



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2005

Abuse of controlled prescription drugs

Rehm, J ; Weekes, J

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-96456>
Book Section

Originally published at:

Rehm, J; Weekes, J (2005). Abuse of controlled prescription drugs. In: CCSA. Substance Abuse in Canada: current challenges and choices. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse, 30-37.

TOXICOMANIE AU CANADA :
Enjeux et options actuels



Ce document est publié par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies grâce entre autre à la participation financière de Santé Canada. Les points de vue exprimés dans celui-ci ne reflètent pas nécessairement ceux de Santé Canada.

Citation proposée : Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. (2005). *Toxicomanie au Canada : Enjeux et options actuels*. Ottawa, Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

©2005 Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Tous droits réservés.

Pour en obtenir des exemplaires supplémentaires, prière de communiquer avec le
CCLAT, 75, rue Albert, pièce 300
Ottawa (Ontario) K1P 5E7
téléphone : (613) 235-4048
courriel : info@ccsa.ca

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF à www.cclat.ca.

This document is also available in English under the title *Substance Abuse in Canada: Current Challenges and Choices*.

ISBN 1-896323-58-8

Table des matières

Introduction	2
Politiques relatives à l'alcool : nouvelles orientations Eric Single, Ph. D. <i>Révisseur : Florence Kellner, Ph. D.</i>	5
Réduction des méfaits Benedikt Fischer, Ph. D. <i>Révisseur : Thomas Kerr, Ph. D.</i>	11
Conduite sous l'influence de stupéfiants Doug Beirness, Ph. D. <i>Révisseur : Robert Mann, Ph. D.</i>	17
Accès et recours aux traitements fondés sur des résultats Thomas Brown, Ph. D., D ^r Maurice Dongier et Greg Graves, M. A. <i>Révisseur : Darlene James, M. A.</i>	23
Abus de médicaments d'ordonnance Jürgen Rehm, Ph. D. et John Weekes, Ph. D. <i>Révisseur : D^{re} Christiane Poulin</i>	31
Sanctions de rechange pour l'usage et la possession de cannabis Patricia Erickson, Ph. D. <i>Révisseur : Serge Brochu, Ph. D.</i>	39
Conclusions	44

Introduction

DE TOUT TEMPS, LA TOXICOMANIE A CONSTITUÉ UN SUJET DE PRÉOCCUPATION EN MATIÈRE DE SANTÉ publique, ici comme à l'étranger. Le gouvernement du Canada a réitéré son engagement à agir sur ce problème lorsqu'il a renouvelé, en mai 2003, la Stratégie canadienne antidrogue (SCA), y allouant 245 millions de dollars sur une période de cinq ans. Par cette stratégie renouvelée et une approche exhaustive en quatre volets – sensibilisation, prévention, réduction des méfaits et application des lois –, le Canada continue d'œuvrer pour atteindre son objectif de réduction significative des méfaits de la consommation d'alcool et d'autres drogues.

Dans la foulée du renouvellement de la SCA, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), l'organisme canadien de renseignements sur les toxicomanies, a lancé une initiative d'envergure pour attirer l'attention sur une série de grandes questions d'actualité en matière de toxicomanie au Canada. Le projet vise à faire connaître de nouvelles facettes de ces questions de même que leurs répercussions sur les politiques, en présentant chaque année un « instantané » annuel de la toxicomanie au pays. Cependant, le CCLAT ne s'est pas lancé seul dans cette entreprise. Ses représentants ont procédé à de vastes consultations afin de recueillir des idées et des suggestions aux quatre coins du Canada, non seulement auprès de particuliers et d'organismes du domaine de la toxicomanie, mais aussi des représentants de l'État et des élus qui interviennent dans l'élaboration de politiques.

Bien des questions et des enjeux sont regroupés sous le terme général de « toxicomanie », notamment la consommation de drogues injectables et le VIH/sida, la décriminalisation de l'usage du cannabis, la culture de stupéfiants et les laboratoires de production clandestins, les drogues en milieu carcéral, l'utilisation illicite de médicaments d'ordonnance, l'abus de la méthamphétamine ainsi qu'un éventail de problèmes propres aux femmes, aux jeunes, aux aînés et aux autochtones. Par ces consultations, le CCLAT cherchait à déterminer quelles étaient les questions jugées les plus pertinentes et urgentes par la population en 2004.

