

9 millions d'ordonnances

Ce que l'on sait de l'utilisation des opioïdes
prescrits par ordonnance en Ontario



Qualité des services
de santé Ontario

Améliorons notre système de santé

Qualité des services de santé Ontario est le conseiller de la province en matière de qualité des soins de santé. Nous sommes résolus à atteindre l'objectif suivant : une meilleure santé pour toutes les personnes en Ontario.

Pour en apprendre *Qualité des services de santé Ontario*, visitez le site Web

<http://www.hqontario.ca/>.

ISBN 978-1-4868-0138-1 (PDF)

Citation suggérée : 9 millions d'ordonnances : Ce que l'on sait de l'utilisation des opioïdes prescrits par ordonnance en Ontario. Toronto: Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2017.

Sur la couverture : Christine, près de chez elle à Ottawa. Voir la page 5 pour son histoire. Qualité des services de santé Ontario remercie la patiente et le médecin qui nous ont raconté leur histoire : Christine, David Juurlink et Pamela Leece. (Photo couverture par Roger Yip)



Photo de D^{re} Pamela Leece par Roger Yip.
Voir son histoire à la page 10.

Prescription d'opioïdes en Ontario

En Ontario, de nombreuses personnes utilisent des opioïdes prescrits par un médecin ou un dentiste pour soulager la douleur. On connaît depuis longtemps l'effet bénéfique des opioïdes dans le soulagement de douleurs soudaines, de courte durée dans le cas de brûlures, de blessures et de fractures, et pour soulager la souffrance des patients atteints de cancer et de ceux en fin de vie.[1] Il y a cependant moins de preuves pour appuyer leur utilisation sur le long terme, pour les personnes souffrant de douleurs chroniques comme la lombalgie, la névralgie et la fibromyalgie. Au cours de la dernière décennie, les risques liés à l'utilisation médicale des opioïdes sont devenus très visibles, comme l'accoutumance, la mort par surdoses et les troubles du sommeil.[2,3] La consommation d'opioïdes sur ordonnance, ainsi que leur usage illégal, ont plongé l'Ontario et le reste du Canada dans une crise de santé publique de grande envergure.[4]

Une directive canadienne récente sur la prescription des opioïdes rédigée par une équipe d'experts recommande fortement de prendre d'abord en compte les traitements sans opioïdes pour les patients souffrant de douleurs chroniques non cancéreuses. S'il y a prescription d'opioïdes ultérieurement, elle recommande

fortement de limiter la dose quotidienne afin de réduire le risque de surdose involontaire et de décès.[5]

Environ 44 000 professionnels de la santé ont prescrit des opioïdes sur une période d'un an en Ontario, la majorité de ces professionnels étant des médecins de famille et des dentistes. Les opioïdes suivants sont couramment prescrits en Ontario : oxycodone, hydromorphone, codéine, morphine et fentanyl, sous les marques OxyNEO, Dilaudid et Tylenol 3.

Dans ce rapport, on examine la situation de l'usage des opioïdes en Ontario, les bénéficiaires d'ordonnances d'opioïdes, s'il existe des différences d'une région à l'autre dans la province et les types d'opioïdes prescrits ainsi que le nombre total de prescriptions remplies. L'un des objectifs du rapport est de fournir un chiffre estimatif du nombre de patients à qui sont prescrits des opioïdes. Cet estimatif inclut les ordonnances de courte durée et celles pour les patients souffrant d'un cancer ou en fin de vie.

La source de données utilisée est le Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario qui collecte les informations sur les ordonnances d'opioïdes (ainsi que sur d'autres

substances et médicaments contrôlés) qui sont exécutées dans les pharmacies et dispensaires de la province. Le Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées n'a pas d'information sur les ordonnances exécutées dans les hôpitaux et les prisons. L'analyse contenue dans ce rapport ne porte pas sur les achats d'opioïdes illicites ni les personnes qui ont des ordonnances pour le traitement d'entretien à la méthadone ou au suboxone, le médicament combiné buprénorphine-naloxone, qui sont des traitements de l'accoutumance.

La tendance dans la prescription d'opioïdes peut être affectée par de nombreux facteurs : le financement public, une évolution de la connaissance des docteurs et dentistes sur les effets secondaires, ou la préférence des patients. Même s'il n'est pas possible d'interpréter ou d'expliquer toutes les conclusions présentées dans ce rapport, il est important de s'efforcer de mieux comprendre l'étendue de la prescription d'opioïdes en Ontario, pendant que les professionnels de la santé et les dirigeants des différents systèmes de soins tentent de trouver des solutions à la crise des opioïdes.

Que sont les opioïdes?

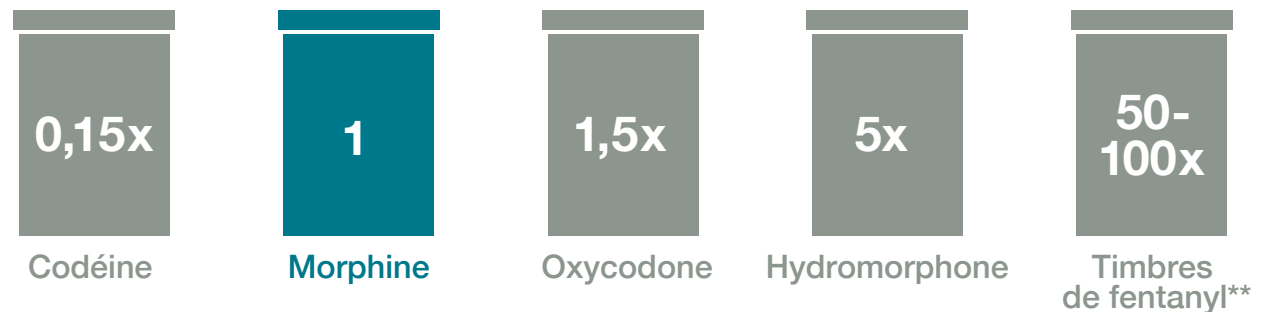
Les opioïdes sur ordonnance, ou analgésiques, comprennent une large gamme de médicaments de la famille de la morphine. Ils sont fréquemment prescrits pour soulager la douleur. Ce médicament fonctionne en modifiant la perception de la douleur par le cerveau, en s'attachant aux récepteurs dans les cellules nerveuses et en produisant une sensation d'euphorie et de relaxation.[6]

Les opioïdes incluent des substances naturelles comme la morphine et la codéine, extraites de la gousse du pavot. Les opioïdes semi-synthétiques, comme l'hydromorphone, sont des dérivés de la morphine; d'autres, comme le fentanyl, sont totalement synthétiques.

La buprénorphine, vendue habituellement au Canada en combinaison avec le naloxone sous la marque suboxone, et la méthadone sont des traitements efficaces de remplacement des opioïdes dans les cas d'addiction. À noter que l'analyse de la prescription d'opioïdes n'inclut pas le traitement d'entretien à la méthadone ou à la buprénorphine/naloxone.

Les opioïdes fréquemment prescrits en Ontario et leur force :

Force (approx. en équivalent morphine)*



Source : Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse, Michael G. DeGroot, National Pain Centre, Université McMaster, 2017

*La force ne tient pas compte de la dose ni de la durée de la prescription. Ces niveaux sont approximatifs.

**Varie selon la force du timbre et la durée d'apposition sur la peau.

Dans certaines circonstances, les opioïdes peuvent s'avérer bénéfiques pour certaines personnes.

