

FAQ

sur l'abus de médicaments d'ordonnance



www.cclat.ca

Cette foire aux questions (FAQ) sur l'abus de médicaments d'ordonnance a été préparée par John Weekes, Ph.D., associé principal à la recherche, Direction de la recherche et des politiques, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), Jürgen Rehm, Ph.D., Centre de toxicomanie et de santé mentale et Université de Toronto, et Rebecca Mugford, assistante de recherche, Direction de la recherche et des politiques, CCLAT. Le document vise à fournir des renseignements courants, objectifs et empiriques sur les débats qui entourent l'abus de médicaments d'ordonnance au Canada.

Qu'entend-on par « abus de médicaments d'ordonnance »?

- Cette expression fait généralement référence à l'abus ou à l'usage non médical d'un médicament psychotrope contrôlé, c'est-à-dire l'utilisation d'un médicament pour une fin autre que le but médical ou psychiatrique visé (p. ex. pour atteindre un état d'euphorie).
- Divers spécialistes se sont réunis récemment lors d'un atelier organisé par Santé Canada afin de s'entendre sur les termes et concepts du domaine, ce qui a débouché sur une définition de l'abus de psychotropes :

...consommation de produits pharmaceutiques ayant des propriétés de renforcement à action centrale associées à un risque accru de méfaits, caractérisée par l'obtention de médicaments de sources illégitimes ou des habitudes de consommation à risque (sauf la sous-consommation), qui s'écarte des pratiques médicales acceptées ou des connaissances scientifiques, ou consommation de médicaments à des fins autres que thérapeutiques¹ (traduction libre).

Quels types de médicaments sont consommés à des fins non médicales?

- À peu près tous les médicaments d'ordonnance peuvent être employés à des fins autres que celles prévues, mais les cas d'abus concernent habituellement les médicaments ayant des propriétés psychotropes. Parmi les médicaments d'ordonnance faisant le plus souvent l'objet d'abus, notons les antidouleurs opiacés, les calmants, les stimulants et les amphétamines, de même que les sédatifs et les barbituriques.
- La classe des opioïdes englobe les analgésiques contenant des ingrédients actifs comme la morphine, l'oxycodone et la codéine, alors que la classe des calmants comprend les benzodiazépines, dont le diazépam (Valium^{MD}) et l'alprazolam (Xanax^{MD}), médicaments souvent prescrits pour réduire le stress et éviter les attaques de panique.
- La classe des stimulants comprend la dextroamphétamine (Adderall^{MD}) et le méthylphénidate (Ritalin^{MD}), alors que celle des barbituriques inclut des médicaments utilisés dans le traitement de l'anxiété, des troubles du sommeil et des crises d'épilepsie, comme le pentobarbital sodique (Nembutal^{MD}) et le méphobarbital (Mebaral^{MD})².

- De nombreuses conventions internationales régissent le traitement de ces substances par les pays signataires^{3,4,5}. En outre, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, instaurée par le gouvernement canadien, classe les médicaments selon le niveau de contrôle auquel ils sont soumis⁶.
- Divers médicaments licites (légaux) d'usage courant peuvent faire l'objet d'abus pour leurs propriétés psychoactives et sont vendus en vente libre (c.-à-d. sans ordonnance), p. ex. les antitussifs, les somnifères et les antihistaminiques⁷. Ainsi, il est possible de combiner des médicaments en vente libre courants renfermant des précurseurs tels l'éphédrine et la pseudoéphédrine à d'autres ingrédients afin de fabriquer de la méthamphétamine, un stimulant synthétique. Ces médicaments, même s'ils sont souvent consommés de façon abusive, ne sont pas le thème central du présent document.
- Les stéroïdes anabolisants ne sont pas des psychotropes, mais certaines personnes souhaitant améliorer leurs capacités athlétiques ou leur apparence physique en abusent. Ainsi, l'Enquête sur les toxicomanies au Canada de 2004 indique qu'environ 0,6 % des Canadiens âgés de plus de 15 ans avaient, au cours de leur vie, déjà pris des stéroïdes⁸.
- Même s'il s'agit d'un phénomène souvent passé sous silence dans les vastes enquêtes sur la consommation de drogues et médicaments, certaines études ont montré que les élèves utilisent leurs pompes contre l'asthme à des fins non médicales. Des études américaines sur le sujet ont signalé qu'environ 9 % des élèves avaient déjà utilisé leurs pompes à des fins non médicales et que les taux augmentaient avec l'année scolaire (de la 5^e à la 10^e année). Les études ont également révélé qu'environ 1 garçon sur 5 possédant un inhalateur s'était fait demander s'il voulait le vendre ou l'échanger⁹.

Quelle est l'ampleur de l'abus de médicaments d'ordonnance au Canada et à l'étranger?

