

L'utilisation d'opioïdes au Canada : prévenir les surdoses grâce à des programmes d'éducation et à la distribution de naloxone

Mars 2016

L'utilisation d'opioïdes au Canada

Ce document a pour but de brosse un portrait introductif des enjeux relatifs aux opioïdes et à leur utilisation, prescrite ou non, au Canada. Il présente des données récentes au sujet des surdoses ainsi que des facteurs de risque et de protection courants. Il décrit aussi brièvement les programmes de prévention et d'éducation à la naloxone et fournit les données probantes concernant l'efficacité de ces programmes à réduire les taux de surdoses d'opioïdes.

SURVOL

Les opioïdes sont une classe de substances psychoactives qui inclut l'héroïne, l'opium et les médicaments antidouleur comme la codéine, le fentanyl, l'hydrocodone, l'hydromorphone, la méthadone, la buprénorphine et l'oxycodone. Les opioïdes pharmaceutiques (OP) sont de plus en plus utilisés de manière prescrite et non prescrite, deux pratiques qui peuvent entraîner des surdoses et ainsi induire des effets à long terme ou la mort. Le Canada est le deuxième consommateur d'OP prescrits par habitant au monde (Organe international de contrôle des stupéfiants, 2013). Près de 15 % des Canadiens de 15 ans et plus ont utilisé des OP en 2013 (Santé Canada, 2015). De 2000 à 2004, au Canada, l'utilisation enregistrée d'opioïdes d'ordonnance a augmenté de 50 % (Fischer, Rehm, Goldman et Popova, 2008).

Les données portant sur la consommation d'opioïdes non prescrits¹ sont difficiles à colliger.

¹ Toute terminologie est imparfaite : dans ce document, nous utilisons le terme « *opioïdes pharmaceutiques* » pour désigner les médicaments opioïdes fabriqués légalement et les médicaments opioïdes contrefaits. Lorsqu'un individu les utilise en suivant les doses prescrites par un médecin, nous parlons d'une *utilisation prescrite*; lorsqu'on les consomme d'une manière différente de celle prescrite, que ce soit parce que les doses ou les modes de consommation ne sont pas ceux qui ont été prescrits, ou parce que la personne qui les consomme n'est pas celle à qui le médicament a été prescrit, nous parlons d'une utilisation *non prescrite*. Quand les données regroupent les

La nature illégale de ce type de consommation fait en sorte qu'elle se passe dans la clandestinité, marginalisant ainsi les utilisateurs de ces substances. Cette situation rend difficile la collecte de données valides et cohérentes (Gustafson, Goodyear et Keough, 2008). Néanmoins, on peut estimer l'ampleur du phénomène. On compte approximativement 15,5 millions de personnes vivant avec une dépendance aux opioïdes dans le monde (Degenhardt *et al.*, 2014). Au Canada, on estime qu'il y a de 321 000 à 914 000 utilisateurs d'OP non prescrits dans la population en général, et 72 000 consommateurs d'OP non prescrits ou d'héroïne parmi les usagers de « drogues de rue » (Popova, Patra, Mohapatra, Fischer et Rehm, 2009). De plus en plus, les OP non prescrits constituent la drogue la plus couramment injectée dans la plupart des régions du pays (Fischer, Patra, Firestone-Cruz, Gittins et Rehm, 2008; Fischer et Rehm, 2007).

Bien qu'aucune donnée nationale ne porte sur les décès par surdose d'opioïdes, certaines provinces compilent des statistiques de surveillance. En Colombie-Britannique, les surdoses d'OP ont été responsables de 438 décès de 2005 à 2010 (Coroner en chef, 2013). De 2005 à 2009, le Québec a connu 152 décès liés aux opioïdes, ce qui en fait la substance la plus couramment en cause dans tous les décès par surdose de drogues et de médicaments au cours de cette période (41 % de l'ensemble de ces décès). De ces 152 décès, 91 % impliquaient des OP et 9 % impliquaient de l'héroïne (Gagné *et al.*, 2013). En Ontario, 3 406 décès liés aux opioïdes sont survenus de 1991 à 2004, et le taux a doublé pendant cette période (Fischer, Jones et Rehm, 2013).

deux types d'utilisation, nous utilisons le terme « *lié aux opioïdes* ». Toutefois, ces distinctions sont parfois floues et peuvent être difficiles à opérer.



Il convient de signaler qu'en Ontario la majorité des individus décédés avaient reçu des soins médicaux pour des douleurs ou un diagnostic lié à des troubles de santé mentale au cours des quatre semaines précédant leur décès. De la même façon, une étude menée à Victoria et à Toronto a démontré que la plupart des utilisateurs d'opioïdes avaient commencé à consommer cette substance grâce à une prescription personnelle légitime (Fischer *et al.*, 2009). Il est souvent difficile d'établir une distinction claire entre une utilisation médicale et une utilisation non médicale. Une portion importante des personnes qui consomment des opioïdes sans prescription le font néanmoins pour gérer diverses formes de douleur, et les personnes détenant une prescription peuvent aussi être victimes de surdoses (Colliver et Gfroerer, 2008; Zacny et Lichtor, 2008).

Ceux et celles qui n'ont pas de prescription utilisent divers moyens pour avoir accès aux opioïdes. Dans une étude menée auprès des utilisateurs d'opioïdes de Toronto, 37 % ont déclaré recevoir des opioïdes seulement sur prescription d'un médecin, 26 % ont dit les obtenir à la fois grâce à une prescription et auprès de revendeurs de rue, tandis que 21 % ont affirmé se les procurer dans la rue uniquement (Sproule, Brands, Li et Catz-Biro, 2009). Les tactiques courantes permettant de se procurer des OP incluent le détournement d'opioïdes de sources médicales (ce qu'on appelle le « nomadisme médical » ou le « magasinage de médecins », le « cumul d'ordonnances » ou la « surprescription »), le vol et le cambriolage, l'utilisation de sources Internet et l'achat auprès de trafiquants de drogues traditionnels (Fischer *et al.*, 2008, 2009). Toutefois, en raison de l'omniprésence des OP, plusieurs personnes peuvent s'en procurer auprès de membres de leur famille, d'amis et de connaissances qui détiennent une prescription, que ce soit avec ou sans l'autorisation expresse de ceux-ci. Une étude menée en Ontario auprès de jeunes de la septième à la douzième année a révélé que 14 % d'entre eux avaient consommé des OP à des fins non médicales au moins une fois au cours de l'année précédente. Cette substance arrivait troisième, derrière l'alcool (55 %) et le cannabis (22 %). La plupart de ces jeunes (67 %) avaient obtenu ces opioïdes d'une personne avec qui ils habitaient (Paglia-Boak, Adlaf et Mann, 2011).

