

ÉBAUCHE DE LA NOTIFICATION
DU RAPPORT SPÉCIALISÉ DE QUALITÉ
DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO

Ordonnances nouvelles d'opioïdes

...

Tendances en matière de prescription
d'ordonnances nouvelles d'opioïdes par
les médecins de famille, les chirurgiens
et les dentistes ontariens

**Qualité des services
de santé Ontario**

Améliorons notre système de santé



Ontario

Qualité des services



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 **www.hqontario.ca**

ISBN 978-1-4868-1248-6 (Imprimé)

ISBN 978-1-4868-1249-3 (PDF)

Citation suggérée : Qualité des services de santé Ontario. *Ordonnances nouvelle
d'opioïdes* : Tendances en matière de prescription d'ordonnances nouvelles
d'opioïdes par les médecins de famille, les chirurgiens et les dentistes ontariens.
Toronto : © Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2018.

Sur la couverture : Sheldon, courant sur un chemin juste à l'extérieur de Toronto.
Voir page 25 pour son histoire. Nous remercions Sheldon et les autres personnes
qui partagent avec nous leurs expériences dans le système de santé de l'Ontario.
(Photo de couverture par Roger Yip)



Ordonnances nouvelles d'opioïdes

La prescription d'opioïdes pour soulager la douleur est une pratique courante en Ontario et partout en Amérique du Nord. Après les États-Unis, le Canada est le deuxième plus grand utilisateur d'opioïdes d'ordonnance par habitant, sa population ayant consommé plus de 34 000 doses quotidiennes (100 mg d'équivalent morphine) d'opioïdes par tranche d'un million de personnes de 2013 à 2015, comparativement à 12 000 au Royaume-Uni, à 10 000 en Suède et à 1 200 au Japon.[1]

En Ontario, les « ordonnances nouvelles » d'opioïdes – c'est-à-dire les ordonnances visant des personnes auxquelles aucun opioïde n'a été prescrit au cours des six mois précédents – représentaient en 2016 environ 15 % de toutes les ordonnances d'opioïdes délivrées, soit environ 1,3 million d'ordonnances sur 8,3 millions (à l'exception des ordonnances destinées aux personnes aux soins palliatifs et des ordonnances de médicaments contre la toux qui contiennent des opioïdes). Une grande proportion de ces ordonnances nouvelles d'opioïdes avaient probablement pour but de traiter des problèmes de douleur aiguë, comme la douleur liée à la fracture d'un os, la douleur postopératoire ou la douleur dentaire, mais certaines pourraient aussi avoir été rédigées pour d'autres raisons, notamment l'amorce ou la reprise d'un traitement de la douleur chronique au moyen d'opioïdes.

Pourquoi mettre l'accent sur les ordonnances nouvelles d'opioïdes?

De nouvelles données probantes sur les opioïdes ont contribué à la formulation des recommandations canadiennes de 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse au Canada.[2] Qualité des services de santé Ontario a par la suite entrepris l'élaboration de trois normes de qualité – ensembles concis d'énoncés se fondant sur les meilleures données probantes disponibles et décrivant les caractéristiques des soins pour les patients souffrant de certains problèmes de santé – à venir sur la prescription d'opioïdes en Ontario. Portant sur la douleur aiguë, la douleur chronique et le trouble de consommation d'opioïdes, ces normes sont conformes aux recommandations canadiennes.[3]

Les recommandations canadiennes et les normes de qualité soulignent toutes deux l'importance qui doit être accordée aux ordonnances nouvelles d'opioïdes pour améliorer les pratiques en matière de prescription. Le présent rapport met l'accent sur les ordonnances nouvelles d'opioïdes et vise à faire en sorte que les prescripteurs et les patients puissent réfléchir à la possibilité de recourir à des traitements non opioïdes ou à celle de réduire la posologie ou la durée avant de commencer un traitement aux opioïdes afin de prévenir une consommation à long terme pouvant avoir de graves inconvénients.[4]

Les ordonnances pour les personnes qui consomment déjà des opioïdes – généralement pour le soulagement de la douleur persistante – soulèvent des préoccupations importantes qui leur sont propres et nécessitent une étude plus approfondie.



Plus de prescriptions d'opioïdes pour de plus petites quantités d'opioïdes pourrait être un bon signe

Environ une personne sur sept en Ontario, soit 1,6 million de personnes, a fait délivrer au moins une ordonnance pour un opioïde en 2016. Le nombre total d'ordonnances d'opioïdes délivrées a augmenté presque de 8,3 millions en Ontario (à l'exception des ordonnances destinées aux personnes aux soins palliatifs et des ordonnances de médicaments contre la toux), ce qui représente une hausse de plus de 500 000 ordonnances rédigées au cours des trois dernières années.

Selon un rapport récent de l'Ontario Drug Policy Research Network, cette augmentation peut être un signe que les prescripteurs sont désormais plus prudents en matière de prescription, en écrivant plus de prescriptions, mais pour une durée moyenne plus courte.[5] Il est important de prescrire des opioïdes pour de plus courtes durées, car les ordonnances correspondant à moins de sept jours de traitement peuvent réduire la probabilité d'une utilisation continue et le risque d'inconvénients.[6]

Équilibrer les avantages potentiels et les inconvénients

Dans certains cas, les opioïdes sont la meilleure option de traitement. En particulier, les opioïdes jouent un rôle important dans la prise en charge de la douleur chez les personnes qui reçoivent des soins palliatifs. Les patients doivent discuter avec médecin, chirurgien, leur infirmière ou infirmier praticien ou leur dentiste de la stratégie de traitement de la douleur convenant le mieux pour eux. Cependant, nos connaissances au sujet des inconvénients possibles des opioïdes ont considérablement augmenté au cours des dernières années. Bon nombre des personnes à qui des opioïdes sont prescrits éprouvent des effets secondaires et certaines développent un trouble de consommation d'opioïdes (utilisation problématique des opioïdes qui entraîne une détresse ou un dysfonctionnement important).

Surtout, la toxicité des opioïdes est une cause de plus en plus courante de décès. En 2016, 867 personnes en Ontario sont décédées en raison de la toxicité des opioïdes, un nombre en hausse par rapport aux 366 décès similaires en 2003. [7] Les consultations aux services des urgences liées aux opioïdes ont plus que doublé, passant de 1 858 en 2003 à 4 427 en 2016. [8] Bien que de nombreux décès impliquent des opioïdes provenant de la rue, les patients traités par des médecins qui prescrivent des opioïdes représentent souvent une proportion beaucoup plus élevée de décès liés aux opioïdes que les

patients traités par des médecins qui prescrivent des opioïdes moins fréquemment. [9] Faire preuve de prudence en matière de prescription d'opioïdes ne constitue que l'un des aspects des mesures à prendre pour s'attaquer à ce problème complexe. Les autres aspects comprennent un meilleur dépistage et un meilleur traitement des troubles de consommation d'opioïdes, une réduction des inconvénients, la tenue d'activités de prévention des surdoses et une amélioration de l'accès à d'autres traitements pour soulager la douleur.

Ordonnances – ce que nous avons examiné

Les données sur les ordonnances nouvelles – c'est-à-dire les ordonnances visant des personnes auxquelles aucun opioïde n'a été prescrit au cours des six mois précédents – rapportées dans le présent document proviennent du Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées, qui recueille des renseignements sur les ordonnances d'opioïdes délivrées dans les pharmacies en Ontario. Ce système ne collecte pas les données sur les ordonnances délivrées dans les pharmacies des hôpitaux ou des prisons ni sur les opioïdes vendus dans la rue.

QSSO exclu les ordonnances de méthadone et de buprénorphine/naloxone – des opioïdes utilisés pour traiter le trouble de consommation d'opioïdes – ainsi que les ordonnances de médicaments contre la toux et les ordonnances destinées aux personnes aux soins palliatifs.

Ces types d'ordonnances sont également exclus des recommandations principales formulées dans les normes de qualité relative à la prescription d'opioïdes pour la douleur aiguë et chronique en cours d'élaboration.

Qui prescrit des opioïdes en Ontario?

Environ 44 000 professionnels des soins de santé en Ontario ont prescrit des opioïdes en 2016. Nous avons étudié les ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées par les trois groupes responsables de la plus grande part de celles-ci, soit les médecins de famille, les chirurgiens et les dentistes. Combinés, les professionnels de ces trois groupes ont rédigé 86 % des ordonnances nouvelles d'opioïdes délivrées en 2016.

Le groupe des médecins de famille comprend les médecins qui affirment avoir la médecine familiale comme spécialisation principale. Bien qu'il existe au sein de ce groupe un éventail varié de pratiques, le présent rapport ne s'attarde pas à la manière dont les habitudes de prescription peuvent différer entre les différents types de pratique. Ceux-ci comprennent les médecins généralistes, les médecins qui prodiguent des soins primaires à un large groupe de patients, mais aussi les médecins de famille qui fournissent des soins spécialisés dans un domaine en particulier, comme la médecine d'urgence, l'anesthésie, la pédiatrie, la gériatrie, et la médecine sportive.

Les « autres médecins » correspondent à une variété de spécialités, comme la médecine interne et la psychiatrie, au sein desquelles le nombre de fournisseurs ou le volume d'ordonnances d'opioïdes était trop petit pour qu'il soit possible d'en tirer des données significatives individuellement. Cette catégorie comprend également les médecins dont l'information sur la spécialité était manquante, possiblement parce qu'ils n'avaient pas encore déclaré celle-ci. Il est possible qu'une certaine proportion de médecins de famille et de chirurgiens soient inclus dans ce groupe.

Les habitudes de prescription d'opioïdes dans les services des urgences sont une source de préoccupation importante. Toutefois, il est impossible de rendre compte avec précision de ces habitudes au moyen des données actuelles, puisque de nombreux médecins travaillant dans les services des urgences ont indiqué avoir une spécialité primaire appartenant à un autre domaine, comme la médecine familiale. Des travaux sont en cours afin d'améliorer l'utilisation des données disponibles et de mieux comprendre les habitudes de prescription des opioïdes dans les services des urgences.

Les infirmières et infirmiers praticiens, inclus dans le groupe « autres non-médecins », représentaient environ 2 % (soit 938) du nombre total des prescripteurs en 2016 et n'étaient autorisés à prescrire que du tramadol et du tapentadol. Le nombre d'infirmières et infirmiers praticiens qui prescrivent des opioïdes augmentera probablement dans un proche avenir, car les

normes de pratique en matière de prescription pour ce groupe de professionnels de la santé ont été élargies en 2017 de manière à inclure tous les opioïdes. [10]

Tableau 1 : Prescripteurs d'opioïdes en Ontario, 2016

Type de prescripteurs	Nombre de prescripteurs*
Médecins de famille**	15 423
Dentistes	7 293
Chirurgiens	4 212
Autres médecins***	15 571
Autres professionnels non-médecins****	1 448
Total	43 947

Source: Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées, 2016.

*Ces chiffres correspondent aux prescripteurs qui ont prescrit un opioïde à au moins un patient ne faisant pas l'objet de soins palliatifs au cours des 12 mois précédents. Cela exclut également les prescripteurs qui ne prescrivent que des médicaments contre la toux contenant des opioïdes.

**La catégorie des « médecins de famille » comprend les médecins généralistes.

***La catégorie des « autres médecins » comprend les médecins pratiquant la médecine interne, la psychiatrie et d'autres spécialités médicales, ainsi que les médecins pratiquant la médecine de famille et la chirurgie, mais auxquels n'est associé aucun code de spécialité dans les données de l'ICES (p. ex., les nouveaux médecins).

****Des exemples de professions incluses dans la catégorie « autres non-médecins » comprennent les infirmières et les pharmaciens.

Aperçu du nombre de prescripteurs

Sur approximativement 1,3 million d'ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées en Ontario en 2016, les médecins de famille ont prescrit près de la moitié de ce nombre, alors que les chirurgiens en ont prescrit environ le cinquième et les dentistes moins d'un cinquième.

En ce qui concerne la proportion des ordonnances nouvelles prescrites par chaque type de prescripteurs d'opioïdes, environ 1 ordonnance d'opioïdes sur 10 rédigées par un médecin de famille en 2016 était nouvelle, tandis que plus de la moitié des ordonnances d'opioïdes rédigées par des chirurgiens et près des trois quarts de celles rédigées par des dentistes étaient nouvelles.

Tableau 2 : Ordonnances nouvelles d'opioïdes, ordonnances délivrées et pourcentage des ordonnances qui étaient nouvelles, par type de fournisseurs, en 2016

Type de prescripteurs	Ordonnances nouvelles	Nombre total d'ordonnances remplies*	Pourcentage des ordonnances qui étaient nouvelles
Médecins de famille	600 549	6 882 720	8,7 %
Chirurgiens	275 778	492 729	56,0 %
Dentistes	222 001	298 722	74,3 %
Autres médecins	172 084	584 561	29,4 %
Autres professionnels non-médecins	5 108	19 058	26,8 %
Total	1 275 520	8 277 790	15,4 %

*Les ordonnances destinées à des patients aux soins palliatifs, les ordonnances d'opioïdes pour le soulagement de la toux et les ordonnances de méthadone et de buprénorphine/naloxone pour traiter le trouble de consommation d'opioïdes sont exclues.



