



MESURES DE PRÉVENTION ET D'INTERVENTION EN CAS DE SURDOSE D'OPIOÏDES AU CANADA

Série d'énoncés de politique



Canadian Drug
Policy Coalition

Coalition canadienne
des politiques
sur les drogues

MESURES DE PRÉVENTION
ET D'INTERVENTION
EN CAS DE SURDOSE
D'OPIOÏDES AU CANADA

Série d'énoncés de politique

Auteurs :
Connie I. Carter
Brittany Graham
© 2013

Les auteurs remercient sincèrement les comités suivants pour les examens approfondis et les importantes contributions qu'ils ont fait à cet énoncé : le Groupe national de travail sur le surdosage de la CCPD, le Groupe de travail politique de la CCPD et le Comité directeur de la CCPD.

Graphisme

Briana Garelli

Chargée de projet

Caroline Mousseau

Révision

Beth Abbott

Traduction

Martine Paulin

Ce document a été publié par la Coalition canadienne des politiques sur les drogues : www.drugpolicy.ca

Il peut aussi être téléchargé en format PDF du site :
www.drugpolicy.ca/fr/publications/

Coalition canadienne des politiques sur les drogues / CCPD
Université Simon Fraser
2400-515 rue West Hastings
Vancouver, (C.-B.) V6B 5K3
Courriel : CDPC@drugpolicy.ca

Partout au Canada, un trop grand nombre de personnes meurt de surdoses. Les décès liés aux surdoses d'opioïdes, utilisés médicalement ou non, ont considérablement augmenté et sont actuellement au troisième rang des causes de décès accidentels en Ontario.¹ Le surdosage n'est pas limité à un groupe de personnes, mais peut frapper n'importe qui, y compris les personnes auxquelles des opioïdes ont été prescrits.

Le drame est que bon nombre de ces décès aurait pu être évité par l'entremise de formation, une plus grande disponibilité de la naloxone (un médicament d'urgence permettant de contrer les effets des opioïdes), de plus grands efforts déployés pour encourager les gens à composer le 911 en cas de surdose et l'adoption de pratiques exemplaires en matière d'ordonnances.

Le but du présent énoncé de politique est de discuter des barrières politiques multijuridictionnelles qui nuisent à la mise à l'échelle des initiatives de traitement et de prévention des surdoses d'opioïdes au Canada. L'énoncé fournit une vue d'ensemble des quelques données disponibles sur les surdoses au Canada et discute des initiatives et des modifications politiques principales qui pourraient atténuer le grand nombre de méfaits et de décès chez les personnes qui font usage d'opioïdes. Nous concluons en proposant des recommandations aux gouvernements fédéraux et provinciaux. Cet énoncé peut être utilisé pour préconiser des changements au contexte politique des surdoses. Les lecteurs intéressés à mettre sur pied des programmes de prévention des surdoses sont invités à consulter le nouvel ensemble de ressources canadiennes à ce sujet.²

QU'EST-CE QU'UNE SURDOSE D'OPIOÏDES?

Une surdose d'opioïdes signifie que votre corps a trop de drogues (ou d'une combinaison de drogues) pour pouvoir s'y adapter. Le risque de surdose est plus élevé lorsqu'une personne consomme des opioïdes en même temps que d'autres drogues ou médicaments. Quand les opioïdes l'emportent sur le corps, le système nerveux central est incapable de maintenir les fonctions corporelles essentielles, telles que la régulation de la température et de la respiration, et une perte de conscience s'ensuit. Lors d'une surdose, le rythme respiratoire de l'individu est inférieur à 10 à 12 respirations par minute. Une insuffisance en oxygène peut rendre les lèvres et/ou les ongles bleus, provoquer d'étranges gargouillis/ronflements, une peau moite et froide, des convulsions et des spasmes musculaires, car il n'y a plus suffisamment d'oxygène dans le sang. Sans assez d'oxygène, le cœur cessera de battre, entraînant ainsi la mort de l'individu.³ Bien qu'un décès puisse survenir quelques minutes après

MESSAGES PRINCIPAUX



Le taux de surdose d'opioïdes semble être en hausse au Canada et les récents changements de politiques sur les drogues visant à inclure l'approvisionnement en opioïdes pourraient avoir l'effet malencontreux d'augmenter les surdoses.

Les décès et les méfaits causés par les surdoses d'opioïdes peuvent être évités, mais une intensification des programmes de prévention des surdoses exige des changements majeurs au niveau des politiques, ainsi qu'au niveau légal.

Tel que recommandé par la Commission des stupéfiants des Nations Unies, le Canada doit adopter une stratégie complète de lutte contre les surdoses pouvant être adoptée à divers niveaux.

Cette approche intégrée doit s'appuyer sur la réduction des méfaits liés aux surdoses et comprend cinq éléments clés :

1. Faire en sorte que l'administration de naloxone, un médicament sûr et efficace permettant de contrer les surdoses, soit plus facilement accessible et abordable, en l'incluant dans les régimes provinciaux d'assurance-médicaments et en la rendant accessible en vente libre.
2. Faire passer à l'échelle les programmes communautaires et autres programmes de prévention des surdoses, ainsi que l'éducation et la formation sur la façon de prévenir et d'intervenir en cas de surdose. Faire participer les pairs, les familles, et les secouristes à ces programmes.
3. Réduire les obstacles à composer le 911 en cas de surdose, en mettant en œuvre une Loi 911 sur l'immunité du bon samaritain.
4. Mettre en œuvre des lignes directrices appropriées pour les ordonnances d'opioïdes qui ne limitent pas l'accès aux médicaments nécessaires et ne causent pas davantage de discrimination envers les consommateurs de drogues.
5. Intensifier les efforts de collecte, d'analyse et de diffusion rapides des données relatives aux surdoses.

avoir consommé un opioïde, une absence prolongée de réaction durant jusqu'à plusieurs heures se produit généralement.⁴

Le lien entre la consommation d'opioïdes et les surdoses n'est ni simple, ni nécessairement causal. Plusieurs personnes utilisent les opioïdes sans subir d'effets néfastes. L'utilisation seule ne conduit pas à la surdose. Les surdoses sont plutôt le résultat d'une consommation d'opioïdes dans des conditions à risque, et parfois tel que prescrit. En fait, la surdose est plus fréquente lorsque des facteurs de risque sont présents, par exemple, quand l'utilisateur est seul, quand des substances telles que l'alcool ou les benzodiazépines sont ingérées en même temps que les opioïdes, quand l'utilisateur a une tolérance faible ou réduite en raison d'une période d'abstinence, ou lorsqu'il y a un manque d'information et de formation sur la prévention des surdoses. Le risque de surdose est également plus élevé lorsque la personne commence un traitement aux opioïdes ou est en période de réduction de dose, a difficilement accès à des soins primaires de santé, ou lorsqu'un médicament sur ordonnance est retiré du marché ou soudainement indisponible et que les circonstances forcent la personne à chercher une solution alternative pour atténuer sa douleur. Ces risques s'appliquent à l'utilisation médicale et non-médicale des opioïdes. Le surdosage est également plus fréquent chez les personnes sans abri, en raison des problèmes de santé pouvant découler de l'absence de logements sûrs et stables.⁵