LES MORBIDITÉS COURANTES DÉCOULANT DES SURDOSES NON MORTELLES

Le résultat d'une surdose n'est pas toujours la mort. Cependant, les surdoses non mortelles privent le cerveau d'oxygène sur de longues périodes. Des conséquences graves pour la santé peuvent s'ensuivre :

- des troubles pulmonaires comme l'œdème et la pneumonie (Duberstein et Kaufman, 1971);
- des complications cardiaques comme l'arythmie et l'hémoglobinémie (Ghuran et Nolan, 2000);
- des problèmes musculaires comme la rhabdomyolyse (Crowe, Howse, Bell et Henry, 2000);
- des troubles neurologiques et cognitifs (Darke, Sims, McDonald et Wickes, 2000).

FACTEURS DE RISQUE ET DE PROTECTION EN MATIÈRE DE SURDOSE

« Il nous faut de nouveaux médicaments pour traiter la dépendance aux opioïdes, et il nous faut de nouveaux médicaments pour traiter la douleur qui ont moins d'effets négatifs et sont moins susceptibles d'être détournés. » – Dre Nora Volkow, directrice du National Institute on Drug Abuse [Institut national sur la toxicomanie] des États-Unis (Summit on Heroin and Prescription Drugs: Federal, State, and Community Responses [Sommet sur l'héroïne et les médicaments d'ordonnance : initiatives fédérales, étatiques et communautaires], 19 juin 2014, Washington, D. C.)

Une surdose d'opioïdes se produit lorsque les récepteurs d'opioïdes du cerveau deviennent saturés de drogue, ce qui cause une dépression respiratoire (une difficulté à respirer). Ce phénomène complexe est influencé par des facteurs de risque et de protection biologiques, sociaux et situationnels. Une revue systématique récente de 47 études (King, Fraser, Boikos, Richardson et Harper, 2014) a établi un certain nombre de facteurs interreliés qui sont associés à une hausse de la mortalité liée aux opioïdes. Ces facteurs sont regroupés en trois thèmes principaux et présentés ci-dessous aux côtés d'autres facteurs relevés dans des documents additionnels :

Comportement du prescripteur

- Plus grand volume de prescriptions : au Canada, la consommation d'opioïdes d'ordonnance a doublé de 2000 à 2010 (Fischer et Argento, 2012; Kolodny *et al.*, 2015);

L'utilisation d'opioïdes au Canada : prévenir les surdoses grâce à des programmes d'éducation et à la distribution de naloxone

- Posologie : les doses prescrites ont elles aussi augmenté, et des données probantes démontrent une relation dose-effet entre la dose quotidienne prescrite et le risque de surdose. Le risque significatif augmente à des doses variant de 40 à 200 mg/jour (équivalents morphine), surtout à partir de >100 mg/jour (Bohnert, 2011; Dunn *et al.*, 2010; Gomes, Mamdani, Dhalla, Paterson et Juurlink, 2011; Gomes, Mamdani, Paterson, Dhalla, et Juurlink, 2014).

Comportement, attributs et antécédents des utilisateurs

- Comportement : la polyconsommation, en particulier le fait de combiner opioïdes et benzodiazépines ou alcool, le détournement d'opioïdes pharmaceutiques vers des personnes qui n'ont pas de prescription, peu importe le motif, et le magasinage de médecins ou de pharmacies (la visite de sources multiples pour obtenir des prescriptions) sont des comportements liés à la surdose d'opioïdes (King *et al.*, 2014);
- Attributs : en général, les surdoses d'opioïdes sont plus fréquentes chez les hommes blancs d'âge moyen et de statut socioéconomique plus faible qui vivent en région rurale, mais ce profil varie aussi considérablement selon l'époque, le lieu et l'opioïde donné (King *et al.*, 2014);
- Antécédents : des antécédents de toxicomanie ou d'expérimentation d'opioïdes d'ordonnance, l'injection fréquente et l'injection solitaire ou en public augmentent le risque de surdose liée aux opioïdes (Brugal *et al.*, 2002; Bureau de santé publique de Toronto, 2012; Fischer *et al.*, 2004). Le fait d'avoir déjà fait une surdose est aussi un facteur de risque (Kinner *et al.*, 2012).

Déterminants situationnels, environnementaux et systémiques

- Être confronté à des directives et des politiques qui recommandent d'élargir la prescription d'opioïdes au traitement de la douleur chronique non cancéreuse (King *et al.*, 2014);
- Vivre dans une région où les inégalités de revenu ou le taux de pauvreté sont élevés (King *et al.*, 2014);
- Avoir moins d'éducation ou être sans emploi (Albert *et al.*, 2011);
- Être sorti de prison ou d'un centre de désintoxication (Binswanger *et al.*, 2012; Clausen, Anchesen et Wall, 2008; Wines, Saitz,

Horton, Lloyd-Travaglini et Samet, 2007; Zlodre et Fazel, 2012);

- Avoir un emploi qui requiert un travail physique et qui peut causer des blessures (Paulozzi *et al.*, 2012);
- Occuper un logement inadéquat (Fischer *et al.*, 2005; Pauly, Reist, Belle-Isle et Schactman, 2013; Shannon, Ishida, Lai et Tyndall, 2006).

