LA DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES AU CANADA
FICHE D'INFORMATION

Les opioïdes et la prise en charge de la douleur

- La prévention et la prise en charge de la douleur provoquée par une maladie, une chirurgie ou un accident représentent un défi courant que doivent relever les patients autant que les médecins.
- Les anesthésiques locaux et généraux, ainsi que les médicaments contenant de la morphine, appelés opioïdes, font partie des premières percées réalisées dans la prise en charge de la douleur (à partir des années 1940).
- Le lancement d'OxyContin en 1995 (nom commercial d'une version à libération soutenue d'un opioïde, l'oxycodone) a changé la façon dont on pouvait traiter la douleur, car cette préparation à action prolongée peut offrir jusqu'à 12 heures de soulagement[i].
- Les opioïdes ont joué un rôle important dans le traitement de la douleur, mais ils sont devenus une épée à double tranchant. Malgré leurs grands bienfaits, ils sont tout aussi dangereux que les drogues illicites, car ils créent une accoutumance et, compte tenu du grand nombre de cas d'usage abusif, les médecins réalisent maintenant que leur administration doit être plus rigoureusement contrôlée pour protéger les patients prédisposés à la dépendance.

La dépendance aux opioïdes : maladie chronique ou enjeu de moralité?

- Bien qu'on la considère souvent comme une affection auto-infligée, la dépendance aux opioïdes est une maladie cérébrale complexe[ii]. L'Organisation mondiale de la santé et la National Institute on Drug Abuse définissent la dépendance aux opioïdes comme « une maladie chronique du cerveau qui peut être mortelle si elle n'est pas traitée ». La personne qui a développé une dépendance aux opioïdes en souffrira toute sa vie durant. Cette maladie ne peut être guérie, mais elle peut être traitée.
- La dépendance est le résultat de réactions chimiques qui se produisent dans le cerveau. Lorsqu'un être humain accomplit un acte qui comble un besoin ou satisfait un désir (comme manger pour soulager sa faim, boire pour soulager sa soif ou prendre un opioïde pour soulager la douleur), le cerveau libère une substance chimique, appelée dopamine, pour signaler le plaisir. Les actes qui génèrent une telle expérience sont inscrits dans notre cerveau, et nous sommes susceptibles de les répéter[iii].
- Lorsqu'une personne abuse des drogues à répétition, ses récepteurs cérébraux de la récompense, situés dans le cerveau, sont submergés et arrêtent de fonctionner. On assiste alors à une réduction de la capacité naturelle des cellules du système de la récompense à produire de la dopamine, alors que le besoin de satisfaction persiste, et les drogues semblent constituer le seul moyen de le combler. Lorsque la drogue ne procure plus de plaisir, les personnes dépendantes commencent à recourir à des doses toujours plus élevées pour combler leur besoin. L'exposition à la drogue provoque des changements durables dans le fonctionnement du cerveau, difficiles à renverser[iv]. La technologie d'imagerie du cerveau a pu montrer les changements physiques qui ont lieu dans le cerveau à la suite d'un usage prolongé d'opioïdes[v].
- Aucun facteur ne peut prédire, à lui seul, si une personne risque de devenir dépendante à des drogues comme les opioïdes. Le risque de devenir dépendant est influencé par une association de facteurs, notamment des facteurs biologiques personnels, comme l'hérédité, le milieu social, et l'âge ou le stade de développement. Plus une personne cumule des facteurs de risque, plus grandes sont ses chances de prendre des drogues qui mènent à la dépendance[vi]. Des outils de dépistage permettant de reconnaître les patients vulnérables et leurs facteurs de risque pourraient s'avérer utiles pour réduire le nombre de cas de dépendance aux opioïdes.
- Mises à part les réponses issues par le cerveau, on doit aussi tenir compte de symptômes physiques. Après une prise prolongée d'opioïdes, les utilisateurs ont beaucoup de mal à arrêter en raison de graves symptômes de sevrage, comme des vomissements, des crampes abdominales, l'anxiété, l'insomnie, etc. [vii].
- À l'instar des autres maladies chroniques (comme le diabète, l'asthme ou la maladie cardiaque), la dépendance aux opioïdes peut être prise en charge efficacement. Et comme dans le cas des autres maladies chroniques, il

arrive souvent que le patient rechute et recommence à abuser de drogues. Une rechute n'est pas synonyme d'échec du traitement —elle indique plutôt qu'il faut recommencer le traitement ou l'adapter, ou encore qu'il faut trouver une autre option thérapeutique pour aider la personne à se reprendre en main et à se rétablir.