Que révèle la recherche quant à l'incidence de chaque problème sur la santé et le bien-être des Canadiens et à l'efficacité des interventions? Quelles données les politiciens et les décideurs doivent-ils absolument connaître? C'est à ce type de questions que le présent rapport tente de répondre.

Après avoir analysé les commentaires formulés dans le cadre des consultations, y compris une centaine d'interventions exhaustives, le CCLAT a retenu six thèmes aux fins de la rédaction du rapport de 2004, puis a formé une équipe de spécialistes chargés d'en rédiger et d'en réviser les chapitres. Tous ces auteurs et réviseurs sont des sommités travaillant au Canada et reconnus à l'échelle internationale dans leur domaine respectif. Afin d'intéresser un maximum de lecteurs, on a demandé aux auteurs d'utiliser un langage clair et peu technique et de n'inclure que les références bibliographiques les plus importantes. Cependant, tous les faits présentés sont étayés de preuves empiriques. Chaque chapitre commence par une étude de cas pertinente et comprend une liste à puces résumant les données principales.

Voici les thèmes, les auteurs et les réviseurs retenus.

Politiques relatives à l'alcool : nouvelles orientations

Auteur : Eric Single, Ph. D., Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

Réviseur : Florence Kellner, Ph. D., Département de sociologie, Université Carleton

Réduction des méfaits

Auteur : Benedikt Fischer, Ph. D., Centre de toxicomanie et de santé mentale

Réviseur : Thomas Kerr, Ph. D., B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS

Conduite sous l'influence de stupéfiants

Auteur : Doug Beirness, Ph. D., Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada

Réviseur : Robert Mann, Ph. D., Centre de toxicomanie et de santé mentale

Accès et recours aux traitements fondés sur des résultats

Auteurs : Thomas Brown, Ph. D., et Dr Maurice Dongier, Hôpital Douglas et Université McGill, et Greg Graves, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

Réviseur : Darlene James, Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission

Abus de médicaments d'ordonnance

Auteurs : Jürgen Rehm, Ph. D., Centre de toxicomanie et de santé mentale et John Weekes, Ph. D., Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies

Réviseur : Dr^h Christiane Poulin, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Dalhousie

Sanctions de rechange pour l'usage et la possession de cannabis

Auteure : Patricia Erickson, Ph. D., Centre de toxicomanie et de santé mentale

Réviseur : Serge Brochu, Ph. D., Centre international de criminologie comparée, Université de Montréal

Nous remercions les auteurs et les réviseurs précités de leur contribution, de même que les membres suivants du personnel du CCLAT, dont le travail a permis de mener ce rapport à terme : Patricia Begin, directrice de la recherche et des politiques; John Weekes, Ph. D., analyste principal de la recherche, et Richard Garlick, éditeur et rédacteur en chef. ■



Célibataire et prestataire de l'aide sociale, Normand, 33 ans, vit dans un refuge du centre-ville réservé aux hommes. Depuis dix ans, à raison de quatre à cinq jours par semaine, il consomme des opioïdes (antidouleurs) à des fins récréatives. En règle générale, il prend des médicaments d'ordonnance, comme le Percocet, le Percodan, le MS Contin et l'OxyContin, mais il lui arrive aussi de prendre des Tylenol 3 et de la méthadone, selon ce qui lui est offert sur la rue et l'argent dont il dispose. Normand gagne sa vie en procédant à du trafic de drogues à petite échelle, en quête et en volant à l'occasion. Certains des médicaments qu'il consomme lui ont été prescrits pour son dos par le médecin d'une clinique sans rendez-vous, et il complète le tout avec ce qu'il obtient de revendeurs de rue qui se fournissent en feignant des symptômes de douleur chronique auprès de nombreux médecins afin d'obtenir de multiples ordonnances pour des antidouleurs, qu'ils font remplir dans diverses pharmacies.

Abus de médicaments d'ordonnance

Jürgen Rehm, Ph. D.
Centre de toxicomanie et de santé mentale
et Université de Toronto

John Weekes, Ph. D.
Centre canadien de lutte contre
l'alcoolisme et les toxicomanies

Révisé par
D^{re} Christiane Poulin, FRCPC
Département de santé communautaire et d'épidémiologie
Université Dalhousie

AUTEURS

Jürgen Rehm, Ph. D., est scientifique principal au Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) et titulaire de la chaire conjointe de l'Université de Toronto et du CAMH sur les politiques en matière de toxicomanie. Ses travaux de recherche portent principalement sur l'épidémiologie et les politiques relatives à la consommation de substances, et il a publié sur ce sujet plus de 300 documents revus par des pairs.