Parmi les facteurs de protection relevés :

- *Des attributs sociaux* comme le fait de pouvoir compter sur un bon réseau de soutien social et socioéconomique (Binswanger *et al.*, 2012; Williams et Latkin, 2007);
- *Des interventions médicales* comme le traitement d'entretien à la méthadone (Degenhardt *et al.*, 2014), le traitement à la buprénorphine (Bell, Trinh, Butler, Randall et Rubin, 2009) et le traitement à la buprénorphine et à la naloxone (Fudula *et al.*, 2003);
- *Des interventions des services de santé*, telles que les programmes de surveillance des médicaments d'ordonnance (Mello *et al.*, 2013), l'éducation des médecins au risque des opioïdes, la surveillance des patients traités aux opioïdes, la prescription de méthodes différentes pour gérer la douleur (Kahan, Wilson, Mailis-Gagnon et Srivastava, 2011) et la compréhension et la mitigation des interactions problématiques entre l'industrie pharmaceutique et la formation médicale (Persaud, 2013);
- *Des interventions préventives* comme le fait d'empêcher ou de détourner les utilisateurs du mode de consommation par injection (Degenhardt *et al.*, 2011), l'offre d'hébergement à bas seuil d'accessibilité (Havinga, van der Velden, de Gee et van der Poel, 2014) et d'autres services à bas seuil d'accessibilité (Marshall, Milloy, Wood, Montaner et Kerr, 2011), ainsi que les programmes de naloxone (Clark, Wilder et Winstanley, 2014).

Comme l'illustrent ces facteurs de risque et de protection, l'utilisation problématique d'opioïdes est un sujet extrêmement complexe. Ainsi, plusieurs mesures peuvent être prises pour lutter contre ses effets négatifs. Certaines de ces mesures constituent des pistes à long terme et à grande échelle. Elles impliquent de cultiver des stratégies collaboratives et intersectorielles pour s'attaquer à des problèmes profonds et systémiques comme la pauvreté et la marginalisation sociale, à des normes

institutionnelles comme le protocole médical et les pratiques de prescription, ou à des forces du marché comme l'industrie pharmaceutique. D'autre part, et idéalement en parallèle avec ces projets plus larges, on peut travailler, à une plus petite échelle, à réduire la mortalité et la morbidité grâce à des programmes de réduction des méfaits que l'on peut mettre en place pour servir des populations précises. La prochaine section se concentre plus en détail sur l'une de ces approches de réduction des méfaits : les programmes de naloxone.

Prévenir les surdoses grâce à l'éducation et à la distribution de naloxone

La naloxone, mieux connue au Canada sous la marque de commerce Narcan®, est un antagoniste des opioïdes que l'on peut administrer afin de renverser les effets physiologiques des opioïdes. Les décès liés aux surdoses sont dus à une variété de mécanismes. De fortes doses d'opioïdes peuvent saturer les récepteurs opioïdes, ce qui cause une dépression respiratoire (une difficulté à respirer). Lorsque les opioïdes sont consommés en même temps que d'autres substances psychoactives (qu'elles soient d'ordonnance ou illégales) ou avec de l'alcool, des anomalies respiratoires, neurologiques ou cardiaques peuvent survenir. Ces effets peuvent être particulièrement graves chez les personnes ayant déjà d'autres problèmes de santé. La naloxone agit rapidement en déplaçant les opioïdes de leurs récepteurs, renversant ainsi les effets physiologiques des opioïdes pendant environ 45 minutes.

Les programmes de naloxone sont habituellement gérés par les services de santé ou par des organismes sans but lucratif dans les hôpitaux, les cliniques, les pharmacies, les prisons, les bureaux communautaires, les programmes d'échange de seringues ou les services d'urgence. Ils consistent habituellement à offrir une formation aux personnes qui utilisent des opioïdes, ainsi qu'à leurs amis et aux membres de leur famille qui pourraient être témoins d'une surdose. Cette formation porte généralement sur la consommation de drogues à risque élevé, sur les manières de réduire les comportements à risque (comme le fait de ne jamais en consommer en solitaire), sur les signes et les symptômes d'une surdose, et sur les mesures d'intervention immédiate, dont l'administration correcte de la naloxone.

Bon nombre d'examen et d'analyses de politiques ont démontré la sécurité et l'efficacité des programmes de naloxone à réduire la mortalité par surdose, ce qui signifie vraisemblablement aussi une réduction des morbidités liées à une surdose. Plusieurs auteurs et institutions appellent à l'élargissement de telles initiatives, dont le gouvernement du Canada, l'Organisation mondiale de la Santé et les Nations unies (Ambrose, 2014; Clark *et al.*, 2014; Commission des stupéfiants des Nations unies, 2012; Green, Heimer et Grau, 2008; Kim, Irwin et Khoshnood, 2009; Mello *et al.*, 2013; Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2014; Wheeler, Davidson, Jones et Irwin, 2012). De tels programmes existent dans plusieurs régions du monde, notamment aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Europe et en Asie centrale. La naloxone agit rapidement, ses effets secondaires sont minimes et elle n'a pas d'effets pharmacologiques ou indésirables en l'absence d'opioïdes exogènes. Son usage n'est donc pas problématique et elle n'aggraverait pas les symptômes si elle est administrée par erreur à quelqu'un qui ne fait pas de surdose d'opioïdes (Baca et Grant, 2005; Maxwell, Bigg, Stanczykiewicz et Carlberg-Racich, 2006).