Pendant des milliers d'années, les opioïdes ont été utilisés dans la gestion de la douleur, qu'il s'agisse de la douleur causée par des blessures, comme une fracture, une brûlure ou une coupure, ou de celle éprouvée après une opération.[7,8]

Les opioïdes sont aussi très utiles dans la gestion de la douleur causée par un cancer et pour les douleurs et d'autres symptômes, en fin de vie.[9]

La compréhension qu'ont les professionnels de la santé sur la manière dont il faudrait prescrire les opioïdes est en train de changer à mesure des recherches. Actuellement, les opioïdes semblent soulager des patients soigneusement choisis souffrant de douleur chronique modérée ou sévère. Cependant, l'efficacité des opioïdes dans le soulagement de la douleur chronique au-delà de 12 semaines n'est pas vraiment prouvée de manière fiable au moyen d'essais contrôlés randomisés (ECR), la norme de référence pour déterminer l'efficacité d'un médicament.[10]

Effets indésirables

Dr David Juurlink, pharmacologue clinicien, toxicologue et chercheur en toxicomanie à Toronto, sur les perceptions des dommages et des avantages des opioïdes par rapport à la réalité

- « Les patients qui prennent des opioïdes pour la douleur chronique se considèrent généralement à faible risque de surdosage, de toxicomanie et de mort, les méfaits les plus graves et les plus dangereux des drogues. Mais il existe de nombreux autres préjudices qui peuvent survenir chez les patients qui prennent les médicaments comme indiqué. La plupart d'entre eux sont liés à la dose. Il s'agit notamment de la constipation (j'ai vu des gens mourir de cela), les chutes, les fractures, les blessures à la tête, les collisions de véhicules à moteur, l'impuissance, l'infertilité et l'ostéoporose. »
- « En ce qui concerne l'équilibre des avantages et des préjudices, cela peut être une évaluation très difficile, en partie parce que le « bénéfique » est obscurci par le cycle de dépendance et de retrait. »
- « En général, plus la dose est élevée, plus il est probable qu'un malade soit blessé plus que par la thérapie. Cela ne signifie pas que le médicament devrait être arrêté brusquement, mais c'est une bonne raison de considérer une diminution graduelle vers des doses plus faibles. »

On comprend mieux les effets secondaires dangereux des opioïdes.

Bien qu'ils soient largement prescrits pour soulager les personnes souffrant de douleurs aiguës mais aussi chroniques, les opioïdes peuvent causer des effets néfastes : notamment, surdoses potentiellement mortelles, difficulté à respirer pendant le sommeil, dépression, constipation chronique, ostéoporose, risque accru de décès et, paradoxalement, douleur plus intense.[11,12,13,14] Les patients qui prennent des opioïdes éprouvent une dépendance physique, ce qui veut dire des symptômes de sevrage s'ils cessent de prendre le médicament ou en réduisent la dose. Un arrêt brutal de la prise d'opioïdes peut entraîner de douloureux symptômes de sevrage comme l'anxiété, l'insomnie, des hallucinations, une sueur excessive, des douleurs musculaires, des spasmes, de la diarrhée, des vomissements pendant une semaine ou davantage. Les opioïdes créent une accoutumance, ce qui entraîne une réaction en spirale dangereuse chez les personnes qui cherchent à éviter les symptômes de sevrage. Certaines études suggèrent qu'une personne sur huit prenant des opioïdes pour soulager une douleur chronique développe une accoutumance.[15]

Une autre situation très dangereuse peut survenir lors d'une nouvelle prise d'opioïdes après les avoir arrêtés pendant un certain temps. Un patient qui reprend un opioïde à la même dose que précédemment pourrait ne plus pouvoir le tolérer, ce qui pourrait entraîner une surdose accidentelle. Un patient qui ne pourrait plus obtenir d'opioïdes sur ordonnance pourrait être tenté d'en acheter de manière illégale, la dose et la composition ne sont pas fiables, avec également un

risque de surdose mortelle. En 2015, au moins 551 personnes sont mortes d'une surdose d'opioïdes en Ontario, par rapport à 421 en 2010.[16] Les consultations aux urgences du fait d'un empoisonnement aux opioïdes sont également en hausse en Ontario : elles ont augmenté de 24 % entre 2010-2011 et 2014-2015. En effet, elles sont passées de 20,1 par 100 000 personnes à 24,9.[17]

Le Canada est confronté à une crise relative aux opioïdes qui s'accroît. Nous avons constaté ses conséquences dans les taux de dépendance, de surdoses et de décès dans l'ensemble du pays.[18] La plus grande offre d'opioïdes synthétiques puissants illicites accroît le défi auquel nous devons faire face. D'ici 2015, le fentanyl et l'hydromorphone sont devenus les deux premiers opioïdes les plus fréquemment impliqués dans les décès liés aux opioïdes en Ontario, tous deux ayant dépassé l'oxycodone.[19]

Médicaments pour traiter la dépendance aux opioïdes

La buprénorphine, vendue sous forme de pilule en combinaison avec le naloxone sous la marque suboxone, et la méthadone constituent des traitements très efficaces de remplacement des opioïdes en cas d'accoutumance[20] et peuvent réduire le risque de maladies infectieuses transmises par l'injection dangereuse de drogues illicites.[21] Un traitement par l'un ou l'autre de ces médicaments peut aider des personnes comme Christine à reprendre le contrôle de leur vie, à retrouver des relations saines et à retourner au travail.

L'histoire de Christine

Infirmière autorisée à Ottawa, Christine, qui souffre de douleur chronique à la suite d'un accident de voiture, fait part de son expérience des opioïdes, de leurs avantages et de leurs dangers.

Christine entendit le chuintement du coussin de sécurité au moment où il se gonflait dans sa figure. Puis le bruit d'écrasement du métal alors que la partie avant de sa voiture s'encastrait dans le véhicule la précédant, puis un bruit sourd alors qu'un autre véhicule la heurtait à l'arrière. C'était en 2000. Au moment de la collision, Christine, infirmière autorisée, répondait à un appel et roulait à environ 90 km/h sur l'autoroute Queensway à Ottawa. Elle se retrouva une semaine à l'hôpital, souffrant de contractions musculaires involontaires sur tout le côté droit du corps. Les médecins ne pouvaient définir ce qui se passait, mais tout ce qu'elle savait est qu'elle souffrait beaucoup.

« Tous mes muscles se contractaient et ne se détendaient plus, dans la hanche, la jambe, l'épaule, le dos. C'était comme d'avoir des crampes, mais de manière constante et cela pouvait durer deux heures, au quotidien. »

Thérapies sans opioïdes

En tant qu'infirmière, Christine avait vu les dommages que pouvaient causer les opioïdes; aussi son docteur et elle décidèrent-ils d'essayer de traiter ses douleurs sans opioïdes. Malheureusement, la physiothérapie ne faisait qu'empirer les choses; la chiropractie, les massages et l'acupuncture n'apportaient aucun résultat

non plus. Des injections hebdomadaires d'un stéroïde et d'un anesthésique local apportaient quelque soulagement, mais la douleur persistait.

En 2002, après deux ans de douleur chronique, Christine se laissa finalement convaincre et commença à prendre un opioïde sur ordonnance, du Percocet, qui combine de l'oxycodone et de l'acétaminophène. « J'en avais assez, dit Christine. Rendue à ce point, je n'étais plus capable de travailler. Je n'étais pas capable de fonctionner comme avant. On a peur et on est prêt à essayer n'importe quoi. Je voulais juste être soulagée. »

Quand le Percocet n'a plus suffi parce que son niveau de tolérance avait augmenté, Christine est passée à un autre opioïde, l'hydromorphone. « Une fois qu'on a goûté à un peu de soulagement, cela prend une dose un peu plus élevée pour obtenir le même soulagement. » Finalement, le médecin de Christine lui prescrivit comme médicament principal de la méthadone, un autre opioïde utilisé souvent comme traitement de remplacement en cas d'accoutumance à d'autres opioïdes, avec de l'hydromorphone en cas de douleur aiguë pour lui permettre de passer la nuit. Ce traitement a bien fonctionné, explique Christine, qui l'a suivi pendant cinq ans.