La dépendance aux opioïdes au Canada

- Selon l'Organe international de contrôle des stupéfiants (2010), les Canadiens sont les deuxièmes plus importants consommateurs d'opioïdes du monde[viii].
- Selon l'Enquête de la surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD), réalisée par Santé Canada en 2011, un Canadien sur six (16,7 %), âgé de 15 ans et plus, signalait avoir utilisé des analgésiques opioïdes durant les 12 mois qui ont précédé l'enquête[ix].
- L'usage illicite de médicaments d'ordonnance est également très fréquent chez nos jeunes. Par exemple, 21 % des élèves ontariens de la 7e à la 12e année reconnaissaient prendre un médicament d'ordonnance pour une raison non médicale, et 75 % d'entre eux affirmaient qu'ils pouvaient en trouver directement dans leur foyer[x].
- Actuellement, plus de 200 000 Canadiens feraient un usage abusif d'analgésiques d'ordonnance[xi], mais en raison de l'absence de données de surveillance, combinée à la stigmatisation et à la honte qui entourent la dépendance aux opioïdes, il est difficile de dépister correctement la maladie et, de ce fait, sa véritable prévalence est inconnue[xii].
- Depuis 1991, en Ontario seulement, les ordonnances pour des produits à base d'oxycodone se sont élevées de 900 % et de 300 à 400 Ontariens meurent tous les ans à cause d'un usage inapproprié d'opioïdes d'ordonnance.
- La dépendance aux opioïdes ne connaît pas de frontière – c'est une maladie qui ne fait aucune discrimination, c'est-à-dire que tous les Canadiens peuvent en être affectés, quel que soit leur milieu de vie, leur niveau d'instruction, leur profession ou leur situation géographique.

Lorsque l'usage thérapeutique devient usage abusif

- Des rapports d'envergure sur l'usage abusif d'OxyContin ont commencé à faire surface aux États-Unis plusieurs années après sa mise en marché, usage que les facteurs suivants pourraient expliquer :
    - Il était relativement aussi facile de se procurer des médicaments d'ordonnance que des drogues illicites;
    - L'achat de drogues illicites était surveillé de près par les autorités policières et il était donc bien plus vraisemblable de se faire arrêter pour détention d'héroïne que de médicaments d'ordonnance, vendus légalement, comme les analgésiques opioïdes;
    - La consommation et l'usage abusif de médicaments d'ordonnance étaient socialement plus acceptables que la consommation d'héroïne ou de cocaïne;
    - La pureté et la teneur des médicaments d'ordonnance sont très prévisibles et, par conséquent, la consommation de ces médicaments est plus sûre que celle de drogues illicites[xiii].
- Au Canada, le nombre de cas de surdoses d'opioïdes d'ordonnance a augmenté avec une rapidité alarmante, les décès par surdose d'oxycodone s'étant élevés de 416 % entre 1999 et 2004[xiv].
- La consommation prolongée d'opioïdes peut entraîner une dépendance physique et l'assuétude. Les opioïdes peuvent provoquer des étourdissements et de la constipation et, selon la dose prise, même un arrêt respiratoire[xv].
- La dépendance aux opioïdes s'installe graduellement. Les problèmes physiques, affectifs et sociaux associés à la dépendance aux opioïdes peuvent continuer à s'aggraver si l'usage n'est pas arrêté. Faute de traitement, la maladie entraîne une mort prématurée à la suite de troubles de santé, d'accidents ou d'autres événements traumatisants.
- L'usage abusif d'alcool et de drogues illicites grève l'économie canadienne à hauteur de presque 23 milliards de dollars annuellement. Ce montant couvre toute une gamme de coûts, notamment ceux des services de police chargés d'infractions criminelles reliées à l'alcool et aux drogues illicites, les coûts pour le système de santé, suivis par de nombreux coûts indirects, dont la perte de productivité[xvi]. Très souvent, l'usage d'alcool et de

drogues illicites provoque des troubles qui nécessitent une prise en charge médicale, élevant par la même voie les coûts des soins de santé ou ceux des services d'urgence[xvii].

