
ACTION = VIE: Appel à une réponse immédiate à la crise nationale de décès par surdose d'opioïdes

Août 2016

Le très honorable Justin Trudeau
Premier ministre du Canada

L'honorable Jane Philpott
Ministre de la Santé

L'honorable Jody Wilson-Raybould
Ministre de la Justice et
Procureure générale du Canada

L'honorable Sarah Hoffman, ministre de la Santé, Alberta
L'honorable Terry Lake, ministre de la Santé, Colombie-Britannique
L'honorable Jim Reiter, ministre de la Santé, Saskatchewan
L'honorable Kelvin Goertzen, ministre de la Santé, des Aînés et de la Vie active, Manitoba
L'honorable Eric Hoskins, ministre de la Santé et des Soins de longue durée, Ontario
L'honorable Gaétan Barrette, ministre de la Santé et des Services sociaux, Québec
L'honorable Robert L. Henderson, ministre de la Santé et du Bien-être, Île-du-Prince-Édouard
L'honorable Victor Boudreau, ministre de la Santé, Nouveau-Brunswick
L'honorable Leo Glavine, ministre de la Santé, Nouvelle-Écosse
L'honorable John Haggie, ministre de la Santé et des Services communautaires, Terre-Neuve-et-Labrador
L'honorable George Hickes, ministre de la Santé, Nunavut
L'honorable Glen Abernethy, ministre de la Santé et des Services sociaux, Territoires du Nord-Ouest
L'honorable Mike Nixon, ministre de la Santé et des Services sociaux, Yukon

Le Canada est aux prises avec une accablante crise de surdoses d'opioïdes. On y observe depuis plusieurs années une hausse alarmante du nombre de cas déclarés de préjudices et de décès liés aux opioïdes.¹ Le 8 avril 2016, la Colombie-Britannique est devenue la première province canadienne à déclarer une urgence de santé publique en la matière; elle est la seule à l'avoir fait, à ce jour, malgré les vies emportées à l'échelle du pays. En Ontario, une personne meurt de causes liées aux opioïdes toutes les 14 heures.² Depuis l'année 2000, plus de 5 000 personnes sont décédées d'une surdose d'opioïdes, dans cette province – soit une hausse de 463 %.³ Des preuves d'une épidémie à grande échelle et sans précédent ont été relevées en Alberta,⁴ au Québec⁵ et dans d'autres provinces.⁶ Comme l'a récemment signalé la ministre fédérale de la Santé, en C.-B. et en Alberta, nous voyons à présent plus de personnes mourir de la consommation abusive d'opioïdes que d'accidents automobiles.⁷ L'épidémie de surdoses d'opioïdes est considérée comme étant « la pire crise de sécurité des médicaments de l'histoire canadienne ». ⁸ Elle peut affecter qui que ce soit, y compris des personnes qui utilisent des opioïdes d'ordonnance à des fins médicales et non médicales, et des personnes qui consomment des drogues achetées sur le marché illégal et non réglementé.⁹ Plus récemment, les décès liés au fentanyl – un puissant médicament opioïde produit de manière légale et dans des laboratoires illégaux – ont augmenté considérablement. Dans plusieurs cas, il semble que les individus aient consommé du fentanyl par erreur, croyant qu'il s'agissait plutôt d'héroïne, d'oxycodone, de cocaïne ou d'une autre substance.¹⁰ La ministre de la Santé de l'Alberta a affirmé que la consommation de fentanyl est un problème national.¹¹ En tant que pays, nous devons reconnaître publiquement cette crise de surdoses d'envergure nationale et adopter des mesures proactives pour prévenir d'autres décès.

Les décès par surdose sont évitables, en présence de mesures adéquates. À l'approche de la Journée internationale de sensibilisation aux surdoses, le 31 août, les organismes soussignés vous exhortent, à titre de premier ministre et de ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux de la Santé et de la Justice, à mettre en œuvre immédiatement ce plan d'action en cinq points. Ceci inclut la création d'un groupe de travail national sur les surdoses, composé de professionnels qualifiés du secteur de la santé et de la réduction des méfaits, afin de développer une réponse nationale immédiate, coordonnée et fondée sur des données probantes, devant l'augmentation alarmante des décès liés aux opioïdes d'ordonnance ou illégaux.