Quatre domaines d'intérêt

Afin de mieux comprendre les enjeux liés aux ordonnances nouvelles d'opioïdes en Ontario, nous examinons les pratiques en matière de prescription des médecins de famille, des chirurgiens et des dentistes en mettant l'accent sur des domaines où, selon les données probantes disponibles, des améliorations sont possibles :

1. Les ordonnances nouvelles d'opioïdes, tendances au fil du temps
2. Les ordonnances nouvelles d'opioïdes avec une posologie élevée (plus de 90 mg d'équivalent morphine)
3. Les ordonnances nouvelles d'hydromorphone et de tramadol
4. Les ordonnances nouvelles d'opioïdes pour plus de 7 jours

Nous examinons également les variations régionales entre les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) lorsque celles-ci sont marquées.

N°1



Il y a eu près de 1,3 million de nouveaux départs d'ordonnances d'opioïdes en Ontario en 2016

Les nouvelles mises en marché d'opioïdes ont légèrement diminué en 2016 par rapport à 2013, d'environ 25 000, ou 2%.

Des presque 8,3 millions d'ordonnances d'opioïdes délivrées en 2016 pour des patients qui ne sont pas aux soins palliatifs, près de 1,3 million (environ 1 sur 6) étaient destinées à des personnes auxquelles n'avait été prescrit aucun opioïde par un prescripteur en Ontario au cours des six mois précédents.

Le nombre d'ordonnances nouvelles d'opioïdes est passé de 1 300 127 en 2013 à 1 275 520 en 2016, et le taux d'ordonnances nouvelles par tranche de 10 000 habitants a également diminué à 912 par 10 000 personnes en 2016 par rapport à 959 par 10 000 personnes en 2013.

Tableau 3 : Ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées en Ontario, de 2013 à 2016

Année	Nombre ordonnances nouvelles	Taux par tranche de 10 000 personnes
2013	1 300 127	959
2014	1 307 530	955
2015	1 299 551	942
2016	1 275 520	912



Médecins de famille

Le nombre d'ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées par des médecins de famille a diminué de 9 % entre 2013 et 2016.



Chirurgiens

Le nombre d'ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées par des chirurgiens a diminué de 5 % entre 2013 et 2016.

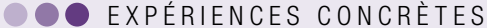


Dentistes

Le nombre d'ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées par des dentistes est demeuré relativement constant entre 2013 et 2016.



*« C'est difficile, parce que
tout ce que nous essayons
de faire, c'est de composer
avec la douleur. »*

 EXPÉRIENCES CONCRÈTES

Faire une chute et se relever

Sara, une étudiante universitaire à Vaughan, raconte son parcours douloureux, la stigmatisation des opioïdes et son retour sur les bancs d'école et auprès de ses amis

Ce n'était qu'une pratique de balle molle comme les autres. Debout près du deuxième but, Sara, âgée de 15 ans à l'époque, a vu son coéquipier frapper un bon coup en flèche. Avant qu'elle ait pu lever son gant, la balle a directement volé dans son orbite gauche. Elle n'a même pas eu le temps de fermer son œil. À l'hôpital, les médecins ont dit à Sara que son œil avait subi des dommages importants, et que son orbite, ainsi que le long du côté supérieur gauche de son visage, avaient été fracturés à plusieurs endroits.

Le premier départ

Les fractures guérissaient au-dessus du nerf, ce qui causait de la douleur qui irradiait du dessous de son œil jusque dans sa mâchoire, son oreille, son cuir chevelu et sous ses yeux. Elle a pris du Tylenol 3, qui contient la codéine opioïde, à l'hôpital cette nuit-là et le médecin du service des urgences de l'hôpital lui a prescrit ce même médicament pendant sept jours. « Je crois qu'ils n'étaient pas à l'aise de prescrire autre chose », dit-elle. Les fractures devaient

prendre six semaines pour guérir complètement. « C'est pour cette raison, indique Sara, qu'ils ont dit que je ne pourrais prendre qu'Advil. J'ai commencé à prendre Advil en quantités extrêmes, ce qui m'a causé un ulcère. »

Environ six mois plus tard, la blessure de Sara lui causait une douleur continue. Elle s'est rendue à une clinique de prise en charge de la douleur à Toronto, où elle a pu essayer différents médicaments, y compris des médicaments pour les nerfs, des AINS et des opioïdes. « À ce stade, mes parents et mes médecins m'ont donné des avertissements très clairs sur les voies que vous pourriez emprunter en étant dépendant aux opioïdes, a précisé Sara. Au début, je considérais la prise d'opioïdes comme un échec, comme si je n'étais pas capable de gérer ma douleur de manière appropriée. » Puisque cette blessure causait essentiellement une douleur névralgique, Sara indique que les opioïdes ne la soulageaient jamais vraiment, donc les médecins ont décidé qu'il ne valait pas la peine de poursuivre ce type de traitement.

Intervention chirurgicale

En 2011, Sara a subi une intervention chirurgicale afin de retirer les fragments d'os qui lui comprimaient le nerf au-dessus de l'œil. À l'hôpital, on lui a administré de l'hydromorphone pour soulager la douleur. « Cette intervention m'a causé des douleurs extrêmement intenses », dit-elle. Sara a quitté l'hôpital avec une prescription d'opioïdes, de l'hydromorphone, pour quelques jours.

Trois ans plus tard, en 2014, on a prescrit à Sara des opioïdes à la suite d'une intervention chirurgicale visant à retirer une tumeur bénigne près de son œil qui la faisait beaucoup souffrir. À ce moment-là, elle a pris des cachets d'hydromorphone pendant environ six semaines, comprimés qui avaient d'abord été prescrits par le chirurgien pendant deux semaines, puis par le médecin à la clinique de prise en charge de la douleur de l'hôpital. Elle a suivi un calendrier afin de réduire prudemment sa dose quotidienne à la fin de l'ordonnance. Elle a brièvement pris des opioïdes peu après, soit après avoir effectué quatre obturations

chez le dentiste qui ont réveillé la douleur dans son visage à la suite de sa blessure subie durant la pratique de balle molle. Le dentiste lui a prescrit du Tylenol 3 pour quelques jours.

Faire une chute

L'année suivante, en 2015, Sara a glissé et a fait une chute alors qu'elle se promenait, se blessant gravement au bas du dos. Le médecin du service des urgences lui a prescrit du Percocet pour quelques jours. Après la douleur initiale découlant de la blessure, Sara continuait à aggraver l'état de son dos tous les quatre ou cinq mois. «Je n'avais qu'à soulever mon sac d'une drôle de manière et la douleur qui s'ensuivait était telle que je me couchais sur le dos», dit-elle.

La douleur, a déclaré Sara, s'emparait d'elle de différentes façons. Elle éprouvait constamment une douleur névralgique le long de ses jambes, dans ses pieds et dans ses orteils, une douleur qui ressemblait à une profonde oppression. Parfois, ses jambes s'engourdisaient. Et puis, elle ressentait une profonde douleur dans ses os, «comme si quelqu'un martelait son dos à chaque pas». Après deux années de douleur intermittente, Sara a subi une intervention à la colonne vertébrale durant l'été de 2017. Lorsqu'elle s'est réveillée après l'intervention, elle éprouvait une douleur extrême et on lui a administré quelques opioïdes pendant son séjour à l'hôpital.

«Ma douleur était incontrôlable. C'était tellement douloureux que je pensais que j'allais m'évanouir. C'était un véritable cauchemar.»

Lorsqu'elle a obtenu son congé, on lui a prescrit des opioïdes pour deux jours. «À partir de ce moment-là, nous avons dû faire une visite d'urgence à la clinique de mon médecin de famille et lui demander de nous aider à prendre des antidouleurs et à prendre les médicaments nécessaires pour nous rendre à notre clinique de traitement de la douleur», explique Sara. C'était une période très, très difficile. Ma douleur était très incontrôlable. C'était tellement douloureux que je pensais que j'allais m'évanouir. C'était un véritable cauchemar.»

À la clinique de prise en charge de la douleur de l'hôpital, on a prescrit des opioïdes à Sara, et celle-ci a également eu accès à un physiothérapeute et à un psychologue qui lui ont permis d'améliorer les trois aspects à l'égard desquels elle éprouvait des difficultés : la mobilité, la douleur et les émotions. «Le stress et l'anxiété peuvent aggraver la douleur, a précisé Sara. C'est vraiment facile de se sentir déprimé dans ces situations. Chaque

jour, j'essaie de rester positive et d'examiner le chemin parcouru. Bien que je me sente déprimée jusqu'à maintenant, je remonte la pente.» Sara, qui était dans un fauteuil roulant après l'intervention chirurgicale, se demandait si elle pourrait un jour marcher de nouveau.

Se relever

Lorsqu'elle a enfin pu faire dix pas, elle a constaté à quel point elle était tombée de haut par rapport à son ancienne vie active. Elle a pensé à la manière dont elle a dû quitter l'école, un milieu qui constituait une grande partie de son identité, ainsi qu'aux amis qu'elle avait perdus. «J'étais une personne qui se déplaçait là où elle le voulait, qui travaillait et qui se sentait apte et intelligente, puis je suis devenue lente et embrouillée. Tout le monde continuait sa vie et moi, ma vie était sur pause.»

L'état de Sara s'est amélioré, et elle a réduit la quantité d'opioïdes qu'elle prend. «Je travaille fort dans le cadre de solutions non

pharmaceutiques pour passer au travers de ce que je vis. Je prends du mieux et j'en suis tellement reconnaissante. Ma famille a été incroyable tout au long de ce processus. Je lui suis très reconnaissante, donc je fais de mon mieux pour être positive.» L'objectif de Sara pour l'avenir est de cesser toute utilisation d'opioïdes.

Aider

Il y a une stigmatisation associée aux opioïdes, a déclaré Sara, surtout lorsqu'on est un jeune qui se fie à ces médicaments pour retourner à l'école et continuer sa vie. «Et ce n'est pas seulement avec mes médecins, mais aussi avec ma famille, le gouvernement... Il existe une stigmatisation systémique des utilisateurs d'opioïdes, alors que tout ce que nous tentons de faire, c'est de composer avec la douleur.» Partout vers qui Sara et sa mère se sont tournées, elles ont fait face à des questions au sujet de la raison pour laquelle le médicament était nécessaire, ainsi qu'à propos des doses. «Il devait exister un certain médecin prêt à prendre le risque pour vous afin de donner cette ordonnance, a précisé Sara. La meilleure chose que le système de soins de santé peut faire pour nous, c'est nous aider, et c'est exactement ce qu'il est censé faire.»

N°2



Les ordonnances nouvelles d'opioïdes avec une posologie élevée rédigée par des chirurgiens varient énormément entre les régions des RLISS.

La variation régionale quant à la proportion des ordonnances nouvelles d'opioïdes qui prescrivent une dose dépassant 90 mg d'équivalent morphine rédigées en 2016 par des chirurgiens allait de **3,0 %** dans la région du RLISS du Nord-Ouest à **11,8 %** dans la région du RLISS de Champlain. Une certaine variation entre les régions des RLISS a également été observée chez les médecins de famille et les dentistes.

Environ 3,4 % (42 111) de l'ensemble des ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées en Ontario en 2016 prescrivait une dose supérieure à 90 mg d'équivalent morphine et 16 % (197 169) une dose de 51 à 90 mg d'équivalent morphine.

Tableau 4 : Nombre et pourcentage des ordonnances nouvelles* d'opioïdes prescrivant une dose supérieure à 90 mg d'équivalent morphine par type de prescripteurs en Ontario, en 2016

Prescripteurs	Ordonnances nouvelles prescrivant une dose supérieure à 90 mg d'équivalent morphine	Nouveau départ avec un dosage enregistré	Pourcentage des ordonnances nouvelles prescrivant une dose supérieure à 90 mg d'équivalent morphine
Tous les prescripteurs	42 111	1 232 387	3,4 %
Médecins de famille	9 704	577 533	1,7 %
Chirurgiens	21 297	265 643	8,0 %
Dentistes	1 515	219 853	0,7 %

*Remarque: Exclut les nouveaux départs qui n'ont pas enregistré de dosage (équivalent morphine).



Pourquoi est-il important de s'intéresser aux ordonnances nouvelles d'opioïdes pour une dose élevée?

