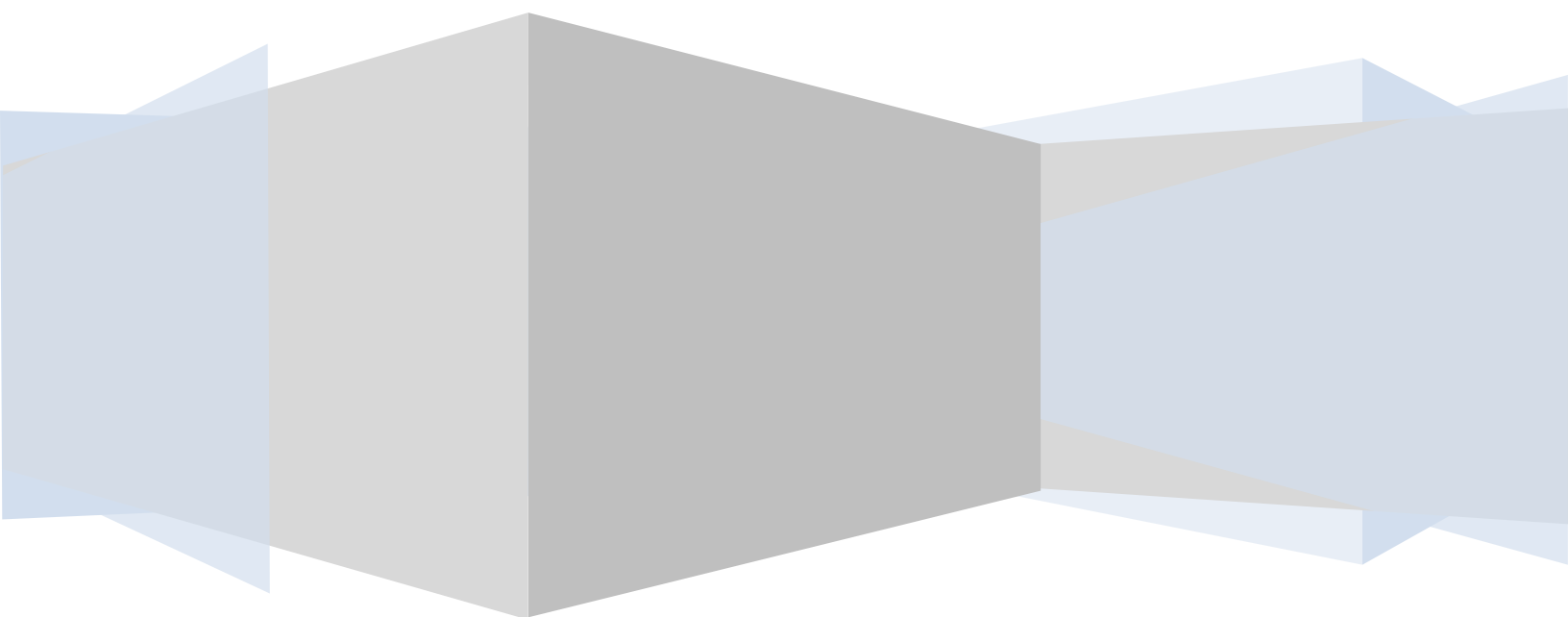


Comité consultatif du traitement à la méthadone et des soins

Rapport final

9 juin 2016



MESSAGE DU COPRÉSIDENT

Au nom des membres du Comité consultatif du traitement à la méthadone et des soins, j'ai le plaisir de présenter ce rapport sur la version finale de nos principales recommandations au ministre de la Santé et des Soins de longue durée.

Nous avons fait du mieux possible, compte tenu de délais serrés, pour soumettre à l'examen les préoccupations de tout un éventail d'intervenants et comprendre que les problèmes grevant l'actuel système de prestation du traitement par agoniste opioïde et les services connexes en Ontario sont à facettes multiples et extrêmement complexes, et qu'ils ont des incidences différentes pour chacun des intervenants. Dans ce contexte, les conversations coordonnées par notre comité et les sujets de nos discussions en profondeur ont été axés sur les moyens de placer les patients au centre des plans de soins, afin qu'ils reçoivent le traitement et les soutiens dont ils ont un besoin si criant.

Il faut souhaiter que la mise en œuvre de ces recommandations débouche sur une amélioration notable du traitement et de la qualité de vie pour ceux et celles qui sont aux prises avec des troubles liés à la consommation d'opioïdes.

Les recommandations formulées dans ce rapport s'appuient sur les meilleures données probantes disponibles et sur l'expertise diversifiée des membres du Comité consultatif.

Nous vous savons gré de cette occasion d'émettre nos avis et conseils sur cette grave problématique et vous assurons de nos sentiments les plus cordiaux.

D^r Meldon Kahan, coprésident

Comité consultatif du traitement à la méthadone et des soins

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	3
Sommaire	3
Liste des recommandations	4
INTRODUCTION	11
Pratiques actuelles de traitement à la méthadone	12
Le Comité consultatif	13
Mandat.....	13
Composition	14
Processus	15
Exposés de fond	15
Considérations sur la mobilisation des patients	16
Déclaration sur les principes et valeurs	16
RECOMMANDATIONS	17
Pharmacologie	17
Accès	20
Normes de pratique	21
Prestation des soins de santé	27
Enfants et jeunes.....	34
Peuples et communautés autochtones	35
Grossesse et postnatalité.....	37
Mesures incitatives à l’intention des médecins et financement	38
Réduction des méfaits et prévention des surdoses	40
Déterminants sociaux de la santé	43
Soutiens éducatifs	43
Technologie	48
Recherches	49
ANNEXES	50
Annexe 1 – Biographie des membres	50
Annexe 2 – Glossaire	58
Annexe 3 – Notes	60

Remerciements

Tout au long des travaux du Comité consultatif et compte tenu des contraintes de délais, nous avons recueilli nombre de points de vue et de perspectives différentes sur les changements nécessaires à l'amélioration de la façon dont le traitement par agoniste opioïde est actuellement dispensé en Ontario. Nous avons été témoins de la générosité des intervenants, qui ont voulu partager leur savoir, et de leur empressement à participer, à comprendre des optiques de tous horizons et à forger un terrain d'entente sur des questions controversées.

Nous sommes arrivés à formuler les recommandations suivantes grâce à un fort degré de collaboration, riche d'enseignements. Nous tenons à remercier tout particulièrement le service de secrétariat mis à notre disposition par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (le Ministère). Les membres de cette équipe ont consacré de longues heures, des soirées et des fins de semaine à la coordination, à la recherche et à la mise au point de stratégies visant à nous aider à respecter nos échéances.

Le Comité consultatif sait gré à tous ceux et celles qui lui ont présenté des exposés et à ceux et celles qui lui ont fourni de précieux commentaires (pour une liste détaillée, voir aux pages 12 et 13). Ces perspectives uniques ont été partie intégrante du contexte des recommandations finales formulées dans le présent rapport. Le Comité voudrait exprimer sa gratitude, notamment au chef régional de l'Ontario, Isadore Day, Wiindawtegowinini, qui s'est entretenu avec le Comité consultatif quant à l'importance de répondre de façon appropriée aux besoins propres des peuples et communautés autochtones.

Nous tenons également à remercier D^{re} Carol Strike, qui nous fait connaître les points de vue et l'expérience vécue par certaines personnes. D^{re} Strike nous a fait part des précieux résultats de sa recherche, soit une étude exhaustive sur la participation de patients à des programmes de traitement par agoniste opioïde en Ontario. Ses travaux ont servi de base aux conversations, et ont contribué à faire en sorte que l'accès aux traitements et services essentiels de même que des soins de qualité se situent au cœur des recommandations.

Sommaire

Le système de prescription des opioïdes et du traitement des troubles liés à la consommation d'opioïdes (TCO) en Ontario doit être transformé. Le Canada est, par personne, le premier consommateur mondial d'opioïdes prescrits, et aujourd'hui, un autre fléau, la propagation des opioïdes illicites, est en voie de causer un préjudice encore pire à nos familles et à nos collectivités. De tous les territoires et provinces, l'Ontario affiche les taux les plus élevés de prescription d'opioïdes, et les taux de dépendance et de décès par surdose continuent d'y augmenter¹.

Le nombre des décès causés par surdose d'opioïdes a atteint des proportions de crise, mais l'accès au traitement des dépendances et la prise en charge à long terme du traitement par agoniste opioïde (TAO) demeurent restreints, particulièrement dans les régions rurales et éloignées, et sont de qualité inégale.

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) a bien mis en place des normes et des lignes directrices afin de guider l'administration du traitement de maintien à la méthadone (TMM), mais une importante minorité de cliniques de méthadone insistent pour imposer des exigences astreignantes, telles que des visites hebdomadaires à la clinique, lesquelles ne sont pas requises par les normes et lignes directrices. L'obligation de se soumettre à des dépistages bihebdomadaires de drogues dans l'urine peut limiter gravement la capacité d'un patient de vaquer à ses activités quotidiennes, ainsi la capacité de travailler, de se déplacer et de participer à des activités sociales. Il existe dans la province un grand nombre de médecins et d'autres prestataires de soins de santé qui prennent en charge des patients qui ont besoin d'un TCO, mais les barrières systémiques sont excessives et des mesures incitatives peu appropriées demeurent des obstacles à une qualité de soins centrés sur le patient.

Les déterminants de la santé de nature développementale et biopsychosociale jouent un rôle significatif dans les TCO et orientent la gamme des services nécessaires au soutien de soins centrés sur le patient. Certaines formules de traitement permettent de sauver des vies. Cependant, pour être efficace, le traitement doit être accessible, disponible et tenir compte tant des besoins particuliers de la personne que des conditions nécessaires à la prestation de soins de santé complets.

Les recommandations du Comité consultatif visent à transformer la manière dont les TCO sont pris en charge et dont les patients sont traités. Cette visée repose sur un modèle inclusif, permettant de répondre à tous les besoins en soins de santé des patients grâce à l'accessibilité de services et de soins de santé holistiques ainsi qu'à une surveillance bien comprise.

Les membres du Comité consultatif reconnaissent qu'à elle seule l'amélioration des modalités de traitement des TCO ne sera pas suffisante. Il faudra procéder à d'importantes améliorations en amont, si l'on veut s'assurer que les opioïdes sont prescrits et contrôlés de façon appropriée dès le moment où des patients demandent le traitement de douleurs aiguës ou chroniques, de même qu'à l'élargissement des initiatives de réduction des risques, afin d'abaisser les taux de lésions ou de décès causés par les surdoses d'opioïdes. En conséquence, la portée de certaines des recommandations du Comité consultatif va au-delà du traitement des TCO et des soins connexes.

Liste des recommandations

PHARMACOLOGIE	
Recommandation 1	Les prestataires de soins devraient informer tous les patients qui souffrent de troubles liés à la consommation d'opioïdes (TCO) des risques, effets secondaires et bienfaits du traitement par agoniste opioïde (buprénorphine/naloxone et méthadone). En raison de son meilleur profil d'innocuité et de son accessibilité en Ontario, les prestataires devraient

	recommander la buprénorphine/naloxone comme médicament de première ligne pour la plupart des patients. La sélection du médicament devrait être un processus commun de prise de décisions, en laissant au patient le dernier mot quant au choix de son traitement.
ACCÈS	
Recommandation 2	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait faciliter le changement de catégorie de la formule buprénorphine/naloxone, de « médicament à usage limité » à « médicament d'application générale », sur le Formulaire des médicaments de l'Ontario.
Recommandation 3	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée appuie les modifications à la réglementation provinciale qui permettraient au personnel infirmier praticien adéquatement formé de prescrire et d'administrer de la buprénorphine/naloxone et de la méthadone en présence de troubles liés à la consommation d'opioïdes.
NORMES DE PRATIQUE	
Recommandation 4	Qualité des services de santé Ontario, avec le concours des ordres professionnels et autres organismes de réglementation, selon le cas, devrait mettre au point des normes de qualité et des lignes directrices concernant le traitement des troubles liés à la consommation d'opioïdes, notamment le traitement par agoniste opioïde, d'ici la fin de 2017.
Recommandation 5	Qualité des services de santé Ontario, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) et d'autres associations professionnelles et organismes de réglementation, selon le cas, devrait établir des normes pour la prescription des opioïdes. L'OMCO et d'autres associations professionnelles devraient assurer une surveillance appropriée, de façon à veiller au respect de ces lignes directrices. L'OMCO devrait exercer un contrôle réglementaire sur tous les opioïdes, et non seulement sur la méthadone.
PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ	
Recommandation 6	<p>Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait affecter les fonds nécessaires à l'instauration de cliniques et de services de traitement à accès rapide pour ceux qui ont besoin de soins immédiats en raison de troubles liés à la consommation d'opioïdes.</p> <p>Outre des traitements médicaux, ces cliniques et services devraient assurer une large gamme de services et de soutiens en soins de santé et en offrir l'accès, y compris le counselling en santé mentale et toxicomanie, et mettre en place des plans, protocoles et échéanciers pour le transfert des patients stables dans des centres de soins appropriés, pour une prise en charge ininterrompue.</p>
Recommandation 7	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le Réseau local d'intégration des services de santé devraient veiller à la mise en place, à l'intention des prestataires de services de santé, de modèles, protocoles et

	soutiens financiers pour l'élaboration de plans de transition appropriés, adaptés aux besoins particuliers des patients, afin d'assurer la continuité des soins.
Recommandation 8	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le Réseau local d'intégration des services de santé devraient donner priorité aux patients traités par agoniste opioïde lors des affectations à un organisme de soins primaires, de préférence là où il existe des équipes interprofessionnelles de première ligne. Les équipes Santé familiale et les centres de santé communautaire devraient être tenus par contrat d'accepter annuellement un nombre donné de patients ayant reçu un diagnostic de dépendance aux opioïdes et de leur dispenser un traitement par agoniste opioïde.
Recommandation 9	Le traitement par agoniste opioïde et le traitement des dépendances en général, soumis à la surveillance réglementaire appropriée, devraient être pleinement intégrés à l'éventail usuel des services de soins primaires. D'ici là, les cliniques dédiées et les prescripteurs du traitement par agoniste opioïde devraient être tenus d'assigner, si possible, ces patients à des prestataires de soins primaires et d'entretenir avec ceux-ci des échanges réguliers; les cliniques dédiées et les prescripteurs du traitement par agoniste opioïde devraient intégrer à leur pratique la gamme complète des services de santé mentale et de traitement des dépendances.
Recommandation 10	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait veiller à ce que tous les prestataires de soins de santé qui prescrivent régulièrement des opioïdes reçoivent des rapports d'évaluation et de rétroaction au sujet de ces ordonnances.
Recommandation 11	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait œuvrer en collaboration avec les prestataires de services dans les établissements tant privés que publics où résident des patients qui reçoivent un traitement par agoniste opioïde (programmes de traitement en établissement, foyers de soins de longue durée, hôpitaux, établissements correctionnels, etc.), afin de veiller à ce que : <ul style="list-style-type: none"> a) les patients traités par agoniste opioïde puissent poursuivre leur traitement de façon ininterrompue après leur admission; b) les prestataires procurent un accès rapide au traitement par agoniste opioïde si la situation clinique l'exige ou si le patient en fait la demande à un stade quelconque de leur séjour en établissement. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait, sur demande, assurer son aide à la mise en œuvre de ces politiques.
ENFANTS ET JEUNES	
Recommandation 12	Les enfants et les jeunes devraient avoir accès aux services qui répondent à leurs besoins en matière de développement. Le traitement par agoniste opioïde de première ligne à la buprénorphine/naloxone devrait être le seul dispensé aux enfants et aux jeunes qui vivent ou séjournent fréquemment dans des collectivités où la méthadone n'est pas disponible, en particulier dans les communautés des Premières Nations. Les cliniciens et le personnel

	clinique qui administrent le traitement par agoniste opioïde devraient avoir accès à une formation et, au besoin, à d'autres sources de soutien lors de la prestation de services destinés aux enfants et aux jeunes.
Recommandation 13	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait appuyer un projet pilote de programme de traitement des dépendances / traitement par agoniste opioïde spécifiquement destiné aux enfants et aux jeunes, lequel comporterait la mesure des résultats du traitement de substitution aux opioïdes, outre une aide optimale à la diminution graduelle et à la cessation du traitement par agoniste opioïde.
PEUPLES ET COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES	
Recommandation 14	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec Santé Canada, les dirigeants des Premières Nations et divers partenaires autochtones, devrait impartir un financement durable aux programmes de lutte contre l'abus de médicaments d'ordonnance basés sur la communauté, le territoire et la culture. Les programmes devraient comprendre le traitement à la buprénorphine/naloxone, de même qu'un counselling en désintoxication et prévention des rechutes.
Recommandation 15	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et d'autres associations professionnelles et organismes de réglementation devraient encourager tous les prestataires de traitement par agoniste opioïde à appuyer le remplacement de la méthadone par la buprénorphine/naloxone lorsque la situation clinique ou géographique l'indique, entre autres pour les patients des Premières Nations.
Recommandation 16	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec Santé Canada et ses partenaires autochtones, devrait subventionner la mise sur pied d'une formation et de programmes d'appui au rétablissement du syndrome de stress post-traumatique et des suites du traumatisme historique et intergénérationnel. Ce financement devrait apporter du soutien : <ul style="list-style-type: none"> • aux retraites de ressourcement à l'intention des chefs et membres des conseils; • à la formation des responsables du programme de lutte contre l'abus de médicaments d'ordonnance à une prestation de soins tenant compte des traumatismes subis; • à des programmes de suivi adaptés à la culture qui soutiennent le rétablissement de la personne, de la famille et de la communauté du syndrome de stress post-traumatique et de la transmission du traumatisme historique.
GROSSESSE ET POSTNATALITÉ	
Recommandation 17	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait fournir des soutiens supplémentaires aux femmes enceintes et en période postnatale qui présentent des troubles liés à la consommation d'opioïdes, soit : aplanir les barrières à l'accès au traitement; dispenser des conseils sur les suppléments alimentaires et l'allaitement; instaurer des services de garderie; diffuser des connaissances et une formation sur la toxicomanie auprès des :

	<ul style="list-style-type: none"> • intervenants en protection de l'enfance; • avocats des services de protection de l'enfance; • juges et membres de jurys.
Recommandation 18	Il faudrait prescrire de la buprénorphine aux femmes enceintes qui vivent ou séjournent dans des collectivités et communautés où la méthadone n'est pas disponible, en particulier aux femmes des Premières Nations. Le traitement par agoniste opioïde devrait être dispensé en continu aux femmes enceintes, pendant l'accouchement et en période postnatale.
INCITATIFS AUX MÉDECINS / FINANCEMENT	
Recommandation 19	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait œuvrer en collaboration avec l'Association médicale de l'Ontario et le Réseau local d'intégration des services de santé en vue d'appuyer les divers modèles de services de santé physique et mentale qui répondent aux besoins respectifs des patients. Il faudrait entre autres prévoir d'autres barèmes de rémunération pour les médecins, afin de s'assurer que des soins de qualité soient dispensés dans tous les contextes et milieux, notamment dans les cliniques à grande fréquentation.
RÉDUCTION DES RISQUES / PRÉVENTION DES SURDOSES	
Recommandation 20	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait donner une suite rapide à son engagement de rendre la naloxone généralement et promptement accessible à tous les patients aptes à en bénéficier.
Recommandation 21	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait réviser la couverture des opioïdes inscrits au Formulaire des médicaments de l'Ontario, de façon à : <ul style="list-style-type: none"> • prévoir un plafonnement au remboursement des doses quotidiennes d'opioïdes dont le total est élevé; • retirer de la liste les formulations à doses inutilement fortes d'opioïdes puissants.
Recommandation 22	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait soutenir et financer les pratiques fondées sur des données probantes de façon à y inclure des programmes de réduction des méfaits, entre autres : l'accès à un matériel et à des fournitures servant à fumer ou à injecter qui soient plus sûrs et à la consommation de drogues sous surveillance.
DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ	
Recommandation 23	Le gouvernement provincial devrait affecter des fonds à la promotion et au soutien de divers types de logements supervisés, y compris de l'approche Logement d'abord, à l'intention des personnes ayant des troubles liés à la consommation d'opioïdes.
SOUTIENS ÉDUCATIFS	
Recommandation 24	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait œuvrer en collaboration avec les associations, ordres et collèges professionnels, les autres organismes de réglementation ainsi que les établissements

	d'enseignement appropriés, dans la mise à jour de programmes et dans l'harmonisation d'initiatives d'éducation et de normes de prescription des opioïdes qui soient sécuritaires chez les médecins et le personnel infirmier praticien de l'Ontario, de même que dans la délivrance ou la distribution sécuritaire de ces produits par les pharmaciens et le personnel infirmier.
Recommandation 25	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait mandater les hôpitaux et les cliniques interprofessionnelles de soins de santé primaires (dont les équipes Santé familiale, les centres de santé communautaire et les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones) pour la mise au point de programmes d'appui à l'amorce d'un traitement par agoniste opioïde chez les patients qui souffrent de surdose aux opioïdes ou de troubles liés à la consommation d'opioïdes, suivant les lignes directrices des meilleures pratiques thérapeutiques.
Recommandation 26	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait affecter un financement durable à l'expansion de programmes existants, tels que ceux du Medical Mentoring for Addictions and Pain Network, et à l'institution de nouveaux programmes au besoin, afin de faciliter les consultations cliniques et la mise en train de programmes de mentorat à distance comme aides à la prescription et à la délivrance sécuritaires des opioïdes de même qu'à la prise en charge des troubles liés à la consommation d'opioïdes.
Recommandation 27	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait mettre au point, en collaboration avec d'autres organismes (p. ex. Qualité des services de santé Ontario, Centre de toxicomanie et de santé mentale), une trousse éducative complète, y compris un dossier d'information uniforme sur les droits des patients, à l'intention de ceux qui prennent actuellement des opioïdes pour le traitement de la douleur et qui envisagent et/ou entament un traitement par agoniste opioïde. Cette trousse éducative devrait être mise au point en consultation avec des médecins formés à la prise en charge des troubles liés à la consommation d'opioïdes et au traitement de la douleur, des spécialistes de l'éthique médicale, des pharmaciens et des personnes qui ont personnellement souffert de troubles liés à la consommation d'opioïdes.
TECHNOLOGIE	
Recommandation 28	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait promouvoir le recours aux outils électroniques pour documenter les plans de soins, ainsi que pour consigner et diffuser l'information en santé. Cette pratique permettrait d'éviter le double emploi, simplifierait la transmission des dossiers entre prestataires de soins et faciliterait le cheminement des patients au sein du système.
Recommandation 29	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait mettre au point des systèmes d'information qui identifient de façon proactive les prestataires dont les pratiques de prescription d'opioïdes sont potentiellement dangereuses. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario devraient se concerter afin d'éliminer les pratiques de prescriptions dangereuses. Tous les cliniciens devraient avoir accès au Système de surveillance des stupéfiants et des

	substances contrôlées.
RECHERCHES	
Recommandation 30	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait investir dans les recherches sur la crise des opioïdes et le traitement des dépendances aux opioïdes afin d’explorer les questions qui ont une incidence sur la pratique clinique, les services et soutiens communautaires et les politiques publiques.