Quand le nombre de surdoses augmente, la première réaction est parfois de blâmer les personnes qui utilisent ces drogues, de les qualifier de drogués, et de tenter ensuite de contrôler et d'en limiter l'approvisionnement. Mais aucune de ces mesures n'a permis de réduire le taux de décès par surdose accidentelle.⁷

Quand le nombre de surdoses augmente, la première réaction est parfois de blâmer les personnes qui utilisent ces drogues, de les qualifier de drogués, et de tenter ensuite de contrôler et d'en limiter l'approvisionnement. De telles stratégies exigent généralement des programmes de surveillance des prescriptions, des initiatives de retour des médicaments d'ordonnance, et la limitation posologique d'opioïdes prescrits. Mais aucune de ces mesures n'a permis de réduire le taux de décès par surdose accidentelle.⁷ Il est possible qu'une limitation de l'approvisionnement en opioïdes d'ordonnance soit un élément important d'une stratégie de prévention, mais il est tout aussi important, sinon plus, de s'assurer que les stratégies d'atténuation des effets négatifs de l'utilisation d'opioïdes n'aient pas comme conséquence des diagnostics erronés ou la négligence des causes physiques de la douleur.

En outre, les stratégies s'adressant au problème de la surdose négligent parfois de reconnaître les différences entre les sexes parmi les cas de surdoses. Bien que les hommes soient plus susceptibles aux surdoses, au cours des dernières années, les décès par surdose impliquant des opioïdes sur ordonnance ont augmenté plus rapidement chez les femmes que chez les hommes, en raison, notamment, de l'augmentation du nombre d'ordonnances de médicaments anti-douleur chez les femmes, souvent combinés à d'autres médicaments tels que les benzodiazépines.⁸

SURDOSES D'OPIOÏDES AU CANADA

Puisque seules quelques provinces signalent activement les décès attribuables aux surdoses, il est difficile de mesurer l'incidence des décès par surdose d'opioïdes à travers le Canada.⁹ Il n'existe aucune donnée permettant de comparer entre les provinces, ou d'évaluer l'ampleur ou l'impact des dommages liés aux surdoses non mortelles (par exemple, les lésions cérébrales causées par un manque d'oxygénation). L'absence de données est un problème inquiétant au Canada, particulièrement si nous nous tournons vers les États-Unis, où des données complètes sur les surdoses sont disponibles auprès des *us Centers for Disease Control*.¹⁰ Nous savons par contre que les décès impliquant des opioïdes d'ordonnance ont connu une forte hausse et causent environ 50 pour cent des décès annuels attribuables aux drogues.¹¹ On estime le taux annuel de surdoses mortelles chez les personnes qui s'injectent des drogues illégales à environ 1-3 pour cent par année.¹²

Sur les 2 330 décès liés aux drogues survenus en Ontario entre 2006 et 2008, 58 pour cent (n=1 359) ont été attribués, entièrement ou en partie, aux opioïdes.¹³ Entre 2002 et 2010, 1 654 surdoses mortelles attribuées aux drogues illégales sont survenues en Colombie Britannique, et entre 2002 et 2009, 2 325 hospitalisations ont été attribuées aux surdoses impliquant des drogues illégales.¹⁴ Les décès attribuables aux surdoses impliquant des opioïdes en Colombie Britannique s'élevaient à 256 en 2012, soit légèrement moins qu'en 2011 où il y a eu 294. Le nombre plus élevé de décès en 2011 était dû en partie à une augmentation de la pureté de l'héroïne se vendant dans les rues.¹⁵ Quatre-vingt-quinze (95) surdoses mortelles impliquant des opioïdes se sont produites au Québec en 2011, comparé à 51 en 2000.

Les surdoses sont également associées à l'utilisation médicale et non-médicale de médicaments d'ordonnance contenant des opioïdes. L'utilisation non-médicale d'opioïdes d'ordonnance est désormais au quatrième rang de la consommation de drogues au Canada, après l'alcool, le tabac, et le cannabis, et le Canada et les États-Unis sont en tête de file des pays consommant des opioïdes d'ordonnance.¹⁶ En octobre 2012, l'autorité sanitaire Interior de la Colombie-Britannique a publié un message d'avertissement à l'effet

QUE SONT LES OPIOÏDES ?



Les opioïdes sont une catégorie de drogues partageant certaines propriétés physiologiques. Les opioïdes sont principalement utilisés pour soulager la douleur et peuvent produire un sentiment d'euphorie. Tel qu'énoncé par le Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto, « Certains opioïdes, tels que la morphine et la codéine (également dénommés opiacés), sont présents à l'état naturel dans l'opium, une substance gommeuse que l'on récolte dans la capsule du pavot asiatique, qui pousse dans le sud de l'Asie. Les opioïdes semi-synthétiques, tels que l'héroïne, l'oxycodone (l'OxyContin, par exemple), l'hydromorphone (le Dilaudid, par exemple) ou l'hydrocodone sont produits en changeant la structure chimique des opiacés naturels. Les opioïdes synthétiques, tels que la méthadone et la mépéridine (le Démerol, par exemple) sont fabriqués à partir de produits chimiques, sans avoir recours aux opiacés naturels comme matière première. »⁶

que le taux de surdoses d'opioïdes prescrits dans cette région (autres que la méthadone) était deux fois plus élevé que le taux provincial. La majorité de ces surdoses touchaient des personnes auxquelles d'autres médicaments avaient été prescrits.¹⁷ Des études longitudinales effectuées aux États-Unis ont également révélé un risque élevé de surdose lorsque des opioïdes d'ordonnance sont consommés en même temps que des benzodiazépines et/ou de l'alcool.¹⁸

Comme aux États-Unis, il y a une crainte croissante au sujet de l'utilisation non-médicale d'opioïdes d'ordonnance, de plus en plus répandue au Canada au cours des dernières

années, en raison de l'augmentation de l'utilisation d'opioïdes prescrits.¹⁹ Aux États-Unis, la recherche suggère qu'il existe une forte corrélation entre l'augmentation du nombre d'ordonnances d'opioïdes et l'augmentation des méfaits tels que les surdoses, les décès et les admissions pour traitements de toxicomanie.²⁰ En Ontario, par exemple, les régions à forte incidence de décès impliquant des opioïdes avaient des taux élevés d'utilisation d'opioïdes d'ordonnance.²¹ En réponse à ces préoccupations, sept provinces ont retiré l'OxyContin des formulaires pharmaceutiques provinciaux en 2012. Ces changements visaient à supprimer l'utilisation généralisée de ces drogues en limitant leur approvisionnement.