Il a été démontré qu'une ordonnance nouvelle d'opioïdes pour une dose supérieure à 90 mg d'équivalent morphine accroît le risque de décès par intoxication par rapport à une ordonnance avec une posologie d'une dose moins élevée. Une ordonnance nouvelle prescrivant une dose supérieure à 50 mg d'équivalent morphine augmente aussi le risque de décès par rapport à une posologie plus faible.[11]



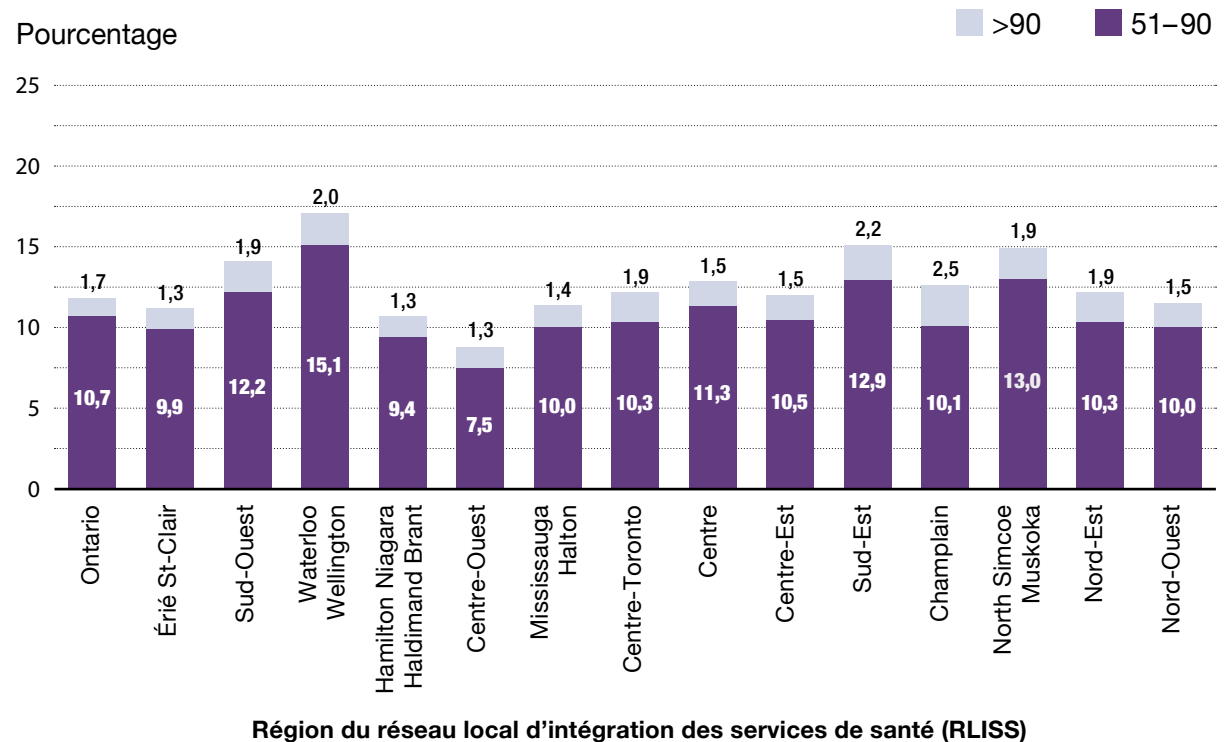
Médecins de famille

De l'ensemble des ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées par des médecins de famille en 2016, 9 704 (1,7 %) prescrivaient une dose supérieure à 90 mg d'équivalent morphine. Il s'agit d'une diminution par rapport à 12 556 en 2013, soit 2 % de l'ensemble des ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées cette année-là.

En 2016, les médecins de famille ont rédigé 61 706 (soit 10,7 % du total) ordonnances nouvelles d'opioïdes prescrivant une dose de 51 à 90 mg d'équivalent morphine. Il s'agit également d'une diminution par rapport à 76 740 en 2013, soit 12,1 % de l'ensemble des ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées cette année-là.

On observe une variation entre les régions des RLISS concernant le pourcentage des ordonnances nouvelles d'opioïdes prescrivant une dose supérieure à 90 mg d'équivalent morphine rédigées par des médecins de famille en 2016 allant de 1,3 % dans les RLISS d'Érié St-Clair, de Hamilton Niagara Haldimand Brant et du Centre-Ouest, à 2,5 % dans le RLISS de Champlain. La variation entre les régions des RLISS concernant le pourcentage des ordonnances nouvelles d'opioïdes prescrivant

FIGURE 1 : Proportions des ordonnances nouvelles d'opioïdes prescrivant une dose supérieure à 90 mg ou se situant entre 51 à 90 mg d'équivalent morphine rédigées par des médecins de famille, par RLISS, en 2016



une dose de 51 à 90 mg d'équivalent morphine se situait quant à elle à entre 7,5 % dans le RLISS du Centre-Ouest et 15,1 % dans le RLISS de Waterloo Wellington.



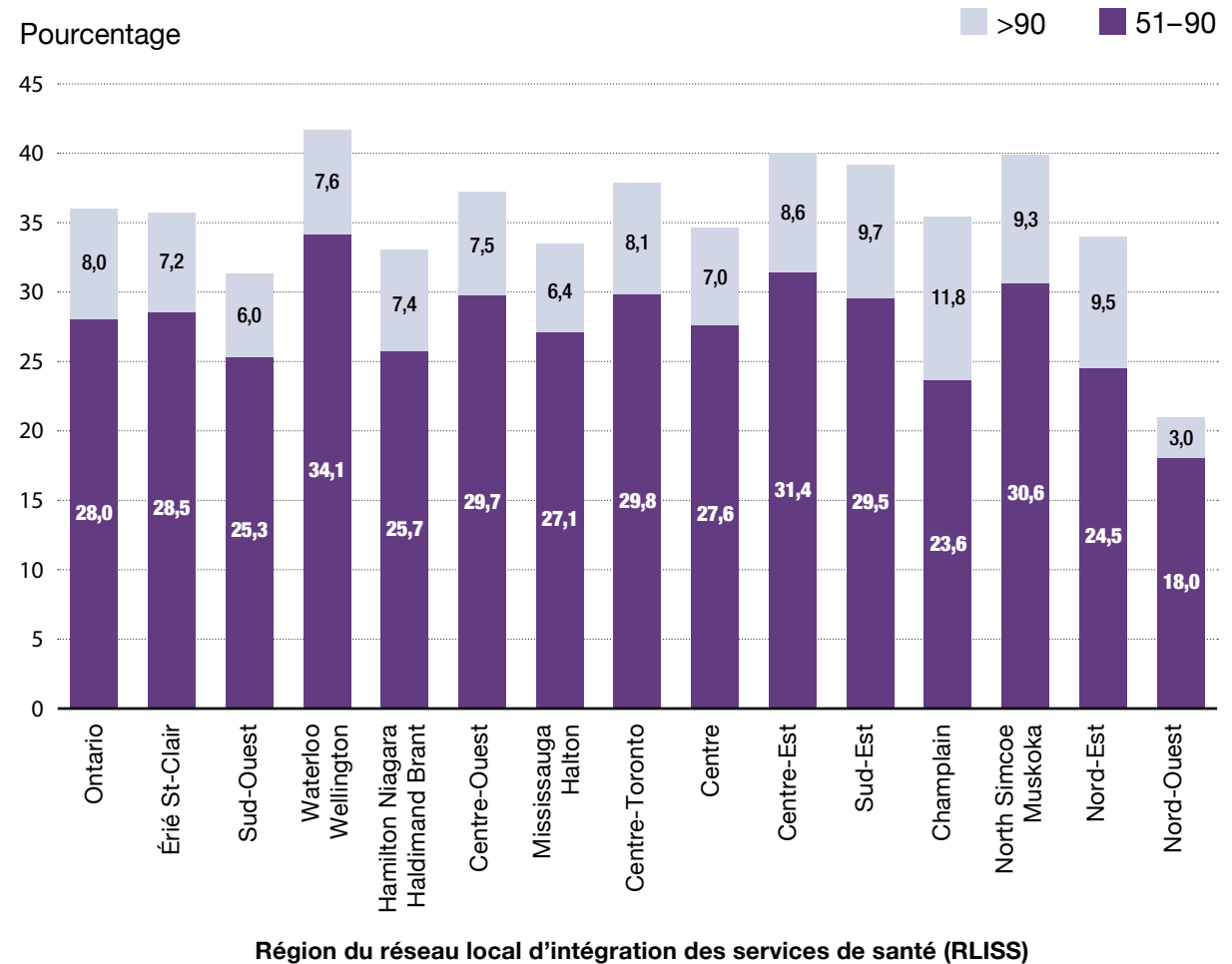
Chirurgiens

De l'ensemble des ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées par des chirurgiens en 2016, 21 297 (8 %) prescrivait une dose supérieure à 90 mg d'équivalent morphine. Il s'agit d'une augmentation par rapport à 19 956 en 2013, soit 7,1 % de l'ensemble des ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées cette année-là.

Le nombre d'ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées par des chirurgiens prescrivant une dose de 51 à 90 mg d'équivalent morphine en 2016 s'est élevé à 74 318, ce qui représente une baisse par rapport à 80 092 en 2013, alors que la proportion des ordonnances nouvelles d'opioïdes prescrivant ce dosage est quant à elle demeurée stable entre 2013 et 2016, soit à environ 28 %.

La variation entre les régions des RLISS concernant la proportion des ordonnances nouvelles d'opioïdes prescrivant une dose supérieure à 90 mg d'équivalent morphine rédigées en 2016 allait de 3 % dans la région du RLISS du Nord-Ouest à 11,8 % dans la région du RLISS de Champlain, et celle touchant la proportion des ordonnances nouvelles d'opioïdes prescrivant une dose de 51 à 90 mg se situait

FIGURE 2 : Proportions des ordonnances nouvelles d'opioïdes prescrivant une dose supérieure à 90 mg ou se situant entre 51 à 90 mg d'équivalent morphine rédigées par les chirurgiens, par RLISS, en 2016



entre 18 % dans la région du RLISS du Nord-Ouest et 34,1 % dans la région du RLISS de Waterloo Wellington



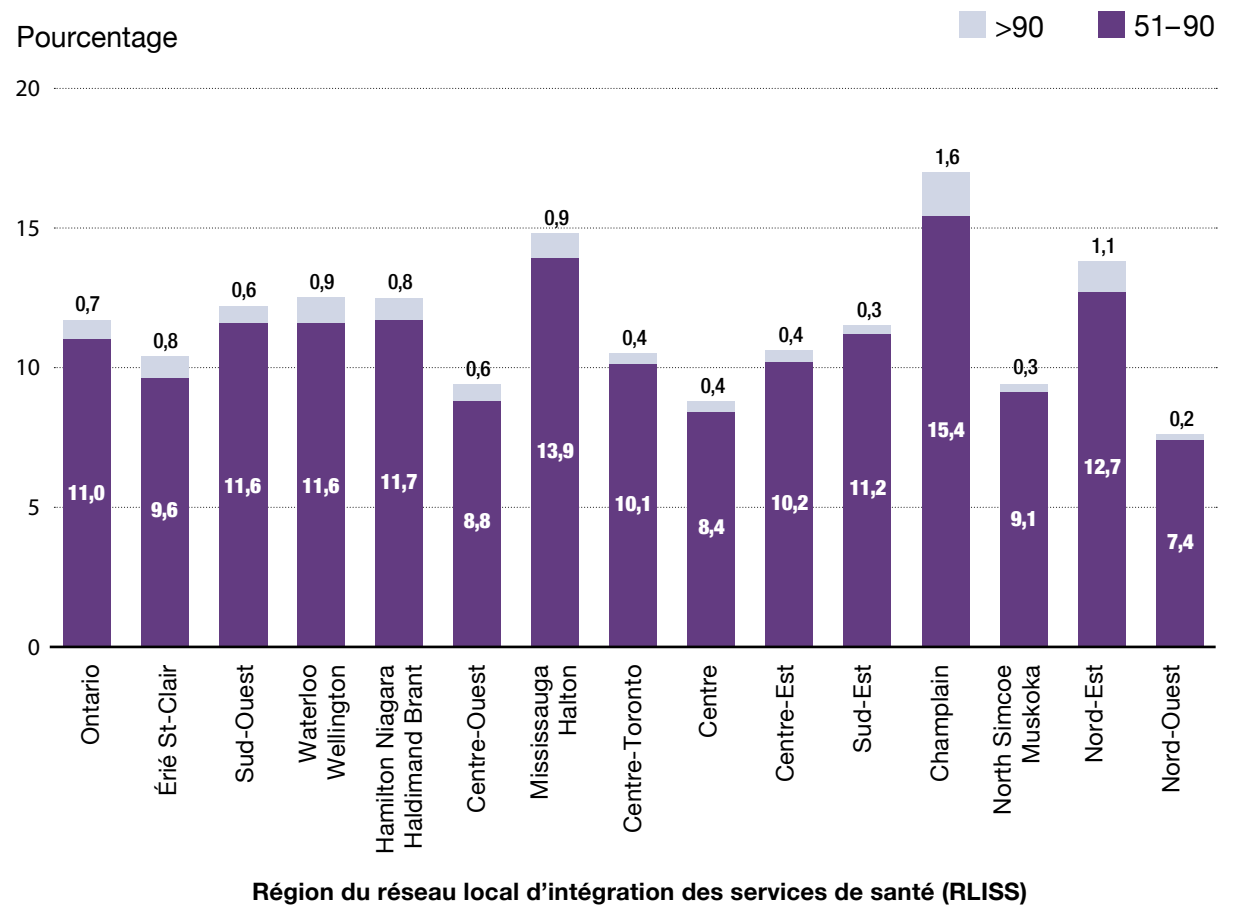
Dentistes

Il y a eu relativement peu d'ordonnances nouvelles d'opioïdes prescrivant une dose supérieure à 90 mg d'équivalent morphine rédigées par des dentistes en 2016, soit 1 515, ce qui représente une baisse par rapport à 1 995 en 2013 et constitue un faible 0,7 % du total des ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées par ce type de prescripteurs.

