

Aperçu

Mesures prises à l'échelle locale contre l'épidémie canadienne d'opioïdes dans les collectivités de Kingston, du comté de Frontenac et du comté de Lennox et Addington

Anees Bahji, M.D. (1,2,3); Daenis Camiré, M.D. (4)

 [Diffuser cet article sur Twitter](#)

Résumé

Le Canada est confronté à une épidémie nationale de surdoses d'opioïdes, le nombre de décès associé étant en constante augmentation. Les expériences relatives aux opioïdes des collectivités de Kingston, du comté de Frontenac et du comté de Lennox et Addington, qui forment le pôle régional du Sud-Est de l'Ontario et sont le siège de l'Université Queen's, sont susceptibles d'offrir des perspectives intéressantes. Cet article présente les mesures récentes de lutte contre la crise des opioïdes à l'échelle locale, la justification de leur adoption ainsi que le contexte dans lequel elles sont appliquées.

Introduction

Le Canada est confronté à une épidémie nationale de surdoses d'opioïdes, le nombre de décès associés à ces surdoses ne cessant d'augmenter : en 2018, 4 460 décès liés aux opioïdes sont survenus, contre 4 100 en 2017 et 3 017 en 2016¹. La Colombie-Britannique présentait en 2018 le plus haut taux de décès, mais l'Ontario la suivait de près avec 1 471 décès¹. Les quatre cinquièmes des décès liés aux opioïdes en Ontario étaient de nature accidentelle, et près des deux tiers de ces décès accidentels ont touché des personnes de 15 à 45 ans².

L'épidémiologie générale de la crise des opioïdes au Canada a été décrite en détail³⁻⁷, mais l'influence des politiques à l'échelle locale, provinciale et nationale destinées à réduire la quantité d'opioïdes en circulation dans les collectivités est moins connue. On peut néanmoins tirer des leçons des mesures prises par certaines municipalités. Ainsi, les expériences relatives aux opioïdes de Kingston, du comté de Frontenac et du comté de Lennox et Addington (circonscription sanitaire de

KFLA), qui forment le pôle régional du Sud-Est de l'Ontario et le siège de l'Université Queen's, peuvent offrir des perspectives intéressantes.

En 2018, 200 visites aux services d'urgence liées aux opioïdes, 66 hospitalisations liées aux opioïdes et 23 décès liés aux opioïdes ont été recensés dans la circonscription sanitaire de KFLA, ce qui plaçait cette dernière au neuvième rang des 35 circonscriptions sanitaires de l'Ontario sur le plan des décès liés aux opioïdes, après normalisation en fonction de l'âge et du sexe (figure 1). En 2018, le taux de prescription d'opioïdes pour le traitement de la douleur dans la circonscription sanitaire de KFLA (109,2 pour 1 000 habitants) était significativement plus élevé que la moyenne provinciale (104,9 pour 1 000 habitants)⁸.

Ces statistiques permettent de quantifier en partie l'expérience locale de la circonscription sanitaire de KFLA, mais une analyse complète du contexte de la crise des opioïdes doit intégrer des facteurs comme la part respective des opioïdes prescrits et des opioïdes illicites, de même que le rôle des

Points saillants

- En 2018, 200 visites aux services d'urgence liées aux opioïdes, 66 hospitalisations liées aux opioïdes et 23 décès liés aux opioïdes ont été recensés dans la circonscription sanitaire de Kingston, Frontenac et Lennox et Addington (KFLA). Après normalisation en fonction de l'âge et du sexe, ce résultat place la circonscription sanitaire de KFLA au neuvième rang des 35 circonscriptions sanitaires de l'Ontario sur le plan des décès liés aux opioïdes.
- En réponse à la crise locale des opioïdes, la circonscription sanitaire de KFLA a adapté ou créé plusieurs organismes communautaires, notamment le Street Health Centre, un centre pluridisciplinaire communautaire de services de dépendance, ainsi qu'un groupe de consultation sur le traitement des dépendances chez les patients hospitalisés.
- La circonscription sanitaire de KFLA est rapidement en train de devenir un centre universitaire d'excellence en traitement des dépendances. Les leçons dégagées à l'échelle locale vont pouvoir aider à orienter les politiques relatives aux opioïdes et la conception de programmes.