INTRODUCTION

Le Canada est aujourd'hui au premier rang mondial pour ce qui est de la consommation d'opioïdes par habitant², et l'Ontario affiche le taux le plus élevé au pays de consommation d'opioïdes prescrits³. En Ontario, approximativement 1 décès sur 170 est actuellement attribuable à la consommation d'opioïdes⁴. Chez les jeunes adultes de 25 à 34 ans, 1 décès sur 8 est dû aux opioïdes, ce qui en fait la principale cause de mortalité chez les jeunes adultes ontariens⁵.

Des années de pratiques de prescription libérales ont indûment exposé une foule de gens aux effets d'opioïdes puissants pour tous les types de gestion de la douleur. Il s'est ensuivi une hausse spectaculaire des taux de dépendance aux opioïdes d'ordonnance et l'ouverture également d'un vaste marché au détournement des opioïdes licites et à l'influx de variantes illicites. Les opioïdes sont souvent utilisés de façon illicite pour l'automédication de la douleur physique et de troubles mentaux non traités. Certains déterminants sociaux de la santé – par exemple, les effets durables du traumatisme intergénérationnel au sein de nombreuses communautés autochtones – ont rendu des personnes et des communautés déjà marginalisées vulnérables face aux risques de dépendance aux opioïdes et aux surdoses.

L'actuelle crise des opioïdes se répercute de manière dévastatrice sur les personnes, les familles et des collectivités entières de la province, car il y a eu, ces dernières années, une hausse vertigineuse de la prévalence des dépendances et de l'incidence des lésions et décès associés aux opioïdes^{6, 7}.

Le terme « traitement par agoniste opioïde (TAO) » désigne le traitement à long terme de la dépendance aux opioïdes au moyen de méthadone ou de buprénorphine/naloxone (aussi connue sous l'appellation « Suboxone », ci-après « buprénorphine »), deux opioïdes à action prolongée qui soulagent les symptômes de sevrage et atténuent l'état de manque pendant une période pouvant aller jusqu'à 24 heures. Les deux médicaments agissent lentement au début, de sorte que la prise de la dose appropriée n'entraîne pas d'euphorie ni d'intoxication.

Le TAO comporte habituellement trois volets : la délivrance fréquente de ces médicaments sous la surveillance d'un pharmacien (notamment la consommation supervisée sur place), avec le passage progressif et à court terme de la prise de doses à domicile; le suivi en continu de la consommation au moyen du dépistage de drogues dans l'urine et de visites en cabinet; enfin, la prestation de counselling et de soins médicaux. De nombreux essais contrôlés et études de cohortes à long terme ont montré que le TAO est la stratégie la plus efficace pour abaisser à long terme la consommation des opioïdes illicites, et améliorer les taux de rétention en traitement, de prévention des surdoses et de rétablissement chez les patients. Cependant, certains patients réussissent sans ce recours à diminuer et à discontinuer la prise de maintien des médicaments prescrits, moyennant un soutien assidu de la part des prestataires de soins et des services communautaires.

Les troubles liés à la consommation d'opioïdes (TCO) constituent un enjeu sanitaire complexe, qui exige des soins holistiques, centrés sur le patient, ce qui bien souvent n'est pas disponible ou accessible quand

et là où les patients en ont le plus besoin. Actuellement, le traitement le plus courant est celui de maintien à la méthadone (TMM), dispensé dans des cliniques autonomes où le personnel est rémunéré à l'acte, des centres universitaires, des centres de santé communautaire et des cliniques communautaires. Certaines de ces cliniques exigent que leurs patients se présentent toutes les semaines, outre leurs rendez-vous réguliers, aux fins du dépistage de drogues dans l'urine et pour recevoir une ordonnance du médecin, peu importe leur stade de rétablissement. Ces visites obligatoires et coûteuses en temps restreignent l'autonomie des patients et entravent leur capacité de retour au travail, de déplacement, de participation à des rencontres avec la famille et les amis et à d'autres activités de la vie quotidienne.

Les travaux du présent Comité consultatif reposent sur les fondements jetés en 2007 par le Groupe d'étude sur les pratiques de traitement de maintien à la méthadone de 2007 et reflètent des problèmes qui sont apparus depuis, ainsi la hausse spectaculaire des décès par surdose d'opioïdes. Le Comité consultatif s'est penché sur plusieurs aspects du traitement des TCO : accès au TAO; innocuité ou pertinence des médicaments servant au traitement par agoniste opioïde; incidence du TAO sur la qualité de vie et la rétention en traitement; prestation de soins de santé primaires et de soins de santé mentale; enfin, besoins particuliers en traitement des enfants et des jeunes, des femmes enceintes et des populations autochtones.

Le Comité consultatif s'est également penché sur des stratégies de réduction des taux de dépendance et de surdose, par la délivrance de naloxone à prendre à domicile et la promotion de pratiques sécuritaires en matière de prescription des opioïdes.

Pratiques actuelles de traitement à la méthadone

En Ontario, ce sont des cliniques autonomes financées par le Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO), souvent désignées sous le nom de cliniques de distribution de méthadone, qui dispensent généralement les TAO.

Depuis que la formule de traitement des dépendances par la méthadone est devenue plus disponible, en 1996, le maintien à la méthadone a été une modalité thérapeutique très efficace, associée à des réductions marquées de consommation des opioïdes

Le Ministère avait demandé à l'OMCO de mettre sur pied un programme de traitement à la méthadone en Ontario, de façon à accroître la disponibilité des prescripteurs dans la province, vu un accès restreint à l'époque. L'Ordre, par un règlement de 1999, avait établi un groupe d'étude sur la méthadone doté d'un mandat de surveillance, et s'était donné pour mission de :

- i) Veiller à la mise en place de programmes de formation pour les médecins devant prescrire de la méthadone;
- ii) Faciliter la formulation de lignes directrices et de normes en matière de TMM avec les principaux spécialistes ontariens de la toxicomanie sur la prise en charge sécuritaire de la dépendance aux opioïdes;
- iii) Élaborer un rigoureux programme d'évaluation des pratiques de prescription de la méthadone chez les médecins, pour s'assurer qu'elles soient sécuritaires et efficaces;
- iv) Décider de délivrer, refuser de délivrer ou retirer à un médecin le permis de prescrire, d'administrer ou de fournir de quelque façon de la méthadone pour la prise en charge de la dépendance aux opioïdes.

L'intervention de l'OMCO a élargi l'accès pour les patients tout en appuyant les médecins (p. ex. aide pour obtenir du gouvernement fédéral l'exemption exigée pour prescrire de la méthadone, lignes directrices pour la prestation du TMM, tenue d'une conférence annuelle, rétroaction/éducation sur les pratiques par leur évaluation).

illicites, à des améliorations de l'humeur et du fonctionnement, ainsi qu'à une baisse de l'utilisation des soins de santé et du taux de mortalité. Cependant, une réforme s'impose si l'on veut mieux répondre aux besoins de tous les patients qui présentent des TCO. Un certain nombre de failles systémiques graves nuisent considérablement à l'accès au traitement et à sa qualité, dont les suivantes :

- **Exemption du gouvernement fédéral** : Pour avoir le droit de prescrire de la méthadone, les médecins sont tenus d'obtenir une exemption de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* du gouvernement fédéral, ce qui est facilité par l'OMCO. Cette stipulation, en fait, dissuade de nombreux médecins de première ligne de prescrire de la méthadone dans le cours de leur pratique familiale.
- **Manque d'accès aux cliniques de TAO** : Il est préoccupant de constater que le nombre de cliniques est insuffisant pour répondre aux besoins des patients. Plus de 40 000 patients suivent actuellement un traitement de maintien à la méthadone, mais de nombreuses collectivités n'ont que peu ou pas accès aux TAO, en particulier les collectivités du Nord, rurales et éloignées. L'accès au traitement est extrêmement limité pour les peuples et communautés autochtones. De plus, la stigmatisation et la discrimination qui s'y rattachent réduisent encore l'accès pour certains groupes plus que pour d'autres, p. ex. barrières linguistiques et minorités ethniques.
- **Manque d'accès aux soins de santé intégrés dans les cliniques autonomes à rémunération à l'acte** : Nombre de ces cliniques offrent tout au plus le dépistage de drogues dans l'urine et la prescription et délivrance de méthadone, ce qui laisse les patients sans accès aux soins de santé primaires, au dépistage de la dépendance et des troubles de santé mentale, aux services de counselling ou d'intervention de courte durée et à la prise en charge des maladies graves et chroniques.
- **Qualité variable des services cliniques** : Dans certaines cliniques, on exige du patient qu'il se présente fréquemment en cabinet pour une brève visite et le dépistage de drogues dans l'urine, peu importe son stade de rétablissement. Cette exigence est inutile et coûteuse et peut même nuire au rétablissement des patients, puisque la fréquence des visites peut être inopportune et parfois très difficile, en particulier pour les personnes qui vivent en région rurale et géographiquement isolée.
- **Manque d'accès à d'autres formules de traitement**, telles que les traitements à la naltrexone et fondés sur l'abstinence.

Le Comité consultatif

Mandat

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a établi le Comité consultatif du traitement à la méthadone et des soins et lui a confié le mandat suivant :

- examiner les meilleures pratiques en cours dans divers territoires, en tenant compte des données probantes récentes et des derniers rapports d'experts;

- formuler des recommandations fondées sur des données probantes, qui soient concrètes et ciblées – tant pour le court que le long terme –, pour la mise en œuvre d’un traitement des TCO qui puisse s’intégrer aux soins de santé primaires et mette les patients en rapport avec des services communautaires et des cliniques de soins de santé primaires.

Au nombre des objectifs que doivent viser ces recommandations figurent les suivants :

- un meilleur protocole clinique, qui intègre le traitement à la méthadone aux soins primaires dispensés aux patients;
- l’identification de différentes formules de traitement appropriées (Suboxone, c.-à-d. buprénorphine/naloxone);
- une meilleure formation des prestataires en toxicomanie et prescription d’opioïdes, et un soutien clinique plus étroit des patients (en insistant sur les moyens de soutien en dépendance et santé mentale);
- de meilleurs traitements et soutiens dans les régions à risque élevé (collectivités rurales, éloignées et du Nord, en particulier peuples et communautés autochtones).

On a sollicité l’expertise et les avis des membres du Comité consultatif, afin de veiller à ce que le plan proposé à l’échelle provinciale tienne compte des meilleures données, sous l’angle tant de la santé publique que des systèmes.

Composition

Les membres du Comité consultatif occupent divers postes dans le domaine de la toxicomanie et du traitement de la dépendance aux opioïdes, et ils ont apporté à notre étude un riche éventail de compétences professionnelles sur des enjeux clés de la crise des opioïdes. Présidé par D^r Meldon Kahan, directeur médical du service de toxicomanie à l’Hôpital Women’s College, le Comité comprend les membres suivants (voir à l’Annexe 1 pour un aperçu biographique) :

D ^r Philip Berger	D ^r Mike Franklyn	D ^r Ken Lee
M. Rob Boyd	M ^{me} Tara Gomes	D ^r Bernard Le Foll
D ^{re} Claudette Chase	D ^{re} Doris Grinspun	M ^{me} Sabrina Merali
D ^{re} Sharon Cirone	M. Wade Hillier	D ^r Peter Selby
D ^r Robert Cooper	M ^{me} Carol Hopkins	D ^{re} Sheryl Spithoff
M ^{me} Gail Czukar	M ^{me} Mae Katt	
D ^r Irfan Dhalla	D ^{re} Tara Kiran	

Processus

Le Comité consultatif a mené ses travaux de février à mai 2016. Des discussions exhaustives ont abouti aux recommandations d'experts que renferme le présent rapport, où est exposée une méthode de conception et de mise en œuvre d'une stratégie de prestation du TAO englobant les services complémentaires qui sont nécessaires à des soins holistiques de qualité, centrés sur le patient.

L'élaboration et le développement des recommandations clés du rapport se fondent sur des recherches universitaires exhaustives, des données probantes publiées dans le domaine, les lignes directrices des meilleures pratiques cliniques dans d'autres territoires de compétence, le tout à la lumière de l'expérience exceptionnelle, des points de vue et des avis des membres du Comité consultatif.

Le rapport formule des recommandations visant l'amélioration de l'actuel système de prestation de services aux patients atteints de TCO, afin que ceux-ci reçoivent les meilleurs soins possible et bénéficient d'une meilleure qualité de vie, par l'instauration d'un système de TAO réellement axé sur les patients.

La plupart des avis et recommandations que renferme le rapport ont fait l'objet d'un consensus.

Exposés de fond

Le Comité consultatif a reçu des exposés de fond des personnes et organismes suivants :

- Un comité de prestataires de services communautaires, sur l'expérience acquise pendant la prestation de services communautaires liés au TAO et de soutien holistique. Le comité se composait des personnes suivantes : Penny Marrett, directrice générale, Addiction Services York Region; Dennis Long, directeur général, Breakaway Services, Toronto; Robin Griller, directeur général, St. Michael's Homes, Toronto; Nancy Black, directrice, St. Joseph's Care Group, Thunder Bay.
- Le ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, sur les défis qui se posent dans les établissements correctionnels.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, sur les stades actuels et futurs du projet de système informatique intitulé Répertoire des profils pharmaceutiques complets (RPPC).
- Wade Hillier, représentant de l'OMCO et membre du Comité consultatif, sur les lignes directrices de l'Ordre portant sur les programmes de traitement à la méthadone.
- Tara Gomes, membre du Comité consultatif et chercheuse principale au Réseau de recherche sur la politique du médicament de l'Ontario, sur les recherches de pointe quant aux formules de traitement par agoniste opioïde.
- D^{re} Carol Strike, chercheuse en services de santé à l'École de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto, en particulier sur l'expérience vécue par des bénéficiaires du TAO.
- Le chef régional de l'Ontario Isadore Day, Wiindawtegowinini, sur le vécu des personnes autochtones atteintes de TCO.

Considérations sur la mobilisation des patients

Le changement transformationnel, qui place la personne au centre du plan de soins, exige la participation des intéressés. Tout au long de la rédaction du rapport, le Comité consultatif a tenu compte des excellents travaux de D^{re} Carol Strike sur l'expérience vécue par les patients au sein du système de traitement par agoniste opioïde en Ontario. Cependant, le Comité souligne qu'une meilleure participation des patients est nécessaire.

À la Recommandation 4, le Comité propose que Qualité des services de santé Ontario (QSSO) se rallie la participation d'une population de patients diversifiée au fil de l'élaboration d'une norme de qualité pour le traitement des TCO. Cette mesure garantira que les besoins des patients soient pleinement pris en compte lors de la formulation de lignes directrices spécifiques à l'égard des formules de traitement et des normes de service, aussi bien que lors de leur mise en œuvre.

Puisque QSSO est doté d'une expertise considérable à l'égard d'un processus apte à susciter une participation importante des patients et procédera à la mise au point de la norme de qualité, le Comité est d'avis que la participation des patients aurait une plus grande incidence globale sur la prestation des services à cette étape des travaux.

Déclaration sur les principes et valeurs

Une composante clé du mandat du Comité consultatif était de considérer le patient comme étant au centre d'un système transformé. En conséquence, lors de l'élaboration des recommandations, le Comité s'est fondé sur les principes directeurs de la publication du ministère de la Santé et des Soins de longue durée *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé* :

- Mettre l'accent sur la personne et non seulement sur la dépendance.
- Prodiguer des soins coordonnés et intégrés, afin qu'un patient puisse obtenir les bons soins des bons fournisseurs.
- Aider les patients à comprendre comment fonctionne le système, afin qu'ils puissent trouver les soins dont ils ont besoin, au moment et à l'endroit où ils en ont besoin.
- Prendre des décisions qui sont orientées par les patients, afin que ceux-ci jouent un rôle important dans les modifications apportées au système.
- Tenir compte des retombées d'un traitement à long terme sur le quotidien.
- Être plus transparents en ce qui concerne les soins de santé, afin que la population ontarienne puisse faire des choix éclairés⁸.

RECOMMANDATIONS

Pharmacologie

Recommandation 1: Les prestataires de soins devraient informer tous les patients qui souffrent de troubles liés à la consommation d'opioïdes (TCO) des risques, effets secondaires et bienfaits du traitement par agoniste opioïde (buprénorphine/naloxone et méthadone). En raison de son meilleur profil d'innocuité et de son accessibilité en Ontario, les prestataires devraient recommander la buprénorphine/naloxone comme médicament de première ligne pour la plupart des patients. La sélection du médicament devrait être un processus commun de prise de décisions, en laissant au patient le dernier mot quant au choix de son traitement.

Comme c'est le cas pour tous les traitements médicaux, les personnes qui souffrent de TCO et qui désirent entamer un TAO doivent être mises au courant de toutes les formules thérapeutiques qui leur sont disponibles ainsi que des bienfaits et des risques de chacune, tant à long qu'à court terme. Les personnes qui abordent un TAO ont besoin d'un soutien objectif et adéquat afin de prendre des décisions éclairées quant à leurs plans de soins, puisque, pour beaucoup d'entre elles, le choix initial de traitement aura des conséquences à long terme sur leur qualité de vie. La prise de décisions est un processus collaboratif, qui permet aux patients et à leurs prestataires de parvenir à un consensus sur les soins de santé souhaitables, le choix final du traitement étant laissé aux patients. Le processus prend en compte les meilleures données cliniques disponibles, de même que les valeurs et préférences du patient.

Des facteurs de tous ordres peuvent influencer sur la décision de choisir un traitement plutôt qu'un autre. En particulier, il est important de reconnaître que de nombreuses communautés des Premières Nations ont elles-mêmes formulé une préférence collective pour la buprénorphine/naloxone plutôt que la méthadone, vu les rapports de problèmes de détournement de la méthadone, les risques et effets secondaires signalés (sédation et surdoses), l'impossibilité de procéder à ce traitement sur place à cause du manque de ressources et des problèmes associés aux programmes à la méthadone dispensés ailleurs (éloignement, manque de counselling et de soutien). Pour ces motifs, le traitement à la buprénorphine est souvent préféré par les chefs de bande ainsi que par les médecins et conseillers des communautés des Premières Nations, car le régime thérapeutique permet l'intégration de services adaptés à la culture et du processus de guérison collectif.

La buprénorphine est un « agoniste opioïde partiel », ne comportant qu'une activité restreinte du secteur du cerveau qui contrôle la respiration. Par contre, la méthadone est un agoniste à action intégrale, qui a le pouvoir de paralyser le centre de la respiration du cerveau, avec possible arrêt de la respiration chez le patient. La méthadone s'accompagne donc d'un risque plus grand de décès par surdose que la buprénorphine. Le taux de surdose chez ceux qui prennent de la méthadone d'ordonnance est de quatre fois plus élevé que chez ceux qui prennent de la buprénorphine

d'ordonnance⁹. Le risque de surdose chez ceux qui consomment de la méthadone détournée est de six fois plus élevé que chez ceux qui consomment de la buprénorphine détournée¹⁰.

Pour les personnes non tolérantes, la dose de méthadone d'une seule journée peut être létale, ce qui représente un risque de surdose élevé pendant les deux premières semaines de traitement. De plus, dans *Vancouver Coastal Health Guideline for the Clinical Management of Opioid Addiction (Vancouver Coastal Health Guideline)*, on rapporte la présence de méthadone dans quelque 25 % de tous les décès liés aux opioïdes prescrits en Colombie-Britannique¹¹.

La méthadone est associée à d'autres risques. Elle prolonge l'intervalle QT, qui est une mesure de l'intervalle entre le début de l'onde Q et la fin de l'onde T du cycle électrique du cœur, et elle interagit avec de nombreux médicaments¹². La buprénorphine a moins d'interactions avec d'autres médicaments et ne semble pas influencer sur l'intervalle QT. La méthadone et la buprénorphine peuvent toutes deux être causes de sédation et de carie dentaire¹³, d'une baisse de libido, de sudation et d'une prise de poids; cependant, les effets secondaires de la buprénorphine sont beaucoup moins prononcés.

Également, en comparaison de la méthadone, la buprénorphine semble aboutir à de meilleurs résultats chez les nouveau-nés. La buprénorphine (sans naloxone) est associée à moins de symptômes de sevrage néonatal, à une gravité moindre et à des séjours plus courts à l'unité néonatale des soins intensifs. Étant donné l'augmentation de 400 % du syndrome de sevrage néonatal (SSN) en Ontario depuis le début de l'épidémie des opioïdes d'ordonnance, c'est là une autre considération importante.

La buprénorphine et la méthadone semblent avoir une efficacité clinique comparable en ce qui concerne la suppression de la consommation illicite d'opioïdes. Des essais contrôlés ont démontré que la méthadone correspond à un taux de maintien en traitement un peu plus élevé que la buprénorphine¹⁴. Cependant, les patients qui n'ont pas réagi à la buprénorphine peuvent facilement passer à la méthadone¹⁵, tandis que, cliniquement, il est plus complexe de passer de la méthadone à la buprénorphine.

En se fondant sur certaines données cliniques, les lignes directrices sur les meilleures pratiques dans d'autres territoires de compétence, dont le *Vancouver Coastal Health Guideline* et les avis éclairés des experts du Comité consultatif, il est recommandé que la buprénorphine soit reconnue comme étant le traitement de première ligne approprié pour la plupart des personnes qui présentent des TCO.

En raison du profil d'innocuité de la buprénorphine, les médecins ne sont pas tenus d'obtenir une exemption de Santé Canada pour avoir le droit d'en prescrire. Ce fait peut encourager un plus grand nombre de médecins de première ligne à commencer à prescrire de la buprénorphine, surtout s'ils ont accès à un enseignement et à un mentorat appropriés. Voilà qui pourrait contribuer à élargir l'utilisation du TAO au-delà des cliniques de traitement à la méthadone et à les intégrer dans des centres de soins de santé primaires, ce qui permettrait de joindre un nombre beaucoup plus grand de patients. Les études montrent systématiquement que les patients prennent du mieux lorsqu'ils bénéficient d'un TAO dans un contexte de soins primaires, tant du point de vue de la dépendance^{16, 17, 18, 19, 20, 21} que de la qualité des soins^{22, 23}. Des études fondées sur l'observation ont montré que les patients qui reçoivent un traitement par buprénorphine dans un contexte de soins primaires sont plus susceptibles de bénéficier

de services de dépistage et de prévention, de diagnostics de maladies physiques et psychiatriques, et d'une prise en charge des maladies chroniques que les patients traités dans des centres spécialisés. Selon une étude menée au Connecticut auprès de patients traités à la buprénorphine, ceux qui avaient reçu de la buprénorphine dans une clinique de soins primaires étaient plus susceptibles de bénéficier de services de prévention (dépistage du cancer, de l'hypertension et du cholestérol, ainsi que du VIH et de l'hépatite C) que les patients qui reçoivent de la buprénorphine d'un spécialiste ayant été formé au traitement des TCO²⁴. Lors d'une étude portant sur 168 patients d'abord traités à la buprénorphine dans un centre de soins primaires (dont la plupart n'avaient pas eu de prestataire de soins primaires), on avait diagnostiqué et traité un nouvel état pathologique chronique chez 47 de ces patients (28 %); et 68 % d'entre eux présentaient des états pathologiques chroniques connus qui n'étaient pas traités (un traitement avait été amorcé dans la moitié de ces cas)²⁵.