Le nombre d'ordonnances nouvelles d'opioïdes prescrivant une dose de 51 à 90 mg d'équivalent morphine rédigées en 2016 par des dentistes était cependant de 24 215, soit 11,0 % du total des ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées par ce type de prescripteurs, ce qui représente une baisse par rapport à une proportion de 26 256 ou 11,9% en 2013.

La variation entre les régions des RLISS concernant la proportion des ordonnances nouvelles d'opioïdes prescrivant une dose supérieure à 90 mg d'équivalent morphine rédigées en 2016 allait de 0,2 % dans la région du RLISS du Nord-Ouest à 1,6 % dans la région du RLISS de Champlain, et celle touchant la proportion des ordonnances nouvelles d'opioïdes prescrivant une dose de 51 à 90 mg se situait quant à elle entre 7,4 % dans la région du RLISS du Nord-Ouest et 15,4 % dans la région du RLISS de Champlain.

FIGURE 3 : Proportions des ordonnances nouvelles d'opioïdes prescrivant une dose supérieure à 90 mg ou se situant entre 51 à 90 mg d'équivalent morphine rédigées par des dentistes, par RLISS, en 2016



*«Lorsque vous commencez
un traitement aux opioïdes,
vous devez savoir
comment le cesser.»*



Photo de Dr Hance Clarke
prise par Roger Yip.

●●● EXPÉRIENCES CONCRÈTES

Prise en charge de la douleur

Le Dr Hance Clarke, directeur d'un programme sur la douleur passagère dans un hôpital de Toronto, décrit certaines stratégies en matière de prise en charge de la douleur et de prescription d'opioïdes

Trois types de réactions

« Vous réagissez de l'une des trois manières suivantes lorsque vous prenez des opioïdes : "C'est dégoûtant, je suis malade et je vomis." "Ils réduisent ma douleur, c'est un bon choix." Et puis il y a cette réaction : "Je me sens tellement bien", et pour ce groupe de patients, même lorsque de faibles doses sont administrées, il est parfois difficile pour bon nombre d'entre eux d'arrêter. Vous commencez à voir les prescripteurs élaborer une stratégie pour déterminer les personnes à risque dans ce troisième groupe. Votre patient présente-t-il des antécédents d'anxiété ou de dépression? Combien de verres consomme-t-il par semaine? Quelle est l'intensité de sa douleur? Dans quelle mesure la douleur nuit-elle à sa vie? Les prescripteurs doivent comprendre le sous-ensemble de la population qui est à risque de persister à utiliser les médicaments opioïdes de manière inappropriée, et celui pour qui le recours aux opioïdes est bénéfique. »

« Dans quelle mesure est-il facile pour les personnes faisant partie des deux premiers

groupes de cesser de prendre des opioïdes? La facilité de la cessation est généralement liée à la dose. Nous faisons un bon travail en matière de prescription, mais pas autant que si l'on décrivait les conséquences potentielles et leur gestion. »

Ordonnances nouvelles d'opioïdes

Quand il s'agit du médecin de famille, en se fondant sur les données, il semble que nous ayons mis sur pied une pratique dans le cadre de laquelle nous traitons parfois la douleur chronique [à long terme] de la façon dont nous traitons la douleur aiguë [soudaine]. Je crois que les médecins de soins primaires devraient faire de leur mieux pour cesser de prescrire des opioïdes pour soulager la douleur chronique comme traitement de premier recours. En se fondant sur des lignes directrices, comme celles de la Société canadienne de la douleur sur la douleur neuropathique, on peut prescrire des ordonnances nouvelles d'autres catégories de médicaments aux patients et reléguer la prescription de médicaments opioïdes à l'arrière-plan. La nécessité de prescrire des opioïdes peut

être réévaluée en se fondant sur la réaction du patient. »

« En examinant la variation et la complexité des interventions chirurgicales, on observe un grand écart dans les pratiques de prescription postopératoire des chirurgiens. Certains chirurgiens ne prescrivent que le Tylenol 3 [à base d'opioïdes contenant de la codéine], alors que d'autres donnent congé aux patients et leur prescrivent de l'hydromorphone. Du point de vue de la réduction des préjudices, il y a des raisons de remettre ces pratiques en question. La meilleure solution est peut-être de donner congé aux patients et de leur prescrire un opioïde moins puissant s'il est approprié de le faire d'un point de vue clinique. »

« Du point de vue des dentistes et des chirurgiens dentistes, à l'exception d'à la suite d'une chirurgie maxillo-faciale [comme une opération pour une mâchoire fracturée] ou d'une reconstruction faciale, est-il nécessaire de prescrire des opioïdes? Il existe des médicaments anti-inflammatoires très efficaces et puissants qui, utilisés conjointement avec

l'acétaminophène, peuvent gérer efficacement la douleur à la suite d'extractions dentaires et de traitements de canal. Dans ces situations, on devrait éviter d'utiliser des opioïdes dans la mesure du possible. »

Un plan pour la cessation

« Une discussion éclairée sur les risques associés aux opioïdes, ainsi que sur le sevrage de votre médicament, doit avoir eu lieu au moment de prescrire des opioïdes. La complication rare, mais la plus grave, est que vous pourriez mourir à la suite d'une dépression respiratoire. Vous pourriez également développer une tolérance physiologique et devoir en utiliser à long terme. Lorsque vous commencez un traitement aux opioïdes, vous devez savoir comment l'abandonner. Même si vous utilisez des opioïdes pendant deux semaines, vous pourriez ressentir certains symptômes de sevrage lors de l'arrêt. »

Autres options

« Lorsqu'il s'agit de traiter des douleurs chroniques, nous devons nous assurer que nous commençons par envisager l'utilisation de traitements non pharmacologiques et non opioïdes avant de suggérer un médicament opioïde. Les possibilités sont nombreuses – massage, physiothérapie, glace, chaleur, acétaminophène, relaxants musculaires, anticonvulsivants, antidépresseurs, cannabinoïdes – certaines sont couvertes par le gouvernement à l'heure actuelle, alors que d'autres ne le sont pas. Plus important encore, il ne faut pas oublier de mentionner les répercussions psychologiques pour les personnes qui présentent des douleurs chroniques, ainsi que le rôle de la psychothérapie et des interventions en santé mentale. Les patients découvrent souvent qu'une fois qu'ils ajoutent plusieurs traitements non opioïdes, ils contrôlent encore mieux leur douleur et améliorent leur qualité de vie. »

N°3

Les ordonnances nouvelles d'hydromorphone et de tramadol sont en augmentation.

Le nombre d'ordonnances nouvelles d'hydromorphone rédigées par des médecins de famille est passé d'environ **41 000 en 2013** à plus de **60 000 en 2016**, et celui des ordonnances du même type rédigées des chirurgiens est passé d'environ **26 000 en 2013** à près de **34 000 en 2016**. Le tramadol a également connu une hausse, tandis que le nombre d'ordonnances nouvelles pour la plupart des autres d'opioïdes a diminué ou est en grande partie demeuré stable.

La proportion des ordonnances nouvelles d'hydromorphone et de tramadol a augmenté entre 2013 et 2016, deux des seuls types d'opioïdes qui ont connu une augmentation notable. Nous ne connaissons pas les raisons exactes de ces augmentations de nouveaux départs, mais l'hydromorphone est devenu un opioïde plus favorisé que l'oxycodone puisque l'OxyContin a été retiré du programme de médicaments de l'Ontario en 2012.[12] L'augmentation de la prescription de tramadol est associée à sa commercialisation comme non-opiacé et moins addictif [13], mais Santé Canada a entrepris un examen des preuves scientifiques pour déterminer s'il faut le classer comme opioïde dans la catégorie des drogues contrôlées. Loi sur les substances.[14]



L'**Hydromorphone** est un puissant opioïde dont les effets sont cinq fois plus forts que ceux de la morphine. [15] À titre de comparaison, l'oxycodone est 1,5 fois plus puissante que la morphine.

Le **tramadol** est métabolisé différemment d'une personne à l'autre et présente, parmi les opioïdes, un ensemble unique d'inconvénients possibles, y compris une augmentation du risque d'hypoglycémie (faible glycémie) et de crises d'épilepsie. [16, 17, 18]

Tableau 5 : Ordonnances nouvelles d'opioïdes par type d'opioïdes en Ontario, en 2013 et en 2016

Type d'opioïdes	2013		2016	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Codéine	26 643	2,0 %	23 069	1,8 %
Codéine combinée (comme le Tylenol 3)	729 728	56,1 %	643 522	50,5 %
Fentanyl	2 541	0,2 %	1 093	0,1 %
Hydromorphone	86 982	6,7 %	140 004	11,0 %
Meperidine	5 070	0,4 %	2 604	0,2 %
Morphine	48 360	3,7 %	56 449	4,4 %
Autre	12 162	0,9 %	11 275	0,9 %
Oxycodone	23 095	1,8 %	27 818	2,2 %
Oxycodone combinée (comme dans le Percocet)	264 583	20,4 %	244 966	19,2 %
Tramadol	99 776	7,7 %	124 008	9,7 %
Méthadone pour soulager la douleur	1 033	0,1 %	682	0,1 %



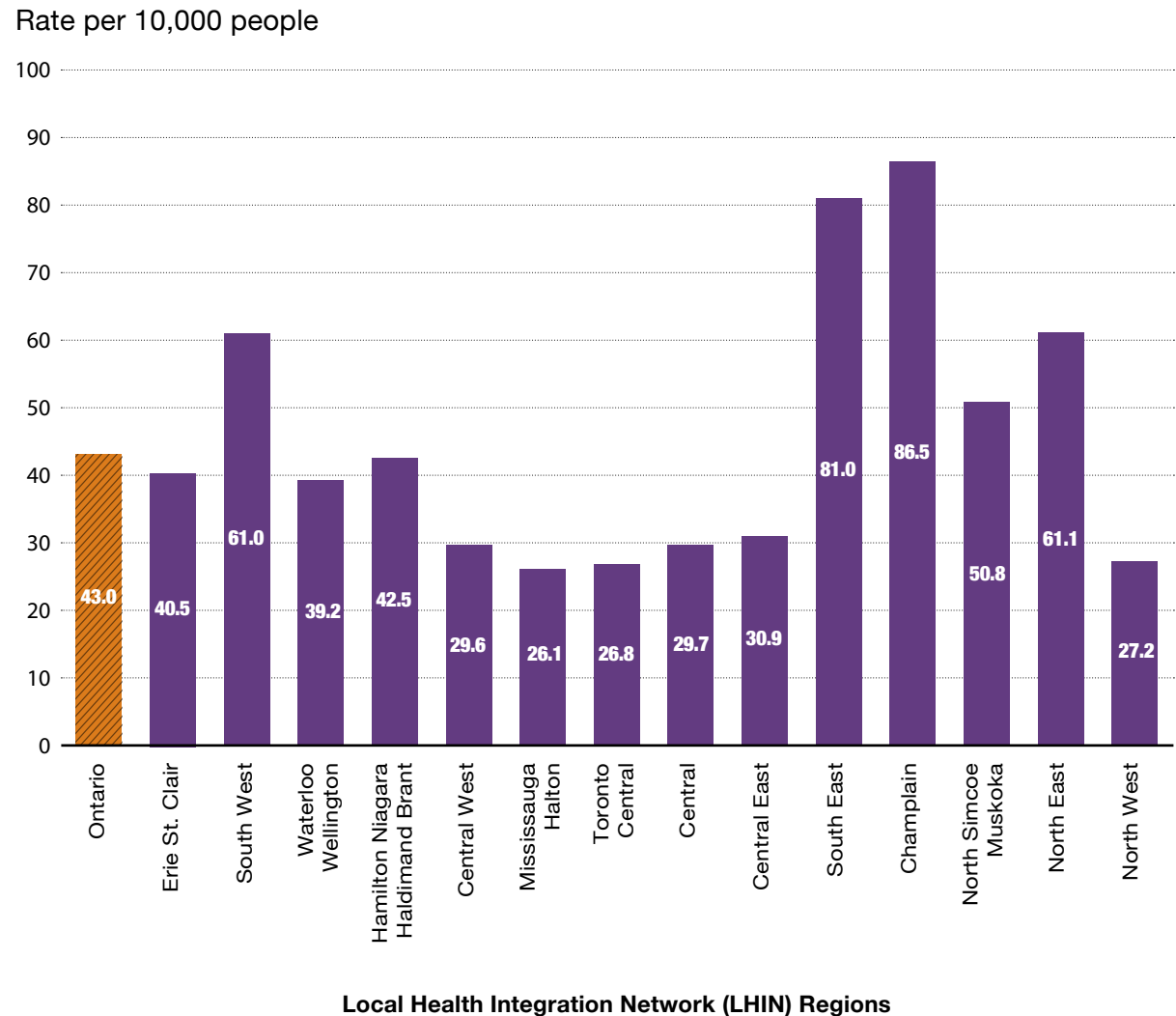
Médecins de famille

L'hydromorphe représentait environ 10 % (60 000) des ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées par des médecins de famille en 2016, une augmentation par rapport à 6,2 % (41 000) en 2013. Il s'agit du seul type d'opioïde à avoir connu un tel niveau de croissance.