Selon les rapports de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, lorsque l'utilisation d'une drogue est limitée par une réduction de l'offre, les fournisseurs et les utilisateurs passent à d'autres drogues ayant des effets psychoactifs similaires, mais dont la pureté et la concentration sont accrues.²² Suite au retrait des produits Oxy de plusieurs formulaires pharmaceutiques provinciaux et fédéraux au Canada, certaines personnes se sont mises à utiliser des médicaments d'ordonnance tout aussi puissants, ou ont eu recours à d'autres solutions illégales. Les données et les renseignements non-scientifiques suggèrent que l'utilisation non-médicale d'opioïdes d'ordonnance est désormais plus répandue que l'utilisation d'héroïne.²³ Depuis le récent retrait de l'OxyContin de plusieurs formulaires pharmaceutiques provinciaux et fédéraux, les sub-

stituts illégaux tels que l'héroïne et les produits analogues au fentanyl pourraient faire un retour en tant que solution de rechange bon marché et disponible.²⁴

Depuis le lancement de la formulation «dissuasive d'abus» de l'OxyContin aux États-Unis en août 2010, il n'existe aucune preuve que les individus utilisant l'OxyContin ont cessé de consommer des drogues en raison de cette reformulation.²⁵ Les personnes utilisant l'OxyContin ont simplement changé d'opioïdes. Lors d'une étude effectuée sur des personnes commençant des programmes de traitement aux États-Unis, les chercheurs ont constaté que l'utilisation du fentanyl a passé de 20 pour cent à 32 pour cent après qu'il soit devenu plus difficile de se procurer les produits Oxy.²⁶ Cette situation est préoccupante parce que plusieurs personnes tireraient probablement avantage de l'utilisation du fentanyl, un opioïde synthétique qui est approximativement 100 fois plus puissant que la morphine.²⁷

En 2013, l'hygiéniste en chef de la Colombie-Britannique a lancé une alerte basée sur les constatations préliminaires du Service du coroner de la C.-B. déclarant que 23 décès liés à l'utilisation de fentanyl se sont produits durant les quatre premiers mois de l'année, par rapport à 20 décès pour l'année 2012.²⁸ Bien que le fentanyl présente des signes et des symptômes semblables aux surdoses impliquant d'autres opioïdes, l'hygiéniste en chef de la Colombie-Britannique nous prévient que des doses sensiblement plus élevées de naloxone, le médicament utilisé pour contrer les surdoses, pourraient être requises.²⁹ Comme de plus en plus d'utilisateurs d'opioïdes passent de l'oxycodone au fentanyl, il faut nous attendre à voir plus de surdoses, en raison, notamment, de facteurs tels que la plus grande puissance du fentanyl et le manque de familiarité des utilisateurs avec cette substance. Étant donné la rareté des programmes de naloxone à domicile d'un bout à l'autre du pays, les décès et les méfaits accidentels attribuables aux surdoses sont plus probables.

PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE GLOBAL CONTRE LES SURDOSES

Dans le monde entier, le surdosage est la principale cause de décès évitable chez les individus qui s'injectent des



Un programme de santé publique global contre les surdoses exige l'adoption d'une approche de réduction des méfaits. La réduction des méfaits fait partie d'un large éventail de stratégies sans jugement visant à réduire les risques associés à la consommation de drogues, ainsi qu'à faciliter l'accès aux services sociaux auxquels les individus pourraient ne pas accéder autrement.

drogues.³⁰ Mais les décès et les blessures accidentels attribuables aux surdoses impliquant des opioïdes peuvent être évités grâce à de simples changements apportés aux programmes et aux politiques. Lors des réunions annuelles de la Commission des stupéfiants des Nations Unies de 2012, les membres ont adopté une résolution dans laquelle ils recommandent que les pays favorisent les mesures permettant d'empêcher les surdoses, plus particulièrement les surdoses impliquant des opioïdes.³¹ Cette résolution recommande que les états membres incluent des mesures efficaces pour prévenir et traiter les surdoses dans leurs politiques nationales sur les drogues. Bien que le gouvernement canadien ait participé à la création de cette résolution, il n'y a toujours pas donné suite.

Un programme de santé publique global contre les surdoses exige l'adoption d'une approche de réduction des méfaits. La réduction des méfaits fait partie d'un large éventail de stratégies sans jugement visant à réduire les risques associés à la consommation de drogues, ainsi qu'à faciliter l'accès aux services sociaux auxquels les individus pourraient ne pas accéder autrement. Ces stratégies n'exigent pas que les individus cessent de consommer des drogues, mais rencontrent

plutôt les personnes où elles en sont dans leur processus de consommation et leur permettent d'identifier et de satisfaire à leurs besoins en matière de santé et de sûreté.

Une approche globale de prévention et d'intervention en cas de surdose comprend six éléments principaux:

1. *Faciliter l'accès à la naloxone et rendre son utilisation plus abordable en l'incluant dans les régimes provinciaux d'assurance-médicaments et en la rendant disponible en vente libre.*
2. *Intensification des programmes de formation communautaires et institutionnels sur les surdoses permettant de prévenir, de reconnaître et d'intervenir en cas de surdoses.*
3. *Mise à l'échelle des programmes de formation pour les secouristes pour contrer les surdoses.*
4. *Réduire les obstacles à composer le 911 en cas de surdose.*
5. *Mise en œuvre de lignes directrices appropriées pour les opioïdes d'ordonnance qui ne limitent pas l'accès aux médicaments anti-douleur nécessaires et n'exacerbent pas la discrimination envers les personnes qui utilisent des drogues.*
6. *Intensifier la collecte, l'analyse et la diffusion rapides des données relatives aux cas de surdoses.*

Les programmes communautaires de prévention et d'intervention en cas de surdose sont hautement efficaces pour prévenir les décès et les méfaits. Ces programmes fournissent une formation sur la façon de prévenir les surdoses, d'identifier ses symptômes, et d'intervenir de façon efficace.

