

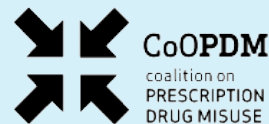
S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada

Mars 2013

Coprésidents du Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance

Dre Susan Ulan, M.D., CCMF

Coprésidente, Coalition on Prescription Drug Misuse



Carolyn Davison

Directrice des Services de dépendance, Section de la
santé mentale, des services à l'enfance et des dépendances,
ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse



Michel Perron

Premier dirigeant, Centre canadien de lutte
contre les toxicomanies



S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada

Mars 2013

Remerciement spécial

Assemblée des Premières Nations



Fondation autochtone nationale de partenariat
pour la lutte contre les dépendances



Ce document est publié par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT).

Citation proposée : 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.

© Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013.

CCLT, 500-75 rue Albert
Ottawa, ON K1P 5E7
Tél. : 613-235-4048
Courriel : info@ccsa.ca

Ce document a été produit grâce à une contribution financière de Santé Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Ce document peut être téléchargé en format PDF à www.cclt.ca.

This document is also available in English under the title:

First Do No Harm: Responding to Canada's Prescription Drug Crisis

ISBN 978-1-927467-81-7



Remerciements

La stratégie *S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada* est une réponse collaborative à un problème complexe. Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies souhaite remercier du fond du cœur les membres du Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance. Ce sont les vastes connaissances, la solide expérience et le fort engagement de chacun d'entre eux qui ont rendu possible l'élaboration de cette stratégie.

Nous souhaitons également reconnaître l'importante contribution du secrétariat du Conseil consultatif national, dont le leadership et l'approche collaborative ont contribué à l'obtention d'un consensus et à la mobilisation des gens à l'égard de cette importante question de santé.

Membres du Conseil consultatif national (CCN) sur l'abus de médicaments sur ordonnance

Cameron Bishop, Reckitt Benckiser
Pharmaceuticals

Anne Bowlby, présidente du volet Prévention
du CCN, ministère de la Santé et des Soins de
longue durée de l'Ontario

Bruna Brands, Santé Canada

Dr Norm Buckley, président du volet
Éducation du CCN, Centre national contre la
douleur, Université McMaster

Frank Cesa, Santé Canada

Lcdr Kenneth Cooper, Forces canadiennes
(Nouvelle-Écosse)

Eric Costen, Santé Canada

Dr Irfan Dhalla, Hôpital St. Michael's

Carolyn Davison, coprésidente du CCN,
ministère de la Santé et du Mieux-être de la
Nouvelle-Écosse

Marie Doyle, Santé Canada

Dr Brian Emerson, Association canadienne de
santé publique

Mark Ferdinand, Rx&D, Les compagnies de
recherche pharmaceutique du Canada

Kevin Fraser, Annapolis Valley Health

Ada Giudice-Tompson, Advocates for the
Reform of Prescription Opioids

Sholom Glouberman, Association des patients
du Canada

Taunya Goguen, présidente du volet
Application de la loi du CCN, Sécurité publique
Canada

Jennifer Goldstone, Justice Canada

Carol Hopkins, Fondation autochtone
nationale de partenariat pour la lutte contre
les dépendances

Sylvia Hyland, Institut pour l'utilisation
sécuritaire des médicaments du Canada
(ISMP Canada)

Dr Meldon Kahan, Women's College Hospital

Dr Bert Lauwers, Bureau du coroner en chef
de l'Ontario

Dre Francine Lemire, Collège des médecins de
famille du Canada

Greg Loyst, Santé Canada

Sarah MacDonald, Assemblée des Premières
Nations

Joanne McCabe, Santé Canada



Debbie McCulloch, Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie

Chef Mark Mander, Services de police de Kentville

Dre Jennifer Melamed

Dr David Mock, Royal College of Dental Surgeons/Université de Toronto

Rita Notarandrea, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies

Bernie Pauly, Association des infirmières et infirmiers du Canada

Denise Pellerin, coprésidente du volet Surveillance et suivi du CCN, Programme de suivi des ordonnances de la Nouvelle-Écosse

Michel Perron, coprésident du CCN, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies

Susan Pierce, Santé Canada

Dr David Segal, Royal College of Dental Surgeons

Dr Peter Selby, président du volet Traitement du CCN, Centre de toxicomanie et de santé mentale/Université de Toronto

Doug Spitzig, Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan

Beth Sproule, coprésidente du volet Surveillance et suivi du CCN, Université de Toronto/Centre de toxicomanie et de santé mentale

Jon Thompson, Assemblée des Premières Nations

Dre Susan Ulan, coprésidente du CCN, Coalition on Prescription Drug Misuse/Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta

Dr Hakique Virani, Santé Canada

Services de secrétariat au Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance

Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies a fourni des services de secrétariat au CCN et tient à remercier les personnes suivantes de leur précieuse collaboration :

Robert Eves, responsable

Suzanne Stoltz

Cheryl Arratoon

John Thurston

Deborah Cumming

Heather Wilcox

Amy Porath-Waller

Paula Robeson



Table des matières

Résumé	1
Vivre avec les méfaits des médicaments d'ordonnance	4
Introduction	9
Section A : Pourquoi une stratégie pancanadienne?	11
Section B : Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance	13
Section C : Contexte international	21
Section D : Médicaments d'ordonnance et leurs méfaits au Canada	23
Section E : Volets d'action stratégiques et recommandations	30
Section F : Lois et règlements	56
Section G : Recherche et échange des connaissances	65
Section H : Évaluation et mesure du rendement.....	67
Section I : Appel à l'action	68
Bibliographie	70
Annexe A : Acronymes	70
Annexe B : Infractions et peines maximales en vertu de la LRCDas	82
Annexe C : Glossaire de termes sur les médicaments d'ordonnance.....	84
Annexe D : Structure de gouvernance proposée pour la mise en œuvre et l'évaluation.....	90



Résumé

Certains médicaments d'ordonnance, comme les opioïdes, les stimulants hypnotiques et les tranquillisants, sont associés à des méfaits graves comme la dépendance, la surdose et la mort. Ces médicaments peuvent avoir un effet dévastateur sur la vie des gens et sur leur famille, en plus d'imposer un lourd fardeau aux systèmes de santé, de services sociaux et de sécurité publique. Dans des pays comme le Canada, où la population a facilement accès aux médicaments d'ordonnance, les méfaits connexes sont devenus une importante préoccupation de santé et de sécurité publiques. Le Canada est le deuxième consommateur mondial par personne de l'un de ces médicaments, les opioïdes (Organe international de contrôle des stupéfiants, 2013). Certaines Premières Nations du Canada ont déclaré une crise communautaire en raison de la prévalence des méfaits découlant de la prise de médicaments d'ordonnance (Dell et coll., 2012). Si on manque de données sur les coûts au Canada, des recherches récentes menées aux États-Unis estiment que les coûts annuels liés à la prise d'opioïdes sur ordonnance à des fins non médicales s'élèvent à plus de 50 milliards de dollars; 94 % de ce montant est attribuable à la perte de productivité et à la criminalité (Hansen, Oster, Edelsberg, Woody et Sullivan, 2011).

La réponse

Le Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance a été formé en réponse à ce problème croissant au Canada. Dirigé par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT), la Coalition on Prescription Drug Misuse (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, le Conseil a élaboré *S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada* (la *Stratégie*). La *Stratégie* est le fruit d'un vaste effort collectif déployé par des protagonistes qui s'impliquent activement et s'emploient à concrétiser la *Stratégie*.

Les membres du Conseil ont été invités à participer au projet en raison de leur expertise, de leur action et de leur engagement envers la question, et de leur capacité à la prendre en charge et à appliquer des solutions. Les membres représentent des gouvernements, des professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, coroners, dentistes et infirmières), des patients et des familles, des membres des Premières Nations, des responsables de l'application de la loi, des autorités de réglementation, des dirigeants de l'industrie et des chercheurs. La diversité de la provenance des membres reflète une volonté de concertation entre de nombreux secteurs et provinces et territoires.

Le Conseil a élaboré une stratégie qui aborde les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance, tout en tenant compte de leurs usages thérapeutiques. Les membres du Conseil ont participé activement à la formulation des recommandations, ont recueilli l'opinion des membres de réseaux et d'organismes de tous les secteurs et se sont penchés sur la communication et la coordination au sein des provinces et territoires, des disciplines et des communautés, ainsi qu'entre ces entités.

La stratégie *S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada* porte sur les médicaments d'ordonnance légaux qui sont utilisés à des fins thérapeutiques, mais qui présentent un risque élevé de méfaits. Elle définit la portée de la crise qui touche actuellement le Canada et propose un plan pour réduire les méfaits associés à ces médicaments. Elle formule 58 recommandations réalisables à court et à long terme qui, d'après les membres du



Conseil, contribueront à réduire ces méfaits et auront des retombées positives. Pour les membres, il s'agit d'un enjeu commun, qu'ils relèveront ensemble par la mise en œuvre des recommandations.

Les recommandations

La *Stratégie* s'articule autour de cinq volets d'action : prévention, éducation, traitement, surveillance et suivi, et application de la loi. Par ailleurs, trois autres éléments transcendent l'ensemble des volets et revêtent une grande importance dans le cadre de la *Stratégie* : les lois et règlements, la recherche ainsi que l'évaluation et la mesure du rendement. La *Stratégie* démontre les liens entre les secteurs et les recommandations. Les recommandations visent à :

- Prévenir les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance pour les personnes, les familles et les communautés;
- Éduquer et habiliter le public ainsi que promouvoir des communautés saines et sécuritaires;
- Promouvoir les bonnes pratiques en matière de prescription et de distribution de médicaments par les professionnels de la santé;
- Favoriser un accès rapide et équitable à divers traitements efficaces s'inscrivant dans le continuum de traitement de la douleur et de la toxicomanie;
- Déterminer les politiques et les pratiques qui sont efficaces et fondées sur des données probantes et en tirer parti;
- Mettre sur pied un système de surveillance normalisé pancanadien pour améliorer notre compréhension de la nature et de l'étendue des méfaits liés aux médicaments d'ordonnance au Canada;
- Mettre sur pied un programme de surveillance des ordonnances dans chaque province et territoire pour échanger des renseignements sur les pratiques de prescription et de distribution de médicaments entre les disciplines et les provinces et territoires de façon régulière, et prendre rapidement les mesures qui s'imposent;
- Veiller à ce que les organismes d'application de la loi disposent des outils, de la formation et des ressources nécessaires pour gérer le problème du détournement de médicaments d'ordonnance;
- Encourager l'industrie, les gouvernements, les organismes de réglementation et les autres intervenants à faire front commun, s'engager à donner suite à des recommandations précises, tirer profit des ressources existantes et accroître la capacité du système à lutter contre le problème;
- Élaborer des lois et règlements ou les clarifier afin de réduire les obstacles au traitement efficace et de prévenir les méfaits;
- Mener des recherches pour combler les lacunes en matière de connaissances et promouvoir des stratégies efficaces pour gérer cette importante question;
- Inciter l'industrie à prendre des mesures concrètes et responsables qui favorisent la sécurité des patients, améliorent leurs résultats et atténuent les risques auxquels ils sont exposés;



- Offrir une perspective contextuelle aux Premières Nations et aux populations rurales, isolées et éloignées.

La *Stratégie* vise surtout les Premières Nations et les communautés rurales, éloignées et isolées et met en évidence leurs besoins particuliers. Sauf si précisé, la *Stratégie* s'applique à ce contexte, et nous veillerons à ce que les recommandations soient interprétées avec exactitude pour tenir compte de la culture des Premières Nations et des communautés rurales, éloignées et isolées. Les mesures prises concernant les recommandations de la *Stratégie* devront tenir compte de la diversité géographique, culturelle, linguistique et de gouvernance des communautés des Premières Nations.

Prochaines étapes

Le lancement de la *Stratégie* marque la fin de la première phase d'un long processus. La prochaine phase consistera à mettre en œuvre les recommandations et à évaluer la *Stratégie* et ses répercussions à mesure que nous progressons. Un rapport annuel sur la progression vers l'atteinte des résultats prévus sera rédigé afin d'informer les intervenants de l'évolution du projet.

Le Conseil continuera de diriger le travail effectué dans le cadre de la *Stratégie* et de superviser la mise en œuvre des recommandations. L'accent sera mis sur les recommandations pouvant être mises en œuvre dans les 24 prochains mois. Cette étape servira à guider les recommandations à plus long terme.

Un appel à l'action

Des intervenants clés provenant de partout au Canada ont fait de la crise liée aux médicaments d'ordonnance une priorité et se sont engagés à s'y attaquer. Beaucoup ont investi leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leur capacité d'analyse, leur créativité et leur énergie dans la mise sur pied de la *Stratégie*.

La *Stratégie* continuera d'évoluer à mesure que de nouvelles données et recherches seront obtenues et que les activités seront mises en œuvre. Toutefois, la vision et le plan d'action sont déjà établis. Collectivement, nous nous efforçons de faire du Canada un pays qui permet de bénéficier des avantages de médicaments d'ordonnance comme les opioïdes, les sédatifs hypnotiques et les stimulants, tout en réduisant au minimum les méfaits qui y sont associés.

Il s'agit d'un projet ambitieux qui nécessite un engagement solide et soutenu envers des mesures concertées appuyant une vision commune et à long terme visant à régler ce problème complexe de santé et de sécurité publiques. La réussite de la *Stratégie* repose sur l'échange respectueux des connaissances, de l'expertise, de la recherche, des pratiques prometteuses, de l'analyse et des expériences vécues, cimenté par la volonté et l'élan de tous ceux qui jouent un rôle dans la gestion de la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada.



Vivre avec les méfaits des médicaments d'ordonnance

Les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance touchent :

- la communauté
- la famille
- les soins de santé
- la sécurité publique
- l'industrie

Nous avons tous le devoir d'agir.



Le 10 juin 2004, mon fils unique est mort subitement. Michael est allé se coucher, mais ne s'est jamais réveillé. Le coroner qui a enquêté a établi que le décès de Michael était dû à une « intoxication à l'hydromorpnone » et a conclu à un décès accidentel. Aucune drogue ni aucun alcool n'ont été détectés dans l'organisme de Michael. Sa mort aurait pu être évitée.

Je partageais avec mon fils une relation merveilleuse, profonde et affectueuse. Il vivait avec moi et était le centre de ma vie. Michael était un être réfléchi, généreux, chaleureux et bienveillant dont le sourire pouvait illuminer une pièce entière. Il adorait les enfants, qui le lui rendaient bien. Il était très proche de sa famille, avait de nombreux amis et était un homme d'affaires accompli.

Puis, les choses ont basculé pendant la dernière année de Michael.

À l'été 2003, la moindre petite chose semblait l'agiter et le bouleverser. J'ai bien senti que quelque chose n'allait pas, même s'il essayait de me dissimuler ses émotions, mais j'ai fait l'erreur de penser qu'elles étaient dues aux aléas d'une nouvelle relation amoureuse. Quand j'ai abordé la question, il m'a dit de ne pas m'en faire, qu'il consultait un médecin. Ce n'est qu'après le décès de Michael que j'ai appris que son médecin lui avait prescrit plus de 13 000 comprimés en 14½ mois. La journée précédant son décès, Michael s'est fait prescrire un médicament qu'il n'avait encore jamais pris : du Dilaudid^{MD}. L'ingrédient actif du Dilaudid est l'hydromorpnone, l'un des opioïdes les plus puissants jamais synthétisés.

Le lendemain matin, Michael ne s'est pas réveillé.

Malheureusement, cette façon de prescrire sans discernement est monnaie courante. Cela me brise le cœur d'imaginer l'angoisse, tant physique que mentale, qu'il a dû ressentir à cause des quantités excessives de médicaments créant une forte dépendance qu'il s'est fait prescrire.

Après la mort de Michael, je me suis mise en quête de réponses. Je vois bien maintenant que les deux visites à l'urgence de Michael, à Toronto, l'ont peut-être lancé sur une pente dangereuse. Deux fois en 2002, les médecins ont dit à mon fils qu'il avait des calculs rénaux. Les deux fois, il a été traité, puis a reçu son congé, avec une ordonnance de Percocet^{MD}, soit de l'oxycodone. Ni le médecin ni le pharmacien ne nous ont avertis que le Percocet pouvait entraîner une dépendance. La prise d'opioïdes « tel que prescrit » ne suffit pas à prévenir les dangers pour le patient. Mon fils est décédé moins de deux ans après avoir reçu sa première ordonnance de Percocet.

Le système a laissé tomber Michael et continue de le faire avec d'autres.

J'espère que *S'abstenir de faire du mal* aboutira à un système qui ne nuit pas aux patients comme il a nui à Michael. Nous devons apporter les changements nécessaires pour mettre fin à la vague de décès et de dépendance causés par les médicaments d'ordonnance, qui doivent être réglementés, commercialisés, prescrits et consommés de façon factuelle.

Ce témoignage est représentatif de nombreuses histoires jamais racontées et s'adresse à tous les proches que le système a laissé tomber. Nous pouvons et nous devons faire mieux.

— Ada, mère



Webequie est un village ojibway isolé d'environ 800 habitants. Situé au nord de l'Ontario, à 540 km au nord-ouest de Thunder Bay, le village se trouve sur une île, sur un lac, et n'est accessible que par avion ou une route de glace l'hiver. La route accessible à l'année la plus près est à Pickle Lake, à 250 km au sud-ouest.

Les habitants de Webequie se serrent les coudes, avec l'aide des dirigeants communautaires et régionaux, pour se remettre des ravages de l'abus généralisé d'Oxycontin^{MD} (oxy). Le mésusage de ces médicaments d'ordonnance a gâché de nombreuses vies. S'en sortir n'était pas une mince tâche. Les défis : un grave manque de fonds et une méconnaissance des mesures à prendre pour s'entraider. Webequie, avec des Premières Nations et le conseil tribal de Matawa, ont entrepris d'offrir directement du soutien au village à l'aide de budgets minimes.

Un comprimé de 80 mg d'oxy se vendait de 600 à 700 \$. Cette dépendance a laissé dans son sillage divers crimes, comme les vols qualifiés. Pour se procurer des comprimés, certaines personnes ont même vendu leurs meubles et leurs télé. Des enfants étaient négligés. Chaque jour, la violence familiale et sociale était évidente dans notre village.

Nous avons beaucoup souffert, mais nous avons travaillé pour nous en sortir. Selon la vision du monde et le mode de vie ojibway, nous devons nous demander quel serait le chemin pris par nos ancêtres; ce n'est qu'alors que notre chemin devient clair. La toxicomanie des Premières Nations va de pair avec l'érosion historique de la culture, les séquelles intergénérationnelles des pensionnats et d'autres formes de violence psychologique, qui ont provoqué de profonds traumatismes.

Nous avons réalisé qu'il nous fallait une approche personnalisée du problème. Environ 70 % de la population faisaient l'abus de médicaments d'ordonnance. Le village étant isolé, cela signifiait que les méfaits de cet abus touchaient tous les résidents, d'une façon ou d'une autre.

Les médicaments ont détruit les affinités et valeurs définissant notre peuple. Les problèmes de sécurité étaient évidents. On négligeait les enfants, qui étaient turbulents en classe. On remarquait plus d'intimidation et d'absentéisme scolaire. Résultat : des familles dysfonctionnelles et de la violence mentale et émotionnelle. Les gens se piquaient, et les enfants trouvaient leurs seringues.

De 2011 à 2012, Webequie a instauré, à ses frais au départ, un programme de sevrage au Suboxone^{MD} auquel 101 personnes ont participé. Après un traitement initial de 4 ou 5 jours, elles étaient étroitement supervisées pendant un mois. Ensuite, pour prévenir une rechute, elles suivaient un programme d'« entretien », puis les doses étaient progressivement diminuées.

Nous avons bénéficié d'un counseling combinant démarches traditionnelles et occidentales. Les gens avaient accès à la médecine et au savoir traditionnels. La plupart sont restés sobres pour un an par la suite. Un médecin et des infirmières communautaires, en qui nous avons confiance, vivent à l'année à Webequie. Des médecins en dépendance nous visitent au besoin. Il était possible de combiner une purification Anishinabe traditionnelle à une désintoxication médicale ou non médicale. Nous avons laissé place à l'espoir et la guérison. Le programme de traitement de la dépendance a permis d'unir les Aînés, et la médecine occidentale et traditionnelle. Ceux qui sont touchés guérissent. Les parents jouent avec leurs enfants. Notre communauté est plus saine qu'il y a un an, et nous reprenons espoir. La culture et la spiritualité autochtones sont sources de résilience. Notre cheminement n'est pas terminé, mais les choses vont mieux et nous continuons à avancer.

— Levi, coordonnateur de la sensibilisation aux médicaments d'ordonnance des Premières Nations



J'étais un enfant normal, je menais une vie normale dans une bonne famille. Mes parents étaient toujours là pour moi. Personne ne prend de drogue dans ma famille, j'étais le mouton noir. J'ai commencé à expérimenter à l'âge de 15 ans : je fumais du pot avec mon meilleur ami, qui avait 14 ans. Le père de cet ami nous faisait entrer dans des endroits qui nous auraient été interdits et nous payait des bières. Je le trouvais génial.

Un jour, son père est rentré, a sorti un sachet de plastique et a préparé trois lignes de cocaïne. Il a pris la sienne, puis nous a dit de prendre les nôtres. J'étais mort de trouille, bien entendu, mais je ne voulais pas qu'il s'en doute, alors j'ai pris la ligne. La cocaïne dissipait mon anxiété. J'ai essayé les opioïdes, et c'était encore mieux. J'ai aussi consommé de l'oxycodone et du Dilaudid^{MD}. Je passais mon temps avec mon ami et son père. Nous cherchions constamment à nous procurer de la drogue, notamment en passant par des amis. Avec la drogue, j'étais moins gêné et nerveux avec les filles. L'usage de drogues est très courant au secondaire.

La drogue était le centre de mon univers. Au début, je m'en procurais assez facilement et à bon prix : mon ami me vendait pour un dollar des comprimés de Dilaudid de huit milligrammes volés à son père, qui avait une ordonnance. Il n'en volait qu'une vingtaine à la fois, pour que son père ne remarque rien. Des jeunes vendaient des médicaments d'ordonnance à l'école; cela semblait sans danger puisqu'ils sont prescrits par un médecin. Mais ils ne sont pas sans danger, ils créent une dépendance. Les opioïdes sont les pires d'après moi.

Puis, j'ai dû me trouver d'autres fournisseurs, pour finir par acheter mes pilules dans la rue. J'ai volé près de 700 \$ à ma grand-mère en « l'aidant » à faire son épicerie. J'avais 18 ans quand j'ai dû répondre à sept chefs d'accusation de vol de cigarettes. J'ai volé chez mon cousin. J'ai fait plus de 10 séjours en désintox. Je n'étais pas prêt à arrêter, le pouvoir des drogues était trop fort.

J'ai volé et revendu des colliers et un caméscope pour pouvoir m'acheter des médicaments. J'ai volé l'arme de poing de mon oncle, et on m'a arrêté alors que j'essayais de la vendre. Cette nuit-là, je suis allé en prison, puis en cour. J'avais des médicaments cachés dans mon manteau d'hiver. J'ai demandé un magazine et un crayon, que j'ai utilisés pour réduire les comprimés en poudre. Je les ai reniflés avec le magazine dans ma cellule de détention provisoire au palais de justice.

Je ne pensais qu'à la drogue. Rien d'autre n'importait. Mes parents étaient très en colère. J'ai exagéré le montant que je devais à des revendeurs, et mon père m'a donné 500 \$. J'ai payé mes dettes, puis me suis faulfilé à la maison avec des comprimés, que j'ai écrasés et reniflés alors que ma mère dormait.

À 20 ans, tout a basculé. Après une nuit bien arrosée, où j'avais aussi pris du Dilaudid et d'autres drogues, j'ai cambriolé un motel. Cette fois, au tribunal, j'ai craqué et pleuré sur tout ce que j'avais fait subir à ma famille et à d'autres. J'ai été condamné à quatre ans de prison et j'étais terrifié. Le sevrage a été atroce et a duré plus d'une semaine.

Quand j'ai commencé à aller mieux, j'ai pu sortir dehors. J'étais entouré de béton, mais je pouvais voir le ciel. En respirant l'air frais, j'ai juré de ne plus consommer. Je crois que tout arrive pour une raison. Je me suis entraîné et j'ai terminé mon secondaire en prison, où j'ai aussi commencé à prendre de la méthadone. Je suis sobre depuis quatre ans et je travaille avec des jeunes pour leur éviter de vivre la même chose que moi. Je m'implique avec des services de dépendance et raconte mon histoire lors de colloques médicaux. J'ai un blogue pour aider les enfants et les familles (www.pastaddiction.blogspot.com). Ma vie sans drogue est fantastique; j'aurais dû arrêter avant.

— Neil, jeune homme qui a arrêté de prendre des médicaments d'ordonnance



J'ai joint les Services de police de Toronto à l'âge de 17 ans, en tant que cadet. J'ai été assermenté au grade d'agent de police la journée de mon 21^e anniversaire. J'étais jeune, en bonne santé et j'adorais le hockey. J'aimais la vie, et ma carrière s'annonçait prometteuse. Certaines de mes vertèbres dorsales s'étaient déplacées à la suite de blessures, mais je continuais à jouer au hockey. Patiner me faisait un peu souffrir, mais pas travailler.

En 1989, après sept années passées à Toronto dans des divisions débordantes d'activités, j'ai déménagé dans une ville plus petite pour poursuivre ma carrière d'enquêteur. Quelques années plus tard, j'ai eu un accident de voiture en sortant du travail. À cause de l'impact, mes genoux ont été coincés sous le tableau de bord. À l'hôpital, on m'a radiographié de la tête aux pieds, mais les médecins n'ont décelé aucune blessure grave. Après m'avoir donné deux semaines de congé, ils m'ont remis une ordonnance de Percocet^{MD} pour soulager la douleur.

J'envisageais de passer un examen de promotion, alors deux semaines plus tard, je suis rentré au travail. Mes douleurs lombaires empiraient, et un rhumatologue a détecté un déplacement vertébral. Le médecin m'a prescrit 100 Percocet^{MD} en attendant que je sois opéré pour fusionner mes vertèbres. L'opération qui aurait dû me débarrasser de la douleur a été un échec total. J'ai dû arrêter brusquement le Percocet sept jours après l'opération. Le sevrage a été atroce, et la douleur était toujours présente. Une autre opération étant prévue six mois plus tard, je suis retourné au travail.

Je n'avais jamais fait un usage inapproprié du Percocet, jusqu'à ce que les médecins refusent catégoriquement de m'en donner. Comme policier, je savais auprès de qui m'en procurer. Je l'obtenais comme je pouvais, par des amis ou même des relations du monde criminel. Je souffrais de douleur chronique. Je développais une tolérance et devais augmenter mes doses, passant de 2 pilules par jour, à 4, puis à 6. Malheureusement, la deuxième opération a aussi échoué. Nouvelle ordonnance de Percocet. Cette fois, avec l'aide de mon médecin, j'ai progressivement diminué les doses, malgré la douleur, pour finalement ne prendre que du Tylenol 3^{MD} et du diazépam. Aucune prise d'analgésique narcotique pendant quatre à six mois.

Puis, mon médecin m'a prescrit de l'Oxycontin^{MD}, me disant qu'il était plus efficace et créait moins d'accoutumance. Retour à la case départ : je prenais plus de pilules qu'avant. Mon médecin m'a conseillé de dire que j'étais toxicomane pour entrer à la clinique de méthadone et me sevrer.

Il ne faut pas persécuter ceux qui souffrent de douleur chronique. J'étais un policier respecté, mais je devais maintenant cacher à mes collègues mes visites à la clinique, pour attendre ma dose pendant des heures. Je dissimulais ma figure et m'inquiétais d'avoir peut-être déjà arrêté mon voisin quand j'étais en civil. Je n'avais pas à agir comme un toxicomane, mais on me disait que j'en étais un, car la clinique s'occupait de traiter la dépendance, et non la douleur. C'était horrible. La méthadone soulageait efficacement la douleur.

Mes superviseurs ont tout découvert et ont puni, à juste titre, certains de mes gestes, mais ne m'ont pas renvoyé. L'administration et mes collègues me surnommaient « drogué ». Je me sentais tellement seul. Comme je ne pouvais travailler sans analgésique, j'ai dû abandonner ma carrière. J'ai ensuite passé 10 ans dans des postes ennuyants. La clinique de la douleur m'a sauvé la vie. Je suis maintenant un traitement antidouleur avec et sans ordonnance. Je prends de très faibles doses de Percocet et de méthadone. Au printemps, on m'installera un implant électrique expérimental. Ma douleur étant bien contrôlée, je réussis bien en tant que détective privé et j'enseigne à temps partiel au collège. Je participe aussi à des missions humanitaires à Haïti. Je me sens revivre.

— Peter, ancien policier, souffre de douleur chronique



Introduction

Les méfaits associés à la prise de médicaments psychotropes sur ordonnance (ci-après appelés médicaments d'ordonnance) sont en train de devenir une importante préoccupation de santé et de sécurité publiques, en particulier dans les pays où la population a facilement accès à ce type de médicaments, qui comprennent les analgésiques opioïdes, les sédatifs hypnotiques et les stimulants. Le Canada est devenu le deuxième consommateur mondial par personne d'opioïdes sur ordonnance. Certaines Premières Nations du Canada ont déclaré une crise communautaire en raison de la prévalence des méfaits découlant de la prise de médicaments d'ordonnance (Dell et coll., 2012). La situation actuelle nécessite une intervention rapide et coordonnée sur plusieurs fronts de la part de divers professionnels, secteurs et paliers du gouvernement. Il ne sera tout simplement pas possible de régler cette crise de santé et de sécurité publiques par l'action de groupes isolés dans divers domaines d'excellence.

Le soulagement de la douleur aiguë et chronique et la consommation d'opioïdes sur ordonnance vont souvent de pair, tout comme le traitement de l'anxiété et des troubles du sommeil et la consommation de benzodiazépines. Toutefois, la prise de ces médicaments est associée à des risques de méfaits, comme la dépendance et la surdose mortelle. La détermination du moment et de la façon de prendre ces médicaments de façon efficace et sécuritaire, en s'abstenant d'abord et avant tout de faire du mal, représente un des principaux défis liés à cette question. Pour le relever, il faut envisager l'adoption d'approches fondées sur les données probantes envers la prévention et le traitement de problèmes plus larges, comme la toxicomanie, les troubles de santé mentale, les comorbidités, les troubles concomitants, la douleur et les maladies chroniques. Nous devons nous pencher sur les déterminants sociaux de la santé dans l'ensemble du pays et chez les Premières Nations du Canada. De plus en plus de membres des Premières Nations associent leurs douleurs et leurs traumatismes psychologiques et la consommation de médicaments d'ordonnance qui en découle à leur expérience dans les pensionnats et les familles d'accueil (Santé Canada, 2011).

S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada (la *Stratégie*) est une stratégie décennale décrivant des mesures immédiates à court terme visant à régler le problème actuel et jetant les bases d'une action concertée à long terme.

Objectifs de la *Stratégie*

La *Stratégie* porte sur les médicaments d'ordonnance qui bénéficient d'un statut légal et ont des usages thérapeutiques reconnus, mais qui présentent un risque élevé de méfaits. En voici une liste non exhaustive :

- analgésiques opioïdes contenant notamment de l'oxycodone, de l'hydromorphone, du fentanyl, de la morphine ou de la codéine;
- stimulants contenant notamment de la dextroamphétamine, du méthylphénidate ou des amphétamines;
- sédatifs hypnotiques comme ceux contenant notamment du diazépam et de l'alprazolam;
- médicaments utilisés dans le traitement de la toxicomanie, mais pouvant entraîner des méfaits, comme la méthadone et la buprénorphine.



La Stratégie se concentre sur les méfaits associés à ces médicaments d'ordonnance et fait valoir qu'il est essentiel de tenir compte à la fois de l'action bénéfique de ces substances et de leurs effets négatifs. On y traite notamment de la toxicomanie, des maladies nécessitant une hospitalisation, des surdoses et des décès découlant d'abus, de la surconsommation, de la polyconsommation et de l'utilisation à des fins non médicales, ainsi que des méfaits découlant de la prise de ces médicaments à des fins thérapeutiques, de la manière prescrite. Ce sont les personnes, les familles, les communautés et la société en général qui subissent les répercussions et les coûts associés à ces abus sur les plans physique, émotif et psychologique ainsi qu'à l'égard de la sécurité publique.