- Un consommateur actif d'opioïdes, qui n'est pas traité, coûte annuellement à la société 45 000 $, si on prend en ligne de compte ses besoins en soins, ses activités criminelles, ses prestations d'aide sociale et le manque à gagner en revenus taxables[xviii].
- Les deux formes d'intervention qui aident à réduire les dommages causés par l'usage illicite d'opioïdes et leurs coûts sont la punition (dissuasion) et le traitement (réadaptation). Des études ont montré que le traitement est de loin plus rentable que la punition pour réduire les conséquences néfastes de cet usage[xix].
- Au-delà des changements qui interviennent dans leur santé physique, les consommateurs de drogues illicites doivent également faire face à la perte de leurs amis, à la détérioration de leur vie sociale et à des changements personnels, comme des problèmes matrimoniaux, professionnels ou financiers[xx].
- Mais le sevrage est très douloureux aussi bien sur le plan affectif que sur le plan physique, et les patients feront presque tout en leur pouvoir pour en éviter les symptômes.

À la recherche d'options de traitement

- Bien que la dépendance aux opioïdes ne puisse pas être « guérie », c'est une maladie qu'on peut traiter. Le counselling et d'autres thérapies comportementales sont les formes les plus courantes de traitement de la dépendance aux opioïdes. La pharmacothérapie constitue également un important élément de traitement pour un grand nombre de patients, particulièrement si on l'associe au counselling et aux autres thérapies comportementales. Des études ont montré que l'association de counselling et de pharmacothérapie donne de meilleurs résultats que les médicaments ou le counselling seuls[xxi].
- Sans égard au but du traitement, la personne qui fait un usage abusif d'opioïdes doit arrêter d'en consommer. Bien que la cure de désintoxication puisse à elle seule donner des résultats, une approche plus courante est celle d'une désintoxication sous médicaments pour réduire l'état de manque. Ces médicaments visent à remplacer la substance ayant fait l'objet d'un usage abusif, supprimant par la même voie les symptômes de sevrage, sans avoir à se préoccuper de l'innocuité et des effets secondaires nocifs de la substance illicite elle-même. On ne connaît pas de traitement qui puisse convenir à tout le monde, mais il faut pouvoir proposer des options thérapeutiques aux patients qui ont pris la décision d'arrêter de consommer des opioïdes.
- La méthadone et Suboxone sont des médicaments qui permettent de traiter efficacement la dépendance aux opioïdes. Agissant dans le cerveau sur les mêmes cibles que l'héroïne et la morphine, la méthadone et Suboxone suppriment les symptômes de sevrage et soulagent l'état de manque. Grâce à ces médicaments, les patients abandonnent la recherche de drogue et les comportements criminels connexes et deviennent plus réceptifs aux traitements comportementaux comme le counselling.
    - Le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) est actuellement la principale méthode de traitement de la dépendance aux opioïdes au Canada. La méthadone est un agoniste opioïde synthétique plein à action prolongée, qui a un début d'action lent et une longue durée d'action, lorsqu'on la prend par voie orale, selon les recommandations du médecin[xxii]. Sa posologie quotidienne prévient les symptômes de sevrage, mais on ne peut se procurer de la méthadone (administrée par voie orale, sous forme liquide) que dans une pharmacie ou dans un centre de traitement par la méthadone. Puisque le patient doit se rendre tous les jours au centre pour se faire traiter, le recours à ces centres est limité en raison des difficultés d'accès (particulièrement en dehors des zones urbaines) et du manque d'assiduité des patients à cause de la « stigmatisation » reliée à la fréquentation d'une clinique au vu de tous. Au Canada, seulement 25 % environ des personnes dépendantes aux opioïdes sont inscrites à un programme de traitement par la méthadone[xxiii]. On a montré que le TEM améliore la santé mentale et physique des patients retenus en traitement, et réduit l'usage illicite de drogues ainsi que le risque de contracter une maladie infectieuse ou de s'engager dans des activités criminelles[xxiv].
    - Suboxone est un agoniste opioïde partiel contenant de la buprénorphine qu'on utilise pour remplacer les opioïdes faisant l'objet d'un usage illicite ou abusif, notamment l'hydromorphone et l'oxycodone. Administré sous la forme d'un comprimé qui fond sous la langue, Suboxone supprime les symptômes de