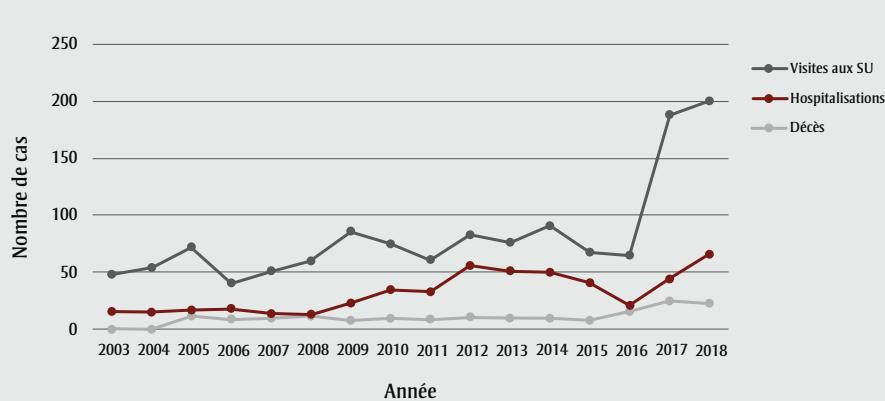
professionnels de la santé dans la détection et le traitement des troubles liés à la consommation d'opioïdes. Au cours des dernières années, les médecins locaux ont été

Rattachement des auteurs :

1. Département des sciences de la santé publique, Université Queen's, Kingston (Ontario), Canada
2. Département de psychiatrie, Université Queen's, Kingston (Ontario), Canada
3. Centre for Neuroscience Studies, Université Queen's, Kingston (Ontario), Canada
4. Département de médecine périopératoire, Université Queen's, Kingston (Ontario), Canada

Correspondance : Anees Bahji, PGY4, Département de psychiatrie, Département des sciences de la santé publique, Centre for Neuroscience Studies, Université Queen's, Abramsky Hall, salle 328, 21, rue Arch, Kingston (Ontario) K7L 3N6; tél. : 613-533-6000, poste 33355; téléc. : 613-533-6388; courriel : Oab104@queensu.ca

FIGURE 1
Cas de morbidité et de mortalité liés aux opioïdes, circonscription sanitaire de Kingston, Frontenac et Lennox et Addington, 2003-2018



Source : Agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario (Santé publique Ontario). Outil interactif sur les opioïdes. Toronto (Ont.) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2019.
<https://www.publichealthontario.ca/fr/data-and-analysis/substance-use/interactive-opioid-tool>

Abréviation : SU, service d'urgence.

critiqués pour avoir apparemment manqué à leur responsabilité éthique collective de réduire leur contribution au problème de la mauvaise utilisation des opioïdes de prescription⁹. Plusieurs facteurs liés aux professionnels de la santé, comme la crainte de provoquer une dépendance ou des lésions physiques, l'impression que le patient décrit faussement sa douleur, le manque de compétences pour évaluer et gérer adéquatement la douleur, ainsi que diverses préoccupations concernant le détournement des médicaments, ont été associés à des taux réduits de prescription d'opioïdes¹⁰. Inversement, certains facteurs systémiques favorisent la prescription d'opioïdes, notamment l'accès limité à de la formation sur la gestion de la douleur et des dépendances, le manque de continuité dans les soins et la difficulté d'accès à des analgésiques non opioïdes¹¹. Des facteurs liés à la formation, comme la catégorie professionnelle et la région des écoles de médecine, ont aussi été associés à des modes particuliers de prescription d'opioïdes par les médecins en fonction de leur spécialité et de leur milieu clinique¹².