Il faut accorder une attention toute particulière aux conditions environnementales et sociales qui entraînent une élévation des risques pour les femmes, les jeunes, les aînés, les Premières Nations, les Inuits et les nouveau-nés. En effet, il est essentiel de faire appel à des traitements et à des approches de prévention efficaces tenant compte de la diversité des populations, notamment en ce qui a trait aux contextes géographique et culturel ainsi qu'à un grand nombre de facteurs qui accentuent les risques et les répercussions liés aux médicaments sur ordonnance pour l'ensemble du système.

Afin d'atténuer ces méfaits, la *Stratégie* aborde également les éléments suivants :

- détournement de médicaments de la chaîne d'approvisionnement normale du fabricant au patient;
- prescription ou administration inappropriée des médicaments;
- toxicomanie, troubles de santé mentale, comorbidités, troubles concomitants et douleur, tous des problèmes influencés par ces médicaments d'ordonnance.

La *Stratégie* s'appuie sur ces facteurs pour formuler des recommandations réalisables de mesures à mettre en œuvre au cours des dix années prévues, et met tout particulièrement l'accent sur des stratégies à court terme à adopter durant les deux premières années.



Section A : Pourquoi une stratégie pancanadienne?

Le Canada est le deuxième consommateur mondial par personne d'opioïdes sur ordonnance (Organe international de contrôle des stupéfiants, 2013). Les médicaments d'ordonnance, achetés légalement ou non, sont associés à des méfaits comme la dépendance, la surdose et la mort. Ces méfaits peuvent représenter un fardeau pour les systèmes de soins de santé, de services sociaux et de sécurité publique, et les conséquences pour les personnes, les familles et les communautés peuvent être désastreuses.

On a également constaté une recrudescence de l'activité criminelle de détournement des médicaments d'ordonnance des voies d'approvisionnement légales et réglementées vers le marché noir (Gendarmerie royale du Canada, 2010). Cette situation entraîne une hausse de la pression sur les mesures d'application de la loi au Canada et risque de compromettre leur efficacité.

La prise de médicaments d'ordonnance à des fins non médicales ainsi que ses méfaits associés ont été désignés comme domaines prioritaires dans le cadre des consultations entreprises en 2003-2004 dans l'ensemble du pays par Santé Canada et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT) afin de rédiger le *Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada* (CCLT, 2005). Les Premières Nations ont également ciblé cette priorité dans le cadre de l'initiative nationale de rédaction du document *Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada* (Santé Canada, 2011), dirigée par l'Assemblée des Premières Nations (APN), la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances et Santé Canada. En outre, les dirigeants des Premières Nations continuent de faire avancer la question des problèmes liés aux médicaments d'ordonnance par l'adoption de résolutions aux assemblées générales annuelles de l'APN et aux assemblées extraordinaires des Chefs et de tenter d'obtenir des ressources supplémentaires pour mieux répondre aux besoins des Premières Nations (APN, 2011, 2012).

Les participants à l'atelier thématique national sur la prévention de la consommation problématique de produits pharmaceutiques psychotropes de 2006 (Santé Canada, 2007) ont ciblé six domaines prioritaires correspondant essentiellement aux volets abordés dans la présente *Stratégie*. Au cours de ses assemblées extraordinaires des Chefs de 2010 et de 2011, l'APN a reconnu que la dépendance aux opioïdes et les méfaits qui y sont associés constituent des défis liés à l'abus d'alcool et de drogues qui prennent de l'ampleur (APN, 2010 et 2011) et qu'ils demeureront une priorité pour les dirigeants des Premières Nations. Les participants à l'atelier de 2010 sur les nouveaux problèmes liés à la lutte antidrogue (Sécurité publique Canada, 2011a) et à l'atelier de 2011 sur l'usage illicite de produits pharmaceutiques (Sécurité publique Canada, 2011b) ont abordé les problèmes émergents liés à la lutte antidrogue, puis ont rencontré des représentants du secteur de la santé. En 2012, l'Association canadienne des chefs de police a adopté une résolution reconnaissant la nécessité d'adopter une stratégie visant les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance.

La création au début de 2013 du Groupe de travail fédéral/provincial/territorial (FPT) sur l'abus de médicaments d'ordonnance (AMO) permettra d'accroître la collaboration et la coordination du leadership intergouvernemental visant à aborder les problèmes liés aux médicaments sur ordonnance. Le Groupe de travail passera en revue les stratégies et rapports récents et pertinents



sur l'AMO, cernera des secteurs de collaboration FPT possible et présentera son rapport aux sous-ministres FPT en mai 2013. De plus, le Comité de coordination sur l'abus de médicaments sur ordonnance (CCAMO) est une autre mesure coordonnée intergouvernementale responsable de prendre en charge les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance chez les communautés inuits et des Premières Nations au Canada. Le CCAMO réunit des représentants de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada, de la Direction générale des produits de santé et des aliments (DGPSA) et de la Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs (DGSESC), de l'Assemblée des Premières Nations (APN), de la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD) et du CCLT.

Afin de répondre à ce besoin et aux nombreux appels à l'action lancés au cours des 10 dernières années, le CCLT a organisé à Ottawa en février 2012 un dialogue national sur le mauvais usage de médicaments sur ordonnance (CCLT, 2012). Cet événement a attiré plus de 70 intervenants, et ceux-ci ont adopté deux plans d'action généraux :

- Le CCLT continuera de diriger l'élaboration d'une stratégie pancanadienne exhaustive, réalisable et fondée sur les données;
- Le Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance sera officialisé. Il supervisera l'élaboration (étape 1), la mise en œuvre (étape 2) et l'évaluation (étape 3) de la stratégie.



Section B : Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance

Mandat du Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance

Le Conseil consultatif national (CCN) sur l'abus de médicaments sur ordonnance, convoqué en juin 2012 par le CCLT, réunit des experts des gouvernements fédéral et provinciaux; des spécialistes de la douleur et de la toxicomanie ainsi que d'autres professionnels de la santé, notamment des pharmaciens, des infirmières, des praticiens de la santé publique, des dentistes et des médecins; des chercheurs; des membres des Premières Nations; des autorités de réglementation; des responsables de l'application de la loi; des dirigeants de l'industrie; et des organismes de défense des droits des patients et de la communauté. La diversité de la provenance des membres reflète une volonté de concertation entre les gouvernements, les divers professionnels de la santé, le système de justice pénale, les organismes provinciaux de réglementation, l'industrie et d'autres intervenants (voir la liste des membres du CCN dans la section Remerciements).

L'objectif principal du CCN est de mettre en place une stratégie canadienne s'appuyant sur les données et visant à atténuer les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance. La stratégie vise à orienter les nombreux intervenants afin de leur permettre de répondre collectivement à ce problème de santé et de sécurité publiques complexe.

L'objectif de la *Stratégie* a été finalisé en 2013, et son titre provisoire a été modifié en vue de mettre l'accent davantage sur les méfaits que sur l'abus, mais le nom du CCN n'a pas été modifié à cette étape. Il sera cependant révisé au début de l'étape de mise en œuvre afin de mieux refléter l'objectif de la *Stratégie* ainsi que cette nouvelle étape.

Étapes des travaux du CCN.

Comme l'ont décidé les participants à la séance inaugurale du CCN tenue à Halifax en juin 2012, les travaux du Conseil se dérouleront en trois étapes.

Étape 1 : Élaborer la stratégie *S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada* (la *Stratégie*)

La *Stratégie* aborde la toxicomanie, la santé mentale, les comorbidités, les troubles concomitants, le traitement de la douleur et les usages thérapeutiques de ces médicaments d'ordonnance au moyen d'une approche basée sur les données probantes. Elle comprend 58 recommandations de mesures à prendre accompagnées d'échéanciers, ainsi que les rôles et responsabilités des divers intervenants.

Étape 2 : Mettre en œuvre les recommandations

Les recommandations visent à atténuer les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance et à assurer l'accès aux médicaments appropriés. Elles sont personnalisées pour les divers intervenants et peuvent être adaptées au contexte local et régional. La deuxième étape sera l'occasion de consolider les partenariats et de faire la promotion de la *Stratégie* et de son adoption.



Étape 3 : Mener une évaluation de l'incidence de la mise en œuvre de la *Stratégie*

Cette étape comprend des activités d'évaluation de l'incidence des initiatives mises en œuvre à la deuxième étape. Elle s'intégrera à l'étape de mise en œuvre.

Principes directeurs de l'élaboration de la politique

Le travail du CCN est appuyé par le *Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada* (CCLT, 2005). Le CCN a adopté les principes suivants pour la *Stratégie*.

1. Les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance représentent un problème de santé et de sécurité publiques complexe.
2. Les éléments suivants sont essentiels pour bien cerner ce problème :
 - approche globale concertée;
 - collaboration interdisciplinaire et multisectorielle;
 - contribution concrète de la part d'intervenants clés;
 - représentation pertinente des groupes touchés et des groupes responsables;
 - échange de connaissances intégré;
 - interventions pertinentes, accessibles et basées sur les données;
 - évaluation continue et amélioration du processus;
 - intégration de la culture, des pratiques culturelles et des interventions des Premières Nations ainsi que du savoir autochtone;
 - approche générale tenant compte de l'incidence des déterminants de la santé;
 - considération de la diversité du Canada, en particulier les différences géographiques, les communautés urbaines, rurales et éloignées, la nature multiculturelle de notre société et les autres questions touchant l'équité en santé;
 - participation responsable de l'industrie afin d'accorder la priorité à la sécurité des patients et du public.
3. Le fait d'investir dans des partenariats solides assurera la réussite de cette entreprise.
4. L'inclusion, la transparence ainsi que le leadership et la responsabilité partagés sont essentiels au travail en collaboration.

Processus d'élaboration de la *Stratégie*

Le CCN était coprésidé par la directrice des Services de dépendance du ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse, la conseillère médicale principale du Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta et le premier dirigeant du CCLT. Au dialogue organisé en février 2012, les participants ont ciblé cinq volets d'action étroitement liés qui composeraient plus tard la *Stratégie* :

- Prévention
- Éducation



- Traitement
- Surveillance et suivi
- Application de la loi

Un comité consultatif d'experts (CCE) a été formé pour chaque volet lors de la réunion tenue en juin 2012 à Halifax. Les membres du CCN ont choisi eux-mêmes à quel CCE ils souhaitaient siéger. Chaque comité est dirigé par un président ou des coprésidents (voir la liste dans la section Remerciements), et a défini son objectif principal, élaboré des recommandations appuyées de justifications, proposé des dirigeants et des partenaires pour la mise en place de chaque recommandation et établi des jalons clés.

En septembre 2012, le CCN s'est à nouveau réuni à Calgary afin d'examiner, de peaufiner et de valider les recommandations provisoires élaborées en collaboration avec les CCE au cours de l'été, de chercher de l'appui pour la rédaction du rapport final et de faire avancer l'élaboration et la mise en œuvre de la *Stratégie*.

En décembre 2012, les membres du CCN ont reçu une version révisée du rapport préliminaire, qu'ils ont présentée à leurs organisations et à leurs réseaux afin de recueillir davantage de commentaires et de soutien organisationnel. Les thèmes récurrents issus des commentaires ont fait l'objet de discussions lors d'une réunion du CCN tenue en février 2013 à Edmonton. Les membres ont alors révisé les recommandations et sont parvenus à un accord. Ils se sont également entendus sur le titre définitif : *S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada*. En outre, les membres ont décidé d'une structure proposée pour entamer l'étape de mise en œuvre (annexe D). Le CCN a accepté que le CCLT rédige une ébauche des modalités de l'étape 2 aux fins d'examen.

Le CCLT s'est vu confier la tâche de finaliser la *Stratégie*, comme convenu avec le CCN. Il a donc intégré les recommandations révisées, vérifié que la mise en contexte de chaque volet reflétait bien les changements apportés aux recommandations et incorporé les suggestions de révisions dans le reste du document. Il a également révisé la formulation du document afin de faire en sorte que celui-ci reflète mieux son nouveau titre. Le document final a été envoyé aux membres du CCN, qui devaient le réviser et relever les erreurs factuelles ainsi que les sujets et les points d'entente que le document n'abordait pas. En février 2013 s'est tenue une téléconférence dont l'objectif était de discuter de la *Stratégie* finale et de recueillir les conseils du CCN en ce qui a trait à son lancement.

Dans le cadre de ses efforts de lutte contre les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance chez les Premières Nations du Canada, le CCN a pu profiter des conseils du Comité de coordination sur l'abus de médicaments sur ordonnance (CCAMO), qui réunit des représentants de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), de la Direction générale des produits de santé et des aliments (DGPSA) et de la Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs (DGSESC) de Santé Canada, de l'Assemblée des Premières Nations (APN), de la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD) et du CCLT.

La figure 1 présente le processus de création de la *Stratégie*.



Liens de la *Stratégie* avec les problèmes et les activités des Premières nations

Au Canada, on compte 50 langues des Premières Nations dans 630 communautés des Premières Nations de tailles variées, des petites réserves en régions éloignées aux grandes réserves situées près des principaux centres urbains. Ces communautés comptent divers niveaux de gouvernance, allant du chef et du conseil, aux conseils tribaux, régionaux et nationaux. Certaines communautés des Premières Nations sont autonomes : elles gèrent elles-mêmes leurs programmes de santé, sont stables sur le plan économique, jouissent en général d'une bonne santé et d'un bon niveau de bien-être et continuent de transmettre leur savoir, leur langue et leurs traditions. Plusieurs communautés sont toutefois aux prises avec d'importantes difficultés, notamment des taux de chômage élevés, des logements insalubres, de faibles niveaux d'instruction et des services de soins de santé inadéquats. Dans le cadre d'un sondage mené de 2008 à 2010, les communautés des Premières Nations ont révélé que l'usage et l'abus d'alcool et de drogues étaient perçus comme le principal obstacle au bien-être communautaire des communautés des réserves (82,6 % des répondants), suivis de l'hébergement (70,7 %) et de l'emploi (65,9 %) [Santé Canada, 2011].

La liste ci-dessous représente des obstacles majeurs à la prestation de soins de santé adaptés permettant de réduire les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance dans les communautés des Premières Nations situées en région éloignée, comme les peuples cri, ojibway, dénés et innu :

- Peu ou pas d'accès aux soins et aux services de santé (Chiefs of Ontario, 2010; Santé Canada, 2011; DGSPNI, 2012; Reading, 2007);
- Manque de communication de la part des médecins et des infirmières non autochtones en rotation provenant des centres urbains, qui prodiguent des soins pouvant interférer avec ceux offerts par d'autres fournisseurs de soins de santé;
- Efforts décevants relatifs à la transmission de renseignements clairs aux membres de la communauté en ce qui a trait au meilleur comportement à adopter pour prévenir ou traiter les troubles de santé et les maladies (Reading, 2007).

Les directeurs de la santé communautaire des Premières Nations soulignent que les membres de leurs communautés hésitent à poser des questions et à adopter une attitude de collaboration dans le cadre de leurs propres soins de santé en raison des séquelles de la colonisation, de la perception selon laquelle les médecins et les fournisseurs de soins de santé occupent une position d'« autorité » ainsi que des difficultés de la traduction des langues des Premières Nations vers l'anglais ou le français. C'est pourquoi les membres des Premières Nations sont moins susceptibles d'avoir consulté un médecin, même lorsque l'on tient compte du fait qu'il s'agit d'une population relativement jeune (Reading, 2007).

En 2012, la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a publié *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*. Dans cette stratégie, la Commission avance que « Pour s'attaquer aux enjeux complexes qui ont des répercussions sur l'état de santé mentale de la population dans les régions nordiques et éloignées, il faut que les divers gouvernements et organismes se concertent pour appliquer des solutions intersectorielles. Le niveau de financement doit également tenir compte des coûts plus élevés de la prestation des services et des contextes uniques dans les zones nordiques et éloignées. Il ne s'agit pas seulement de transposer dans ces régions des programmes mis au point dans les villes du sud en s'attendant à ce qu'ils soient tout aussi efficaces. Les communautés doivent avoir droit à des subventions et à des appuis financiers leur permettant de concevoir, de mettre en œuvre et d'évaluer leurs propres



solutions destinées à répondre aux besoins de leur communauté en matière de santé mentale. » (Commission de la santé mentale du Canada, 2012, p.68).

Le mode de vie des Premières Nations trouve ses assises dans les valeurs, la spiritualité, la culture et le lien avec la terre. Une société saine valorisait le rôle joué par chaque personne dans la communauté à tous les âges de la vie, y compris les femmes, les hommes et les personnes bispirituelles (Chansonneuve, 2005). Les Premières Nations ont un point de vue holistique de la santé et du bien-être basé sur l'équilibre de la santé spirituelle, mentale, émotionnelle et physique, de même que sur le bien-être social et économique.

La colonisation a eu des conséquences désastreuses sur ce mode de vie en raison de mesures comme le régime des pensionnats indiens et la « rafle des années soixante » — l'adoption forcée d'enfants autochtones à partir des années soixante —, le dénigrement des systèmes de gouvernance et le bannissement des pratiques spirituelles, culturelles et économiques, ainsi que le racisme systémique et le déracinement, pour n'en nommer que quelques-unes. Plusieurs Premières Nations ont encore de la difficulté à retrouver leur mode de vie et leur vision du monde précoloniaux. Il est toutefois important de comprendre que plusieurs membres des Premières Nations n'entretiennent aucun lien avec cette culture ou avec leur identité culturelle et préfèrent qu'il en soit ainsi. En outre, certaines communautés sont dominées par l'Église et interdisent les pratiques spirituelles culturelles.

En raison des séquelles de la colonisation, il est devenu prioritaire pour les Premières Nations d'enclencher un processus de décolonisation. Dans le cadre d'un tel processus, les membres et les communautés des Premières Nations font appel à leurs cultures traditionnelles de manière réfléchie, se redéfinissent en tant que peuple et réaffirment leur identité distincte. La décolonisation comprend diverses étapes, comme le deuil des pertes occasionnées par la colonisation et la guérison, le renouvellement des rites culturels et spirituels et des pratiques d'utilisation de la terre, et l'amélioration de l'accès à des ressources liées au bien-être mental. L'importance croissante de la décolonisation a poussé les dirigeants et les communautés des Premières Nations à lancer un appel à la guérison, à la restauration de la famille et au renforcement des communautés de soins (Santé Canada, 2011).

Il est largement admis que la santé des Premières Nations est influencée par une vaste gamme de facteurs historiques et culturels. Ces facteurs supplémentaires sont parfois appelés déterminants de la santé propres aux Premières Nations ou aux Autochtones. Ils comprennent la perte de la langue et de l'usage des terres, la colonisation, les abus dans les pensionnats, le racisme systémique, la destruction de l'environnement et la déconnexion culturelle, spirituelle, émotionnelle et mentale (Santé Canada, 2011).

Plusieurs communautés des Premières Nations souhaitent atteindre un état de « bien-être », qui diffère du modèle souvent médicalisé de la « santé » parce qu'il consiste en une approche holistique visant l'équilibre entre les aspects mental, physique, émotionnel et spirituel de la vie. On s'entend jusqu'à un certain point pour dire que les versions IV et V du *Manuel statistique et diagnostique* n'abordent pas (elles en sont peut-être incapables) les réalités propres au traumatisme et au stress post-traumatique subis par les Premières Nations. Les différences culturelles et historiques associées aux effets du traumatisme et des modes de guérison ont des répercussions non seulement sur la personne et sa famille, mais aussi sur l'ensemble de la communauté. Au-delà du passé personnel, elles touchent le passé historique. Il est donc essentiel que le traitement de la douleur tienne compte du modèle biopsychosocial de la douleur et soit abordé au moyen d'approches culturelles distinctes. Ce changement d'orientation implique que pour bien comprendre la santé, la maladie et les facteurs psychologiques et sociaux qui influencent ou intensifient la



douleur physique, il faut évaluer de façon systématique les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux ainsi que les facteurs propres à la culture, et les interactions complexes qui lient tous ces éléments. Ainsi, il se pourrait que les traitements pharmacologiques ne soient pas la meilleure option, ni la seule, pour le traitement de la douleur.

Les interventions adaptées sur le plan culturel sont holistiques, c'est-à-dire qu'elles n'abordent pas la santé mentale ou psychologique séparément des aspects physique ou émotionnel d'une personne. Au contraire, elles ciblent à la fois l'esprit, le corps, l'âme et les émotions. Les interventions elles-mêmes pourront être plus ciblées, mais voici quelques exemples généraux d'interventions et de pratiques culturelles visant à réduire les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance :

- renouement avec l'identité culturelle par la réunification avec une communauté des Premières Nations;
- obtention d'un nom spirituel;
- identification à un clan;
- utilisation de produits naturels pour la prière, la purification et la détoxification;
- recours à des aliments traditionnels, en particulier des baies;
- tenue de cérémonies, par exemple des sueries ou des festins des fantômes (aussi appelés festins commémoratifs ou festins des morts) qui aident à vivre le deuil et la perte;
- interventions visant à faciliter le renouement avec la terre et l'environnement (Hopkins 2010).

Ces pratiques et interventions s'appuient toutes sur des données culturelles provenant des enseignements des peuples autochtones. Elles ont été transmises d'une génération à l'autre par la tradition écrite ou orale sans jamais être altérées par les personnes ou les circonstances; elles demeurent fidèles à la loi spirituelle.

La façon de tenir compte de la culture dans la prise en charge des méfaits associés aux médicaments d'ordonnance devrait être inspirée des concepts de compétence et de sécurité culturelles, qui sont définis comme suit :

- **Compétence culturelle** : La compétence culturelle exige des fournisseurs de services, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des réserves, d'être conscients de leurs propres perceptions et attitudes concernant les différences culturelles, ainsi que de connaître et d'accepter les réalités culturelles et environnementales de leurs clients. Il est aussi nécessaire de traduire les connaissances autochtones en réalités actuelles afin d'éclairer et de guider l'orientation et la prestation des services de santé et des aides de façon continue.
- **Sécurité culturelle** : La sécurité culturelle va au-delà de la sensibilisation et de la sensibilité culturelles dans les services pour aussi tenir compte des différences culturelles, historiques et structurales et des rapports de force dans les soins offerts. Elle comporte un processus d'auto-examen continu et de croissance organisationnelle à l'intention des fournisseurs de services et du système dans son ensemble dans le but de répondre adéquatement aux besoins des peuples des Premières Nations (Santé Canada, 2011).

La compétence culturelle requiert qu'on agisse de façon adaptée à la culture et qu'on fasse en sorte que toutes les mesures s'appuyant sur cet aspect respectent la diversité culturelle et soient propres à la personne, à la famille ou à la communauté cible. La collaboration avec des « professionnels non



réglementés » comme les praticiens de la culture et les Aînés peut représenter un défi pour les professionnels de la santé. Les différences entre les visions du monde, les lacunes dans l'appréciation ou la compréhension des savoirs autochtone et occidental et les conflits de compétence touchant la gouvernance, les finances et la politique peuvent également représenter des obstacles. Il est essentiel que les deux parties s'entendent sur les rôles, les responsabilités, les objectifs et les résultats attendus en abordant ces difficultés et ces obstacles.

Les défis liés au problème de l'abus de médicaments d'ordonnance par les membres des Premières Nations du Canada sont fortement aggravés par l'absence de systèmes de soins de santé primaires. Les professionnels de la santé font face à une importante barrière linguistique lorsque la seule ou la principale langue parlée est une langue des Premières Nations. En outre, l'existence de traumatismes non résolus et de traumatismes intergénérationnels rend difficile la distinction entre la douleur psychologique et physique.

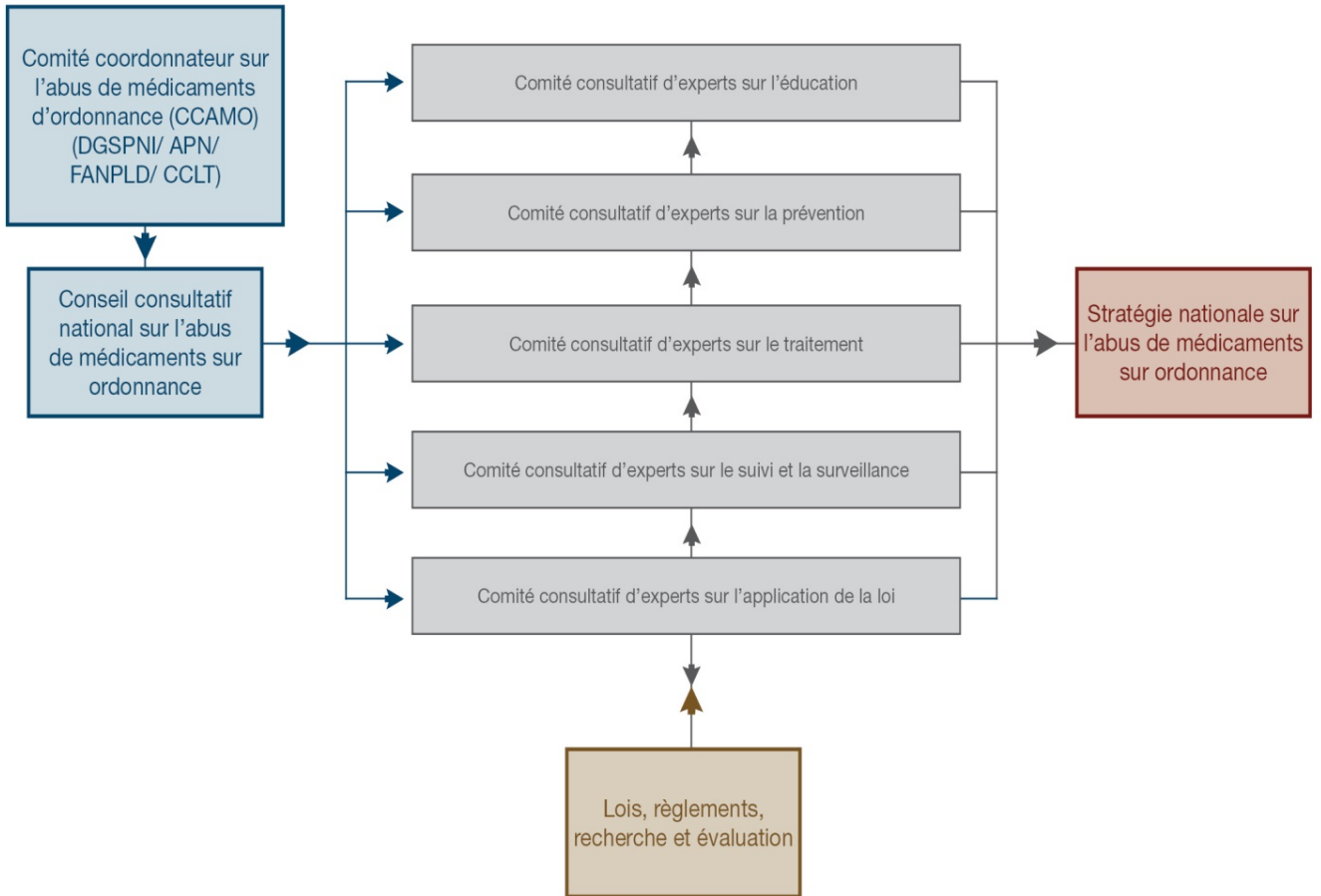
Une enquête menée en Saskatchewan en 2007 constitue un bon exemple d'étude sur les Premières Nations du Canada. Cette étude a montré que « les différences entre les communautés des Premières Nations des réserves du Nord et du Sud de la Saskatchewan en ce qui a trait aux abus de médicaments d'ordonnance s'expliquent par différents facteurs comme les pratiques liées à la prescription et à l'administration des médicaments, la situation géographique (régions éloignées ou non éloignées, proximité des centres urbains), l'accessibilité et la disponibilité de substances licites et illicites » ainsi que par la structure de paiement des médecins (Dell et coll., 2012).

Les maladies chroniques, que l'on associe souvent à la douleur, ont une prévalence élevée chez les membres des Premières Nations du Canada. Ces derniers souffrent notamment d'arthrite et de rhumatismes, d'hypertension, de diabète, d'asthme, de cardiopathies, de cataractes, de bronchite chronique et de cancer (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations [CGIPN], 2005). La fréquence de ces maladies explique la présence de médicaments d'ordonnance chez les communautés des Premières Nations et aide à comprendre les voies menant vers la consommation et l'abus de ces médicaments.

Pour bien aborder les problèmes propres aux Premières Nations, il est essentiel de tenir compte du fait que les membres et les communautés des Premières Nations possèdent de nombreux atouts. Les plus importants sont la culture et le savoir autochtones, mais on n'en tient pas compte lorsqu'on constitue les bases de données visant à étudier les méfaits associés à la consommation de médicaments d'ordonnance et ses problèmes connexes (Dell et coll., 2012).



Figure 1 : Processus de création de la Stratégie





Section C : Contexte international

La terminologie employée et les mesures examinées en ce qui a trait aux méfaits associés aux médicaments d'ordonnance comme les opioïdes, les sédatifs hypnotiques et les stimulants varient d'un pays à l'autre et d'une étude à l'autre, de sorte que les comparaisons sont parfois impossibles. Dans la présente section, nous respecterons la terminologie employée par les divers outils d'enquêtes et les divers pays.

L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) souligne que les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance représentent un « problème important et grandissant » (ONUDC, 2011). Dans son *Rapport mondial sur les drogues 2012*, l'ONUDC estime que la prévalence annuelle de la consommation d'opioïdes, y compris l'utilisation à des fins non médicales d'opioïdes sur ordonnance, de morphine et d'héroïne, s'établit à 0,6 % à 0,8 % de la population âgée de 15 à 64 ans (ONUDC, 2012). Bien qu'aucune donnée à l'échelle mondiale ne soit disponible sur la consommation à des fins non médicales d'opioïdes sur ordonnance, de sédatifs et de tranquillisants, celle-ci représente un problème de santé grandissant.

États-Unis

Aux États-Unis, l'Office of National Drug Control Policy (ONDCP) décrit l'abus d'opioïdes comme « le problème lié à la drogue connaissant la plus forte croissance au pays » et le compare à une « épidémie » (ONDCP, 2011). Selon de récentes données générées par la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) dans le cadre de l'enquête National Survey on Drug Use and Health (SAMHSA, 2011), environ 14,7 millions d'Américains de 12 ans et plus ont déclaré avoir consommé des médicaments d'ordonnance à des fins non médicales en 2011.

Si l'on exclut l'alcool et le tabac, les médicaments d'ordonnance sont le type de drogue le plus consommé au pays après le cannabis. Le nombre de personnes consommant des médicaments d'ordonnance à des fins non médicales a atteint un sommet à 16,5 millions en 2006, et a connu en 2011 sa première diminution depuis 2008, pour s'établir à 14,7 millions. Cette baisse s'explique principalement par une réduction de la consommation d'analgésiques sur ordonnance à des fins non médicales. En 2011, 11,1 millions d'Américains ont déclaré avoir consommé des analgésiques à des fins non médicales, en baisse par rapport aux 12,7 millions enregistrés en 2006. Les sédatifs sont le seul autre médicament d'ordonnance dont la consommation au cours de l'année précédente a diminué (de 906 000 Américains en 2010 à 526 000 en 2011). Enfin, si le nombre total d'admissions de personnes de 12 ans et plus pour traitement de l'abus d'alcool ou de drogues est demeuré stable de 1999 à 2009, on a enregistré une augmentation de 430 % des admissions pour traitement de l'abus d'opioïdes sur ordonnance au cours de la même période (Holmes, 2012).