Dans une étude qualitative portant sur des patients traités à la méthadone à long terme en Ontario²⁶, un thème ressortait : au fur et à mesure du vieillissement, les patients développaient de multiples problèmes de santé, et leur participation au programme de traitement à la méthadone leur rendait difficile de recevoir des soins primaires adéquats. Cette situation menait parfois à de longs retards dans le diagnostic et le traitement de maladies chroniques.

De plus, les données suggèrent que nombre d'utilisateurs des opioïdes préfèrent fréquenter un centre de soins primaires plutôt qu'une clinique privée de traitement à la méthadone. Strike signalait que [traduction] « La présence obligatoire fréquente dans des lieux de prestation du TMM mène à une exposition fréquente au monde de la drogue; et de nombreux patients préfèrent l'intimité discrète d'un cabinet de généraliste, afin d'éviter de provoquer une rechute et le risque de stigmatisation lié à une réputation d'habitué de la méthadone »²⁷. Dans une étude qualitative portant sur des patients séropositifs dépendants aux opioïdes, les participants préféraient de beaucoup recevoir de la buprénorphine dans un centre de soins primaires, parce que c'était plus commode et plus efficient, et qu'on y offrait un meilleur support d'équipe²⁸.

Certains médecins du domaine des dépendances ont exprimé des inquiétudes au sujet de la prescription de buprénorphine par des généralistes, et invoqué une situation survenue couramment en France. Le mauvais usage et le détournement de la buprénorphine y sont fréquents, ce qui pourrait refléter des pratiques de prescription sous-optimales, ainsi la prescription par des généralistes français de doses à prendre à domicile. Cependant, il faut savoir que certains généralistes français ont commencé à prescrire de la buprénorphine en 1995, sans avoir reçu un enseignement ou un soutien clinique adéquat des spécialistes en toxicomanie²⁹. En Australie, le traitement à la buprénorphine présenté aux médecins était assorti de lignes directrices cliniques, de programmes de formation et de matériel destiné aux patients, et des protocoles cliniques intégrés avaient été mis au point conjointement en médecine des dépendances et en soins primaires³⁰.

Le traitement à la méthadone a des avantages à court terme, car il peut être administré dans l'immédiat, sans que le patient éprouve nécessairement de symptômes de retrait, tandis que la buprénorphine provoque ces symptômes si elle est administrée en présence d'autres opioïdes dans l'organisme du patient. D'autre part, la dose de buprénorphine peut être augmentée beaucoup plus

rapidement que celle de méthadone, ce qui permet une cessation plus rapide de la consommation d'opioïdes.

Accès

Pour améliorer l'accès à la buprénorphine en traitement de première ligne pour la plupart des patients, les mesures suivantes sont recommandées.

Recommandation 2 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait faciliter le changement de catégorie de la formule buprénorphine/naloxone, de « médicament à usage limité » à « médicament d'application générale », sur le Formulaire des médicaments de l'Ontario.

Des évaluations d'ordre économique suggèrent que les coûts pour les patients traités à la buprénorphine sont analogues à ceux que doivent assumer les patients traités à la méthadone. Des données sur les coûts spécifiques à l'Ontario sont en cours de préparation.

En Ontario, la méthadone est référencée à titre de médicament d'application générale sur le Formulaire des médicaments de l'Ontario, tandis que la buprénorphine est actuellement classée comme étant un médicament à usage limité. Voilà qui peut suggérer à certains prescripteurs que la buprénorphine devrait être considérée comme un médicament de deuxième intention.

Le Formulaire énonce que la buprénorphine ne devrait être prescrite à un patient que si la méthode comporte un fort risque de nocivité pour lui, qu'il y a contre-indication de la méthadone dans son cas, qu'un traitement à la méthadone a déjà échoué chez lui ou si la méthadone n'est pas disponible dans sa collectivité. Comme appui supplémentaire à la Recommandation 1, il est impératif que la buprénorphine soit inscrite comme étant d'application générale sur le Formulaire des médicaments de l'Ontario. Cette mesure inciterait considérablement les médecins à prescrire de la buprénorphine en traitement de première ligne pour les troubles liés à la consommation d'opioïdes (TCO).

Comme nous l'avons mentionné à la section ci-dessus, la buprénorphine et la méthadone se révèlent d'une efficacité clinique analogue³¹, mais la buprénorphine est beaucoup plus sûre que la méthadone³² et entraîne moins d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses. Si le Ministère l'inscrivait comme étant d'application générale, la buprénorphine pourrait ainsi avoir un impact global beaucoup plus fort dans la population.

Recommandation 3 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée appuie les modifications à la réglementation provinciale qui permettraient au personnel infirmier praticien adéquatement formé de prescrire et d'administrer de la buprénorphine/naloxone et de la méthadone en présence de troubles liés à la consommation d'opioïdes.

Le droit de prescrire des médicaments à usage limité pour traiter les patients qui souffrent de TCO permettrait au personnel infirmier praticien (IP) d'adopter une approche thérapeutique globale lors de

la prise en charge de maladies chroniques, dépendances comprises. Cette mesure amplifierait la capacité des IP à utiliser leurs connaissances, compétences et habiletés à l'avantage des patients par un accès accru aux médicaments, ce qui aurait un impact positif sur le vécu du patient et le système de santé.

À l'heure actuelle, le personnel infirmier praticien travaille parfois dans des communautés isolées, dans les régions rurales et du Nord où sévissent des taux de dépendance très élevés, avec un accès restreint aux médecins en soins primaires et aux médecins formés au traitement des TCO. Le fait d'autoriser les IP à prescrire de la buprénorphine et/ou de la méthadone élargirait de façon importante l'accès et la capacité thérapeutique dans les collectivités du Nord, rurales et éloignées. Afin d'étendre l'accès aux collectivités des régions rurales et éloignées (Premières Nations et autres), un modèle de rémunération particulier doit être envisagé. Étant donné que de nombreux IP y sont résidents à plein temps, on aurait ainsi l'occasion de fournir à ces collectivités un meilleur accès au traitement.

Normes de pratique

L'ouvrage publié par l'OMCO en février 2011, *Methadone Maintenance Treatment Program Standards and Clinical Guidelines* (Lignes directrices cliniques et normes – Programme de traitement de maintien à la méthadone) porte principalement sur le dosage de la méthadone, le dépistage de drogues dans l'urine et les calendriers de prise à domicile. Le document ne traite pas adéquatement d'autres aspects d'un régime de soins complet.

La qualité des soins dispensés à l'aide des programmes de TAO peut avoir une incidence majeure sur les résultats chez les patients. Un maintien thérapeutique continu pendant 365 jours ou plus est associé à des résultats nettement meilleurs, y compris une consommation réduite de drogues³³. Un traitement continu à long terme (deux ans ou plus) est associé à d'excellents résultats, dont une diminution progressive et l'abstinence³⁴. Ainsi qu'un collectif d'auteurs le déclare, [traduction] « *Il est très important d'améliorer la fidélité au traitement à la méthadone, car il a été démontré que plus le maintien en traitement se prolonge, meilleurs sont les résultats pour le patient, et que la première année de traitement est décisive* »³⁵. Des études par observation ont démontré que les patients courent un risque de décès élevé lorsqu'ils abandonnent le traitement à la méthadone³⁶. Une fois qu'ils reprennent le traitement, il peut s'écouler des semaines avant de revenir à la dose optimale de méthadone, période pendant laquelle le patient demeure à risque de rechute, de surdose et d'abandon.

On estime à 56 % le taux global de rétention en traitement chez les patients traités à la méthadone en Ontario³⁷. Dans une analyse du maintien en traitement et de la mortalité dans différentes régions de l'Ontario, le taux de traitement continu pendant un an variait de 39 % à 49 %³⁸. Ces taux de rétention en traitement se comparent défavorablement à ceux que rapportent les écrits. Les taux de rétention en traitement pendant deux ans relevés par le programme complet de traitement à la méthadone dispensé au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) allaient de 67 % à 73 %³⁹. Le programme de méthadone à seuil minimal dispensé à Saint John, au Nouveau-Brunswick, qui offre un counselling réduit, affiche un taux de maintien en traitement sur un an de 95 %⁴⁰. Le projet clinique de l'Initiative

nord-américaine sur les médicaments opiacés (NAOMI), qui mettait en parallèle l'héroïne et la méthadone, relevait un taux de maintien de 57,1 % pour la méthadone, bien que les sujets aient été des consommateurs d'héroïne dont le traitement antérieur à la méthadone avait échoué à plusieurs reprises⁴¹. Dans une revue systématique de 58 évaluations de programmes auxquels participaient 27 000 patients dans des pays à revenu moyen et faible, le taux moyen de maintien pour les programmes de buprénorphine était de 48 %, tandis que la moyenne pour les programmes de méthadone était de 56 %⁴². Divers programmes de méthadone dispensés à Stockholm, Tel Aviv et Boston affichaient des taux de rétention sur un an de 84 %, 74 % et 62 %, respectivement^{43, 44}.

Les patients qui abandonnent le traitement y reviennent souvent des semaines ou des mois plus tard. Une étude menée par les Centres de traitement des dépendances de l'Ontario relève que le nombre moyen de jours de traitement par patient était de 678, avec des intervalles entre les traitements de 119 jours⁴⁵. Ces chiffres suggèrent que les cycles d'entrée et de sortie de traitement sont courants. Ce type de cycle est associé à des résultats moins bons que le traitement en continu⁴⁶.

Les taux de rétention en traitement sont fonction de plusieurs facteurs. Les patients qui prennent des opioïdes d'ordonnance oraux affichent des taux de rétention plus élevés que les consommateurs d'héroïne par injection⁴⁷. Les données suggèrent que la plupart des patients ontariens qui souffrent de TCO sont dépendants aux opioïdes d'ordonnance⁴⁸. Des doses même faibles de méthadone ou de buprénorphine peuvent entraîner l'abandon du traitement⁴⁹. Cependant, il s'agit là d'un facteur qui n'a probablement pas beaucoup d'incidence en Ontario, les médecins se conformant généralement aux recommandations des lignes directrices de l'OMCO⁵⁰, lesquelles renferment un protocole détaillé d'ajustement de la posologie. L'effet d'un counselling sur la rétention en traitement demeure incertain^{51, 52, 53}

Le Réseau de recherche sur la politique du médicament de l'Ontario (ODPRN) a récemment fait l'analyse des services cliniques dispensés par les médecins ontariens habilités à traiter par méthadone à l'aide de données conservées à l'Institut pour les sciences évaluatives cliniques (ISEC)⁵⁴. Les médecins qui recourent au TAO ont été classés en grands, moyens et petits prescripteurs, selon le nombre d'ordonnances de méthadone et de buprénorphine qu'ils délivraient annuellement. Plus de 50 % des patients suivant un TAO recevaient leur médication d'un grand prescripteur. Les grands prescripteurs de méthadone traitaient en moyenne 435 patients à la méthadone et voyaient en moyenne 97 patients par jour (dont 71 étaient des patients traités par méthadone bénéficiant d'une couverture publique des médicaments). En moyenne, chaque patient avait remis un échantillon d'urine pour dépistage et s'était rendu à une visite en clinique tous les quatre à cinq jours.

Des sondages et études qualitatives suggèrent que la rétention en traitement est affectée par la satisfaction qu'éprouve le patient à l'égard du programme, ainsi que par la perception qu'ont les patients que le programme leur dispense du soutien et qu'on s'y soucie de leur bien-être^{55, 56, 57, 58, 59, 60}. Lors d'une étude qualitative sur les patients ontariens traités à la méthadone sur une longue durée⁶¹, les patients ont nommé la fréquence des visites en cabinet et de longues périodes d'attente comme étant un obstacle majeur à leur fidélité au traitement à la méthadone. De façon générale, les patients mettent plusieurs heures à se rendre à leur clinique, après quoi ils présentent un échantillon d'urine, puis attendent pour voir le médecin.

D'autres rapports font également état de préoccupations quant à la fréquence des services cliniques et leur effet négatif sur la rétention en traitement. Un examen pancanadien des politiques et pratiques de traitement à la méthadone a permis les constats suivants :

Le Groupe d'étude sur les pratiques de traitement de maintien à la méthadone rapportait en 2007 que certains médecins préféraient demander au moins deux échantillons d'urine par semaine et parfois davantage. Les médecins justifiaient cette pratique par un certain nombre de raisons : c'était une source de revenu pour le prestataire de services et servait aussi à dissuader le patient de consommer d'autres drogues. Cependant le dépistage par l'urine ne suivait pas en grande partie les recommandations sur les meilleures pratiques, et les patients estimaient que des dépistages trop fréquents étaient intrusifs. Le Groupe d'étude relevait que l'accent mis sur le dépistage dans l'urine pouvait entraver l'efficacité du rapport thérapeutique entre patient et médecin (Hart, p. 58). À la suite de la publication du rapport, l'Ontario a remplacé cette politique par celle du dépistage aux points de service, en limitant le nombre maximal de tests pouvant être exigés.

Certaines données militent en faveur de DDU fréquents pendant les premiers mois de traitement. Des études et essais contrôlés à court terme ont démontré l'efficacité d'une gestion des mesures d'urgence, c.-à-d. remise de doses à prendre à domicile pour le dépistage de drogues dans l'urine qui est négatif quant à la présence de drogues illicites^{62, 63, 64}. Une des études conclut que, pendant les 30 premiers jours d'un traitement à la méthadone, des DDU fréquents et des visites en cabinet fréquentes étaient associés à un faible risque de décès par surdose⁶⁵, bien qu'une étude ontarienne n'ait pas constaté ce genre d'association⁶⁶.

(traduction) *Le patient voit le médecin qui le traite à la méthadone une fois toutes les deux semaines, et son état est relativement stable. Ses visites durent souvent plus de trois heures, vu de longues périodes d'attente à la clinique, mais il n'est en présence de son médecin qu'environ cinq minutes ou moins. Selon un des sujets, « Je sais que beaucoup de gens reprennent des pilules, parce qu'ils doivent garder leur emploi... Quant à moi, je suis sobre depuis longtemps, mais je ne pourrais pas travailler de 8 h à 16 h 30. Cela m'empêcherait de voir le médecin et de me procurer ma méthadone... » Tout ce qu'un des médecins a trouvé à rétorquer a été "Eh bien, vous devrez vous trouver un employeur qui compose avec votre situation". Voilà qui n'est pas la première chose à dire quand on se présente à une entrevue. (Strike, 2012)*

Même après les premiers mois, des DDU périodiques devraient avoir lieu chez tous les patients, afin de repérer les rechutes et de surveiller la conformité au TAO; cependant, le Comité consultatif n'a pas découvert de données établissant qu'un dépistage fréquent et continu de drogues dans l'urine améliorerait les résultats cliniques. Lors d'un essai contrôlé, 430 patients traités à la méthadone ont été choisis au hasard pour se soumettre au dépistage hebdomadaire dans l'urine, comme d'habitude, ou pour ne pas s'y prêter. Au bout d'un an, aucune différence n'a été relevée entre le groupe contrôlé et le groupe non contrôlé sur le plan de la prévalence de la consommation de drogues illicites telle que mesurée par le DDU⁶⁷.

De plus, le principal objectif du DDU est de permettre une intervention précoce en counselling, afin de réduire la consommation de drogues illicites. Cette consommation est souvent attribuable à une maladie mentale non traitée, à des conflits interpersonnels, à l'isolement social et/ou à de nombreux autres problèmes. Les patients soumis à un TAO qui continuent à consommer des substances illicites ont besoin d'abord d'un counselling de courte durée, puis d'un aiguillage vers un counselling plus intensif, mais des cliniques qui reçoivent en moyenne 97 patients par jour sont peu susceptibles d'offrir des interventions en counselling, même de courte durée.

Le Comité consultatif recommande que l'OMCO examine de près les données qui appuient la pratique de fréquents DDU et visites en clinique, étant donné le manque de preuves que ces pratiques améliorent les résultats cliniques, et compte tenu de leur incidence négative sur la qualité de vie des patients et sur les taux de rétention en traitement.

Recommandation 4 : Qualité des services de santé Ontario, avec le concours des ordres professionnels et autres organismes de réglementation, selon le cas, devrait mettre au point des normes de qualité et des lignes directrices concernant le traitement des troubles liés à la consommation d'opioïdes, notamment le traitement par agoniste opioïde, d'ici la fin de 2017.

La publication *Methadone Maintenance Treatment Program Standards and Clinical Guidelines* de l'OMCO (Toronto, 2011) est un document fondé sur des faits, qui fait suite à une réflexion approfondie; cependant, il y est principalement question du dosage de la méthadone, du DDU et des calendriers de prise à domicile. L'ouvrage n'aborde pas le rôle de la buprénorphine dans le TAO, non plus que la qualité des soins (par exemple, l'identification et la prise en charge des troubles liés à la santé mentale et à la toxicomanie). C'est ainsi que certains grands prescripteurs peuvent être bien notés lors de l'évaluation par l'OMCO de leur méthode de traitement à la méthadone, même si les soins qu'ils dispensent sont sous-optimaux et peu centrés sur le patient.

L'intervention de QSSO dans l'établissement de normes et lignes directrices pour le traitement des TCO portera sur la prescription de la buprénorphine, la fréquence des visites en cabinet et le DDU, ainsi que sur d'autres composantes essentielles du TAO. L'approbation de l'OMCO et sa collaboration assureront la conformité aux nouvelles normes et lignes directrices.

Par ailleurs, l'OMCO pourrait déléguer ses responsabilités à un organisme indépendant en vue de formuler des normes et lignes directrices en matière de TAO qui soient fondées sur des données probantes et, ce faisant, distancier l'organisme de réglementation des normes de pratique. Si les normes et lignes directrices émanaient d'un organisme médical indépendant, cela pourrait permettre à l'OMCO d'exercer une surveillance permanente à titre d'organisme de réglementation.

Les normes de qualité consistent en des énoncés concis, dont le but est d'aider les cliniciens à déterminer facilement et rapidement le type de soins à dispenser, en fonction des données probantes les meilleures et les plus récentes. Les normes doivent également aider les patients et les familles à préciser ce qu'ils peuvent attendre des soins prodigués. Pour assurer une prestation de qualité et des soins complets, les normes et lignes directrices devraient comprendre :

- Des produits ou solutions de rechange au TAO, dont naltrexone, traitement structuré par opioïdes et abstinence.
- Des normes explicites pour la prescription du TAO, dont :
 - les indications guidant la prescription de la méthadone par opposition à la buprénorphine;
 - les critères à respecter pour faire passer un patient de la méthadone à la buprénorphine, et vice-versa;
 - les critères pour le transfert de patients suivant le TAO d'une clinique spécialisée dans le traitement des dépendances aux soins primaires;
 - quand et comment amener les patients stables à cesser graduellement le TAO.

Les lignes directrices devraient aussi renfermer des normes de qualité des soins, ainsi :

- le nombre de visites en clinique et de dépistages de drogues dans l'urine, par patient et par année;
- les volumes de pratique du médecin;
- l'identification et la prise en charge des troubles liés à la santé mentale et à la toxicomanie;
- la communication avec les praticiens en soins primaires;
- les normes de documentation aux fins des visites de suivi;
- la mesure des taux de rétention en traitement.

Les lignes directrices devraient également porter sur la prescription du TAO dans certains secteurs de population, y compris les femmes enceintes/en période prénatale, les enfants et les jeunes, et les

Le processus d'élaboration d'une norme de qualité est le suivant :

1. **Visée** – Déterminer l'objet de la norme de qualité (p. ex. populations, contextes de soins, protocoles de traitement).
2. **Comité consultatif** – Qualité des services Ontario formule des normes de qualité en partenariat avec des comités multidisciplinaires de cliniciens, chercheurs, administrateurs, prestataires de soins avec expertise et patients qui ont personnellement fait l'expérience de chaque volet traité par la norme.
3. **Revue exhaustive** – On réalise une revue exhaustive des données probantes et des mesures de rendement pour chacun des aspects de l'objet de la norme.
4. **Projet de norme** – On rédige un projet de norme concis, qui renferme de 5 à 15 mesures concrètes. Ce projet de norme est affiché afin de recueillir les commentaires du public.
5. **Norme définitive.**

personnes âgées résidant dans des foyers de soins de longue durée et souffrant de troubles psychiatriques et de dépendance en comorbidité.

L'utilisation d'un outil normalisé pour l'évaluation du traitement pourrait aider à déterminer le niveau approprié des soins nécessaires pour un rétablissement optimal chez les personnes souffrant de TCO.

Recommandation 5 : Qualité des services de santé Ontario, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) et d'autres associations professionnelles et organismes de réglementation, selon le cas, devrait établir des normes pour la prescription des opioïdes. L'OMCO et d'autres associations professionnelles devraient assurer une surveillance appropriée, de façon à veiller au respect de ces lignes directrices. L'OMCO devrait exercer un contrôle réglementaire sur tous les opioïdes, et non seulement sur la méthadone.

À l'heure actuelle, l'OMCO réalise une évaluation exhaustive des divers prescripteurs et cliniques de traitement à la méthadone selon une périodicité variant d'un an à cinq ans. On procède à de nouvelles évaluations au besoin et s'il y a non-conformité aux lignes directrices de l'OMCO sur le traitement à la méthadone. L'évaluation porte sur l'évaluation initiale, l'ajustement des doses de méthadone, ainsi que le dépistage de drogues dans l'urine et les calendriers de prise à domicile.

Parallèlement, toutefois, l'OMCO n'a pas émis de lignes directrices détaillées comparables sur la prescription des opioïdes, et les prescripteurs d'opioïdes ne sont pas évalués, sauf de façon aléatoire par les pairs ou lors d'une enquête menée par l'Ordre. Lorsque des médecins sont signalés à l'attention de l'Ordre (par exemple, par une plainte émanant d'un patient ou d'un pharmacien), ils font souvent l'objet d'une enquête. Le processus peut aboutir à la suspension du droit de prescrire des opioïdes, et/ou à l'obligation de suivre un cours sur la prescription des opioïdes (habituellement le cours offert par le service du perfectionnement professionnel continu de la faculté de médecine de l'Université de Toronto).

L'absence d'une directive spécifique de l'OMCO peut avoir des conséquences néfastes et permettre à nombre de médecins de continuer à prescrire de fortes doses d'opioïdes et des combinaisons de drogues dangereuses. Comme les médecins craignent les sanctions de l'OMCO et puisqu'ils ne savent pas quelles sont les pratiques de prescription qui mènent à ces sanctions, ils cessent parfois complètement de prescrire des opioïdes. Voilà qui porte préjudice aux patients qui souffrent et peut induire certains patients dépendants à se tourner vers le marché des drogues illicites, ce qui les place à haut risque de surdose.

La surveillance accrue qu'exerce l'OMCO à l'égard des prescripteurs de méthadone peut aussi avoir des conséquences néfastes. Le Comité consultatif a reçu des commentaires de la part de plusieurs médecins qui s'intéressent à la médecine des dépendances, mais ne désirent pas prescrire de méthadone parce qu'ils ne sont pas disposés à entreprendre le processus onéreux de l'évaluation. Également, l'accent marqué sur le DDU et les calendriers de prise à domicile favorise les cliniques à grande fréquentation, qui ont la capacité de mettre en œuvre des protocoles rigides et universels pour le DDU et les prises à

domicile, tout en laissant de côté d'autres services cliniques critiques (par exemple l'identification et la prise en charge des maladies mentales et de la consommation de substances non opioïdes).