Selon le niveau de participation des populations qui utilisent des opioïdes, l'incidence et la gravité des conséquences négatives des surdoses peuvent être réduites de façon importante, et ce, de manière rentable. Les premières recherches indiquent que les programmes de naloxone centrés sur les pairs pourraient réduire des deux tiers les décès par surdose d'opioïdes (Strang *et al.*, 1999). Une récente étude par modélisation statistique (Coffin et Sullivan, 2013a) a révélé que 6,5 % des décès par surdose pourraient être évités pour chaque tranche de 20 % d'utilisateurs d'opioïdes rejoints par un programme de naloxone, ce qui représente 164 personnes à traiter (le nombre de trousse qui doivent être distribuées pour prévenir une surdose). À partir d'estimations plus et moins conservatrices, le modèle a produit une fourchette du nombre de personnes à traiter qui varie de 1:227 à 1:36, ce qui correspond à une réduction à vie des décès par surdose de 6 % à 31 %. Ce modèle a estimé que le coût de chaque année de vie ajustée pour la qualité (AVAQ) gagnée était de 438 \$ US. Le seuil financier généralement considéré comme « rentable » est de 50 000 \$. Dans une étude similaire (Coffin et Sullivan, 2013b), les mêmes auteurs ont révélé que si un tel programme était lancé en Russie, où les taux d'utilisation de drogues injectables sont très élevés, le fait de joindre 20 % des consommateurs d'héroïne pourrait réduire les décès

L'utilisation d'opioïdes au Canada : prévenir les surdoses grâce à des programmes d'éducation et à la distribution de naloxone

par surdose de 13,4 % au cours des cinq premières années et de 7,6 % au cours d'une vie. L'étude évaluait à seulement 1:89 le nombre de personnes à traiter et prévoyait que le coût de chaque AVAQ gagnée serait de 94 \$ US. Sur un plan très pragmatique, on peut aussi comparer le coût des programmes de naloxone au temps, aux ressources et au personnel que doit fournir le système de santé pour prendre en charge les personnes qui font une surdose non mortelle.

En dehors des modèles statistiques, certains programmes ont publié des données sur les succès qu'ils ont enregistrés en matière de participation et de renversement des effets des surdoses. Ces chiffres sont prometteurs, surtout si l'on considère que d'autres surdoses ont peut-être été évitées grâce à des clients qui n'ont pas renouvelé leur ordonnance et qui ont donc possiblement échappé aux données de surveillance.

- Une analyse septennale de 19 programmes de naloxone intranasale au Massachusetts a démontré une réduction des décès par surdose dans les villes qui avaient mis en œuvre de tels programmes, comparativement aux villes qui ne l'avaient pas fait. Selon que la participation était faible (de 1 à 100 participants) ou élevée (>100 participants), les taux de surdose étaient réduits de 25 % à 50 % (Walley *et al.*, 2013).
- Une étude portant sur un programme de prévention des surdoses en Pennsylvanie a suivi 426 participants; 89 individus ont administré de la naloxone lors de 249 épisodes de surdose, renversant les effets de 96 % de ceux-ci (Bennett, Bell, Tomedi, Hulseley et Kral, 2011).
- Un programme à San Francisco a formé 1 942 individus à l'administration de la naloxone. De ces personnes, 24 % ont renouvelé leur prescription de naloxone, et 11 % ont rapporté avoir utilisé cette substance lors d'une surdose. La naloxone a été utilisée lors de 399 surdoses, et les participants ont rapporté un renversement des effets dans 89 % des cas (Enteen *et al.*, 2010).
- Depuis janvier 2001, la Chicago Recovery Alliance [Alliance de Chicago pour le rétablissement] a distribué plus de 3 500 doses de naloxone et reçu 319 signalements de renversement des effets grâce à des pairs. Ces données se reflètent dans le taux de surdose par héroïne dans le comté, lequel augmentait régulièrement de 1991 à 2001 jusqu'à ce que la

tendance se renverse, diminuant de 20 % en 2001 et de 10 % en 2002 ainsi qu'en 2003 (Maxwell *et al.*, 2006).

- En 2005, 122 utilisateurs de drogues par injection à New York ont été formés en matière de prévention des surdoses et ont reçu une ordonnance de naloxone. Une analyse a révélé que la naloxone avait été administrée 82 fois. Un total de 68 personnes (83 %) ayant reçu de la naloxone ont survécu, tandis que le dénouement de 14 surdoses (17 %) est inconnu. Sur les 118 participants, 97 (82,2 %) ont déclaré être à l'aise ou très à l'aise d'utiliser la naloxone si nécessaire; 94 des 109 ayant répondu à cette question spécifique (86,2 %) ont dit qu'ils voudraient recevoir de la naloxone s'ils faisaient une surdose (Piper *et al.*, 2008).
- Un programme global de prévention des surdoses en Caroline du Nord, qui comprenait parmi ses interventions la distribution de naloxone, a vu le taux de décès par surdose décliner de 46,6/100 000 à 29/100 000 en une seule année (Albert *et al.*, 2011).

Les quelques programmes canadiens existants ont fait l'objet de moins de recherches, mais les données préliminaires montrent des résultats prometteurs :

- Depuis 2005, l'organisme StreetWorks d'Edmonton, en Alberta, a formé 150 individus à la respiration artificielle et à l'administration de la naloxone, ce qui a mené à neuf cas enregistrés de renversement des effets d'une surdose (Dong *et al.*, 2012; Réseau canadien d'info-traitements sida [CATIE], 2010).
- L'initiative britanno-colombienne Toward the Heart [Vers le cœur] a débuté en 2012. Son programme de naloxone à domicile a été cité par Agrément Canada comme étant une pratique de santé publique de premier plan (Agrément Canada, 2015). Le programme compte maintenant 51 sites participants à travers la province et a formé 1 318 participants à la prévention, à la reconnaissance et à la réponse à une surdose. Il a permis de distribuer plus de 836 trousse de naloxone et a documenté 85 cas de renversement de surdose (Banjo *et al.*, 2014). Quant au programme de naloxone à domicile de Vancouver, il a formé 2 000 personnes, distribué 960 trousse et documenté 106 cas de renversement de surdose en 20 mois d'existence (Paré, 2014).

- Le programme torontois POINT a été lancé en 2011 et a distribué 900 trousse. On a rapporté 115 cas de renversement des effets d'une surdose (Eggertson, 2013).

Des programmes de naloxone à domicile sont actuellement mis au point dans d'autres municipalités et d'autres provinces, et leurs données finales ne sont pas encore déclarées.

