



---

## PRÉJUDICES ASSOCIÉS AUX OPIOÏDES ET À D'AUTRES MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE PSYCHOTROPES

---

### Contexte

Les préjudices associés aux médicaments d'ordonnance psychotropes<sup>i</sup> qui comprennent les sédatifs et les tranquillisants<sup>1</sup>, les stimulants<sup>2</sup> et les analgésiques, et en particulier les opioïdes<sup>3</sup> comme l'oxycodone, l'hydromorphone et le fentanyl, constituent un problème important pour la santé publique et la sécurité des patients.

Le Canada affiche un des taux les plus élevés au monde de consommation d'opioïdes d'ordonnance par habitant<sup>4</sup>. La distribution de médicaments a augmenté fortement au Canada, même si les tendances varient énormément entre les provinces<sup>5</sup>. En 2011, la consommation d'opioïdes à des fins médicales s'établissait à 62 mg d'équivalence en morphine (EM)<sup>ii</sup> par personne dans le monde, mais celle du Canada atteignait 812 mg par personne<sup>6</sup>. Dans le cas d'autres pays industrialisés, l'EM de l'Australie s'établissait à 427 et celui du Danemark à 483. En Amérique du Nord, environ 5 % des adultes, et des pourcentages beaucoup plus élevés chez les adolescents et les jeunes adultes, ont déclaré avoir utilisé des opioïdes à des fins non médicales au cours de l'année précédente. Ce taux d'utilisation est plus élevé que celui de

---

i Les médicaments psychotropes sont des substances qui, une fois absorbées, peuvent modifier la confiance en soi, l'humeur ou les processus de réflexion d'une personne (OMS, 2004). Les médicaments d'ordonnance psychotropes comprennent les sédatifs (comme les benzodiazépines et les barbituriques), les stimulants (comme les amphétamines) et les opioïdes (comme l'oxycodone, l'hydromorphone, la morphine et le fentanyl).

[Organisation mondiale de la Santé (2004) *Neuroscience of psychoactive substance use and dependence*.

Disponible ici : [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf)

ii Comprend six opioïdes principaux : fentanyl, hydromorphone, méthadone, morphine, oxycodone et péthidine.

---

© 2015 Association médicale canadienne. Vous pouvez, à des fins personnelles non commerciales, reproduire en tout ou en partie, sous quelque forme et par quelque moyen que ce soit, un nombre illimité de copies des énoncés de politique de l'AMC, à condition d'en accorder le crédit à l'auteur original. Pour toute autre utilisation, y compris la republication, la redistribution, le stockage dans un système de consultation ou l'affichage sur un autre site web, vous devez demander explicitement l'autorisation de l'AMC.

Veuillez communiquer avec le Coordonnateur des autorisations, Publications AMC, 1867, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 5W8; télécopieur : 613 565-2382; courriel : [permissions@cma.ca](mailto:permissions@cma.ca). Veuillez adresser toute correspondance et demande d'exemplaires supplémentaires au Centre des services aux membres, Association médicale canadienne, 1867, promenade Alta Vista, Ottawa (Ontario) K1G 5W8; téléphone : 888 855-2555 ou 613 731-8610, poste 2307; télécopieur : 613 236-8864.

La version électronique des politiques de l'AMC est versée sur le site web de l'Association (AMC En direct, adresse [www.amc.ca](http://www.amc.ca))

toutes les autres drogues illégales, à l'exception de la marijuana<sup>7</sup>.

Les médicaments psychotropes posent des risques importants pour la santé et la sécurité. Les préjudices comprennent les surdoses, les suicides, les accidents de véhicule motorisés, les problèmes de relations et d'emploi, les accidents au travail et l'exposition à des agents pathogènes à transmission hémotogène, ainsi qu'à d'autres infections lorsqu'ils sont injectés, sans oublier l'accoutumance.

On ne réunit pas systématiquement de données au Canada, et c'est pourquoi il est difficile d'évaluer les préjudices et de suivre les tendances et l'effet de la mise en œuvre de changements de politiques. Les professionnels ont toutefois vu l'effet important que ces médicaments d'ordonnance ont sur leurs patients et sur la santé publique. Des études réalisées en Ontario montrent que le nombre de personnes inscrites à un traitement d'entretien à la méthadone est passé de quelque 7 800 en 2001 à plus de 35 000 en 2011, là où les opioïdes ont surpassé l'héroïne comme drogue de consommation<sup>8</sup>. Les décès liés aux opioïdes ont presque triplé de 2002 à 2010, selon le Bureau du coroner en chef de l'Ontario<sup>9</sup>. Une autre étude a montré que d'autres dépresseurs non opioïdes (sédatifs), comme les benzodiazépines, ont été incriminés dans 92 % des décès liés aux opioïdes<sup>10</sup>.