John Weekes, Ph. D., est analyste principal de la recherche au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies ainsi que professeur de recherche auxiliaire au département de psychologie de l'Université Carleton. Anciennement coordonnateur de la Stratégie nationale antidrogue au Service correctionnel du Canada, il offre des services d'expert-conseil à divers organismes gouvernementaux et non gouvernementaux de l'étranger sur des questions touchant l'abus de substances.

Abus de médicaments d'ordonnance contrôlés au Canada

Au Canada comme ailleurs dans le monde, le problème de la consommation abusive de médicaments d'ordonnance n'a rien de nouveau. En 1979, un éditorial paru dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*¹ relevait le problème de l'abus de médicaments narcotiques et soulignait le besoin d'acquérir davantage de connaissances et de contrôle à ce sujet. Pourtant, les statistiques actuelles révèlent que les paroles de ces éditorialistes sont aujourd'hui plus vraies que jamais.

Le *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques* (CPSP), publié par l'Association des pharmaciens du Canada, regroupe des centaines de médicaments et de produits pharmaceutiques licites². Le présent chapitre se contentera de traiter de la consommation non médicale ou récréative de médicaments ayant des propriétés *psychotropes*, c'est-à-dire des produits régis par les conventions internationales des Nations Unies relatives aux substances narcotiques ou psychotropes et comprenant notamment les antidouleurs opiacés, les calmants comme les benzodiazépines, les stimulants et les amphétamines de même que les sédatifs et les barbituriques. Au Canada, ces substances « contrôlées » sont régies par la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LRCIDAS), qui les répartit en diverses catégories, ou annexes³.

Ampleur de l'abus de médicaments d'ordonnance au Canada

Il n'existe aucune statistique précise sur le nombre de personnes au Canada qui consomment des médicaments d'ordonnance à des fins non médicales ou qui en sont dépendantes puisqu'il n'y a aucun système national ou mécanisme de surveillance permettant de mesurer le phénomène. Par conséquent, l'ampleur et la nature du problème à l'égard de médicaments d'ordonnance ne peuvent être mesurées qu'indirectement en analysant les statistiques relatives à la distribution et à la vente ainsi que l'évolution annuelle de la délivrance d'ordonnance pour des catégories données de médicaments.

Ces sources révèlent que les Canadiens comptent parmi les plus grands consommateurs de médicaments psychotropes au monde. Ainsi, en 2002, le Canada se classait en quatrième

Malgré les prix élevés en vigueur sur le marché noir, il serait plus économique et plus facile aux personnes ayant une dépendance de se procurer des médicaments d'ordonnance que des drogues illicites, comme l'héroïne

position pour l'usage par habitant de narcotiques d'ordonnance et en deuxième position pour celui de sédatifs hypnotiques (y compris les benzodiazépines), et constituait l'un des quinze pays où des amphétamines étaient le plus couramment prescrites^{4, 5}. Ces données élevées par habitant ont été confirmées par diverses études, mais aucune enquête nationale n'a encore été réalisée afin de déterminer ou d'évaluer l'ampleur de cette consommation à des fins non médicales ou de l'abus de médicaments d'ordonnance, puisque les taux de consommation de médicaments psychotropes ne constituent pas de bons indicateurs de l'abus. Parmi les indicateurs indirects de l'abus de médicaments d'ordonnance, mentionnons les cas de vol et de fraude (contrefaçon et altération frauduleuse d'ordonnances) rapportés par les pharmacies, les hôpitaux, les cliniques et les cabinets de médecin.

L'ampleur et la nature de l'abus de médicaments d'ordonnance peuvent également être estimées en étudiant les données sur les admissions dans des centres de désintoxication, des programmes de traitement ainsi que des services d'urgence, en passant en revue les rapports de coroners sur les cas de surdose ainsi qu'en analysant le type et la gravité des problèmes de toxicomanie en milieu carcéral⁶. À Toronto, le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) a déterminé, en examinant les chiffres rapportés par les centres de traitement ontariens pour 1999 et 2000, que jusqu'à 11 % des personnes admises comptaient les médicaments d'ordonnance parmi les substances dont ils abusaient⁷.