ACTIONS IMMÉDIATES REQUISES

Nous vous exhortons à agir sans délai et conformément aux recommandations ci-dessous. Ces cinq points constituent les premières étapes d'une réponse nationale à la crise, afin de réduire les préjudices et les décès liés aux surdoses d'opioïdes au Canada.

1. Mettre à l'échelle rapidement l'accès à la naloxone, un médicament d'urgence salvateur servant à renverser les surdoses d'opioïdes.

La naloxone est un antagoniste des opioïdes non toxique et sûr, qui renverse les effets de la surdose d'opioïdes et sauve des vies.¹² À l'heure actuelle, au Canada, elle est disponible uniquement sous forme d'injection intramusculaire; jusqu'à récemment, elle était utilisée principalement en milieu hospitalier. En mars, le gouvernement fédéral a modifié le statut de médicament d'ordonnance de la naloxone pour permettre son utilisation en situation d'urgence, sans ordonnance, afin de traiter les surdoses d'opioïdes hors du milieu hospitalier. Certaines provinces et certains territoires (7 sur 13) ont déjà mis en œuvre des programmes communautaires limités de naloxone à emporter – habituellement des trousseaux contenant deux ampoules de naloxone injectable à dose unique (0,4 mg); d'autres ont entrepris de modifier leur réglementation pour en autoriser l'utilisation par les premiers intervenants.¹³ Et nous accueillons favorablement l'annonce, en juillet 2016, selon laquelle la ministre fédérale de la Santé a signé une ordonnance provisoire autorisant l'importation immédiate de naloxone sous forme de vaporisateur nasal des États-Unis et sa vente au Canada.¹⁴ Or, en dépit de ces changements, il persiste de réels obstacles pratiques et financiers à l'accès à la naloxone au Canada.

Le Canada a besoin de mesures proactives supplémentaires pour faire en sorte que la naloxone en formulations faciles à utiliser (vaporisateur nasal, seringues préremplies ou auto-injecteurs) soit accessible aux personnes qui consomment des opioïdes, à leurs amis et familles, aux intervenants de services d'urgence et à d'autres individus susceptibles d'être témoins de surdoses. Un accès à la naloxone élargi et à faible barrière réduira les préjudices, sauvera des vies et permettra de fournir des soins de niveau similaire à ceux visant la prévention d'autres décès évitables.¹⁵ Nous vous exhortons à adopter les mesures suivantes sans tarder :

- Approuver la présentation de nouveau médicament récemment déposée concernant la naloxone en vaporisateur nasal, afin d'autoriser la vente de cette formulation au Canada.
- Allouer des fonds à l'achat à grande échelle de trousseaux de naloxone, y compris sous forme de vaporisateur nasal.
- Faire en sorte que tous les premiers intervenants reçoivent des provisions de naloxone dans leur matériel standard et soient autorisés à l'administrer en cas de possible surdose d'opioïdes.
- Abolir toute autre restriction réglementaire – que ce soit dans la loi provinciale ou dans les règles adoptées par des instances de réglementation – pour permettre à un éventail plus large d'intervenants (comme les pompiers, les policiers, les employés de refuges et d'autres individus susceptibles d'être témoins de surdoses) d'administrer la naloxone en cas de possible surdose d'opioïdes.

- Mettre à profit les mécanismes existants pour l'achat et la distribution de matériel de réduction des méfaits afin de distribuer des trousse de naloxone aux organismes de première ligne, aux organismes communautaires et aux organismes de personnes qui consomment des drogues, pour utilisation et distribution dans le cadre de leurs programmes de proximité.
- Veiller à ce que des références en matière de réduction des méfaits et de traitement soient fournies à tout individu à risque de surdose. Ceci inclut l'accès à une formation sur la naloxone et à des trousse de naloxone lors du congé d'un établissement correctionnel, d'un hôpital de soins de courte durée et d'un programme de traitement de la dépendance à la drogue.
- Ajouter la naloxone à tous les formulaires provinciaux et territoriaux afin qu'elle soit couverte par les régimes d'assurance médicaments des provinces et territoires.
- Mandater tous les pharmaciens de fournir des trousse de naloxone abordables.
- Établir des politiques encourageant la coprescription de naloxone avec les opioïdes à forte dose.

2. Édicter et publiciser une « loi du bon samaritain » garantissant l'immunité contre l'arrestation à toute personne témoin d'une surdose qui appelle le 911 pour obtenir de l'assistance.

