



# Prescription d'opioïdes au Canada

## Comment les pratiques changent-elles?



Institut canadien  
d'information sur la santé  
Canadian Institute  
for Health Information

La production du présent document est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

Institut canadien d'information sur la santé

495, chemin Richmond, bureau 600

Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860

Télécopieur : 613-241-8120

[icis.ca](http://icis.ca)

[droitdauteur@icis.ca](mailto:droitdauteur@icis.ca)

ISBN 978-1-77109-820-5 (PDF)

© 2019 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Prescription d'opioïdes au Canada : comment les pratiques changent-elles?*. Ottawa, ON : ICIS; 2019.

This publication is also available in English under the title *Opioid Prescribing in Canada: How Are Practices Changing?*.

ISBN 978-1-77109-819-9 (PDF)

# Table des matières

Remerciements . . . . .	4
Principales constatations . . . . .	4
Introduction . . . . .	6
Analyse . . . . .	9
Combien de personnes reçoivent une ordonnance d'opioïde? . . . . .	10
Combien de personnes commencent un traitement par opioïde? . . . . .	12
Quelle est la durée des nouveaux traitements par opioïde entrepris? . . . . .	15
Quelles doses sont prescrites aux personnes qui commencent à prendre un opioïde? . . . . .	16
Combien de personnes se voient prescrire un opioïde à long terme? . . . . .	19
Combien de personnes recevant un traitement par opioïde de longue durée ont-elles vu leur dose réduite? . . . . .	22
Conclusion . . . . .	27
Annexe A : Sources de données . . . . .	29
Annexe B : Méthodologie . . . . .	30
Annexe C : Population étudiée . . . . .	35
Annexe D : Texte de remplacement pour les figures . . . . .	36
Références . . . . .	42

## Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) tient à remercier les groupes suivants pour leur contribution à la réalisation du présent rapport :

- Unité de la coordination des services pharmaceutiques, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
- Direction des programmes de médicaments, Santé, Aînés et Vie active Manitoba
- Direction du régime d'assurance médicaments et des prestations complémentaires, ministère de la Santé de la Saskatchewan
- Programme d'assurance maladie et d'assurance médicaments, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

L'ICIS souhaite également remercier les personnes suivantes pour leur travail de révision technique :

- Tara Gomes, chercheuse principale, ICES; professeure adjointe, Faculté de pharmacie Leslie Dan, Université de Toronto; directrice scientifique et cochercheuse principale, Ontario Drug Policy Research Network
- Beth Sproule, Centre de toxicomanie et de santé mentale et Faculté de pharmacie Leslie Dan, Université de Toronto

Il est à noter que les analyses et les conclusions du présent document ne reflètent pas nécessairement les opinions des personnes ou des organismes mentionnés ci-dessus.

## Principales constatations

Au Canada, la crise des opioïdes perdure. En 2018, près d'une personne sur 8 a reçu une ordonnance d'opioïde. Ce rapport décrit les tendances en matière de prescription d'opioïdes en Ontario, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique de 2013 à 2018, et au Manitoba de 2016 à 2018. Étant donné que les données du Manitoba n'étaient disponibles qu'à partir de 2016, cette province a été exclue des calculs effectués avant 2016.

Ce rapport présente les résultats dans le contexte d'initiatives et de lignes directrices visant à réduire les préjudices liés à l'utilisation des opioïdes d'ordonnance.

Parmi les principales constatations du rapport figurent les tendances suivantes pour la période allant de 2013 à 2018, sauf indication contraire :

**Le nombre de personnes ayant reçu une ordonnance d'opioïde a diminué.**

- Le pourcentage de personnes qui ont reçu une ordonnance d'opioïde est passé de 14,3 % à 12,3 %, ce qui représente une baisse de 8,0 % du nombre de personnes ayant pris des opioïdes au cours de la période étudiée.
- Le pourcentage de la population à qui l'on a prescrit des opioïdes était similaire en Ontario, au Manitoba et en Colombie-Britannique, mais toujours plus bas en Saskatchewan.

**Le nombre de personnes ayant commencé à prendre des opioïdes a diminué.**

- Le pourcentage de personnes qui ont commencé un traitement par opioïde est passé de 9,5 % à 8,1 %, une diminution observée dans tous les groupes d'âge, ce qui représente une baisse de 9,6 % du nombre de personnes ayant commencé un traitement par opioïdes au cours de la période étudiée.

**Les doses et la durée du traitement chez les personnes qui commencent à prendre des opioïdes sont demeurées relativement stables.**

- Le pourcentage de personnes qui ont entrepris un traitement par opioïde à raison de moins de 50 équivalents en milligrammes de morphine (EMM) par jour a légèrement augmenté, passant de 76,2 % à 77,0 %.
- Le pourcentage de personnes qui ont entrepris un nouveau traitement par opioïde d'une semaine ou moins a légèrement augmenté, passant de 62,5 % à 63,6 % en 2017.

**Le nombre de personnes à qui l'on a prescrit un traitement par opioïde de longue durée est en baisse.**

- Le pourcentage de personnes à qui l'on a prescrit un traitement par opioïde de longue durée parmi celles qui ont reçu une ordonnance d'opioïde est passé de 19,8 % à 17,6 %.

**Les doses prescrites pour les traitements de longue durée sont à la baisse.**

- Le pourcentage de personnes à qui l'on a prescrit moins de 50 EMM par jour dans le cadre d'un traitement de longue durée est passé de 72,1 % à 76,3 %.
- Des personnes qui prenaient 90 EMM par jour ou plus de façon prolongée, le pourcentage dont la dose a été réduite à moins de 90 EMM par jour est passé de 16,6 % à 25,7 % en 2017.

**Le nombre de personnes qui cessent un traitement par opioïde de longue durée est à la hausse.**

- Le pourcentage de personnes ayant pris des opioïdes de façon prolongée et arrêté leur traitement pendant au moins 6 mois est passé de 18,3 % à 20,4 % en 2017.

# Introduction

La douleur fait partie des raisons les plus courantes pour lesquelles les Canadiens consultent un médecin. Au Canada, un adulte sur 5 souffre de douleur chronique<sup>1</sup>. Les opioïdes d'ordonnance, comme la codéine, l'oxycodone et l'hydromorphone, sont souvent prescrits pour soulager la douleur. Ils le sont aussi occasionnellement pour traiter la toux ou la dépendance aux opioïdes<sup>2,3</sup>. Les opioïdes, s'ils sont prescrits et utilisés de manière appropriée, sont des médicaments efficaces qui contribuent de manière importante à soulager la douleur de nombreux Canadiens. Toutefois, ils peuvent aussi donner un sentiment d'euphorie ou un « high » et entraîner des préjudices, y compris la dépendance, l'intoxication et la mort<sup>4,5</sup>. Bien qu'il ait été prouvé que les opioïdes sont efficaces pour traiter la douleur aiguë, leur efficacité pour soulager la douleur chronique chez les patients non cancéreux suscite de nombreux débats<sup>6,7</sup>.

Depuis quelques années, le Canada est aux prises avec une crise des opioïdes<sup>8</sup>. De janvier 2016 à juin 2018, plus de 9 000 Canadiens sont décédés des suites d'un préjudice apparemment lié aux opioïdes<sup>9</sup>. En moyenne, 17 Canadiens ont été hospitalisés quotidiennement en 2017 pour une intoxication aux opioïdes, soit 1 de plus par jour qu'en 2016. D'autres préjudices liés aux opioïdes, comme les hospitalisations en raison de troubles liés à l'usage d'opioïdes et les symptômes de sevrage néonatal, sont également en hausse partout au pays<sup>5</sup>.

Bon nombre de ces préjudices sont peut-être attribuables à l'utilisation d'opioïdes de source illicite, comme l'héroïne ou le fentanyl, mais les opioïdes d'ordonnance contribuent aussi au problème de santé publique<sup>10</sup>. Les préjudices peuvent toucher les patients qui ont reçu une ordonnance d'opioïde, mais aussi d'autres personnes. Par exemple, les médicaments peuvent être utilisés par des membres de la famille ou des amis, éliminés de façon inadéquate, achetés de manière illégale ou volés<sup>11</sup>. Selon une étude américaine, une surdose d'opioïdes est plus susceptible de se produire dans les ménages dont un membre se fait prescrire un opioïde<sup>12</sup>. Le Canada affiche le deuxième taux de consommation d'opioïdes par habitant en importance au monde<sup>13</sup>, quoiqu'un rapport publié par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) en juin 2018 révèle une baisse dans la prescription de ces substances. De 2016 à 2017, la quantité totale d'opioïdes délivrés au Canada a diminué de plus de 10 %. De plus, le nombre d'ordonnances d'opioïde a chuté de plus de 400 000 — la première baisse depuis 2012<sup>14</sup>.

Diverses initiatives visant à réduire les préjudices liés à l'utilisation d'opioïdes d'ordonnance ont été mises en œuvre pour résoudre la crise. En voici quelques exemples :

- Les *Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse* ont été publiées en mai 2017<sup>15</sup>. Cette mise à jour des lignes directrices de 2010 présente de nouvelles données probantes et des conseils précis visant principalement à réduire les préjudices<sup>16</sup>.
- Le programme public d'assurance médicaments de l'Ontario ne rembourse plus les opioïdes puissants s'ils ont été prescrits ailleurs qu'en soins palliatifs depuis janvier 2017<sup>17</sup>.
- Certaines autorités compétentes avaient déjà adopté des lignes directrices différentes pour la prescription, comme celles décrites dans le document *Safe Prescribing of Drugs with Potential for Misuse/Diversion* publié en juin 2016 en Colombie-Britannique<sup>18</sup>. Celles-ci étaient fondées sur les lignes directrices sur la prescription d'opioïdes pour traiter la douleur chronique des Centers for Disease Control and Prevention (CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain), publiées en 2016 aux États-Unis<sup>19</sup>.
- En février 2012, une nouvelle forme d'oxycodone à action prolongée résistante à l'altération, OxyNEO, a été lancée comme initiative pour contrer les problèmes de mésusage de l'ancien produit à libération contrôlée, OxyContin<sup>20, 21</sup>.
- Les programmes provinciaux de surveillance des ordonnances ayant pour but d'aider les prescripteurs et pharmaciens ont continué d'évoluer et de prendre de l'expansion<sup>22</sup>.

Les *Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse* contiennent 10 conseils pour la prescription sécuritaire. Bon nombre d'entre eux faisaient déjà partie de lignes directrices (p. ex. la ligne directrice des Centers for Disease Control and Prevention [CDC] de 2016) au moment de la publication<sup>15, 19</sup>. Les recommandations suggèrent de commencer le traitement par d'autres médicaments, comme les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), ou de commencer par un traitement non pharmacologique. Si la douleur persiste après l'optimisation de ces traitements, il est proposé de prescrire un opioïde pour une courte durée. Une dose maximale est également indiquée. Les lignes directrices expliquent aussi comment réduire de manière sécuritaire la dose prescrite aux patients qui prennent une dose élevée d'opioïde à long terme<sup>i</sup>. Il est important de favoriser ou d'encourager les pratiques de prescription fondées sur des données probantes qui réduisent les risques de préjudices, mais il est tout aussi important de mesurer les résultats des recommandations, y compris les incidences négatives potentielles, comme la diminution rapide et inappropriée de la dose ou le remplacement par d'autres médicaments préjudiciables.

---

i. Les recommandations ne visent pas l'utilisation des opioïdes pour traiter la douleur aiguë ou chez les patients cancéreux ou en soins palliatifs, ou encore chez les patients traités pour un trouble lié à l'usage d'opioïdes ou une dépendance aux opioïdes.

Le présent rapport examine les tendances en matière de prescription d'opioïdes, tant chez les personnes qui commencent un traitement par opioïde que chez celles qui prennent des opioïdes à long terme. Les constatations sont présentées à la lumière des initiatives et lignes directrices visant à réduire les préjudices liés aux opioïdes d'ordonnance. Vu le nombre d'initiatives et l'échelonnement de leur mise en œuvre, il est difficile d'associer une tendance dans les données à l'une d'elles en particulier. Le délai nécessaire pour observer des changements dans les données peut également varier. Par exemple, il peut falloir plusieurs mois avant que les pratiques de prescription changent, car les prescripteurs doivent se renseigner sur les nouvelles recommandations. Par conséquent, toutes les incidences des *Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse* ne sont pas prises en compte dans ce rapport, qui a été produit à partir de données sur la période allant de 2013 à 2018. Toutefois, comme une partie des recommandations correspondait à d'autres lignes directrices et résultats de recherche déjà publiés (p. ex. la ligne directrice des CDC de 2016), certaines des tendances présentées pourraient y être liées<sup>19</sup>. La poursuite de la mise en œuvre des recommandations ainsi que l'éducation et les initiatives qui y sont associées pourraient accroître le respect des lignes directrices dans le futur.