De la même façon, les médecins de famille ont rédigé en 2016 plus de 60 000 ordonnances nouvelles de tramadol, soit 10,3 % du nombre total de leurs ordonnances nouvelles d'opioïdes, ce qui représente une hausse par rapport à 55 000 en 2013, soit 8,4 % du total des ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées cette année-là.

On observe une variation considérable entre les régions des RLIS concernant le taux d'ordonnances nouvelles d'hydromorphe rédigées par des médecins de famille en 2016, allant de 26,1 par 10 000 habitants dans la région du RLIS de Mississauga Halton à 86,5 par 10 000 habitants dans la région du RLIS de Champlain.

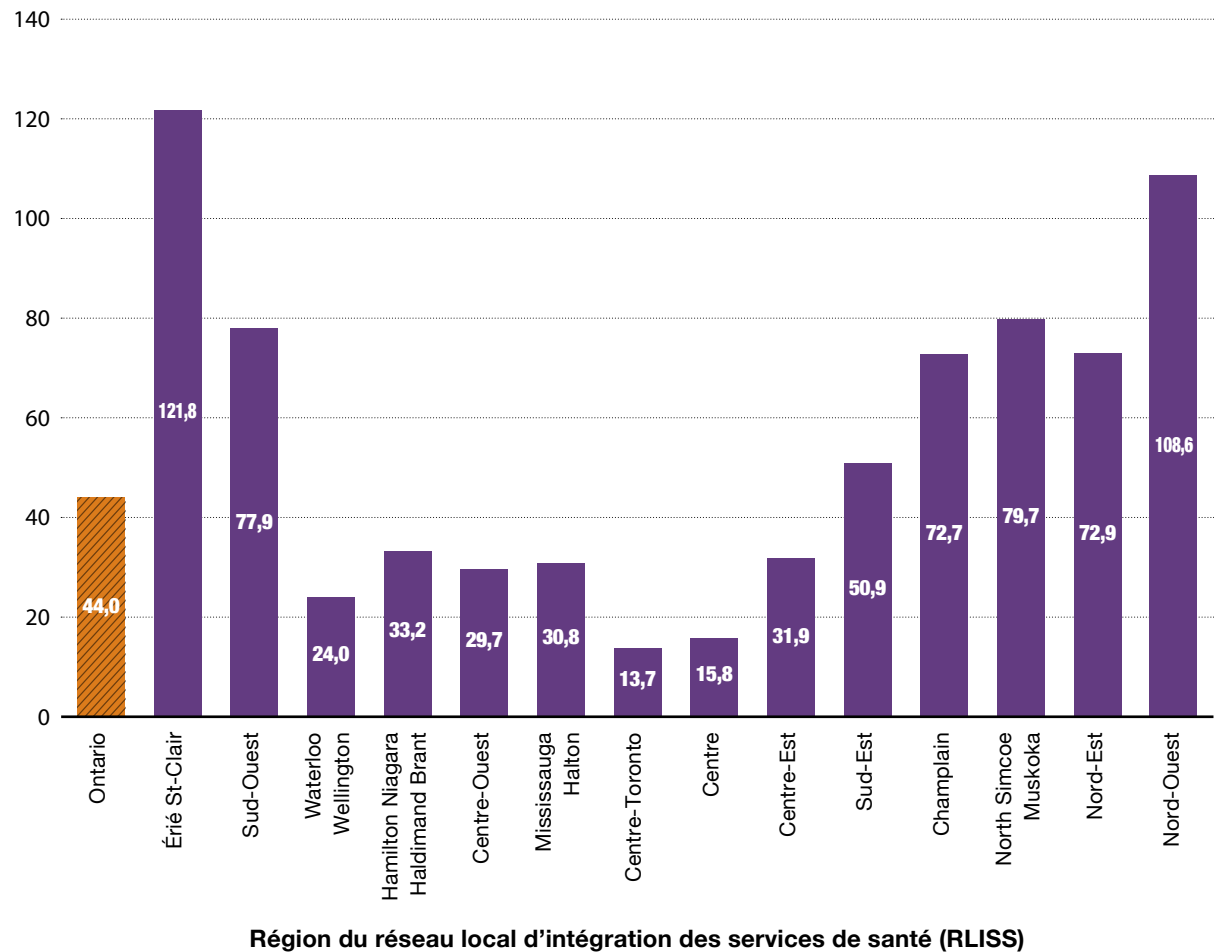
FIGURE 4 : Taux d'ordonnances nouvelles d'hydromorphe rédigées par des médecins de famille par tranche de 10 000 personnes, par RLIS, en 2016



On constate également une importante variation entre les régions des RLISS concernant le taux d'ordonnances nouvelles de tramadol rédigées par des médecins de famille en 2016, allant de 13,7 par 10 000 habitants dans la région du RLISS de Centre-Toronto à 121,8 par 10 000 habitants dans la région du RLISS d'Érié St-Clair.

FIGURE 5 : Taux d'ordonnances nouvelles de tramadol rédigées par des médecins de famille par tranche de 10 000 personnes, par RLISS, 2016

Taux par tranche de 10 000 personnes





Chirurgiens

L'hydromorphone représentait environ 12,2 % (34 000) des ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées par des chirurgiens en 2016, une augmentation par rapport à environ 9,0 % (26 000) en 2013.

Le tramadol représentait environ 12,2 % (34 000) des ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées par des chirurgiens en 2016, une augmentation par rapport à environ 9,1 % (26 000) en 2013.

La variation régionale minimale des RLISS pour les nouveaux départs d'hydromorphone et de tramadol par les chirurgiens.




Dentists

L'hydromorphone représentait un peu plus de 0,7 % (1 600) des ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées par des dentistes en 2016, une augmentation par rapport à environ 0,3 % (700) en 2013.

Plus de 7 000 ordonnances nouvelles de tramadol ont été rédigées par des dentistes en 2016, soit 3,2 % du total des ordonnances nouvelles d'opioïdes prescrites par ce groupe, ce qui représente une hausse par rapport à plus de 6 000 (2,8 %) en 2013.

Les opioïdes contenant de la codéine, comme de Tylenol 3, représentaient 80 % des ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées par des dentistes en 2016, ce qui constitue une tendance uniforme.

La variation régionale minimale des RLISS pour les nouveaux départs d'hydromorphone et de tramadol par les dentistes.



« Je sais qu'il y a beaucoup de personnes ayant subi une importante intervention chirurgicale comme la mienne qui ont du mal à cesser d'utiliser les médicaments contre la douleur, et c'est une tragédie pour notre système, parce que cette situation est évitable. »

●●● EXPÉRIENCES CONCRÈTES

De médecin à patient

Sheldon, un oncologue médical à Mississauga, raconte son histoire à titre de patient, à qui l'on a prescrit des opioïdes après une importante intervention chirurgicale aux poumons

«**Cela a commencé l'an dernier, lorsque je promenais le chien.** C'était le lendemain de Noël. J'ai glissé sur de la glace noire et la chute a été brutale. Je suis retourné au travail, mais la douleur ne s'apaisait pas. Je suis donc allé passer une radiographie. Le personnel a confirmé que j'avais subi une fracture de l'une des vertèbres dans ma colonne vertébrale. Mais on a également observé une très grosse masse dans le lobe supérieur droit de mon poumon. En gros, elle occupait la moitié de mon poumon et avait poussé mon cœur sur un côté. La panique qui se soulève lorsque vous savez ce que cela pourrait être a été plutôt intense. »

« Je ne présentais aucun symptôme, parce que j'avais couru un demi-marathon trois semaines auparavant et que j'avais fait du ski deux semaines avant. Le chirurgien thoracique a effectué une biopsie qui a confirmé qu'il s'agissait d'une tumeur bénigne, mais celle-ci me comprimait le cœur et d'autres organes; il devait la retirer. Elle mesurait 16 centimètres. Si elle avait atteint un centimètre de plus,

j'aurais eu la tumeur la plus grosse jamais vue [dans cet hôpital]. »

Une crise de douleur

« L'intervention chirurgicale a été longue et compliquée – neuf heures ont été nécessaires. J'ai perdu 13 unités de sang. Le rétablissement à l'hôpital a été relativement facile. J'y ai séjourné pendant trois jours. Le problème est quand je suis retourné à mon domicile; après 48 heures, je souffrais d'une terrible crise de douleur. Étant donné qu'ils ont dû faire une incision dans mon cou pour retirer la tumeur, j'éprouvais une terrible douleur dans le bras. J'ai également ressenti une douleur brûlante, comme si quelqu'un me brûlait la peau. À l'époque, je prenais 30 milligrammes par jour d'opioïde, l'hydromorphone, et cette quantité n'enrayait tout simplement pas la douleur. »

« J'avais un bon médecin de famille. J'ai discuté avec lui et l'équipe chirurgicale; les deux ont convenu d'ajuster la dose de médicament. La dose a été augmentée, mais

cela n'a pas vraiment permis de soulager la douleur. L'augmentation de la dose a plutôt entraîné de la fatigue et une constipation grave – un terrible effet secondaire de la prise d'opioïdes. »

« Je suis allé au service des urgences, et on m'a suggéré de rencontrer l'équipe de prise en charge de la douleur. Durant cette rencontre, nous avons élaboré un plan qui consistait à fournir les opioïdes adéquats et à compléter ce traitement avec des médicaments qui permettraient d'atténuer une partie de la douleur névralgique [nerfs], ainsi que de réduire l'anxiété, parce que plus vous souffrez, plus vous êtes anxieux. Durant la période où je souffrais le plus, je prenais 120 milligrammes d'hydromorphone par jour, soit une dose qui, même lorsque je prodigue des soins contre le cancer, est assez importante. »

Réduction de la dose

« Les questions importantes à l'égard de la réduction du recours aux médicaments ne

se posent pas immédiatement, mais comme presque rien ne vous soulage, le sevrage devient problématique. Je savais à quoi m'attendre, mais cela n'a pas été plus facile. Vous vous sentez grippé. Vous avez chaud et froid, vous êtes fatigué et vous tremblez. Il existe des médicaments qui peuvent aider à composer avec certains de ces effets et ils sont assez efficaces. Mais je m'étais aussi engagé, envers moi et ma famille, à être d'avis que les médicaments à eux seuls ne vous permettent pas de prendre du mieux. Vous n'avez pas toujours besoin d'un médecin – vous avez besoin de connaissances et vous devez comprendre le problème. »

« Avec le temps, et avec un peu de physiothérapie et de thérapie basée sur la pleine conscience, j'ai été en mesure de réduire progressivement la dose. Mon objectif comptait trois volets : Je voulais rétablir ma santé, je devais retourner au travail parce que j'avais besoin d'un certain but dans ce que je faisais, et j'avais besoin de redevenir une personne attachée à la famille. Lorsque vous perdez le contrôle et que vous n'êtes pas qui vous êtes, c'est très troublant. Nous avons commencé à réduire les doses d'opioïdes de manière logique et en établissant un calendrier. En trois ou quatre mois, j'ai été en mesure de cesser d'utiliser les opioïdes. Je prends toujours du Tylenol. Je suis retourné au travail à temps plein et j'ai participé à un marathon avec deux de mes filles. »

Plus que des médicaments

« Obtenir les bons soins par l'équipe appropriée et avoir un solide soutien de la famille, tous ces éléments sont importants. Ce qu'il ne faut pas faire, c'est se fier uniquement aux médicaments. Cela ne fonctionne pas. Les médicaments peuvent produire des effets secondaires graves à long terme et vous n'en avez pas besoin. Vous avez besoin de faire appel à d'autres stratégies. Je suis très chanceux, ma tumeur n'était pas maligne. Mais je sais qu'il y a beaucoup de personnes ayant subi une importante intervention chirurgicale comme la mienne qui ont du mal à cesser d'utiliser les médicaments contre la douleur, et c'est une tragédie pour notre système, parce que cette situation est évitable. »

« Avant l'opération, je me disais que j'allais avoir le diagnostic puis l'opération, et que le reste était en quelque sorte accessoire. J'ai appris que ce n'est pas le cas. La prise en charge de la douleur et des symptômes est un élément essentiel d'une intervention chirurgicale majeure. Point à la ligne. Lorsque vous n'avez pas passé par là, vous n'en êtes pas vraiment reconnaissant. L'autre possibilité est que vous finiriez probablement par prendre des opioïdes pour le reste de vos jours, et c'est inacceptable. »

« Je ne suis pas parfait maintenant, mais je vais travailler tous les jours et je suis heureux d'être capable de faire encore plus de choses qu'auparavant. Mes filles et moi allons participer

à une autre course ensemble, un demi-marathon à Key West en janvier. Serai-je encore en mesure de fonctionner à 100 %? Peut-être pas, mais c'est correct aussi. Mon seul regret, c'est que j'ai demandé d'utiliser mon échantillon comme presse-papier, et je ne pouvais pas. »

N°4



Près de la moitié des ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées par des médecins de famille et plus de 1 ordonnance nouvelle d'opioïdes sur 10 rédigées par des chirurgiens étaient pour plus de 7 jours.