Un témoin est présent dans la plupart des cas urgents de surdose. Une étude ontarienne a révélé qu'un appel aux services d'urgence était effectué dans seulement 46 % de ces cas; le principal obstacle cité était la peur d'une présence policière et le risque d'accusations criminelles.¹⁶

En juin 2016, des députés de tous les partis ont voté à l'unanimité pour l'étude du Projet de loi C-224 par le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes. La *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose* modifierait la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* pour accorder l'immunité contre des poursuites au motif de possession simple d'une substance réglementée, à toute personne qui appellerait le 911 pour signaler une surdose. Nous applaudissons le dépôt du Projet de loi C-224 d'initiative parlementaire, qui appelle à l'action dans ce dossier très sérieux, mais nous sommes d'avis qu'il faudra en élargir la portée pour arriver à de réels changements. Si l'immunité accordée était étendue au trafic, aux mandats non exécutés pour des infractions non violentes comme le vol à l'étalage, et aux personnes détenues dans des établissements correctionnels provinciaux, territoriaux et fédéraux ainsi qu'à celles sous surveillance correctionnelle dans la communauté, le Projet de loi C-224 maximiserait les chances que les gens appellent les secours d'urgence sans craindre d'être arrêtés pour ces motifs.

La création de cette législation n'est qu'une première étape pour encourager un plus grand nombre de Canadiens à appeler les services d'urgence. Les modifications suivantes sont nécessaires afin que les Canadiens comprennent et utilisent la Loi sur les bons samaritains :

- Amender le Projet de loi C-224 en élargissant l'immunité au trafic, aux mandats non exécutés pour des infractions non violentes comme le vol à l'étalage, et aux personnes détenues dans des établissements correctionnels provinciaux, territoriaux et fédéraux ainsi qu'à celles sous surveillance correctionnelle dans la communauté, et accélérer l'approbation de ce projet de loi amendé.
- Les provinces et territoires devraient ordonner à leurs services de police de ne pas répondre aux appels du 911 liés à des surdoses, sauf si leur présence est requise pour des raisons de sécurité.
- Le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et territoriaux, les forces policières et les autorités de la santé doivent collaborer à allouer des fonds à un plan d'éducation du public pour assurer

un degré élevé de sensibilisation à l'égard de la Loi sur les bons samaritains et de sa place dans le plan de réponse d'urgence aux surdoses.

3. Élargir l'accès aux traitements.

Il est essentiel d'améliorer l'accès aux options de traitement de substitution aux opioïdes pour réduire le nombre de surdoses. Il existe quatre options de traitement pharmaceutique contre la dépendance aux opioïdes, au Canada, mais l'accès à celles-ci demeure limité dans l'ensemble du pays. Les traitements sont classés en deux catégories : 1) traitement agoniste aux opioïdes (TAO) et 2) traitement d'opioïdes injectables (TOI).

À l'heure actuelle, deux options de TAO sont disponibles au Canada pour le traitement du trouble de consommation d'opioïdes : la méthadone et la buprénorphine/naloxone (p. ex., Suboxone). La méthadone prévient le sevrage, réduit le besoin d'opioïdes, bloque l'effet euphorisant d'autres opioïdes et réduit la mortalité.¹⁷ La méthadone est utilisée au Canada comme traitement des troubles de consommation d'opioïdes depuis les années 1960.¹⁸ Vu l'existence d'importantes lois régissant les pratiques de prescription de la méthadone dans plusieurs régions du pays, l'accès à ce traitement varie considérablement d'une région à l'autre.

La buprénorphine/naloxone, autre option pour traiter la dépendance aux opioïdes, a été approuvée par Santé Canada en 2007. Il est démontré que la buprénorphine/naloxone produit des résultats thérapeutiques comparables à la méthadone, avec moins d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses, de moindres risques de sécurité en cas de diversion (p. ex., utilisation par des individus n'ayant pas d'ordonnance) et d'importants avantages pour la sécurité.¹⁹ De plus, les exigences restrictives d'un traitement sous observation directe ne s'appliquent pas à la buprénorphine/naloxone, ce qui en fait une option viable dans le cas d'individus pour lesquels les exigences d'ingestion de la méthadone sous observation créent des obstacles. Malgré des preuves substantielles démontrant les bienfaits de la buprénorphine/naloxone, l'accès à ce médicament demeure difficile pour plusieurs personnes. En particulier, les exigences réglementaires faisant en sorte que les individus doivent essayer d'abord la méthadone avant d'avoir accès à la buprénorphine/naloxone doivent être immédiatement retirées. La Colombie-Britannique a récemment adopté cette mesure et d'autres provinces devraient emboîter le pas.