L'effet s'est fait sentir particulièrement dans les groupes vulnérables comme les jeunes, les personnes âgées, les membres des Premières Nations et les personnes vivant dans la pauvreté. En 2013, les opioïdes venaient au troisième rang des drogues les plus répandues chez les étudiants de l'Ontario (après l'alcool et la marijuana)<sup>11</sup>. On a signalé dans certaines collectivités autochtones des taux d'accoutumance aux opioïdes variant de 43 % à 85 %<sup>12,13</sup>. Même s'il n'y a pas de données exactes sur les préjudices causés par les médicaments d'ordonnance chez les personnes âgées, il est bien connu que la prévalence de la douleur est plus élevée chez les adultes âgés et que ceux-ci font remplir un pourcentage important des ordonnances.

À cause de « l'euphorie » qu'ils produisent, ces médicaments sont aussi recherchés à des fins récréatives et, comme il s'agit de produits légaux, ils sont souvent plus facilement accessibles que les drogues de la rue. Des sondages menés auprès des jeunes ont révélé que jusqu'à 70 % des opioïdes ont été obtenus grâce à des ordonnances légitimes rédigées à des membres de la famille ou à des amis (55 % ont été partagés gratuitement)<sup>14</sup>. En outre, comme les opioïdes présentent de fortes possibilités d'abus et d'accoutumance, on recourt à des comportements illégaux pour les obtenir, notamment en cherchant un médecin complaisant, falsifiant la signature de prescripteurs ou achetant de vendeurs de la rue.

Il existe un lien solide entre l'augmentation de la mortalité, de la morbidité et du nombre des hospitalisations pour traitement d'une toxicomanie, ce qui est très préoccupant<sup>15,16</sup>. Des études réalisées en Ontario et en Colombie-Britannique ont reproduit des constatations semblables aux États-Unis. Beaucoup de patients ont obtenu des ordonnances pour ces médicaments et en sont devenus dépendants<sup>17</sup>.

Les médicaments psychotropes sont d'importants outils thérapeutiques et servent à des fins légitimes lorsqu'ils sont prescrits de la bonne manière à la suite d'une évaluation appropriée

et dans le contexte d'une stratégie thérapeutique intégrée et d'une surveillance. Des médicaments comme les opioïdes ont joué un rôle essentiel dans des domaines comme les soins palliatifs et le traitement du cancer et ils ont contribué à alléger les souffrances.

Depuis la décennie 1990, les opioïdes sont recommandés pour le traitement à long terme de la douleur chronique non attribuable au cancer et leur usage s'est généralisé en partie à cause de la promotion et du marketing agressifs visant cette indication<sup>18,19</sup>. Les éléments de preuve démontrent toutefois qu'il y a soulagement important de la douleur à court terme, mais il faut prouver davantage que le soulagement de la douleur dure plus longtemps ou qu'il y a amélioration de la fonction physique<sup>20,21,22</sup>.

Le manque de moyens de soutien et d'incitations au traitement de cas complexes, notamment la disponibilité et le financement de traitements possibles de la douleur et des toxicomanies, fait partie des facteurs importants qui contribuent à l'augmentation du nombre des ordonnances. D'autres stratégies de prise en charge de la douleur obligent à passer plus de temps avec le patient. De nouveaux médicaments opioïdes très puissants sont en outre disponibles<sup>23,24</sup>.

Les préjudices causés par les opioïdes et d'autres médicaments d'ordonnance psychotropes préoccupent profondément les médecins du Canada. Comme prescripteurs, ils ont un rôle fondamental à jouer en aidant à garantir l'utilisation sûre et efficace de tels médicaments et à dissuader l'abus<sup>25,26,27</sup>. Les médecins évaluent les patients et déterminent si une ordonnance est indiquée sur le plan clinique en fonction des meilleures pratiques et si les bienfaits l'emportent sur les risques tout en cherchant à dépister les facteurs de risque de dépendance et de détournement de substances. Cet aspect peut causer des tensions chez des patients qui pourraient chercher à se procurer des drogues par des moyens frauduleux<sup>28</sup>. C'est aussi un domaine qui préoccupe beaucoup de médecins, ce qui pourrait avoir un effet sur l'accès à l'apaisement adéquat de la douleur lorsqu'il s'impose<sup>29</sup>.

Le défi pour les médecins et les responsables des politiques publiques consiste à déterminer comment atténuer les préjudices causés par les psychotropes tout en garantissant que les patients ont accès au traitement approprié pour leur problème clinique.