Sevrage

Les problèmes commencèrent quand le médecin de Christine perdit son permis d'exercice (pour des raisons n'ayant rien à voir avec sa pratique), laissant Christine et d'autres patients avec la difficulté de se trouver un autre médecin qui reprendraient leurs dossiers. Le médecin de famille de Christine lui prescrivit une très faible dose d'opioïdes pendant deux semaines. « Après cela, fini. À moi de me débrouiller. Je ne peux lui en vouloir, car chaque médecin a sa propre idée sur le fait de prescrire des opioïdes. Mais j'en prenais une telle dose. C'est impossible de s'arrêter comme cela. Cela m'a entraînée à trouver une solution par moi-même, ce qui ne m'a pas bien réussi. »

Après cinq ans de prise de doses régulières d'opioïdes, Christine sentit la douleur du sevrage. « Quand j'ai commencé à sentir les symptômes du sevrage et que la douleur est revenue, c'était dix fois pire. Au début du sevrage, c'est comme d'être malade. C'est comme avoir une grippe qui dure pendant deux semaines. Mais ensuite, on est de retour à la case départ, avec la douleur chronique qui nous a poussés à prendre des analgésiques. »

Drogues illicites

Christine rechercha n'importe quel opioïde, en contactant des patients avec qui elle était restée en relation, en achetant des opioïdes auprès de patients âgés qui avaient des problèmes financiers et lui vendaient une partie de leurs médicaments

pour s'acheter à manger. Elle déménagea dans un logement communautaire dans un quartier pauvre et trouva d'autres sources de drogues illicites, dont du fentanyl. « Il y a tellement de gens qui utilisent du fentanyl en poudre; c'est très inquiétant. »

Christine se souvient qu'il y avait plus de voitures de police que de taxis dans le quartier où elle vivait. Un jour, la police l'arrêta alors qu'elle transportait une quantité de drogues illicites. Elle fut condamnée pour possession de drogues illicites et emprisonnée. Pendant qu'elle était en prison, elle perdit son logement et, à la sortie, elle se retrouva dans un refuge pour sans-abri. « J'ai fini par utiliser des drogues dures quand je ne pouvais trouver d'opioïdes; j'ai même fini par utiliser du crack. C'était encore pire. »

Hébergement et assistance

En 2014, Christine a reçu de l'aide de la part du programme Housing First grâce au programme Intensive Care Management de North East Health. « Cela m'a beaucoup aidée. L'idée est qu'on obtient un logement dans le secteur privé non subventionné, un logement normal dans un quartier normal, pas un logement social. »

Pour soigner son accoutumance aux opioïdes, Christine a commencé un traitement d'entretien à la méthadone. Elle a également commencé à faire du bénévolat avec un groupe d'appui par les pairs et un autre programme de recherche appelé PROUD, qui effectue des tests de dépistage du VIH. « Je continue ces activités et c'est grâce à elles que je m'en suis sortie », dit Christine.

Témoigner

Si elle n'avait pas déjà eu une idée sur les opioïdes du fait de sa formation comme infirmière, les choses auraient pu être pires. Le fait de ne pas avoir de famille qui la soutienne a été un facteur aggravant. Dans le cadre de sa guérison, Christine s'est jointe au programme de Centre de toxicomanie et de santé mentale « Strengthening Your Voice », qui aide les personnes souffrant d'accoutumance aux opioïdes à raconter leur histoire. « Je n'ai plus honte, dit Christine. Je veux juste m'assurer que d'autres personnes ne souffrent pas; c'est tout ce que je peux espérer. C'est un problème pour l'ensemble de la communauté, pas juste celui d'une personne. Nous devons tous en prendre la responsabilité. On espère arriver à un point où les gens réalisent que les opioïdes sont très dangereux mais qu'on peut aussi les utiliser de manière appropriée. »

Christine dit que sa douleur est maintenant plus ou moins maîtrisée par la méthadone et, occasionnellement, par la morphine. Grâce au soutien de l'Association canadienne pour la santé mentale, elle a maintenant un logement stable. « Quand on prend des opioïdes, la vie devient un peu comme le jeu serpents et échelles : on descend très, très bas et on remonte parfois un petit peu. Je n'ai pas les réponses, mais je sais que nous devons continuer à essayer. »

« Tous mes muscles se contractaient et ne se détendaient plus, dans la hanche, la jambe, l'épaule, le dos. C'était comme d'avoir des crampes, mais de manière constante et cela pouvait durer deux heures, au quotidien. »



Photo de Christine par Roger Yip.

Selon les données les plus récentes, voici ce que nous savons de la prescription d'opioïdes en Ontario :

Une personne sur 7 en Ontario a rempli une prescription d'opioïde.

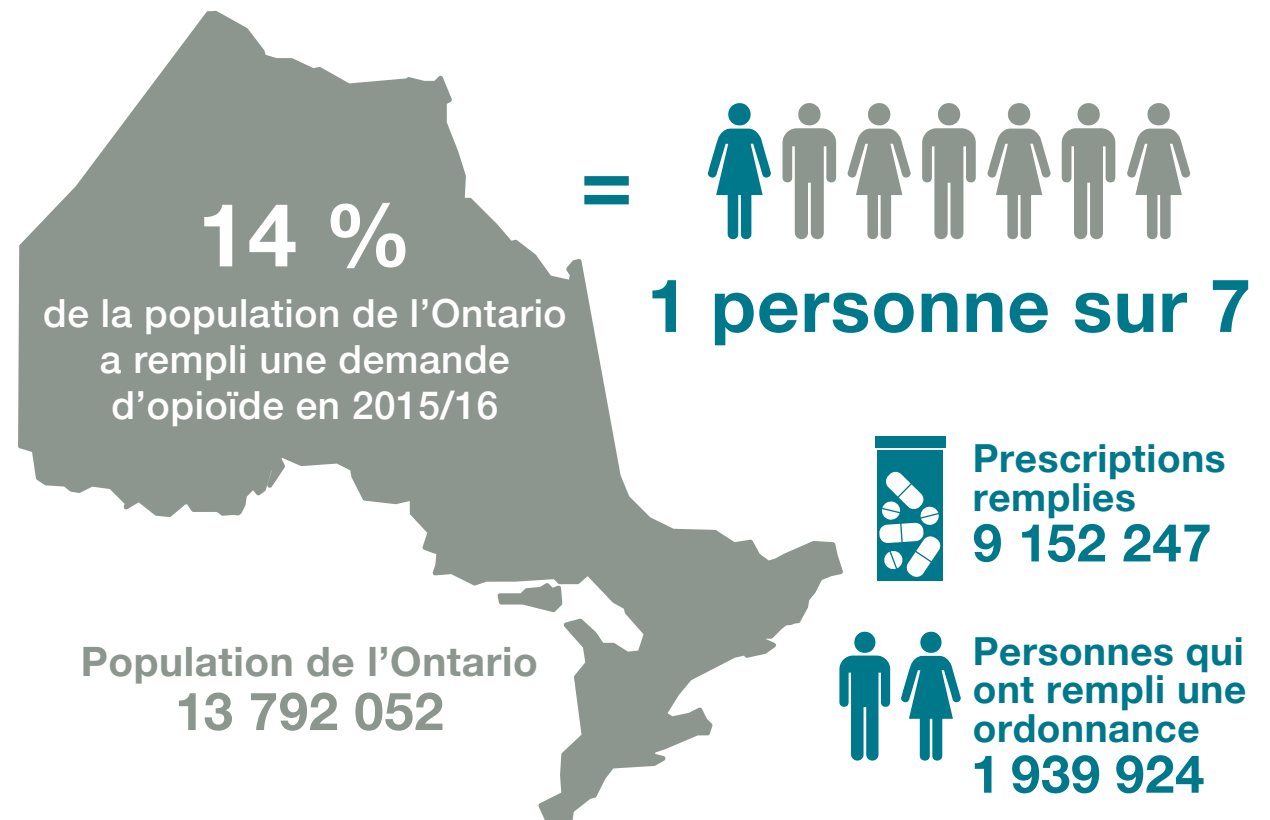
Au cours de l'exercice financier 2015-2016, près de 2 millions de personnes en Ontario avaient reçu des ordonnances d'opioïdes, soit environ 14 % de la population de la province ou une personne sur sept. Ces chiffres comprennent les personnes qui ont une seule ordonnance d'opioïdes, comme de la codéine, pour une courte période après l'extraction d'une dent de sagesse. Ils incluent également les personnes qui se voient prescrire des opioïdes plus forts comme de l'hydromorphone.

En dépit du développement de la crise des opioïdes et une plus grande sensibilisation du public et des professionnels aux dangers potentiels des opioïdes, le nombre de personnes qui ont fait exécuter au moins une ordonnance d'opioïdes n'a pas baissé au cours des trois dernières années. En 2015-2016, 1 939 924 personnes ont reçu des opioïdes par rapport à 1 927 597 en 2013-2014.

Au cours de l'exercice 2015-2016, plus de 9 millions d'ordonnances pour des opioïdes ont été exécutées. Au cours des trois dernières années, le nombre total d'ordonnances exécutées est passé de 8 705 218 en 2013-2014 à 9 152 247 en 2015-2016, soit une augmentation de 450 000.

Ces données n'incluent pas les ordonnances pour un traitement d'entretien en cas d'accoutumance (c.-à-d. buprenorphine/naloxone et méthadone).