Certains pays ont procédé à des enquêtes nationales et mis sur pied des systèmes de suivi, comme la National Household Survey on Drug Abuse⁸ et le Drug Abuse Warning Network (DAWN)⁹ au États-Unis, et la National Drug Household Survey¹⁰ en Australie, qui mesurent directement la proportion de la population qui abuse des médicaments d'ordonnance. Ainsi, la National Household Survey on Drug Abuse, réalisée en 2001, a révélé que plus de onze millions d'Américains (8 % des personnes âgées de 12 ans et plus) avaient déjà consommé des médicaments à des fins non médicales. Les conclusions de ces enquêtes montrent en outre que ce type d'usage gagne en importance depuis dix ans pour tous les grands groupes de médicaments d'ordonnance^{11, 12}.

Dans les provinces de l'Atlantique, un groupe de travail s'est penché sur l'abus de l'analgésique opioïde semi-synthétique appelé Oxy-

Contin et a déterminé qu'un nombre restreint de médecins avait rédigé des ordonnances pour de grandes quantités de ce produit de même que pour d'autres substances contrôlées, notamment les benzodiazépines¹³. Ainsi, les données obtenues à l'aide du programme pilote de suivi des ordonnances de Terre-Neuve-et-Labrador ont révélé, alors que 68 % des médecins ont délivré moins de cent ordonnances pour des substances contrôlées au cours d'une période de 16 mois, que 2 % en avaient rédigé plus de 2 500 et 1 %, plus de 5 000¹⁴.

Comment s'effectue le détournement des médicaments d'ordonnance?

Le détournement de médicaments d'ordonnance à des fins non médicales s'effectue de diverses façons; la liste qui suit résume certaines des méthodes les plus courantes^{15, 16, 17}.

- Obtention d'ordonnances multiples en consultant plusieurs médecins;
- Vol de médicaments dans des cabinets de médecin, des pharmacies, des cliniques et des hôpitaux ainsi que chez des grossistes;
- Vol de blocs et falsification d'ordonnances;
- Vente de fausses ordonnances par des médecins;
- Achat de médicaments auprès d'amis, de parents ou de revendeurs à qui ils ont été prescrits légitimement;
- Vol par effraction d'un lieu privé ou auprès de clients sortant d'une pharmacie;
- Détournement de médicaments directement chez le grossiste (notamment pendant les opérations de transport ou de distribution);
- Détournement de médicaments dans les centres de traitement pour toxicomanes (p. ex., méthadone);
- Achat de médicaments sur Internet.

Qui abuse des médicaments d'ordonnance?

La majorité des recherches indiquent que l'abus de médicaments d'ordonnance est présente dans toutes les strates sociales, mais que les adolescents, les jeunes adultes, les aînés, les femmes et les autochtones semblent particulièrement à risque. Ainsi, la National Household Survey on Drug Abuse a déterminé que c'est parmi les adolescents et les jeunes adultes qu'on retrouve les taux les plus élevés d'usage de médicaments d'ordonnance à des fins non médicales et que ces personnes consomment souvent plusieurs substances à la fois, tant licites qu'illicites¹⁸.

Dans les provinces de l'Atlantique, le groupe de travail sur l'Oxy-Contin a révélé qu'un nombre croissant de jeunes abusent de ce médicament et que, sur une période de six mois, une cinquantaine d'entre eux ont fait appel à des services externes en santé mentale à St. John's (T.-N.-L.)¹⁹. L'habitude de consommer des médicaments d'ordonnance à des fins non médicales semble s'établir à l'adolescence pour ensuite évoluer jusqu'à inclure l'abus de plusieurs substances à l'âge adulte. Par ailleurs, le risque de surdose fatale serait plus élevé lorsque l'abus de médicaments d'ordonnance est en cause²⁰.

Une analyse des données américaines^{21, 22} révèle que les femmes sont 50 % plus susceptibles que les hommes d'être dépendantes aux médicaments d'ordonnance, alors que ces derniers tendent davantage à abuser aussi de l'alcool s'ils usent de telles substances à des fins non médicales²³.

L'abus de médicaments d'ordonnance est un problème de longue date chez les populations autochtones du Canada²⁴; elle prévaut toujours²⁵, même si les données exactes sur ce phénomène sont rares.