Un complément d'information sur la prescription d'opioïdes et les préjudices liés à leur utilisation au Canada, comme les hospitalisations et les visites au service d'urgence liées à une intoxication, à des troubles liés à l'usage d'opioïdes et à des réactions indésirables, est accessible à la page [Opioïdes au Canada](#).



# Analyse

Le présent rapport analyse les tendances en matière de prescription d'opioïdes en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, des provinces dont l'ICIS détient des données sur tous les opioïdes d'ordonnance délivrés par les pharmacies communautaires. Il a été réalisé à partir des données sur les demandes de remboursement de médicaments tirées de 2 sources : le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) de l'ICIS et le Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario. L'[annexe A](#) fournit un complément d'information sur ces sources de données, tandis que l'[annexe B](#) présente la méthodologie et la terminologie utilisées dans le rapport.

Les tendances présentées concernent la période allant de 2013 à 2018. Les données de 2012 ont servi de référence pour la période qui a précédé. Les données de 2019, non disponibles, n'ont pu servir de référence pour la période qui a suivi, de sorte que certaines analyses n'ont pas pu être effectuées pour 2018. Puisque les données du Manitoba antérieures à mars 2015 n'étaient pas complètes, cette province a été exclue des analyses des tendances de 2013 à 2018.

Ce rapport répond aux questions suivantes :

- Combien de personnes reçoivent une ordonnance d'opioïde?
- Combien de personnes commencent un traitement par opioïde?
- Quelle est la durée des nouveaux traitements par opioïde entrepris?
- Quelles doses sont prescrites aux personnes qui commencent à prendre un opioïde?
- Combien de personnes se voient prescrire un opioïde à long terme?
- Combien de personnes recevant un traitement par opioïde de longue durée diminuent leur dose, remplacent l'opioïde par un analgésique non opioïde ou arrêtent leur traitement par opioïde?

Ces questions sont étudiées sous l'angle de leur évolution dans le temps et des caractéristiques démographiques des patients, ainsi qu'à la lumière des initiatives visant à réduire les préjudices liés à l'utilisation d'opioïdes d'ordonnance. L'[annexe C](#) fournit un complément d'information sur la population étudiée. Le mot « personnes » fait généralement référence aux membres de cette population dans le présent rapport.

## Combien de personnes reçoivent une ordonnance d'opioïde?

**1** personne **sur 8**\* a reçu une ordonnance d'opioïde en 2018



### Remarque

\* Représente les personnes qui ont fait exécuter une ordonnance dans une pharmacie communautaire de l'Ontario, du Manitoba, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique.

En 2018, près d'une personne sur 8 (12,3 %) au sein de la population étudiée a reçu une ordonnance d'opioïde, ce qui représenterait plus de 4,6 millions de Canadiens<sup>ii</sup>. À titre de comparaison, l'Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues a dévoilé que 12 % des Canadiens de 15 ans et plus utilisaient des opioïdes d'ordonnance en 2017<sup>23</sup>.

De 2013 à 2018, le pourcentage de la population étudiée qui a reçu une ordonnance d'opioïde est passé de 14,3 % à 12,3 %<sup>iii</sup>, ce qui représente une baisse de 8,0 % du nombre de personnes ayant pris des opioïdes au cours de la période étudiée. Cette tendance a été observée chez les personnes de sexe féminin, de sexe masculin ainsi que dans tous les groupes d'âge. Elle correspond aux constatations du rapport de l'ICIS *Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes et de benzodiazépines, de 2012 à 2017*<sup>14</sup>.

Les opioïdes peuvent être classés comme « puissants » ou « faibles », selon leur puissance<sup>iv</sup>. En 2018, environ 8,0 % de la population étudiée a reçu une prescription d'opioïde faible, 3,2 % d'opioïde puissant et 1,2 % d'opioïde puissant et d'opioïde faible. La codéine, un opioïde faible, était l'opioïde le plus prescrit. Elle a été prescrite à plus de la moitié des personnes qui ont reçu une ordonnance d'opioïde en 2018 (56,1 %). La codéine est indiquée pour traiter les symptômes de douleur légère à modérée de diverses causes, mais peut aussi servir à soulager la toux<sup>24, 25</sup>. L'oxycodone et l'hydromorphone, des opioïdes puissants, suivaient la codéine. Ces substances ont été prescrites à 16,7 % et à 16,5 % des personnes à qui l'on a prescrit un opioïde, respectivement. Elles sont indiquées pour le traitement de la douleur modérée à intense<sup>26-29</sup>.

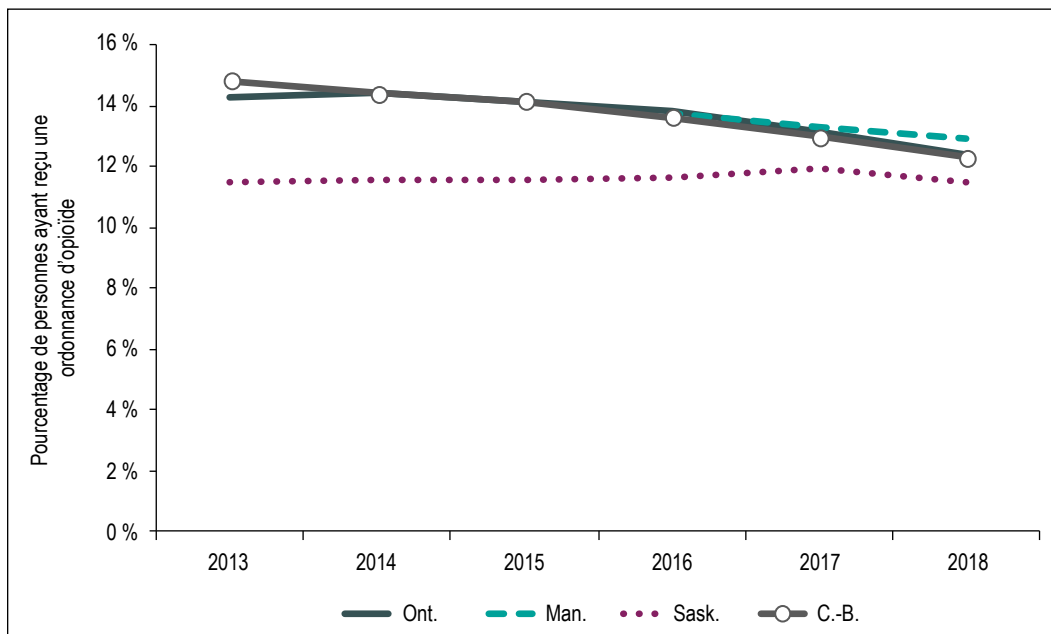
ii. Calculé en extrapolant le 12,3 % à l'échelle de la population canadienne de 37,1 millions d'habitants.

iii. Comprend les opioïdes servant principalement à soulager la douleur ou la toux, et non à traiter les troubles liés à l'usage d'opioïdes (voir l'[annexe B](#) pour obtenir des précisions). Lorsque seuls les opioïdes servant principalement à soulager la douleur étaient inclus, le taux de 2018 diminuait à 10,7 %. Lorsque tous les opioïdes étaient inclus, le taux augmentait à 12,7 %.

iv. Tous les produits qui contiennent du fentanyl, de l'hydromorphone, de la morphine et de l'oxycodone sont des opioïdes puissants.

Le pourcentage de la population à qui l'on a prescrit des opioïdes était similaire en Ontario, au Manitoba et en Colombie-Britannique, mais toujours plus bas en Saskatchewan. De 2013 à 2018, le pourcentage de personnes qui ont reçu une ordonnance d'opioïde a diminué dans toutes les provinces, sauf en Saskatchewan (figure 1).

**Figure 1** Pourcentage de personnes ayant reçu une ordonnance d'opioïde, par province, de 2013 à 2018



**Remarque**

Les données du Manitoba antérieures à mars 2015 n'étaient pas disponibles.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario.

## Combien de personnes commencent un traitement par opioïde?

Le **nombre de personnes** qui ont commencé un traitement par opioïde a **diminué\***



### Remarque

\* Représente les personnes qui ont fait exécuter une ordonnance dans une pharmacie communautaire de l'Ontario, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique.

Le pourcentage de la population étudiée qui a commencé un traitement par opioïde est passé de 9,5 % en 2013 à 8,1 % en 2018, ce qui représente une baisse de 9,6 % du nombre de personnes ayant commencé un traitement par opioïdes au cours de la période étudiée. Une baisse semblable du pourcentage de personnes qui ont entrepris un traitement par opioïde a été observée dans toutes les provinces étudiées (figure 2).

**Figure 2** Pourcentage de personnes ayant commencé un traitement par opioïde, par province, de 2013 à 2018



### Remarque

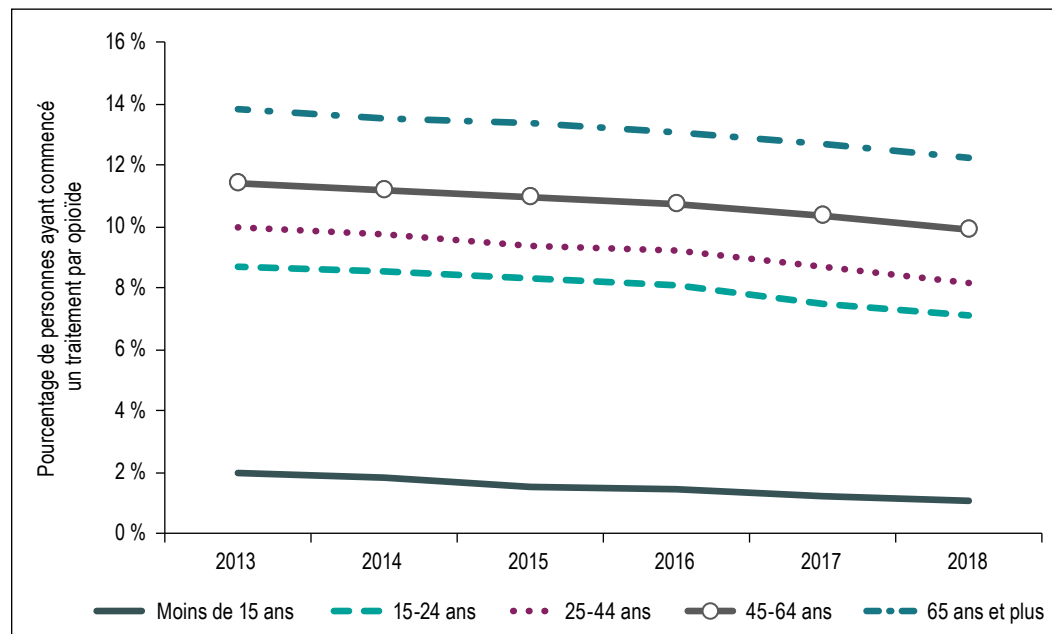
Les données du Manitoba antérieures à mars 2015 n'étaient pas disponibles.

### Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario.

La tendance était similaire chez les personnes de sexe féminin et celles de sexe masculin. Dans tous les groupes d'âge, le pourcentage de personnes qui ont commencé un traitement par opioïde a baissé de manière stable (figure 3).

**Figure 3** Pourcentage de personnes ayant commencé un traitement par opioïde, par groupe d'âge\*, de 2013 à 2018



**Remarque**

\* Inclut les données de l'Ontario, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. Le Manitoba a été exclu des analyses des tendances, car ses données n'étaient pas disponibles avant mars 2015.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario.

Environ 3 personnes sur 4 ayant entamé un traitement par opioïde ont commencé par un opioïde faible. Une personne sur 4 a commencé par un opioïde puissant. Cette proportion est demeurée la même tout au long de la période étudiée. Parmi les opioïdes faibles, la codéine a été prescrite à plus de la moitié des personnes qui ont entrepris un traitement par opioïde (55,1 %), suivie du tramadol (12,3 %) et de l'hydrocodone (7,8 %). L'hydromorphone (11,7 %) est l'opioïde puissant qui a été prescrit le plus souvent, suivi de l'oxycodone (10,1 %) et de la morphine (4,1 %).

