

La voie de l'avenir : Gestion des stupéfiants d'ordonnance en Ontario

Rapport du Groupe de travail d'experts sur la dépendance
aux stupéfiants et substances contrôlées à la ministre de
la Santé et des Soins de longue durée

Octobre 2012

Table des matières

1. Vers un nouveau modèle de gérance.....	4
2. Principes directeurs.....	8
Respect.....	8
Équité et accès.....	8
Diversité.....	8
Excellence et innovation.....	8
Méthodes fondées sur les forces.....	8
Une approche globale.....	8
Intégration, partenariats et collaboration.....	8
3. La situation.....	10
Prédispositions à faire une mauvaise utilisation de substances.....	12
Le coût de la dépendance aux opioïdes non traitée.....	13
Le système de services de lutte contre la toxicomanie en Ontario.....	14
Contexte réglementaire fédéral relatif à la consommation de stupéfiants d'ordonnance.....	16
Compétences fédérales et provinciales relativement aux services de santé et de toxicomanie offerts aux Premières Nations.....	17
4. Se préparer au changement : Orientations stratégiques.....	19
Viser la réduction des méfaits.....	19
Approche globale de la planification des traitements et des soins continus.....	19
Vaste choix de services.....	20
Approche des soins tenant compte des traumatismes.....	20
Approche des soins qui respecte le deuil et la perte.....	20
Engagement à réaliser des interventions, des suivis et des évaluations fondés sur des données probantes.....	21
Utilisation optimale des opioïdes.....	21
Réduction de la demande non justifiée en analgésiques narcotiques.....	21
5. La voie de l'avenir – Principaux enjeux et conseils.....	23
Enjeux et préoccupations d'ordre général.....	23
Besoins en données exactes sur les opioïdes, la surdose, le sevrage et les traitements.....	23
Besoins de systèmes d'information et de surveillance en temps réel.....	24
Besoins d'information sur les services et les services de recommandation.....	24
Connaissances, éducation et pratiques des fournisseurs de services et de soins de santé.....	25
Nécessité des approches globales et interdisciplinaires en matière de soins.....	26
Accessibilité aux services de lutte contre la toxicomanie et aux services de traitement de la toxicomanie.....	28
Risques de conséquences non voulues.....	29
Répondre à la stigmatisation et à la discrimination.....	29
Enjeux et préoccupations par population.....	30
Collectivités du Nord, rurales ou éloignées.....	30
Collectivités autochtones, des Premières Nations, inuites et métisses.....	30
Femmes enceintes et syndrome de sevrage néonatal (SSN).....	32
Familles.....	33
Jeunesse.....	34
Personnes souffrant de douleur chronique et antécédents de soins aux opioïdes d'ordonnance.....	34
6. Conclusion.....	37
7. Annexes.....	39
Annexe A : Membres du Groupe de travail d'experts sur la dépendance aux stupéfiants et substances contrôlées.....	39
Annexe B : Aperçu par autorité des politiques sur les opioïdes d'ordonnance et des mesures prises à la suite du retrait de l'OxyContin au Canada, mars 2012.....	40
Annexe C : La voie de l'avenir – Résumé des conseils à la ministre.....	42

Nous étions abonnés aux salles des urgences. Mon fils Pete souffrait de douleurs atroces à l'estomac. Dès son arrivée à l'hôpital, sa souffrance physique était si intense qu'il se faisait prescrire encore plus d'opioïdes. Il allait bien pendant deux semaines, puis il a recommencé à souffrir. Ce que Pete et moi ignorions est que sa douleur physique était due au sevrage. Il souffrait de plus en plus parce qu'il prenait des opioïdes, arrêta subitement puis recommença le cycle. Aucun médecin n'a pensé qu'il pouvait être en sevrage. Il se faisait plutôt prescrire plus d'opioïdes pour soulager la douleur. Les poussées de symptômes gastriques étaient au départ un véritable problème, mais Pete souffrait aussi de dépression et d'attaques de panique depuis qu'il était petit. Il a fini par prendre d'énormes doses d'opioïdes obtenues légalement. Quand sa consommation est devenue une dépendance, il a commencé à consulter un deuxième médecin et à se procurer le médicament de façon illicite.

L'OxyContin était devenu sa façon de se soigner et de soulager sa souffrance psychologique. Comme je suis une mère ex-toxicomane qui consommait plusieurs autres genres de drogues, je croyais toutes les connaître. Les opioïdes sur ordonnance m'ont par contre passé sous le nez parce que je ne savais pas qu'ils pouvaient entraîner une dépendance et je ne connaissais pas les symptômes de sevrage. Pete en prenait continuellement pour pouvoir être fonctionnel. Dès qu'il essayait d'arrêter, nous étions de retour à la salle des urgences.

Personne n'avait fait le lien entre ses problèmes de santé mentale, de toxicomanie et physiques. Quand sa toxicomanie a été diagnostiquée, les médecins ne voyaient rien d'autre et étaient donc pressés de nous faire sortir de leur bureau. Ses problèmes de santé mentale n'ont jamais été abordés, mais les médecins étaient toujours disposés à lui prescrire trop d'opioïdes beaucoup trop facilement.

Ils n'ont jamais écouté ce que j'avais à dire en tant que mère. C'est un jeune dépressif qui souffre d'attaques de panique et vous lui prescrivez un médicament qui lui donne l'impression d'être un super-héros. Je crois que si on s'était occupé de sa santé mentale bien avant, il n'aurait pas songé à l'auto-médication.

Je crois que le système m'a complètement mise à l'écart et empêchée d'être une ressource utile dans le cadre des soins donnés à mon fils. Il souffrait d'une maladie destructive complexe et prolongée, alliant la dépendance à un analgésique narcotique et des problèmes de santé mentale. J'étais son principal soutien, mais on ne m'a jamais intégrée à son plan de soins. Même quand j'intervenais en son nom, j'avais l'impression qu'on ne m'écoutait jamais.

Pete est décédé deux jours avant Noël, le 23 décembre 2001, d'une surdose accidentelle, soit un mélange d'OxyContin et de médicaments psychotropes. Il avait 25 ans. Même sa mort a entraîné son lot de préjugés, les gens croyant que mon fils était le seul responsable de sa perte. La dépendance est une maladie, pas un choix.

Betty-Lou Kristy est devenue une défenseure acharnée des problèmes de santé mentale et de toxicomanie à la suite du décès de son fils.

1. Vers un nouveau modèle de gérance

Cette section présente un aperçu de la consommation et de la mauvaise utilisation des stupéfiants d'ordonnance en Ontario ainsi que du rôle du Groupe de travail d'experts sur la dépendance aux stupéfiants et substances contrôlées (Groupe de travail d'experts) dans l'élaboration d'un nouveau modèle de traitement et de surveillance.

Le taux de consommation de stupéfiants d'ordonnance en Ontario est le plus élevé au Canada. En fait, ce taux est deux à quatre fois plus élevé que dans les autres provinces. La consommation de stupéfiants d'ordonnance est de plus en plus reconnue comme l'une des principales formes de consommation illégale, plus importante encore que la consommation d'héroïne et d'autres drogues illicites.

Cette situation est en grande partie causée par des problèmes au sein du système de santé de l'Ontario. Les stupéfiants d'ordonnance font souvent l'objet d'une prescription abusive, notamment dans certains cas où peu de données probantes, sinon aucune, n'existent concernant un possible bienfait. Les médicaments comme l'OxyContin sont également disponibles à bas prix sur le marché noir. La probabilité de consommation et de mauvaise utilisation en est ainsi accrue.

Les méfaits associés à ces tendances se répercutent sur l'ensemble des Ontariens, et les conséquences sont encore plus graves dans le Nord, notamment dans les collectivités des Premières Nations. Entre 1991 et 2009, le nombre d'ordonnances de produits contenant de l'oxycodone a augmenté de 900 % en Ontario. Depuis 2004, le nombre de décès liés à la consommation d'oxycodone a presque doublé. De 2004 à 2008, le nombre d'admissions dans les centres de traitement et de services aux toxicomanes financés par l'État qui étaient liées à la consommation de stupéfiants a doublé en Ontario. Des études rapportent que jusqu'à 70 % des nouveaux consommateurs obtiennent leurs opioïdes d'amis ou de parents. Que ce soit pour expérimenter avec des opioïdes provenant de l'armoire à pharmacie de leurs parents ou pour soulager la douleur avec les médicaments non utilisés d'un ami, les conséquences sont énormes. Le besoin de traitement pour la consommation d'opioïdes d'ordonnance est le problème dont la croissance est la plus rapide dans les services de lutte contre la toxicomanie de l'Ontario. Certaines collectivités des Premières Nations estiment que 70 à 80 % de leurs membres sont toxicomanes, si ce n'est plus. Toutefois, répondre à la question de l'accès en réduisant simplement l'offre d'opioïdes ne résout pas les problèmes fondamentaux à l'origine de la mauvaise utilisation des médicaments et de la toxicomanie. Les problèmes systémiques s'accumulent depuis un certain temps et il est nécessaire de s'attaquer à leurs causes.

Le besoin d'agir

Le récent retrait de l'OxyContin ravive la nécessité d'un changement. En août 2011, le fabricant de l'OxyContin, Purdue Pharma, a fait connaître au Ministère son intention de mettre fin à la distribution de l'OxyContin au Canada et de le remplacer par l'OxyNEO, un autre oxycodone à effet prolongé. Dans le but de réduire sa mauvaise utilisation, ce médicament est conçu pour être plus difficile à altérer.

Le 17 février 2012, le Ministère a annoncé qu'il financerait l'OxyNEO pour les prestataires des Programmes publics de médicaments de l'Ontario, par l'entremise du Programme d'accès exceptionnel et du processus pour faciliter l'accès aux médicaments pour soins palliatifs. Depuis le 2 avril 2012, les personnes dont l'utilisation de l'OxyContin était précédemment approuvée reçoivent de l'OxyNEO pour une période de transition d'un an. Si la prise d'OxyNEO s'avère nécessaire après cette période d'un an, les médecins pourront faire une demande auprès du Programme d'accès exceptionnel. Consultez l'annexe B pour en savoir plus sur les mesures prises par d'autres provinces à la suite du retrait de l'OxyContin.

Les collectivités et les fournisseurs de service de l'Ontario n'ont pas tardé à réagir. Ils ont souligné les répercussions négatives éventuelles d'une réduction soudaine de la disponibilité de l'OxyContin. Particulièrement inquiétants sont les effets non voulus sur les collectivités dont un nombre important de membres font une mauvaise utilisation des opioïdes, y compris de nombreuses collectivités des Premières Nations.

Dans ce contexte, le gouvernement de l'Ontario a jugé opportun de revoir ses grandes stratégies pour faire face à la consommation et à la mauvaise utilisation des stupéfiants d'ordonnance. À cet effet, la ministre de la Santé et des Soins de longue durée a formé le Groupe de travail d'experts sur la dépendance aux stupéfiants et substances contrôlées en mars 2012. Le mandat du groupe de travail était de fournir des conseils relativement aux trois enjeux principaux suivants :

1. les répercussions sanitaires, sociales et économiques non voulues à court, moyen et long terme de la dépendance aux stupéfiants et du sevrage, en portant une attention particulière à la nouvelle politique sur l'OxyContin;
2. les façons de réduire les conséquences négatives de la nouvelle politique;
3. les façons de renforcer le système de traitement de la toxicomanie en Ontario.

Consultez l'annexe A pour connaître la composition du Groupe de travail d'experts.

L'Ontario dispose de solides ressources pour arriver à des solutions. Toute une gamme de services est déjà offerte, de l'échange de seringues et autres services de réduction des méfaits visant à accroître la sécurité des toxicomanes au traitement médical et non médical de la toxicomanie. Il est essentiel d'intervenir tôt, avant que les problèmes surgissent. La prise de mesures globales est cruciale, aussi bien pour les personnes qui obtiennent des opioïdes par ordonnance pour soulager la douleur que pour celles qui en font une mauvaise utilisation.

Un cadre de changement

La solution pour s'assurer de l'utilisation correcte des opioïdes et pour faire face à leur mauvaise utilisation réside dans la gérance. Cela comprend :

- favoriser l'emploi des stupéfiants d'ordonnance à la lumière de données probantes;
- offrir des solutions de rechange pour gérer la douleur
- venir en aide aux personnes qui font une mauvaise utilisation des stupéfiants d'ordonnance en offrant des programmes de réduction des méfaits et des services de traitement.

Un changement de paradigme est nécessaire pour que tous les acteurs du système, y compris les clients, les professionnels, les collectivités et les gouvernements, reconnaissent l'incidence de leurs actions sur le reste du système et soient tenus d'en rendre compte.

Il y a de l'espoir pour l'avenir. La stratégie globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances du gouvernement de l'Ontario (*Esprit ouvert, esprit sain*), la Stratégie ontarienne en matière de stupéfiants, la Stratégie d'excellence des soins pour tous et les travaux du Comité trilatéral des hauts fonctionnaires sur la santé des Premières Nations ont servi à l'élaboration d'un cadre d'intervention pour relever ces défis. Les collectivités, les personnes atteintes d'un problème de dépendance et les intervenants des systèmes de santé, de services sociaux et de justice sont prêts à contribuer. L'Ontario compte de nombreux professionnels dévoués dont les grandes connaissances et l'expérience permettront de veiller à ce que les opioïdes soient prescrits de façon sécuritaire, à ce que ceux qui rencontrent des problèmes aient accès aux services dont ils ont besoin et à ce que cette aide leur soit offerte avec compassion et sans jugement.

Le Groupe de travail d'experts reconnaît que la consommation de médicaments, la mauvaise utilisation des médicaments et la toxicomanie sont des questions complexes qui nécessitent une intervention à volets multiples. La solution doit tenir compte d'un large spectre de besoins, la dépendance pouvant être plus ou moins importante. Toutefois, les mesures prises ne doivent pas entraîner une réduction non voulue de l'accès approprié aux opioïdes d'ordonnance.

Ce rapport présente les résultats des délibérations et de la collecte d'information du Groupe de travail d'experts. Il rassemble les principales constatations et les conseils essentiels du Groupe en vue d'éclairer l'élaboration des plans à court, moyen et long terme du Ministère et de fournir un nouveau modèle de gérance en matière de stupéfiants d'ordonnance. Les conseils à la ministre tiennent compte des stratégies suivantes :

- promotion de la santé;
- éducation et renforcement des capacités des fournisseurs;
- développement des collectivités;
- accès à des services et des traitements de haute qualité;
- réduction des méfaits.

De plus, les conseils du Groupe de travail d'experts visent à renforcer les fondements du système, comme la recherche, à mesure que l'Ontario va de l'avant. Les données probantes sur les pratiques exemplaires et la surveillance des changements au sein du système de santé de la province font partie de ces fondements.

Quand j'avais 21 ans, ma dépendance me coûtait quotidiennement 300 \$. Je prenais au moins 400 milligrammes d'OxyContin par jour. J'avais un emploi à temps plein et une installation de culture de la marijuana dans le sous-sol d'une maison pour payer ma drogue. J'en prenais depuis que j'avais 16 ans mais, depuis quelques mois, je m'injectais de l'OxyContin *tous les jours*. Ça ne me faisait aucun effet, sauf éviter la douleur intenable du manque. J'ai fini par perdre toutes mes sources de revenus et croire que la mort était ma seule issue. J'ai bien failli sauter de mon balcon du 12^e étage. C'est peut-être l'instinct de survie, mais je me suis souvenu d'une brochure de la Fondation de la recherche sur la toxicomanie (aujourd'hui le Centre de toxicomanie et de santé mentale – CAMH) sur les opioïdes et leurs traitements, que j'avais ramassée un jour et conservée. J'ai téléphoné à leur ligne 1-800. La personne au bout du fil m'a expliqué certains traitements, y compris comment la méthadone pouvait m'aider. Nous avons fait une conférence à trois avec une clinique de traitement à la méthadone, et j'ai pris un rendez-vous pour le lendemain. Savoir que j'aurais presque immédiatement accès à un traitement avec un opiacé sur ordonnance est ce qui m'a empêché de m'enlever la vie. Aujourd'hui, je peux dire que mon appel au CAMH a été d'une importance capitale. Je n'avais jamais demandé d'aide avant. C'est par désespoir que j'ai appelé ce jour-là. Apprendre qu'il existait une solution m'a donné espoir. Si on m'avait uniquement fourni un numéro de téléphone, la suite des événements aurait été très différente.

J'ai parlé de ma dépendance à ma mère, et elle est venue me reconduire à mon premier rendez-vous. Elle s'est même donné la peine de se renseigner sur les traitements offerts. Pour les personnes qui n'ont pas autant de soutien, la décision de suivre des traitements d'entretien à la méthadone peut être difficile. Ma famille m'a apporté du soutien, m'a écouté et a accepté de me donner ce dont j'avais besoin pour m'en sortir. Je me demande souvent pourquoi telle personne n'a pas de famille pour la comprendre ou l'aider. Quand on est physiquement et mentalement malade, il arrive que nous ne soyons pas en mesure de demander de l'aide, encore moins de s'y retrouver dans le système de traitement de la toxicomanie.