sevrage d'opioïdes et réduit l'état de manque. Suboxone peut être pris à domicile (contrairement aux visites quotidiennes exigées par le traitement par la méthadone) et peut être prescrit par un médecin de famille, ce qui facilite l'accès au traitement à certains groupes de patients (particulièrement ceux qui habitent dans des régions rurales). Ce médicament donne aussi aux personnes qui essaient de surmonter leur dépendance la chance de traiter leur maladie sous la surveillance de leur médecin de famille ou dans l'intimité de leur foyer, au lieu d'avoir à se rendre quotidiennement, au vu de tous, dans une clinique de traitement à la méthadone. Toutefois, dans de nombreuses régions du Canada, un traitement régulier par Suboxone n'est pas facilement accessible[xxv]. Bien que la mise en marché de Suboxone ait été autorisée par Santé Canada en 2007, ce médicament n'est pas offert partout aux Canadiens qui bénéficient du système public de soins. Par exemple, son remboursement est soumis à certains critères en vertu du Programme d'assurance médicaments de l'Ontario, dans la catégorie des médicaments à usage restreint, alors qu'en Alberta, il est inscrit dans la liste de médicaments de cette province. De plus en plus de médecins aimeraient pouvoir prescrire la buprénorphine davantage, mais, pour le moment, cette tâche ne leur est pas facilitée[xxvi]. Plus particulièrement, certains corps médicaux provinciaux exigent que les médecins se procurent une autorisation de prescription et signent une entente avec les autorités gouvernementales compétentes pour pouvoir prescrire des médicaments comme la méthadone et Suboxone. Ces démarches additionnelles risquent de dissuader les médecins qui sont prêts à traiter cette population de patients.

Accès aux options thérapeutiques

- Au Canada, le traitement de la dépendance aux opioïdes est très en demande. Par exemple, en Ontario seulement, le nombre de patients à la recherche d'un traitement a doublé depuis 2005[xxvii]. Au Canada, au cours de la dernière décennie, l'accès au TEM des consommateurs d'opioïdes illicites s'est considérablement élargi dans les trois grandes provinces de la Colombie-Britannique, de l'Ontario et du Québec, particulièrement dans leurs principaux centres urbains[xxviii]. Malheureusement, dans la plupart des régions du pays, se retrouver dans les dédales du système peut être une tâche très difficile pour les patients. L'accès inégal aux soins, la difficulté à se trouver un médecin prescripteur, la situation géographique de la clinique ou les longues listes d'attente mènent à une demande accrue de traitement. Ces facteurs peuvent élever le risque de rechute[xxix].
- La décision d'arrêter de consommer des opioïdes change la vie des usagers, mais malgré leur volonté de ne plus consommer de la drogue, nombreux sont ceux qui se retrouvent sur une liste d'attente avant de pouvoir bénéficier d'un programme thérapeutique qui accepte de nouveaux patients. Il arrive souvent qu'un patient n'ait d'autre choix que celui de continuer à prendre des opioïdes jusqu'au moment où il aura accès à un traitement de substitution qui diminue les symptômes et les effets du sevrage. Certaines personnes dépendantes ont dit que le sevrage a été pour eux « la pire expérience de la vie », « trop difficile pour le surmonter tout seul », « la pire douleur physique et affective éprouvée », « une expérience que je ne veux plus jamais revivre » et « une torture absolue ». Étant donné le désir ardent d'éviter ces sensations, de nombreux usagers pensent qu'il leur serait plus facile de continuer à consommer des opioïdes jusqu'au moment où ils pourront bénéficier d'une assistance thérapeutique.
- Dans certaines provinces, les listes d'attente pour un TEM sont très longues – au Manitoba et au Québec, il faut attendre de 6 à 12 mois, à Terre-Neuve et au Labrador, un an, dans l'Île-du-Prince-Édouard, jusqu'à 6 mois, et dans la plupart des autres provinces, au moins un mois. Dans les régions rurales ou éloignées de chacune des provinces, l'accès est très difficile, voire inexistant[xxx].
- La bonne nouvelle c'est que le traitement de la dépendance aux opioïdes s'avère efficace. De nombreuses études internationales examinées par des pairs ont montré qu'il existe un lien entre un traitement prolongé de la dépendance aux opioïdes (par la méthadone ou la buprénorphine) et une diminution importante de l'utilisation des opioïdes :
    - après 6 mois de traitement, l'utilisation de la codéine a diminué de 83 % et celle de l'héroïne, de 81 %[xxxi];
    - après 2 à 5 ans, 91 % des sujets à l'étude qui ont bénéficié d'un traitement obtenaient des résultats négatifs aux analyses de dépistage des opioïdes[xxxii].