Nombre de personnes qui ont rempli une ordonnance opioïde et le nombre de prescriptions remplies, exercice financier 2015/16



Sources de données: Système de surveillance des stupéfiants, fourni par le Ministère de la santé et des soins de longue durée; Estimations de la population, fournies par le ministère des Finances

À qui sont prescrits des opioïdes en Ontario?



Les femmes représentent **55 %** des personnes faisant exécuter des ordonnances d'opioïdes

Nombre, taux par population et pourcentage les personnes qui ont rempli une ordonnance opioïde, selon le sexe, en Ontario, 2015/16

Sexe	Bénéficiaires	Population	Bénéficiaires par 100 personnes	Pourcentage de bénéficiaires
F	1 066 359	7 018 436	15	55 %
M	870 960	6 773 616	13	45 %



La prévalence des personnes qui ont rempli une prescription d'opioïdes est la plus élevée chez les personnes de **65 ans et plus**

Nombre, taux par population et pourcentage de bénéficiaires, selon l'âge, en Ontario, 2015/16

Groupe d'âge	Bénéficiaires	Population	Bénéficiaires par 100 personnes	Pourcentage de bénéficiaires
0-18	112 719	2 849 829	4	6 %
19-44	565 516	4 851 313	12	29 %
45-64	730 624	3 879 758	19	38 %
65+	531 065	2 211 152	24	27 %

Sources de données: Système de surveillance des stupéfiants, fourni par le Ministère de la santé et des soins de longue durée; Estimations de la population, fournies par le ministère des Finances

Point de vue d'une fournisseuse de soins de santé

La Dr^e Pamela Leece, une chercheuse en santé publique et médecin de famille à Toronto, avec une pratique en accoutumance, explique les défis de la prescription d'opioïdes en Ontario.

Tenir compte des deux côtés : les avantages et les dangers

« Il y a eu beaucoup de discussion récemment dans les médias sur la prescription de médicaments pour la douleur chronique. Il n'y a aucune étude démontrant l'efficacité à long terme des opioïdes; il existe des études qui indiquent une efficacité typique de trois mois ou moins. Il existe des preuves cliniques que certains patients peuvent bénéficier d'une dose quotidienne d'opioïdes mais, pour nombre d'entre eux, les effets néfastes dépassent les bénéfiques. »

Difficultés à arrêter

« Quand un patient s'est vu prescrire des opioïdes régulièrement, il est souvent surpris de la difficulté à arrêter d'en prendre. Même les personnes qui prennent du Tylenol 1 en vente libre, qui contient de la codéine, peuvent avoir des difficultés à arrêter. Elles éprouvent des symptômes de sevrage. Je ne crois pas que nous apprécions réellement l'effet psychoactif, c'est-à-dire l'effet sur l'esprit, et la dépendance physique créés par ces médicaments. »

Défis chroniques

« En ce qui concerne le niveau de prescription, les données que j'ai vues pour le Canada indiquent que c'est en Ontario qu'il est le plus élevé. Il n'y a pas de raison que 2 millions de personnes dans la province aient besoin d'opioïdes chaque année. Si environ 20 % de la population souffre de douleur chronique, peu de personnes ont vraiment besoin de prendre des opioïdes à long terme. Il faudrait en faire davantage sur les autres traitements de la douleur. »

Réduire la stigmatisation, améliorer l'accès

« Dans le cas de certains patients que j'ai vus et qui sont malheureusement morts d'une overdose, il y a habituellement une situation complexe avec des addictions, un traumatisme passé, des problèmes de santé mentale et un environnement social et des circonstances difficiles; c'est très dur pour eux de trouver les soins complets dont ils ont besoin. Si nous réduisons la stigmatisation, améliorons l'accès aux soins et intégrons les services de santé et les services sociaux de manière compatissante, nous pourrions améliorer les résultats pour les patients. »



« Quand un patient s'est vu prescrire des opioïdes régulièrement, il est souvent surpris de la difficulté à arrêter d'en prendre. »

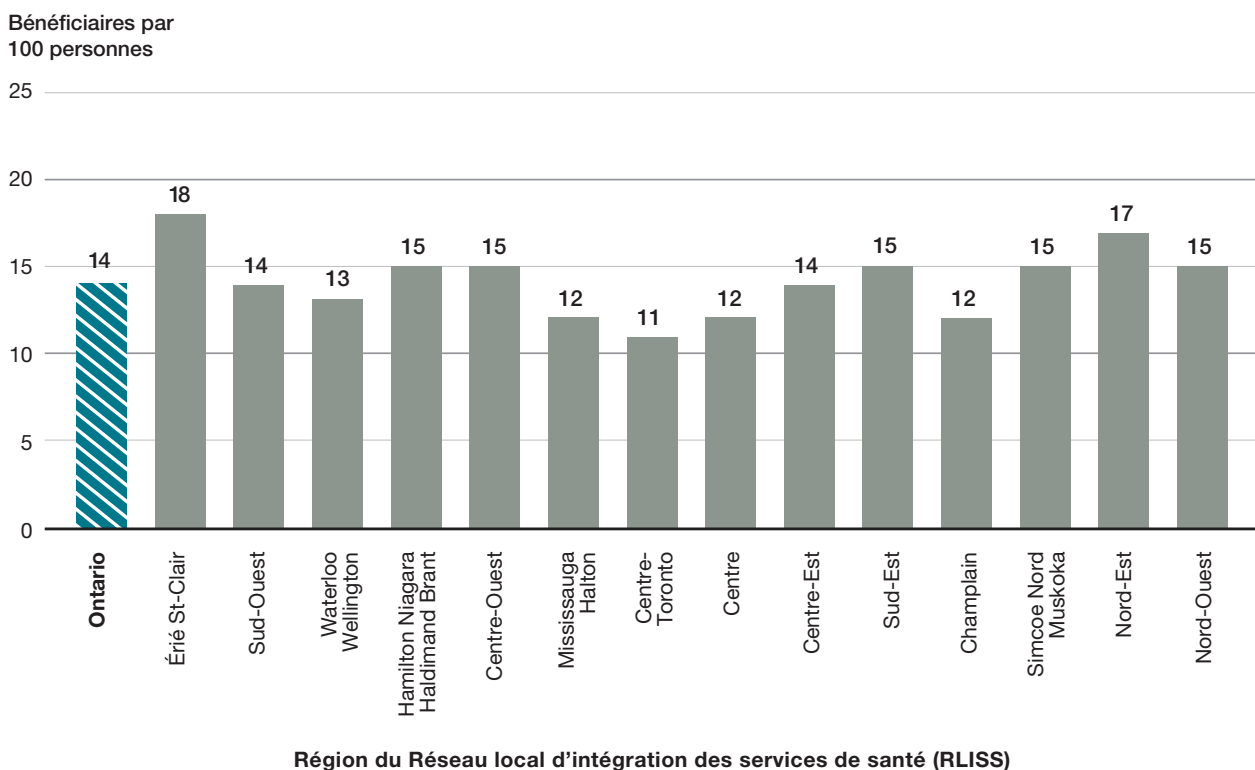
Photo de Dr Pamela Leece
par Roger Yip.

Le nombre de personnes qui détiennent une ordonnance d'opioïdes en Ontario varie considérablement d'une région à l'autre.

Pour analyser les différences dans le nombre de personnes qui font remplir une ordonnance d'opioïdes dans les RLISS en Ontario, nous avons examiné le nombre d'ordonnances remplies pour 100 personnes dans chaque région. Cela varie de 11 ordonnances pour 100 personnes dans la région du RLISS du Centre-Toronto à 18 dans la région du RLISS d'Érié St-Clair.

On ne connaît pas les raisons exactes de cette variation par région de RLISS, mais il peut s'agir en partie de différences dans la population, de différences dans les pratiques de prescription, de différences dans l'accès aux options sans opioïdes pour le traitement de la douleur, par exemple la physiothérapie. Ces résultats ne sont pas ajustés en raison de l'âge ou du sexe, ce qui pourrait aussi expliquer certaines variations d'une région à l'autre.