EFFETS IMPRÉVUS

Les études portant sur des programmes de naloxone ont relevé quelques effets imprévus, tant positifs que négatifs :

- Les participants aux formations à la prévention de surdoses ont rapporté un plus grand sentiment d'efficacité, d'autodétermination et de compétence ainsi qu'une plus grande préoccupation en matière de santé (Maxwell *et al.*, 2006; Sherman *et al.*, 2008; Wagner *et al.*, 2014).
- Certains participants ont rapporté une plus faible utilisation de drogues à la suite de la formation sur la prévention (Maxwell *et al.*, 2006; Seal *et al.*, 2005; Wagner *et al.*, 2010).
- Certains programmes ont rapporté que les personnes qui administrent de la naloxone sont moins susceptibles de communiquer avec les services médicaux d'urgence. Ces personnes jugent que les victimes de surdose semblent se rétablir après un traitement à la naloxone, ou elles craignent d'appeler les services d'urgence et d'être arrêtées (Davidson, Ochoa, Hahn, Evans et Moss, 2002; Enteen *et al.*, 2010; Tobin, Davey et Latkin, 2005). Cela fait ressortir la nécessité d'établir des relations de collaboration avec les autorités policières et de développer et mettre en œuvre des politiques du bon samaritain, une position qu'a appuyée la ministre de la Santé Rona Ambrose en réponse au rapport du Comité permanent de la santé intitulé *Rôle du gouvernement dans la lutte contre l'abus de médicaments d'ordonnance* (Ambrose, 2014).
- Le fait que les participants tendent à diminuer leur utilisation de substances psychoactives et le stress que génère la réponse à une surdose sont susceptibles de faire en sorte qu'un réseau donné de personnes consommant des drogues peut perdre une partie de sa capacité globale à réagir aux surdoses. En effet, les participants formés pourraient socialiser moins fréquemment avec des personnes présentant un risque élevé

de surdose et être plus susceptibles de consommer des drogues en solitaire. Ainsi, ces participants risquent de ne pas pouvoir être ranimés par un intervenant formé ou encore de ne pas être témoins des surdoses d'autres personnes pour pouvoir y réagir. On peut lutter contre ce problème en prévoyant, de façon formelle ou informelle, un site de soutien psychosocial pour les personnes formées, en ajoutant une formation sur la manière de communiquer efficacement les risques de surdose au sein des groupes de pairs, et en élargissant la formation pour parer à la perte, au fil du temps, de certains individus formés (Wagner *et al.*, 2010).

Conclusion

L'utilisation d'opioïdes au Canada est élevée et en croissance. Il semble pertinent d'élargir la portée des interventions qui montrent des résultats prometteurs. Les programmes de prévention de surdoses qui utilisent la naloxone ont démontré qu'ils sont un moyen rentable d'augmenter la sensibilisation aux risques et de sauver des vies. La naloxone est une substance sécuritaire et inoffensive, et les programmes existants montrent peu ou pas d'effets négatifs. Ces programmes autonomisent les personnes qui utilisent des opioïdes pour leur permettre de répondre efficacement à une urgence, ce qui réduit la possibilité qu'une surdose ait pour conséquence une invalidité de longue durée ou la mort. Ils peuvent augmenter la qualité de vie des personnes et, au bout du compte, réduire la mortalité et la morbidité dus à l'utilisation d'opioïdes.

Références

- Agrément Canada. (2015). Programme de naloxone à domicile pour la prévention et l'intervention en cas de surdose. Consulté en ligne le 16 juin 2014 : <https://accréditation.ca/fr/programme-de-naloxone-%C3%A0-domicile-pour-la-pr%C3%A9vention-et-l%E2%80%99intervention-en-cas-de-surdose>
- Albert, S., Brason II, F. W., Sanford, C. K., Dasgupta, N., Graham, J. et Lovette, B. (2011). Project Lazarus: Community-based overdose prevention in rural North Carolina. *Pain Medicine, 12*, S77-S85.
- Ambrose, R. (2014). Réponse du gouvernement : deuxième rapport du Comité permanent de la santé, « Rôle du gouvernement dans la lutte contre l'abus de médicaments d'ordonnance ». Consulté en ligne le 16 juin 2014 : <http://www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?DocId=6676682&Language=F>
- Baca, C. T. et Grant, K. J. (2005). Take-home naloxone to reduce heroin death. *Addiction, 100*, 1823-1831.
- Banjo, O., Tzemis, D., Al-Qutub, D., Amlani, A., Kesselring, S. et Buxton, J. A. (2014). A quantitative and qualitative examination of the British Columbia Take Home Naloxone program. *CMAJ Open, 2*(3), E153-E161.
- Bell, J., Trinh, L., Butler, B., Randall, D. et Rubin, G. (2009). Comparing retention in treatment and mortality in people after initial entry to methadone and buprenorphine treatment. *Addiction, 104*, 1193-1200.
- Bennett, A. S., Bell, A., Tomedi, L., Hulsey, E. G. et Kral, A. H. (2011). Characteristics of an overdose prevention and response and naloxone distribution program in Pittsburgh and Allegheny County, Pennsylvania. *Journal of Urban Health, 88*, 1020-1030.
- Binswanger, I. A., Nowels, C., Corsi, K. F., Glanz, J., Long, J., Booth, R. E. et Steiner, J. F. (2012). Return to drug use and overdose after release from prison: A qualitative study of risk and protective factors. *Addiction Science & Clinical Practice, 7*(3).
- Bohnert, A. S. B. (2011). Association between opioid prescribing patterns and opioid overdose-related deaths. *Journal of the American Medical Association, 305*, 13.
- Brugal, M., Barrio, G., De, L. F., Regidor, E., Royuela, L. et Suelves, J. M. (2002). Factors associated with non-fatal heroin overdose: Assessing the effect of frequency and route of heroin administration. *Addiction, 97*, 319-327.
- Bureau de santé publique de Toronto. (2012). *The POINT (Preventing Overdose in Toronto) program: A harm reduction approach to overdose prevention*. Consulté en ligne à : <http://www.cpso.on.ca/uploadedFiles/members/Meth-conf-POINT-PP.pdf>
- Clark, A., Wilder, C. M. et Winstanley, E. L. (2014). A systematic review of community opioid overdose prevention and naloxone distribution programs. *Journal of Addiction Medicine, 8*, 153-163.
- Clausen, T., Anchersen, K. et Waal, H. (2008). Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): A national prospective cross-registry study. *Drug Alcohol Dependence, 94*, 151-157.
- Coffin, P. et Sullivan, S. (2013a). Cost-effectiveness of distributing naloxone to heroin users for lay overdose reversal. *Annals of Internal Medicine, 158*, 1-9.
- Coffin, P. et Sullivan, S. (2013b). Cost-effectiveness of distributing naloxone to heroin users for lay overdose reversal in Russian cities. *Journal of Medical Economics, 16*, 1051-1060.
- Colliver, J. D. et Gfroerer, J. C. (2008). Motive for nonmedical use of prescription pain relievers in the National Survey on Drug Use and Health. *The Journal of Pain, 9*, 487-489.
- Commission des stupéfiants des Nations unies. (2012). *Resolution 55/7: promoting measures to prevent drug overdose, in particular opioid overdose*. Vienne: Conseil économique et social des Nations unies.