- D'après les données disponibles, les Canadiens comptent parmi les plus grands consommateurs de médicaments psychotropes au monde¹⁰, mais il n'existe que quelques statistiques canadiennes sur le nombre d'utilisateurs de médicaments d'ordonnance à des fins non médicales. En fait, il n'y a que très peu d'information sur l'ampleur du détournement et de l'abus de médicaments d'ordonnance au Canada.
- Par conséquent, les conclusions indirectes tirées quant à l'ampleur du phénomène au Canada se limitent habituellement à l'examen des statistiques relatives à la distribution et à la vente, ainsi qu'à l'évolution annuelle de la délivrance d'ordonnances pour des catégories données de médicaments. Par exemple, en 2002, le Canada se classait en quatrième position pour l'usage par habitant de narcotiques d'ordonnance et en deuxième position pour celui de sédatifs hypnotiques (y compris les benzodiazépines)¹¹. La même année, le Canada se trouvait aussi parmi les quinze pays où des amphétamines étaient le plus couramment prescrites.
- Il faut comprendre que même si les données nationales et provinciales montrent une hausse du taux de prescription de certains psychotropes au Canada, il ne s'agit pas d'un indicateur direct de l'ampleur de l'abus; en fait, cela pourrait tout simplement signifier qu'un changement se produit dans le traitement légitime de la douleur et d'autres maladies¹².
- Il est également possible d'estimer indirectement l'abus de médicaments d'ordonnance à l'aide des données relatives aux admissions dans des centres de désintoxication, à des programmes de traitement et à l'urgence, ainsi que des rapports de coroners sur les morts par surdose. Ainsi, selon une étude réalisée par le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH), 11 % des admissions dans des centres de traitement de la toxicomanie en Ontario en 1999-2000 concernaient l'abus de médicaments d'ordonnance¹³.
- Selon une étude récente sur l'abus d'opioïdes d'ordonnance au Canada réalisée à l'aide de données de l'étude OPICAN effectuée dans sept villes du pays, l'utilisation non médicale de ces substances remplace de plus en plus celle de l'héroïne. Ainsi, alors qu'environ 30 % des participants consommaient de l'héroïne, 37% prenaient du Dilaudid^{MD}. D'autres opioïdes d'ordonnance sont également consommés, notamment la morphine, l'oxycodone, le Percocet^{MD}/Percodan^{MD} et les préparations à base de codéine¹⁴.
- Les enquêtes gouvernementales sont une autre façon d'étudier l'abus de médicaments d'ordonnance. Dans les provinces de l'Atlantique, après plusieurs décès par surdose à l'oxycodone, un groupe de travail a été formé avec le mandat de déterminer l'ampleur et la nature de l'abus du médicament OxyContin^{MD}¹⁵.

- Chez nos voisins du Sud, certaines enquêtes ont spécifiquement porté sur l'ampleur de l'abus de médicaments d'ordonnance. Les conclusions de la National Survey on Drug Use and Health de 2004 montrent que la consommation non médicale d'analgésiques d'ordonnance au cours de la vie chez les jeunes adultes (de 18 à 25 ans) s'élevait à 22,1 % en 2002, à 23,7 % en 2003, puis à 24,3 % en 2004¹⁶.
- Enfin, lors d'une étude américaine sur la prévalence de l'abus de sédatifs réalisée auprès d'un vaste échantillon, environ une personne sur dix a déclaré avoir abusé de ces substances à un moment de sa vie¹⁷.
- Dans l'ensemble, si les enquêtes nationales et les études à petite échelle donnent une idée de l'étendue du phénomène de l'abus de médicaments d'ordonnance, les études ne définissent pas toutes cet abus de la même façon, ce qui rend difficile la formulation de conclusions définitives quant au véritable taux d'abus dans la population¹⁸.

Comment et pourquoi se produit le détournement de médicaments d'ordonnance?

- Le détournement de médicaments d'ordonnance à des fins non légitimes s'effectue de diverses façons, notamment^{19,20} :
 - Obtention d'ordonnances multiples de divers médecins;
 - Vol de blocs et falsification d'ordonnances;
 - Vente de fausses ordonnances par des médecins;
 - Achat de médicaments auprès d'amis, de parents ou de revendeurs à qui ils ont été prescrits légitimement;
 - Détournement de médicaments dans les centres de traitement pour toxicomanes (p. ex. méthadone);
 - Détournement provenant des stocks destinés aux patients dans des établissements de santé;
 - Entrées par effraction et vols dans des domiciles, des cabinets médicaux, des pharmacies, des fabricants, des grossistes, des services de messagerie, des entreprises, des cliniques et des hôpitaux;
 - Achat de médicaments sur Internet.
- Toutefois, en l'absence de données empiriques claires, il est difficile de déterminer lequel de ces moyens contribue le plus au détournement de médicaments d'ordonnance. L'intervalle entre le fabricant et le consommateur est parsemé d'occasions de détournement²¹.
- Le détournement de médicaments d'ordonnance à des fins non médicales présente de grands incitatifs financiers. Le trafic de ces médicaments est une entreprise hautement lucrative, et il s'agit probablement du seul produit de contrebande qui gagne de la valeur lorsqu'il est revendu. À l'inverse, un caméscope, un portable ou un appareil stéréo volé ne serait pas vendu ni recelé pour un prix supérieur à son prix en magasin. Une étude réalisée à Vancouver en 1998 confirme que le détournement de divers médicaments d'ordonnance dégage une marge bénéficiaire considérable. Ainsi,
 - un comprimé de 60 mg de MS Contin^{MD} (morphine à libération prolongée), dont le coût s'élève à 1,70 \$ en pharmacie, se vend en moyenne 35 \$ chez les revendeurs, pour une marge de 2 059 %;
 - un comprimé de 4 mg de Dilaudid^{MD} coûte 0,32 \$ en pharmacie et se vend 32 \$ dans la rue (marge de 7 800 %)²². En résumé, on peut se procurer une bouteille de 20 comprimés de Dilaudid^{MD} pour moins de 10 \$ en pharmacie, et plus de 600 \$ dans la rue!
- Le fait qu'il est souvent plus économique (malgré les grandes marges bénéficiaires) et plus facile de se procurer des médicaments d'ordonnance que des substances illicites est un autre élément propice au détournement²³. De plus, de nombreuses personnes disposent d'assurance-médicaments ou sont bénéficiaires de l'aide sociale, et ces régimes remboursent en totalité ou en partie les médicaments d'ordonnance, ce qui facilite l'accès aux médicaments à des fins d'abus ou de détournement.
- La popularité de l'abus de médicaments d'ordonnance pourrait également s'expliquer par la conviction qu'ont les usagers à des fins non médicales que les substances produites légalement par des sociétés pharmaceutiques réputées sont moins nocives et moins dangereuses que celles fabriquées à l'aide d'ingrédients douteux dans des laboratoires clandestins insalubres par des personnes ayant des liens directs avec le crime organisé.