1. Obstacles politiques à l'accès à la naloxone

Les programmes de prévention des surdoses sont plus efficaces lorsqu'ils sont jumelés à une formation sur le chlorhydrate de naloxone (également connu sous le nom de Narcan™), un composé chimique sûr et très efficace qui contre les effets des opioïdes tels que l'héroïne. La naloxone a été approuvée pour utilisation au Canada depuis plus de 40 ans et figure sur la liste des médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la santé. L'OMS recommande de traiter les surdoses d'opioïdes avec la naloxone.³² La naloxone est un antagoniste des opioïdes qui bloque les cellules réceptrices du cerveau activées par l'héroïne, l'oxycodone, et autres opioïdes, et qui rétablit temporairement la respiration normale en deux à trois minutes. La naloxone déloge les opioïdes des cellules réceptrices du cerveau qui contrôlent la respiration.³³ Ce médicament « fait temporairement croire » au cerveau (pendant 20 à 30 minutes) que les opioïdes ne sont pas présents dans le corps. Si une personne souffre d'une surdose d'opioïdes, l'administration de la naloxone peut accélérer leur respiration et les sortir temporairement d'une surdose.³⁴

Au Canada, la naloxone est principalement utilisée dans les hôpitaux et par les services ambulanciers. Le service ambulancier de la C.-B., par exemple, a administré de la naloxone 2 367 fois en 2011.³⁵ Entre 2004 et 2010, il s'est produit un

total de 778 surdoses à Insite, le site d'injection supervisée de Vancouver (SIS). De ce nombre, 589 impliquent de l'héroïne injectée. La naloxone a été administré lors de 256 visites individuelles. Aucune surdose mortelle ne s'est produit à ce jour à Insite.³⁶

Il n'existe aucun potentiel de mauvaise utilisation pour la naloxone. En l'absence de stupéfiants, elle ne présente essentiellement aucune activité pharmacologique. Le seul effet de la naloxone est d'inverser temporairement la dépression respiratoire résultant d'une surdose d'opioïdes. En fait, après administration de la naloxone, certaines personnes éprouvent des symptômes inconfortables de sevrage.³⁷ Les effets de la naloxone se dissipent en moins de 30-90 minutes. Il est donc important de consulter un médecin dès que possible. La naloxone n'a aucun effet pharmacologique lorsqu'administrée à une personne qui n'a pas pris d'opioïdes.³⁸

1a. Obstacles juridiques à la disponibilité de la naloxone

Les efforts déployés pour augmenter la portée de la naloxone sont entravés par des questions juridiques et juridictionnelles. Au Canada, la naloxone est un médicament délivré uniquement sur ordonnance en vertu de l'Annexe F de la Loi sur les aliments et drogues du Canada et est inclus sous l'Annexe 1 de l'ANORP, l'Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie. La naloxone n'est livrée que par ordonnance. Légalement, un médicament prescrit

ne peut être administré qu'à la personne dont le nom paraît sur l'ordonnance, jamais à des tiers. Certains médecins (ou autres prescripteurs), compte tenu des éventuels problèmes de responsabilité associés à la prescription de médicaments qui pourraient être administrés à une tierce personne inconnue, expriment une réticence et des craintes face à l'idée de prescrire la naloxone. Cependant, l'expérience acquise au niveau de l'administration de la naloxone aux États-Unis, ainsi qu'avec d'autres médicaments administrés à des tiers, tels que l'adrénaline administrée pour le choc anaphylactique, indique qu'une formation sur l'administration de la naloxone limite les problèmes éventuels d'engagement de la responsabilité civile.

Si la naloxone était reclassée en tant que médicament ANORP de Classe 2, elle pourrait être vendue sans ordonnance et conservée derrière le comptoir du pharmacien. Cela permettrait aux consommateurs de drogues et à leurs familles et amis d'avoir plus facilement accès à la naloxone, ce qui pourrait aider à prévenir les décès attribués aux surdoses d'opioïdes. En Italie, la naloxone est disponible sans ordonnance en pharmacie.³⁹

1b. Disponibilité et coût de la naloxone

Au Canada, la naloxone est fabriquée et distribuée par une seule compagnie, Sandoz, et n'est pas couverte par les régimes provinciaux d'assurance-médicaments. Cela signifie que le coût du médicament peut être prohibitif pour certains, qu'il soit prescrit ou non.

1c. Modes d'administration de la naloxone


Bien que la naloxone soit généralement administrée par injection intramusculaire ou intraveineuse, elle peut également être administrée par vaporisateur nasal, par auto-injecteur ou par seringue pré-remplie. Le vaporisateur nasal de naloxone simplifie son utilisation, car aucune seringue n'est utilisée pour son administration, ce qui le rend plus approprié en cas d'urgence ou dans un environnement où le nombre de surdoses est probablement élevé. Le vaporisateur nasal de naloxone n'est que légèrement différent de sa forme intramusculaire.⁴⁰ La naloxone en mode liquide (pour injection ou pour inhalation) a une durée de vie minimale de deux

ans.⁴¹ Une fois préparée sous forme intra-nasale, la durée de vie de la naloxone est beaucoup plus courte.⁴² Santé Canada n'a approuvé que la forme injectable (en ampoule ou en flacon) de naloxone pour utilisation au Canada.

2. Programmes d'administration à domicile de la naloxone

Les programmes communautaires de prévention et d'intervention en cas de surdose sont hautement efficaces pour prévenir les décès et les méfaits. Ces programmes fournissent une formation sur la façon de prévenir les surdoses, d'identifier ses symptômes, et d'intervenir de façon efficace. Là où des dispositions peuvent être prises, bon nombre de ces programmes incluent une formation sur l'utilisation de la naloxone. Les programmes communautaires d'administration à domicile de la naloxone en Europe et aux États-Unis ont été liés à une réduction de 34% du taux de décès impliquant des drogues.⁴³

Les États-Unis ont plus de 180 programmes d'administration à domicile de la naloxone, et certains états américains ont mis en place des politiques de pratiques exemplaires qui soutiennent la prescription combinée de naloxone et d'autres opioïdes. Grâce à l'avènement du premier programme de prévention des surdoses d'opioïdes en 1996, une formation a été offerte et de la naloxone a été distribuée à 53 032 personnes. 10 171 cas de survie à la surdose ont été rapportés.⁴⁴ Les projets de recherche américains indiquent que les programmes com-


Le service policier est souvent le premier service de secours à se présenter sur les lieux d'une surdose. Si les services de police et d'incendie étaient mieux formés à identifier et à répondre à une surdose en utilisant de la naloxone, ceci permettrait non seulement de sauver des vies, mais donnerait également la chance à ces personnalités publiques de mieux comprendre l'usage des opioïdes.

munautaires de distribution de naloxone peuvent prévenir les décès causés par les surdoses.⁴⁵ D'autres preuves suggèrent que former les personnes qui consomment des drogues à administrer la naloxone et/ou à servir d'éducateurs auprès de leurs pairs, pourrait avoir des avantages complémentaires, y compris une réduction de leur propre consommation de drogues et comportements à risque.⁴⁶

Cependant, la capacité de ces programmes à rendre la naloxone plus largement accessible est réduite par le manque de prescripteurs engagés et de ressources au niveau organisationnel nécessaires au soutien des séances de formation du personnel et des formateurs. Pour ces raisons, les provinces et autres intervenants doivent être prêts à fournir des ressources aux organismes communautaires et autres, afin de soutenir la formation continue et la mise en œuvre du programme.

Même en l'absence d'un programme d'administration à domicile de la naloxone, les programmes de formation qui peuvent aider les gens à prévenir, reconnaître et traiter les surdoses d'opioïdes font partie intégrante du processus d'intervention en cas de surdose.