La réponse du gouvernement

- Au cours des dernières années, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux n'ont pas réagi de la même façon au problème croissant de la dépendance aux opioïdes au Canada.
- La Stratégie nationale antidrogue du gouvernement fédéral met surtout l'accent sur la criminalité générée par les usagers de drogue, sur les sanctions et sur l'abstinence, plutôt que sur l'accès à des options thérapeutiques ou le soutien aux personnes dépendantes[xxxiii]. Pour étayer cette approche, le gouvernement a placé le ministère de la Justice à la tête de sa stratégie.
- Généralement parlant, les stratégies provinciales antidrogue visent l'amélioration des résultats sur la santé plutôt que la prise en charge des questions pénales[xxxiv].
- Des provinces comme la Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario ont adopté récemment de nouveaux plans d'action relativement à l'usage de substances donnant lieu à des abus et cherchent des moyens leur permettant d'atteindre leurs objectifs[xxxv xxxvi xxxvii].
- L'Ontario vient récemment d'annoncer la mise à disposition d'un montant de 15 millions de dollars pour le traitement de la dépendance aux opioïdes, destiné à des programmes thérapeutiques, à la formation et à l'élargissement de la surveillance dans les salles d'urgence et dans les bureaux de santé publique.
- Au Québec, le Plan d'action interministériel en toxicomanie a pris officiellement fin en 2011, mais la province reste engagée dans la lutte contre l'usage inapproprié des substances menant à la dépendance (comme en témoigne la recommandation d'implanter des services d'injection supervisée à Montréal)[xxxviii]. Bien que le nouveau gouvernement du Parti québécois n'ait pas encore abordé ce problème depuis son accession au pouvoir, rien ne laisse entendre ni dans sa plateforme électorale ni dans ses déclarations publiques qu'il ne serait pas prêt à appuyer ces services d'injection supervisée[xxxix].
- Un grand nombre de provinces ont restreint l'accès à OxyContin et font pression sur le gouvernement fédéral pour que des mesures similaires soient adoptées. Au cours de la réunion de septembre 2012 des premiers ministres, les provinces ont demandé à l'unanimité au ministre fédéral de la Santé d'empêcher l'autorisation de mise en marché d'une version générique d'OxyContin[xl].

Au Canada, la stigmatisation entrave la prise en charge de la dépendance aux opioïdes

- La société a tendance à considérer la dépendance aux opioïdes comme un choix personnel et nombreux sont ceux qui pensent qu'il « suffit d'un peu de volonté » pour s'en sortir, ce qui renforce le mythe que les personnes dépendantes « devraient vouloir » se désintoxiquer ou « qu'elles ne sont pas prêtes » à le faire[xli]. Il faut sensibiliser la population au fait que la volonté seule ne suffit pas à surmonter la dépendance aux opioïdes et qu'une approche globale est nécessaire à cet égard.
- Le traitement des patients dépendants aux opioïdes est également stigmatisé jusqu'à un certain point. Les patients peuvent se montrer exigeants et certains médecins de famille ont le sentiment qu'ils n'ont pas la formation leur permettant de prendre en charge la dépendance aux opioïdes. Étant donné le nombre limité de centres de traitement des dépendances et de spécialistes dans ce domaine, ainsi que le nombre sans cesse croissant de visites à l'urgence à cause de surdoses, les patients qui cherchent un traitement de la dépendance ne savent souvent pas à qui s'adresser. Les médecins de famille sont dans la première ligne de soins et ont un rôle important à jouer – non seulement pour aider les patients à soulager efficacement la douleur, mais aussi pour traiter la dépendance aux opioïdes. Des études ont montré que les patients dépendants aux opioïdes peuvent être efficacement traités dans un milieu de soins primaires[xlii].
- Mais le traitement de la dépendance aux opioïdes est un domaine complexe et les médecins de famille doivent bénéficier d'une formation continue et de programmes de mentorat pour pouvoir traiter efficacement le nombre croissant de patients dépendants aux opioïdes.
- En résumé, les experts déclarent qu'au Canada, la dépendance aux opioïdes est un problème urgent de santé publique et que la prise en charge de la dépendance repose sur quatre piliers : 1) en premier lieu, refuser la prescription d'analgésiques opioïdes aux personnes présentant des facteurs de risque de dépendance; 2) réduire les méfaits (liés aux drogues); 3) faire respecter la loi; et 4) assurer de meilleurs résultats au traitement[xliii].