### **Une stratégie nationale intégrée**

Les médecins du Canada sont d'avis que, pour relever ce défi, il faudra trouver une solution complexe et à facettes multiples. Pour aider à la trouver, l'AMC recommande que le Canada ait une stratégie nationale intégrée contre les préjudices associés aux médicaments psychotropes au Canada, qu'ils soient illicites ou obtenus grâce à une ordonnance, qui complétera les stratégies en vigueur pour contrer les préjudices associés à deux drogues légales – l'alcool et le tabac. Cette approche exhaustive s'impose, car des mesures isolées peuvent avoir des conséquences imprévues comme la sous-médication des personnes qui ont besoin d'un traitement médical ou le fait d'obliger des gens à chercher à se procurer des drogues illicites lorsque des médicaments sont rendus inviolables.

Le gouvernement fédéral a créé le Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance, coprésidé par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, la Coalition sur l'abus de médicaments sur ordonnance (Alberta) et le ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse, en partenariat avec le Comité coordonnateur sur l'abus de

médicaments d'ordonnance de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. Son rapport de 2013 intitulé *S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada*<sup>30</sup> contient presque 60 recommandations sur l'élaboration d'une stratégie afin de lutter contre les préjudices associés aux médicaments d'ordonnance psychotropes. Il reste toutefois beaucoup de travail à faire.

L'AMC appuie les efforts de collaboration consacrés par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que les professionnels de la santé et d'autres intervenants, à la conception et à l'application d'une stratégie nationale intégrée. Une telle stratégie devrait inclure les éléments suivants :

## 1. Amélioration de l'innocuité des médicaments

En tant qu'agence chargée d'approuver l'utilisation des médicaments d'ordonnance et d'en surveiller l'innocuité une fois qu'ils sont mis en marché, Santé Canada dispose de plusieurs moyens de contrôler l'accès aux médicaments pour les Canadiens. Un de ces moyens, c'est la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDas) et ses règlements d'application, qui régissent l'accès aux produits illicites auxquels on a ajouté récemment les médicaments d'ordonnance psychotropes.

À cause des risques qu'ils représentent pour la santé et la sécurité, il importe que Santé Canada veille à ce que la LRCDas assujettisse les psychotropes à des niveaux élevés de contrôle réglementaire au cours à la fois du processus d'homologation et de la surveillance posthomologation. La *Loi* devrait obliger les fabricants à :

- satisfaire à des exigences rigoureuses avant l'homologation. Par exemple, Santé Canada pourrait exiger un examen intensif des résultats des essais cliniques avant l'homologation et des monographies de produits effectué par un comité d'examen impartial d'experts (qui inclurait des experts en toxicomanie, douleur et santé publique) ou obliger le fabricant à satisfaire à des conditions particulières comme les études postcommercialisation structurées, comme condition de l'homologation des médicaments, ou même exiger des échantillons plus vastes ou des périodes d'études plus longues pour évaluer les préjudices;
- se conformer aux restrictions proposées de la commercialisation des médicaments réglementés auprès des professionnels de la santé et de la population en général. Il faut évaluer le caractère suffisant des règlements à cet égard;
- mettre au point et couvrir des préparations inviolables de psychotropes d'intérêt. Même si cette solution n'est pas autonome, les préparations inviolables peuvent réduire le risque qu'on les manipule pour pouvoir les utiliser en les reniflant, mâchant ou injectant par voie intraveineuse.

## 2. Amélioration de l'établissement optimal d'ordonnances grâce à des conseils, de l'éducation et du soutien basés sur des éléments de preuve à l'intention des prescripteurs

L'AMC recommande d'aborder la prescription appropriée de psychotropes par des conseils et de l'éducation basés sur des éléments de preuve. Une stratégie visant à appuyer une thérapie optimale pourrait inclure les éléments suivants :

- soutien en faveur de modèles de soins qui permettent à un médecin de passer du temps avec des patients dont le cas est complexe;
- élaboration et diffusion continues de guides cliniques. Le *Guide canadien sur l'usage des opioïdes pour traiter la douleur chronique non attribuable au cancer* a paru dans le *JAMC* en 2010. L'AMC a coparrainé un module d'EMC en ligne basé sur ce guide. Des guides semblables sur les sédatifs et les stimulants suscitent de l'intérêt;
- recherche d'évaluation pour appuyer l'examen critique périodique des guides. Il est essentiel de revoir les données sur les problèmes chroniques pour lesquels les risques pourraient l'emporter sur les bienfaits;
- de l'information pertinente, impartiale et facile d'accès pour les prescripteurs qui peut être intégrée facilement dans la pratique quotidienne. Cette information devrait inclure des outils d'aide à la décision clinique à utiliser aux points d'intervention, y compris des lignes directrices sur l'établissement des posologies et des documents d'orientation sur le moment où il faut consulter des experts. Les médecins ont aussi besoin d'outils, y compris ceux qui facilitent la surveillance de l'efficacité et de la tolérance par le suivi de la douleur et des fonctions physiques, le dépistage de la consommation antérieure et courante de substances, le dépistage de la dépression, le sevrage des doses problématiques ou inefficaces, notamment;
- les programmes d'éducation sur l'établissement optimal d'ordonnances, la prise en charge de la douleur et des toxicomanies, dans le cadre des cours en faculté de médecine et en résidence, ainsi qu'en éducation continue. Ceux qui pratiquent en soins primaires ont besoin d'un appui particulier;
- orientation à l'intention des prescripteurs sur la façon de faire face au conflit dans leur pratique, ce qui inclurait des documents d'orientation pour des discussions éducatives axées sur les patients et portant sur la prescription et l'usage sécuritaires d'opioïdes et la prise en charge des toxicomanies;
- accès à des conseils d'experts au besoin par des moyens comme les suivants :
  - politiques ou normes de pratique établies par les ordres provinciaux des médecins, qui peuvent notamment limiter le volume des ordonnances, la durée du traitement et les indications;
  - collectifs de pratique, centres de connaissances et réseaux d'aide clinique qui établissent des liens entre les professionnels et les experts du domaine, facilitent le triage et appuient les généralistes des premières lignes. Les experts peuvent non seulement fournir de l'information clinique, mais offrir aussi des services de mentorat et des conseils personnels sur les meilleures pratiques;