- Coroner en chef. (2013). *BC Coroners Service: Prescription opiate-related overdose deaths 2005–2010*. Ministère de la Justice. Consulté en ligne à : <http://www.pssg.gov.bc.ca/coroners/reports/docs/OpiateDeathsPrescription.pdf>
- Crowe, A., Howse, M., Bell, G. et Henry, J. (2000). Substance abuse and the kidney. *Quarterly Journal of Medicine*, 93, 147-152.
- Darke, S., Sims, J., McDonald, S. et Wickes, W. (2000). Cognitive impairment among methadone maintenance patients. *Addiction*, 95, 687-695.
- Davidson, P. J., Ochoa, K. C., Hahn, J. A., Evans, J. L. et Moss, A. R. (2002). Witnessing heroin-related overdoses: The experiences of young injectors in San Francisco. *Addiction*, 97, 1511-1516.
- Degenhardt, L., Bucello, C., Mathers, B., Briegleb, C., Ali, H., Hickman, M. et McLaren, J. (2011). Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: A systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*, 106, 32-51.
- Degenhardt, L., Charlson, F., Mathers, B., Hall, W. D., Flaxman, A. D., Johns, N. et Vos, T. (2014). The global epidemiology and burden of opioid dependence: Results from the global burden of disease 2010 study. *Addiction*, diffusion en ligne avant l'impression. doi : 10.1111/add.12551
- Dong, K. A., Taylor, M., Wild, C. T., Villa-Roel, C., Rose, M., Salvalaggio, G. et Rowe, B. H. (2012). Community-based naloxone: A Canadian pilot program. *Canadian Journal of Addiction Medicine*, 3(2), 4-9.
- Duberstein, J. L. et Kaufman, D. M. (1971). A clinical study of an epidemic of heroin intoxication and heroin-induced pulmonary edema. *American Journal of Medicine*, 51, 704-714.
- Dunn, K. M., Saunders, K. W., Rutter, C. M., Banta-Green, C. J., Merrill, J. O., Sullivan, M. D., ... Von Korff, M. (2010). Overdose and prescribed opioids: Associations among chronic non-cancer pain patients. *Annals of Internal Medicine*, 19, 152, 85-92.
- Eggertson, L. (2013). Take-home naloxone kits preventing overdose deaths. *CMAJ News*, 186(17). doi : 10.1503/cmaj.109-4663
- Enteen, L., Bauer, J., McLean, R., Wheeler, E., Hurliaux, Kral, A. et Bamberger, J. D. (2010). Overdose prevention and naloxone prescription for opioid users in San Francisco. *Journal of Urban Health*, 87, 931-941.
- Fischer, B. et Argento, E. (2012). Prescription opioid related misuse, harms, diversion and interventions in Canada: A review. *Pain Physician*, 15, S3, es191-es203.
- Fischer, B., Brissette, S., Brochu, S., Bruneau, J., el-Guebaly, N., Noël, L., ... Baliunas, D. (2004). Determinants of overdose incidents among illicit opioid users in 5 Canadian cities. *Canadian Medical Association Journal*, 171(3).
- Fischer, B., De Leo, J. A., Allard, C., Firestone-Cruz, M., Patra, J. et Rehm, J. (2009). Exploring drug sourcing among regular prescription opioid users in Canada: Data from Toronto and Victoria. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 51, 55-72.
- Fischer, B., Jones, W. et Rehm, J. (2013). High correlations between levels of consumption and mortality related to strong prescription opioid analgesics in British Columbia and Ontario, 2005-2009. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 22, 438-442.
- Fischer, B., Patra, J., Firestone-Cruz, M., Gittins, J. et Rehm, J. (2008). Comparing heroin users and prescription opioid users in a Canadian multi-site population of illicit opioid users. *Drug & Alcohol Review*, 27, 625-632.
- Fischer, B. et Rehm, J. (2007). Illicit opioid use in the 21st century: Witnessing a paradigm shift? *Addiction*, 102, 499-501.
- Fischer, B. et Rehm, J. (2008). Nonmedical use of prescription opioids: Furthering a meaningful research agenda. *The Journal of Pain*, 9, 490-493.

L'utilisation d'opioïdes au Canada : prévenir les surdoses grâce à des programmes d'éducation et à la distribution de naloxone