Certaines données des États-Unis mettent en évidence les méfaits associés à la consommation, au mésusage et à l'abus de médicaments d'ordonnance. Par exemple, on estime que le nombre de visites à l'urgence liées à la drogue découlant du mésusage ou de l'abus de médicaments d'ordonnance a augmenté de 115 % de 2004 à 2010 (SAMHSA, 2012). En 2010, environ 49 % de ces visites étaient attribuables, du moins en partie, à la prise d'analgésiques (opioïdes et non opioïdes) et 35 % à la prise de médicaments contre l'insomnie et l'anxiété. Le nombre de surdoses d'analgésiques sur ordonnance a plus que triplé au cours des 20 dernières années (Centres pour le contrôle et la prévention des maladies, 2011). En outre, une étude californienne a révélé que de 1990 à 2005, les patients hospitalisés pour des troubles associés aux opioïdes présentaient un



risque de décès plus élevé que les patients hospitalisés pour la consommation d'autres drogues. En outre, leur risque de décès était 5,71 fois plus élevé que celui des personnes en santé (Callaghan et coll., 2012).

Europe

En Europe, la prévalence de l'abus de médicaments d'ordonnance est difficile à évaluer à partir des données disponibles. Cependant, l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) (2011) semble s'inquiéter de la consommation de médicaments opioïdes ayant été détournés d'un contexte de traitement. Il est difficile de comparer directement l'Amérique du Nord et l'Europe en raison des différences observées en ce qui a trait aux cadres de réglementation et aux pratiques de prescription. Toutefois, le risque d'abus constitue un problème au sein du système de surveillance des produits pharmaceutiques européen (OEDT, 2010).

Australie

En Australie, la proportion de personnes de 14 ans et plus ayant pris des médicaments d'ordonnance – analgésiques, tranquillisants, stéroïdes, méthadone, buprénorphine ou opioïdes (à l'exception de l'héroïne) – à des fins non médicales au cours de l'année précédente est passée de 3,7 % en 2007 à 4,2 % en 2010. Les médicaments les plus consommés étaient les analgésiques (3 %), suivis des tranquillisants et des somnifères (1,4 %) (Australian Institute of Health and Welfare, 2011).

Pays en développement

La situation des pays en développement de l'Afrique, de l'Amérique centrale, des Caraïbes et de l'Asie du Sud présente un fort contraste avec celle des pays nord-américains et de l'Australie : ces derniers concentrent leurs efforts sur l'abus de médicaments d'ordonnance, tandis que les pays en développement s'efforcent plutôt d'améliorer l'accès à ces médicaments. Le *Manifeste de la morphine* (Pallium India, l'International Association for Hospice and Palliative Care et le Pain and Policy Studies Group/centre collaborateur de l'OMS situé à l'Université du Wisconsin, 2012) est paru en février 2012. Signé par d'importantes fondations et organisations de partout dans le monde, ce document demande la « fin des pratiques contraires à l'éthique consistant à promouvoir l'accès à des analgésiques opioïdes coûteux sans toutefois favoriser également l'accès à des formes abordables de morphine à libération immédiate pour administration par voie orale » (Pallium India, 2012). Il exhorte également les gouvernements, les établissements de soins de santé et l'industrie pharmaceutique à garantir aux patients défavorisés un accès à la morphine à libération immédiate à un coût raisonnable pour les personnes et la communauté. L'Afrique est la région où l'on trouve le plus grand nombre de pays ayant un taux de disponibilité très faible ou nul.



Section D : Médicaments d'ordonnance et leurs méfaits au Canada

La présente section passe en revue les meilleures données disponibles sur les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance pouvant faire l'objet d'abus au Canada et met en évidence les lacunes dans notre compréhension du problème. La terminologie et les mesures relatives aux estimations et aux indicateurs des méfaits associés aux médicaments d'ordonnance varient d'une enquête à l'autre, de sorte que les comparaisons directes sont souvent impossibles. Dans la présente section, nous respecterons la terminologie employée par les divers outils d'enquêtes.

Le Canada est le deuxième consommateur mondial d'opioïdes sur ordonnance : 26 380 doses thérapeutiques quotidiennes normalisées d'opioïdes ont été consommées de 2008 à 2010 (Organe international de contrôle des stupéfiants, 2011). Cela représente une augmentation de 203 % par rapport aux 8 713 doses prises de 2000 à 2002, soit une hausse encore plus forte que celle observée aux États-Unis (Fischer et Argento, 2012). Comme nous l'examinerons plus loin, la prise de médicaments d'ordonnance comme les opioïdes, les sédatifs hypnotiques et les stimulants peut entraîner des méfaits. Bien que ces médicaments aient des indications thérapeutiques, ils sont fortement susceptibles d'être consommés de façon abusive en raison de leurs propriétés psychoactives et des risques associés de dépendance psychologique et physique. En outre, divers facteurs peuvent augmenter le risque d'abus et de méfaits, notamment l'accessibilité, la perception d'innocuité relative, les possibilités de détournement aux diverses étapes de la chaîne d'approvisionnement, les incitatifs économiques, la promotion faite par l'industrie pharmaceutique, la demande colossale, la proximité des marchés et le faible risque d'arrestation et de poursuites.

Acquisition de médicaments d'ordonnance

Il existe plusieurs voies d'acquisition de médicaments d'ordonnance pouvant par la suite faire l'objet d'abus ou entraîner des méfaits, notamment la prescription en règle à des fins thérapeutiques, l'obtention d'ordonnances multiples et les techniques de détournement de médicaments comme l'utilisation frauduleuse et la contrefaçon d'ordonnances, le vol, le marché noir et l'achat en ligne. Par ailleurs, une étude ontarienne a révélé que 56,1 % des 1 095 patients décédés par surdose de 1991 à 2004 avaient reçu une prescription d'opioïdes moins de quatre semaines avant leur décès (Dhalla, Mamdani, Sivilotti, Kopp, Qureshi et Juurlink, 2009). Dans le cadre d'une enquête menée auprès des patients atteints de dépendance aux opioïdes admis au Centre de toxicomanie et de santé mentale de Toronto, 37 % des répondants ont déclaré s'être procuré des opioïdes à l'aide d'une prescription en règle, 26 % à la fois à l'aide d'une prescription et « dans la rue » et 21 % dans la rue seulement (Sproule, Brands, Li et Catz-Biro, 2009).

La consommation à des fins non médicales et l'abus de médicaments d'ordonnance peuvent prendre plusieurs formes : emprunt de médicaments à un ami ou à un parent, prise délibérée de doses supérieures aux recommandations, accumulation de médicaments ou combinaison de médicaments avec de l'alcool ou des sédatifs. Certains utilisent également la fraude d'identité pour se procurer des médicaments d'ordonnance de façon illégale. Ainsi, dans les provinces où les cartes santé ne présentent pas de photo, celles-ci sont vendues sur le marché noir. C'est également le cas des cartes provenant de l'extérieur de la province, étant donné que les ordonnances qui s'y rattachent ne sont pas entrées dans les programmes provinciaux ou territoriaux de surveillance des ordonnances.



Usages thérapeutiques des médicaments d'ordonnance

Les sédatifs hypnotiques peuvent traiter de façon efficace l'anxiété, l'insomnie et les symptômes de sevrage d'alcool et de drogues. Quant aux stimulants, ils servent à traiter des troubles comme l'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA) et la narcolepsie. Enfin, les opioïdes sont utilisés pour le traitement de la douleur – la principale raison pour laquelle les gens demandent des soins de santé (Todd et coll., 2007). Une étude prospective multicentrique d'envergure menée dans les services d'urgence du Canada et des États-Unis a révélé que bien que la douleur explique jusqu'à 78 % des visites à l'urgence, les analgésiques y sont sous-utilisés et les temps d'attente, souvent longs (Todd et coll., 2007). Des recherches suggèrent que de 15 % à 29 % des Canadiens souffrent de douleur chronique, mais ont un accès limité à des traitements adaptés et au moment où ils sont nécessaires : 50 % d'entre eux ont eu à attendre six mois ou plus. En outre, plusieurs régions du Canada n'offrent aucun service spécialisé de traitement de la douleur (Fischer et Argento, 2012).

Au Canada, les fournisseurs de soins de santé primaires émettent vraisemblablement la plupart des ordonnances d'opioïdes, de tranquillisants et de stimulants, étant donné qu'ils traitent la majorité des patients souffrant de douleur chronique. Toutefois, les médecins de première ligne sont mal formés en ce qui a trait au traitement de la douleur chronique et de la dépendance (Dubin et coll., 2011; Watt-Watson et coll., 2009).

Données démographiques

L'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) de 2011 a révélé que 22,9 % des Canadiens de 15 ans et plus avaient consommé un médicament psychotrope sur ordonnance au cours des 12 mois précédents, ce qui représente une diminution par rapport aux 26 % enregistrés en 2010 (Santé Canada, 2012a). Cette baisse s'explique par une réduction de la consommation d'analgésiques opioïdes au cours de l'année précédente, de 20,6 % en 2010 à 16,7 % en 2011. La même année, le taux de consommation de stimulants (0,9 %) et de sédatifs ou de tranquillisants (9,1 %) au cours de l'année précédente n'était pas très différent de celui enregistré en 2010 (Santé Canada, 2012a).

L'enquête a révélé que certains groupes, notamment les femmes, les jeunes, les aînés, les Premières Nations et Inuits ainsi que les nouveau-nés, présentaient des taux de consommation ou d'abus de médicaments d'ordonnance, ou encore de méfaits associés, qui étaient supérieurs à ceux de l'ensemble de la population canadienne. Les données disponibles sur ces groupes sont examinées ci-après.

En outre, d'autres groupes que le présent rapport ne décrit pas en profondeur pourraient être à risque d'abus de médicaments d'ordonnance, p. ex. le personnel militaire actif et les anciens combattants, les délinquants incarcérés, les sans-abri, les personnes atteintes de troubles psychiatriques ou de troubles concomitants et les professionnels de la santé. Il sera essentiel de mener des recherches approfondies sur la prévalence de l'abus de médicament d'ordonnance et des méfaits associés chez ces groupes afin de déterminer l'ampleur et la nature du problème.

Femmes

Selon les données de l'ESCCAD de 2011, la prévalence de la consommation de médicaments psychotropes sur ordonnance au cours de l'année précédente était significativement plus élevée chez les femmes (25,5 %) que chez les hommes (20,2 %), tout comme celle de la consommation de sédatifs ou de tranquillisants (12 % chez les femmes contre 5,9 % chez les hommes) (Santé Canada,



2012a). Au contraire, la prévalence de la consommation de stimulants au cours de l'année précédente était significativement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (1,2 % c. 0,5 %) (Santé Canada, 2012a). La plus grande espérance de vie des femmes, leur recours plus fréquent aux soins de santé et les stratégies de marketing les ciblant directement pourraient expliquer leur taux de consommation de sédatifs plus élevé (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2008). De plus, certains chercheurs ont avancé que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de se faire prescrire des benzodiazépines à des fins non médicales, p. ex. pour composer avec le stress et le deuil ou s'ajuster à l'accouchement et à la ménopause (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2008).

En 2011, environ 22 % des Canadiennes en âge de procréer (de 15 à 44 ans) ont déclaré avoir consommé un médicament psychotrope sur ordonnance au cours de l'année précédente (Santé Canada, 2012b). Dans ce groupe, la prévalence de la consommation d'analgésiques était de 16,8 % en 2011, tandis que celle de la consommation de sédatifs ou de tranquillisants était de 8,2 %.

Nouveau-nés

La consommation de médicaments psychotropes durant la grossesse peut entraîner l'apparition chez le bébé de symptômes de sevrage, ce que l'on nomme le syndrome de sevrage néonatal (SSN). Des recherches ont démontré que de 55 % à 94 % des nouveau-nés exposés aux opioïdes *in utero* souffrent de SSN (comité sur la drogue de l'American Academy of Pediatrics, 1998). Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), 1 057 cas de SSN ont été signalés au Canada en 2009–2010 (ICIS, 2012). En Ontario, le nombre de cas de SSN est passé de 171 en 2003 à 564 en 2010 (ICIS, 2012); bien que ce nombre soit supérieur à la moyenne nationale, il pourrait s'agir en fait d'une sous-évaluation, car on estime que de nombreux cas de SSN ne sont pas diagnostiqués. Quant aux médicaments non opioïdes, comme les benzodiazépines, les barbituriques et l'alcool, ils ont été associés à des effets à court terme chez les nouveau-nés. Ils provoquent un syndrome de sevrage qui se manifeste par des tremblements, de l'irritabilité et des crises épileptiques (Lall, 2008).

Jeunes

Les jeunes sont plus susceptibles que les adultes de subir des méfaits associés à la consommation en général. C'est pourquoi ils représentent un groupe à risque élevé en ce qui a trait à l'abus de médicaments d'ordonnance et aux méfaits qui y sont associés. Des recherches ont démontré que les jeunes ont l'impression que les médicaments d'ordonnance sont « plus sécuritaires » que les drogues illicites (Twombly et Holtz, 2008). Parmi les élèves ontariens de la 7^e à la 12^e année qui ont déclaré avoir consommé des analgésiques opioïdes à des fins non médicales en 2007, 72 % ont indiqué se les être procurés à la maison et 6 %, auprès d'amis (Brands, Paglia-Boak, Sproule, Leslie et Adlaf, 2010). À l'adolescence, le cerveau connaît un développement rapide et intensif qui peut être affecté par la consommation d'alcool ou de drogues, en particulier à un très jeune âge (CCLT, 2007). L'usage précoce de drogues est également associé à une augmentation du risque ultérieur de toxicomanie, de polyconsommation et possiblement de consommation de drogues plus dangereuses (CCLT, 2007; Chen, Storr et Anthony, 2009).

De récentes données de l'ESCCAD révèlent que les jeunes de 15 à 24 ans présentent des taux de consommation de médicaments psychotropes sur ordonnance au cours de l'année précédente (17,6 %) qui sont significativement plus faibles que les adultes de 25 ans et plus (23,9 %). Chez ce groupe, la prévalence de la consommation d'analgésiques au cours de l'année précédente (14,3 %) était plus élevée que celle de la consommation de sédatifs et de tranquillisants (4,0 %) ainsi que de



stimulants (2,4 %) (Santé Canada, 2012a). Par ailleurs, l'Enquête sur le tabagisme chez les jeunes 2010-2011, réalisée auprès d'élèves de la 6^e à la 12^e année, a révélé l'existence d'une tendance similaire dans la consommation au cours de l'année précédente. On y souligne également que la prévalence de la consommation à des fins récréatives d'analgésiques (3,9 %) était légèrement supérieure à celle de somnifères (2,5 %), de stimulants (2,2 %) et de tranquillisants (1,5 %) [Santé Canada, 2012c].

Plusieurs enquêtes provinciales mettent en évidence l'ampleur des méfaits associés aux médicaments d'ordonnance chez les jeunes. Par exemple, un sondage mené auprès d'élèves ontariens de la 7^e à la 12^e année a révélé que 14,0 % d'entre eux avaient consommé des analgésiques opioïdes sur ordonnance à des fins non médicales en 2011 (Paglia-Boak, Adlaf et Mann, 2011). Les résultats de l'*Alberta Youth Experience Survey* de 2008 indiquaient quant à eux que presque un élève de la 7^e à la 12^e année sur cinq (17,2 %) avait consommé des médicaments d'ordonnance sans prescription au cours des 12 mois précédant l'enquête. La codéine était le médicament le plus consommé : 15,5 % des élèves en avaient pris au cours de l'année précédente (Services de santé de l'Alberta, 2009).

Aînés

Les personnes âgées de 65 ans et plus, groupe démographique en pleine croissance, sont de grands consommateurs de médicaments d'ordonnance. En effet, compte tenu de la forte prévalence de douleur chronique et d'insomnie chez les aînés, ceux-ci sont plus susceptibles que l'ensemble de la population de recevoir des ordonnances de médicaments psychotropes susceptibles d'entraîner des méfaits, comme les opioïdes et les benzodiazépines (Simoni-Wastila et Yang, 2006). Une étude a révélé que 38 % des aînés qui vivent en établissement ressentent de la douleur régulièrement, comparativement à 27 % de ceux qui vivent à la maison (Ramage-Morin, Shields et Martel, 2010). En outre, cette proportion est plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans les deux groupes. La consommation de benzodiazépines chez les aînés représente également une source de préoccupation. En effet, même s'ils sont pris tel que prescrit, ces médicaments peuvent causer de la confusion, de la somnolence et une perte de coordination, et ainsi augmenter le risque de chute. Par ailleurs, les aînés courent un risque plus élevé d'interactions médicamenteuses, étant donné qu'un grand nombre d'entre eux prennent d'autres médicaments (ICIS, 2011).

On manque de données précises et fiables sur la prévalence de l'abus de médicaments d'ordonnance chez les aînés canadiens, mais on s'attend, avec le vieillissement de la population, à une hausse du nombre d'aînés qui devront faire traiter des méfaits liés à la prise de médicaments d'ordonnance. Cette prévision découle d'une étude indiquant qu'aux États-Unis, le nombre d'aînés qui devront faire soigner une dépendance pourrait passer de 1,7 million en 2000 à 4,4 millions en 2020 (Gfroerer, Penne, Pemberton et Folsom, 2003). Aux États-Unis, l'arrivée des baby-boomers à l'âge d'or a coïncidé avec une hausse des taux de consommation de médicaments à des fins récréatives. Cette hausse reflète bien la vision de cette génération, dont la philosophie était « viens, mets-toi dans le coup, décroche ». Il y a donc de fortes chances qu'une tendance semblable se dessine au Canada.

Premières Nations

Les données suggèrent que les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance, en particulier aux opioïdes, ont une prévalence excessivement élevée chez les communautés des Premières Nations du Canada. De récentes données de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada et du Programme des services de santé non assurés (SSNA)



révèlent qu'en 2007, 898 ordonnances d'opioïdes par 1 000 personnes de 15 ans et plus ont été délivrées dans les communautés des Premières Nations de l'Ontario, dont 119 pour des préparations d'oxycodone (Santé Canada, 2010). Les membres admissibles des Premières Nations et des Inuits ont présenté 56 % des réclamations liées au Percocet^{MD} et 49 % des réclamations liées à l'OxyContin^{MD} reçues en 2006–2007 par le SSNA en Ontario (DGSPNI, Santé Canada, 2010, cité par le Groupe de travail d'experts sur la dépendance aux stupéfiants et substances contrôlées, 2012).

Les changements apportés en vertu du SSNA ont permis de réduire de 50 % la fourniture d'oxycodone à action prolongée depuis 2010, sans qu'on remarque un revirement marqué vers la consommation d'autres opioïdes à action prolongée (Santé Canada, 2012d). Ces changements sont notamment :

- la surveillance des médicaments afin de détecter toute utilisation inappropriée et d'empêcher l'obtention d'ordonnances multiples;
- l'établissement de limites maximales mensuelles et quotidiennes de consommation de médicaments;
- le changement de la nomenclature de l'oxycodone à libération prolongée pour qu'il entre dans les médicaments d'exception;
- des messages de mise en garde et de rejet des remboursements en temps réel aux pharmaciens au point de vente;
- l'établissement d'un comité consultatif externe d'experts sur les médicaments et les produits thérapeutiques.

Selon l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations de 2008–2010 réalisée auprès d'Autochtones âgés de 18 ans et plus vivant dans des réserves ou dans des communautés nordiques, 4,7 % d'entre eux ont déclaré avoir consommé, au cours de la dernière année, des opioïdes illicites (héroïne) ou d'ordonnance, dont la morphine, la méthadone et la codéine, sans avoir d'ordonnance, et 5,7 % ont dit avoir consommé des sédatifs ou des somnifères, dont le diazépam et l'oxazépam, sans avoir d'ordonnance (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations [CGIPN], 2012). Chez les Autochtones âgés de 12 à 17 ans, 1,3 % ont déclaré avoir pris des opioïdes illicites ou d'ordonnance, sans avoir d'ordonnance, dans les 12 mois précédents et 2,2 %, avoir pris des sédatifs ou des somnifères, sans avoir d'ordonnance (CGIPN, 2012).

Certains rapports des Premières Nations révèlent une prévalence plus forte de la violence psychologique et physique faite aux membres de la famille, en particulier les enfants et les aînés. Les communautés présentant des taux élevés de dépendance aux médicaments et de chimodépendance affichent également des taux élevés de suicide, de crimes violents, d'activité illicite et d'autres formes d'abus (Assemblée des Premières Nations, 2011). D'autres communautés des Premières Nations ont signalé l'éclosion d'épidémies; en effet, de 43 % (Chiefs of Ontario, 2010) à 85 % (Santé Canada, 2011) de leur population souffrirait de dépendance aux opioïdes. Ces groupes présentent également des problèmes externes, notamment en ce qui a trait à la relation avec les services à l'enfance et à la famille, aux conflits avec la police et à l'absentéisme du lieu de travail, d'études ou de bénévolat (Chiefs of Ontario, 2010).

Les données épidémiologiques tendent à dresser un portrait où les membres des Premières Nations sont en mauvaise santé et sont implicitement incapables d'administrer leurs propres affaires. Cette perception négative a un effet paralysant sur certaines communautés et certaines personnes. À



l'opposé de ce portrait, certaines communautés des Premières Nations s'efforcent de réaliser leurs aspirations légitimes d'autodétermination et de gouvernance. L'autorégulation peut grandement favoriser la continuité culturelle, laquelle représenterait un déterminant de la santé mentale et des risques de suicide (Chandler et Lalonde, 2003).

Méfais et coûts associés aux médicaments d'ordonnance

La consommation et l'abus de médicaments d'ordonnance peuvent entraîner divers méfaits pour la santé, notamment la dépendance, le sevrage, les blessures et même la mort, p. ex. à la suite d'un accident de la route, d'une surdose accidentelle ou d'un suicide. Ils causent également des méfaits à la société, notamment le crime et la victimisation, la perte de potentiel humain et l'augmentation de la pression sur les ressources communautaires et institutionnelles de traitement et de prévention. Ces méfaits engendrent d'importants coûts humains et financiers (Hansen, Oster, Edelsberg, Woody et Sullivan, 2011).

L'analyse des admissions à l'urgence met en évidence d'autres méfaits pour la santé associés aux médicaments d'ordonnance. De 2005-2006 à 2010-2011 en Ontario, le nombre d'admissions à l'urgence pour sevrage de narcotiques et pour surdose, intoxication, psychose, usage nocif et autres raisons connexes a augmenté de près de 250 % (Groupe de travail d'experts sur la dépendance aux stupéfiants et substances contrôlées, 2012). En Alberta, les troubles causés par des stimulants autres que la cocaïne étaient la principale cause d'admissions à l'urgence dues aux médicaments d'ordonnance de 2003 à 2006 (16,6 admissions par 100 000 habitants) (Wilde, Wolfe, Newton-Taylor et Kang, 2008).

En Ontario, les décès associés aux opioïdes sur ordonnance ont doublé en un peu plus de 10 ans, passant de 13,7 décès par million d'habitants en 1991 à 27,2 décès par million en 2004, soit un taux de mortalité plus de deux fois supérieur à celui du VIH (12 par million) (Fischer et Argento, 2012). Par ailleurs, la consommation de dépresseurs (p. ex. benzodiazépines, alcool) a joué un rôle dans 92 % des décès associés aux opioïdes (Fischer et Argento, 2012). En outre, le Bureau du coroner en chef de l'Ontario signale que le nombre de décès associés aux opioïdes a presque triplé en huit ans, passant de 168 en 2002 à 494 en 2010. Des 3 222 décès liés à la consommation d'opioïdes survenus au cours de cette période, les facteurs associés les plus courants étaient la prise d'oxycodone ($n=970$), suivie de la prise de morphine ($n=722$) et de méthadone ($n=595$) [B. Lauwers, message personnel, 27 octobre 2012].

Un récent examen des décès liés aux opioïdes en Ontario a révélé une augmentation des décès associés aux analgésiques. L'étude a relevé que la majorité (66,4 %) des personnes décédées avaient consulté un médecin au moins une fois au cours du mois précédant leur décès. Le délai médian entre la dernière consultation et le décès était de neuf jours pour les visites à l'urgence et de onze pour les consultations en cabinet. Par ailleurs, cette dernière rencontre avec le médecin avait la plupart du temps été l'occasion d'un diagnostic relatif à la santé mentale ou à la douleur. Selon le coroner, la plupart des décès étaient accidentels (Dhalla et coll., 2009).

En Alberta, de 2003 à 2006, le deuxième taux de mortalité en importance attribuable aux médicaments prescrits concernait les empoisonnements par narcotiques ou par psychodysléptiques (intention non déterminée) (3,79 par 100 000 habitants) [Wild et coll., 2008]¹. Dans une région de la Colombie-Britannique, le nombre de personnes qui meurent chaque année par surdose d'opioïdes d'ordonnance (2,7 par 100 000 personnes) se compare au nombre de personnes tuées dans des

¹ Les données sur la mortalité de ce rapport combinent les narcotiques aux psychodysléptiques.



accidents de la route impliquant l'alcool (soit 2 ou 3 par 100 000 personnes) [Corneil, Elefante, May-Hadford, Goodison et Harris, 2012], et la combinaison de différents médicaments d'ordonnance représente un facteur aggravant.

La demande pour le traitement de problèmes associés aux opioïdes est en hausse. De 2004 à 2009, le nombre d'admissions aux programmes de traitement de la dépendance associées aux opioïdes d'ordonnance a doublé en Ontario (Fischer, Nakamura, Rush, Rhem et Urbanoski, 2010). En 2005–2006, 10,6 % des personnes qui ont demandé un traitement de la toxicomanie souffraient d'une dépendance aux opioïdes d'ordonnance. En 2010–2011, ce pourcentage était de 18,6 % (Groupe de travail d'experts sur la dépendance aux stupéfiants et substances contrôlées, 2012).

En outre, le nombre de personnes suivant un traitement d'entretien à la méthadone en Ontario a considérablement augmenté en 10 ans, passant d'environ 7 800 en 2001 à 35 228 en 2011. Cette hausse est largement attribuable aux personnes souffrant de problèmes de consommation d'opioïdes sur ordonnance (Fischer et Argento, 2012).



Section E : Volets d'action stratégiques et recommandations

La présente section porte sur les cinq volets d'action stratégiques : la **prévention**, l'**éducation**, le **traitement**, la **surveillance** et le **suivi**, et l'**application de la loi**. Dans cette section, on résume l'objectif de chaque volet, examine le contexte et formule des recommandations. De plus, des responsables sont proposés pour chacune des recommandations, des liens sont établis avec des recommandations formulées dans d'autres volets, et des recommandations à court terme sont mises en évidence. Les preuves à l'appui de chacune des recommandations sont présentées dans un autre document de la série de documents liés à la *Stratégie*.

Prévention

Objectif : Favoriser l'utilisation appropriée des médicaments d'ordonnance et prévenir les méfaits et les conséquences négatives sur le plan de la santé et de la société de leur consommation sur les personnes, les familles et les communautés.

Contexte

La *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, qui définit la promotion de la santé comme le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 1986), a servi de base au présent volet. Un des thèmes centraux du document est « l'action concertée de tous les intervenants » (OMS, 1986). Le document *Modèle holistique de planification et de politique des Premières Nations*, élaboré par l'Assemblée des Premières Nations (Reading, Kmetc et Gideon, 2007), définit un cadre global de principes pour s'attaquer efficacement aux déterminants sociaux de la santé propres au contexte des Premières Nations.

L'amélioration de l'état de santé d'une personne nécessite un ancrage solide à neuf éléments de base : la paix, un abri, l'éducation, l'alimentation, un revenu, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité. La Charte d'Ottawa souligne l'importance de promouvoir l'idée, de conférer les moyens et de servir de médiateur, et définit cinq composantes de la promotion de la santé sur lesquelles la stratégie est fondée :

- Élaborer une politique publique saine;
- Créer des milieux favorables;
- Renforcer l'action communautaire;
- Acquérir des aptitudes individuelles;
- Réorienter les services de santé.

La promotion de la santé consiste à favoriser la santé de l'ensemble de la population, à prévenir les blessures et les méfaits et à atteindre l'égalité en matière de santé au moyen de stratégies universelles et de stratégies adaptées. Les stratégies universelles couvrent les ressources structurelles et les soutiens sociaux de la santé (p. ex. logement et revenu adéquats, cohésion sociale, inclusion, environnements favorables, accès à l'information et aptitudes à la vie



quotidienne) et visent à créer des occasions et des conditions qui favorisent la résilience et les comportements qui améliorent la santé. Dans le contexte des Premières Nations, la promotion de la santé doit tenir compte de facteurs de protection, comme la fierté à l'égard de l'identité culturelle, l'utilisation d'une langue traditionnelle, une éducation adaptée à la culture, l'alphabétisme, l'accès à l'école secondaire, les activités récréatives et un lien avec un adulte de soutien ou un Aîné.

Un des principaux facteurs distinguant les médicaments d'ordonnance comme les opioïdes, les sédatifs hypnotiques et les stimulants des autres substances psychoactives comme l'alcool, le tabac, la cocaïne et l'héroïne, est le fait que les premiers sont des composés médicinaux approuvés par Santé Canada pour usage thérapeutique et qu'ils ne peuvent être obtenus qu'avec une ordonnance. Bien que les médicaments d'ordonnance soient parfois obtenus par l'exploitation de ruptures dans la chaîne d'approvisionnement, il est reconnu que la majorité des médicaments psychotropes sur ordonnance sont obtenus directement au moyen d'une ordonnance ou par le biais d'un détournement d'ordonnance (Sproule et coll., 2009). À titre d'exemple, les opioïdes sont extrêmement utiles dans le traitement de la douleur en fin de vie et de la douleur aiguë (p. ex. après une chirurgie). Depuis les 25 dernières années, on les prescrit également de plus en plus pour traiter les douleurs chroniques non cancéreuses. Or, malgré un recours croissant aux opioïdes dans ce contexte, il existe peu de données prouvant leur efficacité (Juurlink et Dhalla, 2012).

Les méfaits liés à la consommation de médicaments d'ordonnance touchent les gens de profils démographiques variés en raison de la nature thérapeutique de ces substances et de leur facilité d'accès par détournement. C'est pourquoi des approches universelles de prévention peuvent être efficaces pour l'ensemble de la population. En outre, les gens de certains milieux sont plus vulnérables aux méfaits liés aux médicaments et plus à risque (p. ex. établissements correctionnels, services militaires, communautés ayant des taux élevés de pauvreté et de chômage, régions rurales et éloignées). Dans ces milieux, les stratégies axées sur des problèmes comme la maladie mentale, le stress et les traumatismes psychologiques, la sécurité culturelle et le développement communautaire revêtent une importance majeure et peuvent encourager les communautés à jouer un rôle actif dans les initiatives de prévention. Ces initiatives peuvent comprendre des stratégies et des programmes multisectoriels et multidisciplinaires de lutte contre la drogue.

Les approches adaptées permettent de mettre en évidence les conditions qui entraînent un risque, d'intégrer la sensibilisation au contexte culturel et de se concentrer sur les personnes courant un risque accru de subir des méfaits associés aux médicaments d'ordonnance. Ce type d'approche reflète l'interaction entre les déterminants de la santé et les conditions de vie concrètes. Par conséquent, les efforts entrepris pour prévenir les conséquences négatives associées aux médicaments d'ordonnance doivent être adaptés aux besoins locaux et tenir compte des différents contextes sociaux, culturels et économiques.

Contrairement à la plupart des autres questions relatives à la santé, les problèmes de toxicomanie, y compris ceux liés aux médicaments d'ordonnance, sont souvent attribués à l'échec moral et personnel d'une personne, ce qui a pour effet d'entraîner sa stigmatisation et la discrimination à son égard. La stigmatisation (attitudes négatives) et la discrimination (comportement négatif associé) constituent de sérieux obstacles au bien-être des personnes ayant un problème de consommation, en particulier les femmes et les personnes qui ont des troubles chroniques, et leurs effets persistent souvent bien après la résolution du problème immédiat (Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement, 2008).

La promotion de la santé est une responsabilité partagée entre le secteur de la santé et les autres secteurs. Lorsqu'ils collaborent, les secteurs doivent être au fait des activités de prévention et de promotion de la santé, en assumer la responsabilité et travailler ensemble. Les personnes, leur



famille et les dirigeants communautaires ont tous un rôle à jouer dans la gestion de la consommation des médicaments d'ordonnance et la prévention des méfaits qui peuvent en découler. Les communautés peuvent faire appel aux capacités locales en vue d'acquérir des connaissances sur la prévention des méfaits liés à l'alcool et à la drogue et des compétences culturelles appropriées, puis militer ou prendre des mesures concrètes pour défendre les conditions qui favorisent la santé et la sécurité communautaires.