3. Programmes d'éducation pour les secouristes pour contrer les surdoses

Un rapport récent publié en Ontario a constaté une carence au niveau de l'information et de l'éducation sur les signes, symptômes, et modes d'intervention pour les surdoses d'opioïdes. Cela s'applique aux médecins, infirmières et autres fournisseurs de soins de santé, y compris les pharmaciens, les dentistes et le personnel des services d'urgence, ainsi que les secouristes et travailleurs de première ligne, comme les ambulanciers, les pompiers, les policiers, les employés des refuges et le personnel des établissements correctionnels.⁵⁰

En plus d'offrir une formation et de distribuer de la naloxone aux personnes consommant des opioïdes, certains territoires ont formé un grand nombre de secouristes, y compris les membres des familles, les amis et les pairs, à traiter les surdoses d'opioïdes. Cette formation inclut des informations sur la prévention, la détection, et l'intervention appropriée pour les surdoses, y compris l'identification des symptômes de surdose d'opioïdes, le mode d'administration approprié de la naloxone, soit par injection intramusculaire ou par inhalation nasale, le bon positionnement de la victime et les procédures de suivi essentielles pour les premiers soins, y compris l'orientation vers les services médicaux d'urgence (composer le 911). Dans certaines juridictions, les policiers ont été formés à administrer la naloxone. Le service policier est souvent le premier service de secours

à se présenter sur les lieux d'une surdose. Si les services de police et d'incendie étaient mieux formés à identifier et à répondre à une surdose en utilisant de la naloxone, ceci permettrait non seulement de sauver des vies, mais donnerait également la chance à ces personnalités publiques de mieux comprendre l'usage des opioïdes. Les officiers qui ont parlé de leur participation aux efforts de prévention des surdoses ont déclaré que de tels efforts contribuent à créer des relations plus harmonieuses entre les consommateurs de drogues et les policiers. Il est également crucial que les policiers reçoivent une formation pour contrer les surdoses, compte tenu qu'un examen du programme de surdosage en Colombie-Britannique démontre que certains policiers n'ont pas reçu l'information nécessaire sur le rôle joué par la naloxone en cas de surdose.⁵¹

4. Réduire les obstacles à composer le 911

La plupart du temps, les gens qui font une surdose ne sont pas seuls. Pour eux, comme pour les victimes d'une crise cardiaque, les chances de survie dépendent presque entièrement de l'obtention rapide de soins médicaux d'urgence. Alors que, dans le cas d'une crise cardiaque, les témoins hésitent rarement à composer le 911, lorsqu'il s'agit d'une surdose, ils prennent trop souvent du temps à se décider à demander de l'aide, si tant est qu'ils le fassent. S'ils omettent d'appeler les secours, c'est qu'ils ont peur d'avoir affaire à la police et d'être poursuivis, de perdre la garde de leurs enfants et d'être jugés par des amis et par les membres de leur famille.⁵² Ces obstacles ont été signalés dans le secteur Waterloo-Wellington de l'Ontario, où un sondage sur les surdoses a démontré que dans plus de la moitié des cas de surdose, personne n'avait composé le 911, ou les personnes interrogées admettent ne pas savoir si quelqu'un avait demandé de l'aide de cette façon.⁵³ En outre, des modifications récentes apportées à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances prévoient des peines minimales de prison obligatoires pour les infractions liées à la drogue. Ces dispositions accroîtront certainement la peur de poursuites chez les témoins d'une surdose et augmenteront le nombre de morts par surdose qui auraient pu être évitées.

La loi 911 sur l'immunité du bon samaritain du Canada pourrait encourager les témoins de surdoses à chercher

PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES D'ADMINISTRATION DE NALOXONE À DOMICILE AU CANADA



Des pays comme l'Afghanistan, l'Australie, la Chine, l'Inde, l'Italie, le Kazakhstan, le Kirghizistan, le Tadjikistan, la Thaïlande, et le Royaume-Uni ont également des programmes de naloxone à domicile.⁴⁷ L'organisation Streetworks d'Edmonton a été la première à mettre en oeuvre des programmes d'administration à domicile en 2005. Les pairs sont formés à identifier les symptômes d'une surdose et informés sur la façon d'administrer la naloxone. Depuis lors, des programmes à domicile semblables ont vu le jour dans d'autres régions du Canada.

The Works, l'initiative de santé publique de réduction des méfaits de Toronto, a lancé un programme le 31 août 2011. À ce jour, 1 000 personnes ont été formées, plus de 800 trousseaux de secours ont été distribués et 100 surdoses d'opioïdes ont été contrées.⁴⁸ En 2012, la province de l'Ontario a lancé un programme provincial de formation et de distribution de trousseaux de naloxone par l'entremise de services de réduction des méfaits, bien que le ministre de la santé de l'Ontario ait mis fin à la distribution de la naloxone. Il existe également des programmes d'administration de naloxone à domicile à Ottawa et à Thunder Bay.

Un projet-pilote a été lancé en Colombie-Britannique le 31 août 2012 et est inspiré d'initiatives existantes au Canada et aux États-Unis. Ce projet exige que les partenaires communautaires et les prescripteurs incluent des informations et une formation sur la prévention, l'identification et le traitement des surdoses d'opioïdes, y compris une prescription pour une trousse de naloxone à administrer à domicile pour les personnes utilisant des opioïdes. Ces programmes de formation, jumelés à la disponibilité de la naloxone, aident les individus à être prêts en cas de surdose d'opioïdes. En juillet 2013, le programme de la Colombie-Britannique avait formé 303 clients à intervenir en cas de surdose, 1 156 trousseaux de secours avaient été distribués aux 22 sites communautaires et 22 surdoses avaient été contrées.⁴⁹

l'aide médicale. La Loi du bon samaritain assure une protection contre l'arrestation et les poursuites pour possession et usage de drogues, si la preuve est obtenue suite à l'appel 911.

Au cours des quatre dernières années aux États-Unis, onze états, dont New York et la Floride, ont adopté une forme quelconque de Loi du bon samaritain.⁵⁴ Dans plusieurs états, ces lois ont reçu un appui bipartite et ont été adoptées presque à l'unanimité. En adoptant une Loi du bon samaritain, les représentants gouvernementaux partout aux États-Unis ont reconnu que la surdose accidentelle est un problème de santé et que la peur des poursuites en justice ne devrait pas faire obstacle à composer le 911 en cas de surdose. Au Canada, une Loi du bon samaritain doit être adoptée au niveau fédéral, car le droit criminel relève de la compétence fédérale.