- Fischer, B., Rehm, J., Brissette, S., Brochu, S., Bruneau, J., el-Guebaly, N., ... Baliunas, D. (2005). Illicit opioid use in Canada : Comparing social, health, and drug use characteristics of untreated users in five cities. *Journal of Urban Health, 82*, 250-266.
- Fischer, B., Rehm, J., Goldman, B. et Popova, S. (2008). Non-medical use of prescription opioids and public health in Canada. *Canadian Journal of Public Health, 99*, 182-184.
- Fudula, P. J., Bridge, P., Herbert, S., Williford, W. O., Chiang, C. N., Jones, K., ... Tusel, D. (2003). Office-based treatment of opiate addiction with a sublingual-tablet formulation of buprenorphine and naloxone. *New England Journal of Medicine, 349*, 949-958.
- Gagné, M., Dubé, P.-A., Perron, P.-A., Langlois, É., Légaré, P., Sirois, M.-J.,... St-Laurent, D. (2013). *Décès attribuables aux intoxications par opioïdes au Québec. 2000-2009*. Québec : Institut national de santé publique du Québec. Consulté en ligne à : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1738_DecesAttribIntoxOpioïdesQc_2000-2009.pdf
- Ghuran, A. et Nolan, J. (2000). Recreational drug misuse: Issues for the cardiologist. *Heart, 83*, 627-633.
- Gomes, T., Mamdani, M. M., Dhalla, I. A., Paterson, J. M. et Juurlink, D. N. (2011). Opioid dose and drug-related mortality in patients with nonmalignant pain. *Archives of Internal Medicine, 171*, 686-691.
- Gomes, T., Mamdani, M. M., Paterson, J. M., Dhalla, I. A. et Juurlink, D. N. (2014). Trends in high-dose opioid prescribing in Canada. *Canadian Family Physician, 60*(9), 826-832.
- Green, T. C., Heimer, R. et Grau, L. E. (2008). Distinguishing signs of opioid overdose and indication for naloxone: An evaluation of six overdose training and naloxone distribution programs in the United States. *Addiction, 103*, 979-989.
- Gustafson, D. L., Goodyear, L. et Keough, F. (2008). When the dragon's awake: A needs assessment of people injecting drugs in a small urban centre. *International Journal of Drug Policy, 19*, 189-194.
- Havinga, P., van der Velden, C., de Gee, A. et van der Poel, A. (2014). Differences in sociodemographic, drug use and health characteristics between never, former and current injecting, problematic hard-drug users in the Netherlands. *Harm Reduction Journal, 11*, 6.
- Kahan, M., Wilson, L., Mailis-Gagnon, A. et Srivastava, A. (2011). Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic noncancer pain: Clinical summary for family physicians. Part 2: Special populations. *Canadian Family Physician, 57*, 1269-1276.
- Kim, D., Irwin, K. S. et Khoshnood, K. (2009). Expanded access to naloxone: Options for critical response to the epidemic of opioid overdose mortality. *American Journal of Public Health, 99*, 402-407.
- King, N. B., Fraser, V., Boikos, C., Richardson, R. et Harper, S. (2014). Determinants of increased opioid-related mortality in the United States and Canada, 1990–2013: A systematic review. *American Journal of Public Health*, diffusion en ligne avant l'impression. doi : 10.2105/AJPH.2014.301966
- Kinner, S. A., Milloy, M. J., Wood, E., Qi, J., Zhang, R. et Kerr, T. (2012). Incidence and risk factors for non-fatal overdose among a cohort of recently incarcerated illicit drug users. *Addictive Behaviour, 37*, 691-696.
- Kolodny, A., Courtwright, D. T., Hwang, C. S., Kreiner, P., Eadie, J. L., Clark, T. W. et Alexander, G. C. (2015). The prescription opioid and heroin crisis: A public health approach to an epidemic of addiction. *Annual Review of Public Health, 36*(25), 1-25.

L'utilisation d'opioïdes au Canada : prévenir les surdoses grâce à des programmes d'éducation et à la distribution de naloxone

- Marshall, B. D., Milloy, M. J., Wood, E., Montaner, J. S. et Kerr, T. (2011). Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: A retrospective population-based study. *Lancet*, 377, 1429-1437.
- Maxwell, S., Bigg, D., Stanczykiewicz, K. et Carlberg-Racich, S. (2006). Prescribing naloxone to actively injecting heroin users: A program to reduce heroin overdose deaths. *Journal of Addictive Diseases*, 25, 89-96.
- Mello, M. M., Wood, J., Burris, S., Wagenaar, A., Ibrahim, J. K. et Swanson, J. W. (2013). Critical opportunities for public health law: A call for action. *American Journal of Public Health*, 103, 1979-1988.
- Organe international de contrôle des stupéfiants. (2013). Rapport. Consulté en ligne à : <https://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report.html>
- Organisation mondiale de la Santé [OMS]. (2014). *Community management of opioid overdose*. Consulté en ligne à : http://www.who.int/substance_abuse/publications/management_opioid_overdose/en/
- Paglia-Boak, A., Adlaf, E. M. et Mann, R. E. (2011). Drug use among Ontario students, 1977-2011: Detailed OSDUHS findings (CAMH Research Document Series No. 32). Toronto: Centre de toxicomanie et de santé mentale. Consulté en ligne à : http://www.camh.ca/en/research/news_and_publications/ontario-student-drug-use-and-health-survey/Documents/2013%20OSDUHS%20Docs/2013OSDUHS_Detailed_DrugUseReport.pdf
- Paré, I. (12 juillet 2014). Le Québec privé d'un antidote qui sauve des vies à Vancouver. *Le Devoir*. Consulté en ligne à : <http://www.ledevoir.com/societe/actualites-en-societe/410730/surdoses-le-quebec-privé-d-un-antidote-qui-sauve-des-vies-a-vancouver-et-aux-etats-unis>
- Paulozzi, L. J., Kilbourne, E. M., Shah, N. G., Nolte, K. B., Desai, H. A., Landen, M. G., ... Loring, L. D. (2012). A history of being prescribed controlled substances and risk of drug overdose death. *Pain Medicine*, 13, 87-95.
- Pauly, B., Reist, D., Belle-Isle, L. et Schactman, C. (2013). Housing and harm reduction: What is the role of harm reduction in addressing homelessness? *International Journal of Drug Policy*, 24, 284-290.
- Persaud, N. (2013). Questionable content of an industry-supported medical school lecture series: A case study. *Journal of Medical Ethics*. doi : 10.1136/medethics-2013-101343
- Piper, T. M., Stancliff, S., Rudenstine, S., Sherman, S., Nandi, V., Clear, A. et Galea, S. (2008). Evaluation of a naloxone distribution and administration program in New York City. *Substance Use and Misuse*, 43, 858-870.
- Popova, S., Patra, J., Mohapatra, S., Fischer, B. et Rehm, J. (2009). How many people in Canada use prescription opioids non-medically in general and street drug using populations? *Canadian Journal of Public Health*, 100, 104-108.
- Réseau canadien d'info-traitements sida. (2010). Étude de cas *Connectons nos programmes* : Projet de prévention de l'overdose, *StreetWorks*. Edmonton. Consulté en ligne à : <http://www.catie.ca/fr/cnp/programme/projet-prevention-overdose>
- Santé Canada. (2015). *Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues (ECTAD)*. Ottawa: Gouvernement du Canada. Consulté en ligne à : <http://canadiensensante.gc.ca/science-research-sciences-recherches/data-donnees/ctads-ectad/index-fra.php>
- Seal, K. H., Thawley, R., Gee, L., Bamberger, J., Kral, A. H., Ciccarone, D., ... Edlin, B. R. (2005). Naloxone distribution and cardiopulmonary resuscitation training for injection drug users to prevent heroin overdose death: A pilot intervention study. *Journal of Urban Health*, 82, 303-311.