Au total, **252 681** ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées par des et **32 077** rédigées par des chirurgiens étaient pour plus de 7 jours.



Pourquoi est-il important de s'intéresser aux ordonnances nouvelles d'opioïdes pour plus de 7 jours?

Une ordonnance pour trois jours ou moins de traitement aux opioïdes est généralement suffisante. Une ordonnance pour plus de 7 jours n'est indiquée que dans des circonstances particulières, selon l'avis des experts [19], ce qui est conforme avec la norme de qualité sur la prescription d'opioïdes pour soulager la douleur aiguë qui est en cours d'élaboration. Les personnes qui consomment des opioïdes pendant plus de 7 jours sont beaucoup plus susceptibles de devenir physiquement dépendantes et d'éprouver des symptômes de sevrage. Les opioïdes liés à une ordonnance pour une plus longue période peuvent également finir par être consommés sans prescription par d'autres membres de la famille ou d'autres personnes de la collectivité. [20]



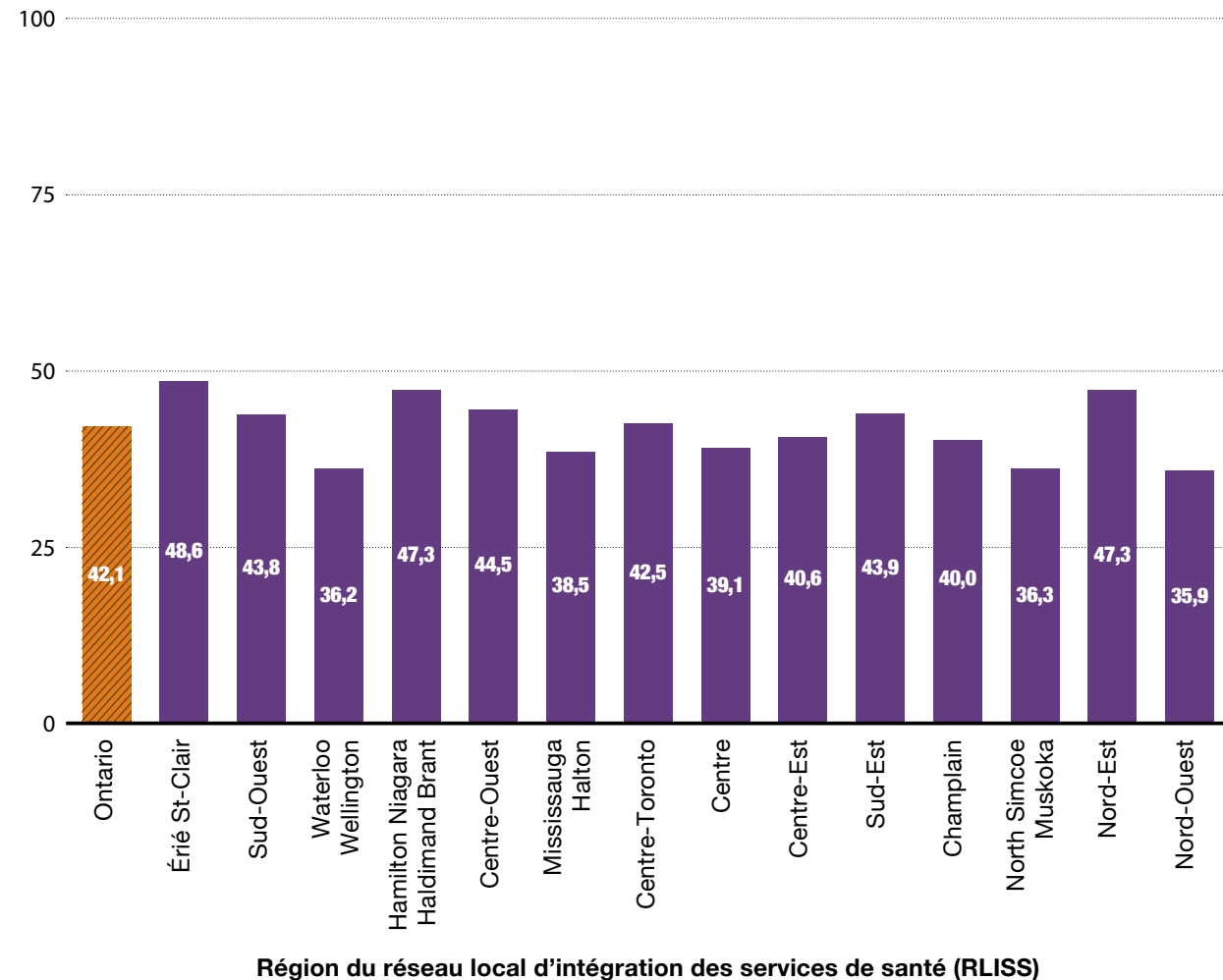
Médecins de famille

Plus de 250 000 ordonnances nouvelles d'opioïdes pour plus de 7 jours ont été prescrites par des médecins de famille en 2016, ce qui représente 42,1 % de l'ensemble des ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées par ce groupe. Ces chiffres et ces proportions ont peu changé depuis 2013.

On observe une variation régionale concernant la proportion des ordonnances nouvelles d'opioïdes pour plus de 7 jours rédigées par des médecins de famille allant de 35,9 % dans la région du RLISS du Nord-Ouest à 48,6 % dans la région du RLISS d'Érié St-Clair.

FIGURE 6 : Proportion des ordonnances nouvelles d'opioïdes pour plus de 7 jours rédigées par des médecins de famille, par RLISS, en 2016

Pourcentage





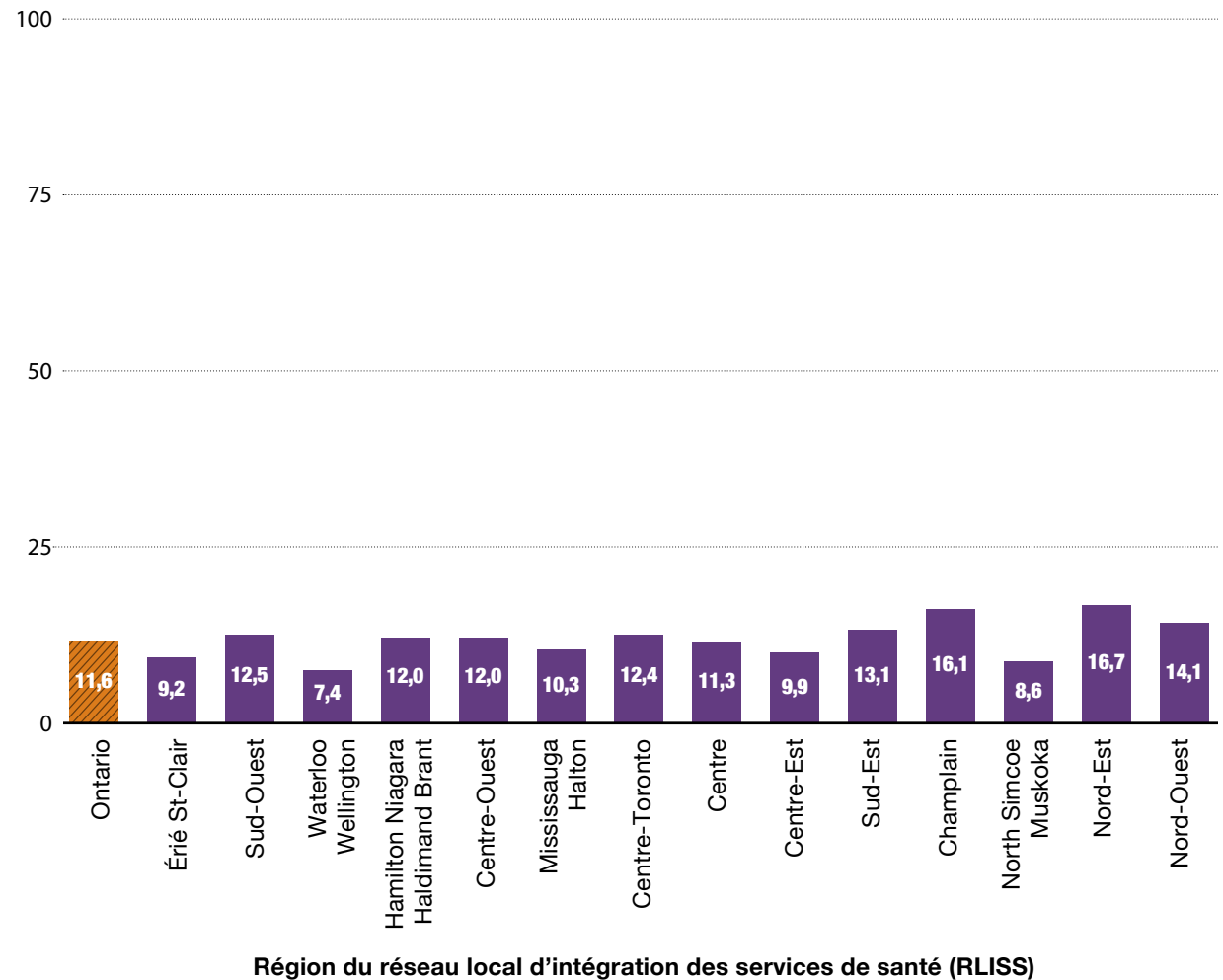
Chirurgiens

Les chirurgiens ont prescrit 32 077 ordonnances nouvelles d'opioïdes pour plus de 7 jours en 2016, soit 11,6 % de l'ensemble des ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées par ce groupe cette année-là. Ces chiffres et ces proportions ont peu changé depuis 2013.

La variation entre les régions des RLISS en 2016 concernant les ordonnances nouvelles d'opioïdes pour plus de 7 jours rédigées par des chirurgiens en 2016 se situait entre 7,4 % dans la région du RLISS de Waterloo Wellington et 16,7 % dans le RLISS du Nord-Est.

FIGURE 7 : Proportion des ordonnances nouvelles d'opioïdes pour plus de 7 jours rédigées par des chirurgiens, par RLISS, en 2016

Pourcentage





Dentistes

Les dentistes ont rédigé relativement peu d'ordonnances nouvelles d'opioïdes pour plus de 7 jours, soit un peu plus de 8 200 en 2016, ce qui représente 3,7 % des ordonnances nouvelles d'opioïdes rédigées par ce groupe cette année-là. Ces chiffres et ces proportions ont peu changé depuis 2013.

La variation entre les régions des RLISS en 2016 concernant les ordonnances nouvelles d'opioïdes pour plus de 7 jours rédigées par des dentistes en 2016 se situait entre 2,1 % dans la région du RLISS du Nord-Ouest et 4,8 % dans la région du RLISS du Nord-Est.

