

PRISE DE POSITION

LA CRISE DES OPIOÏDES EN AMÉRIQUE DU NORD

Octobre 2017



MEMBRES DE LA COMMISSION



KOFI ANNAN
Président de la Fondation Kofi Annan et ancien Secrétaire général des Nations Unies, Ghana



JOYCE BANDA
Ancienne présidente du Malawi



PAVEL BÉM
Ancien maire de Prague, République tchèque



RICHARD BRANSON
Entrepreneur, philanthrope, fondateur du groupe Virgin, cofondateur de The Elders, Royaume-Uni



FERNANDO HENRIQUE CARDOSO
Ancien président du Brésil



MARIA CATTAI
Ancienne secrétaire générale de la Chambre de commerce internationale, Suisse



NICK CLEGG
Ancien Vice-premier ministre, Royaume-Uni



RUTH DREIFUSS (PRÉSIDENTE)
Ancienne présidente de la Confédération Suisse et ancienne conseillère fédérale cheffe du Département fédéral de l'intérieur, Suisse (présidente)



CESAR GAVIRIA
Ancien président de la Colombie



ANAND GROVER
Ancien Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit au meilleur état de santé physique et mentale possible, Inde



ASMA JAHANGIR
Ancienne Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur les exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires, Pakistan



MICHEL KAZATCHKINE
Ancien directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, France



ALEKSANDER KWASNIEWSKI
Ancien président de la Pologne



RICARDO LAGOS
Ancien président du Chili



OLUSEGUN OBASANJO
Ancien président du Nigeria



GEORGE PAPANDREOU
Ancien premier ministre de la Grèce



JORGE SAMPAIO
Ancien président du Portugal



GEORGE SHULTZ (PRÉSIDENT HONORAIRE)
Ancien secrétaire d'État, États-Unis



JAVIER SOLANA
Ancien Haut représentant de l'Union européenne pour la politique étrangère et la politique de sécurité commune, Espagne



THORVALD STOLTENBERG
Ancien ministre des Affaires étrangères et Haut-commissaire des Nations Unies pour les réfugiés, Norvège



MARIO VARGAS LLOSA
Écrivain et intellectuel, Pérou



PAUL VOLCKER
Ancien président de la Réserve fédérale américaine et du Conseil pour la reconstruction économique, États-Unis



ERNESTO ZEDILLO
Ancien président du Mexique

TABLE OF CONTENTS

RÉSUMÉ	3
SITUATION ACTUELLE	5
LES ORIGINES DE LA CRISE AUX ÉTATS-UNIS	6
Hausse de la prescription d'opioïdes	6
Hausse de l'utilisation non médicale	7
Traitements et autres services inadéquats	7
Transition des opioïdes prescrits médicalement vers l'héroïne et les opioïdes de synthèse	8
L'ÉPIDÉMIE AU CANADA	9
RÉACTIONS DES AUTORITÉS ET AUTRES PARTIES PRENANTES	10
ENSEIGNEMENTS	11
Manque de mesures de traitement et de réduction des méfaits	11
Traitement de la douleur chronique	12
La crise est-elle propre à l'Amérique du Nord?	12
RECOMMANDATIONS	13



RÉSUMÉ

L'Amérique du Nord est confrontée à une épidémie d'addiction aux opioïdes et à une mortalité sans précédent due aux surdoses. Cette crise puise ses origines dans la forte progression de l'utilisation médicale des opioïdes, amorcée dans les années 1990 dans le souci légitime de pallier le sous-traitement de la douleur, et dont les compagnies pharmaceutiques ont rapidement tiré profit pour augmenter leurs revenus. L'offre croissante de médicaments a alimenté des canaux de détournement de l'usage à des fins non médicales au sein d'une population économiquement éprouvée et fragilisée. La vague actuelle de dépendance aux opioïdes diffère des crises de l'héroïne des années 1980 et 1990, tant par son amplitude que par le milieu social d'une grande partie des personnes touchées. Au Canada, deuxième pays du monde pour la consommation d'opioïdes par habitant derrière les États-Unis, l'augmentation du nombre de surdoses fatales, dans des quartiers où l'incidence de la consommation d'héroïne était déjà relativement élevée, est principalement attribuable à la puissance des substances ou au mélange avec d'autres drogues.

Les premières réactions ont consisté à restreindre les prescriptions et à introduire des produits sur prescription plus difficiles à manipuler. Malheureusement, la réduction de l'offre d'opioïdes prescrits par des médecins a poussé une importante minorité de personnes dépendantes à se rabattre sur l'héroïne de rue, moins chère et plus facile à se procurer. Selon la « loi d'airain de la prohibition », des opioïdes surpuissants et bon marché, tels le fentanyl et ses dérivés, ont progressivement envahi le marché de la drogue. Cela a eu pour conséquence d'accélérer la hausse du taux de surdoses fatales.

Dans un premier temps, les médias et les gouvernements se sont concentrés sur l'approvisionnement fourni par les médecins. Or, ils ont largement ignoré le fait que la plupart des addictions sont alimentées par le détournement des produits de leur usage médical et non par des prescriptions en faveur de patients traités pour leurs douleurs. Les responsables politiques ont également omis de prendre en considération le rôle des bouleversements économiques, du chômage et des inégalités – entre autres sources systémiques de désespoir – dans le risque d'addiction et dans la diminution des chances de rétablissement. Les systèmes de santé ont été pris au dépourvu et, sur le plan thérapeutique, les programmes axés sur l'abstinence demeurent prépondérants, sans pour autant se plier à des règles de bonne pratique. De plus, les préjugés envers la thérapie la plus efficace en cas d'addiction aux opioïdes, soit le traitement de substitution aux opioïdes (TSO),

se sont traduits par une pénurie de prise en charge des personnes en mal de soins. La TSO a fait ses preuves en ce qui concerne l'héroïne et devrait être offerte aux personnes aux prises avec des problèmes de dépendance ou d'addiction aux opioïdes prescrits médicalement.

Bien que ces dernières années les médias et les décideurs aient été davantage ouverts à considérer l'addiction comme un problème de santé publique, un élan et une volonté politique sont requis pour transformer cette ouverture en une réponse urgente à la mesure de la crise. Pour atténuer la crise actuelle, la Commission globale de politique en matière de drogues recommande ce qui suit :

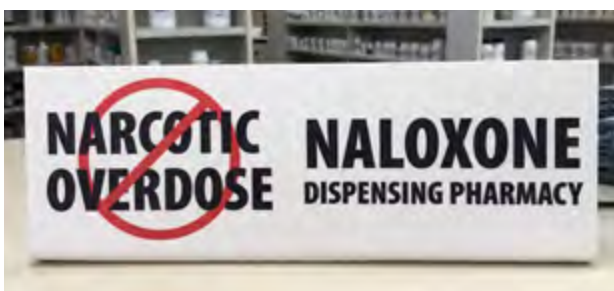
- Ne couper l'approvisionnement en opioïdes prescrits par des médecins que si des mesures de soutien ont été mises en place. De telles mesures consistent, notamment, à offrir suffisamment d'options thérapeutiques pour l'addiction, ainsi que des solutions efficaces pour remplacer l'utilisation des opioïdes pour traiter la douleur.
- Mettre en œuvre à grande échelle des mesures de réduction des méfaits et des thérapies éprouvées, en particulier la distribution de naloxone et la formation sur cette substance, la TSO à bas seuil d'accessibilité, les traitements impliquant la prescription médicale d'héroïne, les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, les centres de consommation supervisée et l'analyse des drogues. Dans les États, provinces ou territoires qui ne disposent pas encore d'une régulation légale de l'usage médical du cannabis, introduire une telle loi.
- La présente crise met en évidence la nécessité de disposer d'une régulation bien conçue et correctement appliquée. Le but est d'atteindre un juste équilibre en matière de régulation, afin de fournir des soins efficaces et adéquats pour la douleur tout en restreignant autant que possible les possibilités de mésusage des opioïdes prescrits. Un tel équilibre suppose : un meilleur encadrement des relations entre l'industrie pharmaceutique, d'une part, et les médecins et les législateurs, d'autre part ; l'existence de lignes directrices pour la prescription qui garantissent un soulagement adéquat des patients souffrant de douleur ; et la formation des médecins en matière de prescription d'opioïdes et de traitement de la douleur fondée sur des données probantes, qui est financée par des organisations neutres.

- Décider de dépénaliser *de facto* l'utilisation et la possession de drogue pour une utilisation à des fins personnelles à l'échelon des municipalités, des villes ou des États/Provinces. Ne pas engager de poursuites contre les personnes qui commettent ces infractions (utilisation et possession à des fins personnelles), afin que celles et ceux qui ont besoin de services médicaux et sociaux puissent en bénéficier librement et aisément, sans craindre des poursuites judiciaires.
- Davantage de recherches sont requises sur certains sujets cruciaux :
 - Les traitements les plus efficaces contre l'addiction aux opioïdes prescrits.
 - Le lien entre les problèmes économiques, physiques et psychologiques et la crise des opioïdes (une « crise du désespoir »).
 - Le rôle exact du fentanyl et de ses dérivés dans les surdoses, en particulier le moment et la manière dont il est ajouté, et si la distribution de matériel d'analyse aurait un effet positif.

Ces recommandations, si elles étaient appliquées, feraient fléchir la courbe de la mortalité attribuable aux opioïdes aux États-Unis et au Canada, même si elles ne résoudraient pas certains problèmes fondamentaux. La Commission n'a eu de cesse de réclamer la dépénalisation de la consommation et de la possession de drogue à des fins personnelles et des solutions alternatives à la sanction pour les acteurs subalternes et non violents du marché des drogues illicites. La criminalisation a peu d'impact – ou n'en a aucun – sur l'incidence de la consommation de drogue; en revanche, elle favorise les comportements à risque, telles les pratiques d'injection dangereuses, et dissuade les personnes usagères de drogues qui ont besoin de soins de chercher un traitement et d'utiliser d'autres services de santé ou de se prévaloir de programmes de réduction des méfaits susceptibles de les aider. Les avantages sanitaires, économiques et sociaux de la dépénalisation ont été démontrés dans les pays qui les appliquent depuis des décennies.