L'OMCO devrait envisager de prendre les mesures suivantes au sujet de ces problèmes :

- Élargir la portée du comité sur le traitement à la méthadone de l'OMCO pour y inclure la prescription de tous les opioïdes.
- Œuvrer en collaboration avec QSSO pour établir et ratifier des lignes directrices renfermant des normes explicites de prescription des opioïdes.
- Mettre sur pied des programmes d'enseignement et de surveillance à l'intention des grands prescripteurs tels que relevés par le Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées.
- Instituer un programme d'examen par les pairs à l'intention des prescripteurs d'opioïdes, comme c'est le cas pour l'évaluation des prescripteurs de méthadone et l'évaluation générale aléatoire par les pairs des spécialistes et des praticiens en soins primaires. Au début, le processus d'examen par les pairs devrait viser les médecins qui ont un gros volume de patients qui prennent de fortes doses d'opioïdes.
- Veiller à ce que le processus d'évaluation des prescripteurs de méthadone ne dissuade pas les médecins de prescrire ce produit. Renouveler la conception de l'évaluation de façon à mettre l'accent sur la qualité des soins et non uniquement sur la conformité aux calendriers de DDU et de prises à domicile.

Prestation des soins de santé

Les personnes souffrant de TCO présentent des taux élevés de maladies physiques et psychiatriques. Une étude portant sur 140 patients de plus de 50 ans traités à la méthadone a révélé que la prévalence au cours de l'année précédente des troubles de santé mentale était de 32,9 % pour les épisodes dépressifs majeurs, 27,8 % pour le syndrome de stress post-traumatique et 29,7 % pour le trouble anxieux généralisé. Des taux élevés ont aussi été déclarés quant aux problèmes de santé physique : 54,3 % pour l'arthrite, et 44,9 % pour l'hypertension⁶⁸. Les besoins des patients dont l'état est complexe appellent un traitement complet – soins médicaux, counselling en toxicomanie et services de santé mentale, soins de santé primaires, et mesures de soutien communautaire. Dans *Priorité aux patients*, le Ministère s'est engagé à dispenser davantage de services adaptés et intégrés, plus particulièrement à l'intention des personnes en proie à des problèmes de dépendance et de santé mentale.

Un protocole clinique intégré pour les patients atteints de TCO inclurait les composantes suivantes :

- Les Ontariens souffrant de TCO recevraient des soins primaires complets, y compris toute la gamme des services de santé mentale et de traitement des toxicomanies, y compris le TAO. Si ces mesures n'étaient pas possibles dans l'immédiat, mettre sur pied un réseau de communication exhaustif, complet et continu, et un service de coordination des soins primaires et du TAO.

- Les patients admis à leur service local de prise en charge du sevrage, au service des urgences ou à l'hôpital avec des complications graves suite à la consommation d'opioïdes – par exemple, symptômes de retrait, surdoses, idées suicidaires ou traumatismes – auraient un accès immédiat et pratique à des services de traitement des toxicomanies.
- Des cliniques/services spécialisés dispensant le TAO procéderaient à l'identification et à la prise en charge des troubles de santé mentale et de tous les troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues (et non seulement des TCO).
- Les prestataires de TAO mettraient au point et coordonneraient les plans de traitement des patients avec les organismes communautaires de services sociaux et de traitement en santé mentale et en toxicomanie.

Recommandation 6 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait affecter les fonds nécessaires à l'instauration de cliniques et de services de traitement à accès rapide pour ceux qui ont besoin de soins immédiats en raison de troubles liés à la consommation d'opioïdes.

Outre des traitements médicaux, ces cliniques et services devraient assurer une large gamme de services et de soutiens en soins de santé et en offrir l'accès, y compris le counselling en santé mentale et toxicomanie, et mettre en place des plans, protocoles et échéanciers pour le transfert des patients stables dans des centres de soins appropriés, pour une prise en charge ininterrompue.

Des études par observation ont montré que de longues périodes d'attente précédant le premier rendez-vous d'un patient dans un établissement de traitement sont associées à de faibles taux d'assiduité⁶⁹. Les patients souffrant d'une dépendance ont besoin d'un accès au traitement en urgence, car ils courent un risque extrêmement élevé de rechute au cours des premières journées et semaines d'abstinence, en raison des symptômes de sevrage, de leur état de manque, d'une instabilité sociale, d'anxiété et de dépression.

On a constaté que de nouveaux modèles de traitement qui donnent un accès immédiat au traitement ont de bons taux de succès. Par exemple, lors de la récente mise à l'essai de services hospitaliers destinés aux patients dépendants aux opiacés et à l'alcool (H-SOAP)⁷⁰, 104 patients dépendants à l'alcool ou à un opioïde, hébergés dans un centre de prise en charge du sevrage de Toronto, avaient été choisis de façon aléatoire et devaient recevoir, dans un délai de 1 à 3 jours, soit les soins habituels, soit une évaluation dans une clinique de traitement de la toxicomanie à accès rapide. Une analyse préliminaire livrait le constat suivant : 84 % des membres du groupe de traitement immédiat s'étaient présentés à leur premier rendez-vous, en regard de 24 % seulement de ceux qui s'étaient vu offrir les soins habituels suivant la filière de réservation et les temps d'attente de règle⁷¹.

Suivant un protocole clinique pleinement intégré, des services de traitement de la toxicomanie à accès rapide seraient immédiatement offerts aux patients provenant des urgences, de services de prise en charge du sevrage ou de cabinets de soins primaires du voisinage. Les patients seraient reçus sans rendez-vous. En collaboration avec un conseiller, le médecin ou l'infirmière praticienne à accès rapide amorcerait le TAO si indiqué, le dépistage d'autres troubles de santé mentale et de dépendance, assurerait des interventions de courte durée et procéderait aux aiguillages appropriés vers les services

communautaires. Les patients auraient aussi accès à une large gamme de services et de soutiens en soins de santé complémentaires. Une fois stables, les patients seraient transférés à des centres de soins primaires.

Des cliniques à accès rapide sont opérationnelles depuis plusieurs années dans deux hôpitaux de Toronto, au Centre de santé St-Joseph et à l'Hôpital St. Michael, et des services analogues ont récemment été établis dans sept autres collectivités de l'Ontario grâce au réseau META :PHI (mentorat, éducation et outils cliniques en toxicomanie : intégration des soins hospitaliers et primaires). Le projet META:PHI, subventionné par QSSO et le Council of Academic Hospitals of Ontario, porte sur les troubles liés à la consommation de l'alcool et des opioïdes. Chaque établissement possède un service de traitement des dépendances à accès rapide, où les médecins et thérapeutes qui dispensent le TAO reçoivent les patients dans les jours suivant leur renvoi par les urgences, les services communautaires ou les centres de soins primaires. Une fois stables, les patients sont mis en rapport avec un centre de soins primaires pour une prise en charge à long terme.

Les ressources nécessaires à la mise sur pied de services à accès rapide sont minimales, puisque des locaux cliniques sont fournis sans frais par les hôpitaux ou les services de prise en charge du sevrage, les médecins sont rémunérés pour les services cliniques dispensés par le RASO, et les conseillers sont en détachement de leur service de soins primaires, p. ex. centre de prise en charge du sevrage ou centre de santé communautaire. Les cliniques du projet META:PHI ont reçu un appui enthousiaste et substantiel de la part des cliniciens des services d'urgence, des administrateurs d'hôpitaux et des intervenants en toxicomanie.

Recommandation 7 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le Réseau local d'intégration des services de santé devraient veiller à la mise en place, à l'intention des prestataires de services de santé, de modèles, protocoles et soutiens financiers pour l'élaboration de plans de transition appropriés, adaptés aux besoins particuliers des patients, afin d'assurer la continuité des soins.

Pour mettre les patients en rapport avec les soutiens nécessaires dans un système de soins à paliers clairement articulé, des plans de transition devraient être élaborés au sein d'un réseau de soins communautaire comprenant des médecins de première ligne, des médecins cliniciens en TAO, un personnel infirmier praticien, des adjoints aux médecins, un personnel infirmier et des pharmaciens.

Certaines personnes peuvent éprouver des problèmes aigus ou chroniques accompagnés de symptômes légers ou graves. Certaines peuvent chercher à obtenir des soins à divers endroits; mais, peu importe leur point d'entrée dans le système, que ce soit les urgences, un centre de santé communautaire ou une clinique sans rendez-vous, les patients ont besoin d'une évaluation, d'une intervention appropriée et d'un plan de traitement nettement individualisé.

Au fil de la stabilisation ou de la déstabilisation des personnes souffrant de TCO, le RLSSS doit élaborer des protocoles de transition comme appuis aux patients qui manifestent des niveaux variables de

gravité. Les patients en crise ou exigeant une intervention d'urgence devraient être stabilisés, puis aiguillés vers des soins primaires pour un maintien et un soutien continus.

On prêtera une attention spéciale aux populations suivantes :

- Les femmes enceintes qui suivent un TAO, afin de veiller à ce qu'elles reçoivent les soins prénataux appropriés;
- les patients ayant des besoins continus et intensifs en matière de traitement (p. ex. thérapie antirétrovirale) et dont l'état requiert des services qui prodiguent plus d'un type de traitement à la fois;
- les personnes âgées pensionnaires de foyers de soins de longue durée qui présentent de multiples comorbidités;
- les patients dont l'état requiert le traitement de l'hépatite B et C;
- les patients qui ont des troubles concurrents et ont reçu un double diagnostic;
- les patients qui vivent dans des établissements correctionnels dont l'état de santé et la qualité de vie seraient améliorés par une transition vers des soins de santé primaires relevant d'un RLISS et du MSSLD plutôt que du ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels.

Recommandation 8 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le Réseau local d'intégration des services de santé devraient donner priorité aux patients traités par agoniste opioïde lors des affectations à un organisme de soins primaires, de préférence là où il existe des équipes interprofessionnelles de première ligne. Les équipes Santé familiale et les centres de santé communautaire devraient être tenus par contrat d'accepter annuellement un nombre donné de patients ayant reçu un diagnostic de dépendance aux opioïdes et de leur dispenser un traitement par agoniste opioïde.

Il arrive trop souvent que les patients qui présentent des besoins complexes en matière de soins, y compris des TCO, ont de la difficulté à se trouver un prestataire de soins primaires. Le Comité consultatif est au courant de certains cas où les prestataires et cliniques de soins primaires ont refusé de prescrire de la buprénorphine ou d'accepter des patients qui prennent ce médicament. Le renvoi en soins primaires de patients qui présentent des TCO est d'autant plus compliqué par la stigmatisation qui se rattache à la toxicomanie et aux patients toxicomanes.

Le Comité consultatif croit savoir que le Ministère envisage d'opérer des changements dans le cadre de son initiative Priorité aux patients, afin de former dans chaque RLISS des sous-secteurs qui auraient pour tâche de veiller à ce que les patients ayant des besoins complexes soient mis en rapport avec un prestataire de soins primaires et reçoivent des soins complets de ce dernier. Cette initiative devrait mettre l'accent sur les patients qui souffrent de dépendances. Le Ministère devrait œuvrer en collaboration avec les équipes Santé familiale (ESF), les organismes de santé familiale (OSF), les cliniques dirigées par un personnel infirmier praticien (CDPIP) et les centres de santé communautaire (CSC), afin de préciser les services cliniques que ces organismes de prestation de soins primaires devraient fournir aux patients ayant des TCO.

Recommandation 9 : Le traitement par agoniste opioïde et le traitement des dépendances en général, soumis à la surveillance réglementaire appropriée, devraient être pleinement intégrés à l'éventail usuel des services de soins primaires. D'ici là, les cliniques dédiées et les prescripteurs du traitement par agoniste opioïde devraient être tenus d'assigner, si possible, ces patients à des prestataires de soins primaires et d'entretenir avec ceux-ci des échanges réguliers; les cliniques dédiées et les prescripteurs du traitement par agoniste opioïde devraient intégrer à leur pratique la gamme complète des services de santé mentale et de traitement des dépendances.

Comme tous les patients, les bénéficiaires du TAO ont droit à d'excellents soins primaires, bien au-delà de l'administration de méthadone et de buprénorphine. Le système, et non le patient, devrait assumer la tâche de veiller à la prestation de ces soins. La recommandation précédente fait état des responsabilités du Ministère et du RLSS, mais une part de ces responsabilités devrait également incomber aux prestataires à titre individuel.

La prestation des services de TAO devrait se faire selon un modèle biopsychosocial, soit une approche holistique de la santé. Il est particulièrement important pour les personnes qui souffrent gravement de toxicomanie et de problèmes de santé mentale que des liens étroits soient établis entre les services de santé physique et les services de santé mentale, de même qu'entre les services de soins primaires et les services communautaires de soins en santé mentale et toxicomanie (counselling, gestion de cas, hébergement, etc.).

Dans l'idéal, le TAO serait pleinement intégré aux soins primaires, en particulier par le biais d'équipes de santé interprofessionnelles, un vigoureux secteur communautaire assurant un soutien complet. Cependant, à court terme, les prestataires de TAO devraient tenter de mettre les patients en rapport avec un médecin de première ligne et veiller à une communication régulière dans les deux sens. Si la relation avec un médecin de première ligne n'est pas possible, le prestataire de TAO devrait assurer des services de soins primaires aussi bien que ceux de santé mentale et de toxicomanie.

Le prestataire de TAO devrait veiller à l'accès à des soins primaires complets et instaurer un cercle de soins appropriés en vue d'arriver à des résultats fonctionnels optimaux pour leurs patients dans leurs milieux respectifs.

Recommandation 10 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait veiller à ce que tous les prestataires de soins de santé qui prescrivent régulièrement des opioïdes reçoivent des rapports d'évaluation et de rétroaction au sujet de ces ordonnances.

La crise des opioïdes est en partie alimentée par des pratiques de prescription inappropriées et dangereuses, telles que la prescription inappropriée de doses d'opioïdes extrêmement élevées ou de fortes quantités d'opioïdes à plus faible dose, la coprescription d'opioïdes et d'autres médicaments sédatifs, et la cessation abrupte de fortes doses d'opioïdes. On a constaté que la surveillance, l'évaluation et la rétroaction améliorent les pratiques de prescription à l'égard d'autres catégories de médicaments, dont les antibiotiques. La rétroaction pourrait être assurée par le Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées, en collaboration avec Qualité des services de santé

Ontario. Les médecins, chirurgiens et dentistes pourraient recevoir des commentaires sur le nombre de patients auxquels ils ont prescrit des opioïdes, et sur la dose moyenne et la durée du traitement par opioïde. Ces professionnels disposeraient de données comparatives sur les pratiques de prescription de leurs pairs. Ce procédé pourrait inciter les grands prescripteurs à réexaminer leurs pratiques et à suivre un enseignement supplémentaire et des séances de mentorat.

Recommandation 11 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait œuvrer en collaboration avec les prestataires de services dans les établissements tant privés que publics où résident des patients qui reçoivent un traitement par agoniste opioïde (programmes de traitement en établissement, foyers de soins de longue durée, hôpitaux, établissements correctionnels, etc.), afin de veiller à ce que :

a) les patients traités par agoniste opioïde puissent poursuivre leur traitement de façon ininterrompue après leur admission;

b) les prestataires procurent un accès rapide au traitement par agoniste opioïde si la situation clinique l'exige ou si le patient en fait la demande à un stade quelconque de leur séjour en établissement.

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait, sur demande, assurer son aide à la mise en œuvre de ces politiques.

Les patients et leur famille préfèrent souvent au TAO des traitements fondés sur l'abstinence, et nombre de patients arrivent à se rétablir à long terme sans recourir à ce traitement. Cependant, le TAO constitue la norme de soins pour les patients atteints de TCO⁷². Le traitement fondé sur l'abstinence connaît un taux de rechute substantiellement plus élevé que le traitement à la méthadone ou à la buprénorphine, même avec un accompagnement intensif de counselling psychosocial^{73, 74}. Le sevrage graduel du TAO connaît également de forts taux de rechute⁷⁵. En ce qui concerne la consommation d'opioïdes illicites, la désintoxication et le traitement fondé sur l'abstinence semblent également accroître le risque de décès par surdose (en comparaison avec la poursuite de la consommation d'opioïdes illicites)⁷⁶. Cela pourrait s'expliquer du fait que les patients ont perdu une certaine tolérance après plusieurs semaines d'abstinence et se trouvent à risque élevé de surdose s'ils rechutent en prenant leur dose habituelle. Les patients qui suivent un TAO et l'interrompent brusquement connaissent également de forts taux de mortalité⁷⁷.

Programmes de traitement en établissement, milieu hospitalier, refuge et établissements de soins de longue durée.

Dans ces établissements, on devrait poursuivre le TAO sans interruption chez les patients admis. Les établissements devraient avoir l'obligation de continuer à dispenser ces soins.

Les patients qui suivent un TAO et sont admis dans un hôpital, dans un programme de traitement en établissement ou dans un autre établissement résidentiel devraient pouvoir poursuivre leur traitement pendant leur séjour. Si un patient atteint de TCO ne suit pas de TAO, l'établissement devrait procurer un

accès rapide à ce traitement si le patient le demande ou s'il éprouve un manque aigu ou des symptômes de retrait marqués, avec un risque élevé de rechute.

Les hôpitaux devraient pouvoir poursuivre ou amorcer un TAO, avec le soutien sur place de médecins formés au traitement des TCO. Le Ministère devrait apporter son appui aux établissements non médicaux qui demandent de l'aide pour la prestation sur place du TAO. Cette mesure exigerait la collaboration avec des cliniques et des médecins formés au TAO, ainsi que l'appui d'une pharmacie locale.

Tous les patients atteints de TCO devraient être sensibilisés aux avantages du TAO et informés à ce sujet. Peu importe qu'ils optent ou non pour un TAO, on devrait leur remettre une trousse de naloxone et les renseigner sur la prévention des surdoses lors de leur sortie de l'établissement de traitement.

Le TAO et le système de justice pénale :

Selon un rapport sur les abus de médicaments prescrits au Canada, *S'abstenir de faire du mal*, les taux d'ordonnance s pour TCO et les délits commis par des personnes atteintes de TCO ont connu une hausse substantielle au cours des 10 à 15 dernières années⁷⁸. Des données probantes indiquent que les taux de criminalité déclinent de façon marquée lorsque les personnes atteintes de TCO amorcent un TAO. Une méta-analyse portant sur 24 études a révélé que le traitement à la méthadone était régulièrement associé à une réduction des infractions contre les biens commises sous l'effet de la drogue⁷⁹. Selon une étude américaine d'un échantillon représentatif à l'échelle nationale de plus de 2 000 patients traités à la méthadone, les accusations et les condamnations avaient chuté, depuis un taux de départ de 85 % à 18 % six ans après le début d'un traitement à la méthadone⁸⁰. Des études de moindre envergure portant sur des cliniques de traitement à la méthadone ont aussi documenté des baisses spectaculaires des taux de criminalité^{81, 82}.

Ce n'est que depuis une dizaine d'années que le traitement à la buprénorphine est disponible sur le marché nord-américain. On ne dispose donc que d'un corpus restreint de recherches longitudinales sur les répercussions du traitement sur la criminalité. Des rapports préliminaires suggèrent que les effets de ce médicament sont analogues à ceux de la méthadone⁸³. Des médecins œuvrant à Sioux Lookout signalent que le traitement à la buprénorphine s'est traduit par des déclinés substantiels des surdoses, ainsi que des vols, des actes de violence et des suicides⁸⁴.

Des facteurs d'ordre pratique entravent la mise en œuvre du TAO en milieu carcéral. Par exemple, bien souvent la date de la libération est inconnue, car de nombreux détenus en détention provisoire sont libérés au tribunal, sans préavis. Le MSCSC devrait collaborer avec les milieux thérapeutiques en vue d'aplanir ces obstacles et veiller à ce que les prisonniers atteints de TCO aient accès au TAO – peu importe le stade où ils en sont dans leurs démêlés avec le système de justice pénale – avant, pendant et immédiatement après leur incarcération. Ainsi que le formule la Recommandation 20, si l'on veut abaisser le risque toujours accru de surdose à la libération, il faudrait rendre facilement accessibles les trousse de naloxone à emporter à domicile.

Enfants et jeunes

Recommandation 12 : Les enfants et les jeunes devraient avoir accès aux services qui répondent à leurs besoins en matière de développement. Le traitement par agoniste opioïde de première ligne à la buprénorphine/naloxone devrait être le seul dispensé aux enfants et aux jeunes qui vivent ou séjournent fréquemment dans des collectivités où la méthadone n'est pas disponible, en particulier dans les communautés des Premières Nations. Les cliniciens et le personnel clinique qui administrent le traitement par agoniste opioïde devraient avoir accès à une formation et, au besoin, à d'autres sources de soutien lors de la prestation de services destinés aux enfants et aux jeunes.

Toute personne, en particulier de moins de 25 ans, qui demande à être soignée pour TCO, devrait se voir offrir un éventail complet de formules thérapeutiques, y compris un traitement fondé sur l'abstinence et/ou un TAO. Un TAO à la buprénorphine devrait être offert en première ligne aux personnes âgées de moins de 25 ans. Les avantages de la buprénorphine par opposition à la méthadone dans le cadre d'un TAO chez les jeunes devraient être clairement exposés au patient avant le début du traitement. La buprénorphine devrait être considérée comme la seule formule de traitement pour les jeunes vivant dans une communauté des Premières Nations qui n'offre pas de TMM sur place. Tous ceux qui consentent à recevoir un TAO devraient être informés de la durée probable du traitement, et se voir offrir l'occasion d'une réduction graduelle et de la cessation du TAO lorsque cela est cliniquement indiqué et sécuritaire. Outre le TAO, les jeunes qui demandent des services pour TCO devraient avoir accès à des services de prévention, tels que la vaccination et l'accès à la contraception et à l'éducation sexuelle, à un counselling sur la consommation de drogues et la réduction des effets nocifs, de même qu'à des soins de santé primaires, au dépistage et au traitement des problèmes de santé mentale, outre un soutien en gestion de cas. Tous les jeunes devraient se voir offrir une trousse de naloxone à emporter et d'autres services de réduction des effets nocifs.

Recommandation 13 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait appuyer un projet pilote de programme de traitement des dépendances / traitement par agoniste opioïde spécifiquement destiné aux enfants et aux jeunes, lequel comporterait la mesure des résultats du traitement de substitution aux opioïdes, outre une aide optimale à la diminution graduelle et à la cessation du traitement par agoniste opioïde.

Un projet pilote en vue de la mise sur pied d'un programme de TAO conçu pour les jeunes devrait mesurer les résultats de l'appui à un traitement de substitution aux opioïdes permettant une réduction graduelle et la cessation complète. L'OMCO, QSSO et d'autres associations professionnelles et organismes de réglementation devraient intégrer les visées des meilleures pratiques aux programmes de traitement existants à l'intention des adolescents et des jeunes atteints de troubles liés à la consommation d'opioïdes.