FIGURE 8 : Proportion des ordonnances nouvelles d'opioïdes pour plus de 7 jours rédigées par des dentistes, par RLISS, en 2016

Pourcentage

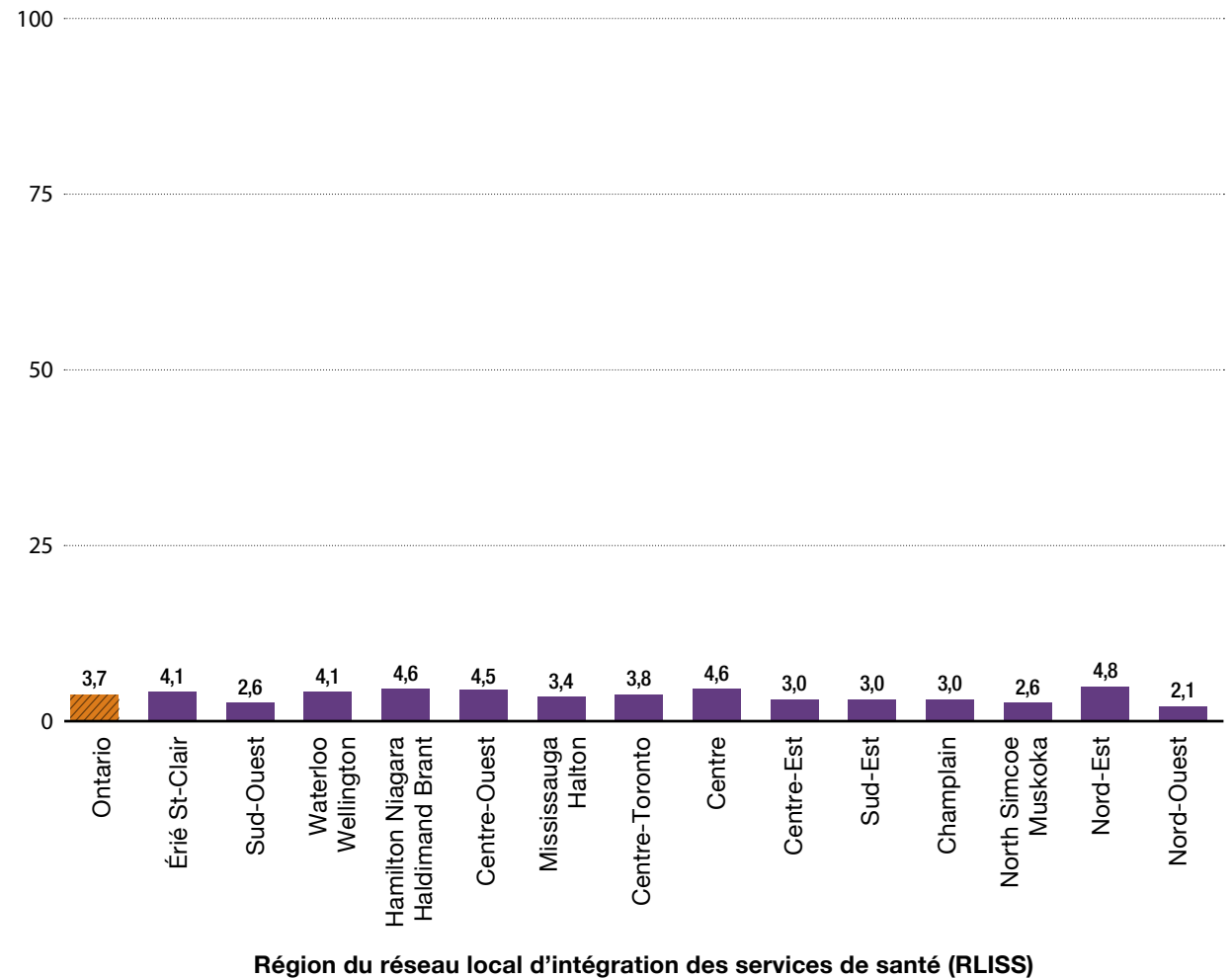
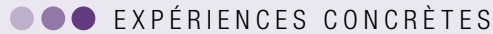




Photo of Dr. Warsh by Roger Yip.

 EXPÉRIENCES CONCRÈTES

Priorité au patient

Le D^r Frank Warsh, un médecin de famille pratiquant à London, partage ses réflexions sur les nouvelles ordonnances d'opioïdes aux patients

Lorsqu'il émet une première ordonnance d'opioïdes pour un patient, le D^r Frank Warsh garde toujours trois choses à l'esprit : les préférences du patient, les lignes directrices de prescription des opioïdes et le corps du patient lui-même.

Chaque patient est différent, et il y a un grand nombre de réponses différentes aux différents opioïdes et aux différentes doses, dit le D^r Warsh. Un patient qui a pris des doses modérément fortes d'opioïdes peut être hautement fonctionnel, alors qu'un autre patient pourrait prendre une dose beaucoup plus faible et subir des effets secondaires graves. Le médecin de famille de London a confiance en sa capacité de prescrire la dose adéquate, de la bonne durée, du type d'opioïdes approprié, tant qu'il prend le temps d'évaluer le patient soigneusement. Il est particulièrement prudent pour s'assurer d'étudier les préférences du patient dans son processus décisionnel.

Parmi les décisions de prescription les plus difficiles pour le D^r Warsh se trouvent celles qui sont pour des patients qui ont de la douleur, mais également un historique d'usage problématique de drogues. « Je me souviens d'une patiente qui avait des antécédents de toxicomanie, et à qui l'on avait déjà cessé de prescrire des opioïdes en raison de comportements qui constituaient des signaux d'alerte. Cependant, elle avait le diabète, et au fil du temps, celle-ci avait développé des lésions nerveuses. Il n'y avait aucun doute ; elle souffrait. Elle a essayé toutes les autres méthodes de bonne foi — la physiothérapie, la pleine conscience et les médicaments non opioïdes — sans obtenir de résultat. Que faire ? En fin de compte, j'ai conclu un contrat avec la patiente afin qu'elle puisse prendre des opioïdes quotidiennement à la pharmacie. Au fil du temps, nous avons trouvé une dose qui fonctionnait et lui avons permis de prendre les médicaments à domicile parce qu'elle a montré qu'elle les utilisait comme prescrits. »

Le D^r Warsh dit que c'est plus difficile lorsque les patients ont plusieurs problèmes de santé, des traumatismes antérieurs, et d'autres problèmes. « On n'aurait d'abord peut-être pas dû leur prescrire des opioïdes », dit-il, « mais c'est ce qui a été fait, et ils sont maintenant là où ils sont ».



Prochaines étapes

Le nombre global des ordonnances nouvelles d'opioïdes délivrées en Ontario connaît une lente diminution, ce qui pourrait indiquer que les pratiques en matière de prescription d'opioïdes changer en réponse aux nouvelles lignes directrices. Cependant, il y avait encore 1,3 million de nouveaux départs en 2016, et bien qu'il soit difficile de déterminer le nombre idéal de nouveaux départs, la variation observée entre les RLISS et entre les types de prescripteurs donne à penser qu'il y a de façon presque certaine place à l'amélioration. Les raisons expliquant la variation entre les RLISS concernant les ordonnances nouvelles d'opioïdes avec une posologie élevée, les ordonnances nouvelles d'hydromorphone et de tramadol, ainsi que les ordonnances nouvelles d'opioïdes pour plus de 7 jours méritent un examen plus approfondi.

De nombreuses initiatives sont en cours en Ontario afin d'améliorer la prescription d'opioïdes (ordonnances nouvelles et renouvellements d'ordonnances). La stratégie globale du ministère de la Santé et des Soins de longue durée s'attaque aux inconvénients liés aux opioïdes en mettant l'accent sur trois principaux domaines :

- la modernisation de la prescription d'opioïdes et de la surveillance;
- l'amélioration du traitement de la douleur;
- l'amélioration du soutien aux dépendances et de la réduction des inconvénients.

Les trois normes de qualité de Qualité des services de santé Ontario qui sont en cours

d'élaboration énoncent les caractéristiques des soins de qualité relativement à la prescription d'opioïdes pour la douleur aiguë, la douleur chronique et le trouble de consommation d'opioïdes. Élaborées en collaboration avec les patients, les médecins, les infirmières et infirmiers, d'autres fournisseurs de soins de santé, les personnes soignantes et les organismes de l'ensemble de la province, les normes de qualité fournissent un plan d'action pour les pratiques en matière de prescription.

Ces normes seront transformées en mesures concrètes grâce à des efforts coordonnés avec un certain nombre d'organismes de soins de santé afin de fournir des données, des outils et des mécanismes de soutien personnalisés

pour l'établissement de pratiques appropriées en matière de prescription.[21] Ces travaux ont commencé par des rapports sur les pratiques des médecins de famille concernant leur propre pratique par rapport aux pairs de l'ensemble de la province et ils seront probablement élargis de manière à inclure d'autres prescripteurs d'opioïdes comme les chirurgiens, les urgentologues, les dentistes et les infirmières et infirmiers praticiens.

De nombreuses autres initiatives sur la réduction des inconvénients liés aux opioïdes et la prise en charge de la douleur sont en cours d'élaboration par les médecins de famille, les chirurgiens et les dentistes. Voici quelques exemples :

Plusieurs centres universitaires des sciences de la santé de la province travaillent à l'élaboration de programmes sur la douleur passagère visant à aider les patients qui ont subi une intervention chirurgicale importante ou toute autre intervention médicale douloureuse durant la période suivant l'obtention du congé de l'hôpital. Ces programmes ont pour objectif d'assurer une meilleure gestion de la douleur postopératoire et d'aider les patients à réduire de manière sécuritaire leur consommation d'opioïdes en mettant l'accent sur les patients faisant l'objet d'une ordonnance nouvelle d'opioïdes.

Le Royal College of Dental Surgeons of Ontario a produit un document intitulé *The Role of Opioids in the Management of Acute and Chronic Pain in Dental Practice* qui fournit des directives sur le rôle des opioïdes dans la prise en charge de la douleur aiguë et de la douleur chronique pour les dentistes et les spécialistes dentaires en Ontario.[22] L'organisme effectue également une analyse des données du Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées des trois dernières années afin d'examiner les tendances en matière de prescription d'opioïdes par les dentistes en Ontario.

À l'avenir, la surveillance de la prescription d'opioïdes concernant l'adoption de normes de qualité jouera un rôle clé dans la prévention et la réduction des inconvénients pour les personnes dépendantes des opioïdes. Les histoires des patients et des médecins figurant dans le présent rapport montrent à quel point il peut être difficile d'atteindre le juste équilibre entre la prise en charge de la douleur et la prévention des inconvénients. Nous devons prendre les bonnes décisions avec la collaboration soutenue des nombreux groupes concernés.



Notes relatives aux méthodes

Les notes relatives aux méthodes fournissent une brève description des méthodes utilisées dans le présent rapport.

Sources de données

Les analyses effectuées dans le cadre du présent rapport ont été menées par l'Institut de recherche en services de santé et incluaient des données tirées des bases de données administratives suivantes : le Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées, la Base de données centrale sur les fournisseurs de services de santé et la Base de données sur les personnes inscrites. Les estimations de la population proviennent de Statistique Canada. Veuillez consulter l'annexe technique pour obtenir des descriptions plus détaillées de chacune des bases de données utilisées.

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 est un système fondé sur les opérations qui recueille des données sur

la délivrance des ordonnances d'opioïdes, de substances contrôlées et d'autres médicaments contrôlés que consignent les pharmacies et d'autres dispensaires de l'ensemble de l'Ontario. Les renseignements recueillis dans le Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées comprennent l'identification du prescripteur, l'identification du patient, l'identification de la pharmacie et du pharmacien, la date à laquelle le médicament a été délivré, le numéro d'identification du médicament et la quantité de médicaments délivrée. Le Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées ne contient pas de renseignements sur les médicaments surveillés délivrés aux patients hospitalisés dans un hôpital public, aux prisonniers ou aux détenus (c.-à-d. des ordonnances rédigées pour des personnes détenues dans des établissements correctionnels, des pénitenciers, des prisons ou des établissements de garde pour les jeunes). Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée est responsable du Système de

surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées, lequel a commencé à recueillir des données en avril 2012, et la présentation de rapports est devenue obligatoire le 1er juillet 2012.

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 est un répertoire de données sur les fournisseurs de soins de santé. La Base de données centrale sur les fournisseurs de services de santé contient des renseignements sur les spécialités déclarées et le code postal du lieu de travail des fournisseurs. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée est responsable de la Base de données centrale sur les fournisseurs de services de santé, alors que l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario fournit des mises à jour régulières sur les titres de compétence du fournisseur.

Base de données sur les personnes inscrites

La Base de données sur les personnes inscrites (BDPI) est une liste historique des numéros uniques de cartes Santé attribués à chaque personne admissible aux services de santé en Ontario. Cette liste comprend des renseignements démographiques correspondants, comme la date de naissance, le sexe, l'adresse et la date du décès (le cas échéant). ICES crée un jeu de données de codes postaux enrichi qui utilise les données de code postal de la BDPI conjointement avec d'autres fonds de données administratives pour générer le meilleur code postal connu le 1er juillet de chaque année pour les personnes admissibles dans la BDPI.