- rétroaction aux praticiens au sujet de leurs habitudes d'établissement d'ordonnances, en particulier si l'on dégage des tendances qui pourraient être préoccupantes. La collaboration entre les professionnels de la santé et leurs ordres provinciaux respectifs devrait faciliter cette initiative;
- programmes de formation continue en pharmacothérapie qui utilisent des techniques individuelles personnalisées pour présenter aux praticiens de l'information impartiale sur l'établissement d'ordonnances.

### **3. Amélioration de l'établissement optimal d'ordonnances par la réglementation des médecins et les programmes de surveillance des ordonnances**

La médecine est une profession réglementée et les ordres provinciaux des médecins détiennent le pouvoir et la responsabilité finale à l'égard de la surveillance de l'exercice de la profession par les médecins. Les ordres jouent le rôle de chefs de file en informant leurs membres au sujet de façons appropriées de prescrire, en surveillant les habitudes d'établissement d'ordonnances pour s'assurer qu'elles sont pertinentes et en prenant au besoin des mesures disciplinaires, ainsi qu'en collaborant avec les organismes d'application de la loi pour repérer les détournements à des fins criminelles et y mettre fin.

L'AMC recommande que les règlements fédéraux et provinciaux sur les substances réglementées reconnaissent le pouvoir établi des ordres des médecins en ce qui concerne la surveillance de la profession médicale.

Il existe peut-être des programmes de surveillance des ordonnances (PSO) dans la plupart des provinces, mais leur qualité, la nature de l'information dont ils ont besoin, l'accès en temps réel pour les professionnels de la santé et la raison de la collecte des données varient considérablement. La normalisation des systèmes de surveillance à l'échelon national et en fonction des meilleures pratiques peut contribuer à contrer les préjudices associés aux psychotropes prescrits en :

- permettant aux professionnels de la santé de repérer des ordonnances antérieures ou simultanées portant sur des médicaments réglementés obtenues de plus d'un professionnel au moment où l'on demande l'ordonnance ou la fait remplir;
- dissuadant la fraude à l'échelon interprovincial ou à celui des niveaux de compétence, en permettant aux professionnels de la santé de repérer d'autres ordonnances au moment où l'on demande l'ordonnance ou la fait remplir;
- améliorant la capacité de surveillance et d'intervention des organismes de réglementation de la profession en établissant un mécanisme de surveillance en temps réel.

L'AMC recommande que tous les ordres de gouvernement collaborent entre eux et avec les organismes de réglementation des professionnels de la santé pour créer un système national de contrôle et de surveillance en temps réel de l'abus des médicaments d'ordonnance. Pour

commencer, l'AMC recommande l'établissement de normes nationales uniformes sur la surveillance des ordonnances.

Les PSO devraient être compatibles avec les dossiers médicaux et pharmaceutiques électroniques existants, ainsi qu'avec les bases de données pharmaceutiques des provinces. La participation aux programmes de surveillance des ordonnances ne devrait pas imposer un fardeau administratif onéreux aux fournisseurs de soins de santé. Les PSO ne devraient pas dissuader les médecins d'utiliser des médicaments réglementés au besoin.

L'AMC recommande aussi que Santé Canada veille à ce que son cadre législatif serve à faciliter et appuyer la promotion de la cybersanté, et en particulier l'établissement d'ordonnances électroniques. Les dossiers de santé électroniques peuvent aider les médecins ou les pharmaciens en particulier à repérer les détournements possibles et l'établissement d'ordonnances en double au moment où une ordonnance est rédigée ou remplie. Le dossier de santé électronique facilite aussi le partage d'information entre les professionnels de la santé et pourrait réduire au minimum le fardeau administratif éventuel.