- Certains usagers à des fins non médicales croient également qu'ils risquent moins des autorités s'ils se font prendre en possession d'une bouteille contenant des comprimés d'aspect légitime, plutôt que de crack ou d'héroïne.
- En matière d'abus de médicaments d'ordonnance, l'attention se porte généralement sur les « petits délinquants » qui vendent leurs médicaments et s'en procurent en obtenant des ordonnances auprès de plusieurs médecins. Cependant, le secteur de la fabrication, de la production, de la distribution et de l'administration de médicaments d'ordonnance emploie littéralement des milliers de personnes et fait affaire avec des milliers de pharmacies, d'hôpitaux, de cliniques et de cabinets médicaux au pays. Malgré le professionnalisme et l'éthique irréprochable de la vaste majorité de ces intervenants, il suffit évidemment d'une poignée de personnes corrompues ou d'employés mal payés ou mécontents pour réussir à fournir des régions entières du pays en médicaments à des fins non médicales.

Que savons-nous sur les abuseurs potentiels de médicaments d'ordonnance?

- Divers types de personnes font un usage abusif de médicaments d'ordonnance pour diverses raisons, mais selon les données dont on dispose, ce sont généralement les adolescents, les personnes âgées, les femmes et les Autochtones qui risquent davantage d'abuser de ces substances²⁴.
- Certaines personnes font une consommation abusive de produits sur ordonnance parce qu'elles croient qu'ils sont moins nocifs ou parce que leur prix dans la rue est moins élevé que celui des substances illicites.
- Les recherches montrent que jusqu'à 20 % des Canadiens âgés de plus de 60 ans se font prescrire des analgésiques sur de longues périodes²⁵. En effet, les personnes âgées se procurent souvent de multiples ordonnances, ce qui, conjugué à la consommation à long terme, accroît le risque d'abus et de consommation problématique (y compris la dépendance)²⁶.
- D'autres travaux de recherche sur l'utilisation des médicaments d'ordonnance chez les personnes âgées réalisés en Colombie-Britannique montrent qu'en 2000 et 2001, 523 824 personnes âgées ont fait remplir environ 8 223 200 ordonnances, soit 15,7 par personne²⁷.
- Au Canada, des études menées dans les années 70 ont fait ressortir des différences dans la façon dont les hommes et les femmes utilisent les psychotropes et dans les pratiques de prescription. Une étude réalisée à l'aide de données de l'Ontario a permis de constater que les femmes étaient deux fois plus susceptibles que les hommes de se faire prescrire des psychotropes et qu'elles se faisaient davantage délivrer de multiples ordonnances, entraînant du coup la consommation d'une grande quantité de ces médicaments²⁸.
- On sait que la consommation et l'abus de médicaments d'ordonnance se produisent dans les collectivités autochtones du Canada, bien qu'il n'existe que peu de données fiables sur la question. Une enquête effectuée auprès d'un groupe d'Autochtones à risque élevé admis dans un centre de traitement de Calgary (Alberta) signale qu'environ la moitié (48 %) des répondants a déclaré avoir consommé des médicaments d'ordonnance de façon inappropriée (pour des raisons autres que celles prévues)²⁹.
- En 2003, selon le Drug Abuse Warning Network (DAWN), la majorité des visites à l'urgence aux États-Unis impliquant l'abus de médicaments d'ordonnance concernait des substances de catégories telles les antidépresseurs, les benzodiazépines et les analgésiques opioïdes. De plus, les patients étaient généralement des femmes et, dans 50 % des cas, ils avaient pris plus d'une substance³⁰.
- D'autres études américaines récentes ont mis en évidence des pratiques analogues de prescription à l'égard des femmes. Ainsi, les travaux ont estimé qu'en général, les femmes sont 55 % plus susceptibles que les hommes de se faire prescrire des psychotropes lorsqu'elles consultent un médecin³¹.
- Une étude faite en 2004 sur les caractéristiques des personnes traitées pour une dépendance à l'oxycodone a indiqué que 77 % des patients avaient aussi abusé de substances non opioïdes (tant licites qu'illicites)³².
- L'enquête américaine Monitoring the Future de 2005 a entre autres permis de noter une diminution globale de la consommation de drogues illicites chez les jeunes; toutefois, l'utilisation de médicaments d'ordonnance à des fins non