Dès que j'ai commencé mes traitements, ma vie s'est améliorée. J'ai pu arrêter ma consommation d'opioïdes illicites et me concentrer sur mon avenir.

Quand une personne tente d'obtenir un traitement, son premier contact est très important. C'est moi qui suis conseiller aujourd'hui. Quand je dis aux gens que je prends de la méthadone et que je souffrais d'une dépendance à l'OxyContin, ils sont soulagés. Ils voient bien qu'ils ne sont pas les seuls à livrer cette lutte et que je n'ai pas de préjugés contre eux.

Sean Winger, 32 ans, a suivi une formation de conseiller en alcoolisme, toxicomanie et dépendance au jeu à l'Université McMaster et vient en aide à d'autres personnes en voie de vaincre leur dépendance à l'OxyContin. Il offre des consultations et de la formation aux professionnels œuvrant dans le domaine des toxicomanies. Il suit toujours son traitement d'entretien à la méthadone et est un ardent défenseur de la méthode de réduction des méfaits dans le traitement de la toxicomanie.

2. Principes directeurs

Le Groupe de travail d'experts a établi sept principes directeurs devant sous-tendre toutes les interventions et les initiatives présentées dans ce rapport.

Respect

Les personnes sont traitées avec respect, sans égard à leurs antécédents en matière de toxicomanie. Les personnes et les groupes atteints d'un problème de dépendance participent activement à leur traitement et à la prise de mesures globales relativement à la consommation et à la mauvaise utilisation des opioïdes.

Équité et accès

L'Ontario s'efforce de se doter d'un système équitable qui :

- mise sur la réduction des effets négatifs de la mauvaise utilisation des médicaments sur les personnes et les collectivités;
- offre des interventions médicales et non médicales pour traiter la dépendance;
- est accessible à tous ceux qui en ont besoin;
- appelle à éviter la stigmatisation et la discrimination.

Diversité

Les services offerts respectent la culture de chaque personne et répondent à ses besoins, peu importe son âge ou l'étape à laquelle elle en est. Les services et traitements sont disponibles pour tous les Ontariens, sans égard à leur lieu de résidence, leur origine culturelle, leur statut socio-économique, leur orientation sexuelle, leur âge ou leur sexe.

Excellence et innovation

L'Ontario tient à ce que les services s'appuient sur l'excellence, l'innovation et les meilleures données probantes. La province s'engage donc à soutenir la collecte de données et la circulation intégrée des connaissances dans tout le système de santé.

Méthodes fondées sur les forces

Les personnes qui consomment et qui font une mauvaise utilisation des opioïdes sont dotées de nombreuses qualités qui peuvent les aider. Leur consommation de drogue ne suffit pas à les définir. Les collectivités touchées par l'utilisation illicite des opioïdes ont aussi leurs points forts, qui peuvent enrichir les mesures prises pour faire face à ce problème. Il est essentiel que les mesures à grande échelle prises en Ontario relativement à la consommation et la mauvaise utilisation des opioïdes s'appuient sur ces forces.

Une approche globale

L'Ontario s'engage à tenir compte de tous les déterminants de la santé et du bien-être dans ses interventions en matière de consommation et de mauvaise utilisation des opioïdes. Ces déterminants comprennent une vaste gamme de facteurs qui vont au-delà de la santé et de la capacité d'adaptation personnelles, notamment :

- le revenu;
- l'éducation et l'alphabétisme;
- la famille et les autres réseaux de soutien;
- l'emploi et les conditions de travail;
- les environnements physiques.

Intégration, partenariats et collaboration

L'établissement de partenariats et la collaboration de nombreuses personnes, y compris de personnes vivant ou ayant surmonté un problème de dépendance, des familles, des collectivités, des intervenants des systèmes de santé, de services sociaux et de justice, assurent l'efficacité des mesures prises relativement à la consommation et à la mauvaise utilisation des opioïdes.

J'ai perdu mon père quand j'avais 19 ans. J'ai essayé des comprimés de Percocet avec mes amis. Après un bout de temps, je suis passée à l'OxyContin. J'en prenais de plus en plus : 20 milligrammes, 40 milligrammes, 80 milligrammes.

Je vendais les affaires de mes enfants pour m'acheter de la drogue. J'achetais le nécessaire pour la maison et assez pour nourrir mes enfants, et j'achetais de l'Oxy avec le reste de l'argent. Je ramenaient souvent au magasin ce que j'avais acheté pour la maison ou pour mes enfants afin de m'acheter plus de drogue.

Après l'arrivée de mon dernier fils, j'ai décidé d'arrêter. J'ai commencé à prendre de la méthadone en 2007. J'allais bien au début, mais j'étais quand même en manque. Je continuais à prendre de la drogue. J'ai repris et arrêté la méthadone trois fois. J'ai ensuite entendu parler du programme de Suboxone. Il était complet, mais j'ai tenu à ce qu'on m'y inscrive. Je criais que je voulais arrêter de prendre de la drogue. J'ai commencé le programme de Suboxone en mai 2011. Quand je prenais de la méthadone, j'étais quand même en manque. Grâce à la Suboxone, je suis stable. Je n'ai plus envie de prendre de drogue. Je n'y pense même plus.

Maintenant, j'ai une meilleure communication avec ma famille. Je comprends mieux mes enfants, et je m'efforce de répondre à leurs besoins. Avant, je ne m'occupais pas d'eux. Tous les participants au programme de Suboxone ont l'air en meilleure santé. J'ai un conseiller à qui je peux parler. J'ai commencé par prendre des médicaments sur ordonnance, ensuite de la méthadone et maintenant, de la Suboxone. Bientôt, je ne prendrai plus rien.

Je fais des démarches pour participer à un programme de traitement familial où je pourrai amener mes enfants avec moi pendant trois ou quatre semaines. C'est dans un environnement traditionnel. Je me sens revivre.

Gillian Muckaday, 29 ans, est mère de trois enfants de 12 ans, 4 ans et 4 ans. Elle habite à Première Nation de Long Lake (réserve no 58) où elle participe à un programme communautaire holistique de désintoxication des opioïdes, à l'aide du médicament Suboxone, de counseling et de méthodes de guérison traditionnelles.

3. La situation

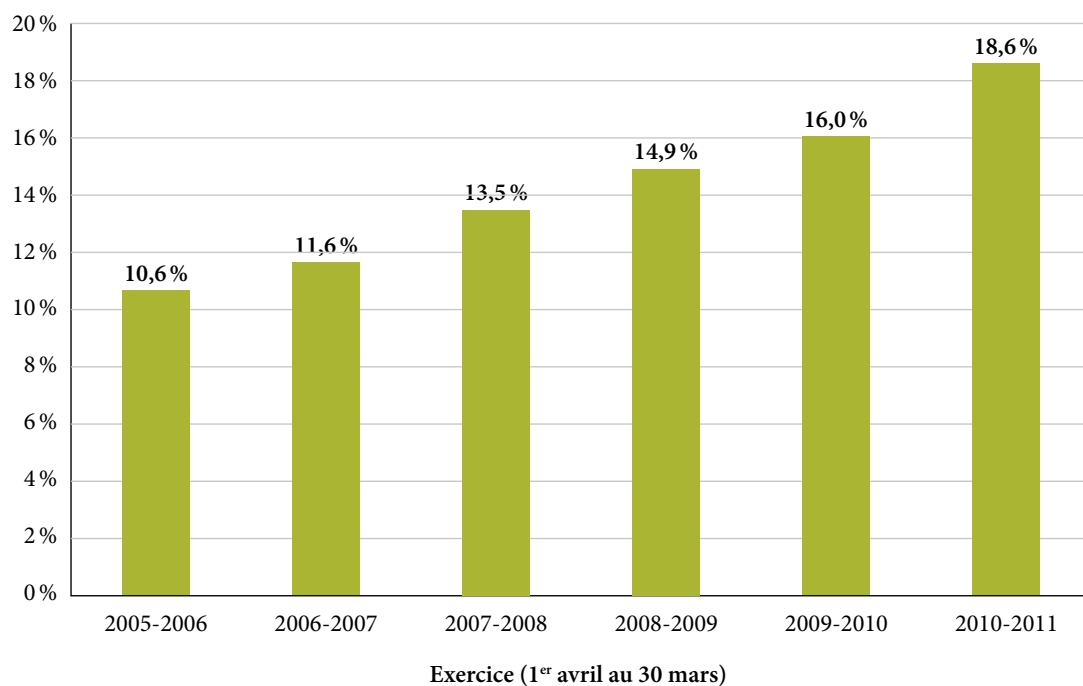
Cette section porte sur l'ampleur et les coûts de la mauvaise utilisation des stupéfiants d'ordonnance en Ontario, les services de traitement disponibles et les cadres stratégique, juridique et réglementaire fédéral et provincial.

Le nombre d'ordonnances pour des médicaments à effet prolongé à base d'oxycodone, dont l'OxyContin, a augmenté de façon constante au cours des 10 dernières années. La mortalité liée à la consommation d'opioïdes a également augmenté. Une analyse de données relatives à la prescription d'opioïdes en Ontario et à la mortalité liée à la consommation d'opioïdes a révélé que :

- le nombre d'ordonnances pour de l'oxycodone a augmenté de 850 % entre 1991 et 2007¹;
- le nombre de décès liés à l'oxycodone a quintuplé après l'ajout de ce médicament au Formulaire des médicaments de l'Ontario en 2000 et le nombre global de décès liés à la consommation d'opioïdes a augmenté de plus de 40 %.

Le besoin de traitement pour la consommation d'opioïdes d'ordonnance est le problème présenté dont la croissance est la plus rapide dans les services de lutte contre la toxicomanie de l'Ontario. En 2005-2006, 10,6 % des traitements de la toxicomanie visaient une consommation d'opioïdes d'ordonnance. En 2010-2011, cette proportion était passée à 18,6 %.

Les opioïdes comme problème présenté dans les centres de traitement de la toxicomanie de l'Ontario



En revanche, le nombre d'admissions pour le traitement des dépendances à la plupart des autres drogues, y compris à l'alcool et à la cigarette, est demeuré relativement stable ou, comme dans le cas de la cocaïne et du crack, a baissé².

¹ Dhalla, A. et coll., *Prescribing of opioid analgesics and related mortality before and after the introduction of long-acting oxycodone*, CMAJ, 8 décembre 2009, volume 181, numéro 12.

² ConnexOntario, *Drogue et alcool – Système d'information sur le traitement*, données recueillies jusqu'au 29 février 2012.

Les données administratives provinciales des dernières années sur les services hospitaliers montrent également un changement évident dans la consommation des opioïdes. Le tableau suivant montre comment le taux d'admissions dans les services des urgences pour des troubles mentaux ou comportementaux découlant de la consommation d'opioïdes a augmenté entre 2008-2009 et 2010-2011³.

Région	Admissions à l'urgence en 2008-2009	Admissions à l'urgence en 2010-2011
Ensemble de l'Ontario	2,6 par 10 000 habitants	3,7 par 10 000 habitants
Nord de l'Ontario uniquement	9,2 par 10 000 habitants	22,9 par 10 000 habitants
Réserves indiennes et établissements indiens	12,1 par 10 000 habitants	55 par 10 000 habitants

Entre 2005-2006 et 2010-2011, le nombre d'admissions dans les salles d'urgence liées au sevrage des stupéfiants et aux surdoses, intoxications, psychoses, usages néfastes et autres raisons connexes a augmenté de près de 250 %.

Depuis mars 2012, moment du retrait de l'OxyContin du marché en Ontario, la plupart des personnes concernées inscrites au Programme de médicaments de l'Ontario ont remplacé ce produit par l'OxyNEO.

Pendant, à mesure que les stocks d'OxyContin s'amenuisent, son prix dans la rue augmente, notamment à l'extérieur de Toronto. Les programmes de première ligne, comme les programmes d'échange de seringues, rapportent également que les consommateurs :

- tentent plus souvent d'altérer l'OxyNEO;
- passent à des stupéfiants de remplacement, comme la morphine, l'héroïne et le fentanyl, et à d'autres drogues, notamment les amphétamines et la cocaïne.

Pour l'instant, l'augmentation de la demande auprès des services communautaires en santé mentale et de lutte contre la toxicomanie demeure assez faible, l'OxyContin étant toujours disponible dans la plupart des collectivités de la province. Cela dit, les programmes font état d'une augmentation de la demande en traitement de la toxicomanie. Ils remarquent par exemple :

- que les fournisseurs aiguillent plus souvent qu'avant leurs patients vers les programmes de méthadone;
- qu'un plus grand nombre de personnes demandent aujourd'hui des conseils sur la gestion du sevrage;
- que le nombre de personnes ayant recours au counseling communautaire et aux services de lutte contre la toxicomanie commence à augmenter.

On s'attend toutefois à une plus forte augmentation de la demande en services au cours des prochains mois, à mesure que les stocks diminuent.

Depuis février 2012, le nombre d'admissions dans les services des urgences, les services aux malades hospitalisés, demeurent généralement stables. Cinq décès ont été confirmés comme étant liés à l'OxyContin par le Bureau du coroner en chef depuis mars 2012.

³ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Emergency Room Visits for Mental and Behavioural Disorders Due to Use of Psychoactive Substances, 2008/09 to 2011/12 (Q1 and Q2)*.

Prédispositions à faire une mauvaise utilisation de substances

En 1948, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a adopté une définition large de la santé, suivant laquelle elle « est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité⁴. » Les conditions fondamentales qui sous-tendent ce bien-être sont les déterminants sociaux de la santé⁵, c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent⁶.

On reconnaît généralement que les déterminants sociaux de la santé ont une incidence importante sur la probabilité de mauvaise utilisation des drogues. Les probabilités de mauvaise utilisation peuvent augmenter lorsque plusieurs déterminants sont problématiques. Par ailleurs, certains déterminants sont particulièrement associés à un risque accru de mauvaise utilisation des médicaments et de toxicomanie. Selon Santé Canada, ces déterminants sont :

- la pauvreté;
- le fait d'être sans-abri;
- le manque d'éducation;
- le dysfonctionnement familial;
- l'usage inapproprié d'alcool ou d'autres drogues par les parents;
- les problèmes de santé mentale;
- les antécédents de violence infantile⁷.

En Ontario, certaines communautés culturelles sont plus à risque. Les collectivités autochtones, des Premières Nations, inuites et métisses⁸ sont particulièrement touchées par des déterminants sociaux et de la santé liés à une vulnérabilité accrue à la toxicomanie et à la mauvaise utilisation des drogues, y compris des stupéfiants d'ordonnance⁹. À cet égard, le rapport des Chefs de l'Ontario intitulé « Prescription Drug Abuse Strategy – *Take a Stand* » précise que toute stratégie visant à combattre l'abus de médicaments d'ordonnance doit intégrer les déterminants sociaux de la santé et les autres facteurs sous-jacents à la toxicomanie¹⁰.

Parallèlement, le profil des personnes qui font une mauvaise utilisation ou qui sont dépendantes des opioïdes est aujourd'hui beaucoup plus varié. Ces dernières années, les pratiques de prescription généreuse et la grande disponibilité de l'OxyContin ont fait des opioïdes d'ordonnance la substance de choix d'un plus large éventail de personnes, qui ont pu faire l'expérience des opioïdes pour soulager la douleur. Ces consommateurs peuvent avoir plus de moyens, notamment un revenu et accès à un logement et à des services sociaux¹¹.

⁴ Organisation mondiale de la Santé, 1948.

⁵ Commission des déterminants sociaux, 2008.

⁶ L'Agence de la santé publique du Canada recense 12 déterminants sociaux de la santé, soit le niveau de revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, l'éducation et l'alphabétisme, l'emploi et les conditions de travail, les environnements sociaux, les environnements physiques, les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles, le développement de la petite enfance, le patrimoine biologique et génétique, les services de santé, le sexe et la culture. Agence de la santé publique du Canada, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/index-fra.php#determinants>

⁷ Réduire les méfaits associés à l'utilisation de drogues injectables au Canada

⁸ La population autochtone de l'Ontario se compose de trois groupes, chacun ayant son histoire et étant reconnu de façon distincte par la constitution canadienne. Il s'agit des Premières Nations, des Métis et des Inuits. Le terme « Autochtone » est une désignation générale qui englobe ces trois groupes. Dans le présent document, l'expression « Première Nation » désigne spécifiquement les membres d'une Première Nation, qu'ils vivent ou non sur une réserve.

⁹ Chefs de l'Ontario, Prescription Drug Abuse Strategy, 2011, page 42.

¹⁰ Chefs de l'Ontario, Prescription Drug Abuse Strategy, 2011, page 42.