Par ailleurs, les statistiques montrent que jusqu'à 20 % des Canadiens âgés de 60 ans et plus consommeraient des antidouleurs durant une période prolongée²⁶ et que l'usage abusif de médicaments (surconsommation ou non-respect de la posologie) est courant chez ces personnes. En règle générale, les aînés tendent à consommer des psychotropes d'ordonnance en plus grande quantité que les personnes plus jeunes et se font prescrire des doses plus élevées de benzodiazépines (calmants) pour une période plus longue que nécessaire d'un point de vue médical. La consommation à long terme s'accompagne d'un lot de répercussions négatives, notamment l'accroissement du risque de développer une dépendance et de chuter ou de subir d'autres types d'accidents ainsi que l'affaiblissement des facultés intellectuelles. Une étude réalisée au Québec a déterminé que chez les usagers de benzodiazépines, ce sont les personnes âgées qui faisaient remplir le plus d'ordonnances et qui étaient les moins renseignées sur les effets, notamment secondaires, de ces substances²⁷.

Pourquoi détourner les médicaments d'ordonnance à des fins non médicales?

Divers facteurs expliquent la popularité de ce phénomène. En premier lieu, le trafic de médicaments d'ordonnance est une

entreprise hautement lucrative : une étude réalisée à Vancouver en 1998 confirme que le trafic de divers médicaments dégage une marge bénéficiaire considérable. Ainsi, un comprimé de 60 mg de MS Contin (morphine à libération prolongée), dont le coût s'élève à 1,70 \$ en pharmacie, se vend en moyenne 35 \$ chez les revendeurs, pour une marge de 2 059 %, alors que pour 4 mg de Dilaudid, les prix s'élèvent respectivement à 0,32 \$ et 32 \$ (marge de 7 800 %)²⁸. En fait, le trafic de médicaments d'ordonnance constitue l'un de ces cas d'exception où un produit de contrebande gagne en valeur au moment de sa revente. À l'inverse, un téléviseur ou un magnétoscope se vendraient rarement à un prix supérieur à son prix en magasin. En outre, les médicaments sont plus faciles à cacher et à transporter que du matériel électronique.

Malgré les prix élevés en vigueur sur le marché noir, il serait plus économique et plus facile aux personnes ayant une dépendance de se procurer des médicaments d'ordonnance, en obtenant des ordonnances auprès de plusieurs médecins ou en acceptant de payer le prix exigé par les revendeurs, que des drogues illicites, comme l'héroïne²⁹. En outre, certains de ces médicaments consommés à des fins non médicales sont parfois remboursés par des plans d'assurance-médicaments ou par le régime d'aide sociale.

La popularité du détournement de médicaments d'ordonnance pourrait également s'expliquer par la conviction qu'ont les usagers à des fins non médicales que les substances produites légalement par des sociétés pharmaceutiques réputées soient moins nocives et moins dangereuses que celles fabriquées à l'aide d'ingrédients douteux dans des laboratoires clandestins insalubres par des personnes ayant des liens directs avec le crime organisé. Si, en principe, ce phénomène est bien réel, les taux élevés de consommation abusive, de dépendance et de surdose impliquant des médicaments d'ordonnance laissent à penser qu'il s'agit d'un grave problème de société. De plus, les consommateurs peuvent croire que la possession de médicaments est moins compromettante que celle de drogues comme l'héroïne ou le crack s'ils se font interpellés par la police.

En dernier lieu, le secteur de la production, de la distribution et de l'administration de médicaments d'ordonnance emploie littéralement des dizaines de milliers de personnes au Canada et engage des milliers de pharmacies, d'hôpitaux, de cliniques et de cabinets de

médecin. Malgré le professionnalisme et l'éthique irréprochable de la vaste majorité de ces intervenants, il suffit d'une poignée de personnes corrompues et rongées par l'appât du gain pour réussir à fournir en médicaments des régions entières du pays à des fins non médicales.

Comment lutter contre l'abus de médicaments d'ordonnance?

La réponse habituelle à cette question est d'améliorer la sensibilisation et la formation, notamment auprès des médecins, qui prescrivent les médicaments, des pharmaciens, qui remplissent les ordonnances, et des patients. Ainsi, les médecins peuvent apprendre à reconnaître les comportements caractéristiques de ceux qui cherchent à tout prix à obtenir des médicaments et d'autres indices révélateurs, à sensibiliser leurs patients à leur régime posologique et à établir des lignes directrices fermes, mais raisonnables relativement à la rédaction d'ordonnances³⁰. D'autres méthodes de sensibilisation du public pourraient plutôt être axées sur les effets associés à diverses substances.