Un grand nombre d'adolescents et de jeunes ontariens qui demandent un traitement pour TCO sont dirigés vers des services pour adultes dans le cadre d'un programme de traitement de substitution aux opioïdes. En raison du manque de services conçus spécifiquement à leur intention, nombre de jeunes se

dirigent vers les services qui leur sont indiqués, très souvent par leurs pairs ou des adultes consommateurs de drogues. Il existe très peu de prestataires de services de traitement en toxicomanie, plus particulièrement de traitement médical des TCO, qui s'occupent spécifiquement des jeunes, ou, à tout le moins, qui intègrent à leur prestation des services adaptés aux besoins des jeunes.

Le système de soins de santé a traditionnellement été organisé de façon à répondre aux besoins en santé mentale et physique des patients pédiatriques de moins de 18 ans, mais le fait est que les jeunes de moins de 25 ans affrontent des difficultés différentes de celles de la population adulte. De plus en plus, les écrits médicaux reconnaissent que, chez les jeunes, le développement neurologique est toujours en progression.

Étant donné les changements neurodéveloppementaux, les facteurs de stress psychosociaux et les problèmes psychiatriques et de santé mentale concomitants chez les jeunes atteints de troubles liés à la consommation d'opioïdes, cette population a souvent besoin d'adaptations et de soutiens supplémentaires pour parvenir au rétablissement et à la guérison.

Par conséquent, nombre de services communautaires destinés aux jeunes sont maintenant répartis selon une large gamme d'âges, cette tranche de population étant souvent désignée sous la rubrique « adolescents et jeunes en transition ».

Peuples et communautés autochtones

Dans un grand nombre de communautés autochtones, on retrouve des taux extrêmement élevés de TCO, de surdoses, de suicide et d'autres méfaits associés à la toxicomanie⁸⁵. Chaque communauté qui en a besoin devrait avoir accès à des soins adaptés à la culture. Le TAO doit dispenser à tous les patients les soins holistiques culturellement sensibles qui sont essentiels à leur santé et à leur bien-être global. De plus, le TAO ne doit pas entraver les activités quotidiennes des patients ni leurs relations avec leur famille et leur communauté d'origine.

La Recommandation 1 énonce que le traitement de première ligne devrait employer de la buprénorphine, et la Recommandation 3, que le personnel infirmier praticien devrait avoir le droit de prescrire ce médicament. Ces deux recommandations sont particulièrement importantes dans le cas des communautés autochtones. En outre, plusieurs autres recommandations sont critiques pour l'amélioration de la qualité de vie chez les personnes autochtones atteintes de TCO.

Recommandation 14 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec Santé Canada, les dirigeants des Premières Nations et divers partenaires autochtones, devrait impartir un financement durable aux programmes de lutte contre l'abus de médicaments d'ordonnance basés sur la communauté, le territoire et la culture. Les programmes devraient comprendre le traitement à la buprénorphine/naloxone, de même qu'un counselling en désintoxication et prévention des rechutes.

Les programmes de traitement à la buprénorphine exigent un financement stable et à long terme en vue du counselling, de l'administration quotidienne des médicaments et de la collecte des échantillons

d'urine aux fins du dépistage. Cela vaut pour tout programme de traitement par agoniste. Le niveau de financement actuel alloué par Santé Canada aux programmes communautaires de traitement pour abus de médicaments prescrits est irrégulier, précaire et limité. Cela empêche l'accès au traitement, menace la qualité thérapeutique et fait courir aux patients des risques permanents de rechute, de surdose et de suicide.

Dans la région de Sioux Lookout, plusieurs communautés ont instauré des programmes de rétablissement grâce à des travailleurs communautaires spécialisés en troubles mentaux, qui dispensent un counselling tant conventionnel qu'adapté à la culture ainsi que des pratiques de guérison traditionnelles. Cette approche globale permet à de nombreux patients de cesser complètement leur consommation d'opioïdes et de reprendre le travail, leurs études et leurs rôles familiaux. Kanate et ses collègues ont documenté les résultats remarquables obtenus par un programme de traitement à la buprénorphine au sein de la Première Nation de North Caribou Lake⁸⁶. Un an après le début du programme, le nombre d'accusations pénales et de transferts pour évacuation sanitaire avait diminué, le programme de distribution des seringues ne dispensait plus que la moitié de son volume antérieur, et les taux de fréquentation scolaire avaient augmenté.

Recommandation 15 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et d'autres associations professionnelles et organismes de réglementation devraient encourager tous les prestataires de traitement par agoniste opioïde à appuyer le remplacement de la méthadone par la buprénorphine/naloxone lorsque la situation clinique ou géographique l'indique, entre autres pour les patients des Premières Nations.

Seul un petit nombre des communautés des Premières Nations disposent de l'infrastructure nécessaire à un traitement de maintien à la méthadone (TMM), dont une pharmacie ouverte sept jours par semaine et un dispensaire de soins médicaux d'urgence sur place. De nombreux patients des Premières Nations suivant un TMM doivent donc se déplacer sur de longues distances quotidiennement, entre leur communauté de résidence et la clinique et la pharmacie liées à leur traitement. Cette façon de faire est coûteuse pour le patient et la communauté, perturbatrice pour le travail et la vie de famille du patient et dangereuse pendant l'hiver, en raison de routes rurales mal entretenues. Les patients sont parfois forcés de quitter leur communauté et de s'installer à proximité de leur prestataire de TAO pendant de longues périodes.

Nombre de communautés des Premières Nations préfèrent l'utilisation de la buprénorphine, pour des raisons de sécurité et parce que le médicament peut être dispensé dans le cadre d'un programme communautaire de traitement psychosocial. Cependant, des patients et des travailleurs communautaires déclarent que certains prestataires locaux de TMM refusent parfois de remplacer la méthadone par la buprénorphine. Les prestataires de TMM devraient faciliter le passage des patients stables à la buprénorphine lorsque le patient ou la communauté le demande, et ils devraient aider les communautés des Premières Nations à établir leurs propres programmes communautaires de traitement à la buprénorphine.

Les femmes autochtones enceintes qui sont traitées à la méthadone sont souvent incapables de regagner leur communauté d'origine avec leur nouveau-né, parce que la communauté ne dispose pas de l'infrastructure nécessaire pour dispenser de la méthadone. Un meilleur accès au traitement à la buprénorphine permettrait aux femmes enceintes de réintégrer leur communauté des Premières Nations plus facilement et d'entretenir de meilleures relations avec leur famille et avec les réseaux de soutien communautaire.

Recommandation 16 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, en collaboration avec Santé Canada et ses partenaires autochtones, devrait subventionner la mise sur pied d'une formation et de programmes d'appui au rétablissement du syndrome de stress post-traumatique et des suites du traumatisme historique et intergénérationnel. Ce financement devrait apporter du soutien :

- *aux retraites de ressourcement à l'intention des chefs et membres des conseils;*
- *à la formation des responsables du programme de lutte contre l'abus de médicaments d'ordonnance à une prestation de soins tenant compte des traumatismes subis;*
- *à des programmes de suivi adaptés à la culture qui soutiennent le rétablissement de la personne, de la famille et de la communauté du syndrome de stress post-traumatique et de la transmission du traumatisme historique.*

Les troubles dus à la consommation d'alcool et de drogues sont souvent symptomatiques de problèmes de santé mentale sous-jacents, de douleur affective et de souffrance. La Commission de témoignage et de réconciliation du Canada a mis en lumière la façon dont sept générations d'Autochtones ont été coupées de leurs langues, cultures et traditions spirituelles, les privant ainsi complètement de leur identité. Pour mettre fin aux toxicomanies, il faudra remédier aux effets durables d'un traumatisme intergénérationnel non résolu.

Grossesse et postnatalité

Recommandation 17 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait fournir des soutiens supplémentaires aux femmes enceintes et en période postnatale qui présentent des troubles liés à la consommation d'opioïdes, soit : aplanir les barrières à l'accès au traitement; dispenser des conseils sur les suppléments alimentaires et l'allaitement; instaurer des services de garderie; diffuser des connaissances et une formation sur la toxicomanie auprès des :

- *intervenants en protection de l'enfance;*
- *avocats des services de protection de l'enfance;*
- *juges et membres de jurys.*

Les programmes de traitement des toxicomanies en établissement refusent parfois d'admettre les femmes enceintes. Il n'existe aucune justification de ces politiques, qui portent préjudice à la patiente et au nouveau-né. Les préposés à la protection de l'enfance devraient recevoir un enseignement et une formation sur la toxicomanie et sur le traitement des TCO, afin de pouvoir aider les mères à conserver la garde de leurs enfants et à bénéficier de l'accès crucial au soutien de la famille et de la collectivité.

Recommandation 18 : Il faudrait prescrire de la buprénorphine aux femmes enceintes qui vivent ou séjournent dans des collectivités et communautés où la méthadone n'est pas disponible, en particulier aux femmes des Premières Nations. Le traitement par agoniste opioïde devrait être dispensé en continu aux femmes enceintes, pendant l'accouchement et en période postnatale.

L'étude *Maternal Opioid Treatment: Human Experimental Research (MOTHER)* a conclu que la buprénorphine constituait une solution de rechange à la méthadone sécuritaire et efficace pour le traitement de la dépendance aux opioïdes pendant la grossesse⁸⁷. La recherche a révélé que les bébés nés de femmes traitées à la buprénorphine présentaient de meilleurs résultats en matière d'abstinence néonatale et passaient moins de journées à l'hôpital.

Les femmes atteintes de TCO devraient amorcer un traitement à la buprénorphine ou le poursuivre pendant la grossesse, en particulier si elles vivent dans une communauté rurale ou éloignée, où la méthadone n'est pas disponible.

La buprénorphine est disponible quasi exclusivement sous forme de combinaison (buprénorphine/naloxone). La prudence est recommandée lors de l'utilisation de buprénorphine/naloxone pendant la grossesse, car il existe peu d'information sur la sûreté ou l'innocuité de la naloxone pendant la grossesse. La naloxone est d'une biodisponibilité minimale lorsqu'elle est prise telle que prescrite, et les études réalisées chez l'animal et chez l'être humain n'ont produit aucune preuve de nocivité pour le fœtus. La buprénorphine à l'état pur (sans naloxone) n'est pas commercialisée au Canada. Le Comité consultatif recommande que l'on donne accès au mono-produit via le Programme d'accès spécial et qu'il soit mis à la disposition de toutes les collectivités, sans entraves de la part du fournisseur et de Santé Canada. Par conséquent, vu son innocuité apparente, la buprénorphine/naloxone peut être utilisée jusqu'à ce que le mono-produit soit disponible.

Mesures incitatives à l'intention des médecins et financement

Recommandation 19 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait œuvrer en collaboration avec l'Association médicale de l'Ontario et le Réseau local d'intégration des services de santé en vue d'appuyer les divers modèles de services de santé physique et mentale qui répondent aux besoins respectifs des patients. Il faudrait entre autres prévoir d'autres barèmes de rémunération pour les médecins, afin de s'assurer que des soins de qualité soient dispensés dans tous les contextes et milieux, notamment dans les cliniques à grande fréquentation.

Mesures incitatives à l'intention des cliniques de TAO pour la prestation de soins de haute qualité :

À l'heure actuelle, le barème de tarifs du RASO incite les cliniques à exiger des patients qu'ils remettent des échantillons d'urine fréquemment et qu'ils se présentent fréquemment à des visites en cabinet, parfois toutes les semaines ou toutes les deux semaines. Tel qu'exposé à la section sur les normes de pratique, ce facteur pourrait contribuer au faible taux de rétention en traitement en Ontario, et il peut nuire au rétablissement des patients. L'OMA et le Ministère doivent mettre au point des incitatifs

financiers pour la promotion de soins des toxicomanies qui soient complets et de haute qualité, et qui contribuent au mieux-être des patients et leur permettent de se rétablir. Si l'on maintient le modèle de la rémunération à l'acte, il pourra être nécessaire de poser des limites à la fréquence du dépistage des drogues dans l'urine et des visites en cabinet. D'autres modèles pourraient également être envisagés, p. ex. un financement global pour les programmes de TAO complets dispensés par une équipe.

Mesures incitatives pour le partage des soins - traitement des toxicomanies et soins de santé primaires :

En psychiatrie, le partage des soins ou la prestation en collaboration s'est révélé être un modèle efficient et efficace pour la prestation des soins aux patients ayant des maladies mentales. Dans le cadre du partage des soins, le psychiatre évalue le patient et transmet ses recommandations au médecin de première ligne, par écrit ou (si nécessaire) par téléphone. Le médecin de première ligne peut en tout temps communiquer avec le psychiatre au sujet de questions ou de préoccupations, et il peut demander une réévaluation en urgence. Une foule de patients ont bénéficié de soins psychiatriques de haute qualité par le biais de programmes de partage des soins, et les médecins de première ligne qui ont participé à ces programmes ont acquis des compétences en gestion des problèmes psychiatriques courants⁸⁸.

Certains projets pilotes suggèrent qu'une prise en charge partagée des toxicodépendances pourrait également être efficace. Plusieurs projets de partage des soins sont en cours en Ontario. Par exemple, à Sioux Lookout, le médecin formé pour traiter les TCO amorce le traitement à la buprénorphine, tandis que le médecin de première ligne s'occupe de la prescription à long terme. Les évaluations des résultats issus de ce modèle ont été très positives⁸⁹. Le projet SUN:SHARE (Substance Use Network) regroupe l'Hôpital Women's College et plusieurs centres de santé communautaire de Toronto.

Des allocations sont disponibles actuellement pour les psychiatres qui exercent selon une approche de partage des soins. Ces allocations devraient être mises à la disposition des médecins ayant reçu une formation en matière de TCO qui pratiquent le partage des soins dans des cliniques de première ligne et des cliniques à accès rapide. Les allocations sont nécessaires parce que les médecins exerçant en partage des soins doivent passer un certain temps à communiquer avec les médecins de première ligne au sujet de leurs patients par courriel, téléphone et courrier, et parce qu'il est courant que les patients ne se présentent pas à leur visite initiale.

Mesures visant à inciter les médecins de première ligne à dispenser des soins de longue durée aux patients stables bénéficiant d'un TAO :

La Recommandation 8 énonce que le Ministère devrait collaborer avec les ESF et les CSC afin de veiller à ce que les patients stables qui sont traités à la buprénorphine reçoivent des soins de longue durée dans un centre de soins primaires. Afin de mettre cette recommandation en œuvre, il sera peut-être nécessaire d'ajuster le barème de rémunération du RASO pour que soit couvert le traitement à la buprénorphine dans le contexte des soins primaires. Actuellement, le barème de rémunération du RASO rembourse les médecins prescripteurs de méthadone à un tarif considérablement supérieur à celui que perçoivent d'autres médecins ayant pris en charge des patients présentant d'autres maladies

chroniques, telles que le diabète ou la schizophrénie. Ce modèle de rémunération offre peu de mesures financières pouvant inciter les médecins de première ligne à prescrire de la buprénorphine et à traiter des patients toxicomanes, qui ont besoin de beaucoup plus de soins et de soutien que la moyenne des patients. Les médecins de première ligne ne perçoivent pas de rémunération mensuelle de leurs services en prestation du TAO, et les médecins qui œuvrent au sein de ESF et des OSF ne sont pas remboursés pour les consultations régulières en cabinet, car celles-ci font partie du « panier » (les consultations plus longues en psychothérapie sont toutefois remboursées).

Le Ministère, l'OMA et le RLISS devraient aussi lever les mesures pouvant dissuader les médecins qui exercent selon des modèles d'inscription des patients, afin de dispenser des soins aux patients bénéficiaires du TAO.

Réduction des méfaits et prévention des surdoses

Au cours de la dernière décennie, l'Ontario a assisté à une hausse spectaculaire des taux de mortalité par surdoses d'opioïdes. La surdose est aujourd'hui la troisième cause de mortalité accidentelle dans la province⁹⁰. Cela signifie qu'un plus grand nombre de personnes décèdent à la suite de surdoses que d'accidents de la route⁹¹. Les taux de patients présentant des surdoses dans les urgences de l'Ontario ont régulièrement augmenté ces dernières années⁹², ce qui a contribué à une hausse de 25 % des séjours hospitaliers pour cause de surdose à l'échelle nationale⁹³.

La consommation accrue de drogues fabriquées ou importées de façon illicite, en particulier de fentanyl, contribue au taux élevé de décès par surdose dans la province, car ces drogues sont généralement de 50 à 100 fois plus puissantes que d'autres variantes d'opioïdes (p. ex. héroïne, morphine). Ce fait étant peu connu, certains peuvent consommer ce qui semble une quantité compatible avec leur tolérance à la drogue, alors qu'il s'agit d'une dose dangereusement élevée et souvent létale.

Un traitement approprié est critique pour la survie, la santé et le bien-être des patients atteints de TCO. Cependant le traitement en soi et à lui seul ne suffit pas; une approche plus large, axée sur la santé publique, s'impose. Plusieurs stratégies se sont révélées aptes à abaisser les taux de mortalité, y compris l'accès généralisé à des doses de naloxone à prendre à domicile et l'éducation en prévention des surdoses, des normes médicales claires pour les médecins sur la prescription prudente des opioïdes, l'accès en ligne à des moyens d'éducation et à un soutien clinique, ainsi que le plafonnement du remboursement des doses élevées d'opioïdes par les régimes provinciaux d'assurance-médicaments et les assureurs privés⁹⁴.

Recommandation 20 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait donner une suite rapide à son engagement de rendre la naloxone généralement et promptement accessible à tous les patients aptes à en bénéficier.

Le Comité consultatif appuie vigoureusement l'initiative du Ministère de rendre les trousse de naloxone accessibles dans les pharmacies ontariennes, sans frais et sans ordonnance. Le Comité consultatif presse

le Ministère, l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario et d'autres organismes de veiller à procéder rapidement à la mise en œuvre généralisée de ce programme.

Le Ministère a mis sur pied le Programme ontarien de distribution de naloxone (PODN) en octobre 2013. Dans le cadre de ce programme, on distribue de la naloxone, des trousse de prévention des surdoses et du matériel de formation aux organismes admissibles, partout dans la province. Ces organismes fournissent des trousse de naloxone et offrent de la formation sur le mode d'administration de la drogue aux clients du programme qui sont à risque élevé de surdose d'opioïdes. Au nombre des organismes admissibles, il y a actuellement :

- les BSP qui gèrent les programmes de réduction des méfaits tels que le programme d'échange de seringues (PES);
- les organismes communautaires qui se sont engagés par contrat avec leur BSP local à gérer un PES principal;
- des équipes subventionnées par le Ministère pour le traitement de l'hépatite C.

Les méthodes actuelles de distribution des trousse de naloxone ne permettent d'atteindre qu'un petit sous-ensemble de la portion plus importante des personnes gravement atteintes de TCO, qui ont un besoin urgent des mesures nécessaires à la prévention des surdoses. Le Comité consultatif travaille à l'identification de plusieurs autres populations vulnérables, qui courent un fort risque de surdose. Des estimations suggèrent qu'il existe au moins de 15 000 à 20 000 personnes à risque élevé de surdose d'opioïdes en Ontario⁹⁵. Le Comité consultatif réclame l'amplification immédiate des mesures de prévention des surdoses en Ontario, recommandation qui est également en lien direct avec les avis spécialisés mis de l'avant dans le rapport *Prescription for Life* (Prescrire pour la vie), publié par le Municipal Drug Strategy Coordinator's Network of Ontario. Les trousse de naloxone devraient être distribuées non seulement dans les pharmacies communautaires, mais dans les centres suivants :

- cliniques privées de TAO;
- centres de soins primaires;
- bureaux de santé publique;
- CSC et ESF qui dispensent le TAO (p. ex. les trousse sont mises à la disposition des populations concernées, marginalisées, itinérantes);
- centres communautaires de traitement de la toxicomanie en milieu résidentiel (y compris centres de traitement par abstinence ou de prise en charge du sevrage en milieu résidentiel);
- services des urgences et unités de patients hospitalisés;
- refuges;
- établissements correctionnels (à la sortie d'incarcération).

Recommandation 21 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait réviser la couverture des opioïdes inscrits au Formulaire des médicaments de l'Ontario, de façon à :

- **prévoir un plafonnement au remboursement des doses quotidiennes d'opioïdes dont le total est élevé;**
- **retirer de la liste les formulations à doses inutilement fortes d'opioïdes puissants.**

De fortes doses d'opioïdes prescrits sont associées à un risque accru de décès par surdose. Parmi les patients qui sont décédés d'une surdose en lien avec un opioïde, la majorité avaient reçu une ordonnance d'opioïde quelques semaines avant leur décès⁹⁶. Le risque de décès par surdose augmente substantiellement lorsqu'un patient se voit prescrire une dose quotidienne de 100 mg ou plus d'équivalent de morphine^{97, 98,99}.

Les régimes provinciaux d'assurance-médicaments pourraient plafonner le total quotidien des doses élevées d'opioïdes au moyen de trois stratégies. Tout d'abord, les régimes peuvent retirer de leur liste les posologies à forte dose, telles que les timbres transdermiques de 100 mcg de fentanyl ou les capsules de 30 mg d'hydromorphone. En deuxième lieu, le total des doses quotidiennes pourrait être plafonné, indépendamment de l'opioïde en cause, et la durée de l'ordonnance limitée. En troisième lieu, les médecins devraient être tenus de présenter une demande d'approbation au Programme d'accès exceptionnel (PAE) ou à un programme de restriction de la consommation lors de la prescription de doses supérieures à un certain seuil, ainsi 120 mg d'équivalent de morphine par jour. Les programmes d'accès exceptionnel et de restriction de la consommation autoriseraient tous deux la prescription et la prise de doses plus fortes au besoin, par exemple dans le cadre des soins palliatifs.

La Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT) et le Programme des services de santé non assurés (PSSNA) posent des limites aux remboursements. Remarquons que ces restrictions ont reçu un bon accueil chez les médecins, mais le Comité consultatif ne connaît pas d'évaluations publiées des deux programmes.

Recommandation 22 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait soutenir et financer les pratiques fondées sur des données probantes de façon à y inclure des programmes de réduction des méfaits, entre autres : l'accès à un matériel et à des fournitures servant à fumer ou à injecter qui soient plus sûrs et à la consommation de drogues sous surveillance.

Les personnes qui s'injectent des drogues illicites courent un risque plus élevé de surdose que les autres consommateurs d'opioïdes, et les personnes de l'entourage sont souvent réticentes à composer le 911 pour obtenir des secours par crainte de poursuites. Les services d'injection supervisée offrent un milieu hygiénique sûr aux personnes qui s'injectent des drogues dont elles se sont antérieurement munies sous la surveillance d'un professionnel réglementé, qui peut administrer de la naloxone et procéder à la réanimation cardiorespiratoire au besoin. En plus de prévenir les surdoses, le personnel peut mettre les clients en rapport avec des programmes de soins primaires, de services sociaux et de TAO. Le Ministère devrait soutenir l'accès à des services d'injection supervisée là où ils sont disponibles, car il s'agit de services éminemment utiles pour les personnes qui s'injectent des opioïdes.