médicales demeure un phénomène courant. Par exemple, entre 2002 et 2005, le taux d'élèves de 12e année consommateurs d'OxyContin^{MD} est passé de 4 % à 5,5 %, puis il s'est stabilisé entre 2004 et 2005 (5 % vs 5,5 %) ³³.

- De plus, d'après une étude réalisée récemment aux États-Unis auprès d'étudiants du premier cycle universitaire, les personnes les plus susceptibles d'abuser d'opioïdes d'ordonnance risquaient davantage de s'être fait prescrire des opioïdes par le passé et d'avoir une faible moyenne générale par rapport aux étudiants ne faisant pas mauvais usage de ces substances³⁴.
- Des études examinant les déterminants de l'abus d'opioïdes d'ordonnance chez les adolescents indiquent que la consommation de substances illicites constitue le prédicteur le plus fort de l'abus de médicaments d'ordonnance chez les 12 à 17 ans. De plus, ces études ont mis en évidence certaines caractéristiques des personnes risquant de faire un mauvais usage des opioïdes d'ordonnance, notamment être issu d'un milieu socioéconomique plus défavorisé, être une femme, avoir des parents indifférents et adopter des attitudes propices à la consommation de substances illicites³⁵.
- En combinant les résultats issus des recherches canadiennes et américaines décrites précédemment, il ressort que les abuseurs de médicaments d'ordonnance ne constituent pas un groupe homogène, car de nombreux types de personnes sont à risque. En fait, ces différences individuelles doivent être prises en compte dans l'élaboration de plans de prévention ou de traitement adéquats.

Quelles sont les mesures prises pour surveiller, réduire et prévenir l'abus de médicaments d'ordonnance au Canada?

- Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, en partenariat avec le Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées de Santé Canada, a élaboré un Cadre national d'action pour réduire les méfaits liés à l'alcool et aux autres drogues, dont l'une des priorités est la prévention de l'abus de médicaments d'ordonnance³⁶. En outre, au cours des dernières années, Santé Canada a tenu de nombreux ateliers auxquels ont participé des spécialistes canadiens et étrangers, et ce, afin d'examiner le problème de l'abus de médicaments d'ordonnance au pays.
- À l'heure actuelle, il n'existe au Canada aucun système national de surveillance permettant de déceler, de suivre et de recenser le détournement et l'utilisation de médicaments d'ordonnance à des fins non médicales. Santé Canada a cependant organisé récemment de nombreux ateliers auxquels ont pris part des experts canadiens dans le but de trouver des solutions à ces problèmes.
- En général, même si neuf provinces sur dix disposent actuellement d'un système quelconque pour recueillir des renseignements sur les ordonnances, ce sont l'Alberta (WellNet), la Colombie-Britannique (PharmaNet), le Manitoba (DPIN) et l'Île-du-Prince-Édouard (Pharmacy Network) qui disposent des systèmes les plus perfectionnés : ils permettent de contrôler la duplication d'ordonnances et l'obtention d'ordonnances multiples³⁷.
- Même s'il n'existe à l'heure actuelle aucune initiative nationale visant à réduire l'abus de médicaments d'ordonnance, de nombreuses provinces et régions ont mis en place des plans d'action qui s'attaquent à cette problématique :
 - Entrée en vigueur en 2005, la *Prescription Monitoring Act* (loi sur la surveillance pharmaceutique) de la Nouvelle-Écosse vise à accroître la responsabilisation des praticiens prescripteurs et des patients. L'objectif est de donner des conseils aux instances gouvernementales relativement aux médicaments à surveiller de plus près et de créer des programmes éducatifs de prévention de l'abus³⁸.
 - La *Loi médicale* de Terre-Neuve-et-Labrador a permis la création d'un programme de blocs d'ordonnances anti-contrefaçon en 2005. Tous les médecins (y compris les dentistes) doivent se servir de ces blocs sécuritaires pour certains médicaments spécifiques, dont les benzodiazépines ne font pas partie.
 - L'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, la Colombie-Britannique et la Nouvelle-Écosse ont chacune mis sur pied un programme de contrôle des ordonnances multiples qui permet de surveiller la consommation de médicaments présentant un risque élevé d'abus et de prévenir la falsification d'ordonnances et l'obtention d'ordonnances multiples^{39,40}.
 - On a mis sur pied au Cap-Breton une intervention commune permettant de faire face à l'abus de médicaments d'ordonnance dans la région en établissant un partenariat avec la régie de santé du Cap-Breton, les services

policiers régionaux, la GRC, les ministères des Services communautaires et de la Justice de la Nouvelle-Écosse et des membres du milieu médical du Cap-Breton. Le partenariat bénéficie du soutien de trois groupes de travail qui se concentrent chacun sur un aspect de la question, soit le traitement, l'éducation et la prévention, ainsi que l'application de la loi⁴¹.