Même si les objectifs visés par la sensibilisation et la formation des professionnels de la santé et des patients sont louables, les recherches indiquent que ces mesures ont *peu de répercussions, voire aucune*, sur le comportement des médecins si elles ne s'accompagnent pas d'un avis officiel adressé à ces derniers sur leurs procédés de rédaction d'ordonnances³¹.

Parmi les autres mesures de prévention envisageables, mentionnons le resserrement de la réglementation relative à la rédaction d'ordonnances par les médecins et à leur délivrance par les pharmaciens, une mesure qui n'est efficace que si la réglementation est appliquée et que toute infraction est punie³². De telles mesures exigent une surveillance gouvernementale ainsi que la mise en œuvre de programmes de lutte contre les détournements semblables aux systèmes électroniques de suivi utilisés dans plusieurs États américains³³ et certaines provinces canadiennes.

Le contrôle et la surveillance électroniques des ordonnances semble une méthode prometteuse pour réduire l'obtention d'ordonnances auprès de plusieurs médecins ainsi que les risques associés à l'usage abusif de médicaments. Le Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments de la Chambre des communes a retenu PharmNet, de la Colombie-Britannique, comme modèle de système exhaustif de contrôle et de suivi des

Survol : solutions à l'abus de médicaments d'ordonnance

- En 2002, le Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments de la Chambre des communes a recommandé la mise en œuvre de systèmes permettant de suivre en temps réel les ordonnances prescrites pour des médicaments susceptibles d'être consommés abusivement ainsi que leur délivrance³⁸. Le système PharmNet, utilisé en Colombie-Britannique, représenterait un modèle de pointe à cet égard.
- Les solutions rentables aux problèmes d'abus de médicaments exigent la mise en œuvre d'un système exhaustif et permanent évaluant avec exactitude la nature, l'ampleur et les conséquences des abus. Des enquêtes ponctuelles ne peuvent fournir les données nécessaires pour contrer les problèmes de consommation excessive de médicaments d'ordonnance au Canada.
- Les incitatifs financiers associés au détournement et à la revente de médicaments d'ordonnance sont si considérables qu'il faut mettre sur pied un système réglementaire et coercitif, faute de quoi toute intervention ou presque demeurera inefficace.
- Le moindre maillon faible dans la chaîne de production, de distribution et d'administration peut entraîner une avalanche de médicaments d'ordonnance pouvant être consommés à des fins non médicales dans des régions entières.

ordonnances à imiter dans le reste du pays. En outre, dans les provinces de l'Atlantique, le groupe de travail sur l'OxyContin a recommandé que Santé Canada mette sur pied un système officiel de suivi pour tous les narcotiques délivrés sur ordonnance³⁴.

À ce jour, cinq provinces (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba et Nouvelle-Écosse) ont mis sur pied un système de suivi des ordonnances multiples afin de réduire les détournements de certains médicaments à risque élevé de revente et d'abus. Même si ces programmes n'ont fait l'objet d'aucun travail de recherche exhaustif, des études existantes laissent à penser que l'instauration de programmes semblables pousse certains médecins à prescrire des médicaments non régis par ces programmes³⁵, ce qui pourrait entraîner la multiplication d'ordonnances prescrites pour des médicaments moins appropriés³⁶.

Enfin, les inquiétudes associées à l'abus de certains médicaments pourraient inciter le milieu médical à envisager de recourir à d'autres pratiques thérapeutiques pour gérer la douleur ou pour traiter d'autres états pathologiques habituellement soignés à l'aide de médicaments. Toutefois, ces mesures ne devraient être adoptées que si les patients avaient accès à des antidouleurs au besoin.

Conclusions et répercussions pour le Canada

Même si aucun chiffre exact n'est encore disponible à ce sujet, l'abus de médicaments d'ordonnance représente un problème majeur de santé publique au Canada. Un rapport récent du Bureau du vérificateur général du Canada recommande une amélioration de l'analyse et de la diffusion des renseignements relatifs aux rythmes de consommation de médicaments au Canada³⁷. De toute

évidence, il existe un marché noir pour de nombreux médicaments d'ordonnance dans les villes canadiennes ainsi que des incitatifs financiers réels associés au trafic de ces produits.