Il demeure au Canada une importante population d'individus vulnérables qui ne peuvent pas être fidèles au TAO ou en bénéficier de façon constante. Pour ces personnes, des études d'Europe et du Canada ont démontré que le traitement d'opioïdes injectables (TOI), comme la diacétylmorphine (traitement assisté à l'héroïne [TAH]) ou l'hydromorphone par injection, est une avenue thérapeutique fondée sur des données qui s'avère rentable.²⁰ L'offre du TOI en milieu de soins de santé fera en sorte que des individus dépendants aux opioïdes et ne pouvant être stabilisés au moyen d'un TAO seront davantage impliqués et retenus dans les traitements, et mieux protégés contre des méfaits comme le décès par surdose.²¹

Le piètre accès au TAO et au TOI au Canada est directement lié au nombre limité de fournisseurs de soins qualifiés en matière de dépendance. Une formation en médecine de la dépendance pour les médecins de soins primaires est urgemment requise afin d'accroître l'accès aux traitements à travers le pays. Les autres obstacles à l'accès au TAO incluent des frais cliniques ou d'utilisation inabornables, des exigences restrictives de traitement sous observation directe, et la réticence à recourir à des soins ou à les continuer en raison de la stigmatisation.²²

Les actions suivantes assureraient un accès accru aux traitements de substitution aux opioïdes :

- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux collaborent à assurer la mise en œuvre rapide de ces quatre modalités de traitement aux opioïdes dans leurs systèmes de prestation de soins de santé,

notamment en développant une stratégie nationale pour former les médecins de soins primaires en médecine de la dépendance.

- Éliminer la nécessité que les médecins doivent demander une exemption de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRDS) pour prescrire de la méthadone.
- Adopter des mesures réglementaires immédiates, au palier fédéral, pour mettre à l'échelle la diacétylmorphine (meilleures données disponibles) ou l'hydromorphone par injection en tant que traitement de la dépendance aux opioïdes, par les moyens suivants :
 - o Ajouter la diacétylmorphine (meilleures données) et l'hydromorphone aux formulaires provinciaux et territoriaux.
 - o Élargir l'accès à l'hydromorphone injectable par le biais du Programme d'accès spécial de Santé Canada afin que les médecins puissent renouveler leurs demandes une fois l'an plutôt qu'aux trois mois.
 - o Accélérer les procédures d'homologation de la diacétylmorphine (héroïne pharmaceutique) pour le traitement de la consommation problématique d'opioïdes.

4. Abroger entièrement la *Loi sur le respect des collectivités* créant des obstacles aux services pour la consommation plus sécuritaire de drogues qui visent à sauver des vies et à protéger la santé.

En juin 2015, malgré l'opposition de presque tous les experts en santé, le gouvernement fédéral de l'époque a adopté le Projet de loi C-2, *Loi sur le respect des collectivités* (LRC). En vertu de cette nouvelle loi, au moins 26 exigences doivent être satisfaites avant que la ministre fédérale de la Santé puisse envisager d'exercer sa discrétion ministérielle pour accorder une exemption de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* permettant la mise en œuvre de services de consommation supervisée (SCS) sans risque de poursuites. La plupart de ces dispositions impliquent d'obtenir des lettres de divers dirigeants gouvernementaux, y compris de professionnels de la santé et des autorités policières. Or, comme le démontrent un certain nombre d'études examinées par des pairs et comme l'a reconnu la Cour suprême du Canada dans *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society*, il est évident que les SCS sauvent des vies, améliorent la sécurité publique, réduisent la transmission des maladies, favorisent l'amorce d'un traitement de la dépendance et sont rentables.²³ À l'heure où les autorités locales subissent des pressions pour répondre à la crise de surdoses d'opioïdes, les exigences d'approbation excessives et déraisonnables énoncées dans la LRC détournent des ressources déjà maigres, empêchent les localités de mettre en œuvre des réponses complètes à la crise, mettent en danger les vies de Canadiens vulnérables et sont d'une constitutionnalité discutable. Aucun autre service de santé pour les personnes ayant des troubles de santé mentale et/ou de consommation de drogues n'est assujéti à de telles exigences.