¹¹ Monga, Neerav, Rehm, Jurgen, Fischer, Benedikt, Brissette, Suzanne, Bruneau, Julie, El-Guebaly, Noel, Lina, Tyndall, Mark, Wild, Cameron, Leri, Francesco, Fallu, Jean-Sebastien, Bahi, Sara, Using latent class analysis (LCA) to analyze patterns of drug use in a population of illegal opioid users, *Drug and Alcohol Dependence*, volume 88, numéro 1, 17 avril 2007, pages 1 à 8.

Le coût de la dépendance aux opioïdes non traitée

Une étude réalisée en 1999 par le Centre de toxicomanie et de santé mentale montre que les coûts en soins et sociaux de l'utilisation des opioïdes en Ontario sont disproportionnellement élevés. L'analyse comprenait une prévision des coûts de la consommation non traitée d'opioïdes, y compris une étude plus générale du fardeau économique de la dépendance aux opioïdes dans les domaines des soins de santé, du respect de la loi et des méfaits sociaux. Selon l'évaluation des chercheurs, les coûts en soins et sociaux s'élevaient à environ 44 000 \$ par année pour chaque personne dépendante aux opioïdes suivie dans le cadre de l'étude¹². Cette évaluation pourrait cependant sous-estimer les coûts réels.

En effet, l'étude ne tenait pas compte des coûts suivants :

- aide sociale et au logement et autres programmes d'aide sociale pour les consommateurs d'opioïdes et leurs familles;
- traitement des personnes dépendantes aux opioïdes et infectées par le VIH ou l'hépatite C;
- services de santé pour traiter les blessures associées à la toxicomanie chez les personnes plus âgées.

Une autre étude, sur le point de paraître, calcule le taux de prévalence de la dépendance aux opioïdes dans la province par groupe d'âge¹³. La prévalence la plus élevée se situe entre 15 et 29 ans, plus de 1 % de la population correspondant à ce groupe d'âge. Les taux de prévalence, toutes catégories d'âge confondues, sont en moyenne de 0,425 %. Ce chiffre semble indiquer que plus de 50 000 personnes sont dépendantes aux opioïdes en Ontario¹⁴. Même si quelques personnes dépendantes ne sont pas traitées, le coût estimé total pour la province, suivant un coût de 44 000 \$ par personne par année, est de plusieurs millions de dollars¹⁵.

Les avantages des programmes de traitement volontaire

Il en coûte environ 6 000 \$ par année pour offrir à une personne dépendante aux opioïdes un programme complet de traitement à la méthadone, c'est-à-dire un programme qui comprend des services de counseling, de soutien et médicaux¹⁶. En comparant ce nombre aux coûts en soins et sociaux estimés à 44 000 \$, on constate que le coût du non-traitement de la dépendance aux opioïdes est sept fois plus élevé que celui du traitement.

En plus des avantages économiques qu'il comporte, le traitement volontaire de la dépendance aux opioïdes peut faire une grande différence pour les personnes et pour la société. Par exemple, les personnes dépendantes aux opioïdes qui reçoivent un traitement à la méthadone rapportent souvent :

- une baisse de leur consommation de drogue;
- une amélioration de leur santé générale;
- un meilleur accès aux soins de santé;
- un plus grand bien-être psychologique;
- une plus grande facilité à obtenir un logement ou un emploi et à les conserver, de même qu'à suivre une formation professionnelle jusqu'au bout;

¹² Wall et coll., 1999.

¹³ Santé publique Ontario et Institut de recherche en services de santé (sous presse). *Opening Eyes, Opening Minds. The burden of mental health and addictions in Ontario*. Toronto, Santé publique Ontario.

¹⁴ Au 1^{er} juillet 2011, la population de l'Ontario était de 13 372 996. Ce nombre provient du site du ministère des Finances : <http://www.fin.gov.on.ca/fr/economy/ecupdates/factsheet.html>

¹⁵ Par exemple, on estime que les coûts en soins et sociaux pour 13 000 personnes non traitées en Ontario sont de 572 millions de dollars par année pour la province. Toutefois, le coût d'un traitement à la méthadone pour le même nombre de personnes serait d'environ 78 millions de dollars.

¹⁶ Information communiquée verbalement par le Centre de toxicomanie et de santé mentale et la Breakaway Parkdale Satellite Clinic.

- une moins grande dépendance à l'aide publique;
- de meilleures relations familiales;
- une meilleure capacité à s'occuper de leurs enfants;
- une meilleure capacité à fonctionner en société.

Actuellement, 350 médecins prescrivent de la méthadone à plus de 37 000 personnes en Ontario¹⁷.

L'Ontario peut donc clairement tirer un avantage financier de l'investissement dans des traitements complets ou intégrés de la dépendance aux opioïdes, notamment dans les traitements à la méthadone et à la Suboxone. Par un investissement relativement modeste, la province estime qu'elle pourrait réduire d'environ 86 % les coûts associés à la dépendance aux opioïdes. Ces estimations concordent avec les prévisions faites aux États-Unis, selon lesquelles chaque dollar dépensé en traitement à la méthadone entraîne des économies de 4 à 13 \$US¹⁸.

Le système de services de lutte contre la toxicomanie en Ontario

Le Ministère, par l'entremise des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), finance environ 150 organismes qui offrent des services communautaires de toxicomanie. Ces services, principalement de nature non médicale, comprennent :

- la gestion du sevrage;
- le counseling communautaire;
- le traitement et le soutien en établissement;
- l'aide au logement.

Le Ministère finance également des initiatives provinciales à l'appui de ces services, y compris des activités d'éducation pour les professionnels et la population ainsi que des systèmes d'information, de recommandation et de surveillance.

La population a accès à des traitements pharmacologiques pour la dépendance aux opioïdes, notamment des traitements à la Suboxone et à la méthadone, par l'entremise de médecins spécialement formés sur l'administration de ces substances. Les médecins pratiquent généralement de façon autonome ou en groupes de praticiens associés et facturent directement l'Assurance-santé de l'Ontario pour leurs services. À moins de travailler dans un centre de santé communautaire ou au sein d'une équipe de santé familiale, les médecins ne sont généralement pas rattachés à des services communautaires de santé mentale ou de toxicomanie.

Le Ministère soutient plusieurs initiatives de réduction des méfaits en Ontario, dont le Programme de distribution des ressources pour la réduction des méfaits, des programmes d'échange de seringues offerts par les bureaux de santé publique, le Programme d'intervention auprès des consommateurs de drogues injectables, lié aux organismes de lutte contre le VIH et le sida de la province et le programme d'inhalation sécuritaire d'Ottawa. Tous ces programmes sont fondés sur des données probantes. Ils ont par ailleurs été mis sur pied pour réduire le partage d'articles servant à la consommation de drogues et pour améliorer la santé des toxicomanes en Ontario.

Les établissements correctionnels fédéraux et provinciaux fournissent aux détenus les services de santé médicalement nécessaires. De plus, la plupart d'entre eux offrent des thérapies de maintien à la méthadone aux personnes ayant entamé un traitement avant leur détention. Les détenus condamnés à l'emprisonnement ont aussi accès à du soutien au traitement de la toxicomanie, notamment à des psychologues et des travailleurs sociaux.

¹⁷ Wade Hillier, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, correspondance personnelle, 3 mai 2012.

¹⁸ Stoller et Bigelow, 1999, 25, citant l'étude CALDATA.

D'autres mesures de soutien existent à travers la province, notamment :

- la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones;
- la présence d'infirmiers praticiens dans les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones pour fournir des services de santé mentale et de toxicomanie;
- de nouveaux programmes de soutien en santé mentale pour les enfants offerts dans le cadre de la stratégie globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances, qui comprend des mesures triennales initiales axées sur la santé mentale des enfants et des jeunes.

Évolution des cadres stratégiques et réglementaires de l'Ontario

Le récent retrait du marché de l'OxyContin a mis en lumière l'ampleur du problème de la dépendance aux stupéfiants d'ordonnance en Ontario. Toutefois, la province prend des mesures depuis un certain temps pour faire face à cet enjeu complexe. Le Ministère a déjà pris les mesures suivantes pour établir les cadres juridiques et stratégiques nécessaires :

27 août 2010

Lancement de la Stratégie ontarienne en matière de stupéfiants par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Les travaux du Groupe de travail d'experts s'appuient sur les principaux éléments de la Stratégie en matière de stupéfiants, notamment :

- la prise de nouvelles mesures législatives à l'appui de l'élaboration d'un système de surveillance des stupéfiants;
- le partenariat avec le secteur de la santé afin de diffuser de l'information concernant la prescription et la délivrance appropriées des médicaments;
- la diffusion d'information visant à prévenir l'utilisation excessive des stupéfiants d'ordonnance, y compris des opioïdes;
- le traitement de la toxicomanie liée aux stupéfiants d'ordonnance.

1^{er} novembre 2011

Entrée en vigueur de la *Loi de 2010 sur la sécurité et la sensibilisation en matière de stupéfiants*. Cette loi :

- permet au Ministère de recueillir, d'utiliser et de divulguer des renseignements, notamment des renseignements personnels et des renseignements personnels sur la santé reliés à la prescription et à la délivrance de stupéfiants d'ordonnance et d'autres médicaments contrôlés en Ontario;
- crée des infractions et établit des peines pour les cas de non-conformité à la Loi;
- favorise la mise en place d'un système provincial de surveillance des activités liées aux stupéfiants d'ordonnance et à d'autres substances contrôlées en Ontario.

16 avril 2012

Lancement du système de surveillance des stupéfiants par le Ministère. Le système permettra le suivi des habitudes en matière de prescription et de consommation de médicaments et favorisera la mise en lumière des tendances. Le système de surveillance des stupéfiants est pleinement fonctionnel depuis le 14 mai 2012.

De plus, les stupéfiants d'ordonnance sont encadrés par les deux autres lois suivantes :

- La *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies* (LRMP). Cette loi régit l'accréditation, la propriété et l'exploitation des pharmacies. La LRMP et les règlements afférents forment un cadre juridique suivant lequel l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario tient les propriétaires et les exploitants de pharmacies responsables de la sécurité de leurs activités commerciales.
- La *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*. Aux termes de cette loi, il existe également en Ontario 21 organismes de réglementation de la santé qui régissent 23 professions de la santé. Ces organismes disposent des pouvoirs nécessaires pour prendre des règlements sur différents sujets, par exemple la prescription et la délivrance de médicaments, sous réserve d'examen préalable du ministre de la Santé et des Soins de longue durée et de l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil.

En comprenant comment et à qui les stupéfiants d'ordonnance sont prescrits et délivrés en Ontario, le Ministère pourra rendre plus sécuritaires la prescription, la délivrance et l'utilisation des médicaments contrôlés.

Contexte réglementaire fédéral relatif à la consommation de stupéfiants d'ordonnance

Au Canada, le contexte réglementaire en matière de stupéfiants d'ordonnance dépend de lois fédérales et provinciales. Sur le plan fédéral, les stupéfiants d'ordonnance sont régis par les deux lois suivantes :

- La *Loi sur les aliments et drogues*. Cette loi régit la vente et la distribution des drogues au Canada. Cette loi est axée sur la protection de la population contre les drogues d'un usage dangereux et traite de l'étiquetage comportant de l'information fautive, trompeuse ou mensongère.
- La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* et les règlements afférents, c'est-à-dire le *Règlement sur les stupéfiants*, la partie G du *Règlement sur les aliments et drogues* et le *Règlement sur les benzodiazépines et autres substances ciblées*. Cette loi régit la production, la distribution, l'importation, l'exportation, la vente et l'utilisation des stupéfiants et autres drogues contrôlées et ciblées à des fins médicales et scientifiques au Canada. Ces catégories de drogues sont visées par des lois particulières puisqu'elles comportent un risque de détournement. Par ailleurs, ces dispositions législatives établissent qui est autorisé à posséder des drogues et des substances ciblées et régissent certaines activités particulières des pharmaciens, d'autres praticiens et des hôpitaux quant à leur utilisation.

Remarque : La méthadone est considérée comme un stupéfiant aux termes de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Pour prescrire de la méthadone en Ontario, les médecins doivent obtenir une exemption de Santé Canada sur la recommandation de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO), ainsi que suivre une formation spéciale et réaliser un stage auprès d'un médecin qui prescrit déjà de la méthadone. L'OMCO évalue les médecins ayant obtenu une exemption, dans le cadre d'un programme d'assurance de la qualité. Bien qu'il soit également recommandé de suivre une formation dans le cas d'autres types de traitements, notamment à la Suboxone, cette formation n'est pas obligatoire. La prescription des produits comme la Suboxone n'est pas surveillée de la même façon, étant donné qu'ils sont moins susceptibles d'être mal utilisés.

Compétences fédérales et provinciales relativement aux services de santé et de toxicomanie offerts aux Premières Nations

La prestation des services de soins de santé aux membres des Premières Nations qui vivent en Ontario est complexe aussi bien sur le plan juridique qu'historique. Bien qu'elle reconnaisse le rôle primordial du gouvernement fédéral dans les réserves, la province a le devoir d'exercer sa responsabilité constitutionnelle d'offrir des soins de santé à tous ses citoyens.

Le tableau suivant résume les types de services offerts aux Autochtones et aux Premières Nations de l'Ontario.

Gouvernement	Services offerts
Provincial (en réserve et hors réserve)	<ul style="list-style-type: none">• Toute la gamme des services de santé de l'Ontario, y compris les services de santé mentale et de toxicomanie.• Programmes et services de santé conçus pour les Autochtones et financés par la province, comme les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones.
Fédéral (en réserve)	<ul style="list-style-type: none">• Soins primaires et d'urgence aux Premières Nations isolées ou en région éloignée, principalement au moyen de postes de soins infirmiers ou de centres de santé communautaire.• Services de promotion de la santé et de santé publique.• Services de santé mentale et de toxicomanie dans le cadre du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, notamment dans neuf centres de traitement de la toxicomanie en Ontario.• Consultations en intervention d'urgence dans le cadre du Programme des services de santé non assurés.

J'ai eu un accident quand j'avais 18 ans qui m'a causé un coup de fouet cervical et des blessures au dos. Il y a 10 ans, j'ai eu un autre accident. J'ai mal depuis 20 ans, mais mon médecin m'a prescrit pendant longtemps des anti-inflammatoires et des relaxants musculaires. Je gérais ma douleur comme ça. Je ne sais toujours pas pourquoi il m'a fait prendre des comprimés de Percocet pendant quatre mois avant de me faire passer à l'OxyContin pendant environ deux ans. Un jour, il m'a dit : « Tu n'en as plus besoin maintenant. » En mars 2006, il a complètement arrêté le traitement. Je ne savais pas ce qui m'attendait. Je ne connaissais rien aux symptômes du sevrage. Il n'en a jamais parlé. Je croyais que c'était la pire grippe de ma vie. Je vomissais et j'avais de la diarrhée. Je travaille dans la construction. Un jour, assis dans mon camion, je me suis mis à pleurer parce que je n'avais même pas l'énergie de conduire pour aller à un rendez-vous.

Les médecins doivent être mieux renseignés sur la prescription de certains médicaments et sur la façon d'aider les patients à arrêter le traitement progressivement et de la bonne façon lorsqu'ils n'en ont plus besoin. J'en veux encore beaucoup à mon omnipraticien. Sa vie continue tandis que ma vie a été ruinée par un rendez-vous de cinq minutes. Ma famille et moi-même en subissons encore aujourd'hui les séquelles affectives et financières.

Je menais une belle vie. Nous avions un chalet, une maison, trois voitures, et puis tout s'est mis à aller mal. J'ai vécu six mois d'enfer. Un collègue de travail me fournissait de l'OxyContin. Il a commencé à aller à une clinique de traitement à la méthadone et m'en a parlé. J'y suis allé sans le dire à ma femme pendant trois mois. Plus tard, elle m'a aidé à passer au travers.

Je garde la tête baissée quand je vais à la clinique. Je porterais une cagoule si je pouvais. Ce sont les préjugés. C'est cette façon qu'ont les gens de vous regarder. On me fait sentir comme un criminel. J'ai l'impression d'être en prison. Je dois fournir des échantillons d'urine. Il faut y aller très souvent, et la clinique ouvre seulement à 8 h 30. C'est difficile pour les gens qui travaillent. Pourquoi n'ouvre-t-elle pas à 7 h? Au travail, on se demande pourquoi vous devez vous absenter. En plus, c'est tous les jours au début. Je pense que mon omnipraticien devrait pouvoir me fournir assez de méthadone pour un mois. Je ne comprends pas que mon médecin ait pu me prescrire un médicament aussi puissant que de l'OxyContin, mais que mon omnipraticien ne puisse pas me fournir de méthadone.