On peut apprendre beaucoup des initiatives de prévention qui se sont avérées efficaces pour limiter la consommation d'alcool et de tabac dans l'ensemble de la population, chez les groupes à risque élevé (p. ex. les jeunes) et dans les situations à risque (p. ex. alcool au volant). Il peut être avantageux de déterminer si les stratégies découlant de ces initiatives peuvent être utilisées pour prévenir les méfaits et les conséquences négatives des médicaments d'ordonnance sur la santé et la société, et la meilleure manière de les mettre en application. Une approche exhaustive se concentrerait sur tous les maillons de la chaîne de production et de consommation : la production pharmaceutique, la distribution du médicament, la prescription par un professionnel de la santé, la surveillance de l'état de santé du patient, la préparation de médicaments par les pharmaciens, la consommation individuelle et le soutien de la famille et de la communauté.

Un certain nombre d'interventions auprès de l'industrie pharmaceutique seraient en mesure d'améliorer la consommation sécuritaire des médicaments et de prévenir les méfaits. Les sections cliniques pertinentes des monographies de produit peuvent être examinées pour vérifier si elles sont fondées sur des données probantes et encouragent l'utilisation sécuritaire, en particulier en ce qui concerne les indications, les précautions et la posologie. Par exemple, Santé Canada a déjà pris entente avec la société pharmaceutique Purdue pour qu'elle retire une phrase de la dernière monographie d'OxyContin^{MD}, et d'autres monographies devraient faire l'objet d'un examen. Les publicités sur les médicaments qui ciblent les professionnels de la santé devraient également être revues.

Les gouvernements des provinces et territoires qui, au moyen de leur liste de médicaments, déterminent les médicaments couverts par leur programme d'assurance-médicaments, sont bien placés pour influencer la prescription et la consommation de médicaments. La Saskatchewan, l'Ontario et les provinces de l'Atlantique ont retiré de leur liste de médicaments certaines formes d'oxycodone. Le retrait d'autres médicaments devrait peut-être être envisagé, p. ex. l'oxycodone non résistante à l'adultération à dose élevée et les comprimés d'hydromorphone 30 mg.

Les politiques de prévention ciblant les prescripteurs qui visent à réduire des méfaits liés aux médicaments d'ordonnance comme la dépendance, la surdose et la mort les encouragent à :

- Faire preuve de prudence et à essayer d'autres solutions avant de prescrire des médicaments aux patients à risque élevé et à ceux qui souffrent de troubles pour lesquels l'efficacité n'est pas clairement démontrée;
- Doser prudemment, en exerçant une surveillance étroite et en établissant des intervalles courts entre les ordonnances lorsqu'ils prescrivent des médicaments à des patients à risque élevé;
- Prescrire des médicaments résistants à l'adultération, lorsque possible;
- Diminuer la dose des patients qui n'ont pas réagi au traitement et essayer de limiter la dose quotidienne moyenne par patient.

Habituellement, les patients à risque élevé de dépendance sont jeunes, ont des antécédents de toxicomanie ou présentent un trouble psychiatrique actif (Becker, Sullivan, Tetrault, Desai et Fiellin,



2008; Edlund, Martin, Fan, Devries, Braden et Sullivan, 2010; Fishbain, Cole, Lewis, Rosomoff et Rosomoff, 2008; Manchikanti, Giordano, Boswell, Fellows, Manchukonda et Pampati, 2007; Sullivan, Edlund, Zhang, Unützer et Wells, 2006; Wilsey, Fishman et coll., 2008).

À titre d'exemple, la fibromyalgie et les lombalgies sont deux problèmes de douleurs courants pour lesquels les traitements opioïdes ne sont pas habituellement indiqués (Chou et Hoyt Huffman, 2007; Deshpande, Furlan, Mailis-Gagnon, Atlas et Turk, 2007; Martell et coll., 2007; Volinn, Fargo et Fine, 2009). Les risques graves associés aux opioïdes, p. ex. la dépendance, les surdoses, les chutes et les accidents, sont liés à la dose administrée (Saunders et coll., 2010). Or, la « dose de surveillance » recommandée selon les lignes directrices canadiennes est de 200 mg par jour d'équivalent de morphine (National Opioid Use Guideline Group, 2010), même si en réalité, les risques augmentent considérablement à des doses qui se situent bien en deçà de ce seuil (Dunn et coll., 2010; Gomes, Mamdani, Dhalla, Paterson et Juurlink, 2011). Le nombre de cas de dépendance aux opioïdes et de surdose mortelle a augmenté parallèlement à la prescription d'opioïdes. En plus d'avoir établi une corrélation temporelle claire, les chercheurs ont également démontré les éléments suivants :

- Les surdoses mortelles d'opioïdes sont plus fréquentes dans les endroits où les opioïdes sont plus souvent prescrits (Brownstein, Green, Cassidy et Butler, 2010; Dhalla et coll., 2009; Fischer et coll., 2013);
- Le risque de surdose mortelle est plus élevé chez les personnes qui se font prescrire des doses plus élevées (Bohnert et coll., 2011; Dunn et coll., 2010; Franklin et coll., 2012; Gomes et coll., 2011);
- Les médecins qui prescrivent plus d'opioïdes sont plus susceptibles d'avoir prescrit le dernier opioïde avant une surdose mortelle (Dhalla et coll., 2009).

Des chercheurs ont également démontré que la dépendance aux opioïdes sur ordonnance n'est pas rare. En effet, pas moins du tiers des patients qui prennent des opioïdes pour des douleurs chroniques non cancéreuses correspondent aux critères des troubles de consommation d'opioïdes (Boscarino et coll., 2011).

Cela dit, il est possible d'améliorer les pratiques de prescription par l'éducation, la réglementation et l'établissement d'une limite de financement. L'éducation sera abordée dans la prochaine section. La réglementation, c'est-à-dire l'établissement de normes et de pratiques de prescription, relève de la compétence des gouvernements et des ordres des médecins provinciaux. Les données révèlent que la réglementation médicale est efficace pour changer les pratiques de prescription. Par exemple, l'organisme de réglementation de la profession médicale de l'État de Washington oblige les médecins à obtenir une consultation avant de prescrire une dose quotidienne d'opioïdes supérieure à 120 mg d'équivalent de morphine. Un sondage mené auprès des médecins en soins primaires de Washington a montré qu'ils appuyaient fermement cette politique (Morse, Stockbridge, Egan, Mai, Wickizer et Franklin, 2011). Toutefois, au Canada, les cliniques de la douleur sont déjà submergées de demandes de consultation, et l'arrivée sur le marché de la première cohorte du programme de médecine de la douleur du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, qui produira moins de 20 spécialistes par année, n'est pas prévue avant plusieurs années.

Les politiques de financement des tiers payeurs (ministères de la Santé, Programme des services de santé non assurés [SSNA] de Santé Canada, commissions provinciales et territoriales des accidents du travail et assureurs privés) peuvent également être utilisées pour améliorer les pratiques de prescription. Par exemple, la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail de l'Ontario ne rembourse pas les ordonnances d'opioïdes à action prolongée durant les 12 premières semaines suivant une blessure et ne rembourse pas les médicaments qui



contiennent plus de 200 mg par jour d'équivalent de morphine. Toutefois, ces politiques ne doivent pas empêcher les médecins de prescrire des doses élevées lorsqu'elles sont cliniquement indiquées (p. ex. pour un patient atteint d'un syndrome de douleur neuropathique grave qui ne réagit pas aux traitements sans opioïdes).

Enfin, les politiques de prévention sont nécessaires pour réduire les méfaits chez les personnes qui continuent d'abuser des opioïdes sur ordonnance. Aux États-Unis, la distribution de naloxone à prendre à la maison, et ce, par divers programmes utilisés par les personnes traitées à l'aide d'opioïdes comme les programmes d'entretien à la méthadone, les services des urgences et les programmes d'échange d'aiguilles, est une initiative de prévention qui a été associée à une réduction des surdoses mortelles (Coffin et Sullivan, 2013).

L'ensemble des résultats semble indiquer qu'une stratégie nationale visant à réduire les méfaits liés aux médicaments d'ordonnance comme les opioïdes, les sédatifs hypnotiques et les stimulants devrait être résolument axée sur la prévention. Ce type d'intervention doit être adapté et s'appuyer sur des données probantes, et les résultats doivent être évalués pour assurer une utilisation efficace et efficiente des ressources fiscales disponibles. La surveillance et le suivi, combinés à la recherche et à des données probantes sur des stratégies efficaces de mise en œuvre et de prévention, sont essentiels pour comprendre les tendances émergentes et les bonnes pratiques. Les lignes directrices, les lois, les règlements et l'éducation visant à améliorer l'efficacité et la sécurité des pratiques de prescription et de distribution sont également des éléments importants, et c'est pourquoi ils sont abordés ailleurs dans les documents de la *Stratégie*.

Recommandations relatives à la prévention

Recommandations	Responsables proposés	Liens*	CT**
1. Constituer un groupe de travail pancanadien composé de professionnels de la santé (p. ex. médecins, infirmières praticiennes, pharmaciens et professionnels paramédicaux), de planificateurs de politiques, de chercheurs, de représentants de l'industrie et de membres du public pour :	Santé Canada	SS	
a. Inciter les organismes provinciaux de réglementation à élaborer et à mettre en œuvre des politiques qui font la promotion de bonnes pratiques de prescription.	Dirigeants des Premières Nations, des Inuits et des Métis	LR T E	
b. Revoir et améliorer les monographies et les étiquettes de produits :	Associations de soutien aux patients et à leur famille		
i. Examiner les données internationales et les programmes existants (p. ex. stratégies d'évaluation et d'atténuation des risques) pour déterminer, élaborer et mettre en œuvre des normes et des modèles efficaces de stratégie d'atténuation des risques pour les sociétés pharmaceutiques.	Organismes de réglementation		
ii. Exiger la mise en œuvre de stratégies d'atténuation des risques fondées sur des données probantes et approuvées par Santé Canada autant pour les produits de marque que pour les produits génériques avant d'approuver leur mise en marché.	Industrie		
iii. Exiger l'ajustement des monographies, des étiquettes et des mesures d'atténuation des risques des produits de marque et génériques si d'autres risques de méfaits sont			



Recommandations	Responsables proposés	Liens*	CT**
<p>mis en évidence au cours de la surveillance après la mise en marché.</p> <p>c. Encourager les tiers payeurs (ministères de la Santé provinciaux, Programme des services de santé non assurés, commissions provinciales des accidents du travail, assureurs privés) à mettre en oeuvre des politiques qui exigent une autorisation avant de prescrire des formulations puissantes ou à dose élevée.</p>			
<p>2. Concevoir et promouvoir des programmes de réduction des risques visant les personnes qui prennent des médicaments d'ordonnance d'une manière qui les expose à un risque accru de conséquences négatives.</p>	<p>Santé Canada Agence de la santé publique du Canada Ministères de la Santé provinciaux et territoriaux</p>		
<p>3. Déterminer, mettre au point et faire la promotion et l'évaluation de pratiques, de ressources et de politiques fondées sur des données probantes et adaptées à la culture afin d'accroître la capacité des personnes et des communautés à lutter contre les conditions menant à une hausse des méfaits associés aux médicaments d'ordonnance ou à favoriser celles qui les protègent contre ces méfaits. Ces pratiques, ressources et politiques devraient cibler :</p> <p>a. Les municipalités et les collectivités, en particulier les collectivités rurales, isolées ou éloignées;</p> <p>b. Les personnes et les familles, notamment en offrant des outils d'aide à la décision pour les patients sur les traitements contre la douleur chronique, les risques de dépendance et les conséquences de l'abus.</p>	<p>Ministères de la Santé provinciaux et territoriaux Fédération canadienne des municipalités Dirigeants des Premières Nations, des Inuits et des Métis Associations de soutien aux patients et à leur famille</p>		
<p>4. Élaborer, mettre en œuvre et faire l'évaluation de campagnes de marketing social et d'autres ressources connexes fondées sur des données probantes qui portent sur les médicaments d'ordonnance et ciblent des populations ou des collectivités, et qui offrent notamment des renseignements sur :</p> <p>a. Les avantages, les méfaits et les limites de la prise de médicaments d'ordonnance, que ce soit de la manière prescrite ou à des fins non médicales;</p> <p>b. L'utilisation appropriée;</p> <p>c. Les signes et symptômes de l'abus, de la dépendance et de la surdose (et les mesures à prendre);</p> <p>d. L'entreposage et l'élimination sécuritaires;</p> <p>e. D'autres stratégies visant à prévenir les méfaits (p. ex. qui portent sur la conduite avec facultés affaiblies par la drogue);</p> <p>f. La promotion du bien-être et les solutions de rechange aux analgésiques (p. ex. stratégies de soins personnels).</p>	<p>Santé Canada Organismes de santé publique Dirigeants des Premières Nations, des Inuits et des Métis Associations de soutien aux patients et à leur famille Collèges provinciaux et territoriaux Industrie</p>	<p>A</p>	



Recommandations	Responsables proposés	Liens*	CT**
5. Examiner les données existantes ou effectuer des recherches objectives et indépendantes sur l'efficacité des technologies employées pour rendre les emballages résistants à l'adultération et décourager l'abus, et formuler au besoin des recommandations visant à réduire les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance et à l'exposition pédiatrique.	Santé Canada ISMP Canada Organismes de recherche	LR	
6. Élaborer et faire la promotion de lignes directrices pour les personnes et les familles sur l'usage, l'entreposage sécuritaire et l'élimination des médicaments d'ordonnance. Ces lignes directrices devraient comprendre une évaluation familiale, des ressources communautaires relatives à l'élimination des médicaments et des stratégies pour surmonter les obstacles liés à l'entreposage sécuritaire (p. ex. boîtes verrouillées) et à l'élimination.	ISMP Canada Associations de soutien aux patients et à leur famille Dirigeants des Premières Nations, des Inuits et des Métis Organismes de réglementation, en particulier ceux des pharmacies Ministères de la Santé provinciaux et territoriaux		
7. Passer en revue les brochures destinées aux patients, les étiquettes et les encarts de produits (dont les indications des prescripteurs), les étiquettes auxiliaires et les recommandations utilisés dans le cadre de consultations de spécialistes et d'éducation des patients. Au besoin, effectuer des révisions pour uniformiser la terminologie employée, favoriser la compréhension et prévenir ou réduire les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance (p. ex. conduire un véhicule motorisé après avoir pris des médicaments d'ordonnance, faire preuve de prudence lorsque ceux-ci sont combinés à d'autres médicaments ou à la consommation d'alcool).	ISMP Canada Associations de soutien aux patients et à leur famille Industrie Santé Canada	LR	
8. Examiner les données existantes et/ou effectuer une recherche objective et indépendante et formuler des recommandations sur l'efficacité (y compris le rapport coût-efficacité) des initiatives de prévention communautaires visant à réduire les surdoses et les décès associés (p. ex. programmes de naloxone à prendre à la maison).	Santé Canada Organismes de recherche		
9. Effectuer un examen indépendant des données et formuler au besoin des recommandations sur le lien entre la promotion (p. ex. publicité, marketing ciblant les cliniciens) et les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance.	Santé Canada Organismes de recherche CAMH CCLT Agence de la santé publique du Canada		



Recommandations	Responsables proposés	Liens*	CT**
<p>10. Élaborer et évaluer des ressources accessibles et fondées sur des données probantes destinées aux praticiens et au personnel éducatif qui travaillent avec les jeunes pour aider à intégrer la prévention des méfaits associés aux médicaments d'ordonnance aux programmes et politiques, tout en faisant en sorte d'éviter les conséquences indésirables, ce qui devrait comprendre :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Des initiatives de promotion de la santé des populations axées sur le renforcement des capacités et de la résilience;b. L'incorporation de données sur les médicaments d'ordonnance aux initiatives de prévention existantes en tirant profit des mesures qui existent déjà dans les communautés.	<p>Ministères de la Santé provinciaux et territoriaux ou organismes de santé publique</p> <p>Agence de la santé publique du Canada</p> <p>Associations nationales de toxicomanie et de santé mentale chez les jeunes</p> <p>Organisations nationales de jeunesse reconnues</p> <p>Dirigeants des Premières Nations, des Inuits et des Métis</p>		
<p>11. Assurer et promouvoir la mise en œuvre efficace de lignes directrices et de processus pour les praticiens (p. ex. personnel de probation, de libération conditionnelle et d'ONG, travailleurs chargés du soutien par les pairs) qui travaillent dans des établissements correctionnels ou collaborent avec ces derniers, ainsi que pour leurs clients, afin de faire en sorte que la planification de la mise en liberté comprenne :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Une orientation et une liaison fluide vers les services de traitement disponibles (p. ex. toxicomanie, santé mentale et traitement de la douleur) au sein de leur communauté;b. De l'éducation sur les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance et sur les risques liés à la prise de ces médicaments après la mise en liberté, dont :<ul style="list-style-type: none">i. Le risque de mort accidentelle associée à une perte de tolérance en cas de reprise de la consommation de médicaments sur ordonnance à la même dose qu'avant l'incarcération;ii. Des stratégies pour atténuer ces risques.	<p>Service correctionnel du Canada</p> <p>Organismes de revendication en matière de justice pénale et de services correctionnels</p> <p>Programmes correctionnels provinciaux et territoriaux</p> <p>Dirigeants des Premières Nations, des Inuits et des Métis</p>		
<p>12. Accroître l'accès aux services et soutiens dans toutes les collectivités et dans tous les milieux (dont les milieux ruraux ou éloignés) pour tout le continuum des services de toxicomanie, de santé mentale et de traitement de la douleur, et y affecter des ressources budgétaires.</p>	<p>Gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux</p>	T	

Légende :

* « Liens » fait référence aux liens entre les recommandations des différents volets d'action : P=Prévention; T=Traitement; E=Éducation; SS=Surveillance et suivi; A=Application de la loi; LR=Lois et règlements; EMR=Évaluation et mesure du rendement

** CT fait référence aux recommandations à court terme qui devraient être mises en œuvre dans les 24 mois.



Éducation

Objectif : À l'aide d'une approche biopsychosociale, déterminer et gérer les besoins en matière d'éducation et les mécanismes de soutien des professionnels de la santé, des premiers prescripteurs et des préparateurs de médicaments (en collaboration avec d'autres membres de l'équipe de soins de santé, dont les travailleurs sociaux, les intervenants en toxicomanie, les travailleurs communautaires et les autres professionnels) de différents milieux de pratique et collectivités, en ce qui a trait à la toxicomanie, au bien-être mental, aux comorbidités, aux troubles concomitants, au traitement de la douleur, aux soins sensibles au traumatisme, à la prévention primaire et secondaire et aux populations à risque de méfaits associés aux médicaments d'ordonnance.

Contexte

Le volet Éducation porte principalement sur les retombées des pratiques de prescription et de distribution sur les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance comme les opioïdes, les sédatifs hypnotiques et les stimulants, et vise à orienter ces pratiques. Il tient compte de l'importance de la participation des autres membres de l'équipe de soins de santé et des patients, mais aussi des travailleurs sociaux, des responsables de l'application de la loi, des agents correctionnels, des intervenants en toxicomanie, des travailleurs communautaires et des autres praticiens dans la prise de décisions cliniques dans les collectivités des Premières Nations et les collectivités éloignées.

L'éducation des professionnels de la santé (dont le personnel médical et infirmier, les pharmaciens et les dentistes) doit aborder les complexités de la toxicomanie, de la santé mentale, des comorbidités, des troubles concomitants et de la douleur, qui sont des problèmes de santé pour lesquels des médicaments d'ordonnance peuvent être prescrits. Les praticiens et les patients doivent considérer à la fois l'usage thérapeutique et les méfaits associés à ces médicaments, tout en gardant à l'esprit que les méfaits peuvent l'emporter sur les avantages des médicaments. Pour les populations des Premières Nations, il faut porter attention aux traumatismes historiques et comprendre le rôle de la culture dans le processus de guérison d'une personne. De plus, la posologie appropriée, la durée du traitement et la démonstration de l'efficacité du médicament pour des troubles précis sont des aspects importants des décisions cliniques liées aux médicaments d'ordonnance. Des solutions de rechange éprouvées devraient également être prises en considération avant de prescrire ces médicaments.

Des rapports antérieurs ont permis de relever des lacunes dans l'éducation des professionnels dans les domaines de la dépendance, des comorbidités, des troubles concomitants, du traitement de la douleur et des soins sensibles au traumatisme (Voir Société canadienne de la douleur, 2011; Isaacson, Fleming, Kraus, Kahn et Mundt, 2000; Lippe, Brock, David, Crossno et Gitlow, 2010; OxyContin Task Force, Terre-Neuve-et-Labrador, 2004; Polydorou, Gunderson et Levin, 2008; Watt-Watson et coll., 2009). Par exemple, une enquête nationale sur les programmes de résidence en médecine menée aux États-Unis en 2000 a révélé que parmi les programmes offerts, seulement 56 % exigeaient une formation sur les problèmes de consommation d'alcool et de drogues (variation de 31,8 % en pédiatrie à 95 % en psychiatrie). Le nombre d'heures de cours requises par les programmes exigeant la formation variait de 3 heures en médecine d'urgence et en obstétrique et gynécologie à 12 heures en médecine familiale (Isaacson et coll., 2000). Des lacunes similaires ont également été relevées dans les programmes liés à l'étude de la douleur. Une étude récente (Watt-Watson et coll., 2009) a examiné le temps consacré dans les principales universités canadiennes à l'enseignement de matière obligatoire sur la douleur aux étudiants en sciences de la santé, en



sciences dentaires et en sciences vétérinaires. Selon cette étude, seulement le tiers des répondants des programmes de sciences de la santé étaient en mesure d'indiquer le temps consacré à l'enseignement de matière obligatoire sur la douleur, et le temps total moyen par discipline et par certificat variait de 13 heures à 41 heures. En revanche, tous les répondants en sciences vétérinaires étaient en mesure de dire le temps consacré à la matière obligatoire sur la douleur, soit une moyenne de 87 heures par certificat.

L'éducation est également nécessaire pour fournir des soins de santé aux populations à risque accru : les aînés, les jeunes, les nouveau-nés, les membres des Premières Nations, les Inuits et les personnes qui ont fait partie du système correctionnel. Le personnel militaire et les vétérans comptent également parmi les personnes à risque. Une étude récente a démontré que parmi les vétérans qui ont consulté en raison de douleurs chroniques, ceux qui souffraient d'un syndrome de stress post-traumatique étaient plus de deux fois plus susceptibles de recevoir des analgésiques opioïdes que ceux qui n'avaient pas de problème de santé mentale (Seal et coll., 2012). Les données concernant la nature et l'incidence de l'abus de médicaments d'ordonnance par les professionnels de la santé eux-mêmes sont pour l'instant insuffisantes.

Il convient également de noter que les programmes de sciences de la santé comportent des lacunes en ce qui a trait aux risques et aux avantages de divers médicaments, y compris les opioïdes, ainsi qu'à la prévention et à la prise en charge des cas de surdose (Lank, 2012). Par exemple, au sujet du traitement de la douleur, on a conclu au terme de l'Atelier sur l'usage illicite de produits pharmaceutiques (Sécurité publique Canada, 2011b) que « la surprescription est souvent attribuable au manque d'éducation, de formation et de sensibilisation sur la façon de prescrire dans les cas de douleurs aiguës ou chroniques ». Ce manque d'éducation entraîne également des lacunes importantes dans la compréhension des diverses modalités de traitement de la douleur chronique non cancéreuse. D'ailleurs, les *Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse* ont été rédigées en partie parce que les médecins et les autres intervenants avaient besoin de conseils sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes (National Opioid Use Guideline Group, 2010).

Des lacunes ont également été observées dans les programmes de formation continue offerts aux professionnels de la santé. Afin de remédier à ces lacunes, on pourrait intégrer aux formations des données sur les évaluations interdisciplinaires et sur l'utilisation et l'accessibilité des interventions non pharmacologiques. En outre, il peut être avantageux d'informer d'autres professionnels comme les responsables de l'application de la loi, les agents des services correctionnels, les intervenants en toxicomanie et les travailleurs communautaires des risques de dépendance et des méfaits potentiels associés aux médicaments d'ordonnance.

Bref, l'objectif premier de la conception de programmes de premier cycle, des cycles supérieurs et de formation continue pour les professionnels de la santé doit être de corriger ces lacunes et d'éduquer les prescripteurs et les préparateurs sur les méfaits associés à ces médicaments et à leurs usages thérapeutiques. Les professionnels de la santé et les autres intervenants doivent travailler avec les patients et le grand public pour mieux les informer sur ces médicaments et leur permettre de participer à la prise de décisions avec leur fournisseur de soins de santé.

Pour atteindre cet objectif, on doit d'abord définir les compétences essentielles des prescripteurs, des distributeurs et des autres membres de l'équipe de soins de santé. Ces compétences doivent englober les pratiques de prescription et de distribution qui influencent la prévalence et le degré de dépendance, notamment le choix des patients, le titrage de la dose, la surveillance, la prise en charge des patients à risque élevé et le sevrage progressif. L'utilisation répandue de ces compétences limitera l'exposition des patients vulnérables à des doses élevées de médicaments, ce



qui réduira les complications comme la dépendance et la surdose. Elle contribuera également à réduire la quantité de médicaments pouvant être détourné. Les données indiquent que la faiblesse des professionnels de la santé en ce qui a trait à ces compétences a contribué à la crise des médicaments d'ordonnance actuelle. Par exemple, une forte corrélation a été établie entre les doses d'opioïde et le risque de surdose (Dunn et coll., 2010; Gomes et coll., 2011). La majorité des victimes de surdoses mortelles en Ontario étaient suivies par un médecin de famille qui prescrivait beaucoup d'opioïdes (Dhalla, Mamdani, Gomes et Juurlink, 2011). Des études expérimentales ont démontré un lien entre certains aspects liés à l'abus d'opioïdes (p. ex. effets euphorisants, penchant pour la drogue) et la dose prescrite (Walsh, Nuzzo, Lofwall et Holtman, 2008).

Les recherches montrent qu'il existe des stratégies efficaces pour changer les approches cliniques. Pour avoir un effet optimal, l'éducation doit être constante, comporter plusieurs facettes, être fondée sur des données probantes et être facilement accessible aux praticiens. Employées seules, les activités de formation semblent avoir une efficacité limitée pour changer les tendances en matière de prescription des médecins (Kahan, Gomes et coll., sous presse). Les stratégies d'éducation efficaces comprennent l'établissement de critères, la formation continue, la mise sur pied de réseaux de soutien clinique locaux et à plus grande échelle et le recours à des outils cliniques comme des cartes de poche et des sommaires cliniques. Bien que des recherches plus poussées soient nécessaires, des signes indiquent que de telles interventions sont efficaces pour changer les habitudes de prescription des médecins.

En Ontario et dans la région de l'Atlantique, les réseaux de soutien clinique en matière de toxicomanie et de traitement de la douleur affichent un bon succès et des taux élevés de satisfaction des praticiens. Le Collège des médecins de famille de l'Ontario, de concert avec l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, a mis sur pied le programme *Medical Mentoring for Addictions and Pain* (MMAAP), qui sert actuellement plus de 180 fournisseurs de santé de l'Ontario ainsi que leurs patients. Dans la région de l'Atlantique, un réseau de mentorat sur la toxicomanie et la douleur (anciennement le *Chronic Pain Collaborative Care Network*), qui est basé sur le MMAAP, est en cours d'élaboration. Ces programmes comprennent la prestation continue de soutien au traitement de la douleur et au traitement de la toxicomanie, d'éducation et de conseils (en personne, par courriel et au moyen de webinaires, téléconférences et consultations téléphoniques) par des spécialistes (mentors) à des médecins de famille (mentorés). Le programme est interactif, fondé sur des données probantes et utilise une approche interactive fondée sur des cas. Les mentorés peuvent consulter les mentors par courriel ou par téléphone.

Les lignes directrices fondées sur des données probantes ayant trait aux pratiques peuvent avoir des répercussions positives sur les pratiques cliniques, y compris les pratiques de prescription, et sur les résultats pour le patient (Grimshaw, Eccles et Tetroe, 2004; Grimshaw, Eccles, Thomas, MacLennan, Ramsay, Fraser et Vale, 2006; Grimshaw, Thomas, MacLennan, Fraser, Ramsay, Vale, Whitty, Eccles, Matowe, Shirran, Wensing, Dijkstra et Donaldson, 2004). Il existe actuellement plusieurs lignes directrices concernant les médicaments d'ordonnance, comme les *Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse* (National Opioid Use Guideline Group, 2010) et la *Buprenorphine Guideline for Treatment of Opioid Dependence* (Handford et coll., 2012). Comme le premier document porte sur une modalité de traitement de la douleur chronique non cancéreuse, il conviendrait de rechercher des orientations supplémentaires concernant d'autres options de traitement pour ce type de douleur avant de décider d'utiliser des médicaments d'ordonnance (National Opioid Use Guideline Group, 2010).

Séparément, les lignes directrices, la formation continue et les autres interventions d'éducation ont des effets limités à modérés, mais elles peuvent s'avérer plus efficaces lorsqu'elles sont combinées



(Boaz, Baeza, Fraser et le groupe de travail *European Implementation Score Collaborative Group*, 2011). Aux États-Unis, deux programmes d'éducation complets instaurés à l'échelle des États, qui comprenaient une composante de formation continue, ont été associés à une réduction de la mortalité attribuable à des surdoses d'opioïdes et à une diminution du pourcentage de victimes ayant reçu une ordonnance d'opioïdes avant leur décès. En plus d'offrir de la formation continue, ces programmes utilisaient une base de données sur les ordonnances et assuraient une vaste distribution des lignes directrices cliniques et de documents destinés aux patients (Albert, Brason, Sanford, Dasgupta, Graham et Lovette, 2011; Cochella et Bateman, 2011; Johnson, Porucznik, Anderson et Rolfs, 2011).

Le site Web du Centre national contre la douleur fournit non seulement des lignes directrices précises ou des liens vers ces dernières, mais également plusieurs outils de promotion du traitement de la douleur appuyés par des données probantes, comme la *Fiche de gestion des opioïdes*, un outil qui contribue à assurer l'application clinique des principes énoncés dans les *Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse*. Cette fiche peut être téléchargée et imprimée ou téléchargée à peu de frais sous forme d'application iPhone. L'outil a été téléchargé environ 4 000 fois et a été intégré dans de nombreux dossiers médicaux informatisés cités sur le site Web. Bien que des recherches soient en cours, on n'a pas encore officiellement évalué les effets de la *Fiche de gestion des opioïdes* sur les comportements des prescripteurs et les résultats pour le patient.

La formation continue des professionnels de la santé dépend en grande partie des commandites de l'industrie des soins de santé (dont l'industrie pharmaceutique). L'industrie utilise également les processus éducatifs pour faire en sorte que ses produits soient utilisés et qu'ils le soient de façon appropriée. Il est à noter que la participation directe de l'industrie pharmaceutique à la formation continue des professionnels et les lignes directrices en matière de pratique clinique ont fait l'objet de critiques dans la littérature et les médias; certains ont même réclamé une interdiction totale de ce type de participation dans la mise en œuvre d'initiatives éducatives et des normes associées (Steinman, Landefeld et Baron, 2012; Van Zee, 2009). Toutefois, les organismes d'accréditation des formations continues en sciences de la santé (associations professionnelles et universités) se penchent sur ces questions depuis plusieurs années et ont élaboré des principes directeurs (Accreditation Council for Continuing Medical Education, s.d.; American Medical Association, 2011; Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada, 2012; Association médicale canadienne, 2007). Habituellement, on demande que le contenu éducatif soit élaboré indépendamment de tout soutien et que le soutien soit offert sous forme de subvention sans restrictions pour l'élaboration du matériel éducatif. Il existe de nombreux organismes indépendants (associations professionnelles et universités) au Canada qui effectuent l'examen et l'accréditation du processus et du contenu du matériel éducatif. Alors que certains demandent qu'un organisme indépendant soit responsable de recevoir et d'administrer un fonds d'administration générale constitué des contributions de l'industrie pour soutenir les activités de formation continue nécessaires, d'autres croient fermement que les fournisseurs de soins de santé peuvent s'occuper de leur formation sans les fonds de l'industrie.