Les PSO devraient se conformer aux lois sur la protection de la vie privée et protéger le caractère confidentiel des renseignements sur les patients tout en permettant de partager l'information nécessaire. L'AMC recommande vivement que Santé Canada entreprenne une évaluation des facteurs relatifs à la vie privée du cadre de réglementation des médicaments d'ordonnance et en communique les résultats aux intervenants.

#### **4. Augmentation de l'accès au traitement de la douleur**

La douleur chronique a une incidence sur beaucoup d'aspects de la vie d'une personne, y compris sa capacité à travailler, sa santé affective, mentale et physique et sa qualité de vie. On estime que la douleur coûte 60 milliards de dollars par année au Canada, soit plus que les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète<sup>31</sup>. L'AMC a approuvé une stratégie nationale sur la douleur, élaborée et proposée par la Coalition canadienne contre la douleur et la Société canadienne de la douleur<sup>32</sup>, qui vise quatre aspects cibles : sensibilisation et éducation; accès, recherche et surveillance continue.

Les experts sont d'avis qu'une amélioration de l'accès aux services spécialisés de traitement pourrait réduire le recours indu aux analgésiques. Les meilleures pratiques de l'heure en prise en charge de la douleur comprennent les suivantes :

- soins fournis par une équipe interprofessionnelle qui pourrait inclure des physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues et autres professionnels de la santé;
- recommandation portant sur des interventions non pharmaceutiques comme le traitement des traumatismes et de la douleur sociale, des moyens de soutien sociaux et des stratégies d'adaptation;
- possibilités appropriées de prescrire des produits pharmaceutiques couverts par les formulaires provinciaux;
- convergence sur la participation et la responsabilisation des patients.

Il y a toutefois pénurie de programmes spécialisés de traitement de la douleur. Les temps d'attente dépassent un an dans plus du tiers des programmes de traitements interprofessionnels financés par le secteur public<sup>33</sup>. De tels programmes ne sont pas disponibles dans de nombreuses régions du Canada, en particulier dans les régions rurales et éloignées. En outre, le système public de soins de santé couvre peut-être les visites aux médecins, mais les services d'autres professionnels de la santé sont plus susceptibles d'être couverts par une assurance-maladie privée ou payés directement par le patient, qui n'a donc pas les moyens de les payer. Ces facteurs peuvent obliger à compter davantage sur les médicaments d'ordonnance pour traiter la douleur chronique.

L'AMC recommande que tous les partenaires cherchent à améliorer et à promouvoir l'accès à des programmes spécialisés de prise en charge de la douleur et que l'on investisse dans la recherche sur les traitements possibles.

## **5. Élargissement de l'accès au traitement des toxicomanies**

L'accès au traitement des toxicomanies est très limité et, lorsqu'il existe, il est constitué avant tout de traitements de désintoxication ou de substitution à la méthadone ou au Suboxone<sup>MD</sup> (buprénorphine et naloxone). Comme la toxicomanie est, par définition, une maladie chronique primitive liée au système de récompense du cerveau, à la motivation, à la mémoire et aux circuits afférents, qui a des dimensions biologiques, psychologiques, sociales et spirituelles, le traitement doit viser tous ces aspects plutôt que l'un ou l'autre d'entre eux seulement<sup>34</sup>.

L'AMC appuie l'amélioration de l'accès aux traitements possibles des toxicomanies qui répondent à des besoins différents. Il faut coordonner les programmes de traitement qui doivent être axés sur les patients et tenir compte du contexte physique, psychologique, social et spirituel. Il importe, par exemple, que les programmes de lutte contre les toxicomanies soient culturellement pertinents pour les groupes autochtones.

Il faut aussi intégrer les programmes de traitement dans le système de santé et ils doivent disposer d'un financement adéquat pour se conformer aux guides factuels sur les pratiques exemplaires.

L'AMC appuie aussi la création et la diffusion d'outils de pratique et de lignes directrices pour aider les médecins à évaluer les risques de toxicomanie d'un patient qui prend des psychotropes et aider à prendre en charge les patients qui ont une toxicomanie, ainsi que des problèmes et des complications connexes.

## **6. Augmentation de l'information par la surveillance épidémiologique**

Un des défis que pose l'abus des médicaments d'ordonnance, qui peut refléter un usage dangereux (épisodique), nocif (régulier) ou une toxicomanie, réside dans le fait que nous ne connaissons pas parfaitement l'ampleur du problème. Des pays comme les États-Unis et la France peuvent surveiller l'usage des médicaments psychotropes tandis que le Canada compte toujours sur des données recueillies de façon non systématique ou limitée sur le plan local. La création d'un système national de surveillance qui appuie la collecte d'information



normalisée et systématique :

- permettrait d'évaluer à fond le problème et de créer et de surveiller des indicateurs;
- appuierait le dépistage précoce du détournement ou des comportements prescripteurs inappropriés;
- appuierait l'établissement de pratiques exemplaires à suivre pour aborder les enjeux cruciaux;
- cernerait les priorités en matière de recherche;
- évaluerait l'incidence de la mise en œuvre des stratégies.