J'ai pris de la méthadone pendant environ un an et demi. Ensuite, j'ai arrêté pour voir comment je m'en sortais. J'en avais assez d'aller à la clinique. J'ai arrêté pendant environ quatre mois et tenté d'endurer la douleur. Je ne voulais pas retourner à la clinique de traitement à la méthadone, mais je n'avais pas le choix.

L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario doit tenir compte de l'opinion non seulement des médecins, mais aussi de celui d'autres personnes dans la prise de décisions. Le PAG (Patient Advisory Group ou groupe consultatif des patients), dont je suis membre, est un début. L'intervalle est beaucoup trop long entre les changements aux lignes directrices des cliniques de méthadone. On devrait pouvoir apporter des changements aux règlements sur une base continue plutôt qu'aux cinq ans.

Encore aujourd'hui, je me demande pourquoi on a dû me prescrire de l'OxyContin. On devrait subir des tests, comme un test psychologique, pour évaluer la santé mentale. On devrait poser des questions avant d'en prescrire pour qu'une personne comme moi, qui semble avoir une propension à la dépendance, ne prenne jamais ce médicament.

Patrick (nom modifié pour protéger l'identité de la personne) habite dans le sud de l'Ontario. Il a recommencé à travailler. Il dit que la méthadone lui a sauvé la vie, mais il déplore qu'on lui ait prescrit de l'OxyContin sans jamais l'informer des risques et des conséquences de la prise à long terme du médicament.

4. Se préparer au changement : Orientations stratégiques

Le Groupe de travail d'experts a défini huit orientations stratégiques qui forment les bases de ses conseils à la ministre de la Santé et des Soins de longue durée et favorisent l'adoption d'une approche fondée sur l'intendance qui encouragera l'utilisation appropriée des opioïdes et qui tiendra compte de la mauvaise utilisation des opioïdes et de la dépendance aux opioïdes.

Viser la réduction des méfaits

La réduction des méfaits est une approche de la consommation de médicaments à la fois pragmatique et fondée sur des données probantes. Elle ne nécessite pas l'arrêt de la consommation, mais mise plutôt sur la réduction des effets négatifs de la mauvaise utilisation des médicaments. Pour ce faire, les programmes de réduction des méfaits amènent les toxicomanes à utiliser l'information et les outils à leur disposition pour rester prudents et en santé. Ces programmes peuvent, par exemple, fournir des seringues stériles ou des dépliants expliquant comment prévenir les surdoses. Les personnes obtiennent de l'aide à toutes les étapes de leur cheminement, afin de réduire les méfaits pour la santé, l'économie et la société qui sont associés à la mauvaise utilisation des stupéfiants d'ordonnance, ou pour y mettre fin.

Bien que l'abstinence et l'aide aux toxicomanes qui souhaitent cesser leur consommation soient des objectifs à long terme désirables, les stratégies de réduction des méfaits mettent l'accent sur les changements les plus immédiats, réalisables et favorables possibles, qu'ils entraînent ou non une diminution de la consommation¹⁹. Cette approche confirme que les opioïdes ont leur place dans la gestion de la douleur et qu'il ne devrait pas être question d'interdire complètement leur prescription. Elle favorise plutôt les soins qui réduisent les risques, y compris celui de développer une dépendance aux opioïdes ou de causer involontairement du mal à d'autres personnes.

Approche globale de la planification des traitements et des soins continus

L'approche globale de la planification des soins de santé et du traitement ne considère pas seulement les besoins médicaux et physiques de la personne. Elle tient compte du fait que les besoins spirituels, mentaux et affectifs de la personne sont aussi essentiels à sa santé et à son bien-être. La santé mentale, la dépendance et la douleur sont souvent jugées comme des questions indissociables²⁰, et cette vision est intégrée à la planification et à la prestation des programmes.

Par exemple, les services de lutte contre la toxicomanie donnent accès à une vaste gamme de ressources spécialisées dans différents domaines. Il peut s'agir de counseling, de personnel médical, de soutien par les pairs, de thérapies non conventionnelles ou complémentaires, de guérisseurs traditionnels ainsi que de recommandations relativement au logement, à l'emploi et à des services juridiques.

Le développement et la mobilisation des collectivités sont des aspects importants de tout traitement de la toxicomanie, y compris les approches des soins adaptées aux Autochtones et aux Premières Nations. De nombreuses collectivités des Premières Nations et autochtones ont recours à la roue médicinale pour déterminer les besoins physiques, intellectuels, affectifs et spirituels à satisfaire.

¹⁹ Citation adaptée du Groupe de travail ontarien sur l'hépatite C, 2009.

²⁰ Amari, E. et coll., « Nonmedical Prescription Opioid Use and Mental Health and Pain Comorbidities: A Narrative Review. » *La Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 56, n° 8, août 2011.

Vaste choix de services

Les plans liés à l'abus de substances et aux traitements connexes sont adaptés à chaque situation. La personne à la recherche d'un service doit être au centre des décisions concernant ses besoins et les soins qu'elle recevra. La province doit chercher à se doter d'un système de santé et de services sociaux offrant un vaste éventail de choix, y compris :

- des services de réduction des méfaits;
- des services de gestion du sevrage;
- des pharmacothérapies pour consommateurs d'opioïdes ou d'autres substances;
- du counseling;
- des services de prise en charge;
- des services adéquats sur le plan culturel, notamment par la collaboration d'aînés et de guérisseurs traditionnels.

Ces services doivent renforcer les droits du client en permettant une prise de décision éclairée. Parallèlement, les fournisseurs doivent respecter les décisions du client en reconnaissant qu'il n'existe pas de solution unique applicable à tous.

Approche des soins tenant compte des traumatismes

L'approche tenant compte des traumatismes reconnaît que les expériences négatives comme la violence, la guerre, les mauvais traitements et la négligence peuvent avoir d'importantes répercussions sur la personne et, dans certains cas, sur une collectivité dans son ensemble. Les expériences éprouvantes vécues durant l'enfance, les antécédents familiaux et personnels en matière de toxicomanie, la violence sexuelle pendant la préadolescence et les troubles psychologiques sont tous des facteurs de risque de mauvaise utilisation des opioïdes. De nombreuses familles touchées par la toxicomanie ont également vécu des traumatismes. Les répercussions de leurs expériences négatives se transmettent involontairement d'une génération à l'autre. L'approche tenant compte des traumatismes reconnaît également que les comportements comme la toxicomanie peuvent constituer une réaction ou un mécanisme d'adaptation liés à des expériences traumatisantes passées ou actuelles, et elle intègre ces données dans la planification et la prestation des services.

De nombreuses collectivités autochtones connaissent d'expérience les effets des traumatismes non résolus qui passent d'une génération à l'autre²¹. Ces traumatismes ont souvent pour origine le système des pensionnats imposé aux Premières Nations, aux Inuits et au Métis du Canada pendant plus d'un siècle. Toute approche de soins offerts aux collectivités autochtones doit tenir compte des traumatismes intergénérationnels. La prise en compte des traumatismes intergénérationnels fait maintenant partie des plans de traitement de certains services de lutte contre la toxicomanie conçus pour les Autochtones, notamment du programme expérimental sur la Suboxone offert à la Première Nation de Long Lake (réserve n° 58)²².

Approche des soins qui respecte le deuil et la perte

Les services de lutte contre la toxicomanie doivent tenir compte du fait qu'il est normal de vivre un deuil à la suite d'une perte. Ce phénomène fait partie du processus de guérison. Il existe au Canada une tendance à médicamenter les personnes en deuil, alors que d'autres types d'aide sont souvent nécessaires pour vivre un deuil ou une perte de manière saine.

²¹ Fondation autochtone de guérison, 1999 : A5 <http://www.fadg.ca/downloads/historic-trauma.pdf>

²² Judy Desmoulin, Coordonnatrice à la santé, Première Nation de Long Lake (réserve n° 58). Correspondance personnelle, 2012.

Le deuil et la perte doivent également être considérés comme des facteurs de risque en matière de problèmes mentaux et de toxicomanie, et même souvent comme un des aspects de ces problèmes. Les personnes qui changent leurs habitudes de consommation de drogue vivent parfois un deuil ou une perte, notamment eu égard à leurs amis et à leur communauté, par suite de la modification de leurs habitudes de vie. Ces questions doivent être intégrées à la planification de tout programme ou service lié à la mauvaise utilisation de substances.

Engagement à réaliser des interventions, des suivis et des évaluations fondés sur des données probantes

Les services en matière de gestion de la douleur, de mauvaise utilisation des opioïdes, de la dépendance et de la toxicomanie doivent être fondés sur des données probantes et être accessibles, offerts en temps opportun, efficaces et sécuritaires. Les données probantes peuvent avoir pour source :

- la recherche universitaire;
- les essais cliniques;
- la littérature grise;
- des évaluations de programmes;
- les connaissances des collectivités;
- l'expérience pratique.

Cette approche nécessite la mobilisation de ressources dans la recherche afin de mettre au point de nouvelles pratiques fondées sur des données probantes. Elle nécessite également d'accorder une importance réelle à la surveillance et à l'évaluation continues des effets prévus et imprévus des activités et des interventions, en se laissant une marge de manœuvre pour modifier les façons de faire à la lumière de nouvelles données.

Utilisation optimale des opioïdes

Les opioïdes doivent être reconnus comme un outil précieux de prise en charge de la douleur et être utilisés correctement et judicieusement pour le soulagement de certains types, mais non de tous les types, de douleur.

Le bien-fondé de l'utilisation est établi au cas par cas, selon les critères suivants :

- les lignes directrices pratiques des professionnels de la santé;
- les antécédents médicaux de la personne;
- la disponibilité et la pertinence d'autres solutions de prise en charge de la douleur, y compris de traitements et de thérapies ne faisant pas appel aux stupéfiants.

Réduction de la demande non justifiée en analgésiques narcotiques

La demande non justifiée en narcotiques est réduite à mesure que :

- les fournisseurs de services prennent des mesures globales qui tiennent compte des nombreuses facettes de la santé et des causes profondes de la mauvaise utilisation des opioïdes et de la dépendance qui en résulte;
- les gens sont informés des risques de la mauvaise utilisation des opioïdes et prennent conscience des autres solutions à leur disposition pour soulager la douleur.

Première Nation de Long Lake (réserve n° 58) compte 166 adultes, dont 85 % sont aux prises avec une dépendance aux opioïdes. Depuis le début des années 1990, l'abus du médicament sur ordonnance OxyContin a fait des ravages dans notre collectivité. Les gens n'arrivaient plus à garder leur emploi parce qu'ils avaient besoin de leur dose pour pouvoir se concentrer sur leurs tâches. Beaucoup d'enfants ont été retirés de leur famille pour cause de négligence. Dans notre organisation, Dilico Child and Family Services, nous comptons le nombre le plus élevé d'enfants à notre charge. La plupart des bébés naissent avec une dépendance et sont confiés à des unités de soins néonataux pour une période de 14 à 40 jours. Le taux de criminalité a augmenté, tout comme les vols et le vandalisme. Les gens entraînent par effraction et volaient tous les objets qui pouvaient avoir la moindre valeur pour les vendre ou les échanger contre des médicaments. Les gens se prostituaient, autant les hommes que les femmes, pour avoir de l'argent afin de s'acheter des médicaments quand ils ne pouvaient pas obtenir de prescription ou n'arrivaient plus à s'en payer.

Il y a huit ans, une clinique de traitement à la méthadone a ouvert ses portes chez nous. Tout le monde pensait que les problèmes seraient réglés. Ce n'est pas ce qui est arrivé. On y prescrivait un autre médicament et nous, à titre de collectivité, ne pouvions pas participer aux soins offerts aux personnes inscrites à ce programme. Le programme de méthadone ne s'attaquait pas à la source du problème pour aider ceux et celles qui luttent contre cette forte dépendance. Les gens devaient d'abord régler leurs problèmes sous-jacents. En avril dernier, nous avons lancé un programme avec le médicament Suboxone. La prise de ce médicament ne représente qu'une seule partie du programme de rétablissement, un point de départ. Tous les participants au programme se sont dotés d'un plan à mettre à œuvre lorsqu'ils arrêteront graduellement de prendre de la Suboxone. Nous voulions nous assurer que chacun obtenait le soutien nécessaire pour régler ses problèmes personnels. Pour ce faire, nous les aidons à se fixer un but. Nous offrons du counseling pour aider les gens vivant des états de stress post-traumatique et des conséquences intergénérationnelles. Nous offrons du counseling en matière de toxicomanie. L'aspect spirituel joue un rôle important. Au bout de trois mois, les participants au programme ont commencé à prendre davantage soin d'eux-mêmes et de leur santé. Le manque de services de santé est devenu manifeste quand les gens ont voulu les soins médicaux dont ils avaient besoin. Je me suis dit que nous devions arrêter de traiter les symptômes comme la dépendance à l'égard des opioïdes pour s'attaquer à la source du mal qui ronge notre collectivité.

Judy Desmoulin, directrice de la santé et des services sociaux du conseil de bande de Long Lake, a lancé un programme holistique de désintoxication de l'OxyContin dans la collectivité des Premières Nations en avril 2011. Vingt personnes sont inscrites au programme et prennent de la Suboxone. Soixante personnes figurent sur la liste d'attente à cause du manque de fonds pour couvrir le coût du médicament et du counseling.

5. La voie de l'avenir – Principaux enjeux et conseils

Cette section décrit les principaux enjeux cernés par le Groupe de travail d'experts et fournit des conseils précis sur les mesures à prendre à court, à moyen et à long terme.

Enjeux et préoccupations d'ordre général

Besoins en données exactes sur les opioïdes, la surdose, le sevrage et les traitements

Plusieurs groupes, notamment des médecins, des employés de programmes de réduction des méfaits et des consommateurs de drogues, ont soulevé de façon informelle deux préoccupations principales :

- la confusion relativement au passage de l'OxyContin à l'OxyNEO;
- le besoin d'information précise et de formation sur les signes et les symptômes de la surdose d'opioïdes et du sevrage des opioïdes, la prescription appropriée et la prise en charge continue de la clientèle. Ces préoccupations rejoignent autant les médecins que les autres fournisseurs de soins de santé, y compris les pharmaciens, les dentistes et le personnel des services d'urgence, de même que les premiers intervenants et le personnel de première ligne, comme les ambulanciers, les policiers, les intervenants en refuge et le personnel des établissements correctionnels.

Des données exactes sont aussi essentielles pour les personnes qui consomment des médicaments d'ordonnance, que ce soit pour des raisons médicales ou de façon illicite. Ces personnes doivent comprendre tant les avantages que les risques liés à la consommation d'opioïdes, pour réduire les risques de dépendance, de surdose ou d'autres méfaits associés à la consommation d'opioïdes.

Conseils

C1. Élaborer, diffuser et regrouper dans une seule ressource Web du matériel pédagogique visant à renseigner divers publics sur les signes et symptômes d'un sevrage ou d'une surdose d'opioïdes. Élaborer ces documents en collaboration avec les ordres de professionnels de la santé, les RLISS, les bureaux de santé publique et les cliniques antidouleur. Les publics cibles devraient comprendre :

- les patients dans les salles d'urgence;
- les médecins;
- les organismes de traitement de la toxicomanie;
- les fournisseurs de soins de santé mentale;
- les premiers intervenants;
- les professionnels de la santé publique;
- les établissements correctionnels;
- les services d'urgence;
- les écoles et conseils scolaires;
- les collectivités autochtones et des Premières Nations ainsi que leurs fournisseurs de services;
- les travailleurs spécialisés dans le soutien par les pairs;
- les consommateurs de médicaments;
- les patients et le grand public.

- C2. Travailler en partenariat avec les RLSS, les fournisseurs de soins de santé (y compris les cliniques antidouleur) et les personnes atteintes d'un problème de dépendance pour sensibiliser les populations locales aux avantages et aux risques de la consommation d'opioïdes d'ordonnance, à l'occasion de forums ou d'autres discussions dans les collectivités.
- C3. Promouvoir activement la diffusion de renseignements exacts et de messages cohérents dans la publicité méritée des gouvernements provincial et fédéral, des fournisseurs de soins de santé, de leurs associations et de leurs ordres.

Besoin de systèmes d'information et de surveillance en temps réel

Nous avons besoin de renseignements de surveillance exacts et en temps réel sur les conséquences possibles des modifications au formulaire, des opioïdes et des autres stupéfiants en Ontario pour la collectivité et le système de soins de santé. Ces renseignements devraient être obtenus de diverses sources de première ligne. Ils devraient compléter les données administratives déjà recueillies sur le recours aux services de santé et les cas de mortalité liée à la consommation d'opioïdes signalés aux coroners. Des renseignements solides permettront :

- de répondre rapidement aux besoins des collectivités;
- de fonder plus facilement sur des données probantes l'établissement des politiques et la prise des décisions sur les programmes.

Nous devons aussi recueillir davantage de données et accroître la surveillance pour évaluer avec précision les conséquences possibles des modifications au formulaire.