Les provinces et territoires canadiens disposent d'un cadre établi pour la distribution de seringues et les services de réduction des méfaits. La seule différence entre la distribution de seringues et les SCS est que les clients sont encouragés à maintenir leur participation aux programmes de SCS. Cela fait en sorte que les individus ne s'injectent pas en public, que les seringues ne soient pas partagées, que les clients puissent être réanimés en cas de surdose et que des références au traitement soient offertes sur place.²⁴ Le gouvernement canadien doit reconnaître le jugement de la Cour suprême du Canada et le vaste corpus de données scientifiques établissant les bienfaits des SCS, et rendre plus accessible le processus d'exemption pour la création de SCS aux organismes qui fournissent déjà des services de réduction des méfaits aux personnes qui consomment des drogues. Nous demandons les actions suivantes :

- Le gouvernement fédéral devrait abroger immédiatement la *Loi sur le respect des collectivités*, qui est néfaste et restrictive.

- o Puisque ce processus exigera du temps, nous exhortons le gouvernement fédéral à suspendre la nécessité d'exemptions pour une période de 12 mois, en réponse à cette urgence de santé publique sans précédent.
- La ministre fédérale de la Santé devrait convoquer un groupe de travail composé des ministres provinciaux/territoriaux de la Santé et d'autres responsables, afin de collaborer avec les défenseurs des SCS à développer un plan d'action pour l'expansion de ces services. Ceci inclut l'établissement d'un processus d'exemption plus efficace et efficient.
- Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient s'engager à un investissement immédiat et significatif, sous forme de financement de base soutenu de la part des gouvernements provinciaux/territoriaux et de subventions d'infrastructure de la part du gouvernement fédéral, afin de faciliter la mise en œuvre immédiate de SCS.

5. Créer un Groupe de travail national sur la prévention et la gestion des surdoses d'opioïdes.

Le Canada a besoin d'une réponse immédiate et fondée sur des données, devant l'épidémie qui sévit au pays. La présente lettre offre un aperçu de ce qui peut être fait dès maintenant pour commencer à réduire le nombre inacceptable de décès évitables dus à des surdoses à travers le Canada. Un Groupe de travail national sur la prévention et la gestion des surdoses d'opioïdes serait mandaté de développer, de mettre en œuvre et de surveiller un plan de réponse à la crise visant à réduire les surdoses de drogues, au Canada, et de prendre les devants dans l'élaboration d'une stratégie à long terme. Ce groupe de travail devrait inclure divers dépositaires d'enjeux, y compris des membres de la société civile, des personnes qui consomment des drogues, des intervenants du domaine de la santé et de la science et des représentants provinciaux et territoriaux. Ces dépositaires d'enjeux sont à l'avant-plan de la crise et reconnaissent les besoins des Canadiens qui consomment des drogues. Leur apport est précieux et pourrait faire une réelle différence dans l'élaboration de politiques et de programmes à long terme et bénéfiques pour tous.

Nous apprécions l'engagement de la ministre Philpott à aborder les enjeux liés aux surdoses d'opioïdes, dans son annonce du 17 juin concernant un sommet sur les opioïdes prévu cet automne. Mme Philpott a affirmé que cet événement aura pour objectifs d'identifier une liste d'actions prioritaires et d'établir des échéanciers clairs.²⁵ Elle a indiqué qu'une composante clé du sommet sera une discussion sur la création d'un programme de surveillance des prescriptions (PSP) au Canada. Les PSP sont souvent présentés comme un outil de prévention des surdoses – mais les données appuyant leur efficacité pour réduire la mortalité par surdose sont mitigées, au mieux.²⁶ Nous prônons la prudence, devant de possibles efforts de réduction de l'approvisionnement qui ne tiennent pas compte du fait qu'un nombre considérable de personnes dépendantes d'opioïdes se tourneront vers le marché illégal si l'accès est réduit. À l'heure où un si grand nombre de Canadiens sont exposés à un risque extrême de surdose en recourant au marché illégal des opioïdes, des efforts de réduction de l'approvisionnement pourraient avoir des conséquences fatales. De fait, la récente hausse de l'offre de fentanyl sur le marché illégal découle elle-même d'une mesure de réduction de l'approvisionnement – le retrait de l'oxycodone – qui a créé un nouveau marché d'opioïdes plus puissants et plus dangereux, de force inconnue.²⁷

Le gouvernement doit consulter les dépositaires d'enjeux pertinents, y compris des consommateurs d'opioïdes, quant à toute nouvelle politique limitant l'approvisionnement et à ses répercussions possibles. Nous croyons fermement que ce sommet est l'occasion idéale de convoquer tous les dépositaires d'enjeux pertinents, y compris des personnes qui consomment des drogues et des intervenants de première ligne, pour créer un Groupe de travail national sur la prévention et la gestion des surdoses d'opioïdes et pour discuter des PSP et d'autres possibilités de politiques et de programmes visant à limiter les méfaits liés aux opioïdes pour les Canadiens.