Les lignes directrices publiées au Canada et aux États-Unis durant la période étudiée recommandaient l'utilisation d'analgésiques non opioïdes et de traitements non pharmacologiques comme méthodes de choix pour traiter la douleur chronique chez les patients non cancéreux<sup>15, 18, 19</sup>. En 2018, environ une personne sur 4 (27,3 %) s'était fait prescrire un analgésique non opioïde (produit approuvé pour le soulagement de la douleur) dans les 6 mois avant de commencer à prendre un opioïde<sup>v</sup>. Cette proportion a augmenté au cours de la période de l'étude. En effet, 23,3 % des personnes s'étaient fait prescrire un analgésique non opioïde dans les 6 mois précédant la prise d'un opioïde en 2013. Parmi les analgésiques non opioïdes, on trouve les médicaments d'ordonnance comme les anti-inflammatoires, les antimigraineux et la gabapentine (une liste complète se trouve à l'[annexe B](#)).



**Remarque**

\* Représente les personnes qui ont fait exécuter une ordonnance dans une pharmacie communautaire du Manitoba, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. L'Ontario a été exclu, parce que les données de son Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées n'incluent pas tous les analgésiques non opioïdes.

Les AINS ont été les analgésiques non opioïdes les plus couramment prescrits avant le traitement par opioïde. Des personnes qui ont reçu une ordonnance d'analgésique non opioïde, 82,5 % se sont fait prescrire un AINS dans les 6 mois précédant la prise d'un opioïde. Cette proportion est demeurée stable tout au long de la période étudiée.

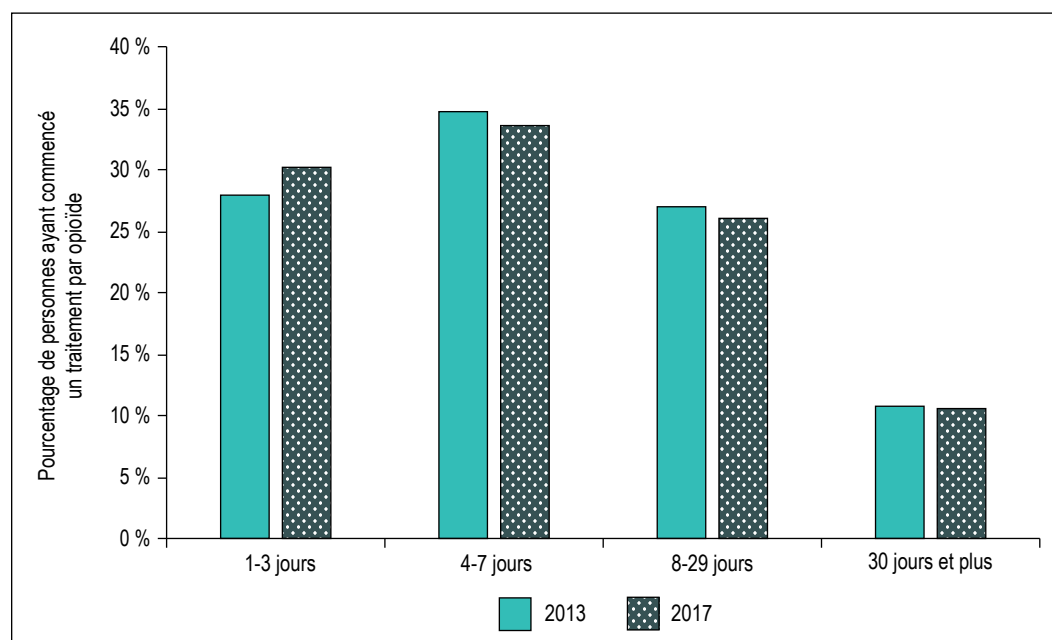
Il est important de noter que les sources de données utilisées pour réaliser cette analyse ne contenaient pas d'information sur les analgésiques en vente libre, comme l'acétaminophène ou l'ibuprofène, ou les traitements non pharmacologiques, comme la physiothérapie. Par conséquent, il n'a pas été possible d'examiner les autres traitements contre la douleur qui pourraient avoir été essayés avant le traitement par opioïde. Pour obtenir de l'information sur les autres limites des données, consultez l'[annexe B](#).

v. L'Ontario a été exclu, parce que les données de son Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées n'incluent pas tous les analgésiques non opioïdes.

## Quelle est la durée des nouveaux traitements par opioïde entrepris?

La durée pour laquelle les opioïdes ont été prescrits de façon continue aux personnes commençant un nouveau traitement a été examinée<sup>vi</sup>. Globalement, chez les personnes commençant à prendre un opioïde, la durée d'utilisation a en moyenne légèrement diminué de 2013 (13,4 jours) à 2017 (12,8 jours). De 2013 à 2017, la proportion de la population étudiée qui s'est fait prescrire un opioïde pour un à 3 jours a augmenté (de 27,8 % à 30,1 %), tandis que celle qui s'est fait prescrire un opioïde pour plus d'une semaine a baissé (figure 4).

**Figure 4** Durée d'utilisation chez les personnes ayant commencé un traitement par opioïde (en jours)\*, 2013 et 2017



### Remarque

\* Inclut les données de l'Ontario, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. Le Manitoba a été exclu des analyses des tendances, car ses données n'étaient pas disponibles avant mars 2015.

### Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario.

vi. Un traitement est considéré comme continu jusqu'à ce qu'une interruption de 30 jours soit observée après une ordonnance d'opioïde.

De 2013 à 2017, le pourcentage de personnes ayant commencé un nouveau traitement par opioïde d'une semaine ou moins a augmenté légèrement, passant de 62,5 % à 63,6 %. Plus ces personnes étaient âgées, plus l'utilisation était longue. La durée d'utilisation moyenne augmentait avec l'âge; elle était de 18,6 jours en 2017 pour les personnes âgées, comparativement à seulement 6,6 jours pour les 15 à 24 ans. Les personnes âgées sont plus susceptibles de souffrir de douleur chronique et donc de se faire prescrire des opioïdes pour une longue période<sup>30</sup>.

La durée d'utilisation chez les personnes ayant commencé un traitement par opioïde variait aussi par province en 2017. Le Manitoba affichait la proportion la plus élevée de personnes ayant utilisé des opioïdes pendant une semaine ou moins (64,6 %), suivi de la Colombie-Britannique (64,4 %), de l'Ontario (63,9 %) et de la Saskatchewan (55,5 %). La durée d'utilisation était comparable chez les personnes de sexe féminin et celles de sexe masculin.

## Quelles doses sont prescrites aux personnes qui commencent à prendre un opioïde?

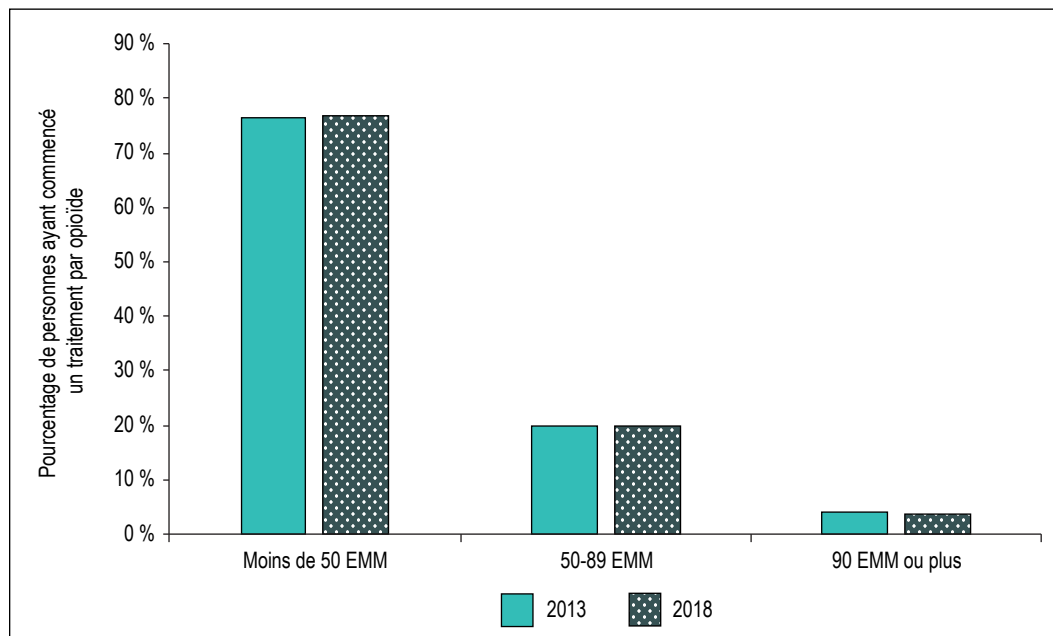
L'équivalent en milligrammes de morphine (EMM) est une méthode normalisée pour mesurer les doses d'opioïdes. Il représente la puissance d'un opioïde (des renseignements détaillés sur le calcul de cette mesure sont fournis à l'[annexe B](#)). Les lignes directrices canadiennes et américaines recommandent aux cliniciens de prescrire la plus petite dose efficace pour traiter la douleur chronique chez les patients non cancéreux. Aux États-Unis, les lignes directrices recommandent aux cliniciens de bien réévaluer les avantages et les risques pour le patient lorsqu'ils augmentent la dose quotidienne à 50 EMM ou plus. Elles recommandent aussi d'éviter d'augmenter la dose à 90 EMM ou plus par jour, ou de s'assurer du bien-fondé de cette décision<sup>19</sup>. Les lignes directrices canadiennes recommandent de limiter la dose prescrite à moins de 50 EMM par jour chez les personnes qui commencent un traitement par opioïde et de revenir à la plus petite dose efficace possible, jusqu'à cesser le traitement par opioïde si possible, chez celles qui prennent 90 EMM par jour ou plus<sup>15, 18</sup>. Dans le présent rapport, une dose égale ou supérieure à 90 EMM par jour est considérée comme élevée.

En 2018, plus de 3 personnes sur 4 (77,0 %) ayant commencé un traitement par opioïde se sont initialement fait prescrire une dose inférieure à 50 EMM par jour (figure 5). Il est possible que le traitement par opioïde ait commencé à l'hôpital pour certaines personnes. Ces données ne sont pas incluses dans l'analyse. Le Manitoba affichait la plus forte proportion de personnes ayant commencé à prendre un opioïde à une dose inférieure à 50 EMM (86,0 %), suivi de la Colombie-Britannique (78,8 %), de la Saskatchewan (77,2 %) et de l'Ontario (76,3 %). Cela est sans doute en grande partie attribuable au fait que le Manitoba est la seule province parmi celles étudiées à exiger que les médicaments à faible teneur en codéine soient vendus sur ordonnance.



Il était plus courant pour les personnes de sexe féminin de commencer un traitement par opioïde à une faible dose. Parmi les groupes d'âge, les moins de 15 ans et les personnes âgées étaient plus susceptibles de commencer à une faible dose.

**Figure 5** Pourcentage de personnes ayant commencé un traitement par opioïde, par EMM moyens par jour (dose initiale)\*, 2013 et 2018



**Remarques**

\* Inclut les données de l'Ontario, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. Le Manitoba a été exclu des analyses des tendances, car ses données n'étaient pas disponibles avant mars 2015.