L'utilisation d'opioïdes au Canada : prévenir les surdoses grâce à des programmes d'éducation et à la distribution de naloxone

- Shannon, K., Ishida, T., Lai, C. et Tyndall, M. W. (2006). The impact of unregulated single room occupancy hotels on the health status of illicit drug users in Vancouver. *International Journal of Drug Policy*, 17, 107-114.
- Sherman, S. G., Gann, D., Scott, G., Carlberg, S., Bigg, D. et Heimer, R. (2008). A qualitative study of overdose responses among Chicago IDUs. *Harm Reduction Journal*, 5(2).
- Sproule, B., Brands, B., Li, S. et Catz-Biro, L. (2009). Changing patterns in opioid addiction. *Canadian Family Physician*, 55, 68-69.
- Strang, J., Powis, B., Best, D., Vingoe, L., Griffiths, P., Taylor, C., ... Gossop, M. (1999). Preventing opiate overdose fatalities with take-home naloxone: Pre-launch study of possible impact and acceptability. *Addiction*, 94, 199-204.
- Summit on Heroin and Prescription Drugs: Federal, State, and Community Responses. June 19, 2014, South Court Auditorium, Eisenhower Executive Office Building, Washington, DC.
- Tobin, K. E., Davey, M. A. et Latkin, C. A. (2005). Calling emergency medical services during drug overdose: an examination of individual, social and setting correlates. *Addiction*, 100, 397-404.
- Wagner, K. D., Davidson, P. J., Iverson, E., Washburn, R., Burke, E., Kral, A. H., ... Lankenau, S. E. (2014). "I felt like a superhero": The experience of responding to drug overdose among individuals trained in overdose prevention. *International Journal of Drug Policy*, 25, 157-165.
- Wagner, K. D., Valente, T. W., Casanova, M., Partovi, S. M., Mendenhall, B. M., Hundley, J. H., ... Unger, J. B. (2010). Evaluation of a comprehensive overdose prevention and response training programme for injection drug users in the Skid Row Area of Los Angeles, CA. *International Journal of Drug Policy*, 21, 186-193.
- Walley, A. Y., Xuan, Z., Hackman, H. H., Quinn, E., Doe-Simkins, M., Sorensen-Alawad, A., ... Ozonoff, A. (2013). Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in Massachusetts: Interrupted time series analysis. *BMJ*, 346, f174.
- Wheeler, E., Davidson, P. J., Jones, S. et Irwin, K. S. (2012). Community-based opioid overdose prevention programs providing naloxone — United States, 2010. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 61, 101-105.
- Williams, C. T. et Latkin, C. A. (2007). Neighborhood socioeconomic status, personal network attributes, and use of heroin and cocaine. *American Journal of Preventive Medicine*, 32, s203-s210.
- Wines, J. D. Jr., Saitz, R., Horton, N. J., Lloyd-Travaglini, C. et Samet, J. H. (2007). Overdose after detoxification: A prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*, 89, 161-169.
- Zacny, J. et Lichtor, S. (2008). Nonmedical use of prescription opioids: Motive and ubiquity issues. *The Journal of Pain*, 9, 473-486.
- Zlodre, J. et Fazel, S. (2012). All-cause and external mortality in released prisoners : Systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health*, 102, e67-75.

Mars 2016

Auteure : Valerie Webber, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

En collaboration avec : François Gagnon, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

Soutien à l'édition : Marianne Jacques, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé

COMMENT CITER CE DOCUMENT

Webber, V. (2016). L'utilisation d'opioïdes au Canada : prévenir les surdoses grâce à des programmes d'éducation et à la distribution de naloxone. Montréal, Québec : Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé.

REMERCIEMENTS

Le CCNPPS souhaite remercier Dre Lori Kiefer, Ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels de l'Ontario, Ashraf Amlani, British Columbia Centre for Disease Control, Dre Jane Buxton, British Columbia Centre for Disease Control, Dre Marie-Ève Goyer, Centre de recherche et d'aide pour narcomanes, Nicolas Hamel, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, ainsi qu'un groupe de valideurs anonymes pour leurs commentaires sur une version préliminaire de ce document.

Le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS) vise à accroître l'expertise des acteurs de la santé publique en matière de politiques publiques favorables à la santé, à travers le développement, le partage et l'utilisation des connaissances. Le CCNPPS fait partie d'un réseau canadien de six centres financés par l'Agence de la santé publique du Canada. Répartis à travers le Canada, chacun des centres de collaboration se spécialise dans un domaine précis, mais partage un mandat commun de synthèse, d'utilisation et de partage des connaissances. Le réseau des centres agit autant comme une structure de diffusion des contributions spécifiques des centres que de lieu de production conjointe des projets communs. Le CCNPPS est hébergé à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), un chef de file en santé publique au Canada.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière provenant de l'Agence de la santé publique du Canada par le biais du financement du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS). Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Agence de la santé publique du Canada.

N° de publication : XXXX

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé au : www.ccnpps.ca.

An English version of this paper is also available at www.ncchpp.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