Conseils

- C4. Commencer à surveiller en temps réel les répercussions dans l'ensemble de la province de l'utilisation d'opioïdes dans tous les hôpitaux, services des urgences, sites d'échange de seringues, programmes de réduction des méfaits et cliniques d'urgence financés par le gouvernement provincial. Diffuser les renseignements recueillis au plus grand nombre possible de professionnels du milieu pour leur permettre de résoudre les problèmes et de répondre aux besoins dès leur apparition.
- C5. En collaboration avec la Police provinciale de l'Ontario et les services de police locaux, notamment les services sur les réserves et le système de justice, renforcer la surveillance des répercussions de la consommation d'opioïdes sur la sécurité des collectivités.

Besoin d'information sur les services et les services de recommandation

La population doit pouvoir se renseigner facilement sur les services offerts en matière de mauvaise utilisation d'opioïdes ou de dépendance à ces médicaments. L'Ontario a mis en place un système de consultation téléphonique et en ligne, ConnexOntario. Or, le grand public ne le connaît pas encore très bien. Une amélioration de ConnexOntario accroîtrait son utilité pour les personnes atteintes d'un problème de dépendance et les membres de leur famille. Ils pourraient l'utiliser pour découvrir les groupes de soutien par les pairs.

Conseils

- C6. En partenariat avec ConnexOntario, élaborer une campagne de sensibilisation et de marketing social sur l'accès à de l'information sur les services de traitement de la toxicomanie et à la recommandation de ces services.

- C7. En collaboration avec les bureaux de santé publique et ConnexOntario, offrir de l'information en ligne sur les programmes et services de réduction des méfaits offerts dans les collectivités ontariennes.
- C8. En collaboration avec les bureaux de santé publique et ConnexOntario, veiller à ce que la population ait accès à des services immédiats, par téléphone ou en ligne, de soutien par les pairs. Ces derniers sont des personnes ayant elles-mêmes été aux prises avec un problème de dépendance qui, par conséquent, s'y connaissent, et qui ont reçu la formation nécessaire.

Connaissances, éducation et pratiques des fournisseurs de services et de soins de santé

Il est important que les médecins, les pharmaciens, le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé n'excèdent pas les limites de leur champ d'activité en ce qui concerne la prescription d'opioïdes et le traitement de la toxicomanie. Les utilisations bénéfiques des opioïdes pour le soulagement de la douleur sont nombreuses. Néanmoins, les fournisseurs de soins de santé :

- ne connaissent pas toujours bien les lignes directrices de prescription fondées sur des données probantes;
- ne comprennent peut-être pas les risques de dépendance aux opioïdes, surtout pour le soulagement de la douleur à long terme²³;
- administrent parfois les opioïdes de façon inappropriée pour soulager certains types de douleur. Par exemple, ils pourraient prescrire une dose trop élevée du médicament, ou il se peut que le patient ne soit pas suivi d'assez près pendant son traitement.

Les dentistes ont souvent l'habitude de prescrire des opioïdes à leurs patients pour les aider à se remettre d'une chirurgie dentaire. Or, les dentistes ne savent pas toujours si leurs patients ont déjà utilisé des opioïdes, voire s'ils en ont déjà été dépendants.

En outre, la prescription de méthadone ou de Suboxone, entre autres, pour le traitement de la toxicomanie nécessite une formation et des compétences particulières. En effet, un tel traitement peut, s'il n'est pas bien prescrit, comporter des risques importants, notamment des risques de décès attribuable à une surdose.

Il faut toutefois établir un équilibre entre le besoin de formation et de connaissances pratiques et les risques d'appliquer une réglementation abusive et de décourager par mégarde les fournisseurs de soins de santé de travailler avec des gens souffrant de toxicomanie ou de douleur. Ce dernier risque est d'autant plus concret dans les collectivités dont les membres ont un besoin urgent de consulter ces fournisseurs. En revanche, dans les collectivités dont les ressources sont limitées, il est impératif que certains fournisseurs de services, comme des conseillers ou des aînés, ne se fassent pas demander de délivrer des ordonnances ou d'offrir d'autres services semblables s'ils ne possèdent pas le savoir-faire ou les compétences nécessaires.

Les Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse (*Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain*)²⁴ ont été terminées en 2010. Elles contiennent 24 recommandations fondées sur des données probantes. Ces lignes directrices peuvent aider les fournisseurs de soins de santé à utiliser les opioïdes efficacement et en toute sécurité pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse. Un grand nombre de ces recommandations n'ont pas encore été entièrement mises en pratique par les fournisseurs de soins de santé de l'Ontario, notamment la dixième, qui porte sur le dosage prudent des opioïdes.

²³ Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, *Avoiding Abuse, Achieving a Balance: Tackling the Opioid Public Health Crisis*, 2010.

²⁴ <http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/>

Ces lignes directrices précisent que même si de nombreux clients reçoivent des doses égales à une dose équivalente de morphine (DEM) de plus de 200 mg par jour, la plupart réagissent à de plus petites doses. Selon une autre recommandation, les patients auxquels ont été prescrites des doses supérieures à une DEM de plus de 200 mg par jour devraient être suivis de très près en raison des risques de mauvaise utilisation ou d'effets physiques ou psychosociaux négatifs et indésirables²⁵.

Conseils

- C9.** Inciter les organismes de réglementation, fournisseurs de soins de santé et autres partenaires compétents à faire la promotion des pratiques exemplaires et des recommandations énoncées dans les Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes pour la douleur non cancéreuse, notamment de la dixième recommandation, qui porte sur le dosage prudent.
- C10.** En collaboration avec les ordres de professionnels de la santé, faire la promotion des pratiques exemplaires, offrir de l'encadrement et diffuser des stratégies de résolution de problèmes. Ces démarches permettront de veiller à ce que les fournisseurs de soins de santé traitent la toxicomanie et la douleur sans excéder les limites de leur champ d'activité.
- C11.** En collaboration avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario, veiller à ce que la dépendance soit envisagée comme un trouble de santé sous-jacent lorsqu'un patient se fait soigner dans un hôpital.

Nécessité des approches globales et interdisciplinaires en matière de soins

Le traitement d'une dépendance aux opioïdes n'est pas un engagement à court terme, mais à long terme. L'aide offerte à une personne souffrant d'une dépendance grave ne devrait pas diminuer, même si son état se stabilise. La toxicomanie est une maladie chronique, et sans le soutien de la collectivité, le risque de rechute est très élevé.

Les données probantes recueillies sur la dépendance aux opioïdes comme l'héroïne montrent que la gestion du sevrage et les thérapies comme le traitement à la Suboxone ou à la méthadone devraient être offerts avec des services auxiliaires comme le soutien communautaire et le counseling²⁶. Cependant, les pratiques exemplaires relatives à ces modèles de soins doivent faire l'objet de recherches et d'études approfondies, en particulier dans le contexte des opioïdes d'ordonnance.

L'offre de services auxiliaires, comme du counseling, est considérée comme une pratique exemplaire dans le traitement de maintien à la méthadone. Ces services sont associés à une diminution de la consommation de drogues chez les personnes souffrant d'une dépendance aux opiacés²⁷. Selon les normes et lignes directrices cliniques sur les programmes de traitement de maintien à la méthadone produites par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, il faut idéalement offrir à la fois :

- les services de médecins et de pharmaciens chevronnés dans le traitement de la dépendance aux stupéfiants;

²⁵ L'État de Washington fait figure de chef de file dans le domaine du dosage des opioïdes. Il est le premier État à avoir présenté des lignes directrices axées sur l'importance du dosage, en avril 2007. Ces lignes directrices invitent à la prudence dans la prescription de doses égales à une DEM de 120 mg par jour après un incident ou pour le soulagement de la douleur chronique chez de nouveaux patients. Si, après avoir augmenté la dose d'un patient à une DEM de 120 mg par jour, son médecin ne constate aucune amélioration notable dans le soulagement de sa douleur ou le rétablissement de ses fonctions, il devrait demander de l'aide (par exemple, consulter un algologue) et maintenir ou diminuer la dose. Le programme pilote de l'État de Washington a porté ses fruits en réduisant la consommation d'opioïdes et le nombre de décès qui y sont liés. Par conséquent, l'État a récemment présenté un projet de loi visant à appliquer le dosage prudent correspondant à une DEM de 120 mg par jour.

²⁶ Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (2011), *Methadone Maintenance Treatment: Program Standards and Clinical Guidelines*.

²⁷ McLellan et coll., 1993; Kraft et coll., 1997; Kletter, 2003; Rawson et coll., 2002.

- des services auxiliaires offerts dans un contexte interdisciplinaire de collaboration : les patients doivent pouvoir consulter du personnel infirmier, des travailleurs sociaux, des gestionnaires de cas, des psychologues, des conseillers et des travailleurs spécialisés dans le soutien par les pairs²⁸.

Si un patient a accès à ces autres services, les chances qu'il poursuive son traitement augmenteront, tout comme celles du rétablissement réussi de sa santé mentale, de sa santé physique et de ses rapports sociaux.

Le développement et la mobilisation des collectivités sont des aspects importants de tout traitement de la toxicomanie. Il importe d'en tenir compte pour définir le type d'aide à apporter à chaque patient, dans chaque contexte. Lorsque les services visent les collectivités marginalisées, comme les Autochtones et les toxicomanes, il est essentiel que ces collectivités participent à la prise de décisions. Les connaissances pratiques prouvent qu'un traitement donne de meilleurs résultats quand le patient peut obtenir du soutien qui :

- lui permet de s'impliquer dans sa collectivité,
- l'aide à prendre en main tous les facteurs qui influent sur sa santé.

Le soutien de la collectivité est déterminant, puisqu'il permettra au patient de surmonter les problèmes émotifs liés à sa toxicomanie en plus de répondre à ses besoins médicaux. Ce soutien pourra l'empêcher de rechuter quand il aura décidé de mettre fin à sa consommation.

Conseils

- C12.** Établir un modèle fondé sur des données probantes propre au traitement de la dépendance aux stupéfiants d'ordonnance. Ce modèle s'appliquera tant au traitement pharmaceutique (à la méthadone ou à la Suboxone, par exemple) qu'aux interventions non pharmaceutiques (comme du counseling, des soins chiropratiques ou de physiothérapie et des services auxiliaires).
- C13.** Avec les ministères des Services sociaux et communautaires, de l'Éducation, des Services à l'enfance et à la jeunesse, des Affaires municipales et du Logement et des Finances ainsi que le gouvernement fédéral, continuer de se pencher sur l'ensemble des facteurs qui influent sur la santé. Ce sont souvent ces facteurs qui ouvrent la voie à la toxicomanie.
- C14.** Favoriser la communication, les partenariats et l'établissement de liens entre les médecins et les services de lutte contre la toxicomanie dans les collectivités pour améliorer la coordination des traitements et des systèmes.
- C15.** Veiller à ce que les conseillers en santé mentale, y compris les pairs-conseillers, reçoivent une formation sur la dépendance, pour mieux coordonner les services de soins de santé mentale et les services de traitement de la toxicomanie.
- C16.** Appuyer et favoriser la recherche et l'évaluation pour enrichir la base de données probantes, notamment sur :
- les répercussions des opioïdes d'ordonnance sur le système,
 - les solutions de rechange à la prescription d'opioïdes pour la prise en charge de la douleur,
 - le soutien aux interventions par les pairs,
 - les interventions auprès des familles dont des membres sont toxicomanes.
- C17.** Adopter des pratiques adaptées à la culture pour l'intervention en cas de mauvaise utilisation d'opioïdes ou de dépendance à ces médicaments dans différentes populations et collectivités.

²⁸ Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (2011), *Methadone Maintenance Treatment: Program Standards and Clinical Guidelines*.

Accessibilité aux services de lutte contre la toxicomanie et aux services de traitement de la toxicomanie

Selon des données probantes, l'accès à une gamme de services de traitement de la toxicomanie est très avantageux, tant pour les personnes elles-mêmes que pour la société. Ces services sont :

- des services médicaux ou non de gestion du sevrage,
- des traitements dans la collectivité ou en établissement,
- des pharmacothérapies comportant la prescription d'opioïdes, par exemple de méthadone ou de Suboxone²⁹.

Comme les stocks d'OxyContin s'amenuisent, on prévoit une augmentation prochaine des demandes de traitement de la toxicomanie, de services de counseling et de gestion du sevrage. Les préoccupations relatives à l'accès au traitement comportent deux facettes :

- de nombreuses personnes pourraient subir un sevrage involontaire sans recevoir d'aide en raison de la capacité insuffisante du système de services actuel et de l'inaccessibilité des services dans certaines collectivités éloignées;
- des obstacles, par exemple des règlements municipaux, empêchent la mise en place de ressources de traitement comme des pharmacies délivrant de la méthadone et des cliniques de traitement de maintien à la méthadone dans les collectivités.

Conseils

- C18.** Avec Santé Canada, les RLISS et les municipalités, continuer d'assurer la coordination des initiatives fédérales, provinciales et locales pour s'attaquer à la dépendance aux stupéfiants.
- C19.** Travailler avec les municipalités pour éliminer les obstacles qui restreignent l'accès aux services de lutte contre la toxicomanie. Par exemple, les règlements municipaux, qui empêchent la mise sur pied de cliniques de traitement à la méthadone et la délivrance de méthadone dans les pharmacies.
- C20.** Veiller à ce que toutes les collectivités de la province, y compris celles des Premières Nations, aient accès à une gamme complète de services, notamment des services de désintoxication et de traitement (y compris de traitement en établissement pour les jeunes) et des programmes de réduction des méfaits.
- C21.** Améliorer l'accès à des services complets de traitement à la méthadone et à la Suboxone, conformément aux connaissances pratiques et aux lignes directrices.
- C22.** Avec Santé Canada, continuer à évaluer les services des équipes de traitement itinérantes des collectivités des Premières Nations. Évaluer la possibilité de modifier ce modèle de programme pour l'appliquer dans les collectivités rurales ou de banlieue dont l'accès à des services de traitement est limité.
- C23.** Améliorer l'accès au counseling et à la prise en charge pour favoriser l'accès à des services dans les collectivités et raccourcir les listes d'attente pour le traitement de la toxicomanie en établissement.
- C24.** Inclure des services de traitement de la toxicomanie dans les services des équipes de santé familiale et les autres pratiques de soins primaires.

²⁹ Wood, E. et coll., « Improving Community Health and Safety in Canada Through Evidence-Based Policies on Illegal Drugs », *Open Medicine*, 2012;6(1)e35.

Risques de conséquences non voulues

Les répercussions possibles de la disponibilité réduite de l'OxyContin comprennent sa substitution par d'autres médicaments souvent plus dangereux et l'utilisation accrue de ces derniers. Une mauvaise utilisation d'OxyNEO peut être dangereuse en raison de sa préparation. En effet, ce médicament en poudre devient un gel s'il est mélangé avec de l'eau. Une personne peut donc s'étouffer si elle l'ingère incorrectement, et des caillots peuvent se former si le médicament est injecté. D'autres substituts comprennent des stupéfiants d'ordonnance ou non comme :

- l'héroïne,
- de nouvelles drogues comme le Krokodil, une forme de codéine modifiée extrêmement dangereuse,
- des médicaments d'ordonnance comme des produits contenant de l'hydrocodone, le fentanyl et la morphine.

Les risques liés à l'utilisation de ces drogues et médicaments comprennent les risques de surdose, car les quantités sont plus difficiles à mesurer, surtout quand les opioïdes sont extraits de médicaments comme des timbres de fentanyl. Les risques liés à l'utilisation de drogues injectables comprennent la propagation d'infections transmissibles par le sang, comme le VIH et l'hépatite C, et les complications secondaires comme les infections au point d'injection.

Conseils

- C25.** Accroître et maintenir la disponibilité des trousse de prévention des surdoses de naloxone ainsi que de renseignements et de documents sur la réduction des méfaits dans les bureaux de santé publique de la province.
- C26.** Travailler avec les bureaux de santé publique pour veiller à ce que la population ainsi que les professionnels de la santé de l'Ontario connaissent et comprennent bien la réduction des méfaits en plus de savoir où trouver des programmes de réduction des méfaits dans les collectivités.
- C27.** Fournir des politiques et des ressources pour appuyer les interventions par les pairs. Elles sont un point d'accès à des interventions et à des outils de réduction des méfaits pour les populations très marginalisées de consommateurs de drogues que les types de services traditionnels ne peuvent pas aider.
- C28.** Exiger que chaque RLISS établisse sa propre stratégie de prévention de la mauvaise utilisation des opioïdes. Cette stratégie doit comprendre l'échange d'information entre divers fournisseurs de services et comporter un partenariat avec le bureau de santé publique local.