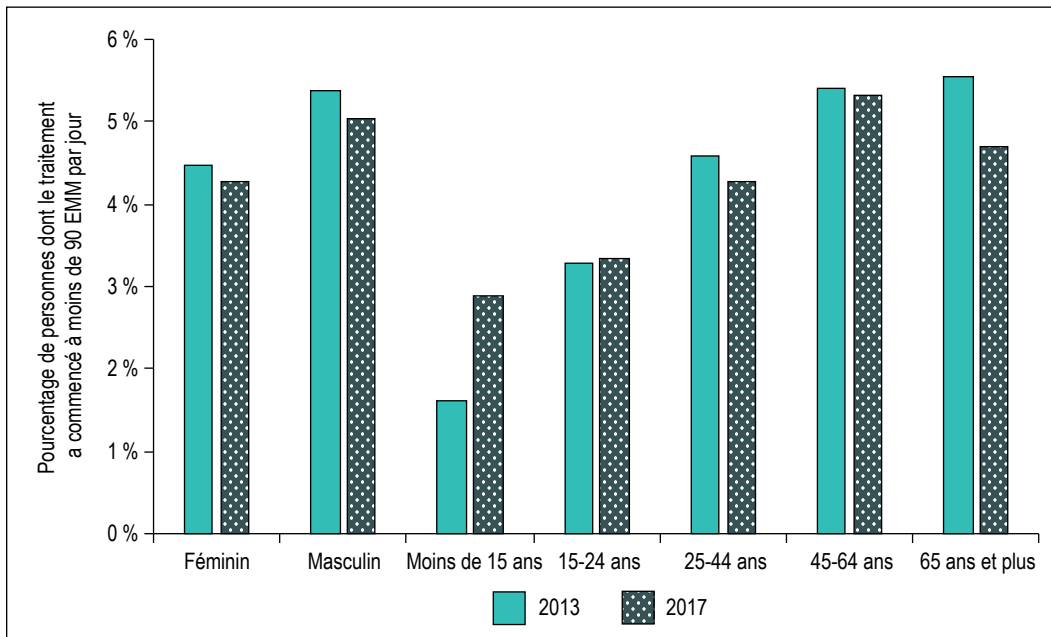
EMM : équivalents en milligrammes de morphine.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario.

En 2017, 4,6 % de la population étudiée ayant commencé à prendre des opioïdes à une dose inférieure à 90 EMM par jour sont passés à une dose élevée (90 EMM par jour ou plus) dans les 6 mois suivant le début de leur traitement, ce qui représente une légère baisse par rapport aux 4,9 % de 2013. La prise de doses élevées d'opioïdes était plus courante chez les personnes de sexe masculin et chez les personnes âgées (figure 6).

**Figure 6** Pourcentage de personnes dont le traitement a commencé à moins de 90 EMM par jour pour atteindre une dose élevée (90 EMM par jour ou plus) dans les 6 mois, par sexe et groupe d'âge\*, 2013 et 2017



**Remarques**

\* Inclut les données de l'Ontario, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. Le Manitoba a été exclu des analyses des tendances, car ses données n'étaient pas disponibles avant mars 2015.

Inclut les personnes dont le traitement a commencé à moins de 90 EMM par jour pour atteindre 90 EMM ou plus par jour dans les 6 mois.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario.

Les doses élevées d'opioïdes sont associées à un risque accru de préjudices. Il a en effet été démontré que les personnes qui prennent une dose de plus de 90 EMM par jour courent un risque accru de décès lié à la prise de médicaments par rapport à celles qui prennent une dose inférieure<sup>31</sup>. Toutefois, malgré le risque accru de préjudices, une dose de plus de 90 EMM par jour peut entraîner d'importants bénéfices pour certains patients<sup>15</sup>.

## Combien de personnes se voient prescrire un opioïde à long terme?

L'usage prolongé (ou de longue durée) d'un opioïde est défini comme la prescription d'un opioïde pour 90 jours sur une période de 100 jours. Bien qu'un tel usage puisse s'avérer approprié pour gérer la douleur chez certains patients, il est associé à un risque accru de préjudices, y compris la toxicomanie, la dépendance et la mort, particulièrement à dose élevée<sup>32</sup>. Il a été prouvé qu'une personne sur 550 qui prend un opioïde à long terme meurt dans les 2 années et demie suivant sa première ordonnance d'opioïde, tandis qu'une personne sur 32 recevant 200 EMM par jour ou plus meurt d'une cause liée à l'utilisation d'opioïde<sup>33</sup>.

En 2018, **1** personne sur **5**\* s'est vu prescrire un opioïde à long terme



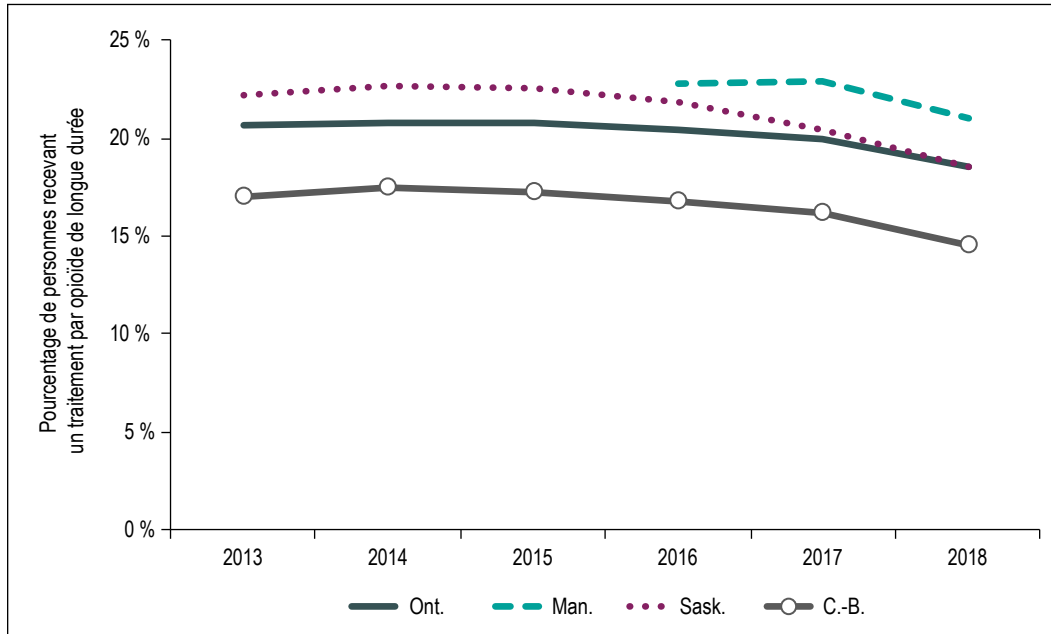
### Remarque

\* Représente les personnes qui ont fait exécuter une ordonnance dans une pharmacie communautaire de l'Ontario, du Manitoba, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique.

En 2018, 17,6 % des personnes qui ont reçu une ordonnance d'opioïde se sont fait prescrire ce type de substance à long terme, contre 19,8 % en 2013. Environ les deux tiers des personnes traitées sur une longue période (62,8 %) ont reçu des opioïdes puissants<sup>vii</sup>. En 2018, les opioïdes puissants les plus couramment prescrits à la population étudiée pour un traitement de longue durée étaient l'oxycodone (32,7 %), l'hydromorphone (25,6 %), la morphine (9,4 %) et le fentanyl (3,7 %). Ces chiffres variaient par province (figure 7).

vii. Ces personnes se sont fait prescrire des opioïdes puissants à un moment ou l'autre de leur traitement de longue durée.

**Figure 7** Pourcentage de personnes recevant un traitement de longue durée parmi celles qui ont reçu une ordonnance d'opioïde, par province, de 2013 à 2018



**Remarque**

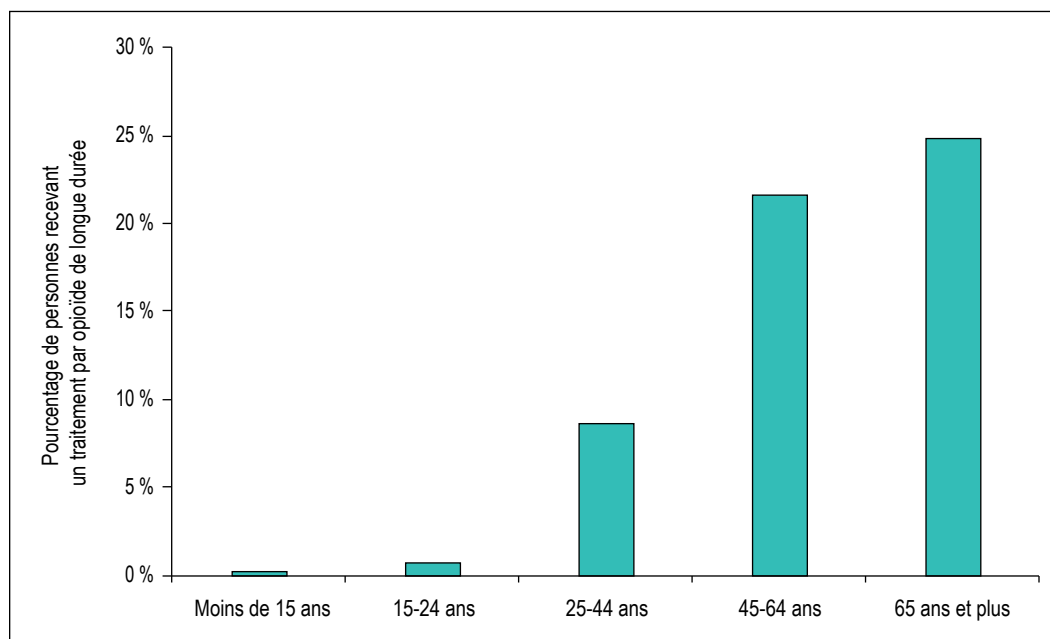
Les données du Manitoba antérieures à mars 2015 n'étaient pas disponibles.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario.

L'utilisation prolongée était plus fréquente chez les personnes âgées; 24,8 % de celles-ci ont reçu un traitement de longue durée, contre seulement 0,7 % des personnes de moins de 25 ans (figure 8). Aucune différence significative n'a été observée entre les personnes de sexe féminin et celles de sexe masculin.

**Figure 8** Pourcentage de personnes à qui l'on a prescrit un traitement par opioïde de longue durée, par groupe d'âge\*, 2018



**Remarque**

\* Inclut les données de l'Ontario, du Manitoba, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique.

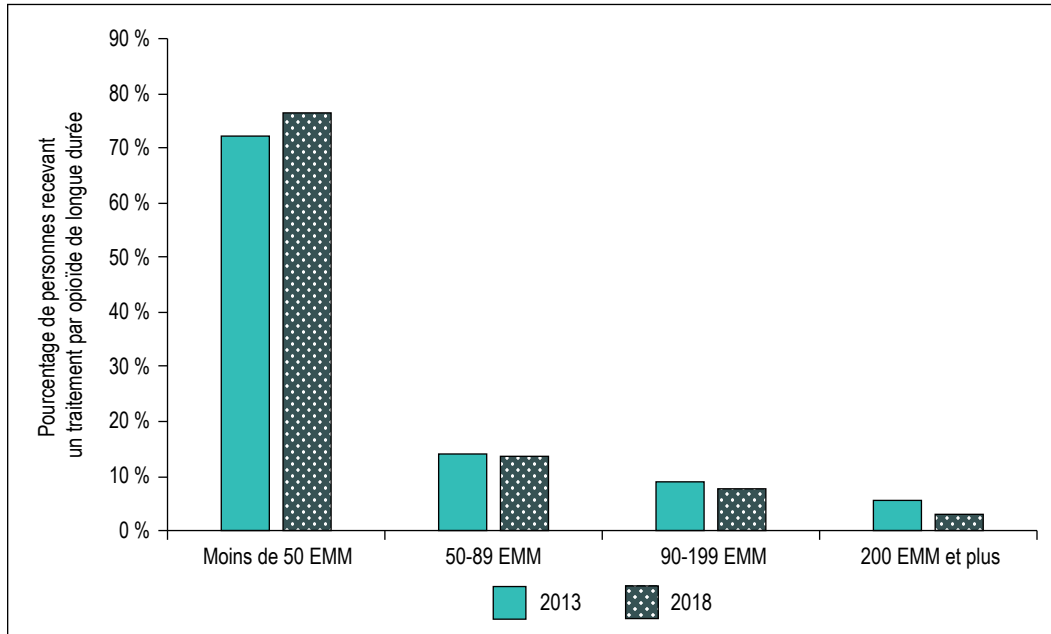
**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario.

Les personnes âgées sont plus susceptibles d'utiliser des opioïdes pendant de longues périodes, parce qu'elles sont plus nombreuses à souffrir de douleur chronique. Or elles sont également plus à risque de subir des préjudices liés à l'utilisation d'opioïdes<sup>5, 30</sup>. Un rapport récent de l'ICIS, *Préjudices liés aux opioïdes au Canada, décembre 2018*, révèle que les Canadiens âgés affichent un taux supérieur d'hospitalisations liées à une intoxication aux opioïdes (une diminution de ce taux a cependant été observée depuis la publication). Ce résultat pourrait être attribuable au taux élevé d'utilisation de plusieurs médicaments (polypharmacie), aux changements biologiques qui surviennent avec le vieillissement et aux comorbidités<sup>34, 35</sup>.