Déterminants sociaux de la santé

Le risque de dépendance est fortement influencé par des facteurs sociaux, tels que le faible statut socioéconomique, la précarité de logement, l'insécurité alimentaire et la violence au sein du foyer ou de la collectivité. Les personnes souffrant de dépendance sont victimes de multiples inégalités sur le plan de la santé et ont donc besoin de nombreux soutiens communautaires pour surmonter ces facteurs sociaux négatifs et parvenir à un rétablissement stable.

Recommandation 23 : Le gouvernement provincial devrait affecter des fonds à la promotion et au soutien de divers types de logements supervisés, y compris de l'approche Logement d'abord, à l'intention des personnes ayant des troubles liés à la consommation d'opioïdes.

Les personnes atteintes de TCO doivent souvent dépenser des centaines de dollars tous les jours pour se procurer des opioïdes illicites, ce qui les force à détourner ainsi l'argent du loyer ou à vendre des effets personnels. Ce processus a souvent comme résultat l'expulsion, l'itinérance et l'existence dans la rue, surtout si les personnes sont déjà marginalisées économiquement avant de devenir dépendantes.

Le logement est considéré comme étant un déterminant clé de la santé. Disposer d'un logement améliore la santé physique, la santé mentale et le bien-être. Les personnes dépendantes sont vulnérables aux problèmes de logement. Un logement stable et permanent allié à une combinaison de soutiens peut contribuer au rétablissement d'un patient. Si elles ont accès à un logement abordable, les personnes ayant des problèmes de santé mentale qui étaient sans abri peuvent conserver un logis avec l'aide de soutiens axés sur le rétablissement, parvenir à la stabilité de logement et voir leur qualité de vie s'améliorer. Le récent rapport du Conseil consultatif pour le leadership en santé mentale et en lutte contre les dépendances, *Meilleure santé mentale, meilleure santé en général*, concluait à la nécessité de quelque 30 000 nouvelles unités de logement avec services de soutien en Ontario à l'intention des personnes ayant des problèmes de dépendance et de santé mentale.

Soutiens éducatifs

Un thème clé a été présent dans toutes les discussions du Comité consultatif, soit le besoin d'un supplément d'éducation pour les patients et les prestataires de soins. Les étudiants et résidents en médecine et les médecins en pratique communautaire ne reçoivent que peu ou pas de formation en matière de prescription sûre des opioïdes, ni de formation à la prévention des surdoses d'opioïdes et à l'identification et prise en charge des TCO. Le Comité souhaite la mise en place d'un enseignement complet et obligatoire sur ces matières pour tous les médecins, le personnel infirmier praticien et les pharmaciens. Le Comité appuie également l'élaboration de normes médicales claires sur la prescription des opioïdes par QSSO, en collaboration, le cas échéant, avec d'autres associations professionnelles et organismes de réglementation. Une version refondue des lignes directrices nationales sur les opioïdes sera disponible l'an prochain, mais les normes formulées par QSSO et l'OMCO auront un impact immédiat et significatif sur les pratiques de prescription des médecins.

Recommandation 24 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait œuvrer en collaboration avec les associations, ordres et collèges professionnels, les autres organismes de réglementation ainsi que les établissements d'enseignement appropriés, dans la mise à jour de programmes et dans l'harmonisation d'initiatives d'éducation et de normes de prescription des opioïdes qui soient sécuritaires chez les médecins et le personnel infirmier praticien de l'Ontario, de même que dans la délivrance ou la distribution sécuritaire de ces produits par les pharmaciens et le personnel infirmier.

Les normes médicales et les initiatives éducatives devraient englober les sujets suivants, sans s'y limiter :

- prescription et délivrance sûres et appropriées des opioïdes pour le traitement de la douleur aiguë et chronique dans les centres de soins primaires et dans les urgences et milieux hospitaliers;
- prévention des surdoses;
- identification et prise en charge des TCO;
- réduction de la stigmatisation;
- soins qui tiennent compte des traumatismes subis;
- approches de réduction des méfaits;
- besoins en matière de traitement de populations spécifiques, dont les jeunes et les femmes enceintes.

L'approche de l'État de Washington quant à la prescription des opioïdes comprend une politique médicale appliquée par l'organisme de réglementation médicale de l'État (soit l'équivalent d'un collège provincial des médecins et chirurgiens). La politique de santé exige des médecins qu'ils obtiennent une consultation d'un spécialiste de la douleur, informelle ou formelle, avant de prescrire des doses quotidiennes d'opioïdes supérieures à 120 mg d'équivalent de morphine. La politique est assortie d'un programme éducatif et d'un système de soutien clinique à distance. Cette approche globale a eu pour effet de réduire les taux de prescription de fortes doses d'opioïdes et de décès par surdose d'opioïdes¹⁰⁰.

Le Comité consultatif et le Ministère prévoient que la grande majorité des médecins de famille appuieront les nouvelles normes de QSSO, avec la contribution de l'OMCO, sur les modes sûrs de prescription des opioïdes. Un sondage réalisé auprès des médecins de première ligne de l'État de Washington a révélé un appui unanime à la politique requérant une consultation avant de prescrire des doses élevées¹⁰¹. Un sondage aléatoire mené auprès de médecins de l'Ontario a permis de constater qu'une vaste majorité d'entre eux recommandaient fortement la formulation de normes sur la prescription des opioïdes par les collèges professionnels provinciaux¹⁰².

Recommandation 25 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait mandater les hôpitaux et les cliniques interprofessionnelles de soins de santé primaires (dont les équipes Santé familiale, les centres de santé communautaire et les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones) pour la mise au point de programmes d'appui à l'amorce d'un traitement par agoniste opioïde chez les patients qui souffrent de surdose aux opioïdes ou de troubles liés à la consommation d'opioïdes, suivant les lignes directrices des meilleures pratiques thérapeutiques.

Les services d'urgence reçoivent souvent un grand nombre de personnes qui présentent des douleurs aiguës et chroniques, notamment celles qui sont gravement atteintes de TCO. Une étude réalisée par l'Hôpital général de Vancouver a conclu que les patients à qui l'on avait prescrit des opioïdes étaient trois fois plus susceptibles de subir un incident négatif dans les deux semaines suivant leur sortie.

En raison des pressions et circonstances exceptionnelles qu'affronte le personnel des urgences et des hôpitaux, une formation obligatoire et des moyens de soutien en rapport devraient être fournis aux hôpitaux, dans toute la province. La formation devrait se fonder sur les lignes directrices et meilleures pratiques en matière de traitement. Les lignes directrices et la formation devraient porter sur la prescription sûre des opioïdes pour le traitement de la douleur aiguë et chronique, ainsi que l'identification et la prise en charge des TCO par les services d'urgence et les milieux hospitaliers. Il a déjà été démontré que le traitement à la buprénorphine abaisse les taux de visites aux urgences chez les patients atteints de TCO¹⁰³.

Les médecins et le personnel infirmier des urgences et des hôpitaux devraient recevoir une formation sur l'utilisation de la naloxone à prendre à la maison par les patients à risque élevé de surdose et sur le traitement à la buprénorphine des patients que l'on soupçonne d'être atteints de TCO. Des essais contrôlés ont démontré que les patients traités aux urgences ou dans un hôpital sont beaucoup plus susceptibles de se présenter dans une clinique de médecine de la toxicomanie si on leur a prescrit de la buprénorphine comme aide à la transition à leur sortie¹⁰⁴.

Recommandation 26 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait affecter un financement durable à l'expansion de programmes existants, tels que ceux du Medical Mentoring for Addictions and Pain Network, et à l'institution de nouveaux programmes au besoin, afin de faciliter les consultations cliniques et la mise en train de programmes de mentorat à distance comme aides à la prescription et à la délivrance sécuritaires des opioïdes de même qu'à la prise en charge des troubles liés à la consommation d'opioïdes.

Il faudrait prévoir tout un éventail de programmes de formation et de mentorat à l'intention des prestataires de soins en Ontario, selon les besoins et le niveau d'expertise. Un modèle pyramidal de formation et de mentorat pourrait être bénéfique; par exemple, la plupart des prestataires de soins de santé pourraient suivre des cours de base, suivis par l'application de modèles plus intensifs : ainsi, se joindre à des réseaux de mentorat et d'encadrement pour ceux qui désiraient recevoir une formation supplémentaire. En définitive, le but des activités de mentorat et de soutien est d'encadrer un mode sûr de prescription des opioïdes; par conséquent, il sera important de mesurer et d'évaluer le résultat de ces programmes.

Par exemple, on peut acquérir une formation de base en suivant par exemple le cours de base sur le traitement de la dépendance aux opiacés ou ses divers volets dans le contexte du programme de développement professionnel continu de l'Université de Toronto en prise en charge de la douleur chronique et des TCO. Certains prestataires de soins auront besoin d'un encadrement et d'une formation plus poussés.

Le Collège des médecins de famille de l'Ontario (CMFO) a mis sur pied le Medical Mentoring in Addiction and Pain (MMAP) Network, qui offre aux médecins de famille un accès rapide au mentorat dispensé par des médecins dotés des compétences et de l'expérience requises en prise en charge de la douleur chronique et en médecine de la toxicomanie (notamment en traitement de substitution aux opioïdes). Le programme du MMAP consiste en un réseau collégial et collaboratif, implanté dans les diverses régions géographiques de la province, en vue de dispenser au plan local des conseils et soutiens appropriés. Le MMAP est aussi responsable d'un portail en ligne avec site de discussion parrainé par l'Université McMaster, qui affiche un généreux éventail de mentorat et de soutien cliniques et qui offre un accès en temps réel à des mentors partout en Ontario et dans le territoire desservi par l'Atlantic Pain and Addiction Network (APN).

Par ailleurs, le Ministère a récemment mis en œuvre un projet ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes), qui est une adaptation de celui qui a été conçu par l'University of New Mexico. En passant par le Réseau Télémédecine Ontario, ce projet compte réunir des prestataires de soins primaires afin de constituer une communauté de pratique aidante. Le projet cherche à améliorer les compétences et l'assurance chez les intervenants pour une prise en charge sûre et efficace de la douleur chronique. Le projet ECHO contribue à combler une lacune du système de santé actuel, nombre de médecins relevant les difficultés qu'il y a à obtenir des consultations pour des motifs de douleur ou de dépendance. Il existe aussi un projet ECHO en santé mentale et toxicomanie qui porte sur les sujets qui présentent des troubles concomitants et auquel les prestataires peuvent s'inscrire. Un modèle ECHO destiné au TAO a démontré comment, au Nouveau-Mexique, on a étendu la prescription de la buprénorphine en y autorisant les prestataires de soins primaires¹⁰⁵; ce modèle devrait donc être envisagé pour l'Ontario.

Il faudrait obtenir un financement plus important pour les consultations sur demande (par téléphone ou en ligne) de façon à en faciliter l'accès à tous les médecins, au personnel infirmier praticien et aux pharmaciens qui ont besoin de conseils, y compris pour des patients peu nombreux, ce qui peut les faire hésiter à participer à un programme éducatif proprement dit.

Un télé-réseau aiderait également les médecins dans la prise en charge des TCO. À l'heure actuelle, peu de médecins de famille prescrivent de la buprénorphine. Soit dit en passant, le Comité consultatif a appris que des médecins de première ligne refusent souvent de prescrire de la buprénorphine, même si l'état du patient est stable. Cela peut être attribuable au manque de connaissances et d'expérience en matière de prescription de ce produit, ou à la crainte que le traitement soit trop complexe ou exige trop de temps. Le Comité consultatif a également appris que des médecins de première ligne cessent parfois subitement de prescrire des opioïdes aux patients dont la consommation devient problématique. Cela

peut mener les patients à rechercher des sources illicites d'opioïdes, courant ainsi un risque accru de décès par surdose.

Un programme à distance de mentorat et de soutien clinique permettrait aux médecins de première ligne et au personnel infirmier praticien d'entrer en contact avec un médecin formé au traitement des TCO pour une consultation le jour même, par téléphone ou par courriel. Le Comité consultatif a identifié un certain nombre de médecins et d'infirmières et infirmiers praticiens oeuvrant dans des collectivités du Nord qui seraient disposés à assurer une formation et un soutien cliniques par le biais d'un réseau de mentorat à distance.

Recommandation 27 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait mettre au point, en collaboration avec d'autres organismes (p. ex. Qualité des services de santé Ontario, Centre de toxicomanie et de santé mentale), une trousse éducative complète, y compris un dossier d'information uniforme sur les droits des patients, à l'intention de ceux qui prennent actuellement des opioïdes pour le traitement de la douleur et qui envisagent et/ou entament un traitement par agoniste opioïde. Cette trousse éducative devrait être mise au point en consultation avec des médecins formés à la prise en charge des troubles liés à la consommation d'opioïdes et au traitement de la douleur, des spécialistes de l'éthique médicale, des pharmaciens et des personnes qui ont personnellement souffert de troubles liés à la consommation d'opioïdes.

Une prescription abusive ou de mauvaises pratiques de prescription ne sont pas uniquement attribuables à un manque de connaissances du médecin – il arrive que les patients ne comprennent pas le but, les limites et les risques d'une ordonnance d'opioïdes à court ou à long terme comme antidouleur ou d'une ordonnance qui accompagne le TAO. Les patients doivent aussi être informés des risques et des effets secondaires à long terme que comporte toute consommation d'opioïdes, que ce soit pour la gestion de la douleur ou pour traiter une dépendance. Il incombe aux médecins prescripteurs de bien renseigner le patient sur la façon sécuritaire d'utiliser leur ordonnance et de s'assurer qu'ils comprennent pleinement les incidences négatives de l'utilisation à long terme d'opioïdes et du détournement des ordonnances non utilisées. Un formulaire de consentement signé par le patient peut aider à s'assurer que le patient a reçu les renseignements appropriés et comprend les effets secondaires et les répercussions possibles sur sa vie.

Les patients admis à un TAO devraient être pleinement informés sur les options de traitement disponibles. Comme ce sont les patients qui ont le dernier mot en ce qui concerne le choix de leur plan de traitement, les médecins doivent veiller à ce que les diverses options qui s'offrent à eux leur ont été exposées en détail, de même que les conséquences possibles de leur choix.

Une trousse éducative standardisée et le formulaire de consentement du patient aideraient à s'assurer que celui-ci reçoit les renseignements nécessaires à un consentement éclairé.

Technologie

Recommandation 28 : *Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait promouvoir le recours aux outils électroniques pour documenter les plans de soins, ainsi que pour consigner et diffuser l'information en santé. Cette pratique permettrait d'éviter le double emploi, simplifierait la transmission des dossiers entre prestataires de soins et faciliterait le cheminement des patients au sein du système.*

Recommandation 29 : *Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait mettre au point des systèmes d'information qui identifient de façon proactive les prestataires dont les pratiques de prescription d'opioïdes sont potentiellement dangereuses. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et l'Ordre des médecins et chirurgiens devraient se concerter afin d'éliminer les pratiques de prescriptions dangereuses. Tous les cliniciens devraient avoir accès au Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées.*

L'informatisation des dossiers élimine la nécessité de retracer le dossier médical antérieur d'un patient et aide à s'assurer que les données reçues par les prestataires sont exactes. De plus, le dossier de santé peut renseigner sur la prescription de drogues ou de stupéfiants et signaler les risques éventuels, ainsi que la prescription concurrente de benzodiazépines ou de stimulants par d'autres prestataires. Les dossiers médicaux électroniques peuvent aussi abaisser le risque de double emploi des données et permettre aux médecins de repérer plus facilement les changements dans l'état de santé d'un patient.

Le Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées (SSSSC) procède déjà à la mise au point de l'informatisation des dossiers médicaux, mais il doit être amélioré de façon à mettre l'information à la disposition des prestataires sur le lieu de l'ordonnance. Actuellement, le SSSSC alerte l'OMCO uniquement dans les cas d'abus extrême, mais le système connaît des défaillances, et ces cas d'alerte ne sont pas fréquents. L'OMCO pourrait exiger des médecins qu'ils suivent des séances de recyclage en ligne. L'OMCO et le SSSSC devraient établir un point limite où seraient déclenchées une intervention et l'obligation de suivre un recyclage en ligne. Les outils informatiques permettent cette approche, moyen efficace et économique de joindre un grand nombre de médecins.

Le SSSSC est une base de données centrale qui permet d'examiner les activités de prescription et de délivrance des produits contrôlés dans le secteur communautaire des soins de santé. Le SSSSC a la capacité de procéder en temps réel à une étude sur la consommation des médicaments (ECM). Lorsqu'une pharmacie soumet un relevé des produits délivrés au SSSSC, le système effectue une ECM. Si des problèmes potentiels sont détectés, p. ex. le cumul d'ordonnances ou des requêtes dans plusieurs pharmacies, le SSSSC alerte la pharmacie en temps réel (c.-à-d. au moment où l'ordonnance est en cours d'exécution). Le SSSSC recueille les données sur la délivrance de médicaments auprès des pharmacies quant à toutes les drogues contrôlées, peu importe le mode de remboursement des ordonnances (p. ex. régime public d'assurance-médicaments, assurance privée ou paiement en comptant).

Recherches

Recommandation 30 : Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devrait investir dans les recherches sur la crise des opioïdes et le traitement des dépendances aux opioïdes, afin d'explorer les questions qui ont une incidence sur la pratique clinique, les services et soutiens communautaires et les politiques publiques.

En Ontario, les TCO et les surdoses ont provoqué une crise majeure en santé publique. Il faudra davantage de recherches pour informer les cliniciens, les administrateurs en soins de santé et les décideurs au sujet de l'approche clinique optimale à adopter pour le traitement des patients atteints de TCO et des types d'intervention en santé publique qui seraient les plus efficaces pour mettre fin à cette crise des opioïdes.

Au nombre des secteurs prioritaires, il y aurait : des stratégies efficaces en éducation et en réglementation afin d'abaisser les taux de dépendance et de surdose aux opioïdes; l'expérience des patients qui ont suivi différents modèles de TAO; les facteurs qui ont une incidence sur les taux de rétention en traitement; la durée optimale du TAO; le soutien optimal pour une diminution graduelle et la cessation du TAO; les meilleures pratiques pour faire passer les patients stables de la méthadone à la buprénorphine; quelle serait la meilleure manière de commencer à prescrire de la buprénorphine au sein du service des urgences; le traitement optimal chez les jeunes; l'évaluation des programmes d'éducation/formation et de mentorat.

ANNEXES

Annexe 1 – Biographie des membres

D^r Meldon Kahan (coprésident)

D^r Meldon Kahan est professeur agrégé au département de médecine familiale de l'Université de Toronto, et directeur médical du service de toxicomanie à l'Hôpital Women's College. Il est chercheur principal au projet META:PHI, qui établit un protocole de traitement des dépendances au sein du continuum des soins de base dans sept établissements de l'Ontario. Il est membre de plusieurs comités sur la toxicomanie de plan provincial et national, dont le volet Médecine des dépendances du Collège des médecins de famille du Canada, le comité éducatif de la Société médicale canadienne sur l'addiction et le comité de direction de l'initiative S'abstenir de faire du mal du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Au fil des années, il a publié une foule d'articles, lignes directrices et ouvrages éducatifs sous l'égide d'un comité de lecture sur des sujets liés à la toxicomanie. Ses principaux intérêts sont axés sur la toxicomanie et les soins primaires, le traitement à la méthadone et à la buprénorphine ainsi que l'enseignement en médecine de la dépendance.

D^r Philip Berger

D^r Philip Berger est directeur médical, Inner City Health Program, à l'Hôpital St. Michael de Toronto (Canada), où il a été chef du département de médecine familiale et communautaire de 1997 à 2013. D^r Berger, professeur agrégé au département de médecine familiale et communautaire de l'Université de Toronto, occupe depuis peu le premier poste de leader en promotion de la santé institué par la faculté de médecine. Membre du comité de traitement à la méthadone de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et ex-membre du conseil de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie, D^r Berger prescrit de la méthadone depuis 25 ans et il est particulièrement critique à l'égard du programme de l'OMCO sur ce produit. D^r Berger a contribué à la formation d'organismes de santé se portant à la défense des droits de la personne à la suite de ses missions auprès de victimes de la torture, de personnes séropositives et de réfugiés, et il a participé à des campagnes de lutte contre la pauvreté et de revendication au nom des personnes touchées par les problèmes de toxicomanie. Il est cofondateur de Canadian Doctors for Refugee Care, un organisme national réunissant des médecins qui, depuis 2012, milite contre les compressions imposées par le gouvernement fédéral au financement des soins de santé pour les réfugiés.

M. Rob Boyd

M. Rob Boyd œuvre auprès de jeunes et d'adultes ayant des troubles de toxicomanie et de santé mentale à Ottawa depuis 25 ans; ces 11 dernières années, il a été directeur du programme Oasis du Centre de santé communautaire Côte-de-Sable. Oasis est un chef de file dans l'intégration des services de santé mentale et de toxicomanie au continuum des soins primaires pour les personnes qui se heurtent à des barrières à l'accès des services destinés à la population générale. Oasis a commencé à offrir des services de traitement à la méthadone en 2010, en réaction à la consommation croissante de médicaments d'ordonnance chez les consommateurs de drogues d'Ottawa et à la pénurie de services pour le traitement de maintien à la méthadone dans cette ville. Le modèle d'Oasis est un modèle de financement mixte, selon lequel les médecins rémunérés à l'acte œuvrent en collaboration avec un personnel infirmier praticien en soins primaires et en gestion des cas liés aux opiacés. Des services de counselling en toxicomanie sont disponibles sur place, par le biais des Services de dépendance et santé mentale. Les intérêts de M. Boyd l'ont mené à faire carrière dans un domaine qu'il connaît bien, soit les questions de politique en matière de drogues et de médicaments et l'impact que la politique en la matière peut avoir sur l'augmentation ou la réduction des méfaits pour les personnes et les collectivités.

D^{re} Claudette Chase

D^{re} Claudette Chase a tenu nombre de rôles de leadership, notamment comme membre du comité de direction du Collège des médecins de famille de l'Ontario, dont elle a assuré la présidence de 2003 à 2003. D^{re} Chase a aussi été directrice du programme de médecine familiale à l'Université McMaster de 2005 à 2006. De 2011 à 2013, elle a été membre du volet Pratique générale et familiale de l'Association médicale de l'Ontario. Elle a en outre été membre de deux comités gouvernementaux sur l'abus des stupéfiants dans la province, de 2012 à 2013. Actuellement, D^{re} Chase est membre du groupe de travail sur l'abus des médicaments d'ordonnance de la Nation Nishnawbe Aski, et a été directrice médicale à la régie régionale de la santé de la Première Nation de Sioux Lookout. Aujourd'hui, elle est l'une des deux médecins de famille qui desservent la Première Nation Eabametoong (prononcer Yab-mAh-tung), et est toujours préceptrice auprès des étudiants en médecine, des résidents en pédiatrie, et, à l'occasion, du personnel infirmier praticien.

D^{re} Sharon Cirone

D^r Sharon Cirone est fellow du Collège des médecins de famille du Canada (FCMF). Elle exerce en médecine de la dépendance au centre-ville de Toronto, en milieu hospitalier aussi bien que communautaire. Elle dispense également des services en médecine de la dépendance et traitement de substitution aux opioïdes auprès de la Première Nation du lac Caribou Nord dans la région de Sioux Lookout. D^r Cirone œuvre auprès d'adolescents atteints d'alcoolisme et de toxicomanie. Elle est présidente du comité des programmes de médecine de la dépendance au CMFC, présidente du comité éducatif de la Société médicale canadienne sur l'addiction (SMCA) et membre du comité de direction des Collaborative Networks in Mental Health and Addiction and Pain du Collège des médecins de famille de l'Ontario (CMFO). D^{re} Cirone est également évaluatrice au comité du programme de traitement à la méthadone de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO).