Nombre de personnes qui ont rempli une ordonnance pour au moins un opioïde, par 100 personnes, en Ontario, par région de RLISS, 2015/16



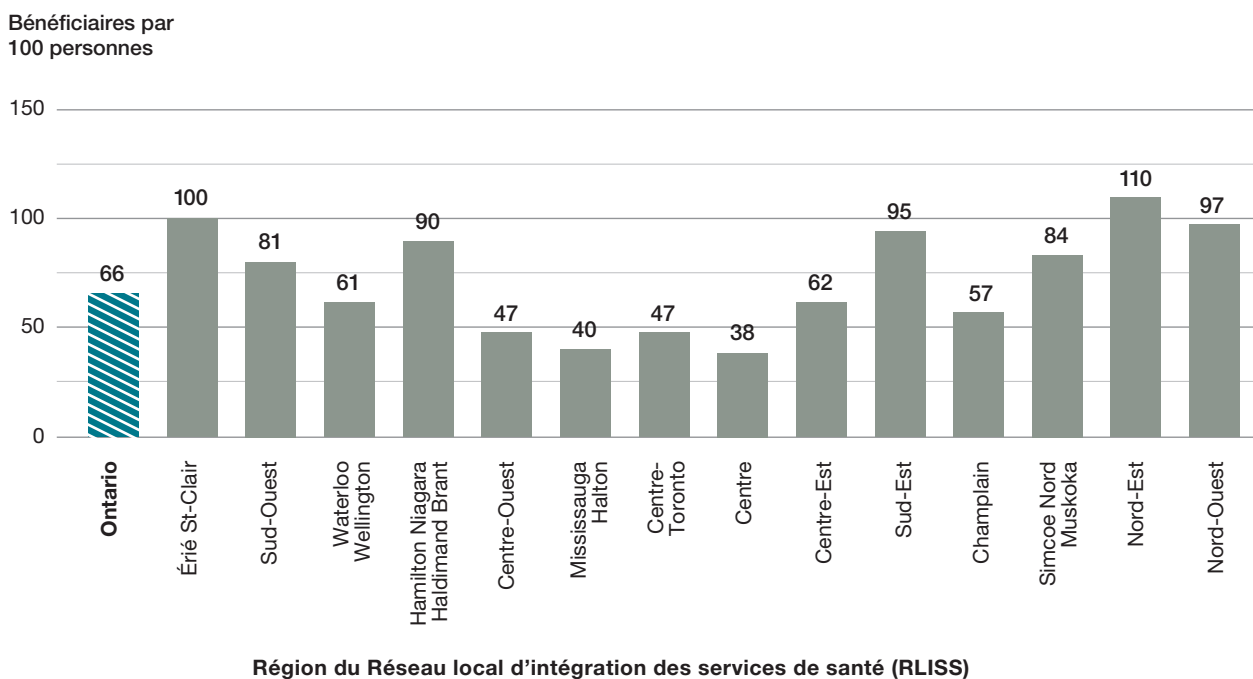
Sources de données: Système de surveillance des stupéfiants, fourni par le Ministère de la santé et des soins de longue durée; Estimations de la population, fournies par le ministère des Finances

Le nombre d'ordonnances d'opioïdes exécutées en Ontario varie également par région.

Tout comme le nombre de personnes qui ont au moins une ordonnance d'opioïdes, le nombre total d'ordonnance d'opioïdes exécutées varie considérablement d'une région de RLISS à l'autre, de 38 ordonnances pour 100 personnes dans la région du RLISS du Centre à presque le triple, soit 110 ordonnances pour 100 personnes, dans la région du RLISS du Nord-Est.

On ne connaît pas les raisons de cette variation, ni le dosage ou la durée de la prescription.

Nombre d'ordonnances exécutées, par 100 personnes, en Ontario, par région de RLISS, 2015/16



Sources de données: Système de surveillance des stupéfiants, fourni par le Ministère de la santé et des soins de longue durée; Estimations de la population, fournies par le ministère des Finances

Au début de 2016, environ un quart des ordonnances d'opioïdes concernaient une ordonnance unique d'opioïdes à libération immédiate pour une durée inférieure à 2 semaines.

Il existe deux catégories principales de prescriptions opioïdes - libération immédiate et libération contrôlée - liées à la durée des effets des médicaments. Les opioïdes de prescription de libération immédiate fonctionnent généralement pendant trois à six heures, alors que les opioïdes à libération contrôlée ne doivent être pris qu'une ou deux fois par jour pour maintenir leurs effets.[22,23] L'ordonnance unique d'opioïdes à libération immédiate est destinée au traitement à court terme de la douleur dans le cas d'extraction de dents de sagesse, d'opérations ou de fractures. [24] Pour avoir une idée du nombre de personnes avec une ordonnance unique d'opioïdes à libération immédiate, nous avons examiné un sous-ensemble des ordonnances exécutées sur trois mois. Parmi les personnes ayant fait exécuter une ordonnance au cours des trois premiers mois de 2016, près du quart (24 %) concernaient des opioïdes à effet rapide, pour une durée de 2 semaines ou moins; elles n'avaient pas reçu d'ordonnance d'opioïdes en 2015 et, après l'ordonnance à court terme, elles n'avaient pas eu d'autre ordonnance jusqu'à la fin de septembre, soit la fin de la période suivre.

Pour environ deux tiers des jeunes de 0 à 18 ans qui avaient reçu une ordonnance d'opioïdes au début de 2016, il s'agissait d'une ordonnance unique pour une courte durée d'opioïdes à libération immédiate, par rapport à 37 % des adultes de 19 à 44 ans, 19 % des adultes de 45 à 64 ans et 14 % des adultes de plus de 64 ans.

Le fait de connaître la proportion de personnes qui ont des ordonnances pour un usage unique et de courte durée d'antidouleurs permet de décrire une partie des 2 millions de personnes utilisant des opioïdes sur ordonnance en Ontario. Cependant les autres 75 % ne sont pas tous des utilisateurs chroniques d'opioïdes. Il y a ceux qui ont reçu plusieurs ordonnances pour des périodes limitées et ceux qui n'ont qu'une seule ordonnance de longue durée. Ce résultat indique que, s'il y a des raisons de s'inquiéter sur le nombre de personnes qui reçoivent des ordonnances pour des opioïdes en Ontario, un certain nombre de patients prennent une petite quantité de médicaments pour une courte période, essentiellement pour soulager une douleur aiguë.



La proportion de personnes faisant exécuter une ordonnance unique d'opioïde à libération immédiate pour une courte période est plus élevée chez les jeunes de **18 ans et moins**

Pourcentage de personnes qui ont rempli une ordonnance opioïde pour une dose unique à court période par groupe d'âge Janvier - mars 2016

Groupe d'âge	Bénéficiaires avec une dose à court terme; moins de 2 semaines de provision*	Nombre total de bénéficiaires d'opioïdes	Pourcentage du nombre total de bénéficiaires d'opioïdes dans la catégorie d'âge ayant reçu une dose à court terme
0-18	21 874	33 330	66 %
19-44	81 336	216 935	37 %
45-64	69 133	358 945	19 %
65+	35 307	250 738	14 %
Total	208 045	860 948	24 %

* Comprend les personnes qui ont rempli une ordonnance pour un opioïde à libération immédiate avec un approvisionnement de 14 jours ou moins et exclut les personnes qui avaient précédemment rempli une ordonnance opioïde au cours des 12 mois précédents ou 6 mois après.

Source des données: Système de surveillance des stupéfiants, fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Le type d'opioïde prescrit a changé : l'hydromorphone et les autres opioïdes sont en hausse alors que la codéine, les composés de la codéine et les autres opioïdes similaires sont en baisse.

Le nombre total de patients avec des ordonnances d'opioïdes en Ontario est restée essentiellement stable au cours des trois dernières années, environ 2 millions. Le type d'opioïdes prescrit a cependant changé au cours de la même période, qui va de 2013-2014 à 2015-2016.

Le nombre de personnes avec une ordonnance d'hydromorphone a connu une augmentation, passant de 200 338 à 258 741, soit plus de 58 000 personnes ou 29 % sur ces trois années, alors que le nombre de personnes avec une ordonnance de codéine ou de composés de la codéine a diminué, passant de 985 818 à 912 039, soit plus de 70 000 personnes en moins ou 7 % sur la même période. Le nombre d'ordonnances d'oxycodone et de composés de l'oxycodone reste pratiquement inchangé, avec 520 953 bénéficiaires en 2015-2016 par rapport à 523 362 en 2013-2014.

L'évolution de la consommation, depuis la codéine vers des produits beaucoup plus forts comme l'hydromorphone, est le facteur inquiétant. Nous n'en connaissons pas la raison, compte tenu surtout d'une plus grande sensibilisation aux effets néfastes associés aux opioïdes d'ordonnance.