La Commission en appelle également à l'élimination des marchés clandestins en régulant strictement les différentes substances, en fonction de leur nocivité potentielle. La manière la plus efficace de réduire les immenses dommages causés par le régime mondial de prohibition des drogues et de se rapprocher des objectifs de santé publique et de sécurité consiste à contrôler les drogues au moyen d'une régulation légale responsable. Ainsi, la Commission ajoute deux autres recommandations de grande portée :

- Mettre un terme à la criminalisation et à l'incarcération des consommateurs de drogue à l'échelle nationale au Canada et aux États-Unis.
- Autoriser et soutenir des projets pilotes de régulation légale des drogues actuellement illicites, y compris les opioïdes, afin de remplacer et de court-circuiter les organisations criminelles, qui dominent actuellement le marché noir et en tirent profit.



© PureRadiancPhoto/Shutterstock

SITUATION ACTUELLE

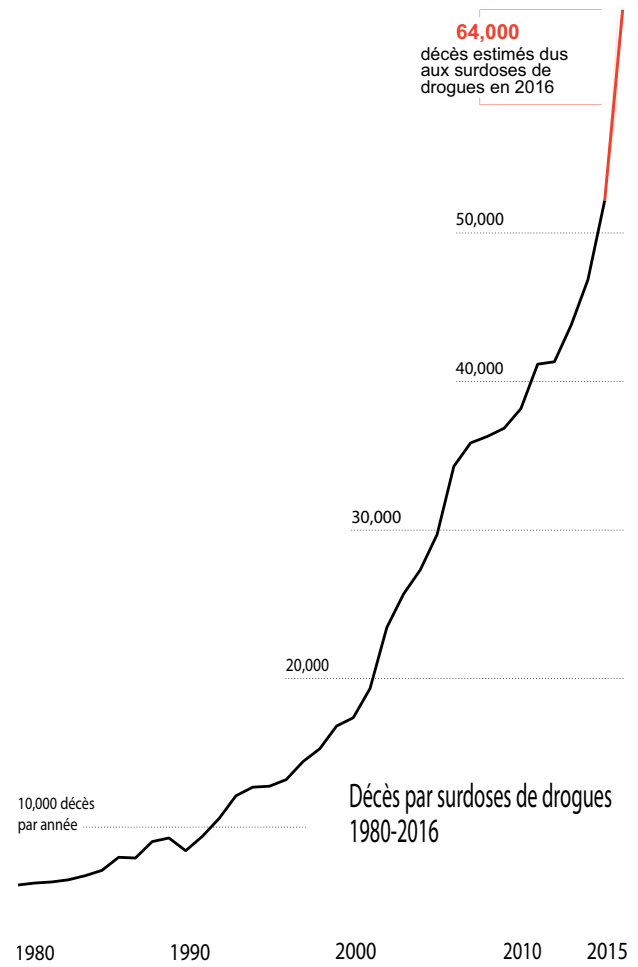
Environ 64 000 personnes sont décédées de surdose de drogue en 2016 aux États-Unis¹. Dans la grande majorité des cas, un opioïde – une classification qui conglobe les dérivés de l’opium que sont l’héroïne, la morphine et l’oxycodone, ainsi que des drogues de synthèse, notamment les diverses formes du fentanyl, étaient impliqués². La plupart des morts par surdose d’opioïde étaient attribuables à une association de drogues (polyconsommation), c’est-à-dire à un opioïde et, typiquement, une substance de la classe des déprimeurs, par exemple de l’alcool ou un anxiolytique (benzodiazépines, etc.), bien que des drogues stimulantes telle la cocaïne soient parfois entrées dans la composition du cocktail léthal³. La surdose est désormais la principale cause de mort par blessure non intentionnelle aux États-Unis. Elle tue en une année davantage de personnes que les accidents de la route, que la guerre du Vietnam lors de l’année la plus meurtrière pour les troupes américaines (16 899 personnes en 1968) ou que l’épidémie de VIH/Sida aux États-Unis à son paroxysme (43 115 personnes en 1995).

Le Canada ne tient pas de statistiques nationales, toutefois en 2016, 2 458 morts par surdose d’opioïdes ont été dénombrées, à l’exclusion du Québec (les données ne sont pas disponibles pour la province)⁴. Les écarts régionaux, les différences de variables démographiques et le manque de données de surveillance nationales canadiennes signifient qu’il n’est pas possible à l’heure actuelle de comparer avec exactitude l’épidémie canadienne et l’épidémie aux États-Unis, mais l’exemple de deux villes pourrait donner une idée de l’étendue de la crise. Le comté le plus touché aux États-Unis, McDowell en Virginie-Occidentale, a connu un taux de mortalité par surdose de 93 pour 100 000 habitants en 2013-2015⁵. La région la plus touchée au Canada, soit Vancouver Coastal, a enregistré un taux de 42 pour 100 000 habitants de janvier à fin juillet 2017⁶. Certains faits indiquent que les Premières Nations (les peuples autochtones) seraient affectées de manière disproportionnée⁷, et que l’augmentation de la mortalité par surdose due à la puissance des drogues ou au mélange avec d’autres drogues, dans des zones où l’incidence de la consommation d’héroïne était déjà relativement élevée, joue un rôle plus important au Canada qu’aux États-Unis.

Aux États-Unis, les médias et les politiciens ont traditionnellement dépeint l’addiction aux opioïdes comme un problème caractéristique de la population afro-américaine et associé à la pauvreté, qui se traitait au moyen de peines pénales sévères. Or des études montrent que depuis les années 1960, au moins la moitié des personnes éprouvant des troubles de consommation d’opioïdes sont blanches. En 2010, 90 % des nouveaux consommateurs

l’étaient également⁸. Et bien que l’addiction à l’héroïne ait été classiquement considérée comme un problème urbain, l’épidémie actuelle touche également les collectivités rurales. Il est vrai que l’addiction aux opioïdes frappe avant tout les plus démunis, cette épidémie étant particulièrement dramatique dans les milieux où les conditions de vie se sont dégradées le plus depuis la crise bancaire et financière de l’automne 2008 : les travailleurs, la classe moyenne déchue et celles et ceux qui espéraient atteindre un niveau de vie de classe moyenne, mais n’y sont pas parvenus⁹.

La politique en matière de drogues aux États-Unis est historiquement entachée par la discrimination raciale, les lois appliquées de manière disproportionnée aux minorités ethniques. Actuellement, cette politique se caractérise par une application des lois axée sur la répression, de longues



Sources: Centers for Disease Control and Prevention; ministères de santé; bureaux de coroners et médecins légistes

The New York Times (adaptation)

peines minimales obligatoires et l’incarcération massive de personnes de couleur¹⁰. Par contre, la présente crise est perçue comme un fléau qui affecte surtout les blancs et un nouveau portrait du consommateur de drogues est en train de se dessiner : celui de la victime innocente, digne d’empathie et de réponses moins punitives¹¹. Ces dernières années, les médias et les politiciens ont accepté de considérer l’addiction comme un problème de santé publique et d’étendre les mesures de traitement et de réduction des méfaits telle la distribution de naloxone¹².

LES ORIGINES DE LA CRISE AUX ÉTATS-UNIS

HAUSSE DE LA PRESCRIPTION D’OPIOÏDES

La crise actuelle puise ses origines dans les efforts réalisés pour répondre au problème légitime du sous-traitement de la douleur. Or ces efforts ont été rapidement exploités par les compagnies pharmaceutiques, qui ont vu là une occasion d’étendre leur marché. La régulation laxiste du marketing pharmaceutique et la vente directe aux médecins par les représentants pharmaceutiques ont accentué les dommages liés aux médicaments. Tant dans le système de soins de santé universel canadien que dans le système de marché aux États-Unis, de nombreuses pratiques incitant à prescrire davantage de médicaments sont légales. En voici quelques exemples : utilisation de données, par les représentants pharmaceutiques, pour cibler certains médecins afin de les pousser à prescrire davantage; primes pour les commerciaux qui contribuent à une hausse des prescriptions; paiements ciblés aux médecins pour des interventions dans des conférences et autres services; présentation inexacte des risques¹³ et (aux États-Unis) insistance sur les mesures de satisfaction des patients¹⁴.

La prescription d’opioïdes était initialement réservée aux cas de douleur aiguë et de cancer en phase terminale. Les premières tentatives visant à l’étendre au traitement de la douleur chronique ont commencé dans les années 1990. L’un des grands catalyseurs de l’épidémie a été l’introduction en 1996 de l’oxycodone à libération prolongée (OxyContin), avec des allégations de son fabricant selon lesquelles la substance créait peu d’accoutumance et restait pleinement efficace pendant 12 heures¹⁵. Ces allégations ont causé des dommages tant chez les patients que chez les consommateurs illicites. Quand les personnes traitées contre la douleur recommençaient à souffrir avant la fin des 12 heures d’efficacité alléguées, les professionnels de la santé leur disaient d’augmenter le dosage, au lieu d’en prendre plus souvent.

Certains consommateurs ont rapidement découvert que les comprimés pouvaient être réduits en poudre – pour

DÉPENDANCE OU ADDICTION?

Pour comprendre l’épidémie des opioïdes, il est essentiel de faire la distinction entre deux notions souvent confondues : l’addiction et la dépendance.

La **dépendance** consiste à avoir besoin d’une substance pour fonctionner et pour éviter de ressentir des symptômes de manque si l’apport de cette substance cesse brutalement. Elle est le résultat naturel de l’usage régulier de certains médicaments, tels les opioïdes, certains médicaments pour la tension artérielle et les antidépresseurs. Quasiment toute patiente ou tout patient qui prend des opioïdes quotidiennement pendant plusieurs mois en souffrira.

L’**addiction**, quant à elle, est définie par le National Institute on Drug Abuse (NIDA) aux États-Unis comme une maladie caractérisée par la recherche et l’utilisation compulsive d’une drogue, malgré les conséquences nocives que cela peut avoir¹⁶. Elle ne touche qu’une minorité de consommateurs d’opioïdes. La meilleure estimation indique que moins de 8 % des patients atteints de douleur chronique, sans antécédent d’addiction, et qui prennent des opioïdes à long terme développent effectivement une pathologie addictive¹⁷.