Les PSO, les enquêtes du coroner, les admissions à l'urgence et les données des centres de lutte antipoison, notamment, devraient constituer des sources d'information.

## 7. Prévention des décès causés par une surdose

Le nombre de décès causés par une surdose a explosé depuis 10 ans. Le risque de préjudice causé par une surdose peut s'alourdir si les utilisateurs à des fins récréatives ont peur de demander de l'aide d'urgence parce qu'ils craignent de faire face à des accusations criminelles. Pourtant, il est possible de prévenir les décès par surdose et les complications des surdoses au moyen de médicaments appropriés et par une intervention d'urgence rapide. L'AMC recommande :

- que l'on crée et étende des programmes communautaires qui donnent accès au naloxone et à d'autres moyens et services de prévention des surdoses d'opioïdes. Il faudrait mettre à la disposition des travailleurs de la santé, des premiers répondants, ainsi que des usagers d'opioïdes, des membres de leur famille et de leurs pairs, de la formation sur la prévention des décès causés par une surdose<sup>35</sup>;
- que l'on améliore l'accès au naloxone afin de casser la tendance aux surdoses d'opioïdes. Il faudrait à cette fin prescrire le naloxone aux personnes à risque élevé et à des tierces parties qui aident une victime d'une surdose d'opioïdes;
- que tous les ordres de gouvernement améliorent les lois du « bon samaritain » afin de protéger contre des accusations au criminel les personnes qui appellent les services d'urgence pour signaler une surdose<sup>36,37</sup>.

## 8. Fourniture d'information aux patients et au public

Les programmes de sensibilisation qui fournissent des renseignements exacts aux patients et au grand public sont importants et pourraient inclure les éléments suivants :

- de l'information sur les avantages et les préjudices découlant de l'usage de psychotropes d'ordonnance et sur les signes de dépendance et de surdose, ce qui devrait inclure le risque de dépendance et de toxicomanie associées aux opioïdes utilisés pour traiter la douleur chronique aiguë;
- des messages sur la prévention de la consommation problématique de médicaments chez les jeunes et d'autres groupes à risque;

- de l'information sur l'entreposage et l'élimination sécuritaires des médicaments et la réduction de l'accès aux médicaments de membres de la famille et d'amis. L'AMC appuie des journées nationales de « reprise » de médicaments d'ordonnance et recommande d'informer les patients au sujet de l'importance de retourner régulièrement à la pharmacie les médicaments d'ordonnance inutilisés.

## Recommandations

L'AMC recommande que le Canada ait une stratégie nationale intégrée contre les préjudices associés aux psychotropes au Canada, qu'ils soient illégaux ou d'ordonnance. Cette stratégie devrait inclure les éléments suivants :

- Santé Canada devrait obliger les fabricants à respecter des critères plus rigoureux avant l'homologation, à se conformer aux restrictions imposées sur le marketing des médicaments réglementés auprès des professionnels de la santé et des populations et à établir des formulations de psychotropes d'intérêt qui sont inviolables.
- Appui à l'établissement optimal d'ordonnances par des conseils, de l'éducation et des moyens de soutien basés sur des éléments de preuve comme l'orientation clinique, les outils d'aide à la décision clinique, les programmes d'éducation, les conseils d'experts et des modèles de soins de soutien.
- Amélioration de l'établissement optimal d'ordonnances par la réglementation des médecins et l'élaboration d'un système national de contrôle et de surveillance en temps réel de l'abus des médicaments d'ordonnance, compatible avec les systèmes de dossiers médicaux et pharmaceutiques électroniques, et fondé sur des normes nationales.
- Accès accru aux services spécialisés de prise en charge et de traitement de la douleur conformément aux meilleures pratiques, conjugué à des investissements dans la recherche.
- Amélioration de l'accès aux possibilités de traitement des toxicomanies qui répondent à des besoins différents et soutien de l'élaboration et de la diffusion d'outils et de guides de pratique.
- Création d'un système national de surveillance qui appuie la collecte d'information normalisée systématique afin de mieux éclairer les parties intéressées et suivre les changements des politiques.
- Création et expansion des programmes communautaires qui donnent accès à des moyens et des services de prévention des surdoses d'opioïdes, y compris l'amélioration de l'accès aux médicaments visant à casser les surdoses d'opioïdes (naloxone) et l'adoption de lois du *bon samaritain* par tous les ordres de gouvernement.
- Diffusion, aux patients et au grand public, d'information exacte portant notamment sur l'entreposage et l'élimination sécuritaires des médicaments.