Estimations de la population, Statistique Canada

Les estimations de la population pour l'Ontario et les régions des RLISS sont tirées du tableau 109-5355 de Statistique Canada – Estimations de la population (Recensement de 2011 et données administratives). CANSIM, consulté en juillet 2017

Analyse

Prescripteurs

Le présent rapport porte sur la délivrance des ordonnances d'opioïdes et les bénéficiaires des

professionnels de la santé de l'Ontario qui ont prescrit des opioïdes pour soulager la douleur de patients qui ne sont pas aux soins palliatifs. Il s'agit du dénombrement du nombre de professionnels de la santé ayant prescrit au moins un opioïde au cours de l'une des années incluses (2013, 2014, 2015 et 2016), à l'exclusion des ordonnances rédigées pour les personnes qui ont reçu des soins palliatifs au cours de l'année précédente, des ordonnances visant à prendre en charge un trouble de consommation d'opioïdes (traitement de maintien à la méthadone ou au Suboxone) et des ordonnances de médicaments contre la toux qui contiennent des opioïdes. Les renseignements sur les types de prescripteurs ont été tirés du Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées ainsi que de la Base de données centrale sur les fournisseurs de services de santé (pour les médecins). Dans le présent rapport, nous avons regroupé les prescripteurs par médecins de famille, chirurgiens, dentistes et autres médecins et autres non-médecins (par exemple, la catégorie « autres médecins » comprend la médecine interne, la psychiatrie et d'autres spécialités médicales, ainsi que les médecins pratiquant la médecine familiale et la chirurgie, mais ces codes ne figurent pas dans les données du CIEM. Des exemples de professions incluses dans la catégorie « autres non-médecins » comprennent les infirmières et les pharmaciens.

Exclusions (services de soins palliatifs, traitement d'un trouble de consommation d'opioïdes, préparations contre la toux contenant des opioïdes)

Le présent rapport porte sur la prescription d'opioïdes pour soulager la douleur de patients qui n'étaient pas aux soins palliatifs. Ainsi, nous avons exclu les ordonnances visant à prendre en charge un trouble de consommation d'opioïdes, les ordonnances de médicaments contre la toux qui contiennent des opioïdes et les ordonnances rédigées pour les personnes qui ont reçu des soins palliatifs. Les ordonnances ont été classées dans la catégorie des soins palliatifs lorsque le patient avait reçu des services de soins palliatifs au cours des douze mois précédents, soit à l'hôpital, soit dans le cabinet d'un médecin. Les ordonnances rédigées pour un traitement de maintien à la méthadone ou à la naloxone/buprénorphine (Suboxone) ont été exclues étant donné qu'elles ont trait à la prise en charge d'un trouble de consommation d'opioïdes. Les ordonnances rédigées pour des préparations contre la toux qui contenaient un opioïde ont été exclues puisqu'elles devaient soigner la toux.

Bénéficiaires d'ordonnances d'opioïdes

Le rapport décrit également le nombre de personnes en Ontario à qui l'on a prescrit et délivré au moins un opioïde pour soulager la douleur de patients qui n'étaient pas aux soins

palliatifs en 2013, 2014, 2015 ou 2016. Le nombre total de personnes à qui l'on a prescrit un opioïde est indiqué, ainsi que le nombre de personnes dont l'ordonnance a été délivrée par l'un des groupes de prescripteurs. Une personne ne sera comptée qu'une seule fois dans le nombre total de la province, peu importe l'année donnée. Au moment de déclarer le nombre de bénéficiaires par type de prescripteurs, une personne ne sera comptée qu'une fois dans chaque groupe de fournisseur. Par conséquent, la somme des personnes à qui l'on a prescrit un opioïde par type de fournisseurs sera supérieure au nombre provincial. Les taux par habitant sont calculés en divisant le nombre de personnes à qui l'on a prescrit et délivré un opioïde par la taille de la population de l'Ontario ou de la région du RLISS, et sont indiqués à l'aide d'un dénominateur de population de 10 000 habitants.

Délivrances d'ordonnances d'opioïdes

Le rapport décrit le nombre de délivrances d'ordonnances d'opioïdes pour soulager la douleur de patients qui n'étaient pas aux soins palliatifs en 2013, 2014, 2015 ou 2016. La mesure a été calculée en tant que nombre total et nombre par type de prescripteurs. Les nombres et les taux par habitant ont été fournis pour l'Ontario et chacun des 14 RLISS. Les taux sont indiqués à l'aide d'un dénominateur de population de 10 000 habitants et calculés en

divisant le nombre de délivrances d'ordonnances d'opioïdes par la taille de la population de l'Ontario ou du RLISS.

Ordonnances nouvelles d'opioïdes

Le rapport décrit les ordonnances qui ont été classées comme étant de nouvelles ordonnances pour les patients. Pour qu'une personne soit considérée comme faisant l'objet d'une ordonnance nouvelle d'opioïdes, elle doit ne pas s'être fait prescrire un opioïde pour soulager la douleur au cours des six mois précédant l'ordonnance. La rétrospective excluait les ordonnances pour des médicaments contre la toux qui contenaient des opioïdes ou les ordonnances pour un traitement de maintien à la méthadone ou au Suboxone. Les patients considérés comme ayant reçu des soins palliatifs au cours des douze mois précédant la première ordonnance d'une année donnée ont également été exclus. Dans le présent rapport, nous avons classé les ordonnances nouvelles par dose (équivalents morphine), jours d'ordonnance et type d'opioïde prescrit.

Jours d'ordonnance

Pour toutes les ordonnances nouvelles d'opioïdes, le champ des jours d'ordonnance dans le Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées estime le nombre de jours de traitement et a été utilisé

pour classer les jours d'ordonnance d'un patient par un prescripteur. Dans le cas des patients qui faisaient l'objet d'une ordonnance nouvelle d'opioïdes, si le même prescripteur leur prescrivait le même opioïde plus d'une fois au cours de la même journée, les jours d'ordonnance pour les deux ordonnances étaient additionnés aux fins du calcul du nombre total de jours d'ordonnance. Les jours d'ordonnance ont été classés dans les catégories suivantes : trois jours ou moins, de quatre à sept jours, de huit à quatorze jours ou plus de quatorze jours d'ordonnance.

Dose (équivalents morphine)

Pour toutes les ordonnances nouvelles d'opioïdes, la dose ou la dose quotidienne en mg d'équivalent morphine a été calculée en fonction du type de médicament prescrit, du nombre de jours d'ordonnance et de la quantité. Dans le cas des patients qui faisaient l'objet d'une ordonnance nouvelle d'opioïdes, si le même prescripteur leur prescrivait le même opioïde ou deux opioïdes différents plus d'une fois au cours de la même journée, la somme des jours d'ordonnance et de la quantité a été utilisée pour calculer le mg d'équivalent morphine. Le mg d'équivalent morphine a été classé dans les catégories suivantes : inférieur ou égal à 50 mg d'équivalent morphine, de 51 à 90 mg d'équivalent morphine ou plus de 90 mg d'équivalent morphine.

Type de médicament

Pour toutes les ordonnances nouvelles d'opioïdes, le type de médicament prescrit a été indiqué à l'aide du DIN (numéro d'identification du médicament) dans le Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées. Voici les types d'opioïdes inclus dans le présent rapport :

- la codéine;
- les combinaisons de codéine;
- les timbres et les comprimés de fentanyl;
- l'hydromorphone;
- la mépéridine;
- la morphine;
- l'oxycodone;
- les composés d'oxycodone;
- le tramadol;
- la méthadone pour soulager la douleur;
- autre.



Références

1. The Report of the International Narcotics Control Board for 2016. https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2016/Narcotic_Drugs_Publication_2016.pdf
2. The 2017 Canadian Guideline for Opioids for Chronic Non-Cancer Pain, Busse J et al. Available from: http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/Opioid%20GL%20for%20CMAJ_01may2017.pdf
3. Quality standards on opioid prescribing draft recommendations <http://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Quality-Standards/View-all-Quality-Standards>
4. Barnett ML, Olenski AR, Jena AB. Opioid-Prescribing Patterns of Emergency Physicians and Risk of Long-Term Use. *New England Journal of Medicine*, 2017; 376:663-673. Available from: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa1610524#t=article>
5. Gomes T, Pasricha S, Martins D, Greaves S, et al. Behind the Prescriptions: A snapshot of opioid use across all Ontarians. Toronto: Ontario Drug Policy Research Network; August 2017.
6. The 2017 Canadian Guideline for Opioids for Chronic Non-Cancer Pain, Busse J et al. Available from: http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/Opioid%20GL%20for%20CMAJ_01may2017.pdf
7. Public Health Ontario <https://www.publichealthontario.ca/en/dataandanalytics/pages/opioid.aspx>
8. Public Health Ontario <https://www.publichealthontario.ca/en/dataandanalytics/pages/opioid.aspx>
9. Dhalla, IA, Mamdani MM, Gomes T, Juurlink DN. Clustering of opioid prescribing and opioid-related mortality among family physicians in Ontario. *Can Fam Physician*, 2011. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/21402956/?i=15&from=dhalla%20i%20>
10. College of Nurses in Ontario. NPs and Prescribing Controlled Substances, 2017. <http://www.cno.org/en/trending-topics/nps-and-prescribing-controlled-substances/gomes%20t>
11. Gomes T, Mamdani MM, Dhalla IA, Paterson J, Juurlink DN. Opioid Dose and Drug-Related Mortality in Patients With Nonmalignant Pain, *Arch Intern Med*. 2011;171(7):686-691
12. Gomes T, Changes in the dispensing of opioid medications in Canada following the introduction of a tamper-deterrent formulation of long-acting oxycodone: a time series analysis <http://cmajopen.ca/content/5/4/E800.full>
13. Khan S.; Government of Canada Publications Public Works and Government Services Canada. *Canada Gazette Part I*. July 2007.
14. *Globe and Mail*, Nov. 22, 2017. Health Canada eyes opioid restrictions for popular painkiller <https://www.theglobeandmail.com/news/national/health-canada-eyes-opioid-restrictions-for-popular-painkillertramadol/article37048483/>
15. 9 Million Prescriptions, Health Quality Ontario, 2017.
16. Stamer UM, et al. Concentrations of Tramadol and O-desmethyltramadol Enantiomers in Different CYP2D6 Genotypes. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1038/sj.clpt.6100152/abstract>
17. Odonkor, CA, Chhatre C. What's Tramadol Got to Do with It? A Case Report of Rebound Hypoglycemia, a Reappraisal and Review of Potential Mechanisms. Available from: <http://www.painphysicianjournal.com/current/pdf?article=MzEyMg%3D%3D&journal=100>
18. Labate A. Tramadol and new-onset seizures <https://www.mja.com.au/journal/2005/182/1/tramadol-and-new-onset-seizures>
19. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain - United States, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016;65(1):1-49.
20. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain - United States, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016;65(1):1-49.
21. <http://www.hqontario.ca/Quality-Improvement/Guides-Tools-and-Practice-Reports/Primary-Care/Partnered-Supports-for-Helping-Patients-Manage-Pain>
22. <http://www.rcdso.org/save.aspx?id=39590fd3-5eb5-46a6-991b-258bff5d0cae>

Ordonnances nouvelles d'opioïdes

Tendances en matière de prescription d'ordonnances nouvelles d'opioïdes par les médecins de famille, les chirurgiens et les dentistes ontariens

Préparation du rapport

Qualité des services de santé Ontario remercie Sara, Sheldon, le Frank Warsh et le Hance Clarke, qui ont accepté de partager leurs expériences et leurs points de vue à l'égard des citations et des histoires que contient le présent rapport.

Le présent rapport a été rédigé par une équipe multidisciplinaire de Qualité des services de santé Ontario, dont Michael Beckett, Susan Brien, Sara Clemens, Naushaba Degani, Gail Dobell Ryan Emond, Terri Goveia, Louise Grenier, Michal Kapral, Ryan Monte et Binil Tahlan.

Qualité des services de santé Ontario remercie les nombreuses personnes dévouées qui ont contribué à la préparation du présent rapport, y compris celles qui ont passé en revue l'ébauche ou fourni des commentaires à différentes étapes de sa préparation : Maureen Boon, Bjug Borgundvaag, Hance Clarke, Maaïke de Vries, Mario Franco Elia, Tara Gomes, Jordan Hunt, Karey Iron, David Kaplan, Mae Katt, Pamela Leece, et David Mock.

Notes: Certains des indicateurs dans ce rapport ont été dérivée en utilisant des ensembles de données administratives sur la santé de l'Ontario. Ces ensembles de données à l'aide unique, codé identificateurs et analysé à l'ICES.

ICES est financé par une subvention annuelle du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Les opinions, les résultats et les conclusions rapportés dans ce document sont ceux des auteurs et sont indépendants des sources de financement. Aucune recommandation de l'Institut des sciences évaluatrices cliniques ou du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario n'est prévue.

Qualité des services de santé Ontario

Améliorons notre système de santé



Qualité des services de santé Ontario
130, rue Bloor Ouest
10th 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, 2018