Par exemple, les bénéficiaires des programmes de TSO traités avec de la méthadone et de la buprénorphine et dont l’état est stable sont dépendants, mais ils n’ont pas une pathologie addictive – il est important de souligner la différence¹⁸. Malheureusement, l’American Psychiatric Association a utilisé le terme « dépendance à une substance » pour qualifier l’addiction dans son Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)¹⁹ jusqu’à la parution du manuel actuel, soit le DSM-5, en 2013, dans lequel l’équivalent de ce terme est « trouble lié à l’utilisation d’une substance, sévère ».

La classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) de l’Organisation mondiale de la Santé, qui en est à sa 10^e révision (CIM-10), utilise toujours le terme « dépendance » pour décrire « une difficulté à contrôler la consommation, à une poursuite de la consommation malgré des conséquences nocives »²⁰, au lieu de se limiter au simple besoin d’une substance pour fonctionner.

L’Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) définit quant à lui l’**usage problématique de drogue** (ou « usage de drogue à haut risque ») comme « l’usage récurrent de drogue qui cause de réels dommages (conséquences négatives) à une personne (y compris la dépendance, mais aussi des problèmes sanitaires, psychologiques ou sociaux) ou qui l’expose à ces dommages avec une grande probabilité (risque élevé) »²¹ [traduction de l’auteur].

briser le mécanisme de libération prolongée –, puis inhalés ou injectés, ce qui en faisait une drogue à courte durée d'action hautement addictive. De plus, l'information sur la manière d'utiliser le médicament à mauvais escient (accompagnée de discussions enthousiastes sur ses effets) s'est rapidement propagée sur Internet et sous forme de récits véhiculés par d'autres médias. Une étude a révélé que six mois après l'augmentation de la couverture médiatique sensationnaliste des opioïdes, la mortalité associée à ces substances a également augmenté, expliquant à elle seule 88 % de la variance des taux de mortalité²².

HAUSSE DE L'UTILISATION NON MÉDICALE

La prescription d'opioïdes pour la douleur chronique a connu une hausse spectaculaire dès le milieu des années 1990²³. Mais 65 % de toutes les prescriptions d'opioïdes sont toujours établies pour traiter la douleur aiguë – par exemple après une opération ou un traitement dentaire –, et ce type de prescription a lui aussi fortement progressé²⁴. En règle générale, seul le tiers (1/3) de la quantité de médicament prescrit pour la douleur aiguë est utilisé par la patiente ou le patient²⁵; les comprimés qui restent ont une valeur marchande élevée (US\$30 par comprimé, voire davantage). Dans un contexte d'inégalités sociales croissantes, avec la disparition de nombreux emplois dans le secteur manufacturier, le chômage à long terme et la crise financière de 2008, la tentation de trouver un réconfort émotionnel dans les drogues ou de gagner de l'argent en les revendant a augmenté.

Depuis le début de la crise, les médias tendent à mettre l'accent sur des « victimes innocentes », c'est-à-dire des personnes ayant développé une addiction suite à une prescription médicale d'opioïdes. Toutefois, les données des dernières années aux États-Unis indiquent que 70 à 80 %²⁶ des personnes qui consomment des opioïdes prescrits médicalement à mauvais escient ne les obtiennent pas de leur propre médecin : elles se les procurent habituellement dans leur famille, auprès d'amis, ou simplement en les prenant dans l'armoire à pharmacie d'autres personnes. Et si la douleur chronique est plus fréquente chez les personnes âgées, le risque d'addiction est en revanche plus élevé chez les jeunes. Les nouveaux cas d'addiction sont rares chez les patients traités pour la douleur qui ne présentent pas – ou n'ont pas d'antécédent – de trouble mental ou d'addiction à une substance, y compris l'alcool²⁷. De plus, la disponibilité des opioïdes prescrits par un médecin a augmenté chez celles et ceux qui consomment déjà des drogues²⁸.

TRAITEMENTS ET AUTRES SERVICES INADÉQUATS

En Amérique du Nord, les personnes qui ont développé une addiction aux opioïdes prescrits par un médecin se heurtent à des systèmes de santé désarmés face à leurs besoins. Aux États-Unis comme au Canada, l'abstinence

L'ÉPIDÉMIE DE VIH DE L'INDIANA

Dans le comté rural de Scott en Indiana (23 730 habitants environ en 2016), un nombre considérable de personnes souffraient d'addiction à l'Opana, un opioïde prescrit médicalement. En 2012, le médicament a été « reformulé » pour dissuader sa consommation par inhalation, ce qui a amené ses consommateurs à l'injecter³⁴. Le seul lieu de test du VIH du comté, une branche de Planned Parenthood (regroupement de planification familiale états-unien), a perdu son financement et a fermé en 2013³⁵. Le VIH s'est alors propagé de manière dramatique : tandis qu'en 2014, cinq personnes avaient reçu des résultats de test positifs pour le VIH, environ 200 personnes étaient infectées fin 2015.

Le gouvernement de l'Indiana est longtemps resté campé sur ses positions, refusant de fournir des seringues propres aux consommateurs de drogue pour des raisons idéologiques, malgré l'avalanche de données prouvant qu'une telle mesure permet de combattre la transmission de VIH et n'encourage pas la consommation de drogues. Il a fallu quatre mois supplémentaires, pendant lesquels 20 nouvelles personnes étaient infectées au VIH chaque semaine, pour que le gouverneur Mike Pence (aujourd'hui vice-président des États-Unis) accepte de mettre en œuvre un programme d'échange de seringues. Ce programme de réduction des méfaits s'est avéré efficace pour enrayer la hausse du nombre de nouvelles infections.

demeure le principal axe thérapeutique²⁹. Les rechutes après une cure de désintoxication sont extrêmement fréquentes, et particulièrement dangereuses à cause de la perte de tolérance pendant les périodes d'abstinence. Cette perte de tolérance accroît le risque de surdose lors d'une rechute³⁰. À l'inverse, le traitement de substitution aux opioïdes (TSO), généralement basée sur l'administration de méthadone ou de buprénorphine, réduit la mortalité³¹.

Les préjugés à l'encontre de la TSO basée sur la méthadone et la buprénorphine – et la surrégulation frappant ces substances – ont eu des effets délétères sur la réponse à la crise. Aux États-Unis en 2015, 8 à 10 % seulement des programmes thérapeutiques offrent la TSO³², et elle est souvent donnée sur des périodes trop courtes pour être efficace³³. La couverture des traitements pour l'addiction par les régimes d'assurance s'est améliorée dans une certaine mesure, et la « parité » avec le traitement des problèmes de santé physiques est devenue obligatoire aux États-Unis en vertu du Patient Protection and Affordable Care Act (Loi sur la protection des patients et les soins

TRAITEMENT DE SUBSTITUTION AUX OPIOÏDES, THÉRAPIE D'ENTRETIEN ET TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX

Le traitement de substitution aux opioïdes (TSO), également appelée thérapie de remplacement aux opioïdes (TRO), thérapie par agonistes opioïdes (TAO) ou thérapie d'entretien, consiste habituellement à remplacer la consommation d'opioïdes de rue par la consommation médicale d'un opioïde à action prolongée, avec un certain degré de supervision. Les substances communément prescrites dans le cadre d'un traitement de substitution sont la méthadone ou la buprénorphine (Suboxone, Subutex).

Il a été démontré à de multiples reprises que la TSO, maintenue aussi longtemps que nécessaire, y compris indéfiniment, est la seule forme de traitement susceptible de réduire le taux de mortalité dû à l'addiction aux opioïdes d'au moins 50 %⁴³, et la plus efficace actuellement connue pour traiter cette addiction selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)⁴⁴. Ces résultats ont été évalués par plusieurs organisations onusiennes⁴⁵, le NIDA des États-Unis⁴⁶, Santé Canada⁴⁷, le National Institute for Health and Care Excellence du Royaume-Uni⁴⁸, l'Institute of Medicine des États-Unis⁴⁹ et de nombreuses autres institutions. Il a également été démontré à de multiples reprises que

la TSO réduit la propagation du VIH et d'autres maladies transmissibles par le sang, ainsi que la consommation de drogue, le recours à l'injection et la criminalité⁵⁰.

Les personnes qui suivent un traitement de substitution aux opioïdes ne ressentent pas d'euphorie (effet flash) après l'administration de leur médicament et ne souffrent pas de symptômes de sevrage. Le manque est considérablement réduit. L'addiction fait place à la seule dépendance physique. Une fois leur état stabilisé, la plupart des patients peuvent conduire, travailler, s'occuper de leur famille⁵¹ et tirer un trait sur la criminalité. Dans certains cas la TSO demeure bénéfique d'une autre manière : elle réduit le risque de surdose en maintenant la tolérance aux opioïdes (la personne qui rechute et prend de l'héroïne a gardé sa capacité à supporter la dose à laquelle elle était habituée) et en diminuant le taux de consommation.

Un nombre convaincant d'articles européens signalent que l'accès supervisé à l'héroïne pharmaceutique (traitement avec prescription médicale d'héroïne) est efficace pour la population réduite de patients qui ne répondent pas au traitement par la

méthadone⁵². Des substances telles que l'hydromorphone (Dilaudid) sont actuellement prometteuses⁵³.

En 2010, les États-Unis ont approuvé une forme de naltrexone à très longue durée d'action (Vivitrol – injectable une fois par mois) comme une troisième option médicamenteuse dans le traitement de l'addiction aux opioïdes⁵⁴. Aux États-Unis, la TSO et la naltrexone à libération prolongée sont groupées dans la catégorie des traitements avec prescription médicamenteuse (medication assisted treatment, ou MAT), qui les distingue des traitements basés sur l'abstinence seulement. Il existe moins d'une demi-douzaine d'études publiées sur la naltrexone à action prolongée : elles présentent des résultats encourageants pour ce qui est de la prévention des rechutes⁵⁵. Mais les données à long terme sont rares et il n'a pas été démontré que la naltrexone à libération prolongée réduit la mortalité ou la morbidité. Il se peut même qu'elle augmente le risque de mort par surdose après l'arrêt du traitement⁵⁶. Le Vivitrol n'est pas approuvé au Canada, cependant il y est disponible à travers le Programme d'accès spécial (PAS) mis en place par le pays face à la crise des opioïdes⁵⁷.

abordables). Toutefois, les prestataires des traitements ne sont pas tenus de se conformer aux exigences fédérales, et les soins offerts sont rarement basés sur des données probantes³⁶. Les traitements franchement frauduleux, abusifs ou négligents sont monnaie courante³⁷.