Recommandations relatives à l'éducation

Recommandations	Responsables proposés Liens	CT
<p>1. Établir et mettre en place des compétences essentielles pour tous les types de professionnels de la santé en ce qui concerne l'évaluation et la prise en charge de la toxicomanie, de la santé mentale, des comorbidités, des troubles concomitants et de la douleur :</p> <p>a. Relever les compétences existantes et les normes de soins afin de déterminer leur efficacité pour lutter contre les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance;</p> <p>b. Développer les compétences avec la participation des professionnels de la santé, des personnes, des familles, de l'industrie et de la communauté;</p> <p>c. Travailler avec le personnel éducatif pour intégrer ces compétences dans le programme éducatif de base de chaque professionnel de la santé;</p> <p>d. Faire en sorte que les considérations culturelles soient reflétées dans ces compétences;</p> <p>e. Intégrer des compétences liées à la prestation de services sensibles au traumatisme;</p> <p>f. Intégrer des compétences qui touchent la compréhension et l'influence des déterminants de la santé et leurs effets sur les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance subis par les patients;</p> <p>g. Recueillir de l'information auprès des ressources locales pour les personnes et les familles.</p>	<p>Organismes de réglementation</p> <p>Associations et collèges professionnels</p> <p>Dirigeants des Premières Nations, des Inuits et des Métis</p> <p>Établissements d'enseignement</p>	<p>CT</p>
<p>2. Élaborer un programme reconnu de formation continue destiné aux professionnels de la santé qui porte sur l'utilisation appropriée des médicaments d'ordonnance :</p> <p>a. Encourager les organismes de réglementation et d'enseignement des professionnels de la santé qui prescrivent et préparent des médicaments d'ordonnance à adopter des compétences essentielles qui influencent la prévalence et la gravité de la dépendance et des surdoses, ce qui comprend la sélection des patients, le titrage de la dose, la surveillance et le sevrage graduel.</p>	<p>Associations professionnelles</p> <p>Établissements d'enseignement</p> <p>Dirigeants des Premières Nations, des Inuits et des Métis</p>	<p>CT</p>
<p>3. Mettre en œuvre des programmes scolaires accessibles de formation continue (p. ex. RxFiles en Saskatchewan), qui offrent une formation fondée sur des données probantes sur les pratiques de prescription et de préparation dans toutes les provinces et les territoires, et évaluer l'efficacité et les retombées de ces programmes :</p> <p>a. Établir des liens entre ces programmes et les programmes de surveillance des ordonnances, lorsque possible, pour orienter les changements dans la pratique.</p>	<p>Établissements d'enseignement</p>	
<p>4. Concevoir et élaborer des outils d'aide aux décisions cliniques qui seront utilisés dans les établissements pour encourager les pratiques efficaces et fondées sur des données probantes dans les</p>	<p>Fournisseurs en matière d'éducation continue</p>	<p>CT</p>



Recommandations	Responsables proposés	Liens	CT
domaines de la toxicomanie, de la santé mentale, des comorbidités, des troubles concomitants et du traitement de la douleur : a. Procéder à une évaluation afin d'en déterminer l'efficacité et les retombées sur la pratique, ainsi que les résultats pour le patient.	Fournisseurs en matière de dossiers médicaux électroniques		
5. Mettre en place des réseaux cliniques appropriés à l'échelle locale et à plus grande échelle offrant aux professionnels de la santé des renseignements et des conseils cliniques rapides et facilement accessibles (p. ex. <i>Medical Mentoring for Addictions and Pain</i> [MMAP] en Ontario, réseau de mentorat sur la toxicomanie et la douleur de la région de l'Atlantique et <i>Pre-Health Professions Club</i> en Saskatchewan). Normaliser la structure de ces réseaux dans l'ensemble des provinces et des territoires.	Établissements d'enseignement Organismes de réglementation Sociétés et associations professionnelles	T	CT
6. Réviser le programme de formation de tous les professionnels de la santé pour faire en sorte qu'il intègre la toxicomanie, la santé mentale, les comorbidités, les troubles concomitants et le traitement de la douleur au premier cycle universitaire et aux cycles supérieurs. Ces programmes devraient refléter les compétences essentielles identifiées et aborder : a. L'évaluation interdisciplinaire; b. Les interventions pharmacologiques et non pharmacologiques; c. Les facteurs de risque de dépendance et les méfaits potentiels associés aux médicaments qui présentent de tels risques; d. L'adoption de pratiques efficaces fondées sur des données probantes; e. L'utilisation appropriée des médicaments d'ordonnance; f. Les soins sensibles au traumatisme; g. Les pratiques adaptées à la culture; h. L'adoption d'approches non médicales en matière de soins et de traitements.	Établissements d'enseignement Organismes de réglementation Sociétés et associations professionnelles		CT
7. Déterminer, élaborer (au besoin) et faire la promotion et l'évaluation de politiques et de lignes directrices fondées sur des données probantes ayant trait aux pratiques efficaces et appropriées dans divers milieux (p. ex. soins d'urgence et services des urgences des hôpitaux).	Associations de praticiens des services d'urgence		CT
8. Former et outiller les praticiens de diverses disciplines (p. ex. professionnels de la santé, personnel des services médicaux d'urgence, responsables de l'application de la loi, agents des services correctionnels et intervenants en toxicomanie) sur la détection et la prise en charge des surdoses de médicaments d'ordonnance.	Associations de services médicaux d'urgence		



Traitement

Objectif : Améliorer la capacité du système à augmenter la capacité de fonctionner (ou à diminuer l'incapacité) des personnes, des familles et des communautés touchées en favorisant un accès rapide et équitable à une vaste gamme de traitements efficaces contre la toxicomanie tenant entre autres compte de comorbidités comme la douleur, les troubles anxieux, l'insomnie et le THADA.

Contexte

Dans l'ensemble, les problèmes de consommation ne reçoivent pas suffisamment d'attention : il existe des lacunes dans les services de traitement de la toxicomanie, des obstacles à l'accès aux services et à la navigation dans le système, des lacunes dans la formation des professionnels de la santé et des autres intervenants sur le sujet ainsi qu'un manque de coordination entre les services existants (Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, 2010; groupe de travail du Manitoba sur l'OxyContin, 2009). Il est essentiel de combler l'écart entre les choix de traitement disponibles et les besoins des Canadiens ainsi que de renforcer et de coordonner les services et les soutiens offerts aux Canadiens en ce qui a trait aux problèmes liés à la consommation, en vue d'améliorer l'uniformité au sein du système. En outre, davantage de fonds et de ressources devront être investis dans les services afin de réduire les temps d'attente et d'améliorer l'accès à une vaste gamme de traitement. Les *concepts directeurs de la Stratégie nationale sur le traitement* (Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement, 2008) présentent les principaux éléments à prendre en compte pour améliorer le système de traitement du Canada. Le rapport cite également des obstacles à l'accès au traitement. Bien que les données ne suffisent pas pour conclure que les services de traitement sont déficients, il n'est pas excessif d'affirmer que l'accessibilité et la qualité du système ainsi que la gamme de services offerts ne sont pas optimales.

Le mésusage de sédatifs hypnotiques (c.-à-d. les benzodiazépines et les barbituriques) et de stimulants (c.-à-d. les amphétamines et leurs composés apparentés) a été signalé, mais celui d'opioïdes a subi une hausse exponentielle s'accompagnant de conséquences dévastatrices.

Les professionnels de la santé sont confrontés à une augmentation du nombre de patients souffrant de douleurs aiguës et chroniques non liées au cancer. La douleur aiguë constitue un phénomène universel. Le traitement approprié de ce type de douleur a un caractère humain et permet d'accélérer la guérison des états sous-jacents, p. ex. une fracture ou une intervention dentaire. Quant à la douleur chronique, qui n'a aucune fonction propre, elle peut être invalidante et persister plus longtemps que la durée prévue de guérison. Au Canada, aucun trouble n'occasionne des coûts plus élevés pour le système de santé ou une perte de revenus plus importante que la douleur chronique (Lynch 2011; Phillips et Schopflocher, 2008).

Un Canadien sur cinq souffre de douleurs chroniques (Moulin, Clark, Speechley et Morley-Forster, 2002). Ce type de douleur est associé à la qualité de vie la plus médiocre, même en comparaison avec d'autres maladies chroniques comme les maladies pulmonaires ou les cardiopathies (Choiniere et coll., 2010). Les personnes qui souffrent de douleurs chroniques présentent un risque de suicide deux fois plus élevé que celles qui n'en souffrent pas (Tang et Crane, 2006). La douleur chronique est difficile à guérir, mais il est possible de la traiter de façon efficace en ciblant l'amélioration de la capacité de fonctionner au moyen de médicaments, de l'anesthésie tronculaire, de la physiothérapie, de la réadaptation et de la thérapie cognitivo-comportementale, de la gestion de soi et d'autres méthodes.

Le traitement des méfaits associés aux médicaments d'ordonnance est un processus nécessitant plusieurs étapes, dont la première est le diagnostic et l'évaluation de la dépendance, de la maladie



mentale, des comorbidités, des troubles concomitants et de la douleur. Le traitement comprend également la prestation de traitements médicamenteux (p. ex. entretien à la méthadone, ou encore à la buprénorphine et à la naloxone, le cas échéant), la prise en charge du sevrage et des approches non pharmacologiques. Il nécessite l'adoption d'une stratégie d'intervention concertée axée sur l'amélioration des pratiques de prescription qui vise à réduire le volume de médicaments d'ordonnance pouvant faire l'objet de détournement ainsi que les méfaits qui y sont associés, sans toutefois nuire à la disponibilité et à la qualité des soins pour des maladies pour lesquelles les médicaments sont indiqués (p. ex. THADA, douleur chronique ou douleur liée au cancer).

Dans le cadre d'un système de soins amélioré, concerté, accessible, souple, fondé sur les besoins et au fonctionnement optimal, les thérapies et services de soutien doivent être perçus comme durables et recevoir le financement et le soutien nécessaires. Dans la plupart des provinces, le traitement combiné à la buprénorphine et à la naloxone ne peut être prescrit que par les médecins bénéficiant d'une exemption de méthadone ou pour les patients pour qui la méthadone est contre-indiquée (syndrome du QT long). La méthadone disponible ne suffit pas à la demande, et l'accès à ce traitement est souvent inégal ou carrément inexistant dans certaines régions (Luce et Strike, avril 2011). Il est donc essentiel de revendiquer une amélioration de l'accès à la méthadone – traitement dont l'efficacité a été démontrée par des recherches – et à d'autres traitements aux opioïdes, ainsi qu'une augmentation du nombre de médecins autorisés à la prescrire. Lorsque c'est possible, les programmes de traitement de la dépendance aux opioïdes devraient s'intégrer dans un modèle de soins complet, en tenant compte des données montrant que les programmes d'entretien sont plus efficaces que l'absence de traitement. Par ailleurs, le traitement utilisant des médicaments opioïdes (p. ex. méthadone ou buprénorphine/naloxone) offert aux peuples des Premières Nations peut être plus efficace lorsqu'il est offert en collaboration avec les programmes de santé communautaires des Premières Nations (Santé Canada, 2011).

On ne peut trop insister sur l'importance du rôle des soins primaires dans le traitement de la dépendance, de la maladie mentale, des comorbidités, des troubles concomitants et de la douleur. Pour bien évaluer et traiter ces troubles, les fournisseurs de soins de santé primaires doivent avoir accès à une formation et à un soutien appropriés et impartiaux ainsi qu'à des possibilités d'orientation en cas de problème grave. Il faudrait mettre en place des modèles de partage des soins et de soins en collaboration comprenant des réseaux locaux réunissant des intervenants des domaines de la douleur, de la toxicomanie, de la santé mentale et des soins de santé primaires ainsi que d'autres secteurs. La reconnaissance du rôle et de l'utilité des approches par équipe, p. ex. la création d'une équipe multidisciplinaire comprenant des Aînés et un soutien culturel, faciliterait l'échange de connaissances entre les professionnels de la santé et les autres fournisseurs de services et la mise en place de plans de soins concertés, en plus de promouvoir l'échange de renseignements, le dialogue et le travail d'équipe en vue d'éliminer les craintes et les préjugés associés à la prise de médicaments (Santé Canada, 2011).

Il existe en Ontario plusieurs bons exemples d'approches de traitement qui respectent les valeurs communautaires des Premières Nations afin de rendre possible l'intégration de traitements de substitution aux opioïdes comprenant des thérapies non conventionnelles et des traitements basés sur la culture. Le modèle strict de la maladie, qui favorise une dépendance à vie aux médicaments, ne correspond pas aux valeurs, à la culture et aux croyances spirituelles des Premières Nations. Pour élaborer une approche appropriée qui respecte la culture des Premières Nations tout en tenant compte des méfaits associés aux médicaments d'ordonnance, il est essentiel d'être à l'écoute de l'opinion de ces communautés. Dans cette optique, il faut mettre en place des façons bien définies et respectueuses de la culture d'échanger des idées et des stratégies.



La mise en place d'un réseau d'experts se réunissant grâce à des technologies de communication comme les webinaires et la télémédecine pourrait permettre d'offrir aux fournisseurs de soins de santé primaires des services de supervision, de mentorat et de consultation des pairs, en plus d'améliorer l'accès aux experts dans les régions insuffisamment desservies. Le réseau de mentorat sur la toxicomanie et la douleur de l'Atlantique, présenté dans la section Éducation, est un exemple de ce type de réseau.

Trop peu de recherches ont été effectuées en vue d'élaborer et d'évaluer des processus efficaces de dépistage, d'intervention rapide et d'orientation vers des traitements contre les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance, en raison du peu d'approches actuellement disponibles et du fait que celles-ci ne semblent efficaces qu'à court terme (de trois à six mois) [Bashir, King et Ashworth, 1994; Otto et coll., 2009; Zahradnik et coll., 2009].

Les fabricants de médicaments, les bailleurs de fonds des listes de médicaments et le milieu des soins de santé ont tous un rôle important à jouer dans la réduction des méfaits associés à l'abus de médicaments d'ordonnance. Ce résultat peut être atteint au moyen de la mise en œuvre, dans les milieux de soins de santé, de politiques et de pratiques favorisant une réduction des risques associés à la consommation de médicaments d'ordonnance. Par ailleurs, l'adoption universelle de pratiques consistant à prescrire et à délivrer seulement la quantité nécessaire de médicaments diminuera les risques de méfaits et contribuera à réduire la quantité de médicaments prescrits qui finissent par être consommés de manière abusive.

Un accès rapide et équitable à des traitements holistiques, efficaces et adaptés peut être obtenu grâce à la modification de politiques et de règlements, à la mise en place de mécanismes de financement, à l'adoption de pratiques fondées sur des données et à l'échange de nouvelles pratiques. En outre, il faudrait que des patients et d'anciens patients participent au processus décisionnel, ou encore fassent partie d'organismes consultatifs, de sorte que les changements apportés au système soient accessibles, pertinents et adaptés.

Recommandations relatives au traitement

Recommandations	Responsables proposés	Liens	CT
1. Déterminer, élaborer au besoin et évaluer les modifications à apporter aux politiques, aux règlements et aux listes de médicaments afin d'éliminer les obstacles à l'offre de soins fondés sur des données et de promouvoir la prestation de traitements efficaces fondés sur des données :	Organismes de réglementation Associations professionnelles	LR E SS	
a. Examiner et encourager les mesures d'accès équitable à des options de traitements pharmacologiques et non pharmacologiques fondés sur des données probantes contre la toxicomanie, les troubles de santé mentale, les comorbidités, les troubles concomitants et la douleur (p. ex. modèles de partage des soins);	Santé Canada Assureurs Organismes de recherche Établissements de soins de santé	P P E	
b. Recenser les stratégies existantes relatives aux autorisations touchant les médicaments d'ordonnance (surtout celles visant les opioïdes puissants et les formulations à libération prolongée) et collaborer avec les bailleurs de fonds à la mise en œuvre de stratégies efficaces :			
i. Faire participer les bailleurs de fonds potentiels, notamment les assureurs publics et privés et les			



Recommandations	Responsables proposés	Liens	CT
<p>organismes de réglementation;</p> <ul style="list-style-type: none">ii. Évaluer l'efficacité, le rapport coût-efficacité et les conséquences imprévues;iii. Établir des liens avec des lignes directrices fondées sur des données probantes, et rassembler le tout dans une approche intégrée et complète;iv. Examiner et favoriser l'accès équitable à des options de traitements fondés sur des données en vue de détecter et de surmonter les obstacles de nature législative ou autre (p. ex. normaliser les méthodes de remboursement des traitements).			
<p>2. Mettre en place des stratégies de réduction des risques fondées sur des données probantes, ciblées et adaptées à la culture (p. ex. exécution d'ordonnances à court terme dans le cadre de régimes publics d'assurance) :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Réduire la disponibilité des médicaments à risque élevé dont l'efficacité n'est pas clairement démontrée, y compris des médicaments en vente libre;b. Mettre en œuvre des systèmes pour atténuer les conséquences imprévues découlant de la réforme des listes de médicaments.	<p>Bailleurs de fonds</p> <p>Organismes de réglementation</p>		
<p>3. Déterminer, élaborer au besoin, promouvoir et évaluer des mécanismes de financement et des mesures incitatives conçus pour :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Améliorer et encourager l'accès aux traitements, lesquels devraient comprendre :<ul style="list-style-type: none">i. Des interventions pharmacologiques;ii. Du soutien psychologique et du counseling;iii. Des programmes de prise en charge du sevrage.b. Améliorer et promouvoir l'accès aux programmes de prise en charge du sevrage, notamment dans les régions rurales et éloignées, ainsi qu'auprès de personnes suivant un traitement contre la dépendance aux opioïdes ou à d'autres médicaments;c. Créer des équipes multidisciplinaires (p. ex. cliniques familiales et réseaux de soins primaires) possédant l'expertise leur permettant d'offrir une gamme complète de traitements contre la douleur, la maladie mentale, les troubles concomitants, les comorbidités et la dépendance, y compris des pratiques et des interventions propres à la culture;d. Améliorer et promouvoir l'utilisation d'approches non pharmacologiques ainsi que l'accès à celles-ci en vue de traiter de façon efficace les troubles suivants :<ul style="list-style-type: none">i. Mésusage de médicaments d'ordonnance;ii. Maladie mentale;	<p>Bailleurs de fonds</p> <p>Organismes de réglementation</p> <p>Établissements de soins de santé</p>		



Recommandations	Responsables proposés	Liens	CT
<ul style="list-style-type: none">iii. Comorbidités et troubles concomitants;iv. Douleur aiguë et chronique.e. Faire en sorte que la capacité du système de traitement est suffisante pour accueillir un bon nombre de professionnels de la santé formés et compétents, de familles et d'organismes communautaires;f. Mettre en place des mécanismes permettant d'optimiser l'utilisation des médicaments d'ordonnance, d'en maximiser les avantages et d'en atténuer les méfaits, au moyen de pratiques, de politiques et de choix de traitements.			
<p>4. Encourager l'adoption de lignes directrices fondées sur des données probantes pour le traitement de la toxicomanie, de la maladie mentale, des comorbidités, des troubles concomitants et de la douleur aiguë et chronique (notamment des approches non pharmacologiques efficaces) :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Examiner et évaluer de façon critique les lignes directrices existantes à l'échelle internationale (p. ex. normes de l'Institute of Medicine) afin de déterminer quelles sont les pratiques exemplaires en place ailleurs dans le monde et quelles sont les lacunes des lignes directrices canadiennes;b. Modifier les lignes directrices, ou en élaborer de nouvelles au besoin, à l'aide d'intervenants spécialisés (p. ex. médecins d'urgence, infirmières praticiennes) provenant de divers milieux de soins :<ul style="list-style-type: none">i. Dresser la liste des lignes directrices existantes et les évaluer;ii. Évaluer l'adaptabilité des lignes directrices existantes à divers milieux ou la nécessité de créer de nouvelles lignes directrices;iii. Adapter les lignes directrices en fonction de l'évaluation;iv. Élaborer de nouvelles lignes directrices en fonction de l'évaluation;v. Modifier les lignes directrices existantes au besoin;c. Encourager (par la formation et l'offre de ressources) la valorisation et l'utilisation de lignes directrices fondées sur des données probantes;d. Faire en sorte que les professionnels de la santé aient accès à des lignes directrices sur la pratique fondées sur des données probantes;e. Déterminer des approches non pharmacologiques efficaces à utiliser dans certains cas précis (dépendance, santé mentale, comorbidités, troubles concomitants et douleur);f. Passer en revue les lignes directrices sur les opioïdes afin de vérifier si elles sont adaptées à la culture et si elles pourront être mises en œuvre dans des régions rurales et éloignées;g. Poursuivre la mise en œuvre de lignes directrices sur la	<p>CAMH</p> <p>Associations professionnelles</p> <p>Dirigeants des Premières Nations, des Inuits et des Métis</p> <p>ACMTS</p>	<p>E</p>	<p>CT</p>



Recommandations	Responsables proposés	Liens	CT
pratique clinique fondées sur des données (p. ex. buprénorphine et naloxone, recours aux opioïdes et syndrome de sevrage néonatal).			
6. Élaborer des ressources fondées sur des données et adaptées à la culture à l'intention des personnes, des familles et des communautés, en vue d'évaluer et de prévenir les troubles liés à la prise de médicaments d'ordonnance ainsi que de diminuer les méfaits qui y sont associés et de donner accès à des traitements appropriés et à des traitements d'appoint; encourager l'utilisation de ces ressources.	ISMP Canada Organismes communautaires Associations de soutien aux patients et à leur famille Dirigeants des Premières Nations, des Inuits et des Métis		
7. Déterminer, élaborer, évaluer et mettre en œuvre un processus efficace fondé sur des données pour le dépistage, l'intervention rapide et l'orientation en vue de traiter les méfaits associés à la prise de médicaments d'ordonnance. Ce processus : a. Serait adapté aux fournisseurs de soins de santé (p. ex. médecins, infirmières, pharmaciens, dentistes) et aux intervenants en services sociaux; b. Pourrait être utilisé chez divers groupes ou être adapté à cette fin (p. ex. patients souffrant de toxicomanie, de dépendance, de troubles de santé mentale, de comorbidités, de troubles concomitants, de douleur chronique); c. Serait adapté au contexte culturel; d. Pourrait être utilisé par les personnes et les familles aux fins d'auto-dépistage; e. Serait relié à des traitements en milieu communautaire ainsi qu'à d'autres services pertinents.	CAMH Associations professionnelles Dirigeants des Premières Nations, des Inuits et des Métis		CT
8. Recommander aux professionnels de la santé d'employer des outils d'évaluation des risques valides pour déterminer le risque associé aux médicaments d'ordonnance d'un patient : a. Passer en revue les données relatives aux outils existants d'évaluation des risques (p. ex. les outils Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain et Opioid Risk Tool) afin de vérifier la validité des outils favorisés; b. Intégrer à cette activité toute ligne directrice pertinente, le cas échéant.	Associations professionnelles Organismes de réglementation	E	
9. Vérifier que les intervenants en soins de santé ont accès rapidement à des experts pour les appuyer dans la prise de décisions cliniques fondées sur des données probantes. a. Mettre en place des communautés de praticiens et des réseaux de réseaux en vue d'améliorer la capacité de gérer les complexités de l'abus de médicaments d'ordonnance; b. Élaborer des modèles de partage de soins et de soins en	Gouvernements provinciaux et territoriaux Santé Canada Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies Dirigeants des Premières		



Recommandations	Responsables proposés	Liens	CT
<p>collaboration en vue d'atténuer les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance et les comorbidités connexes au moyen de réseaux locaux réunissant des intervenants dans les principaux domaines de la santé (p. ex. douleur, toxicomanie, soins primaires);</p> <p>c. Repérer, encourager, élargir, mettre sur pied et évaluer des réseaux d'experts pouvant offrir de la supervision, du mentorat et du soutien aux professionnels de la santé travaillant dans les domaines de la toxicomanie, de la santé mentale, des comorbidités, des troubles concomitants et du traitement de la douleur :</p> <p>i. Passer en revue les modèles existants et établir un lien avec ceux-ci :</p> <ol style="list-style-type: none">1. Medical Mentoring for Addictions and Pain (MMAP) (Ontario);2. Pharmacist Mentoring in Addiction and Pain (PMAP) (Ontario);3. Réseau de mentorat sur la toxicomanie et la douleur de l'Atlantique;4. Modèles des Aînés collaborant avec les professionnels de la santé; <p>ii. Fixer des cibles et déterminer de quelle façon les progrès seront mesurés;</p> <p>iii. Évaluer l'efficacité et le rapport coût-efficacité;</p> <p>d. Pour tout le continuum de soins, élaborer des outils de gestion de soi destinés aux personnes et aux communautés et portant sur la toxicomanie, la santé mentale, les comorbidités, les troubles concomitants et la douleur; encourager l'utilisation de ces outils.</p>	<p>Nations, des Inuits et des Métis</p>	<p>E</p>	
<p>10. Harmoniser les investissements actuels en matière de traitement dont les objectifs convergent.</p>	<p>Gouvernement fédéral</p> <p>Industrie</p> <p>Gouvernements provinciaux et territoriaux</p> <p>Établissements de recherche</p> <p>Organismes de soins de santé</p> <p>Associations de soutien aux patients et à leur famille</p>		



Surveillance et suivi

Objectif : Mettre en place un système de surveillance des médicaments d'ordonnance coordonné à l'échelle nationale, en mettant à profit les possibilités actuelles, en y incluant la création de liens avec des programmes de surveillance des ordonnances, et en faisant le suivi des principales questions liées au mésusage, à l'abus et aux méfaits.

Contexte

L'instauration d'un système de surveillance pancanadien permettrait de recueillir et d'analyser en permanence des données, ainsi que de les transmettre aux personnes qui doivent en être informées afin d'orienter les politiques et pratiques. Un tel système est un élément essentiel à toute stratégie conçue pour réduire les méfaits liés aux médicaments d'ordonnance comme les opioïdes, les sédatifs hypnotiques et les stimulants.

Les buts d'un système national de surveillance des médicaments d'ordonnance sont les suivants :

- Faire de façon régulière le suivi des abus et méfaits liés aux médicaments d'ordonnance à l'échelle nationale, provinciale, territoriale et régionale;
- Définir les problèmes, tendances et secteurs prioritaires, qui nécessitent davantage d'attention, d'intervention ou de recherche;
- Évaluer les retombées des interventions;
- Produire un rapport d'étape annuel sur l'état du « système » de surveillance canadien et de la question des médicaments d'ordonnance au Canada.

Les mesures actuelles de suivi des méfaits liés aux médicaments d'ordonnance au Canada sont fragmentaires. Des renseignements disparates sont recueillis par des organismes fédéraux et provinciaux, dans leur champ de compétence respectif, ainsi que par des organismes comme l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada). Bien qu'elles donnent accès à certaines données, les enquêtes effectuées jusqu'à présent manquent d'uniformité en matière de terminologie et n'évaluent pas toujours les mêmes médicaments ou populations. Les sources de données accessibles au Canada, telles que les rapports de coroners et de centres antipoison, les données d'IMS Health, les données sur les pertes et les vols, les données sur les effets indésirables issues de la surveillance après la mise en marché, les incidents liés aux médicaments et les dossiers concernant l'application de la loi, ne font pas partie d'une initiative globale à l'échelle nationale. Ainsi, aucun groupe n'est entièrement voué à la résolution des problèmes associés aux médicaments d'ordonnance. Pour intervenir de façon efficace, il faudra donc que plusieurs intervenants y travaillent en collaboration.

Un système pancanadien de surveillance des médicaments d'ordonnance comprendrait un répertoire de données, qui donnerait rapidement accès aux données pour tout le pays et faciliterait la prise de décisions en matière de politiques et de pratiques. Il fournirait comme référence des indicateurs sur les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance et serait rattaché à une intervention pancanadienne sur la question. Les données ainsi fournies aideraient à l'évaluation des stratégies d'intervention et à l'amélioration du soutien et des soins.

Un système de surveillance de grande envergure s'appuierait également sur les programmes de surveillance des ordonnances (PSO), qui font le suivi des prescriptions et des achats de médicaments d'ordonnance désignés comme des substances réglementées. Ils favorisent les interventions visant à réduire ou à prévenir les méfaits associés à ces médicaments. Les PSO



peuvent prouver des cas présumés d'abus et fournir rapidement des renseignements essentiels sur les antécédents en matière de substances réglementées d'un patient à son prescripteur ou à son pharmacien. Ces renseignements aident à repérer les patients à risque, pour lesquels une intervention précoce peut être bénéfique. Malheureusement, les programmes actuels ne sont pas exhaustifs, diffèrent d'une province à l'autre et en sont à différents stades d'avancement.

Selon les données recueillies à ce sujet, les PSO pourraient faciliter l'amélioration des pratiques de prescription de substances réglementées et la résolution de problèmes liés aux médicaments d'ordonnance. Par exemple, des recherches ont montré que la mise en place d'un PSO est associée à une diminution du taux d'abus d'opioïdes et du nombre d'admissions dans des établissements de traitement aux États-Unis, ainsi qu'à une réduction des pratiques à risque élevé de prescription d'opioïdes et de benzodiazépines au Canada (Dormuth, Miller, Huang, Mamdani et Juurlink, 2012; Reifler et coll., 2012). L'importance des renseignements fournis par les données cumulatives des PSO est souvent sous-estimée. Ces recherches apporteront de nouvelles connaissances sur les habitudes de prescription et permettront de mieux comprendre les méfaits liés aux médicaments d'ordonnance.

Selon l'opinion d'experts (Ohio Prescription Drug Abuse Task Force, 2010), les organismes de réglementation des professions de la santé devraient faire régulièrement le suivi des pratiques de prescription afin de réduire les habitudes de prescription à risque élevé. Plusieurs approches pouvant régler la question ont été définies, notamment l'envoi de lettres d'information ou d'avertissement, la vérification et la rétroaction, et la mise en place de limites de prescription (Gonzales et Kolbasovsky, 2012; Vik, Ulan, Wright, Mah et Virani, 2012). Peu de recherches ont toutefois été effectuées sur les conséquences imprévues pouvant découler de ces types d'intervention, comme les effets néfastes potentiels de l'application générale de restrictions dans le domaine des soins cliniques.

Les lois fédérales, provinciales et territoriales sur la protection de la vie privée, qui ne sont pas harmonisées dans toutes les administrations, sont un obstacle d'importance ne se limitant d'ailleurs pas aux activités de surveillance et de suivi. Ces lois limitent les moyens et les raisons de recueillir et de stocker des renseignements personnels. Une compréhension limitée de cette réglementation influe sur la bonne utilisation et l'échange des données.