5. Lignes directrices pour les opioïdes d'ordonnance

Étant donné que le Canada a l'un des taux d'usage d'opioïdes prescrits les plus élevés au monde, il est important de reconnaître le rôle joué par les pratiques en matière de prescription dans les surdoses accidentelles au Canada, particulièrement au cours des 10 à 15 dernières années. Dans de nombreuses communautés au Canada, les décès liés aux opioïdes semblent concentrés dans les zones où les médecins prescrivent des opioïdes le plus fréquemment.⁵⁵ Tel que noté par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT), dans sa récente stratégie portant sur les médicaments d'ordonnance, des efforts doivent être déployés pour sensibiliser les médecins aux risques associés à l'usage d'opioïdes.⁵⁶

Les médecins doivent adopter des pratiques de prescription qui assurent que les patients et leurs familles reçoivent des informations actualisées au sujet des effets éventuels des opioïdes, y compris les risques de surdose et de dépendance liés à ces drogues.⁵⁷ Dans le cadre de leur pratique courante, il est également conseillé aux médecins d'aider les patients à identifier et à répondre aux symptômes de surdose. Dans plusieurs états américains, les conseils médicaux ont recommandé que la naloxone soit prescrite conjointement avec les opioïdes pour toute personne à risque de surdose.⁵⁸ Nous invitons les gouvernements provinciaux et les asso-

ciations et ordres professionnels appropriés d'envisager de faire les mêmes recommandations aux prescripteurs de leur territoire.

Bien que ces initiatives soient importantes, les préoccupations liées aux taux de prescription d'opioïdes et aux surdoses pourraient entraîner des conséquences imprévues, y compris la sous-prescription de médicaments anti-douleur nécessaires.⁵⁹ Les recherches consacrées aux soins primaires démontrent également que les praticiens appliquent des pratiques discriminatoires envers les consommateurs de drogues, pouvant mener au diagnostic erroné d'une maladie. De plus, des patients ayant des préoccupations médicales légitimes pourraient être accusés de faire du «magasinage de médecins» et / ou de l'escroquerie pour obtenir des médicaments, en raison de préoccupations accrues envers la sur-prescription de médicaments.⁶⁰ Les directives de prescription doivent être mises à jour pour enseigner aux médecins des modes de gestion de la douleur appropriées qui assureront que les patients soient évalués et traités avec respect et dignité, peu importe leur expérience de consommation de drogues.

6. Données sur les surdoses

Malgré quelques exemples d'excellents travaux de recherche, le Canada manque de données exhaustives au niveau national sur la prévalence des méfaits et des décès résultant de surdoses d'une province à l'autre. La plupart des provinces n'ont aucun registre détaillé des surdoses accidentelles. Il est donc impossible de dresser un tableau complet de ce qui se passe au sein des paliers de gouvernement, et entre ceux-ci, en matière de surdoses. Aux États-Unis, les données sur les morts accidentelles par empoisonnement, y compris les surdoses de médicaments, sont documentées au niveau national par les centres de contrôle et de prévention des maladies. Cependant, au Canada, les données provinciales varient considérablement entre les paliers gouvernementaux et ne sont pas toujours facilement comparables.⁶¹ Ces données constituent des informations essentielles pouvant influencer les politiques et la mise en oeuvre de programmes publics. Le Canada doit déployer un effort au niveau national afin de rassembler des données récentes sur les cas de surdoses et leurs répercussions, tel que suggéré par la stratégie

sur les médicaments sur ordonnance récemment adoptée par le CCLT.⁶²

AUTRES INITIATIVES

Une approche globale aux surdoses doit faire partie d'une stratégie plus complète visant à offrir un large éventail de services pour répondre aux besoins de santé des personnes qui consomment des drogues. Une stratégie plus étendue doit également inclure d'autres initiatives efficaces éprouvées pour réduire l'incidence, les méfaits, et les décès causés par les surdoses. Les thérapies de substitution aux opioïdes se sont avérées très efficaces pour réduire l'incidence de surdoses de drogues.⁶³ Il a été prouvé que des services plus sûrs de consommation, y compris les salles d'injection, peuvent contribuer à prévenir les décès et les méfaits attribuables aux surdoses de drogues.⁶⁴

RECOMMANDATIONS

Niveau provincial :

- *Développer, promouvoir et évaluer une démarche de santé publique exhaustive de prévention des surdoses qui inclut l'éducation et la formation sur les modes d'intervention et le traitement des surdoses, y compris des programmes communautaires.*
- *S'assurer que la naloxone fasse partie intégrante de tous les services médicaux d'urgence.*
- *Veiller à ce que les professionnels de la santé et les policiers soient au courant de la fonction de la naloxone.*

- *Incorporer d'autres initiatives de santé éprouvées pour prévenir les décès et les méfaits liés aux surdoses, y compris les services d'injection supervisée.*
- *Ajouter la naloxone aux formulaires pharmaceutiques provinciaux pour assurer que le coût de ce médicament ne soit pas prohibitif.*
- *Si un opioïde est rayé d'un formulaire pharmaceutique provincial ou d'un autre plan, créer un plan de transition qui inclut des possibilités de traitement améliorées, des programmes accélérés de prévention des surdoses, et des liens de capacité accrue avec les soins primaires.*
- *Encourager les prescripteurs à prescrire la naloxone en même temps que les opioïdes aux patients à risque de surdose, y compris les patients utilisant des médicaments anti-douleur et les patients recevant des traitements de substitution d'opioïdes.*
- *Créer et mettre en œuvre une formation sur les surdoses et contre la stigmatisation destinée aux professionnels de la santé et aux travailleurs des services d'urgence, tels que les policiers, les pompiers et les ambulanciers.*

Niveau fédéral :

- *Réviser la classification de la naloxone pour la rendre disponible en vente libre dans les pharmacies et veiller à ce qu'elle puisse être distribuée par le personnel médical aux personnes qui consomment des drogues, à leurs familles et amis, ainsi qu'à toute personne susceptible d'être témoin d'une surdose.*
- *Résoudre certains problèmes uniques liés à la mise à l'échelle des programmes de prévention des surdoses en milieu rural et en région éloignée. Travailler de concert avec les provinces et les territoires pour formuler des directives pour la vente et/ou la distribution de naloxone, visant à en faciliter l'accès aux personnes qui sont le plus à risque de surdose, y compris la prescrire en même temps que les opioïdes.*
- *Réduire les obstacles aux appels 911 en cas de surdose en mettant en œuvre la Loi 911 sur l'immunité du bon samaritain, visant à protéger les gens contre les poursuites et l'arrestation pour possession et usage de drogues,*

si la preuve est obtenue suite à un appel 911. Veiller à ce que les policiers soient au courant de l'existence de cette loi.