Le Canada est l'un des pays où il se consomme le plus d'opioïdes de prescription au monde¹³. En 2017, une analyse de la conjecture nationale menée par l'Association des facultés de médecine du Canada a révélé que seulement le tiers des écoles de médecine satisfaisaient aux normes en matière de pratiques exemplaires touchant la formation minimale obligatoire sur la gestion de la douleur et la prescription d'opioïdes¹⁴. Plus spécifiquement, aucun des

programmes de résidence de l'Université Queen's, excepté celui de médecine familiale, ne satisfaisait aux lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires sur l'ensemble des cycles universitaires et des programmes de perfectionnement professionnel continu¹⁴. Le rapport faisant état de cette situation¹⁴ ne visait pas à jeter un blâme, mais plutôt à montrer que seule une faible proportion d'écoles de médecine canadiennes avaient intégré dans leur programme des cours sur la gestion de la douleur (le nombre médian d'heures consacrées à la douleur et à sa gestion étant généralement inférieur à 10 pour l'ensemble des 4 années de formation)¹⁴.

Ressources

Plusieurs initiatives populaires ont été lancées à Kingston en réponse à ces préoccupations croissantes. Le Street Health Centre – une ressource pluridisciplinaire, facilement accessible en milieu communautaire, destinée aux personnes marginalisées ayant des besoins en matière de dépendance – a élargi son offre de services de dépendance¹⁵. Sa gamme actuelle de services comprend : des médecins de première ligne; des psychiatres; une clinique d'accès rapide aux traitements des dépendances qui fournit rapidement des médicaments agonistes opioïdes comme la méthadone et la buprénorphine; un centre de prévention des surdoses d'opioïdes; un programme d'échange d'aiguilles et de seringues; une clinique de traitement de l'hépatite et de l'infection à VIH; des travailleurs sociaux; des psychologues; un

service de counseling et même une pharmacie interne¹⁵.

Dans les hôpitaux, un groupe de consultation sur le traitement des dépendances constitué de médecins, de travailleurs sociaux, de gestionnaires de cas, de résidents, d'étudiants en médecine et de pairs a été formé en 2017¹⁶. Ce groupe a commencé par évaluer les besoins afin de définir les préoccupations des médecins internes concernant les dépendances¹⁶. Cette évaluation a permis de définir le mandat actuel, qui est de diagnostiquer, de traiter et de prévenir les problèmes de santé liés aux dépendances chez les patients à risque. À ce jour, le groupe a établi des collaborations avec Santé publique Ontario, la Société médicale canadienne sur l'addiction, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, le Réseau canadien des Centres de données de recherche, l'Ontario Drug Policy Research Network, MetaPhi, Qualité des services de santé Ontario, le Centre de toxicomanie et de santé mentale et l'Association médicale canadienne.

Les partenariats avec ces organismes ont permis d'augmenter considérablement la diffusion des politiques de santé touchant les opioïdes et celle des recommandations fondées sur des données probantes intégrant les quatre piliers des politiques efficaces concernant les opioïdes : la prévention, le traitement, la réduction des méfaits et l'application de la loi^{17,18}. Plusieurs thèmes importants sont ressortis :

- l'accent mis sur les discussions d'information avec les patients visant à leur présenter les avantages des traitements non pharmacologiques et des analgésiques non opioïdes par rapport aux traitements de longue durée par des opioïdes pour le traitement des douleurs chroniques non cancéreuses¹⁹;
- la prescription de la plus faible dose efficace d'opioïdes, accompagnée d'une documentation rigoureuse et de réévaluations supplémentaires si la dose dépasse 50 milligrammes d'équivalent morphine (MEM) par jour et sachant que les doses ne devraient pas dépasser 90 MEM par jour (à moins de circonstances particulières)²⁰;
- un traitement de courte durée et de faibles doses quotidiennes¹⁹ dans les services d'urgence, si des opioïdes doivent être prescrits – particulièrement dans le

cas de patients n'ayant jamais pris d'opioïdes;