La dose moyenne prescrite aux personnes suivant un traitement par opioïde de longue durée a diminué de façon marquée : elle est passée de 57 EMM par jour à 48 EMM par jour, ce qui représente une diminution de près de 20 % de 2013 à 2018. Une baisse a été observée chez les personnes de sexe masculin et de sexe féminin, ainsi que dans tous les groupes d'âge, sauf chez les moins de 15 ans. La plupart des gens recevant un traitement par opioïde de longue durée (76,3 %) se sont fait prescrire une dose inférieure à 50 EMM par jour (figure 9).

**Figure 9** Pourcentage de personnes recevant un traitement par opioïde de longue durée, par EMM moyens par jour\*, 2013 et 2018



**Remarques**

\* Inclut les données de l'Ontario, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. Le Manitoba a été exclu des analyses des tendances, car ses données n'étaient pas disponibles avant mars 2015.

EMM : équivalents en milligrammes de morphine.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario.

## Combien de personnes recevant un traitement par opioïde de longue durée ont-elles vu leur dose réduite?

### Diminution de la dose d'opioïde

Si les avantages ne l'emportent pas sur les préjudices, les lignes directrices canadiennes et américaines conseillent aux cliniciens d'abaisser la dose ou d'arrêter le traitement par opioïde<sup>15, 18, 19</sup>. Plus précisément, les *Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse* conseillent de diminuer la dose des patients qui utilisent 90 EMM ou plus par jour à la plus petite dose efficace, jusqu'à cesser le traitement par opioïde si possible. Selon les protocoles, la dose doit être réduite lentement afin de minimiser les symptômes de sevrage (une réduction de 5 % à 10 % de la dose quotidienne [en EMM] toutes les 2 à 4 semaines est considérée comme raisonnable)<sup>15, 18</sup>.

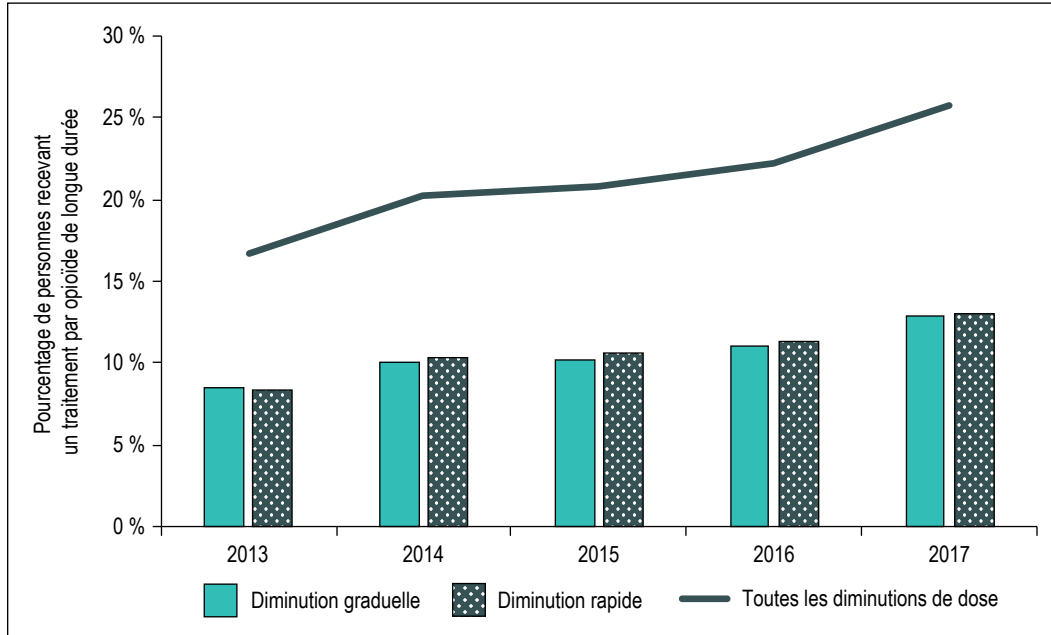
Le sevrage des opioïdes peut provoquer des symptômes comme de l'anxiété, des frissons, de la douleur musculaire, de la faiblesse, des nausées et des vomissements<sup>36</sup>. Pour cette raison, il n'est pas recommandé aux personnes qui ont développé une dépendance physique aux opioïdes de cesser subitement l'utilisation de ces substances. La diminution lente et graduelle de la dose peut atténuer efficacement les symptômes de sevrage<sup>15, 37</sup>. Toute réduction rapide — par exemple, s'il faut cesser le traitement immédiatement ou en quelques jours — doit être faite sous supervision médicale, dans un environnement où les symptômes pourront être gérés<sup>16</sup>. Il est important de noter que l'arrêt soudain des opioïdes d'ordonnance peut entraîner une vulnérabilité chez certains patients et les pousser à recourir à des opioïdes de source illicite afin de soulager les symptômes de sevrage désagréables. Les risques de préjudices sont donc accrus, parce que la composition et la puissance de ces produits sont inconnues<sup>38, 39</sup>.

En 2017, 25,7 % des personnes traitées de façon prolongée au moyen d'une dose élevée d'opioïde (90 EMM ou plus par jour) ont réduit leur dose à moins de 90 EMM par jour, comparativement à 16,6 % en 2013 (figure 10). Environ la moitié des patients ayant diminué leur dose sont passés graduellement à une dose inférieure à 90 EMM par jour. L'autre moitié a réduit sa dose rapidement. Une diminution rapide est définie comme une baisse soutenue de 50 % ou plus de la dose quotidienne au cours d'une période de 30 jours<sup>viii</sup>. Par exemple, passer d'une dose d'oxycodone de 200 EMM par jour à une dose de 80 EMM par jour en une semaine est considéré comme une diminution rapide. Passer de 200 EMM d'oxycodone par jour à 80 EMM par jour en réduisant la dose de 5 % à 10 % toutes les 2 semaines sur une période de 18 à 36 semaines est considéré comme une diminution graduelle. Le site [RxFiles](#), en anglais seulement, présente un exemple détaillé de diminution graduelle. Vous trouverez un complément d'information à l'[annexe B](#).

---

viii. Les personnes qui changent de catégorie d'opioïde sont exclues. Dans ce cas, il est recommandé de réduire les EMM de 50 % ou plus<sup>15</sup>.

**Figure 10** Pourcentage de personnes recevant un traitement par opioïde de longue durée et à dose élevée qui ont diminué leur dose graduellement et rapidement\*, de 2013 à 2017



**Remarque**

\* Inclut les données de l'Ontario, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. Le Manitoba a été exclu des analyses des tendances, car ses données n'étaient pas disponibles avant mars 2015.

**Sources**

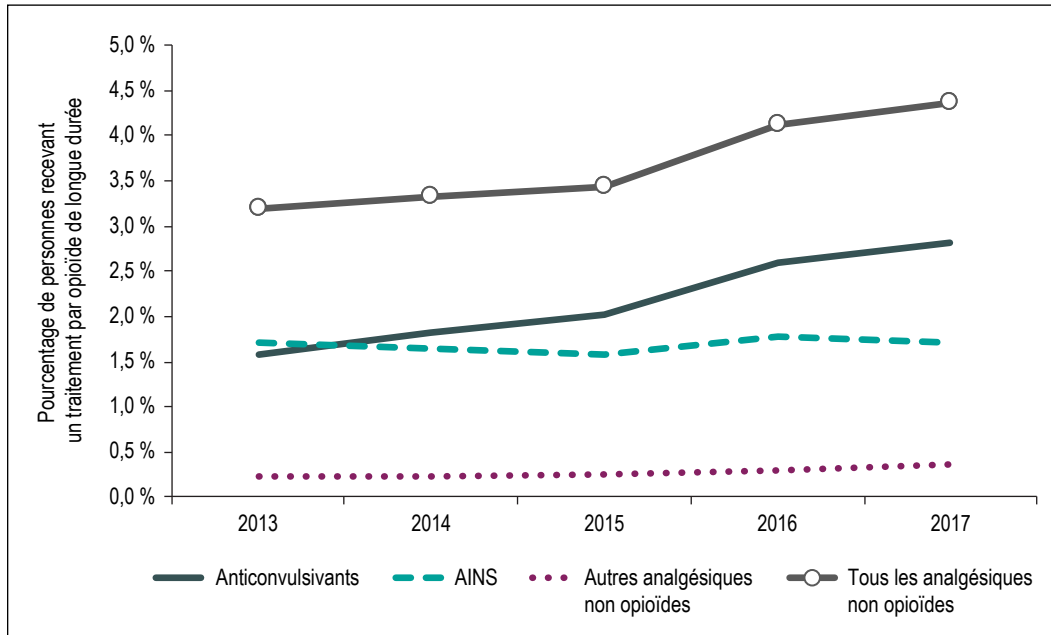
Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario.

## Transition vers les analgésiques non opioïdes

Depuis 2013, le nombre de personnes à qui l'on a prescrit des analgésiques non opioïdes, comme les AINS et les anticonvulsivants, pour remplacer un traitement par opioïde de longue durée a légèrement augmenté. En 2017, 4,4 % des patients qui recevaient un traitement par opioïde de longue durée sont passés à des analgésiques non opioïdes dans les 30 jours suivant l'arrêt du traitement par opioïde, comparativement à 3,2 % en 2013 (figure 11).



**Figure 11** Pourcentage de personnes qui ont remplacé un traitement par opioïde de longue durée par l'utilisation d'analgésiques non opioïdes dans les 6 mois\*, de 2013 à 2017



#### Remarques

\* Inclut les données de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. L'Ontario a été exclu parce que son Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées ne contient pas de données sur la prescription d'analgésiques non opioïdes. Le Manitoba a été exclu des analyses des tendances, car ses données n'étaient pas disponibles avant mars 2015.

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Exclut les analgésiques en vente libre.

#### Source

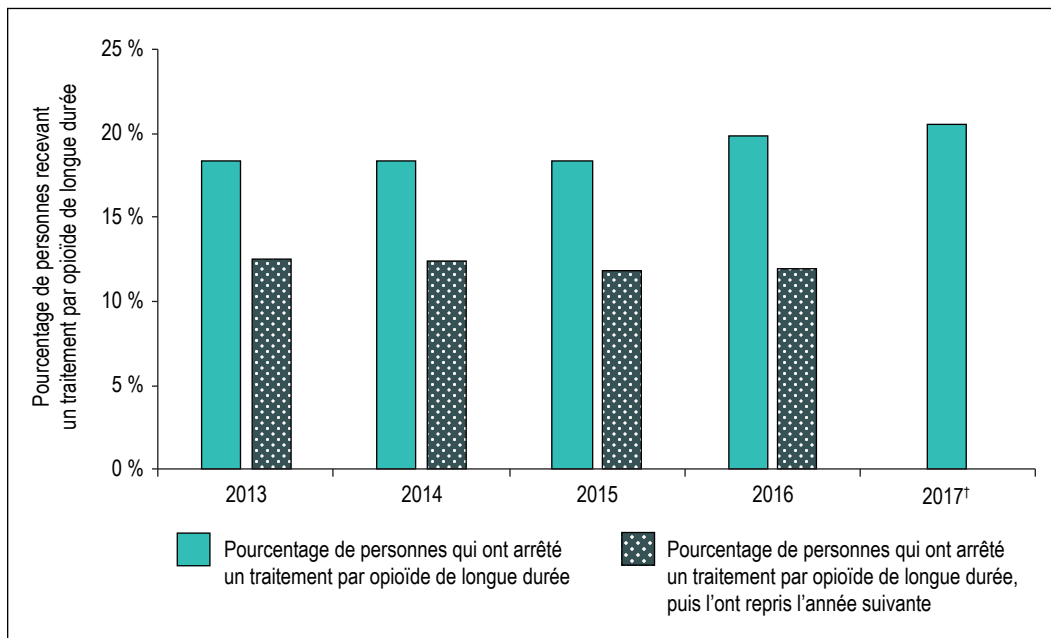
Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Parmi les médicaments d'ordonnance les plus utilisés pour remplacer les opioïdes figuraient la gabapentine, le naproxène et la prégabaline. Les sources de données utilisées pour réaliser cette analyse ne contenaient pas d'information sur les analgésiques en vente libre. Par conséquent, certains médicaments pourraient être sous-représentés. Il est important de noter que tous les médicaments comportent des risques, et que ces risques peuvent être accrus par la dose, la durée d'utilisation et l'âge de la personne qui les utilise. Par exemple, l'utilisation prolongée d'AINS peut entraîner des saignements gastro-intestinaux, des ulcères et des problèmes rénaux, tandis que l'utilisation d'anticonvulsivants, comme la gabapentine et la prégabaline, peut causer des étourdissements, de la somnolence et de la dépression<sup>40</sup>. Les gabapentinoïdes présentent aussi un potentiel de mésusage et peuvent entraîner la toxicomanie<sup>41</sup>.