Il semble en outre que certains médecins tendent à prescrire trop facilement des médicaments susceptibles d'entraîner la consommation abusive. On a vu qu'une minorité d'entre eux dans les provinces de l'Atlantique, par exemple, rédigent un nombre excessif d'ordonnances pour des antidouleurs et d'autres substances contrôlées, et que le moindre maillon faible dans la chaîne de production, de distribution et d'administration peut entraîner une avalanche de médicaments d'ordonnance détournés à des fins non médicales dans des régions entières.

Au Canada, l'abus de médicaments d'ordonnance est une question complexe qui impose à la société des coûts faramineux, mais nous ne disposons pour l'instant d'aucune méthode permettant de mesurer l'ampleur du problème. Les travaux de recherche doivent chercher à comprendre cette dernière et à en évaluer les conséquences pour la santé, la situation financière et le bien-être des Canadiens; ces travaux permettront aussi d'élaborer des interventions fondées sur les résultats afin de réduire les méfaits de l'abus de médicaments d'ordonnance.

L'élaboration de politiques canadiennes en matière de drogues et de médicaments devrait viser à enrayer l'abus de médicaments d'ordonnance. Pour ce faire, il faudra cibler soigneusement et directement les abus commis tout en veillant à ne pas nuire à l'offre et à la disponibilité de ces médicaments importants qui permettent de traiter en toute légalité la douleur et la maladie. ■

Références bibliographiques

- 1 Wilson, R. G. et D. A. Geekie. « Canadian narcotic consumption warrants government, pharmaceutical industry and professional study », *Journal de l'Association médicale canadienne*, n° 120, 1979, p. 1267-1268.
- 2 Association des pharmaciens du Canada. *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques*, 39^e édition, Ottawa, Association des pharmaciens du Canada, 2004.
- 3 CANADA. *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, Lois du Canada, chapitre 19, Imprimeur de la Reine pour le Canada, 1996.
- 4 International Narcotics Control Board. *Narcotic Drugs: Estimated World Requirements for 2004—Statistics for 2002*, Vienne (Autriche), International Narcotics Control Board, 2004.

- 5 International Narcotics Control Board. *Psychotropic Substances: Statistics for 2002, Assessments of Medical and Scientific Requirements for Substances in Schedule II, III, and IV*, Vienne (Autriche), International Narcotics Control Board, 2004.
- 6 Center for Substance Abuse Research de l'Université du Maryland. « Number of treatment admissions and emergency department mentions for narcotic painkillers continues to increase », *CESAR-FAX*, vol. 13, n° 44, 2004.
- 7 Rush, B. *Client characteristics and patterns of service utilization within Ontario's specialized addictions treatment agencies: A provincial report from DATIS*, Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2002.
- 8 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA) report. Nonmedical Use of Prescription-type Drugs Among Youths and Young Adults*, Washington (DC), Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U. S. Department of Health and Human Services, 2003.
- 9 Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services. *Drug Abuse Warning Network*, [en ligne], [s. d.]. [<http://dawninfo.samsa.gov>].
- 10 Australian Institute of Health and Welfare. *2001 National Drug Strategy Household Survey*, Canberra (Australie), Australian Institute of Health and Welfare, 2001.
- 11 Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003.
- 12 Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie. *Drugs and Schedules*, Ottawa, Association nationale des organismes de réglementation de la pharmacie, 2004.
- 13 Rapport final du groupe de travail sur l'OxyContin, juin 2004.
- 14 Rapport final du groupe de travail sur l'OxyContin, juin 2004.
- 15 Commissioner's Drugs Committee. *The diversion of pharmaceutical drugs onto the illicit market*, Marden (Australie), Australasian Centre for Policing Research, 2002.
- 16 Poulin, C. « Medical and non-medical stimulant use among adolescents: from sanctioned to unsanctioned use », *Journal de l'Association médicale canadienne*, n° 16, 2001, p. 1039-1044.
- 17 Martyres, R. F., D. Clode et J. M. Burns. « Seeking drugs or seeking help? Escalating "doctor shopping" by young heroin users before fatal overdose », *Medical Journal of Australia*, n° 180, 2004, p. 211-214.
- 18 Fischer, B., J. Rehm, S. Brissette, S. Brochu, J. Bruneau, N. el-Guebaly, L. Noël, M. W. Tyndall, C. Wild, P. Mun et D. Baliunas. « Illicit opioid use in Canada—Comparing social, health and drug use characteristics of untreated users in five cities (OPICAN Study) », *Journal of Urban Health*, [en cours de publication].
- 19 Rapport final du groupe de travail sur l'OxyContin, juin 2004.
- 20 Fischer, B., S. Brissette, S. Brochu, J. Bruneau, N. el-Guebaly, L. Noël, J. Rehm, M. W. Tyndall, C. Wild, P. Mun, E. Haydon et D. Baliunas. « Prevalence and determinants of overdose incidents among illicit opioid users in five cities across Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, [en cours de publication].
- 21 Simoni-Wastila, L. « The use of abusable prescription drugs: The role of gender », *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine*, n° 9, 2000, p. 289-297.
- 22 Simoni-Wastila, L., G. Ritter et G. Strickler. « Gender and other factors associated with the nonmedical use of abusable prescription drugs », *Substance Use and Misuse*, n° 39, 2004, p. 1-23.
- 23 Simoni-Wastila, L. et al. 2004.