- Certains fabricants de médicaments qui sont souvent consommés de façon abusive tenteraient d'altérer la composition de leurs produits de façon à réduire la possibilité d'abus et les graves risques qu'une mauvaise utilisation pose pour la santé (p. ex. surdose).
- Aux États-Unis, Purdue Pharma a mis en place le système Researched Abuse, Diversion and Addiction-Related Surveillance (RADARS^{MD}), qui lui permet de recueillir de l'information sur la prévalence de l'abus et du détournement de médicaments d'ordonnance. Ce système vise plus particulièrement à surveiller les médicaments renfermant de la morphine, de l'hydrocodone, de l'oxycodone, de la buprénorphine et du fentanyl⁴².
- En vertu des règlements de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, les fabricants, les distributeurs et les administrateurs (dont les pharmacies et les cliniques) doivent rapporter tout vol ou toute perte de produits pharmaceutiques. Santé Canada termine actuellement un document d'orientation sur la déclaration des pertes et des vols de substances contrôlées et de produits chimiques précurseurs afin d'accroître l'uniformité des rapports. Chaque année, Santé Canada remet aux Nations Unies un rapport statistique sur les pertes et les vols et produit sur demande des rapports spéciaux utilisés au Canada.
- En 2006, Santé Canada a publié *Usage abusif et détournement de substances désignées - Guide pour les professionnels de la santé*. Ce guide s'adresse aux spécialistes qui sont autorisés à prescrire, à délivrer ou à administrer les produits pharmaceutiques régis par la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* et les règlements connexes. Il vise à les sensibiliser et à leur donner des conseils pratiques qui les aideront à identifier et à minimiser la consommation problématique et le détournement, et ce, sans porter atteinte aux soins des patients qui, pour des raisons médicales, doivent prendre des substances contrôlées.

Quelle est l'efficacité des mesures prises pour réduire l'abus de médicaments d'ordonnance?

- À l'heure actuelle au Canada, l'efficacité des initiatives provinciales de réduction de l'abus mentionnées précédemment ne fait l'objet d'aucune évaluation connue. Aux États-Unis, par contre, des études tentent de mesurer l'efficacité de certains programmes de surveillance pharmaceutique.
- Suite à la mise en œuvre de la réglementation de l'État de New York sur le suivi des ordonnances de benzodiazépines, le nombre d'ordonnances pour ces substances a diminué de 30 % à 60 % (selon la source de données utilisée). On note cependant une augmentation parallèle du taux de prescription d'autres médicaments ne faisant pas l'objet d'un suivi. Il est donc évident que le programme a entraîné des résultats imprévus et n'a pas fait diminuer le taux de prescription⁴³.

Quelles sont certaines des stratégies adoptées pour traiter ceux et celles qui abusent de médicaments d'ordonnance?

- Toute stratégie employée pour traiter l'abus de médicaments d'ordonnance doit tenir compte des besoins spécifiques de la personne et de la substance spécifique dont elle abuse, principe s'appliquant aussi à ceux et celles qui abusent à la fois de substances licites et illicites.
- Un nombre grandissant de recherches ont permis de cerner les caractéristiques des approches factuelles et efficaces⁴⁴ et semblent généralement indiquer que les démarches cognitivo-comportementales sont efficaces dans le traitement de l'abus simultané de substances licites et illicites. Ces vastes démarches s'appuient sur des données théoriques et étayées et visent à changer les comportements, les attentes et les attitudes du bénéficiaire, grâce à l'enseignement actif d'aptitudes auxquelles il peut avoir recours pour gérer les situations à risque et prévenir ou minimiser les écarts et les rechutes.
- On offre parfois à certains toxicomanes des médicaments pour les aider à se désintoxiquer, en combinaison avec d'autres interventions thérapeutiques. Par exemple, certains régimes thérapeutiques font appel à la méthadone et à la buprénorphine pour traiter l'abus d'opiacés (la buprénorphine est utilisée dans d'autres pays, dont le Royaume-Uni, mais n'est pas vendue au Canada à l'heure actuelle)⁴⁵. Au Canada, le recours à l'entretien à la

méthadone a quintuplé depuis le milieu des années 90, ce qui soulève des préoccupations quant aux défis et coûts liés à la prestation régulière de cette substance à un nombre croissant de personnes⁴⁶.

Quels sont certains des problèmes et défis associés à l'abus de médicaments d'ordonnance?