- *Travailler de concert avec les intervenants-clé afin d'établir un système normalisé de collecte des données capable de mesurer l'incidence de la consommation d'opioïdes, ainsi que les méfaits y étant associés, y compris les cas de surdose et les décès. Veiller à ce que les analyses de données soient signalées en temps opportun et soient suffisamment solides pour guider la planification des services au niveau local.*

Références et notes

- ¹ Ontario Harm Reduction Distribution Program. 2013. *Environmental Scan*: 2013. <http://www.ohrdp.ca/2013-environmental-scan/>
- ² BC Provincial Harm Reduction Program. 2012. *Take-Home Naloxone: Background-er*. <http://towardtheheart.com/naloxone/>; Ontario Harm Reduction Distribution Program for materials on overdose prevention and response: <http://www.ohrdp.ca/>
- ³ International Overdose Awareness Day. *Overdose Basics*. <http://www.overdose-day.com/facts-stats/overdose-basics/>
- ⁴ Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). 2013. *Opioid Overdose: Preventing and Reducing Opioid Overdose Mortality*. New York: United Nations.
- ⁵ Braggett, T.P., et al. 2013. "Mortality among homeless adults in Boston: Shifts in causes of death over a 15-year period." *JAMA*, 173(3), 189-195.
- ⁶ Centre for Addiction and Mental Health. 2013. *Le saviez-vous ? Opioïdes*. http://www.camh.ca/en/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/Prescription-Opioïdes/Pages/default.aspx
- ⁷ Rastegar, D.A., Walley, A.Y. 2013. "Preventing prescription opioid overdose deaths." *Journal of General Internal Medicine*, DOI: 10.1007/s11606-013-2390-8.
- ⁸ Currie, J. 2004. *Manufacturing addiction: The over-prescription of benzodiazepines and sleeping pills to women in Canada*. Vancouver: BC Centre of Excellence for Women's Health. <http://www.cwhn.ca/en/node/39526>.
- ⁹ Fischer, B., & Argento, E. 2012. "Prescription opioid related misuse, harms, diversion and interventions in Canada: A review." *Pain Physician*, 15, E5196.
- ¹⁰ Centres for Disease Control and Prevention. 2013. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6226a3.htm?s_cid=mm6226a3_w
- ¹¹ Fischer, B. and Keates, A. 2012. "Opioid drought', Canadian style? Potential implications of the 'natural experiment' of delisting Oxycontin in Canada." *International Journal of Drug Policy*, 23, 495-497.
- ¹² Milloy M.J.S. et al. (2008) "Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility." *PLoS One*, 3(10), e3351.
- ¹³ Maladi, P., Hildebrandt, D., Lauwers, A.E., Koren, G. 2013. "Characteristics of opioid-users whose death was related to opioid-toxicity: a population-based study in Ontario, Canada." *PLoS One*, 8(4), E60600.
- ¹⁴ Vallance, et al., 2012. *Overdose Events in British Columbia: Trends in Substances Involved, Contexts and Responses*. Victoria: Centre for Addiction Research of BC. http://www.carbc.ca/Portals/0/propertyagent/558/files/180/carbc_bulletin8.pdf
- ¹⁵ Toward the Heart (BCCDC). 2013. *Opioid use and overdose in British Columbia*. http://towardtheheart.com/assets/naloxone/opioid-use-in-bc-final_99.pdf
- ¹⁶ Fischer, B., & Argento, E. 2012, p. E193; Fischer, B., Bibby, M., Bouchard, M. 2010. "The global diversion of pharmaceutical drugs non-medical use and diversion in North America: A review of sourcing routes and control measures." *Addiction*, 105, p. 2063.
- ¹⁷ BC Interior Health Authority: http://www.interiorhealth.ca/AboutUs/MediaCentre/PublicationsNewsletters/Documents/MHO_Update_October_9_2012.pdf
- ¹⁸ Calcaterra, S., Glanz, J., Binswaner, I. 2012. "National trends in pharmaceutical opioid related overdose deaths compared to other substance related overdose deaths: 1999-2009." *Drug and Alcohol Dependence*, 131, 263-270.
- ¹⁹ Fischer, B., Jones, W., Rehm, J. 2011. "Differences and over-time changes in levels of prescription opioid analgesic dispensing from retail pharmacies in Canada, 2005-2010." *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 20, 1269-1277.
- ²⁰ Fischer, B., Rehm, J., Goldman, B., Popova, S. 2008. "Non-medical use of prescription opioids and public health in Canada: an urgent call for research and interventions development." *Canadian Journal of Public Health*, 99(3), 182-184.
- ²¹ Maladi, et al., 2013, p. 1.
- ²² Count the Costs. 2012b. *The alternative world drug report: Counting the costs of the war on drugs*. <http://www.countthecosts.org/>; Van Hout, M.C., Brennan, R. 2012. "Curiosity killed the M-Cat: A post legislative study on mephedrone use in Ireland." *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 19(2), 156-162.
- ²³ Davis, W & Johnson, B. 2008. "Prescription opioid use, misuse, and diversion among street drug users in New York city." *Drug and Alcohol Dependence*, 92, 267-276; Fischer, B., Rehm, J., Patra, J., & Firestone Cruz, M. 2006. "Changes in illicit opioid use profiles across Canada." *Canadian Medical Association Journal*, 175, 1-3.
- ²⁴ Ontario Health Promotion E-Bulletin. 2013, Feb. "Opioid overdose prevention training and community-based naloxone distribution in Ontario." <http://www.ohpe.ca/node/14023>
- ²⁵ Maladi, et al., 2013.
- ²⁶ Cicero, T.J., and Ellis, M. 2012. "Effect of abuse-deterrent formulation of Oxy-Contin." *New England Journal of Medicine*, 367, 187-189
- ²⁷ New Zealand Medicines and Medical Devices Safety Authority. 2012. *New Zealand fentanyl data sheet*. <http://www.medsafe.govt.nz/profs/datasheet/f/fentanylinj.pdf>
- ²⁸ BC Office of the Provincial Health Officer. 2013. *Information bulletin: Health workers urged to watch for suspicious overdoses*. May 30. http://www.health.gov.bc.ca/pho/media/pdf/1B_fentanyl_May%202013.pdf
- ²⁹ Ibid.
- ³⁰ UNODC, 2013.
- ³¹ Commission on Narcotic Drugs, Resolution 55/7, 2012. <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/09-resolutions.html#2012>
- ³² UNODC, 2013.
- ³³ Drug Policy Alliance. 2009. *Preventing overdose, saving lives: Strategies for combatting a national crisis*. www.drugpolicy.org/overdose
- ³⁴ North Carolina Harm : <http://www.nchrc.org/harm-reduction/overdose-prevention/>
- ³⁵ BC Provincial Harm Reduction Program. 2012. *Take-Home Naloxone: Background-er*. <http://towardtheheart.com/naloxone/>
- ³⁶ Vallance, et al., 2012, p. 4.
- ³⁷ Drug Policy Alliance, 2009. See also: Maxwell, S. Bigg, D. Stanczykiewicz, K. Carlberg-Racich, S. 2006. "Prescribing naloxone to actively injecting heroin users: A program to reduce heroin overdose deaths." *Journal of Addictive Diseases*, 25.
- ³⁸ Drug Policy Alliance, 2009; See also: Maxwell, et al., 2006 and Burris, S. Norland, J. Edlin, B.R. 2001. "Legal aspects of providing naloxone to heroin users in the United States." *International Journal of Drug Policy* 12, 237-248.