- 24 Kermodé-Scott, B. « Alberta tackling epidemic: Prescription drug abuse among Natives », *Médecin de famille canadien*, n° 40, 1994, p. 2030-2032.
- 25 Wardman, D., N. Khan et N. el-Guebaly. « Prescription medication use among an Aboriginal population accessing addiction treatment », *Revue canadienne de psychiatrie*, n° 47, 2002, p. 355-360.
- 26 Egan, M., Y. Moride, C. Wolfson et J. Monette. « Long-term continuous use of benzodiazepines in older adults in Quebec: Prevalence, incidence and risk factors », *Journal of the American Geriatrics Society*, n° 48, 2000, p. 811-816.
- 27 Larose, D.S., C. Landry et C. Colletette. « La surconsommation de psychotropes », *The Canadian Nurse/L'infirmière canadienne*, vol. 95, n° 5, 1999, p. 45-50.
- 28 Sajan, A., T. Corneil et S. Grzybowski. « The street value of prescription drugs », *Journal de l'Association médicale canadienne*, n° 159, 1998, p. 139-142.
- 29 Sajan, A. et al. 1998.
- 30 Isaacson, J. H. « Preventing prescription drug abuse », *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, n° 67, 2000, p. 473-475.
- 31 Anderson, J. F., K. L. McEwan et W. P. Hruddy. « Effectiveness of notification and group education in modifying prescribing of regulated analgesics », *Journal de l'Association médicale canadienne*, n° 154, 1996, p. 31-39.
- 32 Frick, U., S. Lerch, J. Rehm et C. Crotti. « Pilotstudie zur Rezeptierung von Benzodiazepinen in der Schweiz: Beeinflusst die kognitive Verfügbarkeit von Gesetzesvorschriften das ärztliche Verschreibungsverhalten? », *Das Gesundheitswesen*, n° 66, 2004, p. 499-504.
- 33 Simoni-Wastilia, L. et C. Tompkins. « Balancing diversion control and medical necessity: the case of prescription drugs with abuse potential », *Substance Use and Misuse*, n° 36, 2001, p. 1275-1296.
- 34 Rapport final du groupe de travail sur l'OxyContin, juin 2004.
- 35 Wastila, L. J. et C. Bishop. « The influence of multiple copy prescription programs on analgesic utilization », *Journal of Pharmacy Care and Pain Symptom Control*, n° 4, 1996, p. 3-19.
- 36 Schwartz, H. I. « Negative clinical consequences of triplicate prescription regulation of benzodiazepines », *New York State Journal of Medicine*, n° 91, 1991, p. 9S-12S.
- 37 Bureau du vérificateur général du Canada. « Chapitre 4 : La gestion des programmes fédéraux de prestations pharmaceutiques », *Rapport de la vérificatrice générale du Canada*, Ottawa, Bureau du vérificateur général du Canada, novembre 2004.
- 38 Gouvernement du Canada. *Politique pour le nouveau millénaire : Redéfinir ensemble la Stratégie canadienne antidrogue – Rapport intérimaire du Comité spécial sur la consommation de drogues ou médicaments*, Ottawa, Bibliothèque du Parlement, 2002.