En outre, la surrégulation de la TSO signifie que les traitements par la méthadone ne sont dispensés que dans des cliniques spécialisées et strictement encadrées. La buprénorphine peut être prescrite par les médecins en dehors des cliniques, mais de nombreux obstacles administratifs existent et, en fin de compte, le nombre de prescripteurs qualifiés est minime. De plus, malgré une demande souvent pléthorique, chaque médecin doit se limiter à un maximum de 275 patients³⁸.

TRANSITION DES OPIOÏDES PRESCRITS MÉDICALEMENT VERS L'HÉROÏNE ET LES OPIOÏDES DE SYNTHÈSE

En 2010, le gouvernement a commencé à s'attaquer aux « moulins à pilules », qui délivraient des prescriptions d'opioïdes à des patients qui n'en avaient pas un réel besoin médical³⁹. La même année, une formule d'OxyContin décourageant le mésusage a été introduite⁴⁰. Ainsi, certaines personnes dépendantes aux opioïdes prescrits par un médecin sont passées à l'héroïne, moins chère et plus facile à s'administrer⁴¹. Environ 80 % des personnes atteintes d'un trouble lié à l'utilisation d'un opioïde l'ont contracté avec un produit obtenu sous prescription médicale. Mais parmi celles et ceux qui s'initient ainsi aux opioïdes, moins de 4 % essayent un jour l'héroïne⁴². Ce pourcentage peut sembler minime, toutefois si l'on considère le grand nombre de personnes

qui ont commencé à prendre des opioïdes prescrits médicalement. Cela représente un nombre significatif de transitions vers l'héroïne, suffisant pour exacerber la crise des surdoses – surtout depuis l'arrivée de l'héroïne coupée au fentanyl et à ses dérivés. Aux États-Unis, la mortalité attribuable au fentanyl a bondi de 72 % de 2014 à 2015 seulement⁵⁸.

La montée du fentanyl est symptomatique de ce que Richard Cowan appelle « la loi d'airain de la prohibition »⁵⁹, à savoir l'interdiction stricte d'une substance favorise la consommation et la vente de substances similaires plus puissantes, qui se prêtent davantage au trafic. Le fentanyl confirme cette loi : entièrement synthétique, il élimine le

besoin de cultiver et de récolter du pavot, et ses coûts de fabrication et de transport sont réduits. 1 mg de fentanyl est environ 50 fois plus puissant que la même quantité de morphine, rapport qui peut être supérieur pour certains de ses dérivés. Ainsi, le carfentanil est 10 000 fois plus puissant que la morphine⁶⁰.

Le passage des opioïdes légalement prescrits par un médecin à l'héroïne illégale illustre également à quel point la frontière entre les substances psychoactives licites et illicites est mince et souvent aléatoire. Il est difficile de justifier l'interdiction et la répression de l'usage de substances illicites quand la consommation presque incontrôlée de produits licites est permise.

L'ÉPIDÉMIE AU CANADA

Bien que le Canada soit au deuxième rang derrière les États-Unis pour la consommation d'opioïdes par habitant et que les taux de surdose y aient augmenté ces dernières années parallèlement à la hausse des prescriptions⁶¹, aucun ensemble de données nationales sur les taux de surdose annuels n'est disponible. Par conséquent, la comparaison entre les taux de surdose au Canada et aux États-Unis demeure subjective. Il est également difficile de déterminer le degré d'association entre l'épidémie d'opioïdes et l'utilisation médicale de ceux-ci au Canada.

Au Canada, le lien entre la prescription de fortes doses d'opioïdes et un nombre accru de visites aux urgences et d'hospitalisations dues aux opioïdes a été démontré⁶². Cependant, environ la moitié des décès par surdose d'opioïde ont été dénombrés dans la province de Colombie-Britannique, qui déplore une incidence élevée de l'utilisation de drogues par injection depuis plusieurs décennies. Plus de 80 % des victimes de surdose y sont des hommes⁶³, alors que le pourcentage de femmes dans les populations traitées pour la douleur chronique tend à dépasser 50 %⁶⁴. Cela suggère que l'usage illicite plutôt que médical soit la cause de l'épidémie canadienne.

Des faits suggèrent que la hausse récente de la mortalité est davantage liée à la toxicité du fentanyl et de ses dérivés qui, fabriqués dans l'illégalité, inondent le marché, qu'à la hausse du nombre de personnes atteintes d'addiction à cause d'un traitement médicamenteux pour la douleur. Des données britannico-colombiennes permettent d'établir que la hausse de la mortalité concerne presque exclusivement la mortalité liée au fentanyl et à ses dérivés; les autres taux

de mortalité par surdose d'opioïde n'ont pas augmenté⁶⁵. Sans améliorations de la collecte de données nationales, il est toutefois impossible de déterminer si cela est vrai pour l'ensemble du pays.

Contrairement aux États-Unis, le Canada dispose d'un système de santé universel qui devrait, d'après l'expérience internationale, offrir une forme de protection contre une hausse ultérieure du nombre de surdoses dues aux opioïdes. Par exemple, les auteurs d'une étude britannique ont mis en évidence l'absence d'association entre le doublement du nombre de prescriptions et le nombre de morts par surdose; le rôle protecteur du service national de santé (National Health Service) du Royaume-Uni serait l'un des facteurs expliquant ce résultat⁶⁶. D'autres facteurs, tels que des degrés d'inégalité sociale inférieurs et un impact moins douloureux de la crise bancaire et financière de 2008 comparativement aux États-Unis, permettent d'affirmer que la crise des opioïdes devrait affecter le Canada à un moindre degré.

Bien que le gouvernement conservateur, au pouvoir jusqu'en 2015, ait lutté contre l'expansion des services de réduction des méfaits, notamment au niveau des salles de consommation supervisées, le pays fournit globalement plus de traitements d'entretien et de services de réduction des méfaits que les États-Unis. Les traitements avec prescription médicale d'héroïne existent au Canada, mais ils ne sont offerts qu'à quelques centaines de personnes⁶⁷. Le nouveau gouvernement en place soutient la réduction des méfaits mais jusqu'à présent la demande dépasse largement l'offre et la portée des mesures mises en œuvre⁶⁸.

RÉACTIONS DES AUTORITÉS ET AUTRES PARTIES PRENANTES

Les États-Unis comme le Canada ont réagi à l'épidémie en créant des lignes directrices à l'intention des médecins afin de réduire la prescription d'opioïdes⁶⁹ et en sévissant contre celles et ceux qui sont vus comme prescrivant trop. Ces deux réactions ont, en effet, réduit l'approvisionnement médical, mais le taux de mortalité par surdose a continué de croître⁷⁰.

Le gouvernement canadien perçoit l'addiction davantage comme un problème de santé qu'une question de justice pénale⁷¹. Cette perception est également partagée par les deux principaux partis aux États-Unis ; malheureusement elle ne se traduit pas par de réelles mesures de dépénalisation. L'administration actuelle aux États-Unis émet des signaux incohérents, semblant parfois soutenir une approche de santé publique, et d'autres fois, revenir à une rhétorique répressive de tolérance zéro.

Les exemples de réactions positives existent néanmoins. Dans certains comtés de la Caroline du Nord, la formation intensive des médecins, couplée à des mesures d'urgence, a fait chuter la mortalité⁷². À Seattle dans l'État de Washington, le programme LEAD (Law Enforcement Assisted Diversion, Réaffectation assistée par la police) a été élaboré pour éviter les arrestations de consommateurs de drogue et leur fournir un accès aux services sanitaires sociaux adéquats, y compris le traitement, si la personne atteinte d'addiction le souhaite. Il est prévu que la mise en œuvre de ce programme pilote, déjà à l'essai dans d'autres villes dans au moins sept autres états, s'étende à de nombreux autres.

De plus, une autre mesure de prévention des surdoses pourrait être plus largement déployée : les « Salles

de consommation à moindre risque », appelées au Canada « Centres d'injection supervisée » (CIS), dont l'expérience s'est avérée très positive en Europe. Ils ont fait leur apparition en Amérique du Nord à Vancouver, avec l'ouverture du CIS « Insite ». Ces lieux permettent à celles et ceux qui les fréquentent de consommer des drogues dans des conditions sûres, hygiéniques et calmes, avec une assistance médicale en cas de surdose. A l'heure actuelle, aucun décès n'a été enregistré dans un CIS, alors que ces centres sont ouverts dans environ 66 villes réparties dans 10 pays⁷³. Une étude menée sur Insite indique que le centre aurait réduit la mortalité locale par surdose de 35 %⁷⁴. D'autres études démontrent que les CIS augmentent le nombre de personnes admises en traitement, réduisent la quantité de délits mineurs et ne favorisent pas la consommation de substances plus dangereuses⁷⁵. Aux États-Unis, le statut juridique des CIS demeure flou⁷⁶, néanmoins Seattle, New York et San Francisco envisagent l'ouverture de tels lieux. Un CIS secret opère aux États-Unis depuis trois ans et a supervisé 2 500 injections sans aucun décès⁷⁷.

Une demi-douzaine d'études prouvent désormais que le cannabis médical peut remplacer une partie de la consommation d'opioïdes pour certains usages, tant pour traiter la douleur que comme substitut moins nocif en cas d'addiction. D'après l'une de ces études, les états ou les provinces qui autorisent l'accès au cannabis médical connaissent des taux d'addiction aux opioïdes et des taux de surdose qui sont 25 % inférieurs⁷⁸. Une autre de ces études révèle que dans ces juridictions, chaque médecin rédige en moyenne 1800 prescriptions d'opioïdes en moins chaque année⁷⁹.



Connu sous le nom de "needle park" (parc à aiguilles), Platzspitz à Zürich est devenu la plus grande scène ouverte de la drogue en Europe à la fin des années 1980 et début des années 1990. Des services de réductions des méfaits et de traitement, comme les salles de consommation surveillées et la prescription médicale d'héroïne se sont révélées être des réponses hautement efficaces : les scènes ouvertes de drogue ont disparu rapidement et les décès par surdoses ont chuté de 50% dans la première décennie après la mise en œuvre.