Recommandations relatives à la surveillance et au suivi

Recommandations	Responsables proposés	Liens	CT
1. Normaliser les principaux éléments d'un système pancanadien de surveillance des médicaments d'ordonnance, notamment :	Gouvernement fédéral		
a. Les détenteurs de données;	Associations professionnelles		
b. Les flux de données (p. ex. rapports de coroners, rapports de centres antipoison, données d'IMS Health, données sur les pertes et les vols, surveillance après la mise en marché liée aux données sur les effets indésirables, incidents liés aux médicaments);	ISMP Canada		CT
c. Les définitions et la terminologie commune;			
d. Les indicateurs (étude des liens possibles avec d'autres projets, comme les indicateurs nationaux de traitement, le Réseau d'experts en surveillance sur l'alcool et les drogues [RESAD], l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les			



Recommandations	Responsables proposés	Liens	CT
<p>drogues [ECTAD] et les systèmes provinciaux de surveillance);</p> <p>e. Les méthodes de collecte;</p> <p>f. Les rapports;</p> <p>g. Les liens avec les systèmes de données sur la consommation d'alcool et d'autres drogues, ainsi que les facteurs de risque et la surveillance sentinelle, pour la planification à l'échelle locale.</p>			
<p>2. Former un groupe de travail canadien pour la surveillance des médicaments d'ordonnance, responsable de mettre sur pied un système national de surveillance en fonction des éléments normalisés définis à la recommandation 1.</p>	CCLT		CT
<p>3. Former une communauté canadienne de praticiens liée aux programmes de surveillance des ordonnances (PSO), qui pourra :</p> <p>a. Définir des pratiques efficaces fondées sur des données et les mettre en commun;</p> <p>b. Définir les éléments normalisés des PSO canadiens;</p> <p>c. Mettre à profit les ressources disponibles;</p> <p>d. Tirer profit de l'apport de programmes internationaux et échanger avec eux;</p> <p>e. Mener des recherches en collaboration;</p> <p>f. Échanger des connaissances;</p> <p>g. Mettre ses connaissances et son expertise au service des administrations souhaitant élaborer des PSO;</p> <p>h. Déterminer l'efficacité de certaines pratiques prometteuses, telles que l'accès direct offert aux prescripteurs et aux préparateurs.</p>	<p>Santé Canada</p> <p>CCLT</p> <p>Programmes provinciaux et territoriaux de surveillance des ordonnances</p>	T	CT
<p>4. Encourager et aider les organismes de réglementation à faire une surveillance active et à intervenir, au besoin, auprès des professionnels afin de réduire les pratiques de prescription ou de préparation à risque élevé, conformément aux conclusions des recherches. Cette recommandation peut être appliquée en collaboration avec les PSO existants, le cas échéant.</p>	<p>Santé Canada</p> <p>Organismes de réglementation</p> <p>Fédération des ordres des médecins du Canada</p> <p>Programmes provinciaux et territoriaux de surveillance des ordonnances</p>		
<p>5. Aider les provinces et territoires à mettre en place des PSO d'ici 2015 et à les normaliser d'ici 2017.</p>	<p>Gouvernements provinciaux et territoriaux</p> <p>Réseau canadien de PSO</p>		
<p>6. Veiller à ce que des lois sur les PSO soient adéquatement mises en œuvre à l'échelle provinciale et territoriale afin de :</p>	<p>Gouvernements provinciaux et territoriaux</p>		



Recommandations	Responsables proposés	Liens	CT
a. Préciser les cas où l'échange d'information est indiqué;	Réseau canadien de PSO		
b. Fournir un cadre de gestion et de fonctionnement des PSO, si nécessaire;		LR	
c. Faciliter l'échange d'information entre les administrations et au sein de celles-ci. À cette fin, il faudra passer en revue les lois provinciales et territoriales sur la protection de la vie privée qui touchent les PSO, soit celles qui permettront l'échange d'information, le cas échéant, entre les professionnels de la santé, les services de délivrance de permis, les organismes d'application de la loi, les chercheurs et les administrations, notamment provinciales et territoriales.			
7. Élaborer un programme officiel et permanent de recherche sur l'efficacité des PSO, leurs principaux éléments et leurs effets, y compris les conséquences imprévues.	Réseau canadien de PSO Organismes de recherche		
8. Faire converger les investissements actuels dans les secteurs de la surveillance et du suivi vers un objectif commun.	Gouvernement fédéral Associations professionnelles Organismes de recherche et de santé Industrie Groupes de patients Sources de données		CT

Application de la loi

Objectif : Préconiser l'emploi, par les organismes d'application de la loi, des outils et des ressources requis pour prévenir efficacement le détournement de médicaments, et intervenir de manière à empêcher les gestes criminels, ce qui permettrait de prévenir ou de réduire l'usage illicite de médicaments d'ordonnance, notamment le détournement et le trafic.

Contexte

Les organismes d'application de la loi du Canada commencent tout juste à reconnaître le problème d'ampleur croissante qu'est l'usage illicite de médicaments d'ordonnance. Toutefois, ces organismes sont confrontés à d'importantes difficultés opérationnelles généralisées qui les empêchent de jouer adéquatement leur rôle et d'intervenir afin de contrer le détournement de ces médicaments (Santé publique Canada, 2011b).

Les difficultés liées à la consommation illicite des médicaments d'ordonnance, qui comprennent le détournement et le trafic, sont différentes de celles que pose l'application d'autres interdictions législatives, puisque la substance consommée, soit les médicaments d'ordonnance, est légale et facilement accessible, et que son usage dans le traitement de diverses maladies est légitime. De fait, lorsqu'ils sont utilisés sur ordonnance, les opioïdes, les sédatifs hypnotiques et les stimulants procurent des bienfaits thérapeutiques aux personnes souffrant de douleur ou atteintes de certaines



maladies. Malgré cela, les organismes d'application de la loi doivent prendre des mesures concernant les méfaits liés à ces médicaments, particulièrement le détournement de la chaîne d'approvisionnement légale et les conséquences néfastes sur la santé et la sécurité des personnes, des familles et des communautés.

Le détournement de médicaments d'ordonnance vers le marché noir découle d'une exploitation des points faibles des processus de fabrication et de gestion de la chaîne d'approvisionnement, ainsi que de vols dans les véhicules de livraison, les entrepôts, les pharmacies, les cabinets de dentistes, les hôpitaux et les résidences privées, ou encore d'une élimination inadéquate des médicaments. Les médicaments peuvent également être détournés par une fraude du système de santé (l'obtention d'ordonnances multiples et le « magasinage de médecins », par exemple), le vol et la contrefaçon d'ordonnances ainsi que les achats en ligne provenant de sources non réglementées.

Les personnes qui se procurent ces médicaments de façon légale peuvent aussi contribuer à leur détournement si elles les utilisent à d'autres fins que ce pour quoi ils ont été prescrits, ou si elles les partagent ou les vendent. La vente de médicaments d'ordonnance rapporte beaucoup en raison de la grande marge de profit et de la facilité avec laquelle les médicaments peuvent être transportés, en comparaison avec les drogues illicites. Ainsi, des médicaments peuvent être détournés par des particuliers aussi bien que par des groupes criminels organisés impliqués dans le trafic de stupéfiants.

Selon le *Rapport sur la situation des drogues illicites au Canada – 2009* (GRC, 2010) de la Gendarmerie royale du Canada, les médicaments dérivés d'opioïdes, surtout l'oxycodone, ainsi que les benzodiazépines, faisaient partie des médicaments d'ordonnance réglementés le plus fréquemment détournés au Canada cette année-là. Le rapport indique aussi que des médicaments d'ordonnance sont fabriqués illégalement par des fournisseurs étrangers afin de répondre à la demande croissante. Toutefois, il est précisé que la plupart de ces médicaments sont acquis par des voies intérieures légitimes. Le *Rapport sur le crime organisé* de 2010 du Service canadien de renseignements criminels incluait pour sa part les sédatifs, les stimulants, les analgésiques opioïdes et les stéroïdes dans la liste des médicaments les plus trafiqués.

En 2011-2012, le Service des poursuites pénales du Canada a géré plus de 5 000 nouveaux dossiers de contentieux liés à la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* qui concernaient les médicaments d'ordonnance. Ces dossiers s'ajoutaient à plus de 3 000 autres traités au cours des années financières précédentes. L'objet du plus grand nombre de ces dossiers était les analgésiques opioïdes.

En plus de se voir détourner vers le marché noir, les médicaments d'ordonnance sont souvent donnés par des amis ou des membres de la famille, ou encore partagés entre ceux-ci. De fait, les résultats du Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario de 2011 montrent que 67 % des jeunes Ontariens qui affirment avoir fait usage d'analgésiques opioïdes à des fins non médicales au cours de l'année précédente les ont reçus d'une personne vivant sous le même toit (Paglia-Boak et coll., 2011). La plupart des gens n'ont pas conscience des risques associés au fait de partager leurs médicaments pour « aider » des amis ou des membres de leur famille souffrant par exemple de douleur aiguë ou chronique, ou encore d'anxiété.

Comme beaucoup des médicaments d'ordonnance qui entraînent des méfaits en raison d'un usage inapproprié proviennent d'un proche, un moyen efficace de réduire leur détournement est de les entreposer et de s'en débarrasser adéquatement (Florida Office of the Attorney General, 2012; Santé publique Canada, 2011b; Wisconsin State Council on Alcohol and Other Drug Abuse, 2012). Diverses initiatives de retour des médicaments d'ordonnance sont actuellement en place au Canada. Elles visent à réduire le volume de médicaments d'ordonnance pouvant être détournés et à



renseigner le public sur les méfaits liés à ces médicaments et sur les mesures à prendre pour réduire les risques.

Un certain nombre de problèmes entravent les efforts des organismes d'application de la loi pour contrer le détournement de médicaments. Ainsi, lors d'enquêtes sur la distribution illégale de médicaments d'ordonnance, le statut légal de ceux-ci pose un problème majeur. En effet, contrairement à celles sur les drogues illicites, ces enquêtes doivent d'abord prouver que les médicaments ont été obtenus illégalement ou qu'ils sont utilisés de façon illégale. Il faut donc davantage de ressources policières pour monter et appuyer un dossier.

Vu la complexité et la portée grandissante du problème, il est nécessaire de sensibiliser les responsables de l'application de la loi et de la justice, à propos non seulement des effets du problème sur la santé publique, mais aussi des ressources, financières et autres, et des outils que requièrent la tenue d'une enquête efficace et l'orientation vers les services et soutiens communautaires appropriés.

Il est également essentiel de mettre à jour les outils de formation sur la question des médicaments d'ordonnance offerts aux policiers. Ces outils devraient présenter des stratégies permettant de repérer les personnes abusant de médicaments, d'intervenir auprès d'elles et de les diriger vers les ressources communautaires appropriées. Par ailleurs, une révision des lois sur la protection de la vie privée faciliterait peut-être l'échange d'information entre les organismes responsables de l'application de la loi, des prescriptions et de la réglementation, et les professionnels de la santé.

Il sera nécessaire de mener des recherches pour évaluer les conséquences, financières et autres, de l'usage illicite des médicaments d'ordonnance, notamment le détournement et le trafic, sur la santé publique, le budget alloué à l'application de la loi et d'autres secteurs du système de justice pénale. La normalisation des investigations sur les décès dans tout le pays améliorera notre compréhension des effets de cette crise au Canada. Les organismes d'application de la loi et les professionnels de la santé devraient également continuer à envisager des possibilités de collaboration et de communication entre les administrations et les divers secteurs, tout en respectant les lois sur la protection de la vie privée. Comme de grandes quantités de médicaments d'ordonnance proviennent de sources légitimes, le problème ne sera pas résolu seulement à l'aide de mesures d'application de la loi.

Recommandations relatives à l'application de la loi

Recommandations	Responsables proposés	Liens	CT
1. Déterminer les effets des mesures prises pour réduire l'usage illicite de médicaments d'ordonnance, notamment le détournement et le trafic, sur les ressources des organismes d'application de la loi pour le maintien de l'ordre et d'autres activités connexes (p. ex. les poursuites judiciaires et les services correctionnels), et adopter des recommandations précises visant à prévenir le détournement de médicaments à des fins criminelles :	Santé publique Association du Barreau canadien Association canadienne des libertés civiles Groupes de revendication		CT
a. Faire une analyse des coûts et des effets liés aux médicaments d'ordonnance touchant les ressources des organismes d'application de la loi et la sécurité publique.			



Recommandations	Responsables proposés	Liens	CT
2. Afin de donner la priorité au problème, sensibiliser davantage les principaux organismes de justice et d'application de la loi (p. ex. l'Association du Barreau canadien, le Forum des juges canadiens, le Conseil canadien de la magistrature) à propos des conséquences de l'usage illicite des médicaments d'ordonnance.	Comité sur la sensibilisation aux drogues, Association canadienne des chefs de police Gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (santé et sécurité publique)		CT
3. Encourager l'entreposage et l'élimination sécuritaires des médicaments d'ordonnance :	Santé publique Association canadienne des chefs de police Santé publique Santé Canada CCLT Industrie	SS	
a. Revoir ou élaborer des protocoles pour la police, les organismes régionaux de santé publique et les pharmacies locales, entre autres, afin de mettre sur pied et d'évaluer des initiatives de retour des médicaments visant à promouvoir un entreposage, une distribution et une élimination sécuritaires des narcotiques et des autres médicaments réglementés ainsi que de renseigner sur les risques de partager ou de donner des médicaments d'ordonnance;			
b. Collaborer avec les organismes régionaux de santé publique et les pharmacies locales afin de concevoir des lignes directrices sur l'entreposage et l'élimination des médicaments d'ordonnance;			CT
c. Passer en revue les données sur les effets des initiatives de retour et évaluer ces effets (p. ex. la sensibilisation, le volume de médicaments ne pouvant plus être détourné, les retombées pour la sécurité publique, la réduction des méfaits et les conséquences imprévues, le cas échéant);		P	
d. Repérer, évaluer ou élaborer des règlements sur la mesure et l'élimination des médicaments retournés en pharmacie ou à d'autres endroits.		P	
4. Repérer les lacunes des formations et des outils offerts aux professionnels du droit pénal, afin de mieux gérer l'usage illicite des médicaments d'ordonnance, notamment en ce qui concerne une orientation rapide et appropriée vers des services communautaires permettant de réduire les méfaits liés à la prise de médicaments.			
5. Veiller à ce que les investigations sur les décès soient menées de façon cohérente dans tout le pays et soient fondées sur des données probantes :	Bureau du coroner en chef Gouvernements provinciaux et territoriaux	SS	
a. Revoir les protocoles, politiques et pratiques liés aux décès par intoxication médicamenteuse (surdose);			
b. Élaborer des directives d'investigation sur les décès à l'intention des coroners et des médecins légistes, qui incluent des renseignements sur les médicaments d'ordonnance ainsi que sur la corrélation entre ces médicaments et la cause du décès ou les facteurs associés à cette cause, et qui clarifient la question des équivalents de morphine; faire la promotion de ces directives;			CT



Recommandations	Responsables proposés	Liens	CT
<p>c. Exiger que toutes les investigations provinciales sur les décès au Canada soient menées selon des pratiques exigeant de consigner soigneusement le nom et la dose des médicaments qui pourraient avoir entraîné le décès. Plus précisément, la dose des médicaments d'ordonnance devrait être convertie selon des mesures de référence (p. ex. les « équivalents de morphine » dans le cas des opioïdes) afin d'aider les enquêteurs, les chercheurs et les policiers à bien voir le lien entre ces doses et le décès, particulièrement lorsqu'elles sont supérieures aux lignes directrices nationales;</p> <p>d. Repérer et éliminer les obstacles à l'accès direct à l'information liée aux investigations sur les décès et à l'échange de ces renseignements entre les enquêteurs, les prescripteurs, les distributeurs et les administrations.</p>		LR SS	
<p>6. Repérer et éliminer les obstacles à l'accès direct à l'information liée aux arrestations et aux condamnations de potentiels coupables de détournement et à l'échange de ces renseignements entre les organismes d'application de la loi et de réglementation, les prescripteurs et les distributeurs :</p> <p>a. Inspection des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux afin d'assurer la conformité;</p> <p>b. Conformité des gouvernements et des organismes de réglementation faisant également partie du processus d'application de la loi.</p>	Gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux Organismes de réglementation	SS	



Section F : Lois et règlements

Dans certains pays, la question des méfaits sur l'économie, la société et la santé associés aux médicaments d'ordonnance est un sujet d'actualité depuis des décennies. En effet, pas moins de 13 traités et protocoles ont été adoptés au cours des 100 dernières années sous l'égide de l'Organisation des Nations Unies et de son prédécesseur, la Société des Nations. Les trois traités qui régissent aujourd'hui l'importation et l'exportation, la production et la distribution et la possession de substances psychoactives sont les conventions de l'ONU les plus universellement adoptées dans le monde (ONU, 1961, 1971, 1988). Au Canada, les médicaments d'ordonnance sont régis par des dispositions législatives et réglementaires adoptées et surveillées par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que des organismes professionnels de réglementation.

Loi réglementant certaines drogues et autres substances

La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCDAS) régit le contrôle des substances qui peuvent altérer les processus mentaux et nuire à la santé et à la société lorsqu'elles sont détournées ou utilisées à mauvais escient. Sauf autorisation en vertu des règlements connexes, toutes les activités avec des substances désignées, c'est-à-dire possession, possession en vue du trafic, trafic, importation, exportation, possession en vue de l'exportation et production de substances désignées, sont interdites en vertu de la LRCDAS. Dans le cadre de l'administration de la LRCDAS et de ses règlements connexes, Santé Canada met en place des programmes conçus pour contrôler le mouvement des médicaments d'ordonnance contenant des substances contrôlées vers le Canada, en partance du Canada ou à l'intérieur de ses frontières afin de réduire le risque de détournement vers un marché illégal et de maintenir le mouvement des substances contrôlées dans des circuits de distribution légaux pour en assurer une utilisation commerciale, scientifique et médicale en règle.

Les substances contrôlées sont énumérées dans six annexes de la LRCDAS, et chaque annexe présente un ensemble de sanctions pour punir les infractions liées aux substances qui y figurent. Par exemple, on y énumère les infractions et les sanctions associées à la possession d'opioïdes (généralement cités dans l'annexe I) et de stimulants, comme le méthylphénidate (généralement cités dans l'annexe III), mais pas à la simple possession de benzodiazépines, comme le lorazépam (généralement citées dans l'annexe IV). Toutefois, l'« obtention d'ordonnances multiples » de l'une de ces trois catégories de médicaments constitue une infraction punissable (voir l'annexe III).

LRCDAS et médicaments d'ordonnance qui contiennent des substances désignées

Plusieurs facteurs peuvent faire obstacle aux tentatives de réduction du détournement de médicaments d'ordonnance par les organismes d'application de la loi :

- l'absence d'un système de surveillance des médicaments d'ordonnance dans bon nombre de provinces et de territoires;
- les restrictions légales relatives à la divulgation de renseignements personnels;
- le manque de formation pour mener des enquêtes complexes sur des activités liées à des produits légaux;



- le manque de ressources allouées;
- la complexité des enquêtes sur des professionnels de la santé qui pourraient être impliqués dans le détournement.

Par exemple, sans des renseignements solides provenant de sources fiables, un policier qui veut enquêter sur des infractions soupçonnées liées à l'« obtention d'ordonnances multiples » doit d'abord obtenir des mandats de perquisition fondés sur la cause probable. Le policier doit ensuite examiner et récupérer les dossiers de toutes les pharmacies inconnues et rencontrer chaque médecin prescripteur pour recueillir des éléments de preuve.

Règlements régissant les médicaments d'ordonnance contenant des substances contrôlées

Plusieurs règlements connexes associés à la LRCRAS autorisent les activités associées aux médicaments d'ordonnance contenant des substances contrôlées. Par exemple, le *Règlement sur les stupéfiants* régit les activités liées aux opioïdes. Quant au *Règlement sur les benzodiazépines et autres substances ciblées*, il régit les activités liées à tout sédatif, et la partie G du *Règlement sur les aliments et drogues* régit les activités liées aux stimulants, tels que le méthylphénidate.

Ces trois règlements s'appliquent à des activités exercées par les fabricants, les grossistes, le personnel des hôpitaux, les pharmaciens et les praticiens. Dans tous les cas, les parties réglementées doivent être dotées de mesures de sécurité qui les protègent contre la perte et le vol.

Les distributeurs autorisés qui ont l'intention d'importer, d'exporter, de produire, de vendre ou de distribuer des médicaments d'ordonnance contenant des substances contrôlées doivent satisfaire à des conditions précises, comme se soumettre à une vérification de leur casier judiciaire et obtenir un permis du ministre. L'importation et l'exportation sont des activités ne pouvant être exercées que par des distributeurs autorisés, qui doivent obtenir un permis délivré pour chaque transaction. Le ministre peut refuser de délivrer une licence ou un permis, les révoquer ou les suspendre.

Les règlements ne couvrent pas la délivrance de permis aux hôpitaux, mais régissent la distribution et l'utilisation des médicaments d'ordonnance contenant des substances contrôlées en milieu hospitalier; ils limitent aux personnes autorisées le droit d'acheter ce type de médicaments. La distribution aux patients de médicaments d'ordonnance contenant des substances contrôlées doit être autorisée par les praticiens, et des mesures de contrôle interne adéquates doivent être maintenues par la personne responsable de l'hôpital et ses délégués.

Les pharmaciens sont également responsables de la destruction des médicaments d'ordonnance contenant des substances contrôlées inutilisés ou périmés lorsqu'ils sont retournés à la pharmacie. Bien que techniquement, ces médicaments retournés doivent être consignés dans l'inventaire des substances contrôlées de la pharmacie, cela est rarement fait en pratique étant donné que les clients retournent souvent des médicaments sans étiquette ou sans emballage, ce qui fait qu'on ne peut les identifier comme des substances contrôlées.

Une disposition importante s'appliquant aux praticiens stipule qu'un praticien peut seulement prescrire une substance contrôlée à un patient qu'il a pris en charge, à condition que cette substance soit nécessaire à son traitement. Toutefois, même si les praticiens peuvent uniquement rédiger des ordonnances à leurs patients, ils n'ont pas toujours les outils nécessaires pour vérifier s'ils ont déjà reçu une ordonnance pour le même médicament ou pour un autre médicament indiqué pour les symptômes à traiter. Même s'ils doivent se conformer à des normes de pratique déontologiques et professionnelles, les prescripteurs ont également le devoir de s'informer et



d'informer leurs patients sur l'utilisation appropriée et les effets secondaires potentiels des médicaments prescrits. Cette mesure est essentielle pour détecter les abus accidentels, les surdoses et les signes de mésusage.

Sur demande, le ministre est tenu de communiquer des renseignements sur des pharmaciens et des praticiens à l'organisme provincial ou territorial qui délivre leurs permis, lorsque certaines conditions sont remplies. Si un praticien ou un pharmacien viole certaines dispositions d'un règlement, le ministre peut émettre un avis lui interdisant d'exercer certaines activités, comme prescrire ou commander des substances contrôlées. Cet avis est distribué à plusieurs personnes et organismes, dont les distributeurs autorisés du Canada et les pharmaciens de la province où le praticien ou le pharmacien pratique. Le pouvoir discrétionnaire du ministre est assujéti à des conditions particulières, dont une consultation préalable avec l'organisme provincial qui délivre les permis.

Au début des années 1990, la LRCDas avait été élaborée en partie pour consolider les lois canadiennes en matière de contrôle des médicaments, de sorte qu'elles soient regroupées en un seul document complet. Le gouvernement fédéral a dû tenir compte de l'engagement du Canada, en vertu des conventions des Nations Unies sur le contrôle des stupéfiants, à inclure les précurseurs chimiques utilisés dans la production illicite de substances contrôlées, ainsi que des recommandations émises dans le cadre de la Commission Dublin visant à renforcer le contrôle des stéroïdes anabolisants et à examiner les tendances en matière d'abus de drogues, comme les « drogues de confection ». Aujourd'hui, de nombreux règlements accompagnent la LRCDas. Or, même s'ils ont chacun leur objectif, on note des lacunes et des incohérences qui, une fois réglées, pourraient permettre une meilleure transparence du cadre et faciliter le respect par les parties réglementées.

Santé Canada a également établi de nouveaux règlements qui permettent aux infirmières praticiennes, aux sages-femmes et aux podiatres de prescrire et d'administrer certaines substances contrôlées pour traiter des patients, si les lois provinciales et territoriales les y autorisent.

Surveillance de la conformité

La LRCDas et ses règlements connexes fournissent un cadre qui régit la production et le mouvement de substances contrôlées, dont les médicaments d'ordonnance contenant des substances contrôlées. La capacité des ministres à maximiser la conformité et l'application de la loi dépend de leur capacité à examiner et à analyser les données complètes relatives à la chaîne d'approvisionnement, à évaluer les secteurs présentant les risques les plus élevés et à orienter les activités de conformité en conséquence. Par conséquent, il est primordial de renforcer la capacité de Santé Canada à détecter et à prévenir le détournement des médicaments d'ordonnance.

Par le passé, Santé Canada avait mis en place des programmes de surveillance nationale des ordonnances et de conformité qui couvraient la vente au détail. Ces programmes exigeaient que les distributeurs autorisés soumettent des rapports de vente mensuels pour certains médicaments psychoactifs sur ordonnance et que les pharmaciens soumettent des rapports bimestriels semblables. Les activités de surveillance et les exigences en matière de rapport ont été abolies au milieu des années 1990, marquant le passage de la surveillance des substances contrôlées dans la chaîne d'approvisionnement à une approche visant la sécurité et l'efficacité, conformément au *Règlement sur les aliments et drogues*. À partir de ce moment et jusqu'en 2007, les seules activités de surveillance qui ont été menées par Santé Canada relativement aux substances contrôlées se résument aux inspections de sécurité des distributeurs autorisés, à la délivrance d'autorisations pour l'élimination des substances contrôlées inutilisées, périmées ou inutilisables par les hôpitaux et les pharmacies, et à un petit nombre d'enquêtes.



En 2007, grâce à une partie des fonds débloqués dans le cadre du *Plan d'action en matière d'application de la loi* de la Stratégie nationale antidrogue, on a réinstauré un programme d'inspection pour les substances contrôlées prévoyant la réalisation d'inspections auprès des distributeurs autorisés conformément au *Règlement sur les précurseurs*. Les précurseurs chimiques sont des substances utilisées dans la production illégale de drogues comme la méthamphétamine et le MDMA (ecstasy), mais également utilisées à de nombreuses fins légitimes (p. ex. fabrication de parfums, d'aromatisants, de produits pétroliers, d'engrais et de peinture).

Vers la fin de l'année 2010, on a élargi le programme d'inspection afin qu'il englobe les substances contrôlées en intégrant un nouveau plan d'application et de conformité axé sur les risques, qui consiste à établir le degré de surveillance et la fréquence des inspections en fonction des antécédents du distributeur autorisé, des substances manipulées par ce dernier et des activités pour lesquelles il détient un permis. Santé Canada collabore également avec des organismes provinciaux et territoriaux qui délivrent des permis aux pharmaciens et aux praticiens ainsi qu'avec des partenaires responsables de l'application de la loi afin de mettre en œuvre diverses activités d'éducation et de promotion de la conformité.

Loi et Règlement sur les aliments et drogues

La *Loi sur les aliments et drogues* (1953) vise en partie à prévenir les pratiques trompeuses et dangereuses de production, de vente, de publicité, d'emballage, d'étiquetage et d'entreposage des drogues, tel que décrit dans la partie C du *Règlement sur les aliments et drogues*. Ces règlements énoncent les exigences d'approbation préalables à la mise en marché des nouvelles drogues, dont l'obtention d'un avis de conformité, le respect des exigences relatives à l'emballage et l'étiquetage selon le type de drogue vendue et l'inclusion d'un numéro d'identification du médicament sur l'étiquette avant la vente. Les fabricants sont également tenus de respecter les bonnes pratiques de fabrication et des normes de production spécifiques, et les fabricants et les importateurs doivent détenir une licence d'établissement indiquant leur conformité à ces exigences. Aucune disposition de la *Loi sur les aliments et drogues* n'autorise le ministre de la Santé à ne pas approuver un médicament quand celui-ci est considéré sûr et efficace lorsqu'il est utilisé aux fins recommandées. La loi ne permet pas de refuser d'accorder un permis en raison d'un usage à mauvais escient.

Autres lois fédérales devant être prises en considération dans la lutte contre l'abus de médicaments d'ordonnance

Le *Code criminel* renferme des dispositions générales sur le vol, le vol qualifié, la fraude et le complot en vue de commettre ce type de crime, des délits pouvant être commis en lien avec des médicaments d'ordonnance. De plus, les dispositions du *Code criminel* régissant le crime organisé ainsi que la saisie et la confiscation des produits de la criminalité peuvent s'appliquer aux cas de détournement de médicaments d'ordonnance de grande envergure.

La *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (2000) régit la collecte, la protection, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels associées aux « installations, ouvrages, entreprises ou secteurs d'activité qui relèvent de la compétence législative du Parlement ». La *Loi* s'applique également aux renseignements personnels sur la santé.

La *Loi sur la protection des renseignements personnels* (1985) protège les renseignements personnels recueillis par le gouvernement fédéral. Elle s'applique strictement aux ministères fédéraux, tandis que la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (LPRPDE) vise le secteur privé. Le commissaire à la protection de la vie privée



supervise à la fois la LPRPDE et la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. La protection des renseignements personnels peut constituer un obstacle à l'échange de renseignements entre les membres d'une équipe de soins de santé et entre les secteurs (p. ex. services sociaux et application de la loi), ce qui s'explique en partie par une mauvaise interprétation des lois.

La *Charte canadienne des droits et libertés* (1982) a eu un effet sur le régime légal régissant les médicaments d'ordonnance, y compris les activités de conformité et d'application de la loi.

Les Premières Nations du Canada, qui bénéficient d'une autonomie gouvernementale, peuvent également élaborer leurs propres lois relatives à ces substances, à l'application de la loi et aux soins de santé. Par exemple, certaines collectivités des Premières Nations ont adopté une loi interdisant l'alcool, alors que d'autres, qui ont mis sur pied leur propre autorité de la santé, fournissent de la buprénorphine à l'extérieur du Programme des services de santé non assurés.

Annonces récentes

En novembre 2012, Santé Canada a imposé de nouvelles conditions aux distributeurs autorisés à exercer des activités en lien avec des produits contenant de l'oxycodone à libération contrôlée. En plus d'être tenus de signaler le vol ou la perte de ce type de produit à Santé Canada et aux organismes chargés de l'application de la loi, les distributeurs devront désormais rapporter toute activité suspecte ou inhabituelle. Les inspecteurs de Santé Canada enquêteront sur tout élément de nature suspecte et prendront au besoin les mesures qui s'imposent, comme suspendre ou révoquer une licence pour produire, distribuer ou vendre ces produits. Si une activité illégale est soupçonnée, les inspecteurs soumettront le cas à l'organisme chargé de l'application de la loi. Ces nouvelles conditions visent à faciliter la communication entre Santé Canada et les sociétés participant à l'approvisionnement de ces produits à risque.

Recommandations relatives aux lois et règlements

Recommandations	Responsables proposés	Liens	CT
1. Passer en revue les exigences de Santé Canada en matière d'information réglementaire et connexe pour l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement, des fabricants et des distributeurs aux professionnels de la santé qui prescrivent et préparent les médicaments, ce qui comprend le processus d'approbation du médicament, afin de déceler les maillons faibles de la chaîne, de déterminer les renseignements nécessaires à l'amélioration des pratiques, de travailler avec les provinces et les territoires pour obtenir les renseignements nécessaires et, au besoin, de renforcer les règlements.	Santé Canada		
2. Passer en revue les exigences réglementaires des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ayant trait aux traitements médicamenteux (p. ex. méthadone, ou buprénorphine et naloxone) afin de déterminer la mesure dans laquelle elles empêchent ou facilitent l'accès au traitement; examiner les caractéristiques de sécurité visées par ces règlements et, au besoin, recommander des révisions : a. Reconnaître le rôle des gouvernements des Premières Nations en matière de traitements médicamenteux (p. ex. méthadone,	Santé Canada Gouvernements provinciaux et territoriaux		



Recommandations	Responsables proposés	Liens	CT
ou buprénorphine et naloxone) dans leur communauté.			
3. Déterminer s'il est nécessaire d'adopter des règlements pour réduire le risque de détournement associé à la manipulation de médicaments d'ordonnance inutilisés qui sont directement rapportés dans les pharmacies pour être détruits.	Santé Canada	SS A P	
4. Envisager l'adoption d'un processus de surveillance du cycle de vie complet comme condition d'approbation des opioïdes, des sédatifs, des somnifères et des stimulants nouveaux et existants et des médicaments de marque et génériques, afin de mieux comprendre leurs risques potentiels et leur efficacité thérapeutique.	Santé Canada Gouvernements provinciaux et territoriaux		
5. Passer en revue les modifications apportées aux lois actuelles en matière de protection de la vie privée afin de favoriser la communication de renseignements liés aux programmes de surveillance des ordonnances entre les prescripteurs, les préparateurs et d'autres professionnels de la santé, ainsi qu'aux responsables de l'application de la loi et de l'industrie, selon les besoins et là où c'est envisagé, et dans le but non pas de criminaliser la dépendance, mais de la distinguer du détournement criminel. Au besoin, recommander des modifications.	Gouvernements provinciaux et territoriaux Organismes de réglementation		
a. Là où les lois actuelles autorisent la communication de renseignements, les gouvernements provinciaux et territoriaux, de concert avec leurs commissaires à l'information et à la protection de la vie privée, devraient formuler des directives en langage simple et clair à l'intention des praticiens afin qu'ils comprennent pleinement la portée des lois et puissent les mettre en œuvre.	Commissaires à la protection de la vie privée provinciaux et territoriaux		



Section G : Recherche et échange des connaissances

D'après des données datant de 2002, l'abus de drogues ou d'alcool et les méfaits qui y sont associés coûtent près de 40 milliards de dollars aux Canadiens, dont la plus grande partie est attribuable à la consommation d'alcool et de tabac (Rehm et coll., 2006). Toutefois, il n'existe pour l'instant aucune donnée sur les coûts liés à l'abus de médicaments d'ordonnance ainsi qu'aux méfaits s'y rattachant au Canada. Selon des recherches récentes menées aux États-Unis, on estime que les coûts annuels liés à la prise d'opioïdes sur ordonnance à des fins non médicales s'élèvent à plus de 50 milliards de dollars; 94 % de ce montant est attribuable à la perte de productivité et à la criminalité (Hansen et coll., 2011). Pour faire face au problème, on devra d'abord chiffrer le coût direct et indirect de l'abus de médicaments d'ordonnance, dans le système de santé canadien aussi bien que dans la collectivité.