- Pour certains intervenants, le recours à des systèmes de surveillance (et à des sanctions en cas de conduite irrégulière) a entraîné un effet « refroidisseur » ou « de substitution » chez certains médecins qui pourraient être réticents à l'idée de prescrire des médicaments faisant l'objet d'un contrôle serré et risquent de diminuer ou modifier leurs pratiques de prescription. Par exemple, on a avancé que les médecins pourraient choisir de prescrire des médicaments moins appropriés afin de ne pas attirer l'attention de collègues de médecins ou d'autres instances dirigeantes et d'éviter des vérifications et des enquêtes^{47,48}.
- Il est évident que pour optimiser l'efficacité des initiatives de surveillance, il doit exister un équilibre entre le traitement de la douleur légitime et la réduction de l'abus. Il faut minimiser les conséquences négatives du contrôle pharmaceutique pour les patients qui ont véritablement besoin de ces médicaments⁴⁹.
- Des données recueillies à Terre-Neuve-et-Labrador montrent qu'un nombre plutôt élevé d'ordonnances d'OxyContinMD rédigées sur une courte période étaient attribuables à un nombre relativement limité de médecins. La majorité (68 %) des médecins n'ont délivré que quelques ordonnances (moins de 100) pour des substances contrôlées précises au cours d'une période de 16 mois, mais 2 % en avaient rédigé plus de 2 500 et 1 %, plus de 5 000⁵⁰. Il est évident qu'il faut instaurer des mesures plus efficaces afin de surveiller les habitudes de prescription des médecins et veiller à minimiser les conséquences néfastes pour les patients.
- Les lois sur la publicité pharmaceutique actuellement en place au Canada pourraient également exacerber le défi existant. Si la publicité directe aux consommateurs des médicaments d'ordonnance est interdite au Canada, l'interprétation actuelle de la *Loi sur les aliments et drogues* permet la publicité sous deux formes : les « publicités de rappel », qui présentent seulement les marques sans affirmations des avantages pour la santé ni indications de mode d'emploi, et les « publicités de recherche d'aide », qui évoquent des maladies particulières et suggèrent aux personnes présentant certains symptômes de s'enquérir auprès de leur médecin de l'existence d'un médicament dont on ne mentionne pas le nom⁵¹.
- Après avoir passé en revue au début de 2006 les renseignements internationaux disponibles, le Conseil canadien de la santé en est venu à la conclusion que, compte tenu du manque de données évaluant clairement les conséquences sur la santé de la publicité s'adressant directement aux consommateurs et en raison des méfaits qui pourraient en résulter, la présentation de telles publicités ne devraient pas être encouragée au Canada. Des recommandations ont également été formulées, notamment⁵² :
 - Intégrer au système de soins de santé des campagnes d'éducation sur les médicaments d'ordonnance financées par l'État afin de fournir une information complète et juste sur la consommation de ces médicaments et leurs effets secondaires;
 - Faire une meilleure application de la réglementation sur la publicité directe aux consommateurs grâce à une surveillance améliorée et à l'institution de sanctions efficaces pour décourager les infractions répétées à la loi;
 - Interdire la publicité de rappel, étant donné qu'aucune donnée probante n'appuie son utilisation;
 - Examiner la situation de la télédiffusion au Canada, étant donné que la publicité directe aux consommateurs est permise aux États-Unis et que la population canadienne a accès aux réseaux américains.
- Selon une étude internationale sur les pharmacies en ligne, il est possible de se procurer des médicaments d'ordonnance sur de nombreux sites Internet. Les chercheurs ont donc conclu qu'une plus grande disponibilité des ordinateurs dans le monde pourrait aller de pair avec une hausse de l'abus de médicaments d'ordonnance achetés en ligne⁵³.

Quels sont les éléments essentiels à retenir quant au détournement et à l'abus de médicaments d'ordonnance au Canada?

- Il est évident qu'il existe des incitatifs financiers considérables pour le détournement et la consommation de médicaments ayant des fins médicales légitimes.
- La priorité devrait être accordée aux travaux permettant une étude complète et systématique de l'ampleur et de la nature de l'abus de médicaments d'ordonnance au Canada.
- Il faut mettre en place au Canada un système électronique global de surveillance pharmaceutique pour minimiser ou éliminer l'obtention d'ordonnances multiples.
- Il semble que, jusqu'à maintenant, les efforts visent à réduire le détournement à petite échelle (p. ex. ordonnances multiples, falsification, etc.), plutôt qu'à s'attaquer aux principales sources de détournement de produits pharmaceutiques (p. ex. lors de la fabrication et de l'approvisionnement).
- Il est nécessaire d'instaurer un système national de suivi et de surveillance afin de faire face au vaste détournement possible de médicaments d'ordonnance à toutes les étapes de la chaîne de fabrication, de distribution et d'administration. L'absence d'infrastructure assurant le respect des lois constitue une grave lacune et ouvre la voie au détournement et au vol à grande échelle.

Le présent document a fait l'objet d'un examen par les pairs. Les auteurs tiennent à remercier Benedikt Fischer, Ph.D., et Colleen Anne Dell, Ph.D., pour leurs commentaires et apports constructifs sur une version antérieure de ce document. Le CCLAT assume l'entière responsabilité de toute erreur ou omission qui pourrait subsister dans le texte.

Notes en fin de texte

¹ Santé Canada (sous presse). Énoncé de consensus provisoire. Atelier visant à établir un consensus quant aux concepts et indicateurs de recherche sur l'abus de psychotropes. Septembre 2006. Ottawa : Santé Canada.