- l'établissement de partenariats entre les fournisseurs de soins primaires, les services d'urgence et les spécialistes des dépendances, de manière à assurer la continuité des soins et les échanges entre les systèmes d'information en santé;
- l'amélioration des occasions de formation sur la médecine liée aux opioïdes pour les médecins et les professionnels paramédicaux⁶;
- l'amélioration de l'accessibilité à un référencement pour des traitements de réduction des méfaits et de la dépendance²¹;
- la distribution généreuse de trousse de naloxone à emporter et de matériel d'éducation sur la prévention des surdoses;
- la consignation du risque de surdose d'opioïdes au moyen d'outils ou d'instruments d'évaluation appropriés, cliniquement validés²².

Ces lignes directrices semblent avoir été particulièrement bien accueillies par les médecins locaux, débordés, car elles sont généralement organisées en algorithmes, ce qui permet aux utilisateurs d'associer une rencontre clinique particulièrement complexe à un ensemble de meilleures pratiques ciblées. Par exemple, dans un cas où la dose totale d'opioïdes d'un patient atteint ou dépasse 50 MEM/jour, les lignes directrices expliquent pourquoi le risque de surdose d'opioïdes fatale est au moins doublé. Dans cet exemple précis, elles encouragent le clinicien à évaluer la possibilité de diminuer progressivement la dose d'opioïdes, à prendre des précautions supplémentaires, à accroître la fréquence des suivis, à distribuer des trousse de naloxone à emporter et à éduquer tant le patient que sa famille sur la prévention des surdoses d'opioïdes.

Difficultés

Bien que des données récentes indiquent que les programmes de gestion des opioïdes ont le potentiel de réduire les coûts et d'améliorer à la fois les résultats des patients et leur satisfaction à l'égard des soins reçus^{23,24}, les enquêtes menées auprès des médecins de famille et des pharmaciens du Canada ont révélé d'importantes lacunes sur le plan des connaissances et de l'adhésion aux lignes directrices et aux pratiques fondées sur des données probantes en ce qui concerne la prescription sécuritaire d'opioïdes^{20,25}. De même, divers obstacles

institutionnels limitent la mise en œuvre de ces meilleures pratiques, principalement le faible nombre de médecins formés en gestion des dépendances et de la douleur, l'engorgement des services de consultation externe et l'absence d'infrastructures éducatives sur le sujet⁵.

Prochaines étapes

Malgré ces difficultés, il existe diverses stratégies pour s'attaquer aux problèmes actuels liés aux opioïdes. Il est essentiel d'insister sur la diffusion des formations sur la gestion de la douleur et des dépendances – ainsi que sur les lignes directrices concernant la prescription sécuritaire d'opioïdes – pour réduire le risque de surdoses accidentelles et de dépendance iatrogène aux opioïdes⁶. L'inclusion de la gestion de la douleur dans les programmes des écoles de médecine pourrait aussi réduire certaines de ces difficultés²⁶. Le soutien des ressources locales et du personnel de première ligne sera déterminant pour offrir les meilleurs soins possibles aux personnes ayant des besoins liés aux opioïdes. Bien que des outils d'évaluation des risques liés aux opioïdes et des contrats de traitement aient été utilisés pour stratifier les risques chez les patients et pour prévenir la surconsommation d'opioïdes chez les patients à risque de dépendance, peu de données indiquent que ces mesures ont eu une incidence sur la prescription d'opioïdes²⁷⁻²⁹.