- ³⁹ UNODC, 2013, p. 13.
- ⁴⁰ Doe-Simkins, M, et al., 2009. "Saved by the nose: Bystander-administered intranasal naloxone hydrochloride for opioid overdose." *American Journal of Public Health*, 99(3).
- ⁴¹ Anex Australia. "Lifesavers - access to naloxone to reduce opioid overdose-related deaths and morbidity." <http://www.anex.org.au/wp-content/uploads/2010/10/Australian-Drug-Policy-Lifesavers-access-to-naloxone-to-reduce-opioid-overdose-related-deaths-and-morbidity.pdf>
- ⁴² Kelly, A.M., Kerr, D., Dietze, P., Patrick, I., Walker, T., Koutsogiannis, Z. 2005. "Randomized trial of intranasal versus intramuscular naloxone in prehospital treatment for suspected opioid overdose." *Medical Journal of Australia*, 182(1), 24-7.
- ⁴³ Scottish Drugs Forum. *Take-home naloxone: Reducing drug deaths*. www.sdf.org.uk/index.php/download_file/view/132/108/. L'Écosse a institué la National Patient Group Directive en août 2010 pour faciliter la mise sur pied de programmes de naloxone à domicile. Les Patient Group Directives (PGD) permettent aux infirmières et pharmaciens qualifiés de prescrire la naloxone. En Écosse, toute personne libérée de prison et à risque de surdose, reçoit une formation et une trousse de naloxone.
- ⁴⁴ Wheeler, E., Davidson, P.J., Jones, T.S., Irwin, K.S. 2012. "Community-based opioid overdose prevention programs providing naloxone - United States, 2010." *Morbidity and Mortality Weekly*, 61(6), 101-105. http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6106a1.htm?s_cid=mm6106a1_w
- ⁴⁵ Kim, D., Irwin, K.S., Khoshnood, K. 2009. "Expanded access to naloxone: Options for critical response to the epidemic of opioid overdose mortality." *American Journal of Public Health*, 99(3), 402-407.
- ⁴⁶ Kerr, T., Douglas, D., Peeace, W., Pierre, A. & Wood, E. 2001. *Responding to an emergency: Education, advocacy and community care by a peer-driven organization of drugs users: A case study of Vancouver Area Network of Drug Users. Report prepared for Health Canada*. www.phac-aspc.gc.ca/hepc/pubs/vandu/pdf/vanduStudy.pdf; Maxwell, et al., 2006; Mackesy-Amiti M.E., et al. 2011. "Predictors and correlates of reduced frequency or cessation of injection drug use during a randomized HIV prevention intervention trial." *Addiction*, 106, 601-8.
- ⁴⁷ UNODC, 2013.
- ⁴⁸ Correspondance personnelle avec Shaun Hopkins, le 28 juin 2013.
- ⁴⁹ BC Provincial Harm Reduction Program. 2012. *Opioid use and overdose in British Columbia*. http://towardtheheart.com/assets/naloxone/opioid-use-in-bc-final_99.pdf
- ⁵⁰ Expert Working Group on Narcotic Addiction. 2012. *The Way Forward: Stewardship for Prescription Narcotics in Ontario – Report to the Minister of Health and Long-Term Care*, p. 21. http://www.health.gov.on.ca/en/public/publications/pub_mental.aspx
- ⁵¹ BC Provincial Harm Reduction Program, 2013.
- ⁵² Follett, K., Piscitelli, A., Munger, F. & Parkinson, M. 2012. *Between life AND death: The barriers to calling 9-1-1 during an overdose emergency*. Waterloo Region Crime Prevention Council. <http://www.preventingcrime.ca/documents/OverdoseReport.pdf>; Tobin, K.E., Davey, M.A., Latkin, C.A. 2005. "Calling emergency medical services during drug overdose: An examination of individual, social and setting correlates." *Addiction*, 100(3), 397-404.
- ⁵³ Follett, et al., 2012.
- ⁵⁴ *The Law Atlas: Policy Surveillance Portal*, 2013. <http://www.lawatlas.org/preview?dataset=good-samaritan-overdose-laws>
- ⁵⁵ Maladi, P. et al., 2013.
- ⁵⁶ National Advisory Council on Prescription Drug Misuse. 2013. *First do no harm: Responding to Canada's prescription drug crisis*. Ottawa: CCSA, p. 23. http://www.ccsa.ca/2013%20CCSA%20Documents/Canada-Strategy-Prescription-Drug-Misuse-Report-en.pdf?utm_source=NR&utm_medium=NewsRelease&utm_campaign=Rx2013
- ⁵⁷ Webster, L. 2013. "Eight principles for safer opioid prescribing." *Pain Medicine*, 14, 959-961.
- ⁵⁸ North Carolina Medical Board. 2008. *Drug overdose prevention*. http://www.ncmedboard.org/position_statements/detail/drug_overdose_prevention
- ⁵⁹ Rastegar and Walley, 2013.
- ⁶⁰ VANDU Women Care Team. 2009. *'Me I'm Living It': The primary care experiences of women who use drugs in Vancouver's downtown eastside*. Vancouver: BC Centre for Excellence in Women's Health. www.straight.com/files/pdf/VanduClinic.pdf Fischer, et al., 2010, p. 2070.
- ⁶¹ Fischer and Argento, 2012, p. ES196.
- ⁶² CCSA. 2013.
- ⁶³ UNODC, 2013.
- ⁶⁴ BC Centre for Excellence in HIV/AIDS. 2010. *Insight into insight*. <http://uhri.cfenet.ubc.ca/content/view/57/92/#SEOS>

Connie Carter, Ph.D. est analyste principale des politiques auprès de la Coalition canadienne des politiques sur les drogues (www.drugpolicy.ca). Diplômée du département de Sociologie à l'Université de Victoria, elle a reçu bon nombre de bourses d'étude, y compris la Bourse Joseph Armand Bombardier (2006-2009), octroyée par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. En collaboration avec l'auteure principale, Dr Susan Boyd, elle a publié un manuscrit pour les Presses de l'Université de Toronto intitulé *Killer weed : Marijuana grow ops, media discourse, regulation and justice (L'herbe qui tue : la culture de la marijuana, le discours médiatique, la réglementation et la justice (Trad.))*.

Brittany Graham oeuvre dans le domaine du VIH, de la toxicomanie et de la réduction des méfaits depuis 7 ans. Elle est actuellement coordonnatrice des programmes pour le Eastside Illicit Drinkers Group for Education (EIDGE) du Réseau des consommateurs de drogue de la région de Vancouver (VANDU- Vancouver Area Network of Drug Users). Elle termine également une maîtrise en Santé Publique à l'Université Simon Fraser.



ENGAGING THE WORLD