- 
- <sup>1</sup> Centre canadien de lutte contre les toxicomanies *Sédatifs et tranquillisants d'ordonnance. Sommaire canadien sur la drogue*. Ottawa : Le Centre; 2013 Disponible: <http://ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Prescription-Sedatives-and-Tranquilizers-2013-fr.pdf>.
- <sup>2</sup> Centre canadien de lutte contre les toxicomanies *Stimulants d'ordonnance. Sommaire canadien sur la drogue*. Ottawa : Le Centre; 2013 Disponible: <http://ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Prescription-Stimulants-2013-fr.pdf>.
- <sup>3</sup> Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (*Opioides d'ordonnance. Sommaire canadien sur la drogue*). Ottawa: Le Centre; 2013 Disponible: <http://ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Prescription-Opioids-2013-fr.pdf>.
- <sup>4</sup> International Narcotics Control Board. *Narcotics Drugs: Estimated World Requirements for 2013; Statistics for 2011*. New York: United Nations. 2013
- <sup>5</sup> Fischer B, Jones W, et coll. Differences and over-time changes in levels of prescription opioid analgesic dispensing from retail pharmacies in Canada, 2005–2010. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2011;20:1269-77.
- <sup>6</sup> Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Rapport mondial sur les drogues 2014*. New York: Le Bureau; 2014. Disponible: [www.unodc.org/documents/wdr2014/W1403601\\_french.pdf](http://www.unodc.org/documents/wdr2014/W1403601_french.pdf).
- <sup>7</sup> Fischer B, Keates A, Buhringer G, et al. 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*. 2013;109:177-81.
- <sup>8</sup> Fischer B,Argento E. Prescription Opioid Related Misuse, Harms, Diversion and Interventions in Canada: A Review. *Pain Physician*. 2012; 15:ES191-ES203.
- <sup>9</sup> Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance. *S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada*. Ottawa: Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; 2013.
- <sup>10</sup> Dhalla IA, Mamdani MM, Sivilotti MLA, et al. Prescribing of opioid analgesics and related mortality before and after the introduction of long-acting oxycodone *CMAJ*. 2009. 181(12): 891-6.
- <sup>11</sup> Centre de toxicomanie et de santé mentale. *La consommation de drogues par les élèves de l'Ontario, de 1977- 2013: Résultats du Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario*. Toronto :Le Centre; 2013. Disponible ici: [www.camh.ca/fr/research/news\\_and\\_publications/Documents/2013SCDSEO\\_French-ExecSum\\_DrugReport.pdf](http://www.camh.ca/fr/research/news_and_publications/Documents/2013SCDSEO_French-ExecSum_DrugReport.pdf).
- <sup>12</sup> Chiefs of Ontario. *Prescription drug abuse strategy: 'Take a stand'. Final report*. Toronto: Chiefs of Ontario Disponible ici: [www.chiefs-of-ontario.org/sites/default/files/files/Final%20Draft%20Prescription%20Drug%20Abuse%20Strategy.pdf](http://www.chiefs-of-ontario.org/sites/default/files/files/Final%20Draft%20Prescription%20Drug%20Abuse%20Strategy.pdf).
- <sup>13</sup> Santé Canada. *Honorer nos forces : cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada*. Ottawa: Santé Canada; 2011. Disponible ici: <http://nnapf.com/honouring-our-strengths-full-version-2/?lang=fr>.
- <sup>14</sup> US Department of Health and Human Services. *Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*.Rockville (MD): The Department; 2011. p25. Disponible ici: [www.oas.samhsa.gov/NSDUH/2k10NSDUH/2k10Results.pdf](http://www.oas.samhsa.gov/NSDUH/2k10NSDUH/2k10Results.pdf).
- <sup>15</sup> Gomes T, Juurlink DN, Moineddin R, et coll. Geographical variation in opioid prescribing and opioid-related mortality in Ontario. *Healthc Q*. 2011;14(1):22-24.
- <sup>16</sup> Fischer B, Jones W, Rehm J. High correlations between levels of consumption and mortality related to strong prescription opioid analgesics in British Columbia and Ontario, 2005–2009. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2013 ; 22(4):438-42.
- <sup>17</sup> Brands B, Blake J, Sproule B, et coll. Prescription opioid abuse in patients presenting for methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Depend.*, 2004; 73 (2):199-207.
- <sup>18</sup> Dhalla IA, Persaud N, Juurlink DN. Facing up to the prescription opioid crisis. *BMJ*.2011; 343:d5142 DOI: 10.1136/bmj.d5142.
- <sup>19</sup> Manchikanti L, Atluri S, Hansen H, et coll. Opioids in chronic noncancer pain: have we reached a boiling point yet? *Pain Physician*.2014; 17(1):E110.
- <sup>20</sup> Franklin GM. Opioids for chronic noncancer pain. A position paper of the American Academy of Neurology. *Neurology*.2014; 83: 1277-1284. Disponible ici: [www.neurology.org/content/83/14/1277.full.pdf+html](http://www.neurology.org/content/83/14/1277.full.pdf+html)
- <sup>21</sup> Chou R, Ballantyne JC, Fanciullo GJ, et coll. Research gaps on use of opioids for chronic noncancer pain : findings from a review of the evidence for an American Pain Society and American Academy of Pain Medicine
-

---

clinical practice guideline. *J Pain*. 2009; 10:147–159.