- Mais, actuellement, la réaction des gouvernements, du corps médical et de la société dans son ensemble à l'usage inapproprié et à la dépendance aux opioïdes est plutôt « vacillante ».

– 30 –

Pour de plus amples renseignements, prière de communiquer avec :

Yannick Gayama, Capital-Image
(514) 739-1188, poste 236
ygayama@capital-image.com

---

i Trends in Abuse of OxyContin® and Other Opioid Analgesics in the United States: 2002-2004. Cicero *et al.* 2005. http://paincenter.wustl.edu/c/BasicResearch/documents/CiceroJPain2005.pdf. Site consulté le 20 septembre 2012.

ii National Institute on Drug Abuse. http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-abuse-addiction Site consulté le 25 septembre 2012.

iii Harvard Medical School Health Publication. http://www.health.harvard.edu/newsweek/The_addicted_brain.htm Site consulté le 1er octobre 2012.

iv Harvard Medical School Health Publication. http://www.health.harvard.edu/newsweek/The_addicted_brain.htm Site consulté le 1er octobre 2012.

v Volkow, N. The addicted human brain viewed in light of imaging studies: The brain circuits and treatment strategies. Neuropharmacology 2004; 47:3-13 - http://www.jci.org/articles/view/18533 Site consulté le 20 septembre 2012.

vi National Institute on Drug Abuse. http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-abuse-addiction Site consulté le 25 septembre 2012.

vii Centre for Addiction and Mental Health. Do you know…prescription opioids. http://www.camh.ca/en/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/oxycontin/Pages/opioids_dyk.aspx

viii Canadian Centre for Substance Abuse. http://www.prescriptiondrugmisuse.ca/wp-content/uploads/2010/01/CCSA-Media-Release-Prescription-Drug-Misuse.pdf

ix Santé Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2011/summary-sommaire-eng.php

x Canadian Centre for Substance Abuse. http://www.ccsa.ca/2010%20CCSA%20Documents/2010_ccsa_news_release_october_29_en.pdf

xi Canadian Medical Association Journal. *Medically induced opioid addiction reaching alarming levels*. 21 février 2012; 184(3): 286.

xii Centre for Addiction and Mental Health. Buprenorphine/Naloxone for Opioid Dependence: Clinical Practice Guideline. http://knowledgex.camh.net/primary_care/guidelines_materials/Documents/buprenorphine_naloxone_gdlns2011.pdf

xiii Trends in Abuse of OxyContin® and Other Opioid Analgesics in the United States: 2002-2004. Cicero *et al.* 2005. http://paincenter.wustl.edu/c/BasicResearch/documents/CiceroJPain2005.pdf Site consulté le 20 septembre 2012.

xiv Canadian Centre for Substance Abuse. http://www.prescriptiondrugmisuse.ca/wp-content/uploads/2010/01/CCSA-Media-Release-Prescription-Drug-Misuse.pdf

xv National Institute on Drug Abuse. http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/understanding-drug-abuse-addiction Site consulté le 25 septembre 2012.

xvi Canadian Centre for Substance Abuse. http://www.ccsa.ca/2010%20CCSA%20Documents/2010_ccsa_news_release_october_29_en.pdf

xvii CJEM: Substance-related problems in patients visiting an urban Canadian emergency department. http://www.cjem-online.ca/v10/n3/p198 Site consulté le 1er octobre, 2012.

xviii Fischer, B., Rehm, J., Brissette, S., Brochu, S., Bruneau, J., El-Gueblay, N., *et al.* (2005), Illicit opioid use in Canada : Comparing social, health, and drug use characteristics of untreated users in five cities, *Journal of Urban Health*, 82(2), 250-266.

xix Fischer, B *et al.* Illicit Opioid Use, Treatment and Economic Costs, and Options for Cost Reduction: An Overview and Estimations. Report to the City of Vancouver's Drug Policy Program. 2008

xx Canadian Centre for Substance Abuse. http://www.ccsa.ca/2004%20CCSA%20Documents/ccsa-004804-2004.pdf

xxi Weiss, R. *et al.* For Prescription Opioid Dependence, Relapses Associated with Shorter Treatment Courses. American Psychiatric Association 2010 Annual Meeting: Symposium 36, presentation 4. 23 mai 2010); Archives of General Psychiatry, sous presse en 2011.