Nous demandons les actions suivantes :

- Allouer des fonds à un Groupe de travail national sur la prévention et la gestion des surdoses d'opioïdes.
- Convoquer immédiatement le Groupe de travail national sur la prévention et la gestion des surdoses d'opioïdes.
- Faire en sorte que les voix des personnes qui consomment des drogues soient incluses de manière significative tout au long de ce processus.

LA VIE N'ATTENDRA PAS

La crise de surdoses balayant le Canada est évitable. Il existe des stratégies démontrées et fondées sur des données probantes; pourtant, on recense chaque semaine des dizaines de nouveaux décès liés aux opioïdes, et encore plus de familles et d'amis endeuillés. Le gouvernement actuel a signalé son intention de mettre en œuvre des politiques fondées sur des données probantes et sensibles, en matière de réduction des méfaits, et il a fait d'importants progrès, mais des actions immédiates sont requises – de la part du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux/territoriaux – pour développer un plan de prévention et de gestion des surdoses doté de cibles, d'échéanciers et de ressources financières. Nous pouvons faire beaucoup mieux pour répondre aux milliers d'urgences médicales liées aux opioïdes qui surviendront à coup sûr, à moins que des mesures soient prises pour les prévenir.

Le Canada est à un tournant décisif de son approche à la prévention, à l'identification et au traitement de la consommation d'opioïdes. La mise en œuvre des recommandations susmentionnées améliorerait considérablement l'accès des patients et des fournisseurs à des options de soins essentielles et aurait un impact significatif sur la santé et le bien-être des nombreux Canadiens affectés par des troubles de consommation d'opioïdes.

Nos organismes vous exhortent à agir immédiatement pour éviter d'autres décès et préjudices chez les Canadiens.

Canadian Association of People Who Use Drugs
Coalition canadienne des politiques sur les drogues
Réseau juridique canadien VIH/sida
International Centre for Science in Drug Policy
Alberta Addicts Who Educate and Advocate Responsibly (AAWEAR)
Action for Addiction Recovery Committee
AIDS Committee of Windsor
AIDS Saint John
AIDS Vancouver Island
All Nations Hope Network
Ankors
Association québécoise des centres d'intervention en dépendance (AQCID)
Association Québécoise pour la promotion de la santé des personnes utilisatrices de drogues (AQPSUD)
BC Centre for Excellence HIV/AIDS
British Columbia Association for People on Methadone (BCAPOM)
Blood Ties Four Directions
CACTUS Montréal
Canadian AIDS Society
Canadian Association of Nurses in HIV/AIDS Care
Canadian Harm Reduction Network
Canadian Students for Sensible Drug Policy
Canadian Treatment Action Council

CATIE

Centre A.S.P.A. thérapie externe en toxicomanie
Coalition of Nurses and Nursing Students for Supervised Injection Services
CMHA Parkland Region
Direction 180
Independent Scientific Committee on Drugs (ISCD)
Drug Users Advocacy League (DUAL)
Elliott Underground Construction Inc.
Families for Addiction Recovery
Grateful or Dead User Group
GRIP Montréal
Help Not Handcuffs
HIV AIDS Legal Clinic Ontario (HALCO)
HIV Community Link
HIV/AIDS Resources and Community Health (ARCH)
i2i Peer Support
International Doctors for Healthy Drug Policies (IDHDP)
Kenya AIDS NGOs Consortium (KANCO)
Living Positive Resource Centre, Okanagan
Mainline
Manitoba Public Health
McGill Nurses for Healthy Policy
Méta d'Âme
Mountain Rose Women's Shelter Association
mumsDU: moms united and mandated to saving the lives of Drug Users
Northern Healthy Connections Society
Okanagan College Faculty Association
OurSpace Toronto
Pacific AIDS Network Society
Parkdale Community Health Centre
Knowledge and Power of Women (KAPOW)
Queen West Central Toronto Community Health Centre
PARN - Your Community AIDS Resource Network
Point de repères
Positive Living Society of British Columbia (Positive Living BC)
Sandy Hill Community Health Centre / Centre de santé communautaire Côte-de-Sable
South Riverdale Community Health Centre
Stella, l'amie de Maimie
Streetworks
Sunshine House Inc!
The 595 Prevention Team
AIDS Committee of Durham Region
Thrive - Kingston Community Health Centres
Toronto HIV/AIDS Network
Turning Point Society of Central Alberta
School of Social Work, University of Victoria
Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU)
Yes 2 Supervised Consumption Services (Yes2SCS)
YouthCO HIV & Hepatitis C Society of BC