Nombre et proportion de personnes qui ont une ordonnance d'opioïdes et une variation en pourcentage, par type, en Ontario, de 2013/14 et 2015/16

Type d'opioïde	2013/14 Nombre (%)	2015/16 Nombre (%)	Variation en pourcentage du nombre de bénéficiaires (2013/14 à 2015/16)
Hydromorphone	200 338 (10 %)	258 741 (13 %)	29 %
Tramadol	164 767 (9 %)	184 904 (10 %)	12 %
Morphine	98 734 (5 %)	102 501 (5 %)	4 %
Oxycodone et oxycodone compounds	523 362 (27 %)	520 953 (27 %)	0 %
Codeine et codeine compounds	985 818 (51 %)	912 039 (47 %)	-7 %
Patchs de fentanyl	34 747 (2 %)	28 563 (1 %)	-18 %

Remarque : Cette liste n'inclut que les types d'opioïdes pour lesquels il y a un grand nombre de personnes qui ont rempli des ordonnances pour eux. La proportion n'ajoute pas à 100% et l'augmentation du nombre de personnes qui ont rempli une ordonnance sera supérieure au nombre qui a rempli une prescription d'opioïde en 2015/16 parce que certaines personnes remplissent une ordonnance pour plus d'un type d'opioïde.

Source des données: Système de surveillance des stupéfiants, fourni par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Engagement envers l'action

Les opioïdes sont au centre d'une crise de santé publique au Canada et aux États-Unis. En novembre 2016, les ministres fédéral et provinciaux de la santé ont publié un communiqué d'action pour remédier à la crise des opioïdes, en identifiant des actions spécifiques et en s'engageant à les remplir. Cette déclaration comprenait également des engagements de 32 associations et organisations liées à la santé au Canada (y compris QSSO).[25]

Nous savons qu'une personne sur 7 en Ontario se voit prescrire des opioïdes dans une année. Nous savons que les opioïdes sont un moyen efficace de soulager la douleur, en cas de douleur aiguë (après une fracture) et en fin de vie. Mais nous savons également qu'ils peuvent entraîner de sérieux effets néfastes.

La variation par région de RLISS présentée dans ce rapport semble démontrer qu'il existe aussi des pratiques variables de prescription dans la province (même si ces variations peuvent être liées aux caractéristiques de la population, comme l'âge, les différences de revenus et la prévalence de troubles médicaux chroniques). Les variations entre plus petites régions et entre médecins sont probablement plus importantes.

Efforts en cours

Comment s'assurer alors de prescrire des opioïdes pour soulager la douleur pour des patients bien choisis, tout en évitant les effets néfastes? Le ministère de la Santé et des Soins à long terme de l'Ontario a annoncé en 2016 une stratégie de prévention de l'addiction aux opioïdes et des surdoses.[26] Cette initiative comporte un engagement d'élaborer et de mettre en œuvre trois ensembles de normes de qualité : un ensemble sur la qualité des soins pour les patients aux prises avec un problème de consommation d'opioïdes et l'autre sur la manière de prescrire des opioïdes pour la gestion de la douleur. Qualité de la santé L'Ontario développe ces normes en collaboration avec les cliniciens, les chercheurs et les patients ayant une expérience vécue. Ils seront basés sur les meilleures preuves disponibles pour la prescription appropriée d'opioïdes et seront conformes aux lignes directrices canadiennes.

Qualité des services de santé Ontario collaborera avec ses partenaires afin d'appuyer l'adoption de ces normes de qualité par le biais des efforts d'amélioration des programmes, des services et de la qualité. Ce faisant, il devra élaborer des outils cliniques pratiques et, au besoin, collaborer avec les programmes existants.

La stratégie du Ministère prévoit également pour les professionnels de la santé une formation sur la manière de prescrire et d'utiliser les opioïdes. En outre, Qualité des services de santé Ontario mettra à disposition des médecins des rapports de pratique, ce qui leur permettra de comparer leur taux de prescription d'opioïdes à ceux de leurs pairs et aux meilleures pratiques ainsi que de voir les options possibles de gestion de la douleur, sans opioïdes et sans médicaments.

La province a également investi dans des équipes de soins multidisciplinaires dans 17 cliniques de traitement de la douleur chronique afin d'aider les patients à recevoir des soins appropriés et en temps opportun pour la gestion de la douleur chronique. [27] Une approche complète de la gestion de la douleur combine la prise de médicaments avec des interventions physiques telles que la physiothérapie, les soins psychologiques, dont la thérapie comportementale, et une formation à une autogestion de la douleur. Ces programmes contribuent à améliorer la gestion de la douleur et à éviter ou du moins limiter l'utilisation des opioïdes.[28]

Pour les personnes à risque de surdosage, les kits de naloxone, qui contiennent un antidote pour une surdose d'opioïdes, ont été mis à disposition sans

ordonnance dans les pharmacies et organismes communautaires de l'Ontario, en juin 2016, et à la fin de mars 2017, la province avait distribué plus de 28 000 Des trousseaux aux pharmacies, aux unités de santé publique et aux établissements correctionnels de la province, disponibles gratuitement à toute personne qui en a besoin.[29,30]

Pour l'avenir

Les données de l'Ontario indiquent qu'en dépit du retrait de certains opioïdes de la liste des médicaments couverts par le financement public, l'utilisation d'autres types d'opioïdes a augmenté. Au vu des près de 2 millions de personnes disposant d'ordonnances d'opioïdes en Ontario chaque année, cette question exige que l'on continue d'y prêter attention et d'appliquer une approche complète pour ce problème complexe et grandissant, en vue de trouver les meilleures solutions, les plus rapides et les plus durables pour réduire les effets néfastes des opioïdes dans la population. L'attention se porte maintenant sur la manière de prescrire des opioïdes et nous continuerons à suivre les données afin de vérifier si les efforts entrepris donnent des résultats. Des millions de personnes en Ontario en dépendent.

Notes méthodologiques

The Methods Notes provide a brief description of the methods used in this report. For more details, please see the report Technical Appendix on Health Quality Ontario's website.

Sources des données

Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Le système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées (SSSSC) est un mécanisme transactionnel qui compile des données sur la délivrance des opioïdes, des substances contrôlées, et d'autres médicaments surveillés dans les pharmacies et d'autres dispensaires de la province, que le médicament soit couvert par un programme public ou un régime d'assurance privé ou réglé en espèces. L'information recueillie dans le SSSSC comprend l'identité du prescripteur, l'identité de la patiente ou du patient, l'identité de la pharmacie et du pharmacien, la date à laquelle le médicament a été délivré, le numéro du médicament et la quantité délivrée. Le SSSSC ne contient pas de détails sur la surveillance des médicaments délivrés aux personnes hospitalisées dans des hôpitaux publics dans le cadre

de leur traitement, mais comprend des renseignements sur les médicaments délivrés aux personnes en consultation externe dans des hôpitaux publics et aux personnes hospitalisées dans des hôpitaux et établissements médicaux privés tels que les foyers de soins de longue durée. En outre le SSSSC ne saisit pas les données concernant les personnes en établissement correctionnel ou pénitentiaire, prison ou centre de détention pour jeunes. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée administre le SSSSC, qui a été créé en avril 2012 et est devenu opérationnel en mai 2012. Les données utilisées dans ce rapport ont été extraites en décembre 2016.

Estimations démographiques, ministère des Finances

Le ministère des Finances produit des estimations pour la province et pour chaque région des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS). Le ministère des Finances utilise les estimations démographiques par subdivision de recensement les plus récentes de Statistique Canada comme fondement des projections démographiques des régions des RLISS. La façon dont les données sont réparties entre les régions varie en fonction des zones géographiques des régions de RLISS. Les estimations utilisées dans ce rapport ont été obtenues en décembre 2016.

Base de données centrale sur les fournisseurs de services de santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

La Base de données centrale sur les fournisseurs de services de santé (CPDB) est un répertoire de données sur les professionnels de la santé. La CPDB contient des données sur les compétences indiquées par les fournisseurs et le code postal du lieu de pratique. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée tient la CPDB, et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario fournit régulièrement des mises à jour au sujet des qualifications des fournisseurs de soins. Les données utilisées dans ce rapport ont été extraites en décembre 2016.