© 1989 Olivia Heussler /dic.li GmbH

Une étude du Massachusetts montre que la distribution accrue de naloxone, substance utilisée comme antidote des opioïdes en cas de surdose, réduit la mortalité par surdose d'environ moitié⁸⁰. Les États-Unis et le Canada ont décidé d'élargir l'accès à la naloxone de plusieurs manières différentes. De nombreuses juridictions la fournissent aux intervenants de première ligne, tels que les policiers et les pompiers. Plus de 600 programmes aux États-Unis la

distribuant directement aux consommateurs de drogue et à leurs proches étaient actifs en 2014⁸¹. Et au moins 30 États se sont dotés de « commandes permanentes », entre autres mesures, afin que la naloxone soit disponible sans ordonnance dans les pharmacies et dans des endroits cibles, tels les locaux des programmes d'échange de seringues ou les centres de désintoxication⁸².

ENSEIGNEMENTS

Le fait d'avoir laissé augmenter, par manque de contrôle adéquat, l'approvisionnement en opioïdes dans une population soumise à un stress économique intense – fournissant ainsi à des communautés en détresse une source de revenus et de réconfort à court terme – a eu des conséquences très néfastes. Certains patients ont été soulagés par l'accès accru aux opioïdes, mais le déferlement dans les rues de ces opioïdes prescrits par des médecins a causé des dommages énormes, alors qu'une grande partie de la population aux États-Unis faisaient face à la stagnation des salaires, à des perspectives économiques incertaines et au chômage.

La répression de l'approvisionnement médical, qui s'est effectuée sans la mise en place de mesures de traitement et de réduction des méfaits adéquates, a orienté les consommateurs illicites, qui prenaient des drogues dont ils connaissaient le dosage et la composition, vers des drogues de rue « coupées », dont la concentration en ingrédient actif est inconnue. Une hausse du nombre de surdoses et de la mortalité s'en est suivie.

MANQUE DE MESURES DE TRAITEMENT ET DE RÉDUCTION DES MÉFAITS

Malheureusement, reconnaître qu'un problème a commen-

cé avec l'augmentation d'un type d'approvisionnement – les prescriptions médicales en l'occurrence – ne signifie pas que cesser cet approvisionnement peut résoudre le problème. La fermeture des « moulins à pilules » et la suspension des soins médicaux pour des patients soupçonnés de mésusage de médicaments ne mettent pas fin à l'addiction : elles créent simplement une nouvelle clientèle pour le marché illégal.

Afin d'éviter l'expansion des marchés clandestins, il faut offrir un accès immédiat à des traitements et des services de réduction des méfaits adaptés aux besoins des personnes qui n'ont plus accès à des opioïdes prescrits par des médecins. Aucun patient ne devrait être sommairement privé d'opioïdes : en cas de mésusage, la personne concernée devrait pouvoir entamer, sans rupture, un traitement de substitution ou d'autres alternatives, faute de quoi les dommages et la mortalité vont encore s'accroître.

De plus, le soutien psychologique, l'encadrement psychiatrique intensif ou des services de formation professionnelle qui s'ajoutent à la TSO peuvent certes être bénéfiques à certain patients. Toutefois, il n'a pas été démontré que contraindre un patient à suivre une thérapie



Insite à Vancouver, BC, fut la première salle de consommation surveillée, ou Centre d'Injection Supervisée, à voir le jour en Amérique du Nord il y a dix ans.

©2011 AFP/Laurent Vu The

contre sa volonté donne des résultats probants⁸³. Au contraire, l'obligation de présence augmente les coûts (et limite ainsi le nombre de patients que l'on peut soigner), tout en dissuadant celles et ceux qui accepteraient d'observer un traitement médicamenteux si cela entravait moins leur liberté. Les patients qui recherchent l'abstinence devraient disposer des services appropriés, mais des soins assortis d'exigences minimales (accessibilité dite « à bas seuil ») devraient également être disponibles. Il est inacceptable que des gens meurent par manque d'accès à un traitement.

Aux États-Unis, la méthadone et la buprénorphine sont trop lourdement réglementées. Restreindre la méthadone à des cliniques spécialisées et limiter le nombre de patients auxquels les médecins peuvent prescrire de la buprénorphine sont deux mesures qui ont placé la TSO hors de portée de nombreuses personnes, en particulier en milieu rural. Au Canada, les autorités permettent la prescription de méthadone dans le cabinet du médecin, mais l'accès n'est pas suffisamment étendu à la buprénorphine.

L'épidémie d'opioïdes nord-américaine illustre à quel point les communautés sont souvent peu préparées à fournir des services de traitement et de réduction des méfaits adéquats aux personnes atteintes d'addiction. Il est également plus difficile de servir les communautés rurales. Paradoxalement, celles qui connaissent la mortalité par surdose la plus élevée sont également celles qui résistent le plus au déploiement de la réduction des méfaits et des traitements d'entretien.

Ne pas fournir de traitement aux personnes dépendantes aux opioïdes prescrits par des médecins après avoir drastiquement restreint leur approvisionnement se traduit inmanquablement par une augmentation du risque de surdose lors de la transition qu'effectuent ces personnes vers des substances dont la pureté et la puissance sont aussi aléatoires qu'inconnues. L'unique façon d'atténuer les dommages subis par les personnes ayant une addiction aux opioïdes est de les doter de solutions de remplacement acceptables, y compris la TSO avec de la méthadone ou de la buprénorphine et l'héroïne ou l'hydromorphone de qualité médicale.

TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE

L'épidémie a en outre révélé de profondes lacunes en matière de prise en charge thérapeutique de la douleur. Bien que les opioïdes aient un effet bénéfique évident sur certains patients⁸⁴, ils ne conviennent pas à de nombreux autres ; pourtant il existe peu d'alternatives. La couverture des assurances maladies est souvent insuffisante pour défrayer la thérapie physique ou le soutien comportemental qui aideraient les patients atteints d'une affection douloureuse. L'accès à des traitements alternatifs

prometteurs (ainsi qu'à ceux dont l'efficacité n'a pas été démontrée) est également limité.

Étant donné la prévalence de la douleur chronique, qui touche 25 à 50 millions de personnes aux États-Unis⁸⁵, l'investissement dans la recherche de nouveaux traitements devrait être beaucoup plus massif. De plus, il faut mieux comprendre comment optimiser l'utilisation des opioïdes chez les personnes qui en tireront des bienfaits. De nombreux patients souffrant de douleur font état de réductions de dose arbitraires, voire d'incapacité complète à se procurer des opioïdes : un sondage mené par des défenseurs des droits de patients souffrant de douleur a révélé que deux tiers (2/3) de l'ensemble des patients se sont vus réduire ou supprimer leurs doses⁸⁶ – toutefois, aucune étude n'a été faite pour déterminer si ces patients stables à l'égard des opioïdes tirent un quelconque avantage de la diminution involontaire des doses ou subissent des dommages à cause de celle-ci⁸⁷. Bien que les données soient rares, des douzaines de suicides associés à ces réductions arbitraires ont été signalés par des défenseurs des droits des patients, mais aussi par des médecins⁸⁸. Les patients atteints de douleur chronique et les personnes en fin de vie ne devraient pas souffrir parce que d'autres utilisent leurs médicaments à mauvais escient.

La régulation des prescriptions contre la douleur doit établir un équilibre entre le besoin d'accès légitime aux opioïdes, qui suppose notamment de reconnaître les obstacles aux soins tels que l'exigence de visites fréquentes chez le médecin pour les patients stables, et la nécessité d'imposer un contrôle adéquat pour limiter autant que possible les détournements⁸⁹. La régulation des opioïdes doit trouver le juste milieu entre leurs avantages et leurs inconvénients.

LA CRISE EST-ELLE PROPRE À L'AMÉRIQUE DU NORD ?

À l'heure actuelle, l'Europe, l'Australie et la Nouvelle-Zélande ne connaissent pas d'épidémie comparable à celle qui frappe l'Amérique du Nord⁹⁰ : les taux de prescription sont inférieurs, un système de santé universel est disponible dans la plupart des pays et, bien que de nombreux endroits aient traversé récemment une période de détresse économique, celle-ci a été atténuée par un solide filet de protection sociale. Toutefois, le fentanyl et ses dérivés viennent de faire leur apparition au Royaume-Uni – et les épidémies de drogue commencent souvent par un phénomène de mode dans les milieux de la consommation, ce qui lui donne un caractère imprévisible. Les pays européens, entre autres, devraient tenir compte des leçons apprises aux États-Unis et au Canada.

RECOMMANDATIONS

- Ne couper l'approvisionnement en opioïdes prescrits par des médecins que si des mesures de soutien ont été mises en place. De telles mesures consistent, notamment, à offrir suffisamment d'options thérapeutiques pour l'addiction, ainsi que des solutions efficaces pour remplacer l'utilisation des opioïdes pour traiter la douleur.
- Mettre en œuvre à grande échelle des mesures de réduction des méfaits et des thérapies éprouvées, en particulier la distribution de naloxone et la formation sur cette substance, la TSO à bas seuil d'accessibilité, les traitements impliquant la prescription médicale d'héroïne, les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, les centres d'injection supervisée et l'analyse des drogues. Dans les États, provinces ou territoires qui ne disposent pas encore d'une régulation légale de l'usage médical du cannabis, introduire une telle loi.
- La présente crise met en évidence la nécessité de disposer d'une régulation bien conçue et correctement appliquée. Le but est d'atteindre un juste équilibre en matière de régulation, afin de fournir des soins efficaces et adéquats pour la douleur tout en restreignant autant que possible les possibilités de mésusage des opioïdes prescrits. Un tel équilibre suppose : un meilleur encadrement des relations entre l'industrie pharmaceutique, d'une part, et les médecins et les législateurs, d'autre part ; l'existence de lignes directrices pour la prescription qui garantissent un soulagement adéquat des patients souffrant de douleur ; et la formation des médecins en matière de prescription d'opioïdes et de traitement de la douleur fondée sur des données probantes, qui est financée par des organisations neutres.
- Décider de dépénaliser de facto l'utilisation et la possession de drogue pour une utilisation à des fins personnelles à l'échelon municipal, provincial, territorial ou national. Ne pas engager de poursuites contre les personnes qui commettent ces infractions (utilisation et possession à des fins personnelles), afin que celles et ceux qui ont besoin de services médicaux et sociaux puissent en bénéficier librement et aisément, sans craindre de poursuites judiciaires. Davantage de recherches sont requises sur certains sujets cruciaux :
 - Les traitements les plus efficaces contre l'addiction aux opioïdes prescrits.
 - Le lien entre les problèmes économiques, physiques et psychologiques et la crise des opioïdes (une « crise du désespoir »).
 - Le rôle exact du fentanyl et de ses dérivés dans les surdoses, en particulier le moment et la manière dont il est ajouté, et si la distribution de matériel d'analyse aurait un effet positif.