¹ Khandaker, T, « How Doctors and Big Pharma Helped Create North America's Fentanyl Crisis » (22 juin 2016), en ligne : Vice News <<https://news.vice.com/article/how-north-americas-addiction-to-opioids-led-to-a-fentanyl-overdose-epidemic>>; Burgmann, T, « Vancouver Drug Users Appeal for More Safe Injection Sites Amid Overdose Crisis » (9 juin 2016), en ligne : Metro News Toronto

- <<http://www.metronews.ca/news/canada/2016/06/08/vancouver-drug-users-appeal-for-more-safe-injection-sites-amid-overdose-crisis.html>>; Duffy, A, « Vancouver Clinic Prescribes Medical-grade Heroin to Chronic Addicts » (22 juin 2016), en ligne : Ottawa Citizen <<http://ottawacitizen.com/news/local-news/vancouver-clinic-prescribes-medical-grade-heroin-to-chronic-addicts>>; et Clancy, N « 'Outdated' Restrictions on Suboxone Making BC's Overdose Crisis Worse: Report » (2 juin 2016), en ligne : CBC News <<http://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/outdated-restrictions-on-suboxone-making-b-c-s-overdose-crisis-worse-report-1.3609422>>.
- ² Municipal Drug Strategy Coordinators' Network of Ontario, « Opioid Epidemic: Call for Urgent Action That Can Save Lives Now » (9 décembre 2015), en ligne : <http://www.drugstrategy.ca/uploads/5/3/6/2/53627897/rx4life_media_release_december_2015.pdf>.
- ³ Bureau du coroner en chef de l'Ontario, « Data for Opioid-detected Deaths Among Ontarians, 2000-2013 » (2015), communication personnelle [inédit].
- ⁴ Howlett, K et coll., « A Killer High: How Canada Got Addicted to Fentanyl » (25 mai 2016), en ligne : The Globe and Mail <<http://www.theglobeandmail.com/news/investigations/a-killer-high-how-canada-got-addicted-to-fentanyl/article29570025/>>.
- ⁵ Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, « L'utilisation d'opioïdes au Canada : prévenir les surdoses grâce à des programmes d'éducation et à la distribution de naloxone » (mars 2016), en ligne : <http://www.ccnpps.ca/docs/2016_OBNL_NGO_OpioidesSurvol_Fr.pdf>.
- ⁶ Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, « Bulletin du RCCET : Décès impliquant le fentanyl au Canada, de 2009 à 2014 » (août 2015), en ligne : <<http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-CCENDU-Fentanyl-Deaths-Canada-Bulletin-2015-fr.pdf>>.
- ⁷ « Notes d'allocation pour l'honorable Jane Philpott, Ministre de la Santé - Deuxième conférence Tracer l'avenir des politiques antidrogues au Canada », 17 juin 2016, en ligne : <http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?mthd=tp&crtr.page=2&nid=1086489&crtr.tp1D=980&_ga=1.44762851.614973375.1471466275>.
- ⁸ Municipal Drug Strategy Coordinators' Network of Ontario, « Opioid Epidemic: Call for Urgent Action That Can Save Lives Now » (9 décembre 2015), en ligne : <http://www.drugstrategy.ca/uploads/5/3/6/2/53627897/rx4life_media_release_december_2015.pdf>.
- ⁹ Coalition canadienne des politiques sur les drogues et Réseau juridique canadien VIH/sida, « Politiques sur les drogues : prévention et gestion des surdoses » (30 septembre 2015), en ligne : <<http://www.aidslaw.ca/site/drug-policy-and-overdose-prevention-and-response/?lang=fr>>.
- ¹⁰ Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies, « Bulletin d'août » (Ottawa, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2015).
- ¹¹ Henton, D. « Alberta Health Minister Seeks National Solution to Fentanyl Crisis », Calgary Sun, s.p., 20 janvier 2016; Web, 30 juin 2016.
- ¹² Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Community Management of Opioid Overdose* (OMS : Genève, 2014); OMS, *Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels : 18^e édition* (avril 2013).