D^r Robert Cooper

D^r Rob Cooper est diplômé de la faculté de droit Osgoode Hall et de la faculté de médecine de l'Université de Toronto, et il a effectué sa résidence en pratique familiale à l'Université de Toronto. Il exerce en traitement de la toxicomanie à Toronto et à Orillia. Membre du conseil de l'Association canadienne de protection médicale, il est aussi membre du comité de l'aide au développement. Il préside le volet Médecine de la dépendance de l'Association des médecins spécialisés dans les soins de longue durée, et il fait aussi partie de son conseil. Détenteur d'un certificat de la Société médicale canadienne sur l'addiction, il est membre émérite de l'American Society of Addiction Medicine et Diplomat of the American Board of Addiction Medicine.

M^{me} Gail Czukar

M^{me} Gail Czukar est directrice générale de Dépendances et santé mentale d'Ontario (AMHO). Les 200 organismes membres de l'AMHO au plan local dispensent tout un éventail de services partout en Ontario aux personnes atteintes de toxicomanie et de maladie mentale. M^{me} Czukar a joué des rôles de leadership au sein de l'équipe Santé familiale de Humber River, au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), au Conseil exécutif canadien sur les toxicomanies (CECT) et aux Services juridiques du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. M^{me} Czukar a également mis au point des programmes communautaires en santé mentale, toxicomanie et troubles du développement, et a défendu les intérêts des personnes ayant une expérience personnelle de la maladie dans ses rôles de direction et en qualité d'avocate dans une clinique d'aide juridique.

D^r Irfan Dhalla

D^r Irfan Dhalla est interniste général et vice-président aux normes et développement des données probantes à Qualité des services de santé Ontario. Dans ce rôle, lui-même et ses collègues font la promotion en Ontario d'une politique des soins de santé fondée sur les faits. D^r Dhalla continue à exercer à l'Hôpital St. Michael, où il s'occupe des patients hospitalisés et encadre les résidents et étudiants en médecine. Il est professeur adjoint au département de médecine de l'Université de Toronto, et enseigne aussi en gestion et évaluation à l'Institute of Health Policy. Les recherches de D^r Dhalla, centrées sur l'amélioration des soins de santé par le changement et l'innovation dans les politiques, ont été couronnées par plusieurs prix importants.

D^r Mike Franklyn

D^r Mike Franklyn est un médecin de famille qui exerce à Sudbury depuis plus de 20 ans. Il dispense des soins aux patients toxicomanes à Sudbury de même que dans diverses collectivités du Nord, et participe aussi à un programme novateur en vue de dispenser des enseignements et des soins en toxicomanie dans des communautés isolées des Premières Nations du Nord-Ouest de l'Ontario. D^r Franklyn est directeur médical du nouveau Harm Reduction Home (HRH), programme de prise en charge de la dépendance à l'alcool et refuge de Sudbury, et il dirige la clinique locale de médecine de la dépendance à accès rapide (RAAM) du projet ARCTIC META-PHI. D^r Franklyn est professeur agrégé de médecine familiale à l'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO), et il est membre du comité de traitement

à la méthadone à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO). Il est coauteur des lignes directrices sur le traitement à la buprénorphine au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) et a siégé à l'exécutif de PRIMA (Pregnancy Related Issues on the Management of Addictions).

M^{me} Tara Gomes

M^{me} Tara Gomes est épidémiologiste et chercheuse principale au Réseau de recherche sur la politique du médicament de l'Ontario (ODPRN), regroupement provincial de chercheurs dans le domaine de l'utilisation, des résultats et des politiques du médicament qui effectue rapidement les recherches devant servir à éclairer les politiques du médicament au Canada. Elle est aussi Scientifique à l'Institut de connaissances Li Ka Shing de l'Hôpital St. Michael et à l'Institut pour les sciences évaluatives cliniques, de même que professeure adjointe à l'Université de Toronto. Ses recherches sont axées sur la pharmaco-épidémiologie, la sûreté des médicaments et la politique du médicament grâce à l'exploitation de vastes bases de données administratives, et elle a publié plus de 100 articles revus par les pairs et plus de 50 rapports sur les politiques dans ce secteur. Elle a étroitement collaboré avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario à la mise au point de données probantes afin d'informer les politiques sur la consommation et l'abus des opioïdes en Ontario, et elle a agi en tant qu'experte-conseil auprès de la Food and Drug Administration et le Department of Transportation des États-Unis lors de discussions portant sur les politiques et la réglementation en matière d'opioïdes.

D^{re} Doris Grinspun

D^{re} Doris Grinspun est directrice générale de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). Elle occupe ce poste depuis avril 1996, après avoir passé six ans à la direction des services infirmiers à l'Hôpital Mount Sinai de Toronto. Pendant plus de deux décennies, D^{re} Grinspun a dirigé un certain nombre de programmes internationaux en Amérique centrale et latine, en Chine, en Australie et en Europe. Par ses publications et ses conférences au Canada et à l'étranger elle a énergiquement fait connaître le système de santé canadien ainsi que l'apport à sa réussite du personnel infirmier autorisé et du personnel infirmier praticien. L'expertise de D^{re} Grinspun dans les secteurs des politiques et pratiques en santé, soins de santé et soins infirmiers lui a valu toute une gamme de distinctions, dont l'Ordre de l'Ontario en 2003, un doctorat honorifique en droit de l'Institut universitaire de technologie de l'Ontario en 2011, le prix du leadership en soins infirmiers du Collège canadien des leaders en santé et la Médaille du jubilé de la Reine en 2013.

M. Wade Hillier

M. Wade Hillier est directeur du volet Gestion de la qualité de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. À ce titre, il supervise la stratégie et le fonctionnement de trois unités opérationnelles : évaluation et amélioration des pratiques; demandes d'agrément et évaluation des titres de compétence, ainsi que services aux membres, et registre des médecins et des sociétés. Depuis son entrée au service de l'Ordre en 2001, M. Hillier dirige et appuie une large gamme d'initiatives et de projets, toujours dans la perspective suivante : améliorer les lignes directrices sur l'accès à la pratique clinique de soins centrés sur le patient; élaborer un programme d'assurance de la qualité et de locaux à l'extérieur de l'hôpital; augmenter le nombre annuel d'évaluations des médecins; élargir le rôle de surveillance de l'OMCO

quant à la prescription des opioïdes, la mise en œuvre de nouveaux protocoles pour l'inscription au registre des médecins en Ontario et pour les travaux menés par le partenariat en gestion de la qualité (QMP) de l'Ordre avec Action Cancer Ontario.

M^{me} Carol Hopkins

M^{me} Carol Hopkins est directrice générale de la fondation nationale Thunderbird (division de la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances inc.) depuis 2009. Elle est titulaire d'une maîtrise en service social de l'Université de Toronto, de même que d'un diplôme équivalant, dans le système occidental, à un doctorat en connaissance du patrimoine à caractère sacré dans la culture autochtone. Elle a aussi œuvré au service du Nimkee NupiGawagan Healing Centre Inc., un centre de traitement de l'abus de solvants chez les jeunes, basé sur la culture et les modes de vie autochtones. Les travaux de M^{me} Hopkins pour réaliser des initiatives stratégiques et implanter les meilleures pratiques ont abouti à l'élaboration et à la mise en œuvre du Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations, de Honouring Our Strengths: A Renewed Framework to Address Substance Use Issues in Canada et des lignes directrices d'inspiration culturelle sur les pratiques exemplaires pour le traitement de l'intoxication aux produits inhalants. M^{me} Hopkins a contribué à mettre en œuvre des travaux subventionnés par l'IRSC, qui ont abouti à la formulation du Native Wellness Assessment and an Indigenous Wellness Framework. En 2015, M^{me} Hopkins a reçu le prix des Champions de la santé mentale pour son travail de chercheuse et de clinicienne. Elle a également enseigné en service social dans divers établissements postsecondaires, et elle est actuellement professeure invitée à l'école de service social, au Kings University College de l'Université Western.

M^{me} Mae Katt

M^{me} Mae Katt est infirmière praticienne en soins de santé primaires et réside à Thunder Bay. Elle est d'origine ojibway, membre de la Première Nation Temagami. Au fil des 35 ans d'une carrière multiforme, l'infirmière a exercé en soins de santé primaires, santé mentale et communautaire, toxicomanie, santé des adolescents, santé maternelle et infantile. Sa vaste expérience des politiques et de la recherche touche notamment le suicide chez les jeunes, la psychose précoce, le diabète, le soin du cancer, les ressources humaines en santé, le traumatisme crânien acquis et le développement communautaire. M^{me} Katt est coordonnatrice de l'équipe thérapeutique mobile qui dispense un traitement à la Suboxone dans une école secondaire des Premières Nations de même que dans des Premières Nations en milieu rural et éloigné. Elle est membre du Conseil consultatif pour le leadership en santé mentale et en lutte contre les dépendances, nommée par le ministre de la Santé, Eric Hoskins. Elle a été membre du comité de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario qui a rédigé les lignes directrices sur les meilleures pratiques sous le titre *Engaging Clients Who Use Substances*. M^{me} Katt a occupé des postes de gestion et a été responsable des programmes de santé des Premières Nations, comme directrice régionale (Ontario) à la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, puis directrice des services de santé pour la Nation Nishnawbe Aski et représentante des 49 Premières Nations ojibways et cries en milieux ruraux et éloignés.

D^{re} Tara Kiran

D^{re} Tara Kiran est médecin de famille et chercheuse au sein de l'équipe universitaire de santé familiale à l'Hôpital St. Michael de Toronto. Les recherches de D^{re} Kiran sont axées sur l'évaluation de l'impact des réformes sur la qualité des soins en ce qui concerne les soins primaires en Ontario. Elle a publié le résultat de ses recherches sur l'effet de la rémunération des médecins sur le soin du diabète et le dépistage des cancers. En 2015, elle a décroché une bourse pour nouveaux chercheurs du North American Primary Care Research Group. D^{re} Kiran est actuellement directrice du programme sur l'amélioration de la qualité et présidente du conseil de l'équipe universitaire de santé familiale à l'Hôpital St. Michael (SMHAFHT), de même que conseillère en soins primaires auprès du Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto.

D^r Ken Lee

D^r Ken Lee participe actuellement au projet ARTIC META:PHI. Ce projet a mis au point un protocole de soins pour les patients toxicomanes (alcool et opiacés) pour les aiguiller à leur sortie des urgences vers une clinique de médecine des dépendances à accès rapide. Il assure également des consultations médicales aux services de traitement de la toxicomanie de Thames Valley (ADSTV) et au tribunal de traitement de la toxicomanie de London (LDTC). Il dirige présentement une clinique de traitement au Suboxone en concertation avec des conseillers en toxicomanie des ADSTV. D^r Lee exerce comme généraliste à la même adresse que l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM), et dispense des soins de santé à la fois médicaux et psychiatriques aux personnes qui ont reçu un diagnostic de maladie mentale grave.

D^r Bernard Le Foll

D^r Bernard Le Foll, (MD PhD MCFP) est clinicien chercheur spécialisé en toxicomanie. Il est directeur médical du service de médecine de la dépendance et du service de sevrage médical au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). Il est également chef du laboratoire de recherche translationnelle sur la toxicomanie au sein du Campbell Family Mental Health Research Institute au CAMH, et chef de la clinique de recherche et de traitement de l'alcoolisme, également au CAMH. Professeur à l'Université de Toronto aux départements de médecine familiale et communautaire, psychiatrie, pharmacologie, de même qu'à l'institut des sciences médicales, il s'acquitte de plusieurs fonctions à la faculté des études supérieures. Il a reçu une formation spécialisée en toxicomanie et thérapie cognitive et comportementale en France, et il est l'auteur de lignes directrices sur le traitement des dépendances et de diverses revues d'écrits en neurobiologie et traitement des dépendances. D^r Le Foll est le chercheur principal du CAMH en ce qui touche l'évaluation des approches thérapeutiques par essais cliniques (OPTIMA) des troubles liés à la consommation d'opioïdes d'ordonnance. D^r Le Foll a publié 140 manuscrits revus par les pairs et plusieurs chapitres de livres, et il a fait partie des comités de rédaction de 19 revues scientifiques. D^r Le Foll a reçu de nombreuses distinctions, et ses recherches sont subventionnées par l'IRSC, les NIH et d'autres organismes subventionnaires. Il a été expert-conseil auprès du CAMH, du CCLAT, des NIH et de Santé Canada.

M^{me} Sabrina Merali

M^{me} Sabrina Merali est la gestionnaire de programme pour l'Initiative sur la toxicomanie et la santé mentale, au centre des affaires internationales et du programme des lignes directrices des pratiques exemplaires à l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. Infirmière autorisée, elle est titulaire d'un baccalauréat en sciences de la santé spécialisé en santé rurale de l'Université Western Ontario. Elle a aussi obtenu un baccalauréat et une maîtrise en sciences infirmières de l'Université de Toronto, avec spécialisation en santé communautaire. Dans son poste actuel, M^{me} Merali travaille à l'élaboration de lignes directrices et d'activités d'application et de mise en œuvre du savoir à l'intention du personnel infirmier et de l'équipe interprofessionnelle. Dernièrement, M^{me} Merali a contribué à la mise au point d'une ligne directrice sur les meilleures pratiques en mobilisation des clients qui consomment des drogues, et contribué au soutien de la revue systématique des manuscrits et de leur publication. Elle travaille activement à promouvoir l'adoption des meilleures pratiques au sein du personnel infirmier et chez d'autres prestataires de soins de santé par la création d'outils et de ressources pour l'application du savoir, l'animation d'ateliers et de séminaires d'apprentissage et la direction de projets de mise en œuvre, axés particulièrement sur la toxicomanie et la santé mentale.

D^r Peter Selby

D^r Peter Selby est directeur de l'éducation médicale et clinicien-chercheur au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). Il est professeur aux départements de psychiatrie et de médecine familiale et communautaire, de même qu'à l'École de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto. Il est aussi clinicien-chercheur au département de médecine familiale et communautaire. D^r Selby est le créateur et directeur général du projet TEACH – un programme de perfectionnement continu menant à un certificat en counselling pratique en santé. Il est en outre directeur du cours menant au certificat en traitement de la dépendance aux opioïdes et chercheur principal de l'étude STOP, pour la mise en œuvre du traitement des dépendances dans 300 centres de soins primaires en Ontario. D^r Selby a reçu des subventions totalisant plus de 65 millions de dollars de l'IRSC, des NIH et du ministère de la Santé, et il est l'auteur de nombreuses publications, rapports et chapitres de livres traitant des politiques en soins de santé. Il est coprésident du groupe de travail sur l'abandon du tabagisme au ministère de la Santé et président du Groupe de travail national sur le traitement des méfaits découlant de l'usage de médicaments d'ordonnances du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. D^r Selby est mentor auprès de boursiers en médecine des dépendances et psychiatrie de la toxicomanie, de chercheurs débutants et d'étudiants en médecine. Communicateur novateur, D^r Selby est un conférencier apprécié sur nombre de sujets, dont les troubles liés aux dépendances, les techniques d'entrevue motivationnelles et la modification des comportements en santé.

D^{re} Sheryl Spithoff

D^{re} Sheryl Spithoff exerce en médecine familiale et médecine des dépendances à l'Hôpital Women's College, et elle est chargée de cours à l'Université de Toronto. Elle termine actuellement une maîtrise et occupe un poste à l'institut de recherche de l'Hôpital Women's College. En recherche, elle s'intéresse

notamment à la prise en charge des dépendances dans le continuum des soins primaires, à l'équité d'accès aux soins et à la politique de la santé.

Annexe 2 – Glossaire

AMO	Abus de médicaments d'ordonnance
APN	Atlantic Pain and Addiction Network
BSP	Bureau de santé publique
CAMH	Centre de toxicomanie et de santé mentale
CDPIP	Clinique dirigée par un personnel infirmier praticien
CMFO	Collège des médecins de famille de l'Ontario
CSC	Centre de santé communautaire
CSPAAT	Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail
DDU	Dépistage de drogues dans l'urine
ECHO	Projet ECHO Ontario
ESF	Équipe Santé familiale
ECM	Étude sur la consommation des médicaments
GAIN	Global Appraisal of Individual Needs
H-SOAP	Services hospitaliers destinés aux patients dépendants aux opiacés et à l'alcool
IP	Infirmière praticienne, infirmier praticien; personnel infirmier praticien
ISEC	Institut pour les sciences évaluatives cliniques
META:PHI	Mentorat, éducation et outils cliniques en toxicomanie : intégration des soins hospitaliers et primaires
MG	Médecin généraliste
MMAP	Medical Mentoring for Addictions and Pain Network
MOTHER	Maternal Opioid Treatment: Human Experimental Research
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSCSC	Ministère de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels
MSSLD	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
NAOMI	Initiative nord-américaine sur les médicaments opiacés
OMA	Association médicale de l'Ontario/Ontario Medical Association

OMCO	Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
OSF	Organisme de santé familiale
PAE	Programme d'accès exceptionnel
PES	Programme d'échange de seringues
PMO	Programme de médicaments de l'Ontario
PODN	Programme ontarien de distribution de naloxone
QSSO	Qualité des services de santé Ontario
RASO	Régime d'assurance-santé de l'Ontario
RCSM	Réseau de collaboration en santé mentale
RLISS	Réseau local d'intégration des services de santé
RRPMO	Réseau de recherche sur la politique du médicament de l'Ontario
SSN	Syndrome de sevrage néonatal
SSNA	Services de santé non assurés
SSPT	Syndrome de stress post-traumatique
SSSSC	Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées
TAO	Traitement par agoniste opioïde
TCO	Troubles liés à la consommation d'opioïdes
TMM	Traitement de maintien à la méthadone
TSO	Traitement de substitution aux opioïdes

Annexe 3 – Notes

¹ Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (2014). *L'utilisation d'opioïdes sur ordonnance dans les régimes publics d'assurance-médicaments du Canada, de 2006-2007 à 2012-2013*. Consulté à <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/view.asp?ccid=1033#overview>.

² Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (2014). *Rapport mondial sur les drogues 2014*. Consulté à https://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf.

³ Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (2014). *L'utilisation d'opioïdes sur ordonnance dans les régimes publics d'assurance-médicaments du Canada, de 2006-2007 à 2012-2013*. Consulté à <http://www.pmprb-cepmb.gc.ca/view.asp?ccid=1033#overview>.

⁴ Gomes, T., Mamdani, M. M., Dhalla, I. A., Cornish, S., Paterson, J. M., et D. N. Juurlink (2014). The burden of premature opioid-related mortality. *Addiction*. 109(9). doi: 10.1111/add.12598.

⁵ Ibid.

⁶ (a) Fischer, B., Nakamura, N., Rush, B., Rehm, J., et K. Urbanoski (2010). Changes in and characteristics of admissions to treatment related to problematic prescription opioid use in Ontario, 2004-2009. *Drug and alcohol dependence*;109(1-3):257-60. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2010.02.001.

⁷ Dhalla, I. A., Mamdani, M. M., Sivilotti, M. L., Kopp, A., Qureshi, O., et D. N. Juurlink (2009). Prescribing of opioid analgesics and related mortality before and after the introduction of long-acting oxycodone. *Canadian medical Association Journal/Journal de l'Association médicale canadienne*. 181(12). 891-6. doi: 10.1503/cmaj.090784.

⁸ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2015). *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé*, février 2015. Consulté à :

http://health.gov.on.ca/fr/ms/ecfa/healthy_change/docs/year_one_results_action_plan_fr.pdf.

⁹ Bell, J. R., Butler, B., Lawrance, A., Batey, R., et P. Salmelainen (2009). Comparing overdose mortality associated with methadone and buprenorphine treatment. *Drug and Alcohol Dependence*. 104(1-2) 73-77. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.03.020.

¹⁰ Marteau, D., McDonald, R., et K. Patel (2015). The relative risk of fatal poisoning by methadone or buprenorphine within the wider population of England and Wales. *BMJ Open*. 5:e007629. doi: 10.1136/bmjopen-2015-007629.

¹¹ Vancouver Coastal Health & Providence Health Care Health Care Opioid Use Disorder Treatment Guideline Committee. *A guideline for the clinical management of opioid addiction*. Consulté à <http://www.vch.ca/media/Opioid-Addiction-Guideline.pdf>

¹² McCance-Katz, E. F., Sullivan, L.E., et S. Nallani (2010). Drug interactions of clinical importance among the opioids, methadone and buprenorphine, and other frequently prescribed medications: A review. *The American Journal on Addictions* 19(1) 4-16. doi:10.1111/j.1521-0391.2009.00005.x.

¹³ Brondani, M., et P. E. Park (2011). Methadone and oral health--a brief review." *Journal of Dental Hygiene: JDH/American Dental Hygienists' Association* 85(2) 92-98.

¹⁴ Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., et M. Davoli (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. Bases de données des revues systématiques Cochrane; 2:CD002207.

¹⁵ Kakko, J., Gronbladh, L., Svanborg, K. D., von Wachenfeldt, J., Ruck, C., Rawlings, B., et coll. A stepped care strategy using buprenorphine and methadone versus conventional methadone maintenance in heroin dependence: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*. 2007;164(5):797-803.

¹⁶ Fiellin, D. A., O'Connor, P. G., Chawarski, M., Pakes, J. P., Pantalon, M. V., et R. S. Schottenfeld (2001). Methadone maintenance in primary care: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 286(14), 1724-31.

¹⁷ Fiellin, D. A., Pantalon, M. V., Pakes, J. P., O'Connor, P. G., Chawarski, M., et R. S. Schottenfeld (2002). Treatment of heroin dependence with buprenorphine in primary care. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28(2). 231-41.