Ces recommandations, si elles étaient appliquées, feraient fléchir la courbe de la mortalité attribuable aux opioïdes aux États-Unis et au Canada, même si elles ne résoudraient pas certains problèmes fondamentaux. La Commission n'a eu de cesse de réclamer la dépénalisation de la consommation et de la possession de drogue à des fins personnelles et des solutions alternatives à la sanction pour les acteurs subalternes et non violents du marché des drogues illicites. La criminalisation a peu d'impact – ou n'en a aucun – sur l'incidence de la consommation de drogue; en revanche, elle favorise les comportements à risque, telles les pratiques d'injection dangereuses, et dissuade les personnes usagères de drogue qui ont besoin de soins de chercher un traitement et d'utiliser d'autres services de santé ou de se prévaloir de programmes de réduction des méfaits susceptibles de les aider. Les avantages sanitaires, économiques et sociaux de la dépénalisation ont été démontrés dans les pays qui les appliquent depuis des décennies⁹¹.

La Commission en appelle également à l'élimination des marchés clandestins en régulant minutieusement les différentes substances, en fonction de leur nocivité potentielle. La manière la plus efficace de réduire les immenses dommages causés par le régime mondial de prohibition des drogues et de se rapprocher des objectifs de santé publique et de sécurité consiste à contrôler les drogues au moyen d'une régulation légale responsable. Ainsi, la Commission ajoute deux autres recommandations de grande portée :

- Mettre un terme à la criminalisation et à l'incarcération des consommateurs de drogue à l'échelle nationale au Canada et aux États-Unis.
- Autoriser et soutenir des projets pilotes de régulation légale des drogues actuellement illicites, y compris les opioïdes, afin de remplacer et de court-circuiter les organisations criminelles, qui dominent actuellement le marché noir et en tirent profit.

REFERENCES

- 1 Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System (2017), « Provisional Count of Drug Overdose Deaths as of 6 August 2017 », 2017, https://www.cdc.gov/nchs/data/health_policy/monthly-drug-overdose-death-estimates.pdf (page internet consultée le 14 septembre 2017).
- 2 Pour 2016, les chiffres étaient de 52 000 morts par surdose, dont 33 000 morts dans lesquelles un opioïde était impliqué. Voir Rudd, R.A., P. Seth, F. David et L. Scholl, « Increases in Drug and Opioid-Involved Overdose Deaths – United States, 2010–2015 », *MMWR Weekly*, n° 65 (2016), p. 1445 à 1452.
- 3 Une étude nationale rend compte de 49 % de polyconsommation, ce qui est une sous-estimation (de nombreux coroners ne consignent d'une drogue, même quand plusieurs sont présentes). Des études locales font état de taux très supérieurs, tels que 100 % à New York (Paone, D., et coll., « Buprenorphine infrequently found in fatal overdose in New York City », *Drug Alcohol Depend*, vol. 155, 2015, p. 298 à 301); 57 % en Virginie (Wunsch, M.J., K. Nakamoto, G. Behonick et W. Massello, « Opioid Deaths in Rural Virginia: A Description of the High Prevalence of Accidental Fatalities Involving Prescribed Medications », *Am J Addict*, vol. 18, 2009, p. 5 à 14); 79 % en Virginie-Occidentale (Hall, A.J., et coll., « Patterns of abuse among unintentional pharmaceutical overdose fatalities », *JAMA*, vol. 300, 2008, p. 2613 à 2620).
- 4 Santé Canada, « Rapport national : décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes (2016) », 2017, <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/abus-medicaments-ordonnance/opioïdes/rapport-national-deces-apparemment-lies-consommation-opioïdes.html> (page internet consultée dans sa version anglaise le 14 septembre 2017).
- 5 Nombre de morts par surdose de drogue en Virginie-Occidentale, classements sanitaires des comtés et feuilles de route, <http://www.countyhealthrankings.org/app/west-virginia/2017/measure/factors/138/data> (page internet consultée le 28 août 2017).
- 6 Bureau des coroners de la Colombie-Britannique, « Illicit Drug Overdose Deaths in BC – January 1, 2007 to July 31, 2017 », <http://www2.gov.bc.ca/assets/gov/public-safety-and-emergency-services/death-investigation/statistical/illicit-drug.pdf> (page internet consultée le 28 août 2017).
- 7 Russell, C., M. Firestone, L. Kelly, C. Mushquash et B. Fischer, « Prescription opioid prescribing, use/misuse, harms and treatment among Aboriginal people in Canada: a narrative review of available data and indicators », *Rural and Remote Health*, vol. 16, 2016, p. 3974, <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=3974> (page internet consultée le 30 août 2017).
- 8 Cicero, T.J., M.S. Ellis, H.L. Surratt et S.P. Kurtz, « The Changing Face of Heroin Use in the United States: A Retrospective Analysis of the Past 50 Years », *JAMA Psychiatry*, vol. 71, 2014, p. 821 à 826.
- 9 McLean, K., « "There's Nothing Here": Deindustrialization as Risk Environment for Overdose », *International Journal of Drug Policy*, vol. 29, 2016, p. 19 à 26; Keyes, K. M., M. Cerda, J.E. Brady, J.R. Havens et S. Galea, « Understanding the Rural-Urban Differences in Nonmedical Prescription Opioid Use and Abuse in the United States », *American Journal of Public Health*, vol. 104, n° 2 (2014), p. e52 à e59; Case, A., et A. Deaton, « Rising Morbidity and Mortality in Midlife among White Non-Hispanic Americans in the 21st Century », *Proceedings of the National Academy of Science*, vol. 112, n° 49 (2015), p. 15078 à 15083; Webster, L. R., et coll., « An Analysis of the Root Causes for Opioid-Related Overdose Deaths in the United States », *Pain Medicine*, vol. 12, 2011, suppl. n° 2, p. S26 à S35.
- 10 Voir en général Alexander, M., *The New Jim Crow*, Ohio St. J. Crim. L., vol. 9, 2011, p. 7; et Musto, D.F., « *The American Disease: Origins of Narcotic Control* », Oxford University Press, 1999.
- 11 Netherland, J., et H.B. Hansen, « The War on Drugs That Wasn't: Wasted Whiteness, "Dirty Doctors," and Race in Media Coverage of Prescription Opioid Misuse », *Cult Med Psychiatry*, vol. 40, 2016, p. 664 à 686.
- 12 Maia Szalavitz, « White Parents Are Fighting Back Against the Drug War They Helped Create », 2015, https://www.vice.com/en_us/article/3bjw9/white-parents-helped-start-the-drug-war-could-they-end-it-as-well-120
- 13 Van Zee, A., « The Promotion and Marketing of OxyContin: Commercial Triumph, Public Health Tragedy », *Am J Public Health*, vol. 99, 2009, p. 221 à 227.
- 14 Zgierska, A., M. Miller et D. Rabago, « Patient Satisfaction, Prescription Drug Abuse, and Potential Unintended Consequences », *JAMA*, vol. 307, 2012, p. 1377 à 1378.
- 15 Ryan, H., L. Girion et S. Glover, « "You want a description of hell?" OxyContin's 12-hour problem », *LATimes*, 2016, <http://www.latimes.com/projects/oxycontin-part1/>.
- 16 Ibid.
- 17 Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes*, Version : 2008. Disponible à : <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr/#/F10-F19>, consulté le 13 octobre 2017.
- 18 Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), « High-risk drug use key epidemiological indicator », <http://www.emcdda.europa.eu/activities/hrdu> (page internet consultée le 28 août 2017).
- 19 Department of Health and Human Services (HHS) des États-Unis, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), « Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables », <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-DetTabs2014/NSDUH-DetTabs2014.htm#tab6-47b> (page internet consultée le 28 août 17); en particulier le tableau 6.47B intitulé « Source Where Pain Relievers Were Obtained for Most Recent Nonmedical Use among Past Year Users Aged 12 or Older, by Age Group: Percentages, Annual Averages Based on 2010-2011 and 2012-2013 », <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-DetTabsPDFWHTML2013/Web/PDFW/NSDUH-DetTabsSect6peTabs47to66-2013.pdf>.
- 20 Volkow, N.D., et A.T. McLellan, « Opioid Abuse in Chronic Pain – Misconceptions and Mitigation Strategies ».
- 21 Nosyk, B., B.D.L. Marshall, B. Fischer, J.S.G. Montaner, E. Wood et T. Kerr, « Increases in the availability of prescribed opioids in a Canadian setting », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 126, 2012, p. 7 à 12.
- 22 Dasgupta, N., K.D. Mandl et J.S. Brownstein, « Breaking the News or Fueling the Epidemic? Temporal Association between News Media Report Volume and Opioid-Related Mortality », *PLoS One*, vol. 4, 2009.