Répondre à la stigmatisation et à la discrimination

La stigmatisation est une préoccupation importante, car elle a des répercussions sur tout, de la consommation de drogues et de médicaments à l'accès aux services, notamment au traitement de la toxicomanie. Les personnes qui ont souffert d'une dépendance sont souvent victimes de stigmatisation et de discrimination en raison de leur consommation de drogues ou de médicaments. Elles peuvent en subir dans divers contextes : dans leur collectivité, leur famille, les établissements de soins de santé ou au travail.

La stigmatisation et la discrimination peuvent empêcher ces personnes d'avoir accès à des choses indispensables comme un logement, des relations, un emploi et des soins de santé, ou leur faire perdre ces acquis³⁰. Elles peuvent même les empêcher d'admettre qu'elles ont un problème de mauvaise utilisation de substances, surtout si elles ont commencé à consommer des opioïdes pour le soulagement de la douleur. De nombreuses personnes disent avoir plus de mal à supporter la stigmatisation causée par leur problème de santé que leur maladie en soi.

³⁰ Committee for Accessible AIDS Treatment, 2008; Réseau juridique canadien VIH/sida, 2005; Canale, 2001.

Conseils

C29. En collaboration avec des personnes qui ont souffert d'une dépendance et les membres de leur famille, s'attaquer au problème de la stigmatisation et de la discrimination à l'aide de messages d'intérêt public.

Enjeux et préoccupations par population

Collectivités du Nord, rurales ou éloignées

Selon les données recueillies, la mauvaise utilisation des médicaments d'ordonnance est plus fréquente dans les collectivités du Nord, rurales ou éloignées qu'en milieu urbain^{31,32}. Pis encore, il arrive souvent que ces collectivités n'aient pas accès à un aussi grand éventail de services et de fournisseurs de soins de santé. Dans les collectivités des Premières Nations éloignées du Nord de l'Ontario, le personnel des postes sanitaires n'est souvent constitué que d'infirmiers et d'infirmières. Ce personnel infirmier ne possède pas toujours les ressources ou le savoir-faire nécessaires pour répondre à la demande et traiter la toxicomanie ou soulager la douleur. Il faut améliorer la planification des services dans les collectivités nordiques et stimuler leur développement.

Conseils

C30. En collaboration avec le gouvernement fédéral et les administrations municipales, améliorer la coordination des activités fédérales, provinciales et locales de traitement de la toxicomanie et de réduction des méfaits dans le contexte des crises communautaires (p. ex., les évacuations de collectivités).

C31. À l'aide de la télémédecine et du Réseau Télémédecine Ontario, améliorer l'accès aux consultations cliniques des populations des collectivités du Nord, rurales ou éloignées. En partenariat avec Santé Canada et toujours grâce à la télémédecine, améliorer l'accès aux services de lutte contre la toxicomanie sur les réserves des Premières Nations.

C32. En partenariat avec Santé Canada, améliorer, dans les collectivités du Nord ou éloignées, l'accès aux services de fournisseurs de soins de santé, notamment médecins, professionnels du traitement de la toxicomanie et des traumatismes, conseillers et employés de soutien administratif.

C33. En collaboration avec l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et Santé Canada, élargir autant que possible le champ d'activité du personnel infirmier, surtout dans les collectivités éloignées ou isolées.

Collectivités autochtones, des Premières Nations, inuites et métisses

D'après les données sur les demandes présentées au programme de médicaments fédéral en provenance de l'Ontario, 56 % des personnes qui se font prescrire du Percocet et 49 % de celles qui se font prescrire de l'OxyContin sont des membres admissibles de Premières Nations et de collectivités inuites³³. Des chefs de certaines collectivités de Premières Nations se disent inquiets de l'abus de médicaments d'ordonnance. Selon eux, ce problème a pris des proportions épidémiques et créé une situation de crise³⁴.

³¹ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Emergency Room Visits for Mental and Behavioural Disorders Due to Use of Psychoactive Substances, 2008/09 to 2011/12 (Q1 and Q2)*.

³² Sondages de réseaux locaux d'intégration des services de santé sur les changements dans l'utilisation des services aux consommateurs d'OxyContin (de février à avril 2012).

³³ Santé Canada, 2010. Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. *Oxycodone DUE & Methadone Hotspots*.

³⁴ Centre de toxicomanie et de santé mentale, région du Nord de l'Ontario, services provinciaux, 2010. *Prescription Opioid Related Issues in Northern Ontario*.

Par exemple, la nation Nishnawbe-Aski, une organisation représentant 49 collectivités des Premières Nations qui habitent les deux tiers de l'Ontario, a décrété un état d'urgence en novembre 2011 en raison de la consommation abusive d'OxyContin. En février 2012, Stan Beardy, le chef de la nation, a prédit publiquement de nombreux sevrages dans les collectivités comptant un nombre particulièrement élevé de personnes dépendantes à l'OxyContin³⁵. Le même mois, les 13 Premières Nations indépendantes de l'Ontario ont décrété un état d'urgence et demandé de l'aide dans le dossier des sevrages de médicaments d'ordonnance³⁶.

Très inquiètes des problèmes de sevrage, les Premières Nations ont demandé aux gouvernements provincial et fédéral de se joindre à elles pour intervenir. Par exemple, en novembre 2010, les Chefs de l'Ontario ont rédigé un document stratégique intitulé *Take a Stand* pour présenter un plan de résolution des problèmes d'abus de médicaments d'ordonnance dans les collectivités des Premières Nations de l'Ontario³⁷. Dans ce rapport, les chefs cernent quatre grands enjeux sur lesquels s'articule leur stratégie :

1. la promotion de la santé,
2. les relations saines,
3. la réduction de l'offre,
4. le continuum de soins.

Ils proposent aussi un plan d'action comportant un partenariat avec les gouvernements fédéral et provincial pour s'attaquer à la question de la consommation de médicaments d'ordonnance dans les collectivités des Premières Nations.

Dans le même ordre d'idées, le Comité trilatéral des hauts fonctionnaires sur la santé des Premières Nations a fait de la santé mentale et de la toxicomanie sa priorité, accordant une importance particulière à l'abus de médicaments d'ordonnance. Le Comité est constitué de représentants des Chefs de l'Ontario et des gouvernements fédéral et provincial. Voir l'annexe B pour en savoir davantage sur le Comité trilatéral.

De nombreuses Premières Nations ont exprimé une préférence marquée pour l'offre de Suboxone plutôt que de méthadone comme médicament de pharmacothérapie à substituer aux opioïdes. La Suboxone est plus facile à conserver et à délivrer que la méthadone dans les collectivités éloignées. Des programmes de traitement globaux comprenant du counseling et des services d'aide ainsi que l'offre de Suboxone ont été mis à l'essai. Ces programmes sont axés sur le développement des collectivités, le renforcement des habiletés de vie, les connaissances culturelles et la résilience. Des résultats prometteurs sont obtenus à certains endroits comme à l'école secondaire Dennis Franklin Cromarty, à Thunder Bay³⁸, et dans la Première Nation de Long Lake (réserve n° 58)³⁹.

La culture traditionnelle, le développement et la mobilisation des collectivités sont des aspects importants des méthodes de soins adaptées aux autochtones et aux Premières Nations. Par exemple, de nombreuses collectivités autochtones ont recours à la roue médicinale pour déterminer les besoins physiques, intellectuels, affectifs et spirituels à satisfaire. Ils se penchent ensuite sur les facteurs personnels et sociaux sous-jacents pouvant contribuer aux problèmes mentaux et à la dépendance.

L'utilisation des services de santé par les membres de collectivités des Premières Nations vivant sur des réserves est un enjeu important, car ces personnes se déplacent et ont accès à des services autant sur leur réserve qu'à

³⁵ *Crisis Looming for First Nations due to OxyContin*, CTV News, consulté le 2 avril 2012 sur le site suivant : <http://www.ctv.ca/CTVNews/Health/20120216/oxycontin-addiction-first-nations-120216/>.

³⁶ Premières Nations indépendantes, *Resolution to Declare a State of Emergency to Deal with Prescription Drug Withdrawal Issues*, février 2012.

³⁷ Chefs de l'Ontario. *Take A Stand: Final Report - Prescription Drug Abuse Strategy*, novembre 2010.

³⁸ Bruce Minore évalue actuellement le programme de Suboxone de l'école secondaire Dennis Franklin Cromarty, un projet pilote financé principalement par Santé Canada avec l'aide du gouvernement de l'Ontario.

³⁹ Judy Desmoulin, Coordonnatrice à la santé, Première Nation de Long Lake (réserve n° 58). Correspondance personnelle, 2012.

l'extérieur. Au cours des derniers mois, les médias ont beaucoup insisté sur les problèmes des réserves du Nord ou éloignées. Pourtant, les besoins des collectivités des Premières Nations du Sud et du Centre doivent aussi être pris en compte et satisfaits.

Conseils

- C34.** Harmoniser les activités aux priorités et aux initiatives du Comité trilatéral des hauts fonctionnaires sur la santé des Premières Nations en matière de toxicomanie.
- C35.** En partenariat avec les dirigeants de certaines collectivités autochtones et de Premières Nations, veiller à ce que l'intervention provinciale liée au problème de la dépendance aux opioïdes et de leur mauvaise utilisation repose sur les bonnes priorités et soit adaptée à la culture.
- C36.** En collaboration avec Santé Canada et les dirigeants locaux :
- mettre sur pied des services de traitement itinérants,
 - permettre l'obtention rapide de Suboxone,
 - offrir aux membres des collectivités une formation sur le sevrage pour répondre aux besoins immédiats de certaines collectivités éloignées des Premières Nations.
- C37.** En partenariat avec Santé Canada, améliorer l'accès à un grand éventail de services de réduction des méfaits visant à réduire les risques et les effets négatifs associés à la mauvaise utilisation des médicaments sur les réserves des Premières Nations.
- C38.** Recenser et communiquer les premiers résultats positifs des modèles de soins propres aux Premières Nations et faire la promotion de modèles de soins globaux pour lutter contre la mauvaise utilisation des opioïdes. Citons en exemple les programmes pilotes de prescription de Suboxone dans la Première Nation de Long Lake (réserve n° 58) et à l'école secondaire Dennis Franklin Cromarty, à Thunder Bay.
- C39.** Inclure des pratiques culturelles dans les approches de traitement et de guérison au sein des collectivités autochtones et des Premières Nations.

Femmes enceintes et syndrome de sevrage néonatal (SSN)

Il est crucial de gérer les sevrages soudains de stupéfiants chez les femmes enceintes, car ces sevrages sont risqués pour la santé des femmes et des fœtus. Les femmes enceintes dépendantes aux opioïdes ont tendance à accoucher plus tôt et plus rapidement que les autres femmes. Elles doivent donc avoir accès à des soins postnatals près de chez elles.

Bien que le traitement de maintien à la méthadone soit approuvé pendant la grossesse, cette méthode de traitement n'est pas toujours offerte ou recommandée. La Suboxone (un médicament constitué de naloxone et de buprénorphine) présente des risques pour les femmes enceintes. L'utilisation de buprénorphine seule est possible, mais des essais cliniques supplémentaires doivent d'abord être effectués. Dans les collectivités où les besoins sont urgents et où le traitement à la méthadone ne peut être offert, il faut simplifier l'accès à la buprénorphine. Le médicament doit être approuvé par l'intermédiaire du programme d'accès spécial du gouvernement fédéral, et le processus d'approbation dure souvent plusieurs semaines.

Le syndrome de sevrage néonatal (SSN) est un ensemble de symptômes de sevrage qui se manifestent chez 55 à 95 % des enfants exposés à des opioïdes pendant la grossesse⁴⁰. Le nombre de cas de SSN signalés en Ontario a augmenté, passant de 171 en 2003 à 654 en 2010. Ce nombre est plus élevé que la moyenne nationale, mais

⁴⁰ Lall, A. « Neonatal abstinence syndrome », *British Journal of Midwifery*, volume 16, numéro 4, 2008, pages 220 à 223.

il ne révèle pas tout. Les médecins ne diagnostiquent pas toujours uniformément les cas de SSN, de sorte que l'incidence réelle du SSN en Ontario pourrait être beaucoup plus élevée⁴¹.

Conseils

- C40.** Améliorer l'accès aux traitements et aux soins pour les femmes enceintes souffrant d'une dépendance aux opioïdes.
- C41.** En collaboration avec Santé Canada, faire de la gestion des sevrages soudains d'opioïdes chez les femmes enceintes une priorité. À cette fin, simplifier l'accès à la buprénorphine.

Familles

La toxicomanie d'un parent peut avoir des répercussions importantes sur sa relation avec son enfant. Elle peut l'empêcher de s'en occuper correctement. La négligence et les mauvais traitements attribuables à la toxicomanie et à la dépendance comptent parmi les principaux motifs d'intervention des services d'aide à l'enfance en Ontario. Les enfants élevés par un parent toxicomane risquent davantage de souffrir eux-mêmes d'un problème de dépendance plus tard. De plus, les conséquences résiduelles de traumatismes passés favorisant la toxicomanie sont souvent transmises aux générations suivantes.

Il importe toutefois d'établir un équilibre entre la sécurité d'un enfant et la nécessité de renforcer la résilience familiale. Il est aussi essentiel d'atténuer les traumatismes qui peuvent parfois être aggravés quand un enfant est retiré à sa famille et doit quitter son domicile.

Le gouvernement de l'Ontario offre plusieurs programmes dans l'ensemble de la province qui s'adressent aux mères et aux femmes enceintes toxicomanes. Ces programmes sont conçus pour les aider à résoudre leurs problèmes et à satisfaire leurs besoins bien particuliers, y compris relativement au développement des jeunes enfants. Il faut toutefois établir d'autres politiques et offrir des services supplémentaires afin d'atténuer les risques pour les familles affligées par un problème de toxicomanie et de les aider à s'en remettre.

Conseils

- C42.** Veiller à ce que les enfants et les familles participent aux plans de traitement de la toxicomanie et soient considérés comme des intervenants dans la résolution des problèmes.
- C43.** En partenariat avec le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, élaborer et mettre en œuvre des politiques et des lignes directrices qui favoriseront l'établissement de liens solides entre les organismes de protection de l'enfance et les programmes locaux de traitement de la toxicomanie et de réduction des méfaits. Ce partenariat est essentiel pour s'attaquer à la mauvaise utilisation de substances et à ses effets sur les compétences parentales.

⁴¹ Provincial Council for Maternal and Child Health

Jeunesse

Dans le Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario de 2009, 18 % des élèves sondés de la 7^e à la 12^e année ont dit avoir utilisé un opioïde d'ordonnance sans se l'être fait prescrire par un médecin au cours des 12 mois précédents. Les trois quarts d'entre eux ont déclaré avoir obtenu le médicament à la maison⁴². Une étude sur la santé mentale et la toxicomanie a révélé qu'en Ontario, la dépendance aux opioïdes est la plus fréquente dans les groupes d'âge les plus jeunes, notamment dans l'effectif des 15 à 29 ans⁴³.

De nombreux jeunes découvrent l'alcool et certaines drogues en vieillissant, mais un petit pourcentage de ces jeunes risquent de se retrouver aux prises avec une dépendance ou une toxicomanie. Les opioïdes comme l'OxyContin présentent des risques accrus parce qu'ils sont très efficaces et créent plus facilement une dépendance que les autres. Il est essentiel qu'un plan complet d'intervention en cas de mauvaise utilisation d'opioïdes tienne compte de cette question.

Conseils

- C44. En collaboration avec le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et celui de l'Éducation, créer une campagne d'éducation et de sensibilisation sur les stupéfiants à l'intention des jeunes. Demander l'aide des écoles, des conseils scolaires, des commissaires d'école, des conseils de parents et des bureaux de santé publique provinciaux pour améliorer la diffusion du matériel pédagogique.
- C45. En partenariat avec le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, celui de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels ainsi que celui du Procureur général, étudier la question de la toxicomanie dans le système de justice pénale, tant pour les jeunes que pour les adultes.

Personnes souffrant de douleur chronique et antécédents de soins aux opioïdes d'ordonnance

Malgré la nécessité d'examiner le rôle des opioïdes dans le soulagement de la douleur, il ne faut pas oublier que la dépendance aux narcotiques n'est pas uniquement un problème d'ordonnances à trop long terme ou de trop fortes doses. À l'heure actuelle, les cliniques antidouleur ne possèdent pas les ressources nécessaires pour offrir leurs services à toutes les personnes qui en ont besoin. La résolution des problèmes de mauvaise utilisation d'opioïdes d'ordonnance, notamment d'utilisation abusive ou à des fins autres que médicales, est un objectif important. Il faut cependant établir un équilibre entre cet objectif et la nécessité de donner accès à des médicaments à des fins médicales légitimes. L'imposition de limites dans les habitudes de prescription pour réduire l'offre d'opioïdes risque de compromettre l'accès à des soins efficaces et la qualité de ces soins, surtout pour les patients souffrant de douleur profonde et chronique⁴⁴.

⁴² Centre de toxicomanie et de santé mentale, région du Nord de l'Ontario, services provinciaux, 2010. *Prescription Opioid Related Issues in Northern Ontario*.