## Arrêt du traitement par opioïde

En 2017, 20,4 % des personnes recevant un traitement par opioïde de longue durée l'ont arrêté pendant au moins 6 mois sans utiliser d'analgésique non opioïde pour gérer leur douleur. Il s'agit d'une augmentation par rapport à 18,3 % en 2013. Toutefois, environ les deux tiers des personnes qui avaient arrêté leur traitement par opioïde de longue durée pendant au moins 6 mois l'ont recommencé l'année suivante (figure 12). Il se peut que certaines personnes semblent avoir cessé de prendre des opioïdes en raison de la nature des sources de données utilisées (p. ex. les ordonnances délivrées en milieu hospitalier ne sont pas incluses dans cette analyse). Pour obtenir des renseignements détaillés sur les limites des données, consultez l'[annexe B](#).

**Figure 12** Pourcentage de personnes ayant arrêté un traitement par opioïde de longue durée pendant au moins 6 mois\*, de 2013 à 2017



### Remarques

\* Inclut les données de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. Les données du Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario ont été exclues parce qu'elles n'incluent que les demandes de remboursement de stupéfiants. Le Manitoba a été exclu des analyses des tendances, car ses données n'étaient pas disponibles avant mars 2015.

† Les résultats de 2017 ont été exclus, parce que les données sur toute la période qui a suivi ne sont pas disponibles.

### Source

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Il est courant pour les personnes traitées de façon prolongée de cesser occasionnellement l'usage d'opioïdes pour ensuite les recommencer. Par exemple, il a été démontré que plus de la moitié des personnes ayant reçu des opioïdes de façon continue pendant 90 jours en prennent encore des années plus tard. Les 2 facteurs les plus fortement associés à la poursuite du traitement sont l'exposition antérieure intermittente aux opioïdes et le traitement à dose élevée<sup>42</sup>.

## Conclusion

Malgré les tendances à la baisse en matière de prescription d'opioïdes, les préjudices et les décès liés aux opioïdes n'ont cessé d'augmenter ces dernières années au pays. Le présent rapport a révélé que, de 2013 à 2018, le nombre de personnes ayant commencé à prendre des opioïdes d'ordonnance a diminué, et que les personnes qui ont commencé à en prendre l'ont fait à dose réduite et pendant moins longtemps. De plus, le nombre de personnes recevant un traitement par opioïde de longue durée a diminué, et le nombre de personnes recevant un traitement de longue durée qui sont passées aux analgésiques d'ordonnance non opioïdes pour gérer leur douleur ou qui ont arrêté de prendre des opioïdes d'ordonnance a augmenté. Il est important de noter que tout changement à un traitement par opioïde doit être fait avec prudence. L'arrêt du traitement peut entraîner une vulnérabilité chez certains patients et les pousser à recourir à des opioïdes de source illicite, ce qui accroît les risques de préjudice, puisque la composition et la puissance de ces produits sont inconnues<sup>38, 39</sup>.

Diverses initiatives visant à réduire les préjudices liés à l'utilisation d'opioïdes d'ordonnance ont été mises en œuvre durant la période étudiée. Elles avaient comme objectif d'optimiser l'utilisation des médicaments non opioïdes et des traitements non pharmacologiques comme méthodes pour soulager la douleur chronique chez les patients non cancéreux<sup>15, 17, 18, 20-22, 36</sup>. Combinées à une meilleure sensibilisation à la crise des opioïdes au Canada et aux préjudices qui sont liés à ces substances, ces initiatives ont probablement influencé à la baisse les tendances en matière de prescription d'opioïdes. Vu le nombre d'initiatives et l'échelonnement de leur mise en œuvre, il est toutefois difficile d'associer une tendance dans les données à l'une d'entre elles en particulier. Toutes les incidences des *Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse* ne se reflètent probablement pas dans ce rapport.

La crise des opioïdes est un problème de santé publique complexe. La prescription sécuritaire des opioïdes ne constitue qu'une partie de la solution, car les opioïdes de source illicite continuent de représenter une grande partie du problème. Selon une étude américaine, une surdose d'opioïdes est plus susceptible de se produire dans les ménages dont un membre se fait prescrire un opioïde<sup>12</sup>. Les préjudices comme la mort, les hospitalisations et les visites au service d'urgence liées aux opioïdes continuent d'augmenter, même si ces substances sont de moins en moins prescrites. De là l'importance d'utiliser un vaste éventail de stratégies fondées sur des données probantes pour combattre la crise. Parmi ces stratégies figurent, entre autres,

- améliorer l'accès aux mesures de réduction des préjudices et de prévention des surdoses, comme les trousse de naloxone et les sites de consommation supervisés<sup>43</sup>;
- augmenter la disponibilité des ressources pour traiter les troubles liés à l'usage d'opioïdes<sup>44</sup>, parmi d'autres problèmes de santé mentale;
- améliorer l'accès aux autres traitements de la douleur chronique chez les patients non cancéreux<sup>45</sup>.

Un complément d'information sur la prescription d'opioïdes et les préjudices liés à leur utilisation au Canada, comme les hospitalisations et les visites au service d'urgence liées à une intoxication, à des troubles liés à l'usage d'opioïdes et à des réactions indésirables, est accessible à la page [Opioïdes au Canada](#).

## Annexe A : Sources de données

### Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits

Le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) contient des données sur les demandes de remboursement de médicaments provenant des régimes publics d'assurance médicaments de 10 provinces et territoires (à l'exclusion du Québec, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut), ainsi que du régime fédéral d'assurance médicaments de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Il renferme des données pancanadiennes liées aux listes de médicaments remboursés des régimes publics, aux demandes de remboursement de médicaments et aux politiques des régimes, ainsi que des statistiques sur la population. Cette base de données favorise la réalisation en temps voulu d'analyses comparatives exactes et pertinentes, en vue de l'élaboration de politiques pharmaceutiques éclairées et de la gestion efficace des régimes publics d'assurance médicaments du Canada.

Le SNIUMP inclut les demandes de remboursement de médicaments d'ordonnance acceptées par les régimes publics d'assurance médicaments, que ce soit pour un remboursement ou pour déduction d'une franchise. Il contient aussi des données sur les demandes de remboursement de médicaments du Manitoba, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique qui ont été payées autrement que par un régime public, c'est-à-dire par un assureur privé ou par le particulier, ce qui permet de produire des rapports représentatifs de la population dans ces provinces.

### Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario

Le Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario recueille des données sur toutes les ordonnances de médicaments contrôlés délivrées dans les pharmacies communautaires de l'Ontario (ce qui exclut les hôpitaux et les établissements carcéraux). Un « médicament contrôlé » est défini comme une substance désignée au sens de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (Canada). Le Système peut également contenir des données sur des opioïdes non énumérés dans cette loi. Il inclut des identificateurs du patient, du prescripteur et du pharmacien.

## Annexe B : Méthodologie

La présente analyse inclut toutes les demandes de remboursement de médicaments acceptées par les régimes publics d'assurance médicaments et les demandes de remboursement de médicaments non réglées au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, soit les provinces pour lesquelles les données du SNIUMP sont les plus complètes. Pour l'Ontario, les données du Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario ont été utilisées. L'information est présentée par année civile (du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre). Les données démographiques de Statistique Canada ont été utilisées pour calculer les pourcentages et les taux.

### Systemes de classification des médicaments

Les médicaments ont été classés conformément au système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC) de l'Organisation mondiale de la santé. Les codes ATC suivants ont été utilisés pour identifier les ordonnances d'opioïdes :

- N01AH (anesthésiques opioïdes)
- N02A (opioïdes)
- R05DA (alcaloïdes de l'opium et dérivés)
- R05FA (dérivés de l'opium et expectorants)
- R05FB (autres antitussifs et expectorants)

Les médicaments associés aux codes ATC ci-dessus ont été inclus dans l'analyse si l'un des ingrédients chimiques entrant dans leur composition était considéré comme un opioïde.

Les codes ATC suivants ont été utilisés pour identifier les ordonnances d'analgésiques non opioïdes :

- M01 (anti-inflammatoires et antirhumatismaux)
- M02 (topiques pour douleurs articulaires et musculaires)
- N01BB (anesthésiques locaux, amides)
- N02C (antimigraineux)
- N03AX12 (gabapentine)
- N03AX16 (prégabaline)
- N03AF01 (carbamazépine)

## Critères d'exclusion

L'analyse ne portait pas sur tous les médicaments ni toutes les formes posologiques. Les formes posologiques injectables et rectales ont été incluses dans les statistiques générales, mais exclues de tous les calculs de dose (c.-à-d. EMM). La méthadone et les associations de buprénorphine et de naloxone ont été exclues de toutes les analyses, car ces produits sont souvent utilisés pour traiter la toxicomanie, alors que le présent rapport porte sur les opioïdes utilisés pour soulager la douleur.

## Définitions

Veillez noter que certains des termes utilisés dans la présente analyse peuvent avoir d'autres définitions. Les définitions présentées ici ont pour but d'expliquer l'utilisation de ces termes dans le contexte du présent rapport.

**Arrêt des opioïdes** : S'applique à une personne qui n'a pas fait de demande de remboursement d'opioïde pendant 6 mois, mais qui a présenté une demande de remboursement pour tout autre médicament d'ordonnance au cours de cette période.

**Diminution rapide de la dose** : S'applique à une personne qui a pris 90 EMM ou plus par jour en moyenne sur 30 jours et qui a réduit sa dose quotidienne d'au moins 50 % dans les 30 jours suivants.

**Dose élevée d'opioïde** : Dose d'opioïde supérieure ou égale à 90 EMM par jour.

**Durée d'utilisation d'un opioïde** : Période (en jours) pendant laquelle un opioïde a été utilisé en continu avant une interruption de 30 jours du traitement suivant la fin d'une ordonnance (la fin a été déterminée à partir du nombre de jours d'approvisionnement indiqué dans les données).

**Équivalent en milligrammes de morphine (EMM)** : Mesure utilisée pour indiquer la puissance d'un opioïde. Elle permet de convertir une dose d'opioïde en dose équivalente de morphine orale. Pour obtenir un complément d'information, consultez le [tableau B1](#) de l'annexe B.

**Jours d'approvisionnement** : Durée (en jours) pour laquelle un opioïde a été prescrit, telle qu'elle a été indiquée par la pharmacie qui l'a délivré.

**Opioïdes puissants** : Tous les produits qui contiennent du fentanyl, de l'hydromorphone, de la morphine et de l'oxycodone.

**Passage à un analgésique non opioïde** : S'applique à une personne qui n'a pas fait de demande de remboursement d'opioïde pendant 6 mois, mais qui a présenté une demande de remboursement pour tout autre analgésique dans les 30 jours suivant l'arrêt de son traitement par opioïde.

**Personne ayant commencé un traitement par opioïde** : Personne qui a fait une demande de remboursement pour un opioïde d'ordonnance et qui n'avait pas présenté de demande de remboursement pour un opioïde d'ordonnance dans les 365 jours précédents.

**Personne ayant reçu une ordonnance d'opioïde** : Personne qui a fait au moins une demande de remboursement pour un opioïde d'ordonnance.

**Personne recevant un traitement par opioïde de longue durée** : Personne qui a reçu un approvisionnement de 90 jours d'opioïde d'ordonnance (peu importe lequel) au cours d'une période de 100 jours.

**Prise antérieure d'AINS d'ordonnance** : S'applique à une personne qui a reçu une ordonnance d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) dans les 6 mois précédant sa première ordonnance d'opioïde.

**Prise antérieure d'analgésique non opioïde d'ordonnance** : S'applique à une personne qui a reçu une ordonnance d'analgésique non opioïde dans les 6 mois précédant sa première ordonnance d'opioïde.