-
- ¹⁸ Fiellin, D. A., Schottenfeld, R. S., Cutter, C. J., Moore, B. A., Barry, D. T., et P. G. O'Connor (2014). Primary care-based buprenorphine taper vs maintenance therapy for prescription opioid dependence: A randomized clinical trial." *Journal of the American Medical Association*, 174(12). 1947-54. *Internal Medicine*, doi:10.1001/jamainternmed.2014.5302.
- ¹⁹ Gibson, A. E., Doran, C. M., Bell, J. R., Ryan, A., et N. Lintzeris (2003). A comparison of buprenorphine treatment in clinic and primary care settings: A randomised trial. *The Medical Journal of Australia*. 179(1). 38-42. Christopher, M Doran, James R Bell, Anni Ryan, et Nicholas Lintzeris. "A Comparison of Buprenorphine Treatment in Clinic and Primary Care Settings: A Randomised Trial." *The Medical Journal of Australia* 179, n° 1 (7 juillet 2003): 38-42.
- ²⁰ Roux, P., Michel, L., Cohen, J., Mora, M., Morel, A., Aubertin, J., Spire, B., Carrieri, P. M., et J. Desenclos (2012). Methadone induction in primary care (ANRS-Methaville): A phase III randomized intervention trial. *BMC Public Health*. 12(1). 488. doi: 10.1186/1471-2458-12-488.
- ²¹ Stein, M. D., Cioe, P., et P. D. Friedmann (2005). Buprenorphine retention in primary care. *Journal of General Internal Medicine*. 20(11). 1038-41. doi: doi:10.1111/j.1525-1497.2005.0228.x.
- ²² Haddad, M. S., Zelenev, A., et F. L. Altice (2015). Buprenorphine maintenance treatment retention improves nationally recommended preventive primary care screenings when integrated into urban federally qualified health centers. *Journal of Urban Health*. 92(1). 193-213. doi:10.1007/s11524-014-9924-1. .
- ²³ Rowe, T. A., Jacapraro, J. S., et D. A. Rastegar (2012). Entry into primary care-based buprenorphine treatment is associated with identification and treatment of other chronic medical problems. *Addiction Science & Clinical Practice*. 7. 22. doi:10.1186/1940-0640-7-22.
- ²⁴ Haddad, M. S., Zelenev, A., et F. L. Altice (2015). Buprenorphine maintenance treatment retention improves nationally recommended preventive primary care screenings when integrated into urban federally qualified health centers. *Journal of Urban Health*. 92(1). 193-213. doi:10.1007/s11524-014-9924-1.
- ²⁵ Rowe, T. A., Jacapraro, J. S., et D. A. Rastegar (2012). Entry into primary care-based buprenorphine treatment is associated with identification and treatment of other chronic medical problems. *Addiction Science & Clinical Practice*. 7. 22. doi:10.1186/1940-0640-7-22.
- ²⁶ Bartoszko, J., et C. Strike. Primary care and methadone patients in treatment for five years or more: The patient and physician perspective. *Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario*, Toronto, novembre 2012.
- ²⁷ Bartoszko, J., et C. Strike. Primary care and methadone patients in treatment for five years or more: The patient and physician perspective. *Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario*, Toronto, novembre 2012.
- ²⁸ Rowe, T. A., Jacapraro, J. S., et D.A. Rastegar (2012). Entry into primary care-based buprenorphine treatment is associated with identification and treatment of other chronic medical problems. *Addiction Science & Clinical Practice*. 7. 22. doi:10.1186/1940-0640-7-22.
- ²⁹ Benyamina, A. (2014). The current status of opioid maintenance treatment in France: A survey of physicians, patients, and out-of-treatment opioid users. *International Journal of General Medicine*.7, 449-57. doi: 10.2147/IJGM.S61014
- ³⁰ Lintzeris, N., Ritter, A., Panjari, M., Clark, N., Kutin, J., et G. Bammer (2004). Implementing buprenorphine treatment in community settings in Australia: Experiences from the Buprenorphine Implementation Trial. *American Journal on Addictions*. 13 Suppl 1. S29-41. doi: 10.1080/10550490490440799.
- ³¹ Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., et M. Davoli (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Bases de données des revues systématiques Cochrane*;2:CD002207. <http://onlinelibrary.wiley.com.myaccess.library.utoronto.ca/doi/10.1002/14651858.CD002207.pub4/abstract>.
- ³² Bell, J. R., Butler, B., Lawrance, A., Batey, R., et P. Salmelainen (2009). Comparing overdose mortality associated with methadone and buprenorphine treatment. *Drug and Alcohol Dependence*. 104(1-2) 73-77. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.03.020.
- ³³ Strike, C., Gnam, W., Urbanoski, K., Fischer, B., Marsh, D., et M. Millson. Retention in methadone maintenance treatment: A preliminary analysis of the role of transfers between methadone prescribing physicians. *Open Addiction Journal* 2008, 1, 10-13

-
- ³⁴ Parmenter, J., Mitchell, C., Keen, J., Oliver, P., Rowse, G., Neligan, I., Keil, C., et N. Mathers (2013). Predicting biopsychosocial outcomes for heroin users in primary care treatment: A prospective longitudinal cohort study. *British Journal of General Practice*. 63(612). e499-505. doi: 10.3399/bjgp13X669220.
- ³⁵ Reisinger, H. S., Schwartz, R. P., Mitchell, S. G., Peterson, J. A., Kelly, S. M., O'Grady, K. E., Marrari, E. A., Brown, B. S., et M. H. Agar (2009). Premature discharge from methadone treatment: Patient perspectives. *Journal of Psychoactive Drugs*. 41(3). 285-96.
- ³⁶ Esteban, J., Gimeno, C., Barril, J., Aragones, A., Climent, J. M., et M. de la Cruz Pellin (2003). Survival study of opioid addicts in relation to its adherence to methadone maintenance treatment. *Drug and Alcohol Dependence*. 70(2). 193-200.
- ³⁷ Strike, C., Gnam, W., Urbanoski, K., Fischer, B., Marsh, D., et M. Millson. Retention in methadone maintenance treatment: A preliminary analysis of the role of transfers between methadone prescribing physicians. *Open Addiction Journal* 2008, 1, 10-13.
- ³⁸ Eibl, J. K., Gomes, T., Martins, D., Camacho, X., Juurlink, D.N., Mamdani, M. M., Dhalla, I. A., et D. C. Marsh (2015). Evaluating the effectiveness of first-time methadone maintenance therapy across northern, rural, and urban regions of Ontario, Canada. *Journal of Addiction Medicine*. 9(6) 440-6. doi: 10.1097/ADM.0000000000000156.
- ³⁹ Brands, B., Blake, J., et D. Marsh (2003). Impact of methadone program philosophy changes on early treatment outcomes. *Journal of Addictive Diseases*. 22(3). 19-38.
- ⁴⁰ Christie, T. K., Murugesan, A., Manzer, D., O'Shaughnessey, M. V., et D. Webster (2013). Evaluation of a low-threshold/high-tolerance methadone maintenance treatment clinic in Saint John, New Brunswick, Canada: One year retention rate and illicit drug use. *Journal of Addiction*. 2013. 753409. doi: 10.1155/2013/753409.
- ⁴¹ Oviedo-Joekes, E., Guh, D., Marsh, D. C., Brissette, S., Nosyk, B., Krausz, M., Anis, A., Christian, W. M., Spittal, J., et M. T. Schechter (2010). Characteristics and response to treatment among Aboriginal people receiving heroin-assisted treatment. *Canadian Journal of Public Health/La revue canadienne de santé publique*. 101(3). 210-2.
- ⁴² Feelemyer, J., Des Jarlais, D., Arasteh, K., Abdul-Quader, A. S., et H. Hagan (2014). Retention of participants in medication-assisted programs in low- and middle-income countries: An international systematic review. *Addiction*. 109(1). 20-32.
- ⁴³ (a) Davstad, I., Stenbacka, M., Leifman, A., Beck, O., Korkmaz, S., et A. Romelsjo (2007). Patterns of illicit drug use and retention in a methadone program: A longitudinal study. *Journal of Opioid Management*. 3(1). 27-34.
- ⁴⁴ Peles, E., Linzy, S., Kreek, M., et M. Adelson (2008). One-year and cumulative retention as predictors of success in methadone maintenance treatment: A comparison of two clinics in the United States and Israel. *Journal Addictive Diseases*. 27(4):11-25.
- ⁴⁵ Eibl, J. K., Gomes, T., Martins, D., Camacho, X., Juurlink, D. N., Mamdani, M. M., Dhalla, I. A., et D. C. Marsh (2015). Evaluating the effectiveness of first-time methadone maintenance therapy across northern, rural, and urban regions of Ontario, Canada. *Journal of Addiction Medicine*. 9(6) 440-6. doi: 10.1097/ADM.0000000000000156.
- ⁴⁶ Strike, C., Gnam, W., Urbanoski, K., Fischer, B., Marsh, D., et M. Millson. Retention in methadone maintenance treatment: A preliminary analysis of the role of transfers between methadone prescribing physicians. *Open Addiction Journal*. 2008, 1, 10-13
- ⁴⁷ Banta-Green, C. J., Maynard, C., Koepsell, T. D., Wells, E. A., et D. M. Donovan (2009). Retention in methadone maintenance drug treatment for prescription-type opioid primary users compared to heroin users. *Addiction*. 104(5). 775-83.
- ⁴⁸ Brands, B., Blake, J., Sproule, B., Gourlay, D., et U. Busto. Prescription opioid abuse in patients presenting for methadone maintenance treatment. *Drug Alcohol Depend*. 2004;73(2):199-207.
- ⁴⁹ Proctor, S. L., Copeland, A. L., Kopak, A. M., Hoffmann, N. G., Herschman, P. L., et N. Polukhina (2015). Predictors of patient retention in methadone maintenance treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*. 29(4). 906-17.
- ⁵⁰ Strike, C., Wenghofer, E., Gnam, W., Hillier, W., Veldhuizen, S., et M. Millson (2007). Physician peer assessments for compliance with methadone maintenance treatment guidelines. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. 27(4). 208-13. doi: 10.1002/chp.139.

-
- ⁵¹ Ibid.
- ⁵² Ibid.
- ⁵³ Crevecoeur-MacPhail, D., Ransom, L., Myers, A. C., Annon, J. J., Diep, N., Gonzales, R., Rawson, R. A., Viemes, J. Jr., Suqita, W., et J. Barger (2010) Inside the black box: Measuring addiction treatment services and their relation to outcomes. *Journal of Psychoactive Drugs*. Suppl 6. 269-76.
- ⁵⁴ Guan, Q., Khuu, W., Spithoff, S., Kiran, T., Kahan, M., Tadrous, M., Martins, D., Leece, P., et T. Gomes. Clustering of methadone and buprenorphine prescribing in Ontario in 2014. Réseau de recherche sur la politique du médicament de l'Ontario. 2016.
- ⁵⁵ Deering, D. E., Sheridan, J., Sellman, J. D., Adamson, S. J., Pooley, S., Robertson, R., et C. Henderson (2011). Consumer and treatment provider perspectives on reducing barriers to opioid substitution treatment and improving treatment attractiveness. *Addictive Behaviors*. 36(6). 636-42.
- ⁵⁶ Darker, C. D., Ho, J., Kelly, G., Whiston, L., et J. Barry (2011). Demographic and clinical factors predicting retention in methadone maintenance: Results from an Irish cohort. *Irish Journal of Medical Sciences*. 185(2). 433-41. doi: 10.1007/s11845-015-1314-5.
- ⁵⁷ Al-Tayyib, A. A., et S. Koester (2011). Injection drug users' experience with and attitudes toward methadone clinics in Denver, CO. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 41(1). 30-6. doi: 10.1016/j.jsat.2011.01.009.
- ⁵⁸ Kelly, S. M., O'Grady, K. E., Mitchell, S. G., Brown, B. S., et R. P. Schwartz (2011). Predictors of methadone treatment retention from a multi-site study: A survival analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 117(2-3). 170-5. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2011.01.008.
- ⁵⁹ Ibid.
- ⁶⁰ Villafranca, S. W., McKellar, J. D., Trafton, J. A., et K. Humphreys (2006). Predictors of retention in methadone programs: A signal detection analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 83(3). 218-24. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2005.11.020.
- ⁶¹ Bartoszko J., et C. Strike. Primary care and methadone patients in treatment for five years or more: The patient and physician perspective. Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, Toronto, novembre 2012.
- ⁶² Griffith, J. D., Rowan-Szal, G. A., Roark, R. R., et D. D. Simpson (2000). Contingency management in outpatient methadone treatment: A meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*. 58(1-2). 55-66. doi: 10.1016/S0376-8716(99)00068-X.
- ⁶³ Chutuape, M. A., Silverman, K., et M. L. Stitzer (1999). Use of methadone take-home contingencies with persistent opiate and cocaine abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 16(1). 23-30. doi: 10.1016/S0740-5472(97)00318-8.
- ⁶⁴ Chutuape, M. A., Silverman, K., et M. L. Stitzer (2001). Effects of urine testing frequency on outcome in a methadone take-home contingency program. *Drug and Alcohol Dependence*. 62(1). 69-76. doi: 10.1016/S0376-8716(00)00160-5.
- ⁶⁵ Cousins, G., Teljeur, C., Motterlini, N., McCowan, C., Dimitrov, B. D., et T. Fahey (2011). Risk of drug-related mortality during periods of transition in methadone maintenance treatment: A cohort study. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 41(3). 252-60. doi: 10.1016/j.jsat.2011.05.001.
- ⁶⁶ Leece, P., Cavacuiti, C., Macdonald, E. M., Gomes, T., Kahan, M., Srivastava, A., Steele, L., Luo, Jin, et M. M. Mamdani (2015). Predictors of Opioid-Related Death During Methadone Therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 57. 30-5. doi: 10.1016/j.jsat.2015.04.008.
- ⁶⁷ Havassy, B., et S. Hall (1981). Efficacy of urine monitoring in methadone maintenance. *American Journal of Psychiatry*. 138(11). 1497-500. doi: 10.1176/ajp.138.11.1497.
- ⁶⁸ Gomes, T., Kahan, M., Kiran, T., Guan, Q., Khuu, W., Martins, D., Leece, P., Tadrous, M., et S. Spithoff. Methadone and Buprenorphine prescribing in Ontario: Quality of Care. Réseau de recherche sur la politique du médicament de l'Ontario. 2016.
- ⁶⁹ Festinger, D. S., Lamb, R. J., Kountz, M. R., Kirby, K. C., et D. Marlowe (1995). Pretreatment dropout as a function of treatment delay and client variables. *Addictive Behaviours*. 20(1). 111-15. doi: 10.1016/0306-4603(94)00052-Z.

-
- ⁷⁰ Kahan, M., Srivastava, A., et R. Gupta (co-CP). H-SOAP: Hospital-based services for opioid and alcohol patients: A randomized trial. Subventionné par le projet « BRIDGES » (Faculté de médecine de l'Université de Toronto et Ministère de la Santé de l'Ontario). \$200,000, 2013-2015.
- ⁷¹ Festinger, D. S., Lamb, R. J., Kountz, M. R., Kirby, K. C., et D. Marlowe. (1995). Pretreatment dropout as a function of treatment delay and client variables. *Addictive Behaviours*. 20(1). 111-15. doi: 10.1016/0306-4603(94)00052-Z.
- ⁷² Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J. et Davoli, M. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Bases de données des revues systématiques Cochrane*. N° 2, CD002207. Consulté à <http://onlinelibrary.wiley.com.myaccess.library.utoronto.ca/doi/10.1002/14651858.CD002207.pub4/abstract>.
- ⁷³ Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J. et M. Davoli. (2009). Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Bases de données des revues systématiques Cochrane*. N° 3, 2009 CD002209. doi: 10.1002/14651858.CD002209.pub2.
- ⁷⁴ Fiellin, D. A., Schottenfeld, R. S., Cutter, C. J., Moore, B. A., Barry, D. T. et P. G. O'Connor. (2014). Primary care-based buprenorphine taper vs maintenance therapy for prescription opioid dependence: A randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association on Internal Medicine*. 174(12). 1947-54. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.5302.
- ⁷⁵ Nosan, B., Sun, H., Evans, E., Marsh, D. C., Anglin, M. D., Hser, Y., et A. H. Anis (2012). Defining dosing pattern characteristics of successful tapers following methadone maintenance treatment: Results from a population-based retrospective cohort study. *Addiction (Abingdon, England)* 107(9). 1621-29. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03870.x.
- ⁷⁶ Strang, J., McCambridge, J., Best, D., Beswick, T., Bearn, J., Rees, S. et M. Gossop (2003). Loss of tolerance and overdose mortality after inpatient opiate detoxification: Follow up study. *British Medical Journal*, 326(7396). 959-960. Doi: 10.1136/bmj.326.7396.959.
- ⁷⁷ Cornish, R., Macleod, J., Strang, J., Vickerman, P. et M. Hichman (2010). Cornish, Rosie, Macleod, John, Strang, John, Vickerman, Peter, et Matt Hickman. Risk of death during and after opiate substitution treatment in primary care: Prospective observational study in UK general practice research database. *British Medical Journal*. 341. c5475. doi:10.1136/bmj.c5475.
- ⁷⁸ Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance (2013). *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.
- ⁷⁹ Marsch, LA. The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*. 1998;93(4):515-32.
- ⁸⁰ Soyka, M., Träder, A., Klotsche, J., Haberthür, A., Bühringer, G., Rehm, J. et H. Wittchen (2012). Criminal behaviour in opioid-dependent patients before and during maintenance therapy: 6-year follow-up of a nationally representative cohort sample. *Journal of Forensic Sciences*. 57(6). 1524-1530. doi: 10.1111/j.1556-4029.2012.02234.x.
- ⁸¹ Appel, P. W., Joseph, H., et coll. (2001). Selected in-treatment outcomes of long-term methadone maintenance treatment patients in New York State. *Mt Sinai J Med* 68(1): 55-61.
- ⁸² Oliver, P., Keen, J., et coll. (2010). The effect of time spent in treatment and dropout status on rates of convictions, cautions and imprisonment over 5 years in a primary care-led methadone maintenance service. *Addiction* 105(4): 732-9.
- ⁸³ Garcia, C. A., Correa, G. C., et coll. (2007). Buprenorphine-naloxone Treatment for Pre-release Opioid-dependent Inmates in Puerto Rico. *J Addict Med* 1(3): 126-32.
- ⁸⁴ Uddin, F. (2013). Hope in Fort Hope: First Nations community is winning the battle against prescription drug abuse. *Can Fam Physician/Le médecin de famille canadien*. 59(4): 391-3.
- ⁸⁵ Kanate, D., Folk, D., Cirone, S., Gordon, J., Kirlew, M., Veale, T., Bocking, N., Rea, S. et L. Kelly (2015). Community-wide measures of wellness in a remote First Nations community experiencing opioid dependence: Evaluating outpatient buprenorphine-naloxone substitution therapy in the context of a First Nations healing program. *Canadian Family Physician/Le médecin de famille canadien*. 61(2). 160-5.

⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ Minozzi, S., Amato, L., Bellisario, C., Ferri, M., et M. Davoli. Maintenance agonist treatments for opiate-dependent pregnant women. *Bases de données des revues systématiques Cochrane*. 2013(12):CD006318.

⁸⁸ Kates, N., McPherson-Doe, C. et L. George (2011). Integrating mental health services within primary care settings: The Hamilton family health team. *Journal of Ambulatory Care Management*, 34(2). 174–82.

⁸⁹ Mamakwa, S., Kanate, D., Quequish, E., Kirlew, M., Folk, D., Cirone, S., Kahan, M., Rea, S., Parsons, P., Edwards, C., Gordon, J., Bocking, N., Main, F., et L. Kelly. Evaluation of 6 remote First Nations community-based buprenorphine programs in Northwest Ontario. Soumis pour publication, *Canadian Family Physician/Le médecin de famille canadien*.

⁹⁰ Gomes, T., Mamdani, M., Dhalla, I., Cornish, S., Paterson, J., et D. Juurlink (2014). The burden of premature opioid-related mortality. *Addiction*, 109(9), 1482-8. doi: 10.1111/add.12598.

⁹¹ Bureau du Coroner en chef de l'Ontario (2015). Non publié. Données sur les décès liés aux opioïdes dans la population ontarienne, 2009-2013, communication personnelle, février 2015.

⁹² Rapport du Groupe de travail d'experts sur la dépendance aux stupéfiants et substances contrôlées (2012). La voie de l'avenir : Gestion des stupéfiants d'ordonnance en Ontario. Consulté à http://www.health.gov.on.ca/fr/public/publications/mental/docs/way_forward_2012.pdf

⁹³ Young, M. M., et R. J. Jesseman (2014). Répercussions des troubles liés aux substances sur l'utilisation des services hospitaliers. Rapport technique. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, Ottawa, Ontario. Consulté à <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Substance-Use-Hospital-Impact-Report-2014-fr.pdf>

⁹⁴ Municipal Drug Strategy Co-ordinator's Network of Ontario. (2015). *Prescription for Life*. Consulté à http://c.yimcdn.com/sites/www.alphaweb.org/resource/collection/72B0AB89-895D-4FCB-BB76-856482D6E54D/MDSCN_Report_Naloxone_010615.pdf

⁹⁵ Kahan, M., et P. Leece. Report on ODB reimbursement for take-home naloxone. Présenté au sous-comité du PMO sur les médicaments analgésiques, 9 mai 2013, au nom du groupe de travail provincial ad-hoc sur la prévention des surdoses aux opioïdes par la naloxone.

⁹⁶ Dhalla, I.A., Mamdani, M. M., Sivilotti, M. L., Kopp, A., Qureshi, O., et D. N. Juurlink. Prescribing of opioid analgesics and related mortality before and after the introduction of long-acting oxycodone. *CMAJ*. 2009;181(12):891-6.

⁹⁷ Gomes, T., Mamdani, Muhammad, Dhalla, I., Paterson, J., et D. Juurlink (2011). Opioid Dose and Drug-Related Mortality in Patients with Nonmalignant Pain. *Arch Intern Med*. 2011;171(7):686-691

⁹⁸ Dunn, K., Saunders, K., Rutter, C., Banta-Green, C., Merrill, J., Sullivan, M., Weisner, C., Silverberg, M., Campbell, C., Psaty, B., et M. Von Korff (2010). Opioid Prescriptions for Chronic Pain and Overdose. *Ann Intern Med*. 2010;152:85-92.

⁹⁹ Gomes, T., Mamdani, M. M., Dhalla, I. A., Paterson, J. M., et D. N. Juurlink. Opioid dose and drug-related mortality in patients with nonmalignant pain. *Arch Intern Med*. 2011;171(7):686-91.

¹⁰⁰ Franklin, G. M., Mai, J., Turner, J., Sullivan, M., Wickizer, T., et D. Fulton-Kehoe. Bending the prescription opioid dosing and mortality curves: impact of the Washington State opioid dosing guideline. *Am J Ind Med*. 2012;55(4):325-31

¹⁰¹ Morse, J. S., Stockbridge, H., Egan, K. B., Mai, J., Wickizer, T., et G. M. Franklin. Primary care survey of the value and effectiveness of the Washington State Opioid Dosing Guideline. *J Opioid Manag*. 2011;7(6):427-33.

¹⁰² Wenghofer, E. F., Wilson, L., Kahan, M., Sheehan, C., Srivastava, A., Rubin, A., et coll. Survey of Ontario primary care physicians' experiences with opioid prescribing. *Can Fam Physician/Le médecin de famille canadien*. 2011;57(3):324-32.

¹⁰³ Schwarz, R., Zelenev, A., Bruce, R. D., et F. L. Altice (2012). Retention on buprenorphine treatment reduces emergency department utilization, but not hospitalization, among treatment-seeking patients with opioid dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 43(4). 451-7.

¹⁰⁴ D'Onofrio, G., O'Connor, P. G., Pantalon, M. V., Chawarski, M. C., Busch, S. H., Owens, P. H., Bernstein, S. L. et D. A. Fiellin (2015). Emergency department-initiated buprenorphine/naloxone treatment for opioid dependence: a

randomized clinical trial. *Journal of the American Medical Association*. 313(16). 1636-44 doi:
10.1001/jama.2015.3474.

¹⁰⁵ Komaromy, M., Duhigg, D., Metcalf, A., Carlson, C., Kalishman, S., Hayes, L., et coll. Project ECHO (Extension for Community Healthcare Outcomes): A new model for educating primary care providers about treatment of substance use disorders. *Subst Abus*. 2016; 37(1):20-4.