- ¹³ Réseau communautaire canadien d'épidémiologie des toxicomanies, « Disponibilité de naloxone à emporter au Canada », Bulletin du RCCET, mars 2016 (Ottawa : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies), en ligne : <<http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-CCENDU-Take-Home-Naloxone-Canada-2016-fr.pdf>>.
- ¹⁴ « Santé Canada autorise l'accès immédiat au vaporisateur nasal Naloxone », Gouvernement du Canada. Santé Canada, s.d.; Web, 16 août 2016, en ligne : <http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?nid=1095139&tp=1&_ga=1.144992499.614973375.1471466275>
- ¹⁵ Centers for Disease Control and Prevention, « Community-based opioid overdose prevention programs providing naloxone: United States, 2010 » (2012).
- ¹⁶ Follet, KM et coll., « Barriers to Calling 911 During Overdose Emergencies in a Canadian Context » (2014) 15:1 Critical Social Work.
- ¹⁷ *Moving Towards Improved Access for Evidence-Based Opioid Addiction Care in British Columbia*. Rep. BCCDC, CRISM, <https://gallery.mailchimp.com/02e3dcf798fcd54fe8819f437/files/Improved_Access_Opioid_Addiction_Care_BC_FINAL_Jun1.pdf>
- ¹⁸ Fischer, B, « Prescriptions, power and politics: The turbulent history of methadone maintenance in Canada », *J Public Health Pol.* 2000;21(2):187-21
- ¹⁹ Mattick, RP et coll., « Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence », *Cochrane Database Syst Rev.* 2014(2): CD002207. doi: 10.1002/14651858.CD002207.pub4.
- ²⁰ BC Overdose Action Exchange, *BC Overdose Action Exchange Participant Package* (9 juin 2016) [inédit].
- ²¹ BC Overdose Action Exchange, *BC Overdose Action Exchange Participant Package* (9 juin 2016) [inédit]; Oviedo-Joekes, E et coll., « The SALOME Study: Recruitment Experiences in a Clinical Trial Offering Injectable Diacetylmorphine and Hydromorphone for Opioid Dependency », *Subst Abuse Treat Prev Policy Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 10.1 (2015): 3, Web; et Oviedo-Joekes, E et coll., « Hydromorphone Compared With Diacetylmorphine for Long-term Opioid Dependence », *JAMA Psychiatry* 73.5 (2016): 447, Web.
- ²² *Moving Towards Improved Access for Evidence-Based Opioid Addiction Care in British Columbia*. Rep. BCCDC, CRISM, <https://gallery.mailchimp.com/02e3dcf798fcd54fe8819f437/files/Improved_Access_Opioid_Addiction_Care_BC_FINAL_Jun1.pdf>
- ²³ Thomas, K et Montaner JSG, « An Overview of Insite - 10 Years Later », s.p., Web, 1^{er} juillet 2016; et *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society* 2011 SCC 44.
- ²⁴ Marshall, BDL, et coll., « Reduction in overdose mortality after the opening of America's first medically supervised safer injecting facility: A retrospective population-based study » *Lancet*. Publié en ligne le 18 avril 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(10)62353-7.
- ²⁵ « Notes d'allocation pour l'honorable Jane Philpott, Ministre de la Santé - Deuxième conférence Tracer l'avenir des politiques antidrogues au Canada », <http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?mthd=tp&crtr.page=2&nid=1086489&crtr.tp1D=980&_ga=1.72616276.614973375.1471466275>
- ²⁶ Green, TC, et coll., « Discrepancies in addressing overdose prevention through prescription monitoring programs », *Drug Alcohol Depend* 2015;153:355-8; Davis, C, et coll., « Addressing the Overdose Epidemic Requires Timely Access to Data to Guide Interventions », *Drug and Alcohol Review* 35.4 (2015): 383-86. Web.

²⁷ Fischer, B, et coll., « Changes in illicit opioid use profiles across Canada », Journal de l'Association médicale canadienne, 175, (2006) 1-3.