Il a été constaté que les conditions sociales et environnementales propres à certaines populations du Canada pouvaient être en partie à l'origine de l'écart entre les taux d'abus de médicaments d'ordonnance et de méfaits associés observés chez ces groupes et ceux de l'ensemble de la population (p. ex. les femmes, les jeunes, les aînés, les Premières Nations et les Inuits ainsi que les nouveau-nés). Bien que des données sur certains de ces groupes soient disponibles, des lacunes majeures nous empêchent encore de bien comprendre l'étendue et la nature du problème. Par exemple, l'ESCCAD traite de l'usage des médicaments d'ordonnance, mais les données ne permettent pas de faire la distinction entre un usage approprié, c'est-à-dire à des fins thérapeutiques, et un usage abusif. On ne dispose que de peu de données fiables et exactes sur la prévalence de l'abus de médicaments d'ordonnance chez les aînés canadiens, tout comme chez les Premières Nations et les Métis. De la même façon, les données sur d'autres groupes à risque, tels que le personnel militaire et les anciens combattants (Born, Bogaert, Payne et Wiens, 2009), les délinquants incarcérés (Johnson, MacDonald, Cheverie, Myrick et Fischer, 2012) et les professionnels de la santé, sont rares. Certaines de ces données pourraient par ailleurs avoir été recueillies sans pour autant être accessibles au public ou faciles d'accès pour les chercheurs.

Des recherches plus poussées seront nécessaires pour déterminer les facteurs de risque ainsi que l'étendue et la nature du problème de l'abus de médicaments d'ordonnance et des méfaits associés chez ces groupes. Ces recherches favoriseront également la mise en place de programmes de prévention, de dépistage et de traitement uniformes et adaptés à ces populations. Une détection et un traitement précoces peuvent grandement améliorer les résultats sur la santé, ce qui aiderait à réduire le fardeau des systèmes de santé publique. Il serait également indiqué d'évaluer de façon régulière l'avancement de la *Stratégie* et ses effets afin de mesurer son évolution et d'assurer un véritable apport aux connaissances et à la recherche.

Recommandations relatives à la recherche

Recommandations	Responsables proposés	Liens	CT
1. Mener une étude visant à estimer les coûts liés à l'abus de médicaments d'ordonnance et aux méfaits associés, pour la santé, la société et l'économie au Canada.	Santé Canada CCLT	SS	CT



Recommandations	Responsables proposés	Liens	CT
2. Faciliter et appuyer l'échange d'information pertinente entre les détenteurs de données et les chercheurs afin d'augmenter notre compréhension de la nature, de l'étendue et des effets de l'abus de médicaments d'ordonnance chez divers groupes.		SS	CT
3. Élaborer une stratégie de financement de la recherche sur l'abus de médicaments d'ordonnance et les méfaits associés (p. ex. la dépendance, les troubles concomitants, la douleur chronique, la surdose et la mort) :	IRSC Gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux	SS	CT
a. Organiser une rencontre entre les chercheurs du domaine de l'abus de médicaments d'ordonnance afin qu'ils conçoivent un programme de recherche et une stratégie de financement nationaux.	Organismes de réglementation nationaux et provinciaux		
4. Étudier et comprendre les différentes habitudes de prescription observées dans les provinces et territoires ainsi que leurs effets sur la morbidité et la mortalité.		SS	
5. Veiller à ce que les savoirs autochtone et occidental soient équitablement intégrés dans le processus de prise de décisions concernant les pratiques, politiques et programmes des communautés des Premières Nations :		SS	
a. Considérer et utiliser le savoir autochtone comme l'une des sources de données orientant la prise de décisions;			
b. Adapter les données utilisées aux milieux présentant des conditions particulières (p. ex. les milieux ruraux, éloignés ou nordiques).			
6. Effectuer un examen indépendant des données et formuler, au besoin, des recommandations relatives aux liens entre l'état du patient (dépendance, douleur et autres méfaits) et :	Santé Canada Organismes de recherche		
a. L'efficacité ou le manque d'efficacité des outils de dépistage;	CAMH CCLT		
b. Les exigences en matière de formation imposées actuellement aux professionnels de la santé;	Associations et collègues professionnels		
c. Le caractère obligatoire ou facultatif de la formation permettant aux professionnels de la santé de prescrire des analgésiques.			



Section H : Évaluation et mesure du rendement

Les activités de mise en œuvre de la *Stratégie* se fonderont sur un modèle logique, et leurs effets seront étudiés au moyen d'un cadre d'évaluation et de mesure du rendement. Des indicateurs de rendement clés permettront d'analyser la pertinence, l'efficacité et le rapport coût-efficacité de l'initiative ainsi que ses avantages et désavantages imprévus, à partir des données recueillies au cours des 10 années sur lesquelles s'étendra la *Stratégie*. La première étape du processus d'évaluation consistera à rassembler des données de référence pertinentes pour chacun des indicateurs déterminés. Il sera ensuite possible de fixer les objectifs de la *Stratégie* en se fondant sur ces données de référence et sur d'autres recherches.

Le processus d'évaluation comprendra également la production d'un rapport d'étape annuel, qui sera transmis au Conseil consultatif national et aux autres intervenants concernés; ce rapport fera état du chemin parcouru vers l'atteinte de nos objectifs à court, moyen et long terme.

Recommandations relatives à l'évaluation et à la mesure du rendement

Recommandations	Responsables proposés	Liens	CT
1. Élaborer un cadre d'évaluation et un modèle logique qui serviront à orienter l'évaluation des activités de la <i>Stratégie</i> .	Équipe de mise en œuvre sur l'évaluation	SS	CT
2. Fixer des objectifs pour chaque groupe de recommandations, en se fondant sur les données de référence et d'autres données probantes.	Équipe de mise en œuvre sur l'évaluation	SS	CT
3. Recueillir et analyser, en collaboration avec un système pancanadien de surveillance (tel que le recommande la section « Surveillance et suivi » de cette <i>Stratégie</i>), des données de référence pertinentes servant à mesurer l'incidence de la <i>Stratégie</i> au fur et à mesure de sa progression. Inclure des données sur des groupes d'intérêt particulier.	Équipe de mise en œuvre sur l'évaluation	SS	CT
4. Produire et publier un rapport d'étape annuel sur les activités et les effets de la <i>Stratégie</i> ; le diffuser à grande échelle, notamment en le transmettant aux deux Chambres du Parlement, au Conseil des ministres et au Conseil des sous-ministres de la Santé, au ministère de la Justice et à Sécurité publique, à Affaires autochtones et Développement du Nord, au Conseil de la fédération, au Conseil canadien de la santé, aux administrateurs en chef de la santé publique fédéraux, provinciaux et territoriaux, ainsi qu'aux assemblées législatives provinciales et territoriales.	Équipe de mise en œuvre sur l'évaluation	SS	CT



Section I : Appel à l'action

Des intervenants de partout au Canada ont pris conscience de la crise liée aux médicaments d'ordonnance et se sont engagés à s'y attaquer. Beaucoup d'entre eux ont investi leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leur capacité d'analyse, leur créativité et leur énergie dans la mise sur pied de cette stratégie décennale pancanadienne qui vise à réduire les méfaits associés aux médicaments d'ordonnance comme les opioïdes, les sédatifs hypnotiques et les stimulants.

La réduction des méfaits associés à ces médicaments occupe une place importante dans les priorités et les activités de nombreux organismes et secteurs. Malgré la présence de beaucoup d'autres mesures prioritaires, ces organismes investissent, directement ou indirectement, de précieuses ressources dans cette lutte. Nous ne pouvons maintenir plus longtemps le statu quo, alors que des personnes deviennent dépendantes, que beaucoup en meurent et que leurs familles et communautés en souffrent. Il faut agir MAINTENANT.

Le lancement de la stratégie *S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada* marque la fin de l'étape d'élaboration (étape 1), que la Coalition on Prescription Drug Misuse (Alberta), le ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse et le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies ont dirigée ensemble, invitant d'autres organismes à s'y joindre. Ce document a été conçu pour orienter les responsables de l'étape 2, soit la mise en œuvre des recommandations de la *Stratégie*, et de l'étape 3, soit son évaluation. Il reste donc encore beaucoup de travail à accomplir.

Ce document présente 58 recommandations réalisables à court terme et sert de point de départ pour l'engagement à long terme des organismes et des secteurs qui travaillent ensemble à la réduction des méfaits associés aux médicaments d'ordonnance, tout en laissant place à leurs avantages. La *Stratégie* est complète, interdisciplinaire, multisectorielle et intégrée. Elle favorise l'utilisation stratégique des ressources à notre portée pour assurer la gestion la plus efficace possible des méfaits liés aux médicaments d'ordonnance, et ce, dans le but :

- de prévenir les méfaits subis par les personnes, les familles et les communautés;
- d'habiliter le public ainsi que de promouvoir des communautés saines et sécuritaires;
- de promouvoir les bonnes pratiques en matière de prescription et de distribution de médicaments par les professionnels de la santé;
- de favoriser un accès rapide et équitable à divers traitements efficaces;
- de déterminer les politiques et les pratiques qui sont efficaces et fondées sur des données probantes et d'en tirer parti;
- d'échanger des renseignements entre les disciplines et les provinces et territoires de façon régulière;
- d'améliorer notre connaissance et notre compréhension de la nature et de l'étendue des méfaits liés aux médicaments d'ordonnance au Canada;
- de veiller à ce que les organismes d'application de la loi disposent des outils et des ressources nécessaires pour gérer le problème du détournement de médicaments d'ordonnance;



- d'utiliser notre sens critique et notre ouverture au contexte culturel pour examiner le problème et les interventions proposées.

Cette *Stratégie* sera perfectionnée au fil du temps afin qu'elle reste toujours pertinente et adaptée à la situation; les échéances prévues pourront être modifiées et les priorités, ajustées, mais la vision est bien établie. Collectivement, nous nous efforçons de faire du Canada un pays qui permet de bénéficier des avantages des médicaments d'ordonnance, tout en réduisant au minimum les méfaits qui y sont associés.

Il s'agit là d'un projet très ambitieux qui nécessite un engagement solide et soutenu à l'égard de mesures concertées appuyant une vision commune à long terme qui vise à régler ce problème complexe de santé et de sécurité publiques. La réussite de cette stratégie repose sur l'échange respectueux des connaissances, de l'expertise, de la recherche, de la capacité d'analyse, des pratiques prometteuses et des expériences vécues, ainsi que sur la volonté et l'élan de toutes les personnes qui jouent un rôle dans la gestion de la crise liée aux médicaments d'ordonnance.

Nous pouvons y arriver, si nous avons la même vision et travaillons ensemble. Allons-y!

Prochaines étapes

Voici les principales prochaines étapes :

- Réunir le conseil et les équipes de mise en œuvre de la stratégie.
- Déterminer ou confirmer les responsables et les ressources nécessaires à l'avancement du plan.
- Concevoir un plan d'évaluation et une stratégie de mesure du rendement.
- Recueillir des données de référence à partir desquelles nous pourrions progresser et mesurer notre réussite.
- Poursuivre et promouvoir l'excellent travail en cours.
- Centrer nos efforts sur les réalisations possibles à court terme, tout en gardant en tête notre vision à long terme.



Bibliographie

- Accreditation Council for Continuing Medical Education. *Standards for Commercial Support: Standards to Ensure Independence in CME Activities*, sans date. Consulté le 15 février 2013 sur le <http://www.accme.org/printpdf/requirements/accreditation-requirements-cme-providers/standards-for-commercial-support>.
- Agence de la santé publique du Canada. *La santé de la population*, 2012. Consulté le 10 décembre 2012 sur le <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/index-fra.php>.
- Albert, S., F.W. Brason, 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, p. S77-S85.
- Alberta Health Services. *The Alberta Youth Experience Survey: Highlights Report*, Edmonton, auteur, 2009.
- American Academy of Pediatrics Committee on Drugs. Neonatal drug withdrawal, *Pediatrics*, vol. 101, 1998, p. 1079-1088.
- American Medical Association. *Code of Medical Ethics: Opinion 8.061: Gifts to Physicians from Industry*, juin 2011. Consulté le 15 février 2013 sur le <http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion8061.page?>.
- Assemblée des Premières Nations. *Resolution no. 60/2010: Ratification of Renewed Program Framework for the National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP) and Youth Solvent Addiction Program (YSAP)*, 2010. Consulté le 14 janvier 2013 sur le <http://www.afn.ca/uploads/files/sca-res-2010.pdf>.
- Assemblée des Premières Nations. *Resolution no. 57/2011: Support for Akwesasne Leadership in Addressing State of Crisis Regarding Substance Abuse*, 2011. Consulté le 14 janvier 2013 sur le <http://www.afn.ca/uploads/files/sca-res-11.pdf>.
- Association médicale canadienne. *Politique de l'AMC sur les interactions avec l'industrie pharmaceutique : Lignes directrices pour les médecins*, 2007. Consulté le 15 février 2013 sur le http://www.cpass.umontreal.ca/documents/accueil_vd/Politique%20AMC.pdf.
- Australian Institute of Health and Welfare. *National Drug Strategy Household Survey, Australia, 2010*, Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 2011.
- Bashir, K., M. King et M. Ashworth. Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines, *British Journal of General Practice*, vol. 44, 1994, p. 408-412.
- Becker, W.C., L.E. Sullivan, J.M. Tetrault, R.A. Desai et D.A. Fiellin. Non-medical use, abuse and dependence on prescription opioids among U.S. adults: Psychiatric, medical and substance use correlates, *Drug & Alcohol Dependence*, vol. 94, 2008, p. 38-47.
- Boaz, A., J. Baeza, A. Fraser et European Implementation Score Collaborative Group. Effective implementation of research into practice: an overview of systematic reviews of the health literature, *BMC Research Notes*, vol. 4, 2011, p. 212.



- Bohnert, A.S.B., M. Valenstein, M.J. Bair, D. Ganoczy, J.F. McCarthy, M.A. Ilgen et F.C. Blow. Association between opioid prescribing patterns and opioid overdose-related deaths, *Journal of the American Medical Association*, vol. 305, 2011, p. 1315-1321.
- Born, J., L. Bogaert, E. Payne et M. Wiens. *Les résultats de Sondage sur la santé et le style de vie du personnel des Force [sic] canadiennes 2008/2009, version de la Force régulière*, Ottawa, Défense nationale, 2009.
- Boscarino, J.A., M.R. Rukstalis, S.N. Hoffman, J.J. Han, P.M. Erlich, S. Ross, ... et W.F. Stewart. Prevalence of prescription opioid-use disorder among chronic pain patients: Comparison of the DSM-5 vs. DSM-4 diagnostic criteria, *Journal of Addictive Diseases*, vol. 30, 2011, p. 185-194.
- Brands, B., A. Paglia-Boak, B.A. Sproule, K. Leslie et E.M. Adlaf. Nonmedical use of opioid analgesics among Ontario students, *Médecin de famille canadien*, vol. 56, 2010, p. 256-262.
- British Columbia Ministry of Health. *The Health and Well-Being of Women in British Columbia: Provincial Health Officer's 2008 Annual Report*, Victoria, Office of the Provincial Health Officer, 2008.
- Brownstein, J.S., T.C. Green, T.A. Cassidy et S.F. Butler. Geographic information systems and pharmacoepidemiology: Using spatial cluster detection to monitor local patterns of prescription opioid abuse, *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, vol. 19, 2010, p. 627-637.
- Callaghan, R.C., J.K. Cunningham, M. Verdichevski, J. Sykes, S.R. Jaffer et S.J. Kish. All-cause mortality among individuals with disorders related to the use of methamphetamine: A comparative cohort study, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 1, 2012, p. 290-294.
- Centers for Disease Control and Prevention. Vital signs: Overdoses of prescription opioid pain reliever, United States, 1999-2008, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 60, 2011, p. 1-6.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues et substances au Canada*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2005.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Toxicomanie au Canada : Pleins feux sur les jeunes*, Ottawa, auteur, 2007.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Rapport sommaire du dialogue national S'attaquer au mauvais usage de médicaments sur ordonnance au Canada*, Ottawa, auteur, 2012.
- Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. *Quick Facts— Regional Health Survey 2002/2003*, Ottawa (Ont.), Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2010. Consulté le 14 janvier 2012 sur le <http://www.rhs-ers.ca/facts>.
- Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. *First Nations Regional Health Survey 2008/10: National Report on Adults, Youth and Children living in First Nations Communities*, Ottawa, Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2012.



- Chansonneuve, D. *Retisser nos liens : Comprendre les traumatismes vécus dans les pensionnats indiens par les Autochtones*, Ottawa, Fondation autochtone de guérison, 2005. Consulté le 9 février 2013 sur le <http://www.fadg.ca/downloads/reclaiming-manual.pdf>.
- Charte canadienne des droits et libertés (partie I de la Loi constitutionnelle de 1982). Consulté le 10 décembre 2012 sur le http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/Const/Const_index.html.
- Chiefs of Ontario. *Prescription Drug Abuse Strategy: Take A Stand*, 2010. Consulté le 14 janvier 2013 sur le <http://www.chiefs-of-ontario.org/sites/default/files/files/Final%20Draft%20Prescription%20Drug%20Abuse%20Strategy.pdf>.
- Chen, C.Y., C.L. Storr et J.C. Anthony. Early onset drug use and risk for drug dependence problems, *Addictive Behavior*, vol. 34, 2009, p. 319-322.
- Choiniere, M., D. Dion, P. Peng, R. Banner, P.M. Barton, A. Boulanger, ... et M. Ware. The Canadian STOP-PAIN project - Part 1: Who are the patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities? *Canadian Journal of Anaesthesia*, vol. 57, 2010, p. 539-548.
- Chou, R. et L. Hoyt Huffman. Medications for Acute and Chronic Low Back Pain: A Review of the Evidence for an American Pain Society/American College of Physicians Clinical Practice Guideline, *Annals of Internal Medicine*, vol. 147(7), 2007, p. 505-514.
- Cochella, S. et K. Bateman. Provider detailing: An intervention to decrease prescription opioid deaths in Utah, *Pain Medicine*, vol. 12, 2011, p. S73-S76.
- Coffin, P.O. et S.S. Sullivan. Cost-effectiveness of distributing naloxone to heroin users for lay overdose reversal, *Annals of Internal Medicine*, vol. 158, 2013, p. 1-9.
- Corneil, T., J. Elefante, J. May-Hadford, K. Goodison et B. Harris. *Non-illicit, non-methadone, prescription opiate overdose deaths in BC's Interior Region: Findings from a Retrospective Case Series, 2006-2011*, British Columbia Interior Health Alert, septembre 2012.
- Dell, C.A., G. Roberts, J. Kilty, K. Taylor, M. Daschuk, C. Hopkins et D. Dell. Researching Prescription Drug Misuse among First Nations in Canada: Starting from a Health Promotion Framework, *Substance Abuse: Research and Treatment*, vol. 6, 2012, p. 23-31.
- Deshpande, A., A.D. Furlan, A. Mailis-Gagnon, S. Atlas et D. Turk. Opioids for low-back pain, *Base de données d'examen systématiques de Cochrane*, 2007.
- Dhalla, I.A., M.M. Mamdani, T. Gomes et D.N. Juurlink. Clustering of opioid prescribing and opioid-related mortality among family physicians in Ontario, *Médecin de famille canadien*, vol. 57, 2011, p. e92-96.
- Dhalla, I.A., M.M. Mamdani, M.L.A. Sivilotti, A. Kopp, O. Qureshi et D.N. Juurlink. Prescribing of opioid analgesics and related mortality before and after the introduction of long-acting oxycodone, *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 181(12), 2009, p. 891-896.
- Dormuth, C.R., T.A. Miller, A. Huang, M.M. Mamdani et D.N. Juurlink. Effect of a centralized prescription network on inappropriate prescriptions for opioid analgesics and benzodiazepines, *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 184, 2012, p. E852-E856.



- Dubin, R.E., J. Hunter, R. Jovey et Canadian Pain Society Primary Care Chronic Pain Education Group. Cross Canada Check-Up 2010: A survey of family medicine residency training in chronic non cancer pain (CNCP) and addiction [abstract], *Pain Research and Management*, vol. 16(2), 2011, p. 105. Article présenté lors de la conférence de la Société canadienne de la douleur, Niagara Falls, 13 au 16 avril 2011.
- Dunn, K.M., K.W. Saunders, C.M. Rutter, C.J. Banta-Green, J.O. Merrill, M.D. Sullivan, ... et M. Von Korff. Opioid prescriptions for chronic pain and overdose: a cohort study, *Annals of Internal Medicine*, vol. 152(2), 2010, p. 85-92.
- Edlund, M.J., B.C. Martin, M. Fan, A. Devries, J.B. Braden et M.D. Sullivan. Risks for opioid abuse and dependence among recipients of chronic opioid therapy: Results from the TROUP study, *Drug & Alcohol Dependence*, vol. 112, 2010, p. 90-98.
- Fischer, B. et E. Argento. Prescription opioid related misuse, harms, diversion and interventions in Canada: A review, *Pain Physician*, vol. 15, 2012, p. ES191-ES203.
- Fischer, B., W. Jones et J. Rehm. High correlations between levels of consumption and mortality related to strong prescription opioid analgesics in British Columbia and Ontario, 2005-2009, *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 14 janvier 2013. doi : 10.1002/pds.3404 [édition électronique avant impression].
- Fischer, B., N. Nakamura, B. Rush, J. Rehm et K. Urbanoski. Changes in and characteristics of admissions to substance use treatment related to problematic prescription opioid use in Ontario, 2004-2009, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 109, 2010, p. 257-260.
- Fishbain, D.A., B. Cole, J. Lewis, H.L. Rosomoff et R.S. Rosomoff. What percentage of chronic nonmalignant pain patients exposed to chronic opioid analgesic therapy develop abuse/addiction and/or aberrant drug-related behaviors? A structured evidence-based review, *Pain Medicine*, vol. 9, 2008, p. 444-59.
- Florida Office of the Attorney General. *Florida's prescription drug diversion and abuse roadmap, 2012-2015*, Tallahassee, Florida Office of the Attorney General, 2012.
- Franklin, G.M., J. Mai, J. Turner, M. Sullivan, T. Wiskizer et D. Fulton-Kehoe. Bending the prescription opioid dosing and mortality curves: Impact of the Washington State opioid dosing guideline, *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 55(4), 2012, p. 325-331.
- Gendarmerie royale du Canada. *Rapport sur la situation des drogues illicites au Canada – 2009*, Ottawa (Ont.), Gendarmerie royale du Canada, 2010.
- Gfroerer, J., M. Penne, M. Pemberton et R. Folsom. Substance abuse treatment need among older adults in 2020: The impact of the aging baby-boom cohort, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 69, 2003, p. 127-135.
- Gomes, T., M.M. Mamdani, I.A. Dhalla, J.M. Paterson et D.N. Juurlink. Opioid dose and drug-related mortality in patients with nonmalignant pain, *Archives of Internal Medicine*, vol. 171(7), 2011, p. 686-91.
- Gonzales, A.M. et A. Kolbasovsky. Impact of a managed controlled-opioid prescription monitoring program on care coordination, *American Journal of Managed Care*, vol. 18, 2012, p. 516-524.



- Grimshaw, J., M. Eccles et J. Tetroe. Implementing clinical guidelines: Current evidence and future implications, *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, vol. 24(suppl. 1), 2004, p. S31-7.
- Grimshaw, J., M. Eccles, R. Thomas, G. MacLennan, C. Ramsay, C. Fraser et L. Vale. Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998, *Journal of General Internal Medicine*, vol. 21 (suppl. 2), 2006, p. S14-20.
- Grimshaw, J.M., R.E. Thomas, G. MacLennan, C. Fraser, C.R. Ramsay, L. Vale et coll. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies, *Health Technology Assessment*, vol. 8(6), 2004, p. 1-72.
- Groupe de travail d'experts sur la dépendance aux stupéfiants et substances contrôlées. *La voie de l'avenir : Gestion des stupéfiants d'ordonnance en Ontario*, Toronto, auteur, 2012.
- Groupe de travail sur la Stratégie nationale sur le traitement. *Approche systémique de la toxicomanie au Canada : Recommandations pour une stratégie nationale sur le traitement*, Ottawa, auteur, 2008.
- Handford, C., M. Kahan, A. Srivastava, S. Cirone, S. Sandhera, V. Palda et coll. *Buprenorphine/Naloxone for opioid dependence: clinical practice guideline*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2012.
http://knowledgex.camh.net/primary_care/guidelines_materials/Documents/buprenorphine_naloxone_gdlns2012.pdf.
- Hansen, R.N., G. Oster, J. Edelsberg, G.E. Woody et S.D. Sullivan. Economic costs of nonmedical use of prescription opioids, *Clinical Journal of Pain*, vol. 27, 2011, p. 194-202.
- Holmes, D. Prescription drug addiction: the treatment challenge, *The Lancet*, vol. 379, 2012, p. 17-18.
- Isaacson, J.H., M. Fleming, M. Kraus, R. Kahn et M. Mundt. A national survey of training in substance use disorders in residency programs, *Journal of Studies on Alcohol*, vol. 61(6), 2000, p. 912-915.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Les soins de santé au Canada 2011 : regard sur les personnes âgées et le vieillissement*, Ottawa (Ont.), auteur, 2011.
- ICIS. Base de données sur la morbidité hospitalière de l'Institut canadien d'information sur la santé, 2012.
- Johnson, E., C.A. Porucznik, J.W. Anderson et R.T. Rolfs. State-level strategies for reducing prescription drug overdose deaths: Utah's prescription safety program, *Pain Medicine*, vol. 12, 2011, p. S66-S72.
- Johnson, S., S.F. MacDonald, M. Cheverie, C. Myrick et B. Fischer. Prevalence and trends of non-medical opioid and other drug use histories among federal correctional inmates in methadone maintenance treatment in Canada, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 124, 2012, p. 172-176.
- Juurlink, D.N. et I.A. Dhalla. Dependence and addiction during chronic opioid therapy, *Journal of Medical Toxicology*, vol. 8, 2012, p. 393-399.
- Kahan, M., T. Gomes et coll. The effect of a course-based intervention and medical regulation on physicians' opioid prescribing, *Médecin de famille canadien*, sous presse.



- Lall, A. Neonatal abstinence syndrome, *British Journal of Midwifery*, vol. 16(4), 2008, p. 220-223.
- Lank, P.M. Toxicology fellow's perspective: Filling a void in medical education regarding opioids, *Journal of Medical Toxicology*, vol. 8, 2012, p. 333-334.
- Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada. *Code d'éthique*, Ottawa, auteur, 2012. Consulté le 10 décembre 2012 sur le http://www.canadapharma.org/CMFiles/Commitment_to_Ethics/WithHealthCareProfessionals/Code_of_Ethical_Practices/2012_CodeofEthicalPractices_FRFinal.pdf.
- Lippe, P.M., C. Brock, J. David, R. Crossno et S. Gitlow. The First National Pain Medicine Summit – Final Summary Report, *Pain Medicine*, vol. 11, 2010, p. 1447-1468.
- Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (L.C. 1996, ch. 19). Consulté le 10 décembre 2012 sur le <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-38.8/>.
- Loi sur la protection des renseignements personnels* (L.R.C. (1985), ch. P-21). Consulté le 10 décembre 2012 sur le <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/P-21/index.html>.
- Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (L.C. 2000, ch. 5). Consulté le 10 décembre 2012 sur le <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/P-8.6/index.html>.
- Loi sur les aliments et drogues* (L.R.C. (1985), ch. F-27). Consulté le 10 décembre 2012 sur le <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/F-27/>.
- Luce, J. et C. Strike. *A Cross-Canada Scan of Methadone Maintenance Treatment Policy Development: A Report Prepared for the Canadian Executive Council on Addictions*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Université de Toronto, 2011.
- Lynch, M. The need for a Canadian pain strategy, *Pain Research and Management*, vol. 16(2), 2011, p. 77-80.
- Manchikanti, L., J. Giordano, M.V. Boswell, B. Fellows, R. Manchukonda et V. Pampati. Psychological factors as predictors of opioid abuse and illicit drug use in chronic pain patients, *Journal of Opioid Management*, vol. 3, 2007, p. 89-100.
- Manitoba OxyContin Working Group. *Addressing problematic OxyContin use in Manitoba*, Manitoba, gouvernement du Manitoba, 2009.
- Martell, B.A., P.G. O'Connor, R.D. Kerns, W.C. Becker, K.H. Morales, T.R. Kosten et D.A. Fiellin. Systematic Review: Opioid treatment for chronic back pain: Prevalence, efficacy, and association with addiction, *Annals of Internal Medicine*, vol. 146(2), 2007, p. 116-127.
- Morse, J.S., H. Stockbridge, K.B. Egan, J. Mai, T. Wickizer et G.M. Franklin. Primary care survey of the value and effectiveness of the Washington State Opioid Dosing Guideline, *Journal of Opioid Management*, vol. 7, 2011, p. 427-33.
- Moulin, D.E., A.J. Clark, M. Speechley et P.K. Morley-Forster. Chronic pain in Canada – prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia, *Pain Research & Management*, vol. 7, 2002, p. 179-184.
- National Opioid Use Guideline Group. *Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain*, avril 2010. Consulté le 10 décembre 2012 à <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/>.



- Nations Unies. *Convention unique sur les stupéfiants*, Vienne, auteur, 1961. Consulté le 25 janvier 2013 sur le http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_fr.pdf.
- Nations Unies. *Convention sur les substances psychotropes*, Vienne, auteur, 1971. Consulté le 25 janvier 2013 sur le http://www.unodc.org/pdf/convention_1971_fr.pdf.
- Nations Unies. *Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes*, Vienne, auteur, 1988. Consulté le 25 janvier 2013 sur le http://www.unodc.org/pdf/convention_1988_fr.pdf.
- Newfoundland & Labrador OxyContin Task Force. *Newfoundland & Labrador OxyContin Task Force Final Report*, 2004. Consulté le 7 décembre 2012 sur le http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/oxycontin_final_report.pdf.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *Rapport annuel 2011 : L'état du phénomène de la drogue en Europe*, Lisbonne, auteur, 2011.
- Observatoire européen des drogues et des toxicomanies. *Rapport annuel 2010 : L'état du phénomène de la drogue en Europe*, Lisbonne, auteur, 2010.
- Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Rapport mondial sur les drogues 2011*, Vienne, auteur, 2011.
- Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *Rapport mondial sur les drogues 2012*, Vienne, auteur, 2012.
- Office of National Drug Control Policy. *Epidemic: Responding to America's Prescription Drug Abuse Crisis*, 2011. Consulté le 7 décembre 2012 sur le http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/ondcp/policy-and-research/rx_abuse_plan.pdf.
- Ohio Prescription Drug Abuse Task Force. *Final Report: Task Force Recommendations*, Columbus, auteur, 2010.
- Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. *Avoiding Abuse, Achieving a Balance: Tackling the Opioid Public Health Crisis*, Toronto, auteur, 2010.
- Organe international de contrôle des stupéfiants. *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2010*, Vienne, Organe international de contrôle des stupéfiants, 2011a.
- Organe international de contrôle des stupéfiants. *Rapport technique sur les stupéfiants : Évaluations des besoins du monde pour 2012 – Statistiques pour 2010*, New York, Nations Unies, 2011b.
- Organisation mondiale de la Santé. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé : Une conférence internationale pour la promotion de la santé*, 1986. Consulté le 7 décembre 2012 sur le <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/charter.pdf>.
- Otto, C., B. Crackau, I. Löhrmann, A. Zahradnik, G. Bischof, U. John et H.J. Rumpf. Brief intervention in general hospital for problematic prescription drug use: 12-month outcome, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 105, 2009, p. 221-226.
- Paglia-Boak, A., E.M. Adlaf et R.E. Mann. *Drug Use Among Ontario Students 1977–2011: Detailed Ontario Student Drug Use and Health Survey Findings* (CAMH Research Document Series No. 32), Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2011.