<sup>22</sup> Noble M, Treadwell JR, Tregear SJ, et coll. Long-term opioid management for chronic noncancer pain. *Bibliothèque Cochrane Revue*. 2010; 1:CD006605.

<sup>23</sup> Fischer B, Goldman B, Rehm J, et coll. Non-medical use of prescription opioids and public health in Canada. *Can J Pub Health*. 2008; 99(3):182-4.

<sup>24</sup> Fischer B, Keates A, Buhringer G, et coll. 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*. 2013; 109:177-181.

<sup>25</sup> Silversides A. Opioid prescribing challenges doctors. *CMAJ*. 2009;181(8):E143-E144

<sup>26</sup> Dhalla IA, Persaud N, Juurlink DN. Facing up to the prescription opioid crisis. *BMJ*. 2011; 343:d5142.

<sup>27</sup> Kirschner N, Ginsburg J, Sulmasy LS. Prescription drug abuse: A policy position paper from the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. 2014;160:198-213.

<sup>28</sup> Saveland C, Hawker L, Miedema B, MacDougall P. Abuse of family physicians by patients seeking controlled substances. *Can Fam Physician*. 2014; 60:e131-6.

<sup>29</sup> Wenghofer EF, Wilson L, Kahan M, et coll. Survey of Ontario primary care physicians' experiences with opioid prescribing. *Canadian Family Physician*. 2011; 57 (3):324–32.

<sup>30</sup> Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance *S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; 2013. Disponible ici: [www.ccsa.ca/resource%20library/canada-strategy-prescription-drug-misuse-report-fr.pdf](http://www.ccsa.ca/resource%20library/canada-strategy-prescription-drug-misuse-report-fr.pdf).

<sup>31</sup> Lutte contre la douleur : le Sommet canadien sur la douleur. Disponible ici: <http://canadianpainstrategy.ca/fr/accueil.aspx>.

<sup>32</sup> La Coalition canadienne contre la douleur, la Société canadienne de la douleur. *Appel à l'action : La nécessité d'une stratégie nationale de lutte contre la douleur pour le Canada*; 2011. Disponible ici: <http://canadianpainstrategy.ca/media/11463/final%20nat%20pain%20strategy%20for%20can%20fre.pdf>.

<sup>33</sup> La Coalition canadienne contre la douleur, la Société canadienne de la douleur. *Appel à l'action : La nécessité d'une stratégie nationale de lutte contre la douleur pour le Canada*; 2011. Disponible ici: <http://canadianpainstrategy.ca/media/11463/final%20nat%20pain%20strategy%20for%20can%20fre.pdf>.

<sup>34</sup> American Society of Addiction Medicine. Public Policy Statement: Definition of Addiction; 2011. Disponible ici: [www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction](http://www.asam.org/for-the-public/definition-of-addiction)

<sup>35</sup> Carter CI, Graham B. *Mesures de prévention et d'intervention en cas de surdose d'opioïdes au Canada*. Série de documents d'orientation. Vancouver: Coalition canadienne des politiques sur les drogues; 2013. Disponible ici: <http://drugpolicy.ca/fr/solutions-innovatrices-2/recherche-et-des-statistiques/mesures-de-prevention/>.

<sup>36</sup> Follett KM, Piscitelli A, Parkinson M, et al. Barriers to Calling 9-1-1 during Overdose Emergencies in a Canadian Context. *Critical Social Work*, 2014; 15(1):18-28. Disponible ici: [www1.uwindsor.ca/criticalsocialwork/system/files/Follett\\_Piscitelli\\_Parkinson\\_Munger\\_2014.pdf](http://www1.uwindsor.ca/criticalsocialwork/system/files/Follett_Piscitelli_Parkinson_Munger_2014.pdf)

<sup>37</sup> Carter CI, Graham B. *Mesures de prévention et d'intervention en cas de surdose d'opioïdes au Canada*. Série de documents d'orientation. Vancouver: Coalition canadienne des politiques sur les drogues. 2013. Disponible ici: <http://drugpolicy.ca/fr/solutions-innovatrices-2/recherche-et-des-statistiques/mesures-de-prevention/>.