Analyse

Prescripteurs

Le rapport décrit le nombre de professionnels de la santé qui ont prescrit des opioïdes, c'est à dire le nombre de professionnels de la santé qui ont prescrit au moins un opioïde en 2015-2016, hormis ceux qui ont prescrit uniquement un traitement d'entretien à base de méthadone ou buprénorphine/naloxone.

Les gens qui ont rempli une prescription d'opioïdes (bénéficiaires)

Le rapport décrit le nombre de personnes en Ontario auxquelles on a prescrit et délivré au moins un opioïde en 2013-2014 et en 2015-2016, hormis les personnes à qui on a prescrit uniquement un traitement d'entretien à base de méthadone ou buprénorphine/naloxone. Cette mesure a été calculée de manière globale et en tant que pourcentage de la population pour l'Ontario et les 14 régions de RLISS. La mesure provinciale est aussi présentée selon le sexe (masculin/féminin) et le groupe d'âge (0-18 ans, 19-44 ans, 45-64 ans, 65 ans et plus) de la personne, et le type d'opioïde.

Prescriptions opioïdes remplies

Le rapport décrit le nombre de délivrances d'opioïdes en Ontario en 2013-2014 et en 2015-2016, hormis le traitement d'entretien à base de méthadone ou buprénorphine/naloxone. La mesure a été calculée de manière globale et en tant que pourcentage de la population pour l'Ontario et les 14 régions de RLISS. Les taux par population sont calculés en divisant le nombre de prescriptions remplies pour les médicaments opioïdes par la taille de la population en Ontario ou dans la région du RLISS et sont déclarés à l'aide d'un dénominateur à 100 personnes.

Prescriptions uniques à court période

Le rapport décrit la proportion de personnes en Ontario à qui on a délivré un opioïde à libération immédiate prescrit une seule fois sur une courte période. La proportion est décrite en fonction du groupe d'âge (0-18 ans, 19-44 ans, 45-64 ans, 65 ans et plus) de la personne. La proportion est calculée comme le numérateur divisé par le dénominateur, multiplié par 100:

- **Le dénominateur :** Le nombre de personnes a prescrit et rempli une ordonnance pour un médicament opioïde au cours des trois premiers mois de 2016 (janvier à mars)

Exclusions :

- Traitement d'entretien à la méthadone ou buprénorphine/naloxone

- **Le numérateur :** Le sous-ensemble du dénominateur qui comprenait toute personne qui avait une seule prescription remplie pour un médicament contre les opioïdes à libération immédiate avec un approvisionnement de 14 jours ou moins au cours des trois premiers mois de 2016 (janvier à mars)

Exclusions :

- Quiconque a eu une ordonnance opioïde dans les 12 mois précédant la prescription unique à court terme (janvier à décembre 2015)
- Quiconque a reçu une ordonnance subséquente au cours des six mois suivant la livraison de la prescription unique à court terme (avril à septembre 2016)

Liste des opioïdes

Une liste des types de médicaments opioïdes inclus dans l'analyse de ce rapport (il y avait également des opioïdes inclus dans le rapport qui ne relevaient pas de l'un de ces types):

- Buprénorphine
- Codéine et composés de codéine
- Timbre et tablette de fentanyl
- Hydromorphone
- Mèpéridine
- Méthadone contre la douleur
- Morphine
- Oxycodone et composés d'oxycodone
- Oxycodone/Naloxone
- Tapentadol
- Tramadol

Remerciements

Direction

Dr Joshua Tepper

Président et Chef de la direction

Dr Irfan Dhalla

Vice-président, Élaboration des preuves, normes et financement

Lee Fairclough

Vice-présidente, Amélioration de la Qualité

Mark Fam

Vice-président, Affaires Générales

Anna Greenberg

Vice-président, Performance du système de santé

Jennie Pickard

Directrice, Partenariats stratégiques

Michelle Rossi

Directrice, Politiques et stratégie

Jennifer Schipper

Chef, Communications et participation des patients

Dr Jeffrey Turnbull

Chef, Qualité Clinique

Les biographies sont affichées à l'adresse:

www.hqontario.ca/nous/gouvernance

Conseil d'administration

Andreas Laupacis

Président

Marie E. Fortier

Vice-présidente

Bernard Leduc**Tom Closson****Jeremy Grimshaw****Shelly Jamieson****Stewart Kennedy****Julie Maciura****Angela Morin****James Morrissey****Rick Vanderlee****Tazim Virani**

Les biographies sont affichées à l'adresse:

www.hqontario.ca/nous/gouvernance

Rédaction de rapport

Qualité des services de santé Ontario remercie la patiente et le médecin qui nous ont raconté leur histoire : Christine, David Juurlink et Pamela Leece.

Ce rapport a été rédigé par une équipe multidisciplinaire de Qualité des services de santé Ontario composée de Susan Brien, Naushaba Degani, Maaïke de Vries, Gail Dobell, Ryan Alexander Emond, Louise Grenier, Wissam Haj-Ali, Michal Kapral, Jonathan Lam, Binil Tahlan et Tommy Tam.

Qualité des services de santé Ontario remercie les nombreuses personnes dévouées qui ont participé à la rédaction de ce rapport, notamment les membres du comité consultatif et les autres personnes qui ont lu la version préliminaire ou formulé des commentaires à différentes étapes du processus : Glen Brown, Debika Burman, Jason Busse, Claudette Chase, Tara Gomes, David Juurlink, Mae Katt, Pamela Leece, Diana Martins, Paul Sajan, Mina Tadrous ainsi que les participants à QSSO/UHN l'atelier Opioïde tenu à Toronto le 21 février 2017.

QSSO reconnaît également et remercie la Direction de l'analyse de la santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée qui a fourni des commentaires et des données pour le rapport.

Bibliographie

1. Teater D. Evidence for the Efficacy of Pain Medications. National Safety Council. Available from: <http://www.nsc.org/RxDrugOverdoseDocuments/Evidence-Efficacy-Pain-Medications.pdf>.
2. MOHLTC Strategy to Prevent Opioid Addiction and Overdose, October 2016 <https://news.ontario.ca/mohltc/en/2016/10/strategy-to-prevent-opioid-addiction-and-overdose.html>
3. Von Korff M, Kolodny A, Deyo RA, Chou R. Long-term opioid therapy reconsidered. *Annals of Internal Medicine*, 2011. 155(5):325–328. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3280085/>
4. Public Health Agency of Canada. Statement from the Chief Public Health Officer: Pharmacists Help Address the Opioid Public Health Crisis in Canada. March 13, 2017. Available from: https://www.canada.ca/en/public-health/news/2017/03/statement_from_thechiefpublichealthofficer-pharmacistshelpaddress.html
5. Busse JW, Craigie S, Juurlink DN, et al. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *CMAJ*, 2017. 189:E659-E666. Available from: <http://www.cmaj.ca/content/189/18/E659.full>
6. Health Canada. Opioid Pain Medications, 2009 http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/pdf/iyh-vsv/med/ana-opioid-med-eng.pdf
7. Booth M. *Opium: A history*. New York: St. Martin's Press; 1986.
8. Zimmerman DL, Stewart J. Postoperative pain management and Acute Pain Service activity in Canada. *Canadian Journal of Anaesthesia*. June 1993, Volume 40, Issue 6, pp 568–575.
9. Teater D. Evidence for the Efficacy of Pain Medications. National Safety Council. Available from: <http://www.nsc.org/RxDrugOverdoseDocuments/Evidence-Efficacy-Pain-Medications.pdf>
10. Chou R, Deyo R, Devine B, et al. The effectiveness and risks of long-term opioid treatment of chronic pain. Evidence Report/Technology Assessment No. 218. AHRQ Publication No. 14-E005-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014. Available from: <http://www.effectivehealthcare.ahrq.gov/ehc/products/557/1971/chronic-pain-opioid-treatment-report-141007.pdf>.
11. Von Korff M, Kolodny A, Deyo RA, Chou R. Long-term opioid therapy reconsidered. *Annals of Internal Medicine*, 2011. 155(5):325–328. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3280085/>
12. Brush DE. Complications of Long-Term Opioid Therapy for Management of Chronic Pain: the Paradox of Opioid-Induced Hyperalgesia. *Journal of Medical Toxicology*. (2012) 8:387–392. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3550256/pdf/13181_2012_Article_260.pdf *Statistical Journal of the IAOS*, vol. 31, no. 1, pp. 67-87, 2015. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4716822/>.
13. Yi P, Pryzbylowski, P. Opioid Induced Hyperalgesia. *Pain Medicine* 2015; 16: S32–S36. Available from: https://oup.silverchair-cdn.com/oup/backfile/Content_public/Journal/painmedicine/16/suppl_1/10.1111_pme.12914/2/16-suppl_1-S32.pdf
14. Vuong C, Van Uum SH, O'Dell LE, Lutfy K, Friedman TC. The effects of opioids and opioid analogs on animal and human endocrine systems. *Endocrinology Review*, Feb. 2010. 31(1):98-132