⁴³ Santé publique Ontario et Institut de recherche en services de santé (sous presse). *Opening Eyes, Opening Minds. The burden of mental health and addictions in Ontario*. Toronto, Santé publique Ontario.

⁴⁴ Brennan, F., Carr, D.B., Cousins, M. Pain Management: A Fundamental Human Right, *Anesthesia & Analgesia*, 2007, 105: 205-221.

Les opioïdes sont des outils légitimes pour le soulagement de certains types de douleur et la poursuite d'une vie normale. De nombreuses personnes consomment des narcotiques comme de l'oxycodone pour soulager des douleurs aiguës (à court terme) ou chroniques (à long terme). Les risques de dépendance ne devraient pas dissuader les fournisseurs de soins de santé de leur en prescrire si cette prescription est justifiée du point de vue médical. Cependant, cette utilisation comporte des risques. La supervision permanente par des fournisseurs de soins de santé qualifiés est essentielle pour :

- surveiller les facteurs comme des problèmes de santé mentale sous-jacents qui pourraient accroître les risques de toxicomanie;
- intervenir au besoin.

De plus, il existe très peu de solutions non conventionnelles pour le traitement de la douleur. À l'heure actuelle, les opioïdes sont considérés comme l'une des seules solutions, puisque les médicaments sur ordonnance sont couverts par l'assurance-santé. Dans de nombreuses collectivités, personne n'offre de services de santé non conventionnels fondés sur des données probantes portant sur le soulagement de la douleur, comme des soins chiropratiques ou de physiothérapie, et ces services sont rarement couverts par les régimes d'assurance-santé.

Conseils

- C46.** Inciter l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario à promouvoir l'utilisation d'autres médicaments que les opioïdes pour le soulagement de la douleur lorsqu'il est justifié de le faire d'un point de vue clinique, conformément aux Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse.
- C47.** En collaboration avec le ministère de la Formation et des Collèges et Universités, les ordres de professionnels de la santé et les établissements universitaires, améliorer le développement des compétences essentielles en ce qui concerne le soulagement de la douleur chronique, la dépendance aux opioïdes et les modèles de soins interprofessionnels.

Mon médecin m'a dit : « Tant que vous respectez la posologie, il n'y aura pas de problème. » Il ne m'a jamais parlé des effets secondaires. Il a seulement dit que c'était un analgésique. Il ne m'a jamais parlé non plus du risque de dépendance, et la dépendance est un problème dans ma famille.

J'ai eu un grave accident d'automobile en 1995 ou 1996. Avant, j'étais une athlète, et je ne prenais aucune drogue. J'ai passé six semaines à l'hôpital et ensuite six autres semaines dans un centre de réadaptation. Un algologue m'a prescrit du Percocet. En huit mois, ma consommation a monté en flèche. Je voulais quelque chose de plus puissant. Je suis devenue physiquement et psychologiquement dépendante. Au début, on se sent très bien. On me prescrivait une quantité incroyable de médicaments : 240 comprimés de Percocet par mois. Ensuite, deux autres médicaments se sont ajoutés : du Dilaudid et, vers la fin, de l'hydromorpnone. J'avais des prescriptions pour les trois en même temps.

Mon dos s'est mis à bloquer, et il m'arrivait de partir en ambulance pour l'hôpital où j'attendais d'y recevoir mes médicaments. Une fois où mon dos a bloqué, une amie, qui est infirmière, m'a dit que je n'avais pas à attendre. Elle a fait fondre une dose d'hydromorpnone et me l'a injectée. C'était ma première fois. J'étais vraiment « high ». J'ai commencé à m'en injecter régulièrement. C'est là que les choses ont empiré.

Je suis allée au mariage de ma sœur en Colombie-Britannique, et elle a trouvé une seringue et les médicaments dans mon sac à dos. Mes parents étaient atterrés. Ma sœur a téléphoné à mon médecin pour qu'il arrête de m'en prescrire. Ce que ma sœur ignorait est qu'elle me mettait dans une situation encore plus dangereuse. J'ai dû alors me procurer ma drogue dans la rue. On fait des choses dont on ne se croirait pas capable. J'étais esclave de la drogue. Rien avant ne m'avait fait perdre le contrôle de cette façon, rien avant ce médicament.

Quand vous êtes dépendant aux opiacés ou aux stupéfiants, vous êtes prêt à vendre tout ce que vous avez pour pouvoir vous acheter votre drogue. C'est n'est pas un choix, mais un besoin. Si je ne l'avais pas vécu moi-même, je ne le croirais pas.

J'ai essayé d'arrêter. C'est comme avoir la pire grippe imaginable, multipliée par dix. On tremble. On transpire. Impossible de manger ou de dormir. La douleur persiste pendant des semaines. Je ne souhaite à personne de souffrir ainsi.

J'ai commencé à prendre de la méthadone pour la première fois il y a six ans. Ça faisait un an et demi que je n'avais pas pris de drogue. Puis, j'ai recommencé à prendre des opiacés. J'ai arrêté et recommencé la méthadone à quelques reprises. Quand je prends de la méthadone, je ne me sens plus malade, mais j'en ai un besoin maladif.

J'ai fait des démarches pour être suivi par un conseiller. Mes parents et ma famille sont extraordinaires. Si je savais quelle est la dernière étape à entreprendre pour m'en sortir, je l'entamerais immédiatement. J'ai bien l'intention de franchir cette dernière étape.

Emily, 48 ans. Elle a recommencé à prendre de la méthadone à l'automne 2011. Elle est devenue dépendante aux opiacés à 32 ans à la suite d'un grave accident d'automobile, qui a entraîné chez elle des douleurs chroniques et l'a contrainte à demander des prestations d'invalidité. Elle a une fille de 27 ans.

6. Conclusion

Le Groupe de travail d'experts s'est assuré de donner à la ministre les conseils qu'elle a demandés pour prendre des mesures à l'égard de la consommation et de la mauvaise utilisation des stupéfiants d'ordonnance ainsi que de la toxicomanie en Ontario. En cherchant des solutions, le groupe a ciblé tous les enjeux, de ceux nécessitant des interventions immédiates à ceux qui aideront l'Ontario à se tourner vers l'avenir. C'est un avenir dans lequel :

- les opioïdes et les stupéfiants sont prescrits correctement;
- tous les toxicomanes ont accès à des traitements et à des services de soutien équitables et globaux;
- des traitements de grande qualité sont fondés sur les données probantes les plus récentes, et toutes les personnes devant vivre avec des traumatismes, des deuils, des pertes ou d'autres problèmes liés à la santé mentale trouvent de l'aide;
- les clients et les collectivités peuvent choisir ou contribuer à offrir les services qui leur conviennent le mieux;
- le système visant à traiter la consommation et la mauvaise utilisation des médicaments sur ordonnance ainsi que la toxicomanie est un tout unifié dans lequel chaque partie soutient les autres.

Une stratégie exhaustive permettra de répondre aux besoins des personnes qui doivent actuellement obtenir de l'aide et un traitement, ainsi que d'aider les générations futures à éviter ces problèmes et ainsi avoir une meilleure qualité de vie.

Des recherches approfondies permettront de mieux comprendre l'ensemble des facteurs qui entrent en jeu dans le soulagement de la douleur, la dépendance aux stupéfiants et le traitement de la toxicomanie. Il est cependant clair que les principaux éléments de la méthode décrite dans ce document sont indispensables pour aider les toxicomanes à atténuer les répercussions de la toxicomanie et de la mauvaise utilisation de stupéfiants sur leur vie.

À la lumière des recommandations du Groupe de travail d'experts sur la dépendance aux stupéfiants et substances contrôlées, les trois prochaines étapes importantes pour l'Ontario sont les suivantes :

1. l'offre d'un accès amélioré à un plus grand nombre de services d'aide et de traitement;
2. l'élaboration d'outils d'évaluation des résultats et des réussites ainsi que d'un système d'évaluation et de surveillance;
3. l'amélioration du système actuel de collecte de données.

Veiller à ce que toutes les personnes souffrant d'un problème de dépendance aux stupéfiants ainsi que les membres de leur famille aient accès aux traitements ou aux services dont ils ont besoin représente un défi de taille. La voie de l'avenir est toutefois claire. Le gouvernement, les fournisseurs de services, les consommateurs, les familles, les diverses organisations et les collectivités doivent unir leurs forces.

Trois pour cent des personnes qui se font prescrire des opioïdes contre la douleur en deviendront entièrement dépendantes. Si les omnipraticiens procédaient à une évaluation des risques avant de prescrire un opioïde à long terme pour le soulagement de la douleur chronique, on réduirait le nombre de personnes qui en deviennent dépendantes. Avant de prescrire un opioïde à long terme, les médecins doivent connaître les antécédents de consommation de drogue et d'alcool du patient. Ce sera une nouvelle norme de soins. Il ne faut pas non plus négliger les troubles psychiatriques, comme la dépression ou un traumatisme psychique. Par exemple, les victimes d'abus sexuels à la préadolescence sont plus à risque de faire une mauvaise utilisation d'opioïdes. Chez les personnes enclines à la peur et à l'anxiété, les opioïdes sont excellents pour chasser la peur. Imaginez que vous êtes quelqu'un de traumatisé et sans soutien social. Ces personnes sont souvent plus disposées à devenir dépendantes que celles ayant une bonne régulation émotionnelle et un soutien social solide. Une évaluation du risque aide les omnipraticiens à dépister les patients à qui il faut éviter de prescrire des opioïdes. N'oubliez pas qu'une personne qui semble à faible risque peut quand même développer une dépendance aux opioïdes.

Les lignes directrices de prescription des opioïdes sont parues le 3 mai 2010, avec l'espoir d'une grande diffusion. Ces lignes directrices ne sont malheureusement pas très utilisées. Il est difficile pour les omnipraticiens de les intégrer et de les appliquer à leur pratique. Il faut du temps et des efforts pour apprendre une nouvelle façon de faire. C'est sans compter les préjugés, l'ignorance et l'apathie. Si tous les médecins qui prescrivent des opioïdes suivaient ces lignes directrices, le problème aurait moins d'ampleur.

[...]

La méthadone sauve des vies. Cependant, la méthadone seule s'apparente à la notion de réanimation cardio-respiratoire ininterrompue; si vous ne donnez pas de soins de santé intégrés par la suite, vous aurez à administrer de la réanimation cardio-respiratoire pour le reste de la vie de votre patient. Première étape : la méthadone sauve la vie de votre patient en le sortant de l'enfer de la dépendance aux opioïdes. Deuxième étape : votre patient doit refaire sa vie sur de nouvelles bases. Vous devez établir les déterminants sociaux de la santé. Il faut offrir du counseling pour l'aider à se munir de nouveaux outils afin d'affronter les aléas de la vie tout en évitant de consommer de la drogue. Voilà la véritable libération de la dépendance. Cependant, nous savons tous que, même rétablis, certains prendront de la méthadone pour le reste de leur vie. Lorsque quelqu'un dépend des opioïdes depuis longtemps, le cerveau peut « oublier » comment fabriquer ses propres opioïdes. Notre corps a son propre système naturel d'opioïdes pour soulager la douleur. La dépendance à un narcotique réprime ce système d'opioïdes interne. Votre cerveau s'en trouve donc compromis. Une personne diabétique qui a besoin d'insuline de façon permanente ne peut soudainement cesser son traitement lorsque son taux de glycémie se trouve dans les normes. Alors pourquoi devrait-on tout simplement interrompre le traitement à la méthadone d'une personne ayant cessé sa consommation d'opioïdes? On croit que si vous prenez de la méthadone, vous êtes encore un toxicomane. C'est pourtant faux. Vous êtes dépendant d'un traitement tout comme une personne diabétique est dépendante à l'insuline.

D^{re} Lisa Bromley, médecin à Ottawa, est l'un des rares médecins de la ville à offrir des traitements d'entretien à la méthadone à ses patients. Environ 75 % de sa pratique consiste en des traitements d'entretien à la méthadone.

7. Annexes

Annexe A : Membres du Groupe de travail d'experts sur la dépendance aux stupéfiants et substances contrôlées

M. Kevin Berube Directeur des traitements, Nodin Child and Family Intervention Services	M ^{me} Rolanda Manitowabi Directrice générale, Ngwaagan Gamig Recovery Centre
D ^{re} Lisa Bromley Médecin, Centre de santé communautaire Côte-de-Sable, Ottawa	D ^r David Marsh Vice-doyen de l'engagement communautaire Doyen associé principal, Campus Est École de médecine du Nord de l'Ontario
D ^{re} Claudette Chase Directrice médicale, Sioux Lookout First Nations Health Authority	D ^r Peter Menzies Chef des soins cliniques, Services aux Autochtones, Centre de toxicomanie et de santé mentale
M ^{me} Judy Desmoulin Directrice de la Santé et des Services sociaux, Première Nation de Long Lake (réserve n° 58)	M ^{me} Gillian Muckaday Membre de la Première Nation de Long Lake (réserve n° 58)
M. Glenn Robin Finlayson Membre de la Première Nation de Long Lake (réserve n° 58)	M ^{me} Anne Resnick Directrice de la pratique professionnelle Ordre des pharmaciens de l'Ontario
D ^r Benedikt Fischer Professeur, Faculté des sciences de la santé, Université Simon Fraser et chercheur principal, CAMH	D ^r Peter Selby Directeur clinique des Programmes de traitement de la toxicomanie, Centre de toxicomanie et de santé mentale
M. Wade Hillier Directeur adjoint, Service de l'évaluation et de l'amélioration des pratiques, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario	M. Ron Shore Directeur des services cliniques, Centres de santé communautaires de Kingston
M ^{me} Betty-Lou Kristy Membre de la collectivité et de la famille d'un toxicomane	M. Sean Winger Membre de la collectivité et conseiller spécialisé dans la dépendance aux opioïdes, Dip. Ac.
M. Dennis Long Directeur général, Breakaway Addiction Services	D ^r David Williams Médecin hygiéniste en chef, Bureau de santé du district de Thunder Bay

Annexe B : Aperçu par autorité des politiques sur les opioïdes d'ordonnance et des mesures prises à la suite du retrait de l'OxyContin au Canada, mars 2012

Colombie-Britannique

Le gouvernement de la Colombie-Britannique a signalé son passage de l'OxyContin à l'OxyNEO à ses partenaires en santé, aux médecins spécialistes de la toxicomanie et aux autorités sanitaires, qui diffusent ce renseignement aux services des urgences, aux pharmacies et aux fournisseurs de soins de santé. Pour préparer ce changement, il a notamment examiné les services de gestion des sevrages aigus. Il a aussi veillé à ce que les médicaments de pharmacothérapie utilisés pour le traitement de la toxicomanie, dont la clonidine, la Suboxone et la méthadone, soient couverts par le régime d'assurance-médicaments de la province.

Alberta

L'Alberta n'a pas modifié les critères d'inscription de l'OxyContin et de l'OxyNEO. Elle a décrété que les deux produits étaient des équivalents pharmaceutiques, ce qui permet aux pharmaciens de délivrer de l'OxyNEO lorsqu'ils reçoivent des ordonnances d'OxyContin. Le gouvernement de la province gère ce changement comme une question générale d'utilisation de médicament à des fins autres que médicales au lieu de prendre des mesures précises pour diffuser de l'information sur ce passage d'un médicament à l'autre ou le surveiller.

Saskatchewan

La stratégie de la Saskatchewan pour restreindre l'accès à l'oxycodone d'ordonnance cadre avec celles des autres provinces et territoires. Le 29 février 2012, le gouvernement de la Saskatchewan a inscrit l'OxyNEO à la liste des médicaments couverts par son régime d'assurance-médicaments, selon le programme de médicaments d'exception. Les patients souffrant d'un cancer ou recevant des soins palliatifs bénéficient d'une couverture pour l'OxyNEO dans le contexte de ce programme. Toutefois, les nouveaux patients auxquels ces deux conditions ne s'appliquent pas devront assumer eux-mêmes les coûts de leurs ordonnances d'OxyNEO. Les patients ayant reçu des remboursements pour de l'OxyContin dans les trois mois qui ont précédé le 1^{er} mars 2012 sont admissibles à la couverture de l'OxyNEO. Les deux médicaments ne sont toutefois pas jugés interchangeables. Les bénéficiaires du régime d'assurance-médicaments de la Saskatchewan devront demander de nouvelles ordonnances à leur médecin s'il juge approprié de leur prescrire de l'OxyNEO.

Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador

Les gouvernements du Nouveau-Brunswick et de Terre-Neuve-et-Labrador ont suivi un conseil du Comité consultatif d'experts de l'Atlantique, et déclaré que l'OxyContin et l'OxyNEO ne seraient plus couverts par leurs régimes d'assurance-médicaments respectifs. Ils en suivront un autre en entreprenant un examen de l'utilisation d'oxycodone pour le traitement de la douleur au cours de la prochaine année. Les personnes pour qui l'utilisation d'OxyContin a déjà été approuvée recevront de l'OxyNEO pendant l'examen. Ainsi, un sevrage soudain leur sera épargné. Pendant l'examen, les nouveaux patients ne seront admissibles à une couverture que dans des situations exceptionnelles, soit dans les cas où tous les autres traitements possibles auront échoué. De plus, les patients admissibles seront principalement des patients atteints d'un cancer.

Île-du-Prince-Édouard

Les responsables de l'assurance-médicaments de l'Île-du-Prince-Édouard ont annoncé que l'OxyContin serait retiré du marché. Avant le 29 février 2012, il était possible d'obtenir ce médicament en suivant le processus d'autorisation spéciale selon le régime d'assurance-médicaments de la province. Afin d'éviter l'interruption des

soins aux clients, le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard a signalé aux pharmacies le lundi 9 janvier 2012 qu'à compter du lendemain, les nouvelles demandes d'autorisation spéciales pour la délivrance d'OxyContin ne seraient plus recevables. De plus, il a veillé à ce que les médecins offrant des services de prise en charge de la douleur sachent que l'OxyContin serait retiré du marché.

Santé Canada

Le 15 février, Santé Canada a remplacé l'OxyContin par l'OxyNEO dans la liste des médicaments couverts par le Programme des services de santé non assurés (PSSNA) pour les Premières Nations.

La Stratégie nationale antidrogue du Canada est composée de trois volets :

1. la prévention,
2. le traitement,
3. l'application de la loi.

Grâce au Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA), Santé Canada offre des services et de l'aide aux membres des collectivités inuites et des Premières Nations qui ont des problèmes de toxicomanie ou sont touchés par les problèmes d'un proche. Santé Canada a consulté un grand éventail d'intervenants de collectivités inuites et des Premières Nations pour élaborer le cadre d'un continuum de services de traitement de la toxicomanie dans ces collectivités. Ce cadre comprend six éléments de soins :

1. le développement communautaire, la prévention universelle et la promotion de la santé;
2. le dépistage précoce, les interventions brèves et les soins de suivi;
3. la réduction des risques secondaires;
4. le traitement actif;
5. le traitement spécialisé;
6. la facilitation des soins, qui est intégrée dans l'ensemble du cadre.

Le Comité trilatéral des hauts fonctionnaires sur la santé des Premières Nations est une organisation clé pour la mise en œuvre de ce cadre en Ontario. Le Comité a cerné l'abus de médicaments d'ordonnance comme étant un enjeu hautement prioritaire en Ontario (voir les explications ci-dessous).

Comité trilatéral des hauts fonctionnaires sur la santé des Premières Nations (CTHFSPN)

En 2011, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a mis sur pied le Comité trilatéral des hauts fonctionnaires sur la santé des Premières Nations. Ce Comité réunit des représentants des gouvernements provincial et fédéral ainsi que des Chefs de l'Ontario, un organisme de coordination regroupant des membres de 133 Premières Nations établies en Ontario. Son objectif consiste à renforcer les relations entre les deux gouvernements et les Premières Nations ainsi qu'à améliorer les résultats pour la santé des membres des Premières Nations vivant sur des réserves.

Le comité trilatéral a fait de la santé mentale et de la toxicomanie (principalement de l'abus de médicaments d'ordonnance) sa priorité. Avec ses collaborateurs, il a élaboré un plan de travail comportant des activités d'offre de services, de formation, d'éducation et d'intégration des services provinciaux et fédéraux. Ces activités immédiates ainsi qu'à court et à long terme visent à s'attaquer au problème de l'abus de médicaments d'ordonnance et à améliorer les services de soins de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie offerts aux Premières Nations.

Annexe C : La voie de l'avenir – Résumé des conseils à la ministre

A. Promotion de la santé, éducation et renforcement des capacités des fournisseurs

Immédiatement et à court terme (dans les trois mois)	À moyen terme (dans les six mois)	À long terme (six mois et plus)
<p>C1. Élaborer une ressource Web unique pour offrir du matériel pédagogique visant à renseigner divers publics sur les signes et symptômes d'un sevrage ou d'une surdose d'opioïdes. Mobiliser les ordres de professionnels de la santé, les RLISS, les bureaux de santé publique, les cliniques antidouleur, les médecins, le personnel infirmier et les pharmaciens, les conseillers en toxicomanie et les travailleurs spécialisés dans la réduction des méfaits par le soutien par les pairs.</p> <p>C2. Travailler en partenariat avec les RLISS, les fournisseurs de soins de santé (y compris les cliniques antidouleur) et les personnes atteintes d'un problème de dépendance pour sensibiliser les populations locales aux avantages et aux risques de la consommation d'opioïdes d'ordonnance, à l'occasion de forums ou d'autres discussions dans les collectivités.</p> <p>C3. Promouvoir activement la diffusion de renseignements exacts et de messages cohérents dans la publicité méritée des gouvernements provincial et fédéral, des fournisseurs de soins de santé, de leurs associations et de leurs ordres.</p> <p>C6. En partenariat avec ConnexOntario, élaborer une campagne de sensibilisation et de marketing social sur l'accès à de l'information sur les services de traitement de la toxicomanie et à la recommandation de ces services.</p> <p>C9. Inciter les ordres de professionnels de la santé, fournisseurs de soins de santé et autres partenaires compétents à faire la promotion des pratiques exemplaires et des recommandations énoncées dans les Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse, notamment de la dixième recommandation, qui porte sur le dosage prudent.</p>	<p>C7. En collaboration avec les bureaux de santé publique et ConnexOntario, offrir de l'information en ligne sur les programmes et services de réduction des méfaits offerts dans les collectivités ontariennes.</p> <p>C10. En collaboration avec les ordres de professionnels de la santé, faire la promotion des pratiques exemplaires, offrir de l'encadrement et diffuser des stratégies de résolution de problèmes. Ces démarches permettront de veiller à ce que les fournisseurs de soins de santé traitent la toxicomanie et la douleur sans excéder les limites de leur champ d'activité.</p> <p>C29. En collaboration avec des personnes qui ont souffert d'une dépendance et les membres de leur famille, s'attaquer au problème de la stigmatisation et de la discrimination à l'aide de messages d'intérêt public.</p>	<p>C44. En collaboration avec le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et celui de l'Éducation, créer une campagne d'éducation et de sensibilisation sur les stupéfiants à l'intention des jeunes. Demander l'aide des écoles, des conseils scolaires, des commissaires d'école, des conseils de parents et des bureaux de santé publique provinciaux pour améliorer la diffusion du matériel pédagogique.</p> <p>C46. Inciter l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario à promouvoir l'utilisation d'autres médicaments que les opioïdes pour le soulagement de la douleur lorsqu'il est justifié de le faire d'un point de vue clinique, conformément aux Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse.</p> <p>C47. En collaboration avec le ministère de la Formation et des Collèges et Universités, les ordres de professionnels de la santé et les établissements universitaires, développer les compétences essentielles en ce qui concerne le soulagement de la douleur chronique, la dépendance aux opioïdes et les modèles de soins interprofessionnels.</p>

B. Développement des collectivités

Immédiatement et à court terme (dans les trois mois)	À moyen terme (dans les six mois)	À long terme (six mois et plus)
<p>C17. Adopter des pratiques adaptées à la culture pour l'intervention en cas de mauvaise utilisation d'opioïdes ou de dépendance à ces médicaments dans différentes populations et collectivités.</p> <p>C18. Avec Santé Canada, les RLISS et les municipalités, continuer d'assurer la coordination des initiatives fédérales, provinciales et locales pour s'attaquer à la dépendance aux stupéfiants.</p> <p>C35. En partenariat avec les dirigeants de certaines collectivités autochtones et de Premières Nations, veiller à ce que l'intervention provinciale liée au problème de la dépendance aux opioïdes et de leur mauvaise utilisation repose sur les bonnes priorités et soit adaptée à la culture.</p> <p>C34. Harmoniser les activités aux priorités et aux initiatives du Comité trilatéral des hauts fonctionnaires sur la santé des Premières Nations en matière de toxicomanie.</p>	<p>C13. Avec les ministères des Services sociaux et communautaires, de l'Éducation, des Services à l'enfance et à la jeunesse, des Affaires municipales et du Logement et des Finances ainsi que le gouvernement fédéral, continuer de se pencher sur l'ensemble des facteurs qui influent sur la santé. Ce sont souvent ces facteurs qui ouvrent la voie à la toxicomanie.</p> <p>C19. Travailler avec les municipalités pour éliminer les obstacles qui restreignent l'accès aux services de lutte contre la toxicomanie. Par exemple, les règlements municipaux, qui empêchent la mise sur pied de cliniques de traitement à la méthadone et la délivrance de méthadone dans les pharmacies.</p> <p>C30. En collaboration avec le gouvernement fédéral et les administrations municipales, améliorer la coordination des activités fédérales, provinciales et locales de traitement de la toxicomanie et de réduction des méfaits dans le contexte des crises communautaires (p. ex. les évacuations de collectivités).</p>	<p>C39. Inclure des pratiques culturelles dans les approches de traitement et de guérison au sein des collectivités autochtones et des Premières Nations.</p>

C. Services et traitements

Immédiatement et à court terme (dans les trois mois)	À moyen terme (dans les six mois)	À long terme (six mois et plus)
<p>C31. À l'aide de la télémédecine et du Réseau Télémédecine Ontario, améliorer l'accès aux consultations cliniques des populations des collectivités du Nord, rurales ou éloignées. En partenariat avec Santé Canada et toujours grâce à la télémédecine, améliorer l'accès aux services de lutte contre la toxicomanie sur les réserves des Premières Nations.</p> <p>C36. En collaboration avec Santé Canada et les dirigeants locaux, mettre sur pied des services de traitement itinérants, permettre l'obtention rapide de Suboxone et offrir aux membres des collectivités une formation sur le processus de sevrage pour répondre aux besoins immédiats de certaines collectivités éloignées des Premières Nations.</p> <p>C40. Améliorer l'accès aux traitements et aux soins pour les femmes enceintes souffrant d'une dépendance aux opioïdes.</p> <p>C41. En collaboration avec Santé Canada, faire de la gestion des sevrages soudains d'opioïdes chez les femmes enceintes une priorité. À cette fin, simplifier l'accès à la buprénorphine.</p>	<p>C15. Offrir aux conseillers en santé mentale, y compris les pairs-conseillers, une formation sur la dépendance, pour mieux coordonner les services de soins de santé mentale et les services de traitement de la toxicomanie.</p> <p>C20. Veiller à ce que toutes les collectivités de la province, y compris celles des Premières Nations, aient accès à une gamme complète de services, notamment des services de désintoxication et de traitement (y compris de traitement en établissement pour les jeunes) et des programmes de réduction des méfaits.</p> <p>C21. Améliorer l'accès à des services complets de traitement à la méthadone et à la Suboxone, conformément aux connaissances pratiques et aux lignes directrices.</p>	<p>C11. En collaboration avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario, veiller à ce que la dépendance soit envisagée comme un trouble de santé sous-jacent lorsqu'un patient se fait soigner dans un hôpital.</p> <p>C12. Établir un modèle fondé sur des données probantes propre au traitement de la dépendance aux stupéfiants d'ordonnance. Ce modèle s'appliquera tant au traitement pharmaceutique (à la méthadone ou à la Suboxone, par exemple) qu'aux interventions non pharmaceutiques (comme du counseling, des soins chiropratiques ou de physiothérapie et des services auxiliaires).</p> <p>C22. Avec Santé Canada, continuer à évaluer les services des équipes de traitement itinérantes des collectivités des Premières Nations. Évaluer la possibilité de modifier ce modèle pour l'appliquer dans les collectivités rurales ou de banlieue dont l'accès à des services de traitement est limité.</p> <p>C23. Améliorer l'accès au counseling et à la prise en charge pour favoriser l'accès à des services dans les collectivités et raccourcir les listes d'attente pour le traitement de la toxicomanie en établissement.</p> <p>C24. Inclure des services de traitement de la toxicomanie dans les services des équipes de santé familiale et les autres pratiques de soins primaires.</p> <p>C32. En partenariat avec Santé Canada, améliorer, dans les collectivités du Nord ou éloignées, l'accès aux services de fournisseurs de soins de santé, notamment aux médecins, aux professionnels du traitement de la toxicomanie et des traumatismes, aux conseillers et aux employés de soutien administratif.</p> <p>C33. En collaboration avec l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et Santé Canada, élargir le champ d'activité du personnel infirmier, surtout dans les collectivités éloignées ou isolées.</p> <p>C42. Veiller à ce que les enfants et les familles participent aux plans de traitement de la toxicomanie et soient considérés comme des intervenants dans la résolution des problèmes.</p>

D. Réduction des méfaits

Immédiatement et à court terme (dans les trois mois)	À moyen terme (dans les six mois)	À long terme (six mois et plus)
<p>C8. En collaboration avec les bureaux de santé publique et ConnexOntario, veiller à ce que la population ait accès à des services immédiats, par téléphone ou en ligne, de soutien par les pairs. Ces derniers sont des personnes ayant elles-mêmes été aux prises avec un problème de dépendance qui, par conséquent, s’y connaissent, et qui ont reçu la formation nécessaire.</p> <p>C25. Accroître et maintenir la disponibilité des trousseaux de prévention des surdoses de naloxone ainsi que de renseignements et de documents sur la réduction des méfaits dans les bureaux de santé publique de la province.</p> <p>C37. En partenariat avec Santé Canada, améliorer l'accès à un grand éventail de services de réduction des méfaits visant à réduire les risques et les effets négatifs associés à la mauvaise utilisation des médicaments sur les réserves des Premières Nations.</p>	<p>C26. Travailler avec les bureaux de santé publique pour veiller à ce que la population ainsi que les professionnels de la santé de l'Ontario connaissent et comprennent bien la réduction des méfaits en plus de savoir où trouver des programmes de réduction des méfaits dans les collectivités.</p> <p>C27. Fournir des politiques et des ressources pour appuyer les interventions par les pairs. Elles sont un point d'accès à des interventions et à des outils de réduction des méfaits pour les populations très marginalisées de consommateurs de médicaments que les types de services traditionnels ne peuvent pas aider.</p> <p>C38. Recenser et communiquer les premiers résultats positifs des modèles de soins propres aux Premières Nations et faire la promotion de modèles de soins globaux pour lutter contre la mauvaise utilisation des opioïdes. Citons en exemple les programmes pilotes de prescription de Suboxone dans la Première Nation de Long Lake (réserve n° 58) et à l'école secondaire Dennis Franklin Cromarty, à Thunder Bay.</p>	

E. Fondements du système

Immédiatement et à court terme (dans les trois mois)	À moyen terme (dans les six mois)	À long terme (six mois et plus)
<p>C5. En collaboration avec la Police provinciale de l'Ontario et les services de police locaux, notamment les services sur les réserves et le système de justice, renforcer la surveillance des répercussions de la consommation d'opioïdes sur la sécurité des collectivités.</p>	<p>C4. Commencer à surveiller en temps réel les répercussions dans l'ensemble de la province de l'utilisation d'opioïdes dans tous les hôpitaux, services des urgences, sites d'échange de seringues, programmes de réduction des méfaits et cliniques d'urgence financés par le gouvernement provincial. Diffuser les renseignements recueillis au plus grand nombre possible de professionnels du milieu pour leur permettre de résoudre les problèmes et de répondre aux besoins dès leur apparition.</p> <p>C16. Appuyer et favoriser la recherche et l'évaluation pour enrichir la base de données probantes portant sur : les répercussions des opioïdes d'ordonnance sur le système, les solutions de rechange à la prescription d'opioïdes pour la prise en charge de la douleur, le soutien aux interventions par des pairs et les interventions auprès des familles dont des membres sont toxicomanes.</p>	<p>C14. Favoriser la communication, les partenariats et l'établissement de liens entre les médecins et les services de lutte contre la toxicomanie dans les collectivités pour améliorer la coordination des traitements et des systèmes.</p> <p>C28. Exiger que chaque RLISS établisse sa propre stratégie de prévention de la mauvaise utilisation des opioïdes. Cette stratégie doit comprendre l'échange d'information entre divers fournisseurs de services et comporter un partenariat avec le bureau de santé publique local.</p> <p>C43. En partenariat avec le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, élaborer et mettre en œuvre des politiques et des lignes directrices qui favoriseront l'établissement de liens solides entre les organismes de protection de l'enfance et les programmes locaux de traitement de la toxicomanie et de réduction des méfaits. Ce partenariat est essentiel pour s'attaquer à la mauvaise utilisation de substances et à ses effets sur les compétences parentales.</p> <p>C45. En partenariat avec le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, celui de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels ainsi que celui du Procureur général, étudier la question de la toxicomanie dans le système de justice pénale, tant pour les jeunes que pour les adultes.</p>

