ⁵ Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes et de benzodiazépines, de 2012 à 2017*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2018.
- ⁶ Centre de toxicomanie et de santé mentale. *Prescription opioid policy framework*, Toronto (Ont.), chez l'auteur, 2016.
- ⁷ Busse, J. *Lignes directrices canadiennes relatives à l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse, édition 2017*, Hamilton (Ont.), Université McMaster, 2017.
- ⁸ Sproule, B., B. Brands, S. Li et L. Catz-Biro. « Changing patterns in opioid addiction: characterizing users of oxycodone and other opioids », *Médecin de famille canadien*, vol. 55, n° 1, 2009, p. 68-69.
- ⁹ Statistique Canada. « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2018 », *Le Quotidien*, 2019. Consulté sur le site : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190625/dq190625b-fra.htm>
- ¹⁰ *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (L.C. 1996, ch. 19), 2017.
- ¹¹ Statistique Canada. « Médicaments antidouleur contenant des opioïdes, 2018 » (n° 82-625-X au catalogue), *Feuilles d'information de la santé*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019.
- ¹² Statistique Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire des résultats pour 2017*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2019.
- ¹³ Statistique Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire de 2015*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017.
- ¹⁴ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. *National report of the First Nations Regional Health Survey, Phase 3: Volume 1*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2018.
- ¹⁵ Statistique Canada. *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD) : sommaire de 2013*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2015.
- ¹⁶ Santé Canada. *Résumé des résultats de L'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves 2018-2019*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2020.
- ¹⁷ Santé Canada. *Résumé des résultats de L'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves 2016-2017*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2018.
- ¹⁸ Santé Canada. *Résumé des résultats de L'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues chez les élèves (ECTADE)*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2016.
- ¹⁹ Boak, A., T. Elton-Marshall, R.E. Mann et H.A. Hamilton. *Drug use among Ontario students, 1977-2019: Detailed findings from the Ontario Student Drug Use and Health Survey (OSDUHS)*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2020.
- ²⁰ Boak, A., H.A. Hamilton, E.M. Adlaf et R.E. Mann. *Drug use among Ontario students, 1977-2019: OSDUHS highlights* (CAMH Research Document Series No. 42), Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2020.
- ²¹ American College Health Association. *National College Health Assessment II: Canadian consortium executive summary spring 2019*, Silver Spring (MD), chez l'auteur, 2019.
- ²² Center for Behavioral Health Statistics and Quality. *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health* (HHS Publication No. SMA 17-5044, NSDUH Series H-52), Rockville (Md), Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2017.
- ²³ Australian Institute of Health and Welfare. *National Drug Strategy Household Survey 2016: detailed findings*. (Drug Statistics Series no. 31. Cat. No. PHE 214), Canberra (Australie), chez l'auteur, 2017.
- ²⁴ Groupe de travail scientifique sur les coûts et les méfaits de l'usage de substances au Canada. *Coûts et méfaits de l'usage de substances au Canada (2015-2017)*, préparé par l'Institut canadien de recherche sur l'usage de substances et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2017.
- ²⁵ Institut canadien d'information sur la santé. *Préjudices liés aux opioïdes au Canada*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2018.
- ²⁶ Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. *Méfaits associés aux opioïdes au Canada*, Ottawa (Ont.), Agence de la santé publique du Canada, 2020. Consulté sur le site : <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides>
- ²⁷ Institut canadien d'information sur la santé et Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *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.
- ²⁸ Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Effets des psychotropes d'ordonnance sur la conduite*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017.
- ²⁹ 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, 2012.
- ³⁰ Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *La conduite après usage d'opioïdes et les jeunes*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2015.



- ³¹ Wickens, C.M., R.E. Mann, B. Brands, A.R. Ialomiteanu, B. Fischer, T.M. Watson, ... et J. Rehm. « Driving under the influence of prescription opioids: Self-reported prevalence and association with collision risk in a large Canadian jurisdiction », *Accident Analysis and Prevention*, vol. 121, 2018, p. 14–19.
- ³² 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, p. e488–506.
- ³³ Filteau, J., H. Coe et K. Dow. « Trends in incidence of neonatal abstinence syndrome in Canada and associated healthcare resource utilization », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 185, 2018, p. 313–321.
- ³⁴ MHASEF Research Team. *The mental health of children and youth in Ontario: 2017 scorecard*, Toronto (Ont.), Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2017.
- ³⁵ 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.
- ³⁶ Santé publique Ontario. *L'outil interactif sur les opioïdes : morbidité et mortalité liées aux opioïdes en Ontario*, 2018. Consulté sur le site : <https://www.publichealthontario.ca/fr/data-and-analysis/substance-use/interactive-opioid-tool>
- ³⁷ Santé publique Ontario, Bureau du coroner en chef et Ontario Drug Policy Research Network. *Opioid mortality surveillance report: Analysis of opioid-related deaths in Ontario July 2017–June 2018*, Toronto (Ont.), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2019.
- ³⁸ 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.
- ³⁹ Alberta Health. *Alberta opioid response surveillance report: Q3 2019*, Edmonton (Alb.), chez l'auteur, 2019.
- ⁴⁰ British Columbia Coroners Service. *Illicit drug toxicity deaths in BC: January 1, 2010–January 31, 2020*, Burnaby (C.-B.), ministère de la Sécurité publique et Solliciteur général, 2020.
- ⁴¹ Centre canadien de lutte contre les toxicomanies et Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies. *Décès impliquant le fentanyl au Canada, de 2009 à 2014*, Ottawa (Ont.), CCLT, 2015.
- ⁴² British Columbia Coroners Service. *Fentanyl-detected illicit drug toxicity deaths: January 1, 2012 to January 31, 2020*, Burnaby (C.-B.), ministère de la Sécurité publique et Solliciteur général, 2020.
- ⁴³ 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 de lutte contre les toxicomanies, 2016.
- ⁴⁴ Bruneau, J., K. Ahamad, M. Goyer, G. Poulin, P. Selby, B. Fischer, ... et E. Wood. « Management of opioid use disorders: A national clinical practice guideline », *JAMC*, vol. 190, n° 9, 2018, p. E247–E257.
- ⁴⁵ 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.), chez l'auteur, 2016.
- ⁴⁶ Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. *La morphine orale à libération prolongée, l'hydromorphone en injection et la diacétylmorphine (héroïne pharmaceutique) dans le traitement de la dépendance aux opioïdes : efficacité clinique, rapport cout/efficacité et lignes directrices*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2017.
- ⁴⁷ Taha, S. *Pratiques exemplaires dans le continuum des soins pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes*, Ottawa (Ont.), Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, 2018.