15. Vowles KE, McEntee ML, Julnes PS, Frohe T, Ney JP, van der Goes DN. Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis. *Pain*. 2015 Apr;156(4):569-76.
16. Office of the Chief Coroner, Ontario Forensic Pathology Service. Ontario Opioid Related Toxicity (2010-2015). Note: The 2015 figure is preliminary figure, and subject to change.
17. Canadian Institute for Health Information, Canadian Centre on Substance Abuse. Hospitalizations and Emergency Department Visits Due to Opioid Poisoning in Canada – Data Tables. Ottawa, ON: CIHI; 2016.
18. Government of Canada. Joint Statement of Action to Address the Opioid Crisis. November 19, 2016. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-abuse/opioid-conference/joint-statement-action-address-opioid-crisis.html>.
19. Gomes T, Greaves S, Martins D, et al. Latest Trends in Opioid-Related Deaths in Ontario: 1991 to 2015. Toronto: Ontario Drug Policy Research Network; April 2017. Available from: http://odprn.ca/wp-content/uploads/2017/04/ODPRN-Report_Latest-trends-in-opioid-related-deaths.pdf.
20. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 2. Art. No.: CD002207. DOI: 10.1002/14651858.CD002207.pub4.
21. Williams AB, McNelly EA, Williams AE, D'Aquila RT. Methadone maintenance treatment and HIV type 1 seroconversion among injecting drug users, *AIDS Care*, 1992, vol. 4 (pg. 35-41)
22. Health Canada. Opioid pain medications frequently asked questions. November 2009. Available from: <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/med/opioid-faq-opioides-eng.php>
23. Michael G. DeGroot National Pain Centre, McMaster University. Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain. Glossary. Available from: http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/cgop_b_glossary.html
24. Kaplovich E, Gomes T, Camacho X, Dhalla I, Mamdani MM, Juurlink DN. Sex Differences in Dose Escalation and Overdose Death during Chronic Opioid Therapy: A Population-Based Cohort Study. *PLoS One*. 2015; 10(8): e0134550. Published online 2015 Aug 20. doi: 10.1371/journal.pone.0134550
25. Government of Canada. Joint Statement of Action to Address the Opioid Crisis. November 19, 2016. Available from: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/substance-abuse/opioid-conference/joint-statement-action-address-opioid-crisis.html>
26. MOHLTC, Strategy to Prevent Opioid Addiction and Overdose, October 2016. Available at <https://news.ontario.ca/mohltc/en/2016/10/strategy-to-prevent-opioid-addiction-and-overdose.html>
27. MOHLTC, Strategy to Prevent Opioid Addiction and Overdose, October 2016. Available at <https://news.ontario.ca/mohltc/en/2016/10/strategy-to-prevent-opioid-addiction-and-overdose.html>
28. Chou R, Deyo R, Friedly J, Skelly A, Hashimoto R, Weimer M, Fu R, Dana T, Kraegel P, Griffin J, Grusing S, Brodt ED Nonpharmacologic Therapies for Low Back Pain: A Systematic Review for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med*. 2017 Feb 14. doi: 10.7326/M16-2459. [Epub ahead of print]
29. Ministry of Health and Long-Term Care. Ontario Naloxone Program for Pharmacies. June 24, 2016. Available from: <http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/drugs/naloxone.aspx>.
30. Ministry of Health and Long-Term Care. Naloxone Now Available in Over 200 Cities and Towns in Ontario. April 11, 2017. Available from: https://news.ontario.ca/mohltc/en/2017/04/naloxone-now-available-in-over-200-cities-in-ontario.html?utm_source=ondemand&utm_medium=email&utm_campaign=p.

Qualité des services de santé Ontario est le conseiller de la province en matière de qualité des soins de santé. Nous sommes résolus à atteindre l'objectif suivant : une meilleure santé pour toutes les personnes en Ontario.

Qui sommes-nous?

Nous sommes un groupe de personnes démontrant une rigueur scientifique et ayant de l'expertise dans divers domaines. Nous nous efforçons de faire preuve d'une objectivité complète et de tout examiner à partir d'un poste d'observation nous permettant de voir la forêt et les arbres. Nous travaillons en partenariat avec les organismes et les fournisseurs de soins de santé à l'échelle du système, et nous faisons participer les patients eux-mêmes, afin de contribuer à apporter des changements importants et durables au système de santé complexe de la province.

Que faisons-nous?

Nous définissons la qualité dans le contexte des soins de santé et offrons des conseils stratégiques de façon à ce qu'il soit possible d'améliorer toutes les composantes du système. Nous analysons également pratiquement tous les aspects des soins de santé offerts en Ontario, notamment l'examen de la santé générale de la population ontarienne, la capacité de

certaines secteurs du système à travailler ensemble et, surtout, l'expérience des patients. Nous produisons ensuite des rapports objectifs complets fondés sur des données, des faits et la voix des patients, des personnes soignantes et des gens qui travaillent chaque jour au sein du système de santé. En outre, nous formulons des recommandations sur la façon d'améliorer les soins en se fondant sur les meilleures données probantes. Enfin, nous appuyons des améliorations de la qualité à grande échelle en travaillant avec nos partenaires afin de permettre aux fournisseurs de soins de santé d'apprendre plus facilement les uns des autres et de partager des démarches novatrices.

Pourquoi cela importe-t-il?

Nous reconnaissons qu'il existe de nombreuses raisons d'être fiers de notre système, mais aussi qu'il nous arrive souvent de ne pas atteindre notre plein potentiel. Pour dire vrai, dans certains cas, il est difficile d'évaluer la qualité des soins, et il arrive parfois que nous ne sachions pas en quoi consistent les meilleurs soins. Un dernier point, mais non le moindre : certains segments vulnérables de la population ne reçoivent pas des niveaux acceptables d'attention. Notre intention est d'améliorer continuellement la qualité des soins de santé dans la province, peu importe la personne ou l'endroit où elle vit. Nous sommes inspirés par le désir d'améliorer le système et par le fait indéniable que l'amélioration n'a pas de limites.

Rapports sur la performance du système

Depuis 2006, Qualité des services de santé Ontario améliore le système de santé en produisant un rapport sur son rendement. Non seulement nos rapports publics fournissent à la population ontarienne les renseignements

dont elle a besoin pour comprendre son système de santé, mais ils entraînent aussi des améliorations directes. Nos rapports publics comprennent : *À la hauteur*, notre rapport annuel sur le rendement du système de santé, des rapports thématiques qui approfondissent des sujets ciblés et des rapports en ligne sur des indicateurs du système de santé.

Programme commun d'amélioration de la qualité

Le programme commun d'amélioration de la qualité est un ensemble de mesures ou d'indicateurs sélectionnés par Qualité des services de santé Ontario en collaboration avec les partenaires du système de santé afin d'orienter les rapports sur le rendement. Qualité des services de santé Ontario utilise le programme commun d'amélioration de la qualité pour concentrer ses efforts d'amélioration et pour faire le suivi des progrès à long terme en ce qui a trait à l'atteinte des objectifs du système de santé et rendre le système de santé plus transparent et plus responsable. Les indicateurs promeuvent des soins intégrés axés sur le patient et constituent le fondement de notre rapport annuel intitulé *À la hauteur*. À mesure que nos rapports publics sur le rendement du système de santé prendront de l'ampleur, le programme commun d'amélioration de la qualité évoluera et servira de pierre angulaire à tous nos rapports publics. Qualité des services de santé Ontario est le nom commercial du Conseil ontarien de la qualité des services de santé, un organisme du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Qualité des services de santé Ontario
130, rue Bloor Ouest
10e étage
Toronto (Ontario) M5S 1N5

Tél: 416-323-6868
Sans frais: 1-866-623-6868
Courriel: info@hqontario.ca
www.hqontario.ca

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2017