² National Institute of Drug Abuse (NIDA). *Prescription drugs: Abuse and addiction*, 2005. Bethesda (MD) : National Institutes of Health. Disponible à <http://www.nida.nih.gov/PDF/RRPrescription.pdf>

³ Nations Unies. *Convention unique sur les stupéfiants*, 1961.

⁴ Nations Unies. *Convention sur les substances psychotropes*, 1971.

⁵ Nations Unies. *Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes*, 1988.

⁶ Loi réglementant certaines drogues et autres substances, Lois du Canada (1996, ch. 19). Disponible à <http://laws.justice.gc.ca/fr/showtdm/cs/C-38.8>

⁷ NIDA, 2005.

⁸ Adlaf, E., P. Began et E. Sawka. *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits, rapport détaillé*, 2005. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

⁹ Boyd, C.J., S. Esteban McCabe et C.J. Teter. Asthma inhaler misuse and substance abuse: A random survey of secondary school students, *Addictive Behaviors*, vol. 31, 2006, p. 278-287.

¹⁰ Organe international de contrôle des stupéfiants. *Stupéfiants : Évaluations des besoins du monde pour 2004 - Statistiques pour 2002*, 2004. Vienne (Autriche) : Organe international de contrôle des stupéfiants.

¹¹ Organe international de contrôle des stupéfiants, 2004.

¹² Sproule, B. *Document de discussion pour l'atelier national sur la prévention de la consommation nocive de psychotropes*, 2006. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale.

¹³ Rush, B. *Client characteristics and patterns of service utilization within Ontario's specialized addictions treatment agencies: A provincial report from DATIS*, 2002. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale.

¹⁴ Fischer, B., J. Rehm, J. Patra et M. Firestone-Cruz. Changes in illicit opioid use across Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 175, 2006, p. 1-3.

¹⁵ Rapport final du groupe de travail sur l'OxyContin, 2004.

-
- ¹⁶ Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Results from the 2004 National Survey on Drug Use and Health: National findings*, 2005. Rockville (MD) : Office of Applied Studies, SAMHSA. Disponible à <http://www.oas.samhsa.gov/nsduh/2k4nsduh/2k4results/2k4results.pdf>
- ¹⁷ Goodwin, R.D. et D.S. Hasin. Sedative use and misuse in the United States. *Addiction*, vol. 97, 2001, p. 555-562.
- ¹⁸ Sproule, B., 2006.
- ¹⁹ National Center on Addiction and Substance Abuse. “*You’ve got drugs!*”: *Prescription drug pushers on the Internet*, 2004. New York : National Center on Addiction and Substance Abuse, Université Columbia.
- ²⁰ General Accounting Office des États-Unis. *Prescription drugs: OxyContin abuse and diversion and efforts to address the problem*, 2003. Washington (DC) : General Accounting Office des États-Unis.
- ²¹ Hurwitz, W. The challenge of prescription drug misuse: A review and commentary, *Pain Medicine*, vol. 6(2), 2005, p. 152-161.
- ²² Sajan, A., T. Corneil et S. Grzybowski. The street value of prescription drugs. *Journal de l’Association médicale canadienne*, vol. 159, 1998, p. 139-142.
- ²³ Sajan, A. et coll., 1998.
- ²⁴ Rehm, R. et J. R. Weekes. Abus de médicaments d’ordonnance. Dans Centre canadien de lutte contre l’alcoolisme et les toxicomanies, *Toxicomanie au Canada : Enjeux et options actuels*, 2005. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l’alcoolisme et les toxicomanies.
- ²⁵ Egan, M., Y. Moride, C. Wolfson et J. Monette. Long-term continuous use of benzodiazepines in older adults in Quebec: Prevalence, incidence and risk factors. *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 48, 2000, p. 811-816.
- ²⁶ NIDA, 2005.
- ²⁷ Kelly, K.D., D.C. Voaklander, J.S. Pahal et P. Saar. Profile of inappropriate prescription drug use among British Columbia seniors (1991-2001). *Annals of Epidemiology*, vol. 15, 2005, p. 649.
- ²⁸ Cooperstock, R. Sex differences in psychotropic drug use, *Social Sciences and Medicine*, vol. 12B, 1978, p. 179-186.
- ²⁹ Wardman, D., N. Khan et N. el-Guebaly. Prescription medication use among an aboriginal population accessing addiction treatment, *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 47(4), 2002, p. 355-360. Disponible à <http://www.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2002/may/wardman.PDF>
- ³⁰ Drug Abuse Warning Network. *Drug abuse warning network, 2003: Interim national estimates of drug-related emergency department visits*, 2004. Rockville (MD) : Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies. Disponible à http://dawninfo.samhsa.gov/files/DAWN_ED_Interim2003.pdf
- ³¹ Simoni-Wastila, L. Gender and psychotropic drug use, *Medical Care*, vol. 36(1), 1998, p. 88-94. (résumé utilisé : <http://www.lww-medicalcare.com/pt/re/medcare/abstract.00005650-199801000-00010.htm?jsessionid=DPozqw1rPo2dgKaJgRohK9J2EnwNV2WFBImUDBo7jPcryH534iBr!-786779307!-949856145!9001!-1?index=1&database=ppvovft&results=1&count=10&searchid=1&nav=search>).
- ³² Potter, J.S., G. Hennessy, J.A. Borrow, S.F. Greenfield et R.D. Weiss. Substance use histories in patients seeking treatment for controlled-release oxycodone dependence, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 76, 2004, p. 213-215.
- ³³ National Institute on Drug Abuse. *Highlights of the National Institute on Drug Abuse’s 2005 Monitoring the Future Survey*, 2005. Bethesda (MD) : National Institutes of Health. Disponible à <http://www.nida.nih.gov/newsroom/05/NR12-19.html>
- ³⁴ Esteban McCabe, S., C.J. Teter, et C.J. Boyd. Illicit use of prescription pain medication among college students. *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 77, 2005, p. 37-47.
- ³⁵ Sung, H.E., L. Richter, R. Vaughan, P.B. Johnson et B. Thom. Nonmedical use of prescription opioids among teenagers in the United States: Trends and correlates. *Journal of Adolescent Health*, vol. 37, 2004, p. 44-51.
- ³⁶ Santé Canada et Centre canadien de lutte contre l’alcoolisme et les toxicomanies. *Cadre national d’action pour réduire les méfaits liés à l’alcool et aux autres drogues et substances au Canada, première édition, automne 2005*, 2005. Ottawa : Santé Canada.
- ³⁷ Santé Canada, 2004. *Vers un cadre d’évaluation du dossier électronique de santé : répertoire des initiatives concernant le dossier électronique de santé au Canada*. Disponible à http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/kdec/nf_eval/nf_eval3_f.html
- ³⁸ *Prescription Monitoring Act, Bill 107 (Nouvelle-Écosse)*. Disponible à http://www.gov.ns.ca/legislature/legc/bills/59th_1st/3rd_read/b107.htm
- ³⁹ Sproule, B., 2006.