## Limites

L'utilisation des données sur les demandes de remboursement de médicaments comporte des limites. Le SNIUMP et le Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario n'incluent pas les renseignements suivants :

- les ordonnances qui ont été délivrées, mais jamais exécutées;
- les ordonnances exécutées à l'hôpital pour les patients hospitalisés, ou dans un établissement carcéral;
- de l'information indiquant si le médicament a bel et bien été pris;
- les diagnostics ou les affections à l'origine des ordonnances.



Des données sur les opioïdes d'ordonnance représentatives de la population n'étaient pas disponibles pour l'ensemble des provinces et territoires canadiens (elles l'étaient seulement pour l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique). Par conséquent, les analyses présentées dans ce rapport ne représentent pas l'ensemble du Canada. Les données du Manitoba antérieures à mars 2015 n'étaient pas disponibles. La province a donc été exclue des analyses précédant cette date et de l'analyse des tendances allant de 2013 à 2018.

Le Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario ne contenait pas de données sur les ordonnances d'analgésiques non opioïdes. L'Ontario a donc été exclu de cette analyse. Les 2 sources de données utilisées dans le présent rapport, le SNIUMP et le Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario, ne contenaient pas non plus d'information sur les analgésiques en vente libre ou les traitements non pharmacologiques. Par conséquent, il n'a pas été possible d'examiner les autres traitements contre la douleur qui pourraient avoir été essayés avant le traitement par opioïde.

Il est important de noter que les données des champs sur les jours d'approvisionnement associés aux demandes de remboursement d'opioïdes ne sont peut-être pas toujours exactes. Par exemple, les ordonnances d'opioïdes pour soulager une douleur aiguë sont souvent rédigées de cette façon : « Prendre un ou 2 comprimés toutes les 4 à 6 heures au besoin pour soulager la douleur. Remettre 30 comprimés. » Le pharmacien doit estimer lui-même la durée de l'approvisionnement. Dans cet exemple, l'approvisionnement pourrait durer au moins 2 à 3 jours (à raison d'un maximum de 12 comprimés par jour), mais le pharmacien pourrait également indiquer une durée de 8 à 30 jours. Il est également possible que le patient ne prenne pas tous les comprimés qui lui ont été remis.

Les sources de données utilisées ne contiennent pas d'information sur l'indication clinique ou la morbidité. Les analyses sur l'arrêt des opioïdes se limitent aux personnes qui ont fait une demande de remboursement pour tout autre médicament d'ordonnance dans les 6 mois suivant l'arrêt de leur traitement par opioïde. Elles excluent donc les personnes décédées, celles qui sont déménagées à l'extérieur des provinces étudiées, celles qui ont été incarcérées et celles qui ont reçu des médicaments à l'hôpital. Par conséquent, le pourcentage de personnes qui ont arrêté un traitement par opioïde de longue durée est probablement sous-estimé dans le présent rapport. Il est aussi possible que certaines personnes ayant commencé à prendre des opioïdes l'aient fait plus tôt que ce que les sources de données indiquent, par exemple à l'hôpital. Ces données ne sont pas incluses dans l'analyse.

## Conversion en équivalents en milligrammes de morphine

Le tableau suivant contient l'information utilisée pour calculer les EMM.

**Tableau B1** Facteurs de conversion en équivalents en milligrammes de morphine

Nom du médicament	Facteur de conversion
Morphine	1,000
Codéine	0,150
Oxycodone	1,500
Hydromorphone	5,000
Tramadol	0,150
Hydrocodone	1,000
Mépidine	0,100
Pentazocine	0,370
Tapentadol	0,400
Fentanyl (forme orale)	0,130
Fentanyl 12 mcg/h (864 mcg/timbre)*	0,170
Fentanyl 25 mcg/h (1 800 mcg/timbre)*	0,162
Fentanyl 37 mcg/h (2 664 mcg/timbre)*	0,177
Fentanyl 50 mcg/h (3 600 mcg/timbre)*	0,168
Fentanyl 75 mcg/h (5 400 mcg/timbre)*	0,162
Fentanyl 100 mcg/h (7 200 mcg/timbre)*	0,159

### Remarques

\* Les facteurs de conversion pour le fentanyl sont fondés sur la gamme des doses quotidiennes de morphine établies dans les *Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse*. Les valeurs converties ci-dessus sont calculées à partir des doses médianes; elles sont présentées aux fins d'analyse et ne sont pas destinées à la pratique clinique.

mcg : microgramme.

### Source

Busse JW, dir.; National Pain Centre de l'Université McMaster. *Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse*. 2017.

# Annexe C : Population étudiée

**Tableau C1** Population étudiée, par province, sexe et groupe d'âge, 2018

Province	Sexe ou groupe d'âge	Population générale	Personnes ayant reçu une ordonnance d'opioïde	Personnes ayant commencé un traitement par opioïde	Personnes recevant un traitement par opioïde de longue durée
<b>Ontario</b>	Féminin	50,6 %	55,3 %	52,5 %	55,7 %
	Masculin	49,4 %	44,7 %	47,5 %	44,3 %
	Moins de 15 ans	15,8 %	1,7 %	4,1 %	0,0 %
	15-24 ans	13,1 %	8,1 %	16,4 %	0,3 %
	25-44 ans	26,7 %	22,5 %	28,7 %	11,5 %
	45-64 ans	27,4 %	37,3 %	29,6 %	46,3 %
	65 ans et plus	16,9 %	30,4 %	21,2 %	41,8 %
<b>Manitoba</b>	Féminin	50,0 %	55,1 %	52,6 %	56,8 %
	Masculin	50,0 %	44,9 %	47,4 %	43,2 %
	Moins de 15 ans	18,9 %	0,3 %	0,7 %	s.o.
	15-24 ans	13,6 %	9,0 %	14,9 %	0,7 %
	25-44 ans	27,2 %	28,1 %	32,3 %	19,0 %
	45-64 ans	24,9 %	36,7 %	31,1 %	44,8 %
	65 ans et plus	15,4 %	25,9 %	21,0 %	35,4 %
<b>Saskatchewan</b>	Féminin	49,6 %	54,8 %	51,4 %	57,9 %
	Masculin	50,4 %	45,2 %	48,6 %	42,1 %
	Moins de 15 ans	19,6 %	1,1 %	3,0 %	0,0 %
	15-24 ans	12,5 %	9,3 %	16,2 %	0,7 %
	25-44 ans	27,8 %	28,5 %	31,5 %	15,6 %
	45-64 ans	24,8 %	35,3 %	28,8 %	43,8 %
	65 ans et plus	15,4 %	25,7 %	20,4 %	39,9 %
<b>Colombie-Britannique</b>	Féminin	50,5 %	53,9 %	51,7 %	55,9 %
	Masculin	49,5 %	46,1 %	48,3 %	44,1 %
	Moins de 15 ans	14,2 %	0,7 %	1,6 %	0,0 %
	15-24 ans	12,1 %	8,2 %	15,3 %	0,3 %
	25-44 ans	27,1 %	23,9 %	30,2 %	9,6 %
	45-64 ans	28,3 %	35,8 %	29,9 %	42,8 %
	65 ans et plus	18,3 %	31,3 %	23,0 %	47,3 %

**Remarque**

s.o. : sans objet.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario; Statistique Canada.

## Annexe D : Texte de remplacement pour les figures

### Texte de remplacement pour la figure 1 : Pourcentage de personnes ayant reçu une ordonnance d'opioïde, par province, de 2013 à 2018

Province	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ont.	14,3 %	14,4 %	14,1 %	13,8 %	13,2 %	12,4 %
Man.	n.d.	n.d.	n.d.	13,7 %	13,3 %	12,9 %
Sask.	11,5 %	11,5 %	11,6 %	11,6 %	11,9 %	11,5 %
C.-B.	14,8 %	14,4 %	14,2 %	13,6 %	13,0 %	12,3 %

#### Remarques

n.d. : non disponible.

Les données du Manitoba antérieures à mars 2015 n'étaient pas disponibles.

#### Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario.

### Texte de remplacement pour la figure 2 : Pourcentage de personnes ayant commencé un traitement par opioïde, par province, de 2013 à 2018

Province	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ont.	9,5 %	9,4 %	9,1 %	8,9 %	8,5 %	8,0 %
Man.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	8,1 %	7,9 %
Sask.	7,9 %	7,9 %	7,8 %	7,9 %	8,1 %	7,5 %
C.-B.	9,9 %	9,6 %	9,5 %	9,1 %	8,8 %	8,4 %

#### Remarques

n.d. : non disponible.

Les données du Manitoba antérieures à mars 2015 n'étaient pas disponibles.

#### Sources

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario.

**Texte de remplacement pour la figure 3 : Pourcentage de personnes ayant commencé un traitement par opioïde, par groupe d'âge\*, de 2013 à 2018**

Groupe d'âge	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Moins de 15 ans	2,0 %	1,8 %	1,5 %	1,4 %	1,2 %	1,0 %
15-24 ans	8,7 %	8,5 %	8,3 %	8,1 %	7,5 %	7,1 %
25-44 ans	9,9 %	9,8 %	9,4 %	9,2 %	8,7 %	8,1 %
45-64 ans	11,4 %	11,2 %	11,0 %	10,7 %	10,4 %	9,9 %
65 ans et plus	13,8 %	13,5 %	13,4 %	13,0 %	12,7 %	12,2 %

**Remarque**

\* Inclut les données de l'Ontario, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. Le Manitoba a été exclu des analyses des tendances, car ses données n'étaient pas disponibles avant mars 2015.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario.

**Texte de remplacement pour la figure 4 : Durée d'utilisation chez les personnes ayant commencé un traitement par opioïde (en jours)\*, 2013 et 2017**

Durée (en jours)	2013	2017
1-3 jours	27,8 %	30,1 %
4-7 jours	34,7 %	33,5 %
8-29 jours	26,9 %	26,0 %
30 jours et plus	10,6 %	10,4 %

**Remarque**

\* Inclut les données de l'Ontario, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. Le Manitoba a été exclu des analyses des tendances, car ses données n'étaient pas disponibles avant mars 2015.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario.

**Texte de remplacement pour la figure 5 : Pourcentage de personnes ayant commencé un traitement par opioïde, par EMM moyens par jour (dose initiale)\*, 2013 et 2018**

EMM moyens par jour	2013	2018
Moins de 50 EMM	76,2 %	77,0 %
50-89 EMM	19,9 %	19,4 %
90 EMM et plus	3,9 %	3,6 %

**Remarques**

\* Inclut les données de l'Ontario, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. Le Manitoba a été exclu des analyses des tendances, car ses données n'étaient pas disponibles avant mars 2015.

EMM : équivalents en milligrammes de morphine.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario.

**Texte de remplacement pour la figure 6 : Pourcentage de personnes dont le traitement a commencé à moins de 90 EMM par jour pour atteindre une dose élevée (90 EMM par jour ou plus) dans les 6 mois, par sexe et groupe d'âge\*, 2013 et 2017**

Sexe ou groupe d'âge	2013	2017
Féminin	4,5 %	4,3 %
Masculin	5,4 %	5,0 %
Moins de 15 ans	1,6 %	2,9 %
15-24 ans	3,3 %	3,3 %
25-44 ans	4,6 %	4,3 %
45-64 ans	5,4 %	5,3 %
65 ans et plus	5,5 %	4,7 %

**Remarques**

\* Inclut les données de l'Ontario, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. Le Manitoba a été exclu des analyses des tendances, car ses données n'étaient pas disponibles avant mars 2015.

Inclut les personnes dont le traitement a commencé à moins de 90 EMM par jour pour atteindre 90 EMM ou plus par jour dans les 6 mois.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario.

**Texte de remplacement pour la figure 7 : Pourcentage de personnes recevant un traitement de longue durée parmi celles qui ont reçu une ordonnance d'opioïde, par province, de 2013 à 2018**

Province	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ont.	20,6 %	20,7 %	20,8 %	20,4 %	20,0 %	18,6 %
Man.	n.d.	n.d.	n.d.	22,8 %	22,9 %	21,0 %
Sask.	22,1 %	22,7 %	22,5 %	21,8 %	20,4 %	18,5 %
C.-B.	17,0 %	17,5 %	17,2 %	16,8 %	16,1 %	14,5 %

**Remarques**

n.d. : non disponible.

Les données du Manitoba antérieures à mars 2015 n'étaient pas disponibles.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé;

Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario.