Des recherches approfondies sont nécessaires pour explorer l'impact à long terme des programmes locaux sur la connaissance des opioïdes et sur l'utilisation des ressources locales chez les professionnels de la santé de la circonscription sanitaire de KFLA, que ce soit les médecins, les professionnels paramédicaux, le personnel de première ligne ou les personnes ayant déjà consommé des opioïdes. Par exemple, l'Université Queen's a publié en ligne une série de modules de formation sur les opioïdes, qui ont été associés à un ensemble de questionnaires d'enquête à remplir avant et après avoir terminé les modules. La capacité de ces modules à changer les attitudes en matière de prescription sera mesurée au fil du temps à l'aide des taux de prescription d'opioïdes. L'utilisation des services locaux de réduction des méfaits – centres de prévention des surdoses, naloxone à emporter et interventions éducatives – fait l'objet d'un suivi actif, qui permet une rétroaction continue sur les manières

d'améliorer la prestation de ressources pour les patients et le personnel de première ligne. Il est aussi extrêmement important de comprendre les points de vue locaux des patients, particulièrement en ce qui a trait aux risques liés aux opioïdes (notamment la conduite avec facultés affaiblies par un opioïde), à l'efficacité de la coprescription de naloxone avec des analgésiques opioïdes dans la prévention des décès dus à une surdose d'opioïdes et à l'impact des centres de prévention des surdoses. Le fait de déterminer et d'éliminer les barrières locales au traitement optimal des dépendances aidera les médecins de Kingston à réaliser des interventions fondées sur des données probantes.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Références

1. Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada, juin 2018 [modifié le 13 décembre 2018; consultation le 4 janvier 2019]. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/rapport-national-deces-apparemment-lies-consommation-opioides-publie-juin-2018.html>
2. Agence de protection et de promotion de la santé de l'Ontario (Santé publique Ontario). Outil interactif sur les opioïdes : Morbidité et mortalité liées aux opioïdes en Ontario [Internet]. Toronto (Ont.) : Imprimeur de la Reine pour l'Ontario; 2019. En ligne à : <https://www.publichealthontario.ca/fr/data-and-analysis/substance-use/interactive-opioid-tool>
3. Dyer O. Canada's prescription opioid epidemic grows despite tamperproof pills. BMJ. 2015;351:h4725. doi:10.1136/bmj.h4725.
4. Alam A, Juurlink DN. The prescription opioid epidemic: an overview for anesthesiologists. Can J Anaesth. 2016; 63(1):61-68. doi:10.1007/s12630-015-0520-y.