-
- ⁴⁰ Cook, D.A. *Addiction and Medications*, 2004. Gouvernement de l'Alberta : Commission albertaine contre l'alcool et les toxicomanies. Disponible à http://corp.aadac.com/content/corporate/about_aadac/policies_medications_background.pdf
- ⁴¹ Régie de santé du Cap-Breton. *First annual report: Community partnership on prescription drug abuse 2004/05*, 2005. Disponible à <http://www.cbdha.nshealth.ca/bulletinboard/files5005/CommunityPartnershipAnnualReport2004-05.pdf>
- ⁴² Purdue Pharma. *Purdue Pharma implements national surveillance system to track diversion and abuse of controlled pain medications*, 2002. Disponible à <http://www.pharma.com/pressroom/news/oxycontinnews/20020627.htm>
- ⁴³ Weintraub, M., S. Singh, L. Byrne, K. Maharaj et L. Guttmacher. Consequences of the 1989 New York State triplicate benzodiazepine prescription regulations, *Journal of the American Medical Association*, vol. 266, 1991, p. 2392-2397 (résumé).
- ⁴⁴ Weekes, J. et L. Calvert. *Traitement factuel : information pour le fournisseur de services*, 2006. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
- ⁴⁵ Center for Substance Abuse Treatment. *OxyContin®: Prescription drug abuse*, 2001. Rockville (MD) : Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- ⁴⁶ Fischer et coll., 2006.
- ⁴⁷ Fishman, S.M., J.S. Papazian, S. Gonzalez, P.S. Riches et A. Gilson. Regulating opioid prescribing through prescription monitoring programs: Balancing drug diversion and treatment of pain, *Pain Medicine*, vol. 5(3), 2004, p. 309-324.
- ⁴⁸ Fishman, S.M. et coll., 2004.
- ⁴⁹ Schwartz H. An empirical review of the impact of triplicate prescription of benzodiazepines. *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 43, 1992, p. 382-5.
- ⁵⁰ Rapport final du groupe de travail sur l'OxyContin, 2004.
- ⁵¹ Mintzes, B. *Publicité directe aux consommateurs des médicaments d'ordonnance au Canada : Quelles en sont les conséquences sur la santé publique?*, 2006. Toronto : Conseil canadien de la santé. Disponible à http://healthcouncilcanada.ca/docs/papers/2006/hcc_dtc-advertising_200601_f_v6.pdf
- ⁵² Mintzes, B., 2006.
- ⁵³ Littlejohn, C., A. Baldacchino, F. Schifano et P. Deluca. Internet pharmacies and online prescription drug sales: A cross sectional study. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, vol. 12, 2005, p. 75-80.
-

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), l'organisme national canadien de renseignements sur les toxicomanies, a été établi en 1988 par une loi du Parlement. Le CCLAT regroupe les efforts nationaux visant à réduire les méfaits de l'alcoolisme et des toxicomanies sur la santé, la société et l'économie.

Pour plus de renseignements, veuillez communiquer avec :

Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies
Bureau 300, 75 rue Albert, Ottawa (Ontario) K1P 5E7
Tél. : 613-235-4048; téléc. : 613-235-8101. Visitez notre site Web à www.cclat.ca



ISBN 1-897321-56-2

Droit d'auteur © juin 2007—Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Tous droits réservés.