**Texte de remplacement pour la figure 8 : Pourcentage de personnes à qui l'on a prescrit un traitement par opioïde de longue durée, par groupe d'âge\*, 2018**

Groupe d'âge	2018
Moins de 15 ans	0,2 %
15-24 ans	0,7 %
25-44 ans	8,7 %
45-64 ans	21,7 %
65 ans et plus	24,8 %

**Remarque**

\* Inclut les données de l'Ontario, du Manitoba, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario.

**Texte de remplacement pour la figure 9 : Pourcentage de personnes recevant un traitement par opioïde de longue durée, par EMM moyens par jour\*, 2013 et 2018**

EMM moyens par jour	2013	2018
Moins de 50 EMM	72,1 %	76,3 %
50-89 EMM	13,9 %	13,2 %
90-199 EMM	8,7 %	7,5 %
200 EMM et plus	5,2 %	3,0 %

**Remarques**

\* Inclut les données de l'Ontario, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. Le Manitoba a été exclu des analyses des tendances, car ses données n'étaient pas disponibles avant mars 2015.

EMM : équivalents en milligrammes de morphine.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario.

**Texte de remplacement pour la figure 10 : Pourcentage de personnes recevant un traitement par opioïde de longue durée et à dose élevée qui ont diminué leur dose graduellement et rapidement\*, de 2013 à 2017**

Diminution de la dose	2013	2014	2015	2016	2017
Diminution graduelle	8,4 %	9,9 %	10,2 %	11,0 %	12,8 %
Diminution rapide	8,3 %	10,3 %	10,6 %	11,3 %	12,9 %
Toutes les diminutions de dose	16,6 %	20,2 %	20,8 %	22,3 %	25,7 %

**Remarque**

\* Inclut les données de l'Ontario, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. Le Manitoba a été exclu des analyses des tendances, car ses données n'étaient pas disponibles avant mars 2015.

**Sources**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé; Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario.



**Texte de remplacement pour la figure 11 : Pourcentage de personnes qui ont remplacé un traitement par opioïde de longue durée par l'utilisation d'analgésiques non opioïdes dans les 6 mois\*, de 2013 à 2017**

Catégorie de médicaments	2013	2014	2015	2016	2017
Anticonvulsivants	1,6 %	1,8 %	2,0 %	2,6 %	2,8 %
AINS	1,7 %	1,6 %	1,6 %	1,8 %	1,7 %
Autres analgésiques non opioïdes	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,3 %	0,4 %
Tous les analgésiques non opioïdes	3,2 %	3,3 %	3,4 %	4,1 %	4,4 %

**Remarques**

\* Inclut les données de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. L'Ontario a été exclu parce que son Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées ne contient pas de données sur la prescription d'analgésiques non opioïdes. Le Manitoba a été exclu des analyses des tendances, car ses données n'étaient pas disponibles avant mars 2015.

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Exclut les analgésiques en vente libre.

**Source**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

**Texte de remplacement pour la figure 12 : Pourcentage de personnes ayant arrêté un traitement par opioïde de longue durée pendant au moins 6 mois\*, de 2013 à 2017**

Groupe	2013	2014	2015	2016	2017 <sup>†</sup>
Pourcentage de personnes qui ont arrêté un traitement par opioïde de longue durée	18,3 %	18,3 %	18,3 %	19,8 %	20,4 %
Pourcentage de personnes qui ont arrêté un traitement par opioïde de longue durée, puis l'ont repris l'année suivante	12,4 %	12,4 %	11,8 %	11,9 %	n.d.

**Remarques**

\* Inclut les données de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. Les données du Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées de l'Ontario ont été exclues parce qu'elles n'incluent que les demandes de remboursement de stupéfiants. Le Manitoba a été exclu des analyses des tendances, car ses données n'étaient pas disponibles avant mars 2015.

† Les résultats de 2017 ont été exclus, parce que les données sur toute la période qui a suivi ne sont pas disponibles.  
n.d. : non disponible.

**Source**

Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

## Références

1. Schopflocher D, et al. [The prevalence of chronic pain in Canada](#). *Pain Research and Management*. 2011.
2. Valeant Canada LP. [Prescribing Information Including Patient Medication Information: <sup>N</sup>Cophylac<sup>®</sup>, Normethadone HCl and p-Hydroxyephedrine HCl Drops; Drops, Normethadone HCl 10 mg/mL \(1%\) and p-Hydroxyephedrine 20 mg/mL \(2%\). Antitussive](#). 2018.
3. Mallinckrodt Canada ULC. [Product Monograph Including Patient Medication Information: <sup>N</sup>Methadose<sup>™</sup>; Methadone Hydrochloride Oral Concentrate USP, Cherry Flavored, 10 mg/mL; Methadone Hydrochloride Oral Concentrate USP, Dye-Free, Sugar-Free, Unflavored, 10 mg/mL. Treatment of Opioid Dependence](#). 2018.
4. Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. [Sommaire canadien sur la drogue : opioïdes d'ordonnance](#). 2017.
5. Institut canadien d'information sur la santé. [Préjudices liés aux opioïdes au Canada, décembre 2018](#). 2018.
6. Fischer B, et al. [Effective Canadian policy to reduce harms from prescription opioids: Learning from past failures](#). *Journal de l'Association médicale canadienne*. Décembre 2016.
7. Fields HL. [The doctor's dilemma: Opiate analgesics and chronic pain](#). *Neuron*. Février 2011.
8. Gouvernement du Canada. [Faire face à la crise des opioïdes au Canada](#). Consulté le 4 avril 2019.
9. Gouvernement du Canada, Institut canadien d'information sur la santé. [Opioid-Related Harms in Canada](#). 2018.
10. Agence de la santé publique du Canada. [La crise des opioïdes au Canada : une perspective nationale](#). *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. Juin 2018.
11. Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance. [S'abstenir de faire du mal : répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada](#). 2013.

12. Khan NF, et al. [Association of opioid overdose with opioid prescriptions to family members](#). *JAMA Internal Medicine*. 2019.
13. Organe international de contrôle des stupéfiants; Nations Unies. [Stupéfiants 2017 : évaluations des besoins du monde pour 2018, statistiques pour 2016](#). 2017.
14. Institut canadien d'information sur la santé. [Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes et de benzodiazépines, de 2012 à 2017](#). 2018.
15. Busse JW, dir.; National Pain Centre de l'Université McMaster. [Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse](#). 2017.
16. Busse JW, et al. [Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain](#). *Journal de l'Association médicale canadienne*. Mai 2017.
17. Programmes publics de médicaments de l'Ontario; ministère de la Santé et des Soins de longue durée. [Rappel concernant le retrait d'opioïdes à action prolongée à plus forte concentration du Programme de médicaments de l'Ontario \(PMO\)](#). 2017.
18. College of Physicians and Surgeons of British Columbia. [Professional Standards and Guidelines: Safe Prescribing of Drugs with Potential for Misuse/Diversion](#). 2016.
19. Dowell D, et al.; Centers for Disease Control and Prevention. [CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain — United States, 2016](#). *Morbidity and Mortality Weekly Report*. Mars 2016.
20. Gomes T, et al. [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](#). *CMAJ Open*. Novembre 2017.
21. Pant S, et al. [Environmental Scan: Opioid Formulations With Tamper-Resistance or Abuse-Deterrent Features — Products and Policies](#). 2017.
22. Sproule B; Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. [Programmes de surveillance des ordonnances au Canada : examen des programmes et des pratiques exemplaires](#). 2015.
23. Gouvernement du Canada. [Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues](#). 2017.

24. Laboratoire Riva Inc. [Prescribing Information: <sup>N</sup>Codeine 15, Codeine Phosphate Tablets, USP, 15 mg; <sup>N</sup>Codeine 30, Codeine Phosphate Tablets, USP, 30 mg. Opioid Analgesic/Antitussive.](#) 2018.
25. Teva Canada Limited. [Prescribing Information: <sup>N</sup>Teva-Codeine, Codeine Phosphate Tablets USP, 15 mg and 30 mg Tablets. Opioid Analgesic/Antitussive.](#) 2018.
26. Actavis Pharma Company. [Product Monograph Including Patient Medication Information: <sup>N</sup>ACT Oxycodone CR, Oxycodone Hydrochloride Controlled Release Tablets, 5 mg, 10 mg, 20 mg, 40 mg and 80 mg Oxycodone Hydrochloride; Manufacturer's Standard. Opioid Analgesic.](#) 2018.
27. Purdue Pharma. [Product Monograph Including Patient Medication Information: <sup>N</sup>Oxy-IR<sup>®</sup>, Oxycodone Hydrochloride, 5 mg, 10 mg and 20 mg Tablets; Purdue Pharma Standard. Opioid Analgesic.](#) 2018.
28. Pharmascience Inc. [Product Monograph: <sup>N</sup>pms-Oxycodone CR, Oxycodone Hydrochloride Controlled Release Tablets 5 mg, 15 mg, 30 mg and 60 mg; Oxycodone Hydrochloride Controlled Release Tablets, Mfr. Standard 10 mg, 20 mg, 40 mg, and 80 mg. Opioid Analgesic.](#) 2018.
29. Purdue Pharma. [Product Monograph: <sup>N</sup>OxyNEO<sup>®</sup> \(Oxycodone Hydrochloride Controlled Release Tablets\), 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg and 80 mg; Purdue Pharma — Standard. Opioid Analgesic.](#) 2018.
30. Campbell CI, et al. [Age and gender trends in long-term opioid analgesic use for noncancer pain.](#) *American Journal of Public Health*. Décembre 2010.
31. Gomes T, et al. [Opioid dose and drug-related mortality in patients with nonmalignant pain.](#) *Archives of Internal Medicine*. Avril 2011.
32. Baldini A, et al. [A review of potential adverse effects of long-term opioid therapy: A practitioner's guide.](#) *The primary care companion for CNS disorders*. Juin 2012.
33. Kaplovitch E, et al. [Sex differences in dose escalation and overdose death during chronic opioid therapy: A population-based cohort study.](#) *PLOS ONE*. Août 2015.
34. Institut canadien d'information sur la santé. [Utilisation des médicaments chez les personnes âgées adhérant à un régime public d'assurance-médicaments au Canada, 2012.](#) 2014.
35. McLean AJ, Le Couteur DG. [Aging biology and geriatric clinical pharmacology.](#) *Pharmacological Reviews*. Juin 2004.

36. Amato L, et al. [Méthadone à doses décroissantes pour la prise en charge du sevrage des opiacés](#). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Février 2013.
37. Frank JW, et al. [Patient outcomes in dose reduction or discontinuation of long-term opioid therapy: A systematic review](#). *Annals of Internal Medicine*. Août 2017.
38. Murphy L, et al. [Guidance on opioid tapering in the context of chronic pain: Evidence, practical advice and frequently asked questions](#). *Revue des pharmaciens du Canada*. Février 2018.
39. Baldwin N, et al. [Fentanyl and heroin contained in seized illicit drugs and overdose-related deaths in British Columbia, Canada: An observational analysis](#). *Drug and Alcohol Dependence*. Avril 2018.
40. Mayo Clinic Staff. [Chronic pain: Medication decisions](#). Consulté le 4 avril 2019.
41. Evoy KE, et al. [Abuse and misuse of pregabalin and gabapentin](#). *Drugs*. Mars 2017.
42. Martin BC, et al. [Long-term chronic opioid therapy discontinuation rates from the TROUP study](#). *Journal of General Internal Medicine*. Décembre 2011.
43. Gouvernement du Canada. [Mesures fédérales sur les opioïdes](#). 2018.
44. Taha S; Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. [Pratiques exemplaires dans le continuum des soins pour le traitement du trouble lié à l'usage d'opioïdes](#). 2018.
45. Furlan AD, Williamson OD. [New Canadian guidance on opioid use for chronic pain: Necessary but not sufficient](#). *Journal de l'Association médicale canadienne*. Mai 2017.

**ICIS Ottawa**

495, chemin Richmond  
Bureau 600  
Ottawa (Ont.)  
K2A 4H6  
**613-241-7860**

**ICIS Toronto**

4110, rue Yonge  
Bureau 300  
Toronto (Ont.)  
M2P 2B7  
**416-481-2002**

**ICIS Victoria**

880, rue Douglas  
Bureau 600  
Victoria (C.-B.)  
V8W 2B7  
**250-220-4100**

**ICIS Montréal**

1010, rue Sherbrooke Ouest  
Bureau 602  
Montréal (Qc)  
H3A 2R7  
**514-842-2226**

---

**icis.ca**

19859-0419