xxii National Institute on Drug Abuse. http://www.drugabuse.gov/about-nida/directors-page/messages-director/2008/08/methadone-appropriate-use-provides-valuable-treatment-pain-addiction Site consulté le 26 septembre 2012.

xxiii Centre for Addiction and Mental Health. Buprenorphine/Naloxone for Opioid Dependence: Clinical Practice Guideline. http://knowledgex.camh.net/primary_care/guidelines_materials/Documents/buprenorphine_naloxone_gdlns2011.pdf

xxiv Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, Vol. 82, No. 2, doi:10.1093/jurban/jti049. http://www.oatc.ca/research/illicit.opioid.use.in.canada.pdf

xxv Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, Vol. 82, No. 2, doi:10.1093/jurban/jti049. http://www.oatc.ca/research/illicit.opioid.use.in.canada.pdf

xxvi Canadian Executive Council on Addictions. A Cross-Canada Scan of Methadone Maintenance Treatment Policy Developments. http://www.ccsa.ca/ceca/pdf/CECA%20MMT%20Policy%20Scan%20April%202011.pdf

[xxvii] Canadian Medical Association Journal. Medically induced opioid addiction reaching alarming levels. 21 février 2012; 184(3): 286.
[xxviii] Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, Vol. 82, N° 2, doi:10.1093/jurban/jti049.
http://www.oatc.ca/research/illicit.opioid.use.in.canada.pdf
[xxix] Luce, J. & Strike, C. (2011), *A Cross-Canada Scan of Methadone Maintenance Treatment Policy Developments*, Canadian Executive Council on Addictions.

[xxx] Canadian Executive Council on Addictions. A Cross-Canada Scan of Methadone Maintenance Treatment Policy Developments.
http://www.ccsa.ca/ceca/pdf/CECA%20MMT%20Policy%20Scan%20April%202011.pdf
[xxxi] Lavignasse, P. *et al.* (2003), Annales de Médecine Interne, Paris, 153 – suppl. 3.
[xxxii] Fiellin, DA *et al.* (2008), American Journal of Addiction, 17(2): 116-120.
[xxxiii] Stand Up For Canada", Conservative Party of Canada's 2006 Electoral Platform, p.25. See also "True North Strong and Free", Conservative Party of Canada's 2008 Electoral Platform, p.40.
[xxxiv] "Creating Connections: Alberta's Addiction and Mental Health Action Plan 2011-2016," www.health.alberta.ca/.../Creating-Connections-2011-ActionPlan.pdf
[xxxv] "Healthy Minds, Healthy Peopple: A Ten Year Plan to Address Mental Health and Substance Abuse in British Columbia," http://www.health.gov.bc.ca/healthy-minds/
[xxxvi] "Creating Connections: Alberta's Addiction and Mental Health Action Plan 2011-2016," www.health.alberta.ca/.../Creating-Connections-2011-ActionPlan.pdf
[xxxvii] "Open Minds, Healthy Minds: Ontario's Comprehensive Mental Health and Addictions Strategy", http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/mental_health2011/mentalhealth_rep2011.pdf
[xxxviii] "Public Health recommends safe injection sites", from CBC Montréal: http://www.cbc.ca/news/canada/montreal/story/2011/12/16/montreal-safe-injection.html Site consulté le 2 octobre 2012.
[xxxix] "L'Avenir du Québec est entre vos mains", Plateforme électorale du Parti québécois, 2012. Site consulté le 24 octobre 2012.
http://pq.org/actualite/communiques/lavenir_du_quebec_est_entre_vos_mains_consultez_notre_plateforme_electorale
[xl] "Delay approval of generic OxyContin, health ministers urge", from CTV Online, site consulté le 2 octobre 2012,
http://www.ctvnews.ca/health/delay-approval-of-generic-oxycontin-health-ministers-urge-1.975166
[xli] Leger Marketing. Survey of Canadians' Views on Opioid Addiction. 13 – 21 août 2012
[xlii] National Institute on Drug Abuse. http://www.drugabuse.gov/news-events/news-releases/2011/11/painkiller-abuse-treated-by-sustained-buprenorphinenaloxone
[xliii] "Our drug strategy is deeply flawed," from the Globe and Mail: http://www.theglobeandmail.com/life/health-and-fitness/despite-insite-victory-canadas-drug-strategy-is-deeply-flawed/article1355716/ Site consulté le 1er octobre 2012