- Pallium India, International Association for Hospice & Palliative Care et Pain & Policy Studies Group / WHO Collaborating Center at the University of Wisconsin. *The Morphine Manifesto: A call for affordable access to immediate release oral morphine*, 2012. Consulté le 10 décembre 2012 sur le <http://palliumindia.org/manifesto/pdf/themorphinemanifesto-text.pdf>.
- Phillips, C.J. et D. Schopflocher. The economics of chronic pain. Dans S. Rashid, D. Schopflocher, P. Taenzer et E. Jesson (éd.), *Chronic pain: A health policy perspective*, Weinham (Allemagne), Blackwell, 2008.
- Polydoroy S., E.W. Gunderson et F.R. Levin. Training physicians to treat substance use disorders, *Current Psychiatry Reports*, vol. 10(5), 2008, p. 399-404.
- Ramage-Morin, P., M. Shields et L. Martel. *Facteurs favorables à la santé et bon état de santé chez les Canadiens du milieu à la fin de la vie*, Rapports sur la santé, Statistique Canada, catalogue 82-003-XPE, vol. 21(3), 2010.
- Reading, J.L., A. Kmetz et V. Gideon. *First Nations Wholistic Policy and Planning Model: Discussion Paper for the World Health Organization Commission on Social Determinants of Health*, Ottawa (Ont.), Assemblée des Premières Nations, 2007. Consulté le 18 février 2013 sur le http://ahrnets.ca/files/2011/02/AFN_Paper_2007.pdf.
- Rehm, J., S. Baliunas, B. Fischer, W. Gnam, J. Patra, S. Popova, ... et B. Taylor. *Les coûts de l'abus de substances au Canada : Points saillants*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2006.
- Reifler, L.M., D. Droz, J.E. Bailey, S.H. Schnoll, R. Fant, R.C. Dart et B.B. Bartelson. Do prescription monitoring programs impact state trends in opioid abuse/misuse? *Pain Medicine*, vol. 13, 2012, p. 434-442.
- Santé Canada. *Final consensus document: Abuse of psychoactive pharmaceuticals*, basé sur l'atelier de Santé Canada visant à établir un consensus quant aux concepts et indicateurs de recherche sur l'« abus » de psychotropes, Ottawa, auteur, 2007.
- Santé Canada. *NIHB Ontario Region Prescription Drug Trends: A Ten-Year Analysis*, 2010. Consulté le 7 décembre 2012 sur le http://www.chiefs-of-ontario.org/sites/default/files/files/NIHB%20Ontario%20Region%20Prescription%20Drug%20Trends%20A%20Ten-Year%20Analysis_0.pdf.
- Santé Canada. *Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada*, Ottawa, auteur, 2011.
- Santé Canada. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues - Sommaire des résultats pour 2011*, 2012a. Consulté le 7 décembre 2012 sur le <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/2011/summary-sommaire-fra.php>.
- Santé Canada. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues, 2011* (ensemble de données), Ottawa (Ont.), auteur, 2012b.
- Santé Canada. *2010–11 Youth Smoking Survey, Supplementary Tables*, 2012c. Consulté le 7 décembre 2012 sur le http://www.yss.uwaterloo.ca/results/YSS2010-2011_supplementary_tables_en.pdf.



- Santé Canada. *Lettre aux ministres provinciaux et territoriaux de la Santé au sujet de l'OxyContin générique*, 2012d. Consulté le 10 décembre 2012 sur le http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/fr-atj/2012/2012_173-fra.php.
- Santé publique Ontario et Institute for Evaluative Sciences. *Rapport sur le fardeau de la maladie mentale et de la toxicomanie en Ontario*, Toronto, auteur, octobre 2012.
- Saunders, K.W., K.M. Dunn, J.O. Merrill, M. Sullivan, C. Weisner, J.B. Braden, ... et M. Von Korff. Relationship of opioid use and dosage levels to fractures in older chronic pain patients, *Journal of General Internal Medicine*, vol. 25(4), 2010, p. 310-315.
- Seal, K.H., Y. Shi, G. Cohen, B.E. Cohen, S. Maguen, E.E. Krebs et T.C. Neylan. Association of mental health disorders with prescription opioids and high-risk opioid use in US veterans of Iraq and Afghanistan, *Journal of the American Medical Association*, vol. 307(9), 2012, p. 940-7.
- Sécurité publique Canada. *Atelier sur les Nouveaux problèmes liés à la lutte antidrogue, Montréal, 17 et 18 novembre 2010 : Sommaire de l'atelier*, Ottawa, auteur, 2011a.
- Sécurité publique Canada. *Atelier sur l'usage illicite de produits pharmaceutiques, Vancouver, 2 et 3 juin 2011 : Rapport de l'atelier*, Ottawa, auteur, 2011b.
- Simoni-Wastila, L. et H.K. Yang. Psychoactive drug abuse in older adults, *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, vol. 4, 2006, p. 380-394.
- Société canadienne de la douleur. *Appel à l'action : La nécessité d'une stratégie nationale de lutte contre la douleur pour le Canada*, Ontario, Société canadienne de la douleur, 2011.
- Sproule, B., B. Brands, S. Li et L. Catz-Biro. Changing patterns in opioid addiction, *Médecin de famille canadien*, vol. 55(1), 2009, p. 68-69.
- Steinman, M.A., C.S. Landefeld et R.B. Baron. Industry support of CME-Are we at the tipping point? *New England Journal of Medicine*, vol. 366, 2012, p. 1069-1071.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Highlights of the 2010 Drug Abuse Warning Network (DAWN) Findings on Drug-Related Emergency Department Visits, *The Dawn Report*, 2 juillet 2012. Consulté le 10 décembre 2012 sur le <http://www.samhsa.gov/data/2k12/DAWN096/SR096EDHighlights2010.pdf>.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Results from the 2011 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings*, NSDUH Series H-44, HHS Publication No. (SMA) 12-4713, Rockville, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011.
- Sullivan, M.D., M.J. Edlund, L. Zhang, J. Unützer et K.B. Wells. Association between mental health disorders, problem drug use, and regular prescription opioid use, *Archives of Internal Medicine*, vol. 166, 2006, p. 2087-2093.
- Tang, N. et C. Crane. Suicidality in chronic pain: Review of the prevalence, risk factors and psychological links, *Psychological Medicine*, vol. 36, 2006, p. 575-586.
- Todd, K.H., J. Ducharme, M. Choiniere, C.S. Crandall, D.E. Fosnocht, P. Homel et P. Tanabe. Pain in the emergency department: results of the Pain and Emergency Medicine Initiative multicentre study, *Journal of Pain*, vol. 8(6), 2007, p. 460-466.



- Tsuruda, S., C. Hoogeveen, A. Smith, C. Poon, E. Saewyc et McCreary Centre Society. *Raven's Children III: Aboriginal Youth Health in BC*, Vancouver (C.-B.), McCreary Centre Society, 2012.
- Tsuruda, S., A. Smith, C. Poon, C. Hoogeveen, E. Saewyc et McCreary Centre Society. *Métis Youth Health in BC*, Vancouver (C.-B.), McCreary Centre Society, 2012.
- Twombly, E.C. et K.D. Holtz. Teens and the misuse of prescription drugs: Evidence-based recommendations to curb a growing societal problem, *Journal of Primary Prevention*, vol. 29, 2008, p. 503-516.
- Van Zee, A. The promotion and marketing of OxyContin: Commercial Triumph, Public Health Tragedy, *American Journal of Public Health*, vol. 99(2), 2009, p. 221-227.
- Vik, S., S. Ulan, J. Wright, J. Mah et H. Virani. *Intervention strategies to address concerning prescribing practices related to medications with high potential for misuse*, présentation lors de la conférence de l'Association canadienne de santé publique, Edmonton, 11 au 14 juin 2012.
- Volinn, E., J.D. Fargo et P.G. Fine. Opioid therapy for nonspecific low back pain and the outcome of chronic work loss, *Pain*, vol. 142(3), 2009, p. 194-201.
- Walsh, S.L., P.A. Nuzzo, M.R. Lofwall et J.R. Holtman Jr. The relative abuse liability of oral oxycodone, hydrocodone and hydromorphone assessed in prescription opioid abusers, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 98, 2008, p. 191-202.
- Watt-Watson, J., M. McGillion, J. Hunter, M. Choiniere, A.J. Clark, A. Dewar, C. Johnston, ... et K. Webber. A survey of prelicensure pain curricula in health science faculties in Canadian universities, *Pain Research and Management*, vol. 14(6), 2009, p. 439-444.
- Wild, C., J. Wolfe, M. Newton-Taylor et H. Kang. *Prescription Drug Misuse in Edmonton and Alberta: A Rapid Assessment*, Edmonton, Université de l'Alberta, 2008.
- Wilsey, B.L., S.M. Fishman, A. Tsodikov, C. Ogden, I. Symreng et A. Ernst. Psychological comorbidities predicting prescription opioid abuse among patients in chronic pain presenting to the emergency department, *Pain Medicine*, vol. 9, 2008, p. 1107-1117.
- Wisconsin State Council on Alcohol and Other Drug Abuse. *Reducing Wisconsin's prescription drug abuse: a call to action*, Madison, State Council on Alcohol and Other Drug Abuse, 2012.
- Zahradnik, A., C. Otto, B. Crackau, I. Löhrmann, G. Bischof, U. John et H.J. Rumpf. Randomized controlled trial of a brief intervention for problematic prescription drug use in non-treatment-seeking patients, *Addiction*, vol. 104, 2009, p. 109-117.



Annexe A : Acronymes

ACCP : Association canadienne des chefs de police

ACCP : Association canadienne des commissions de police

ACMU : Association canadienne des médecins d'urgence

ACMTS : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

ACP : Association canadienne des policiers

ACSP : Association canadienne de santé publique

AIIC : Association des infirmières et infirmiers du Canada

AMC : Association médicale canadienne

APhC : Association des pharmaciens du Canada

APN : Assemblée des Premières Nations

ASPC : Agence de la santé publique du Canada

CAMH : Centre de toxicomanie et de santé mentale

CCAMO : Comité coordonnateur sur l'abus de médicaments d'ordonnance

CCE : Comité consultatif d'experts

CCLT : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies

CCN : Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance

CCPD : Coalition canadienne des politiques sur les drogues

CECT : Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies

CGIPN : Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations

CMFC : Collège des médecins de famille du Canada

COO : Chiefs of Ontario

CoOPDM : Coalition on Prescription Drug Misuse

CRMCC : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

CSPAAT : Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail

DGSPNI : Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

ESCCAD : Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues

FANPLD : Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances

FCM : Fédération canadienne des municipalités

GRC : Gendarmerie royale du Canada

HEAL : Groupe d'intervention action santé

ICIS : Institut canadien d'information sur la santé



ISMP : Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments

IRSC : Instituts de recherche en santé du Canada

LRC DAS : Loi réglementant certaines drogues et autres substances

NOUGG : National Opioid Use Guideline Group

OEDT : Observatoire européen des drogues et des toxicomanies

OMS : Organisation mondiale de la Santé

ONU DC : Office des Nations Unies contre la drogue et le crime

PNIM : Premières Nations, Inuits et Métis

RLISS : Réseau local d'intégration des services de santé

SAMHSA : Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SC : Santé Canada

SSDCO-GRC : Service de sensibilisation aux drogues et au crime organisé, GRC

SSN : Syndrome de sevrage néonatal

SSNA : Services de santé non assurés

SUS : Services d'urgences de santé

THADA : Trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention



Annexe B : Infractions et peines maximales en vertu de la LRCDas

Annexe de la LRCDas	Possession, obtention d'ordonnances multiples	Trafic, possession en vue du trafic	Importation, exportation, possession en vue de l'importation ou de l'exportation	Production
I Opioides Cocaïne PCP Méthamphétamine Amphétamines Flunitrazépam	acte criminel : 7 ans déclaration de culpabilité par procédure sommaire : première infraction : 1000 \$ ou 6 mois ou les deux récidive : 2000 \$ ou 1 an ou les deux Partie I 4.(3) Partie I 4.(7)(a)(i) et (b)	acte criminel : vie – 1 ou 2 ans minimum si les conditions s'appliquent aucune déclaration de culpabilité par procédure sommaire Partie I 5.(3)(a)(i) et (ii)	acte criminel : vie – 1 ou 2 ans minimum si les conditions s'appliquent aucune déclaration de culpabilité par procédure sommaire Partie I 6.(3)(a) et (a.1)	acte criminel : vie – 2 ans minimum ou 3 ans minimum si les conditions s'appliquent aucune déclaration de culpabilité par procédure sommaire Partie I 7.(2)(a)
II Cannabis Cannabinoïdes	acte criminel : 5 ans moins 1 jour déclaration de culpabilité par procédure sommaire : même que pour première infraction pour I déclaration de culpabilité par procédure sommaire uniquement : 30 grammes ou moins de marijuana, 1 gramme ou moins de hashish – 1000 \$ ou 6 mois ou les deux Partie I 4.(4) et (5) Partie I 4.(7)(a)(ii) et (b)	acte criminel : vie À l'exception de la marijuana et du hashish en quantités de 3 kg ou moins – 5 ans moins 1 jour aucune déclaration de culpabilité par procédure sommaire Partie I 5.(3)(a) et 5.(4)	acte criminel : vie – 1 an si les conditions s'appliquent aucune déclaration de culpabilité par procédure sommaire Partie I 6.(3)(a)	acte criminel : non lié au cannabis : vie – 1 an ou 18 mois minimum si les conditions s'appliquent cannabis : 14 ans – 6 mois à 3 ans minimum selon le nombre de plants aucune déclaration de culpabilité par procédure sommaire Partie I 7.(2)(a)(1)(d)
III Méthylphénidate Hallucinogènes Autres	acte criminel : 3 ans déclaration de culpabilité par procédure sommaire : même que pour I Partie I 4.(6) Partie I 4.(7)(a)(iii) et (b)	acte criminel : 10 ans déclaration de culpabilité par procédure sommaire : 18 mois Partie I 5.(3)(b)	acte criminel : 10 ans déclaration de culpabilité par procédure sommaire : 18 mois Partie I 6.(3)(b)	acte criminel : 10 ans déclaration de culpabilité par procédure sommaire : 18 mois Partie I 7.(2)



Annexe de la LRCDAS	Possession, obtention d'ordonnances multiples	Trafic, possession en vue du trafic	Importation, exportation, possession en vue de l'importation ou de l'exportation	Production
IV Benzodiazépines Barbituriques STA aux applications thérapeutiques Stéroïdes anabolisants Autres	aucune infraction de possession liée à la LRCDAS obtention d'ordonnances multiples : acte criminel : 18 mois déclaration de culpabilité par procédure sommaire : même que pour I Partie I 4.(7)(a)(iv) et (b)	acte criminel : 3 ans déclaration de culpabilité par procédure sommaire : 1 an Partie I 5.(3)(c)	acte criminel : 3 ans déclaration de culpabilité par procédure sommaire : 1 an Partie I 6.(3)(c)	acte criminel : 3 ans déclaration de culpabilité par procédure sommaire : 1 an Partie I 7.(2)(d)



Annexe C : Glossaire de termes sur les médicaments d'ordonnance

Abus

Consommation de produits pharmaceutiques ayant des propriétés de renforcement à action centrale associées à un risque accru de méfaits, caractérisée par l'obtention de médicaments de sources illégitimes ou des habitudes de consommation à risque (sauf la sous-consommation), qui s'écarte des pratiques médicales acceptées ou des connaissances scientifiques, ou consommation de médicaments à des fins autres que thérapeutiques.

Santé Canada. *Draft consensus statement. Workshop to build consensus on concepts and indicators for research on psychotropic pharmaceutical abuse, September 2006, Ottawa, auteur, 2007.*

Approche biopsychosociale

Approche où l'on examine systématiquement les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux et leurs liens complexes pour mieux comprendre la santé, la maladie et la prestation de soins de santé. Même si l'on considère la douleur comme physique, certains facteurs psychologiques et sociaux peuvent affecter ou intensifier la douleur physique. Un traitement pharmacologique n'est donc pas toujours la meilleure ou la seule option disponible pour soulager la douleur.

Chaîne d'approvisionnement (en médicaments en Canada)

Fait référence aux voies par lesquelles les médicaments d'ordonnance se rendent aux patients. Les produits pharmaceutiques sont fabriqués en usine, puis transférés à des grossistes, stockés dans des pharmacies postales, de détail ou autres, soumis au contrôle des prix, délivrés en pharmacie et enfin remis aux patients puis consommés. Cette structure de base peut différer, car les protagonistes de la chaîne d'approvisionnement changent constamment et les liens commerciaux varient considérablement, selon la géographie, le type de médicaments et d'autres facteurs.

Comorbidité

La présence simultanée d'au moins deux problèmes de santé ou maladies chez un même patient.

Compétence culturelle

La compétence culturelle est un processus par lequel le fournisseur de soins perfectionne activement ses connaissances et ses compétences sur la culture et la vision du monde de clients et de groupes de clients, tout en comprenant bien les limites des connaissances, des compétences et des pratiques culturelles. Le fournisseur de soins démontre sa compétence culturelle quand son travail respecte les besoins physiques, spirituels et culturels du client et quand il respecte et comprend la culture du client et son traumatisme historique. La compétence culturelle permet d'offrir au client un milieu sécuritaire sur le plan culturel.



Association des médecins indigènes du Canada et Family Medicine Curriculum Development Working Group du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Cultural Safety in Practice: A Curriculum for Family Medicine Residents and Physicians*, Ottawa, auteur, 2009.

Conscience de la culture

La conscience de la culture est la première étape permettant d'atteindre la sécurité culturelle. Elle peut être atteinte en observant les activités et la façon dont les gens y participent. Elle suppose d'être capable et désireux de reconnaître ou d'admettre et d'accepter les différences au sein d'une population.

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. *Vers la sécurité culturelle des Métis : Une introduction destinée aux intervenants de la santé*, Prince George, Université du Nord de la Colombie-Britannique, 2013. http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/76/Cultural%20Safety%20Fact%20Sheet_fr.pdf

La conscience de la culture porte sur la diversité entre les clients, et entre l'intervenant en santé et chaque client.

Papps, E. Cultural safety: Daring to be different. Dans D. Wepa (éd.), *Cultural Safety in Aotearoa New Zealand* (p. 20-28), Auckland (Nouvelle-Zélande), Pearson Prentice Hall, 2005.

Dépendance

« La dépendance est une maladie chronique primaire de la récompense du cerveau, de la motivation, de la mémoire et des circuits neuronaux associés. Une dysfonction de ces circuits conduit à des manifestations caractéristiques sur les plans biologique, psychologique, social et spirituel, ce qui se reflète dans la recherche pathologique d'une récompense ou d'un soulagement par la consommation de substances et d'autres comportements.

« La dépendance se caractérise par une incapacité à s'abstenir de consommer de façon constante, une difficulté à se contrôler, un état de manque, une difficulté à admettre les graves problèmes liés à son comportement et à ses relations interpersonnelles et une réponse émotionnelle dysfonctionnelle. Comme toute autre maladie chronique, la dépendance occasionne souvent des cycles de rémissions et de rechutes. Sans traitement ou réadaptation, la dépendance évolue et peut entraîner l'invalidité ou un décès prématuré. » (traduction libre)

Définition de la American Society of Addiction Medicine adoptée temporairement par la Société médicale canadienne sur l'addiction le 5 octobre 2011 suite à une motion présentée par son conseil d'administration, http://www.csam.org/non_member/definition.

Détournement

Le détournement de médicaments d'ordonnance est le détournement illicite de produits pharmaceutiques réglementés, de sources légales vers le marché illégal, et peut se produire à n'importe quelle étape de la chaîne d'approvisionnement.

Drogue ou substance contrôlée

« Une substance contrôlée est toute forme de drogue que le gouvernement fédéral [du Canada] a catégorisée comme ayant un potentiel d'abus ou d'accoutumance plus élevé que la moyenne. Ces



drogues sont divisées en catégories basées sur le taux potentiel d'abus ou d'accoutumance. Les substances contrôlées comprennent autant les drogues illicites en vente libre que les médicaments prescrits. »

Santé Canada, <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/substancontrol/index-fra.php>

Étiquette auxiliaire

Étiquette apposée sur un médicament donnant aux patients des renseignements importants, notamment des avertissements, une mention des effets secondaires graves possibles, de l'information d'ordre alimentaire, des directives sur l'entreposage, la préparation ou l'administration du médicament ou des mises en garde.

Formation continue en pharmacothérapie ou sensibilisation

Mode de sensibilisation visant à influencer sur le comportement des intervenants, souvent sur leur façon de prescrire, par lequel un travailleur spécialisé se rend sur le lieu de travail des intervenants pour leur remettre de l'information (généralement lors de rencontres de moins de 10 minutes). Les stratégies employées s'inspirent d'études faites dans les domaines du marketing, de l'éducation des adultes, de la diffusion d'innovations, de la communication persuasive et des techniques de modification du comportement.

Davies, P., A.E. Walker et J.M. Grimshaw. A systematic review of the use of theory in the design of guideline dissemination and implementation strategies and interpretation of the results of rigorous evaluations, *Implementation Science*, vol. 5(14), 2010.

Grimshaw, J.M., L. Shirran, R. Thomas, G. Mowatt, C. Fraser, L. Bero, R. Grilli, E. Harvey, A. Oxman et M.A. O'Brien. Changing Provider Behaviour: An Overview of Systematic Reviews of Interventions, *Medical Care*, vol. 39(8 supplément 2), 2001, p. 112-45.

Mésusage

Se définit globalement comme l'utilisation de médicaments à des fins autres que celles pour lesquelles ils ont été prescrits.

Vik, S., D. Ozegovic et S. Samanani. *Literature Review to Support Conceptualization of a Prescription Drug Misuse Surveillance System in Alberta*, Edmonton (Alberta), OKAKI Health Intelligence, 2011. Consulté le 22 février 2013 sur le <http://www.prescriptiondrugmisuse.ca/wp-content/uploads/2010/01/111018-Okaki-CoOPDM-literature-review-final.pdf>

Monographie de produit

La monographie d'un médicament sur ordonnance est un document qui explique comment prendre ce médicament efficacement et en toute sécurité. L'information porte notamment sur la structure du médicament, sa fonction, ses usages appropriés, son dosage, son mécanisme d'action, ses effets secondaires et ses effets indésirables.

Prévention primaire

Fait appel à des interventions ou à des démarches visant à empêcher que des personnes en bonne santé ne développent une maladie ou ne se blessent et permet de diminuer l'incidence et la prévalence d'une maladie ou d'une blessure.



Prévention secondaire

Fait appel à des interventions ou à des démarches mises en place après le diagnostic d'une maladie ou de graves facteurs de risque afin d'arrêter ou de ralentir le développement de la maladie (si possible) ou de prévenir ou réduire les méfaits qui y sont associés.

Psychoactif

Une substance psychoactive agit sur l'esprit, l'humeur ou tout autre état ou processus psychologique en modifiant le fonctionnement du cerveau et du système nerveux.

Risque d'abus (ou potentiel d'abus)

« Le risque qu'une substance psychoactive fasse l'objet d'un abus, défini selon la probabilité relative que l'usage de cette substance cause des difficultés d'ordre social, psychologique ou physique à la personne ou à la société. En vertu des traités internationaux sur le contrôle de la drogue (voir conventions, drogue internationale), l'OMS est chargée d'établir le risque d'abus et le potentiel d'induction de la dépendance des substances contrôlées, par opposition à leur utilité thérapeutique. » (traduction libre)

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/

Sécurité culturelle

La sécurité culturelle va au-delà de la sensibilisation et de la sensibilité culturelles dans les services pour aussi tenir compte des différences culturelles, historiques et structurales et des rapports de force dans les soins offerts. La sécurité culturelle :

- Vise à redresser les injustices dans la hiérarchie des rapports de force, en faisant passer le pouvoir du professionnel de la santé au client.
- Va au-delà du lien entre le professionnel de la santé et le client et s'assure, par une évaluation active et constante et le changement, que le milieu de soins est adapté à la culture. Pour ce faire, elle renforce la compétence culturelle dans les réseaux de soins de santé et des processus comme la conception des services, les politiques, les ressources humaines, la prestation de services et l'obtention de résultats de santé adaptés à la culture.
- Se concrétise quand les programmes, les outils, les procédures, les méthodes et les mesures sont déployés de façons qui ne blessent pas les personnes dont les valeurs culturelles sont différentes.
- Aide les travailleurs en santé mentale et en dépendance à communiquer efficacement et sans risque, verbalement ou non, avec des clients des Premières Nations.

Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances.
Working with First Nation's People: Culturally Safe Toolkit for Mental Health and Addiction Workers Literature Review, Muskoday (Saskatchewan), auteur, 2011. Consulté le 22 février 2013 sur le <http://nnapf.com/wp-content/uploads/2012/03/DRAFT-LIT-REV-Working-with-First-Nation-Cultural-Safety-Toolkit.docx>

Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances.
Working with First Nation's People: Culturally Safe Toolkit for Mental Health and Addiction Workers, Muskoday (Saskatchewan), auteur, 2011. Consulté le 22 février 2013 sur le



<http://nnapf.com/wp-content/uploads/2012/03/DRAFT-Working-with-First-Nations-People-Culturally-Safe-Toolkit-for-Mental-Health-and-Addiction-Workers.docx>

Sensibilité culturelle

Reconnaissance des différences entre les cultures et les visions du monde. Au-delà de cette reconnaissance, elle englobe aussi l'appréciation des différences et une aisance en leur présence.

Services sensibles au traumatisme

« Les services sensibles au traumatisme sont bien renseignés sur les séquelles des survivants. Dans un système sensible au traumatisme, on arrive, grâce à une connaissance de base du rôle que joue la violence dans la vie des personnes sollicitant des services de santé mentale et de toxicomanie, à examiner et à évaluer tous les aspects d'un réseau de services. Un tel système utilise l'information recueillie pour instaurer des réseaux de services qui tiennent compte de la vulnérabilité des survivants de traumatisme et assure une prestation de services qui évite de créer de nouveaux traumatismes par inadvertance et encourage la personne à participer au traitement (Harris et Fallot, 2001). » (traduction libre)

Klinic Community Health Centre. *Trauma-informed: The trauma toolkit. A resource for service organizations and provider to deliver services that are trauma-informed*, Winnipeg (Man.), auteur, 2008. Consulté le 22 février 2013 sur le http://www.trauma-informed.ca/traumafiles/Trauma-informed_Toolkit.pdf

Les services sensibles au traumatisme tiennent compte des effets du traumatisme et intègrent cette connaissance dans tous les aspects de la prestation des services. Dans une perspective sensible au traumatisme, les « problèmes de comportement » sont considérés comme des mécanismes d'adaptation à des événements violents. Les troubles sont vus comme des réponses, et les symptômes, des *adaptations*. La question n'est plus « qu'est-ce qui ne va pas avec cette femme? », mais bien « *Qu'est-il arrivé à cette femme?* » Une telle démarche n'exige pas le dévoilement ni le traitement du traumatisme, mais plutôt l'adoption d'un mode de travail qui accepte la femme là où elle est rendue et ne crée pas de traumatismes supplémentaires.

Centre d'excellence de la C.-B. pour la santé des femmes. *Trauma-informed approaches in addictions treatment*, Vancouver (C.-B.), auteur, 2009. Consulté le 22 février 2013 sur le <http://www.bccewh.bc.ca/publications-resources/documents/GenderingNatFrameworkTraumaInformed.pdf>

Les services sensibles au traumatisme font preuve de sensibilisation dans tous les volets de la prestation de services et donnent la priorité au sentiment de sécurité, de choix et de contrôle de la personne. Ces services favorisent une culture thérapeutique de non-violence, d'apprentissage et de collaboration. Les services spécialisés dans le traitement des traumatismes, eux, répondent directement, par le counseling spécialisé et d'autres interventions cliniques, au besoin de se remettre d'événements traumatiques et facilitent la guérison.

Poole, N., C. Urquhart, F. Jasiura et D. Smylie. *Trauma-informed Practice Guide*, Vancouver (C.-B.), Centre d'excellence de la C.-B. pour la santé des femmes, gouvernement de la Colombie-Britannique, 2013 (sous presse).



Surveillance après la mise en marché

Fait référence à l'évaluation et au contrôle de médicaments, de produits de santé et de matériels médicaux, une fois que Santé Canada a autorisé leur vente au Canada.

Santé Canada. *Planifier l'avenir : Stratégie de réglementation fédérale pour la surveillance après la mise en marché 2007-2012*, Ottawa, auteur, 2007. Consulté le 22 février 2013 sur le http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/hpfb-dgpsa/strategy_strategie_surveillance-fra.php

Troubles concomitants

La présence simultanée de problèmes de santé mentale et de toxicomanie.

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants*, Ottawa (Ont.), auteur, 2009.
<http://www.cclt.ca/2010%20CCSA%20Documents/ccsa-011812-2010.pdf>

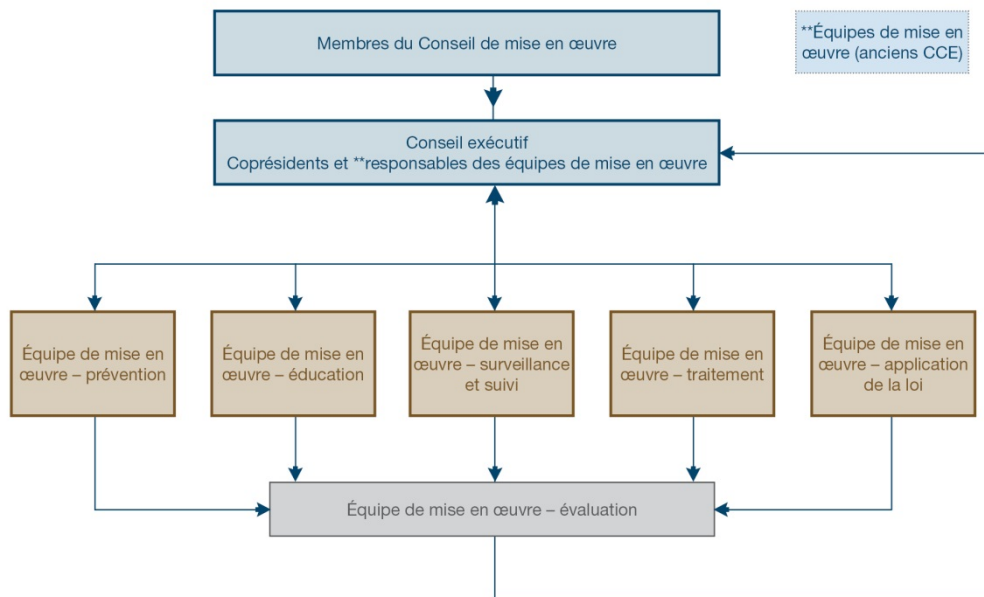
Usage à des fins non médicales

Fait référence à la prise de médicaments sur ordonnance, prescrits ou non, d'une façon, pour une raison ou pour une durée autre que celle prescrite ou par une personne à qui le médicament n'a pas été prescrit.

Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. *The non-medical use of prescription drugs. Policy direction issues. Discussion paper*, New York, Nations Unies, 2011. Consulté le 22 février 2013 sur le http://www.unodc.org/docs/youthnet/Final_Prescription_Drugs_Paper.pdf



Annexe D : Structure de gouvernance proposée pour la mise en œuvre et l'évaluation





Canadian Centre
on Substance Abuse
Centre canadien de lutte
contre les toxicomanies

Partnership. Knowledge. Change.
Collaboration. Connaissance. Changement.

Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies transforme des vies en mobilisant les gens et les connaissances afin de réduire les méfaits de l'alcool et des drogues sur la société. En partenariat avec des organismes publics et privés et des organisations non gouvernementales, il travaille à améliorer la santé et la sécurité des Canadiens.