5. Bahji A, Bajaj N. Opioids on trial: a systematic review of interventions for the treatment and prevention of opioid overdose. *Can J Addict.* 2018;9(1):26-33. doi:10.1097/CXA.0000000000000013.
6. Bahji A, Camiré D. Letter to the editor: a case for opioid education and training for medical students, residents, and allied health staff: response to "Educational Intervention for physicians to address the risk of opioid abuse." *J Opioid Manag.* 2018;14(3):157. doi:10.5055/jom.2018.0452.
7. Baird J, Faul M, Green TC, et al. A retrospective review of unintentional opioid overdose risk and mitigating factors among acutely injured trauma patients. *Drug Alcohol Depend.* 2017;178:130-135. doi: 0.1016/j.drugalcdep.2017.04.030.
8. Ontario Drug Policy Research Network (ODPRN). Ontario prescription opioid tool [Internet]. Toronto (Ont.) : ODPRN; 2018 [consultation le 8 juillet 2019]. En ligne à : <https://odprn.ca/ontario-opioid-drug-observatory/ontario-prescription-opioid-tool/>
9. Vogel L. Proposed opioid prescribing guidelines meet backlash. *CMAJ.* 2017;189(7):E290-291. doi:10.1503/cmaj.1095393.
10. Bohnert AS, Valenstein M, Bair MJ, et al. Association between opioid prescribing patterns and opioid overdose-related deaths. *JAMA.* 2011;305(13):1315-1321. doi:10.1001/jama.2011.370.
11. 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. doi:10.15585/mmwr.rr6501e1.
12. Gomes T, Juurlink D, Moineddin R, et al. Geographical variation in opioid prescribing and opioid-related mortality in Ontario. *Healthc Q.* 2011;14(1):22-24. doi:10.12927/hcq.2011.22153.
13. Degenhardt L, Charlson F, Mathers B, et al. The global epidemiology and burden of opioid dependence: results from the global burden of disease 2010 study. *Addiction.* 2014;109(8):1320-1323. doi:10.1111/add.12551.
14. Association des facultés de médecine du Canada (AFMC). Rapport final sur la réponse de l'AFMC face à la crise des opioïdes au Canada. Ottawa (Ont.) : AFMC; 2017.
15. Street Health Centre [Internet]. Kingston (Ont.) : Kingston Community Health Centres; [consulté le 1^{er} juin 2019]. En ligne à : <http://www.kchc.ca/street-health-centre/>
16. Bahji A, Lustig E, Majere R, Newman A, Reshetukha T, Carvalhal A. Piloting an addictions medicine consultation team in Kingston, Ontario, Canada: Results of an Inpatient needs assessment. *Can J Addict.* 2019;10(1):29-32. doi:10.1097/CXA.0000000000000047.
17. Belzak L, Halverson J. La crise des opioïdes au Canada : une perspective nationale. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada.* 2018;38(6):255-266. doi: 10.24095/hpcdp.38.6.02f.
18. Bruneau J, Ahamad K, Goyer MÈ, et al. Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. *CMAJ.* 2018;190(9):E247-257. doi: 10.1503/cmaj.170958.
19. Rickert J, Devlin K, Krohn K. Comprehensive care of pain: developing systems and tools to improve patient care and resident education. *Int J Psychiatry Med.* 2016;51(4):337-346. doi:10.1177/0091217416659270.
20. Broad K, Colon-Rivera HA, Haque L. Opioid agonist therapy. *Can Fam Physician.* 2017;63(7):509-510.
21. Hyshka E, Anderson-Baron J, Pugh A, et al. Principles, practice, and policy vacuums: policy actor views on provincial/territorial harm reduction policy in Canada. *Int J Drug Policy.* 2019 [sous presse pour la version définitive]; doi:10.1016/j.drugpo.2018.12.014.
22. Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. *Pain Med.* 2005;6(6):432-442. doi:10.1111/j.1526-4637.2005.00072.x.
23. Perrone J, Weiner SG, Nelson LS. Stewarding recovery from the opioid crisis through health system initiatives. *West J Emerg Med.* 2019;20(2):198-202. doi:10.5811/westjem.2018.11.39013.
24. Patrick SW, Fry CE, Jones TF, Buntin MB. Implementation of prescription drug monitoring programs associated with reductions in opioid-related death rates. *Health Aff (Millwood).* 2016;35(7):1324-1332. doi:10.1377/hlthaff.2015.1496.
25. Dubin RE, Kaplan A, Graves L, Ng VK. Acknowledging stigma: its presence in patient care and medical education. *Can Fam Physician.* 2017;63(12):906-908.
26. Leo RJ, Pristach CA, Streitzer J. Incorporating pain management training into the psychiatry residency curriculum. *Acad Psychiatry.* 2003;27(1):1-11. doi:10.1176/appi.ap.27.1.1.
27. Anhelescu DL, Ehrentraut JH, Faughnan LG. Opioid misuse and abuse: risk assessment and management in patients with cancer pain. *J Natl Compr Canc Netw.* 2013;11(8):1023-1031. doi:10.6004/jnccn.2013.0120.
28. Daoust R, Paquet J, Moore L, et al. Incidence and Risk factors of long-term opioid use in elderly trauma patients. *Ann Surg.* 2018;268(6):985-991. doi:10.1097/SLA.0000000000002461.
29. Brown J, Setnik B, Lee K, et al. Assessment, stratification, and monitoring of the risk for prescription opioid misuse and abuse in the primary care setting. *J Opioid Manag.* 2011;7(6):467-483. doi:10.5055/jom.2011.0088.