- 23 Boudreau, D., et coll., « Trends in long-term opioid therapy for chronic non-cancer pain », *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, vol. 18, n° 12 (2009), p. 1166 à 1175.
- 24 Volkow, N.D., et A.T. McLellan, « Opioid Abuse in Chronic Pain – Misconceptions and Mitigation Strategies », *New England Journal of Medicine*, vol. 374, 2016, p. 1253 à 1263.
- 25 Shah, A.S., R.H. Blackwell, P.C. Kuo et G.N. Gupta, « Rates and Risk Factors for Opioid Dependence and Overdose after Urological Surgery », *The Journal of Urology*, 2017.
- 26 National Institute on Drug Abuse (NIDA), « The Science of Drug Abuse and Addiction: The Basics », <https://www.drugabuse.gov/publications/media-guide/science-drug-abuse-addiction-basics> (page internet consultée le 28 août 2017)
- 27 Volkow, N.D., et A.T. McLellan, « Opioid Abuse in Chronic Pain – Misconceptions and Mitigation Strategies ».
- 28 O'Brien, C.P., N. Volkow et T.-K. Li, « What's in a Word? Addiction Versus Dependence in DSM-V », *American Journal of Psychiatry*, vol. 163, 2006, p. 764 à 765.
- 29 SAMHSA, National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS): 2016. Data on Substance Abuse Treatment Facilities, série S-93 du Behavioral Health Services Information System (BHSIS), publication n° (SMA) 17 5039 du HHS; également, entretiens avec Donald McPherson, directeur général de la Coalition canadienne des politiques sur les drogues, et Keith Ahamad, chercheur clinicien à l'Urban Health Research Initiative (UHRI), professeur adjoint d'enseignement clinique au Département de médecine familiale de l'Université de la Colombie Britannique (UBC), juillet 2017.
- 30 Strang, J., et coll., « Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: follow up study », *BMJ*, vol. 326, 2013, p. 959 à 960.
- 31 Sordo, L., et coll., « Mortality risk during and after opioid substitution treatment: systematic review and meta-analysis of cohort studies », *BMJ*, vol. 357, 2017; Pierce, M., et coll., « Impact of treatment for opioid dependence on fatal drug-related poisoning: a national cohort study in England », *Addiction*, 111 (2016), p. 298 à 308.
- 32 SAMHSA, National Survey of Substance Abuse Treatment Services (N-SSATS): 2015. Data on Substance Abuse Treatment Facilities, série S-88 du BHSIS, publication n° (SMA) 17 5031 du HHS.
- 33 Saloner, B., M. Daubresse et G. Caleb Alexander, « Patterns of Buprenorphine-Naloxone Treatment for Opioid Use Disorder in a Multistate Population », *Med Care*, vol. 55, 2017, p. 669 à 676.
- 34 Strathdee, S.A., et C. Beyrer, « Threading the Needle – How to Stop the HIV Outbreak in Rural Indiana », *N Engl J Med*, vol. 373, 2015, p. 397 à 399.
- 35 Schumaker, E., « Mike Pence's Defining Moment As Governor? Enabling An HIV Outbreak », *Huffington Post*, 2016.
- 36 The National Center on Addiction and Substance Abuse, « Addiction Medicine: Closing the Gap Between Science and Practice », <https://www.centeronaddiction.org/addiction-research/reports/addiction-medicine-closing-gap-between-science-and-practice> (page internet consultée le 28 août 2017).
- 37 STAT et Boston Globe, « Desperate opioid users are pawns in lucrative insurance fraud scheme », 2017.
- 38 SAMHSA, « Apply to Increase Patient Limits », 2015, <https://www.samhsa.gov/medication-assisted-treatment/buprenorphine-waiver-management/increase-patient-limits> (page internet consultée le 28 août 2017)
- 39 Schuchat, A., D. Houry et G.P. Guy Jr, « New data on opioid use and prescribing in the United States », *JAMA*, vol. 318, 2017, p. 425 à 426.
- 40 FDA, « Postmarket Drug Safety Information for Patients and Providers – OxyContin – Questions and Answers », <https://www.fda.gov/drugs/drugsafety/postmarketdrugsafetyinformationforpatientsandproviders/ucm207196.htm> (page internet consultée le 28 août 2017); Ingraham, C., « How an 'abuse-deterrent' drug created the heroin epidemic », *Washington Post*, 2017.
- 41 Le prix de l'héroïne a baissé de 80 % entre 1990 et 2007, alors que sa pureté a augmenté de 60 %. Werb, D., T. Kerr, B. Nosyk, S. Strathdee, J. Montaner et E. Wood, « The temporal relationship between drug supply indicators: an audit of international government surveillance systems », *BMJ Open*, vol. 3, 2013, e003077; pour des preuves du passage à l'héroïne, voir Cicero, T.J., M.S. Ellis et H.L. Surratt, « Effect of Abuse-Deterrent Formulation of OxyContin », *N Engl J Med*, vol. 367, 2012, p. 187 à 189; Alpert, A., D. Powell et R.L. Pacula, « Supply-Side Drug Policy in the Presence of Substitutes: Evidence from the Introduction of Abuse-Deterrent Opioids », *National Bureau of Economic Research*, 2017; Fischer, B., L. Vojtila et P. Kurdyak, « 'Delisting' OxyContin® to reduce prescription opioid-related harms in Ontario (Canada)—gauging effects 5 years later », *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 2017; Larochelle, M.R., F. Zhang, D. Ross-Degnan et J.F. Wharam, « Rates of opioid dispensing and overdose after introduction of abuse-deterrent extended-release oxycodone and withdrawal of propoxyphene », *JAMA Intern Med*, vol. 175, 2015, p. 978 à 987; Dart, R.C., S.G. Severtson et B. Bucher-Bartelson, « Trends in opioid analgesic abuse and mortality in the United States », *N Engl J Med*, vol. 372, 2015, p. 1573 à 1574.
- 42 Muhuri, P.K., J.C. Gfroerer et M.C. Davies, « Associations of Nonmedical Pain Reliever Use and Initiation of Heroin Use in the United States », SAMHSA – Center for Behavioral Health Statistics and Quality (CBHSQ) – Data Review, 2013, <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/DR006/DR006/nonmedical-pain-reliever-use-2013.htm> (page internet consultée le 28 août 2017).
- 43 Pierce, M., et coll., « Impact of treatment for opioid dependence on fatal drug-related poisoning: a national cohort study in England ».
- 44 OMS, « The methadone fix », <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/3/08-010308/en/http://www.who.int/bulletin/volumes/86/3/08-010308/en/> (page internet consultée le 28 août 2017).
- 45 Voir, à titre d'exemple, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), OMS, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUJDC), Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention, exposé de position, OMS, Genève, 2004.
- 46 Breen, K., et autres, n.d., Part B: 20 Questions and Answers Regarding Methadone Maintenance Treatment Research, NIDA, <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/pdf/partb.pdf> (page internet consultée le 14 septembre 2017).
- 47 Santé Canada, « Meilleures pratiques - Traitement d'entretien à la méthadone », 2002, <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-concerns/reports-publications/alcohol-drug-prevention/best-practices-methadone-maintenance-treatment.html> (page internet consultée dans sa version anglaise le 28 août 2017).

- 48 National Institute for Health and Care Excellence (NICE), « Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence », orientations et lignes directrices, 2007, <https://www.nice.org.uk/guidance/ta114/chapter/4-Evidence-and-interpretation> (page internet consultée le 28 août 2017).
- 49 Institute of Medicine, Federal Regulation of Methadone Treatment, 1995.
- 50 Breen, K., et autres, n.d., Part B: 20 Questions and Answers Regarding Methadone Maintenance Treatment Research (page internet consultée le 28 août 2017).
- 51 Soyka, M., « New developments in the management of opioid dependence: focus on sublingual buprenorphine-naloxone », *Subst Abuse Rehabil*, vol. 6, 2015, p. 1 à 14; Strand, M.C., B. Fjeld, M. Arnestad et J. Mørland, « Can patients receiving opioid maintenance therapy safely drive? A systematic review of epidemiological and experimental studies on driving ability with a focus on concomitant methadone or buprenorphine administration », *Traffic Inj Prev*, vol. 14, 2013, p. 26 à 38.
- 52 Strang, J., et coll., « Heroin on trial: systematic review and meta-analysis of randomised trials of diacetylmorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addiction », *Br J Psychiatry*, vol. 207, 2015, p. 5 à 14.
- 53 Oviedo-Joekes, E., et coll., « Hydromorphone Compared With Diacetylmorphine for Long-term Opioid Dependence: A Randomized Clinical Trial », *JAMA Psychiatry*, vol. 73, 2016, p. 447 à 455.
- 54 Historique d'approbation de Vivitrol (naltrexone) par la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis, <https://www.drugs.com/history/vivitrol.html> (page internet consultée le 28 août 2017).
- 55 Krupitsky, E., E.V. Nunes, W. Ling, A. Illeperuma, D.R. Gastfriend et B.L. Silverman, « Injectable extended-release naltrexone for opioid dependence: a double-blind, placebo-controlled, multicentre randomised trial », *Lancet*, vol. 377, 2011, p. 1506 à 1513; Coviello, D.M., et coll., « A Multi-Site Pilot Study of Extended-Release Injectable Naltrexone Treatment for Previously Opioid-Dependent Parolees and Probationers », *Subst Abuse*, vol. 33, 2012, p. 48 à 59; Gordon, M.S., T.W. Kinlock, F.J. Vocci, T.T. Fitzgerald, A. Memisoglu et B. Silverman, « A Phase 4, Pilot, Open-Label Study of VIVITROL® (Extended-Release Naltrexone XR-NTX) for Prisoners », *J Subst Abuse Treat*, vol. 59, 2015, p. 52 à 58; Lee, J.D., et coll., « Opioid treatment at release from jail using extended-release naltrexone: a pilot proof-of-concept randomized effectiveness trial », *Addiction*, vol. 110, 2015, p. 1008 à 1014.
- 56 Degenhardt, L., S. Larney, J. Kimber, M. Farrell et W. Hall, « Excess mortality among opioid-using patients treated with oral naltrexone in Australia », *Drug Alcohol Rev*, vol. 34, 2015, p. 90 à 96; voir également les renseignements fournis par l'étiquette : https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2010/021897s005s0101bl.pdf (page internet consultée le 12 septembre 2017).
- 57 The Globe and Mail, « Health Canada to allow imports of drugs needed to treat opioid addiction », 2017..
- 58 CDC, « Synthetic Opioid Data », 2016 <https://www.cdc.gov/drugoverdose/data/fentanyl.html> (page internet consultée le 28 août 2017).
- 59 Beletsky, L., et C.S. Davis. « Today's fentanyl crisis: Prohibition's Iron Law, revisited », *Int J Drug Policy*, vol. 46, 2017, p. 156 à 159.
- 60 DrugBank (éd.), « Carfentanil », 2017, <https://www.drugbank.ca/drugs/DB01535> (page internet consultée le 28 août 2017).
- 61 Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, « Médicaments d'ordonnance et opioïdes », <http://www.cclt.ca/fra/topics/prescription-drugs/pages/default.aspx> (page internet consultée dans sa version anglaise le 28 août 2017).
- 62 Spooner, L., et coll., « High-Dose Opioid Prescribing and Opioid-Related Hospitalization: A Population-Based Study », *PLoS One*, vol. 11, 2016.
- 63 Bureau des coroners de la Colombie-Britannique, « Illicit Drug Overdose Deaths in BC - January 1, 2007 to July 31, 2017 ».
- 64 Mansfield, K.E., J. Sim, J.L. Jordan et K.P. Jordan, « A systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic widespread pain in the general population », *Pain*, vol. 157, 2016, p. 55 à 64.
- 65 Vancouver Sun, « B.C. opioid crisis: Province on pace for more than 1,400 overdose deaths in 2017 », 2017.
- 66 Weisberg, D.F., W.C. Becker, D.A. Fiellin et C. Stannard, « Prescription opioid misuse in the United States and the United Kingdom: cautionary lessons », *Int J Drug Policy*, vol. 25, 2014, p. 1124 à 1130.
- 67 Entretiens avec Donald McPherson, directeur général de la Coalition canadienne des politiques sur les drogues, et Keith Ahmad, chercheur clinicien à l'UHRI, professeur adjoint d'enseignement clinique au Département de médecine familiale de l'UBC, 6 juillet 2017.
- 68 Ibid.
- 69 Pour les États-Unis : « CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain - United States, 2016 », *MMWR Recomm Rep*, vol. 65. Pour le Canada : Busse, J.W., et coll., « Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain », *CMAJ*, vol. 189, 2017, E659-E666.
- 70 Schuchat, A., D. Houry et G.P. Guy, « New Data on Opioid Use and Prescribing in the United States », *JAMA*, vol. 318, p. 425 à 426, 2017.
- 71 Voir, par exemple, Santé Canada, « Déclaration conjointe sur les mesures visant à remédier à la crise des opioïdes », 2016 <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/conference-opioides/declaration-conjointe-mesures-visant-remedier-crise-opioides.html> (page internet consultée dans sa version anglaise le 28 août 2017).
- 72 Albert, S., F.W. Brason II, C.K. Sanford, N. Dasgupta, J. Graham et B. Lovette, « Project Lazarus: Community-Based Overdose Prevention in Rural North Carolina », *Pain Medicine*, vol. 12, 2011, S77-S85.
- 73 Kral, A.H., et P.J. Davidson, « Addressing the Nation's Opioid Epidemic: Lessons from an Unsanctioned Supervised Injection Site in the U.S. », *American Journal of Preventive Medicine*, 2017.
- 74 Marshall, B.D.L., M.-J. Milloy, E. Wood, J.S.G. Montaner et T. Kerr, « Reduction in overdose mortality after the opening of North America's first medically supervised safer injecting facility: a retrospective population-based study », *Lancet*, vol. 377, 2011, p. 1429 à 1437.

- 75 Kral, A.H., et P.J. Davidson, « Addressing the Nation's Opioid Epidemic: Lessons from an Unsanctioned Supervised Injection Site in the U.S. ».
- 76 Beletsky, L., C.S. Davis, E. Anderson et S. Burris, « The Law (and Politics) of Safe Injection Facilities in the United States », *Am J Public Health*, vol. 98, 2008, p. 231 à 237.
- 77 Kral, A.H., et P.J. Davidson, « Addressing the Nation's Opioid Epidemic: Lessons from an Unsanctioned Supervised Injection Site in the U.S. ».
- 78 Bachhuber, M.A., B. Saloner, C.O. Cunningham et C.L. Barry, « Medical cannabis laws and opioid analgesic overdose mortality in the United States, 1999-2010 », *JAMA Internal Medicine*, vol. 174, 2014, p. 1668 à 1673.
- 79 Bradford, A.C., et W.D. Bradford, « Medical Marijuana Laws Reduce Prescription Medication Use In Medicare Part D », *Health Aff*, vol. 35, 2016, p. 1230 à 1236.
- 80 Walley, A.Y., et coll., « Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in Massachusetts: interrupted time series analysis », *BMJ*, vol. 346, 2013, f174.
- 81 Wheeler, E., T.S. Jones, M.K. Gilbert et P.J. Davidson, « Opioid Overdose Prevention Programs Providing Naloxone to Laypersons », *CDC, MMWR Report*, vol. 64, n° 23 (2014), p. 631 à 635.
- 82 The Network For Public Health Law, « "Over the Counter" Naloxone Access, Explained », https://www.networkforphl.org/the_network_blog/2016/03/01/745/over_the_counter_naloxone_access_explained (page internet consultée le 28 août 2017).
- 83 Schwartz, R.P., et coll., « A randomized controlled trial of interim methadone maintenance », *Arch Gen Psychiatry*, vol. 63, 2006, p. 102 à 109. Voir également Amato, L., S. Minozzi, M. Davoli et S. Vecchi, « Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence », *Cochrane Database Syst Rev*, CD004147, 2011; Strang, J., W. Hall, M. Hickman et S.M. Bird, « Impact of supervision of methadone consumption on deaths related to methadone overdose (1993-2008): analyses using OD4 index in England and Scotland », *BMJ*, vol. 341, 2010, c4851.
- 84 Cochrane, « Opioids for long-term treatment of noncancer pain », http://www.cochrane.org/CD006605/SYMPT_opioids-long-term-treatment-non-cancer-pain (page internet consultée le 28 août 2017).
- 85 Nahin, R.L., « Estimates of Pain Prevalence and Severity in Adults: United States, 2012 », *The Journal of Pain*, vol. 16, 2015, p. 769 à 780.
- 86 Pain News Network, « Survey: Opioids Reduced or Stopped for Most Patients », 2016, <https://www.painnewsnetwork.org/stories/2016/8/4/survey-opioids-stopped-or-reduced-for-most-patients> (page internet consultée le 28 août 2017).
- 87 Mundkur, M.L., A.J. Gordon et S.G. Kertesz, « Will strict limits on opioid prescription duration prevent addiction? advocating for evidence-based policymaking », *Substance Abuse*, vol. 38, 2017, p. 237 à 238.
- 88 « Strict limits on opioid prescribing risk 'inhumane treatment' of pain patients », *STAT*, 2017, <https://www.statnews.com/2017/02/24/opioids-prescribing-limits-pain-patients/> (page internet consultée le 14 septembre 2017).
- Voir également « As a physician, I urge caution as we cut back opioids », *The Hill*, 2017, <http://thehill.com/blogs/pundits-blog/healthcare/326095-as-a-physician-i-urge-other-doctors-to-cut-back-on-prescribing> (page internet consultée le 14 septembre 2017).
- 89 OMS (éd.), *Assurer l'équilibre dans les politiques nationales relatives aux substances sous contrôle : orientation pour la disponibilité et l'accessibilité des médicaments sous contrôle*, OMS, Genève, 2011.
- 90 Fischer, B., A. Keates, G. Bühringer, J. Reimer et J. Rehm, « Non-medical use of prescription opioids and prescription opioid-related harms: why so markedly higher in North America compared to the rest of the world? », *Addiction*, vol. 109, 2014, p. 177 à 181; van Amsterdam, J., et W. van den Brink, « The Misuse of Prescription Opioids: A Threat for Europe? », *Curr Drug Abuse Rev*, vol. 8, 2015, p. 3 à 14.
- 91 Eastwood, N., Fox, E., Rosmarin, A., 2016. *A Quiet Revolution: drug decriminalisation across the globe*.

AUTRES RESSOURCES

www.beckleyfoundation.org
www.countthecosts.org
www.cupihd.org
www.druglawreform.info
www.drugpolicy.org
www.hivlawcommission.org
www.hri.global
www.hrw.org
www.igarape.org.br
www.intercambios.org.ar
www.icsdp.org
www.idhdp.com
www.idpc.net
www.inpud.net
www.incb.org
www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/WorldDrugProblem.aspx
www.talkingdrugs.org
www.tdpf.org.uk
www.unaids.org/en/targetsandcommitments/preventinghivamongdrugusers
www.unodc.org
www.who.int/topics/substance_abuse/en/
www.wola.org/program/drug_policy

REMERCIEMENTS:

RÉVISION D'EXPERTS

Holly Bradford
Richard Elliott
Thomas Kerr
Susan Sherman

Steffanie Strathdee
Maia Szalavitz
Jasmine Tyler
Ambros Uchtenhagen

LA COMMISSION GLOBALE DE POLITIQUE EN MATIÈRE DE DROGUES

SECRÉTARIAT

Khalid Tinasti
Barbara Goedde
Eric Grant
Anna Iatsenko

SOUTIEN

Open Society Foundations
Virgin Unite
La Fondation Oak
Le Département fédéral
des affaires étrangères suisse

RAPPORTS DE LA COMMISSION GLOBALE DE POLITIQUE EN MATIÈRE DE DROGUES

- La guerre aux drogues (2011)
- La guerre aux drogues face au VIH/sida :
Comment la criminalisation de l'usage de drogue aggrave la pandémie mondiale (2012)
- L'impact négatif de la guerre contre la drogue sur la santé publique :
L'épidémie cachée d'hépatite C (2013)
- Pendre le contrôle :
Sur la voie de politiques efficaces en matières de drogues (2014)
- Les effets négatifs du contrôle des drogues sur la santé publique :
La crise mondiale des souffrances inutiles (2015)
- Pour une véritable dépénalisation des drogues :
Étape nécessaire de la réforme des politiques publiques (2016)

<http://www.globalcommissionondrugs.org/reports/>

CONTACTS

secretariat@globalcommissionondrugs.org
www.globalcommissionondrugs.org



COMMISSION GLOBALE DE POLITIQUE EN MATIÈRE DE DROGUES

La Commission globale de politique en matière de drogues vise à ouvrir, au niveau international, un débat éclairé et scientifique sur des moyens humains et efficaces de réduire les préjudices causés aux personnes et aux sociétés par les drogues et les politiques de contrôle des drogues.

OBJECTIFS

- Examiner les fondements idéologiques, l'efficacité et les conséquences de l'approche de la « guerre aux drogues »
- Évaluer les risques et les avantages des différentes approches face aux drogues mises en œuvre au niveau national
- Formuler des recommandations factuelles et pratiques pour réformer de façon constructive les lois et pratiques en matière de drogues