

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

FACULTÉ DE DROIT

**QUAND LA PILULE FAIT MAL.
LA CRISE DES OPIOÏDES : REGARD SUR L'ENCADREMENT
NORMATIF DES DROGUES POTENTIELLEMENT DANGEREUSES ET
DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

Par

Caroline HOSATTE-DUCASSY

Étudiante à la maîtrise en droit et politiques de la santé

Essai fourni à la Faculté de droit

En vue de l'obtention du grade de « Maître en droit »

Juin 2018

© Caroline Hosatte-Ducassy 2018

RÉSUMÉ

La crise des opioïdes fait régulièrement la manchette depuis les dernières années. Cette crise de santé publique entraîne de nombreux décès chez les utilisateurs de drogues illicites en raison de l'apparition, sur le marché noir, d'opioïdes de synthèse extrêmement puissants tels que le Fentanyl. Bon nombre de ces victimes ont consommé des opioïdes pour la première fois à la suite d'une prescription médicale.

Dans le cadre de cet essai, nous nous intéressons donc au cadre normatif québécois qui entoure la prescription de ces médicaments utiles pour soulager la douleur, mais dangereux en raison de leur risque de dépendance et de surdose pouvant entraîner le décès. Notre objectif est de relever les apports et les lacunes de ce cadre dans le contexte de la crise des opioïdes. Dans la même optique, nous examinons également le cadre législatif fédéral, ancré dans le droit criminel, qui entoure la fabrication, la distribution et la possession d'opioïdes, substances interdites sauf pour usage médical.

Nos conclusions sont à l'effet que le cadre normatif en vigueur semble suffisant pour empêcher une aggravation de la crise actuelle, mais que des mesures devront être mises en place par les différents acteurs impliqués pour soutenir les victimes de cette crise, qui touche toutes les tranches de la population.

ABSTRACT

The opioid crisis has consistently dominated headlines in recent years. This public health crisis causes many deaths among illicit drug users, due to the presence of powerful synthetic opioids, like Fentanyl, on the black market. Many of these victims start their opioid use after a medical prescription.

Opioids are useful in medical practice to relieve pain but also dangerous due to their risks of dependency and overdose causing death after respiratory arrest. This paper examines the Quebec normative framework pertaining to their prescriptions. The paper's objective is to identify the strength and weakness of this framework in the context of this public health crisis. With the same objective in mind, it examines the federal framework, based on criminal law, that regulates opioid. The production, possession and distribution of these drugs are forbidden, excepted for medical use.

The normative framework appears to be sufficient to prevent an exacerbation of the current public health crisis. Coordinated actions need to be taken, however, to offer better support to patients who are dependent on opioids.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	ii
Abstract	ii
Introduction.....	1
1. Chapitre 1 – La « crise des opioïdes », de quoi parle-t-on?	3
1.1 Définitions.....	3
1.2 Historique et utilité des opioïdes dans la pratique médicale	5
1.3 La prescription d’opioïdes : un problème de santé publique?	10
2. Chapitre 2 - L’encadrement des substances dangereuses et l’investissement en santé publique : le rôle du gouvernement fédéral dans la crise des opioïdes.....	16
2.1 Les limites du droit pénal	18
2.2 La réponse du gouvernement fédéral à la crise des opioïdes.....	20
2.2.1. La collecte de données aux fins de surveillance de la crise	20
2.2.2. Un financement de la recherche.....	21
2.2.3. Une lutte accrue aux substances illicites	22
2.2.4. Une approche de réduction des méfaits.....	23
3. Chapitre 3 : le Québec et son pouvoir d’intervention en santé, un cadre normatif autour de la prescription d’opioïdes par les médecins.....	26
3.1 L’obligation de soigner : obligations générales du médecin et normes spécifiques quant à la prescription d’opioïdes	27
3.1.1. Les lignes directrices en matière d’utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur	28
3.1.2. Le soulagement de la douleur : une obligation médicale?	32
3.1.3. Limites à l’application des lignes directrices existantes	36
3.2 L’obtention d’un consentement éclairé en matière de prescription d’opioïde.....	40

3.3	<i>L'obligation de suivi</i>	44
3.4	<i>L'obligation de respecter le secret professionnel et la protection de la santé et de la sécurité publique : des enjeux irréconciliables?</i>	46
3.5	<i>L'encadrement de la pratique de la pharmacie</i>	50
3.6	<i>Les ordres professionnels et la protection du public : mission négligée, ou impossible?</i> 52	
3.6.1.	Une meilleure surveillance de la pratique des professionnels	52
3.6.2.	Renforcer la formation des membres	54
3.6.3.	Le rôle de la sanction disciplinaire	56
	Conclusion	57
	Annexe A : Résumé de quelques lignes directrices	59
	<i>Tableau 1 - Résumé de quelques lignes directrices pour le traitement de la douleur chronique</i>	59
	<i>Tableau 2 - Résumé de quelques lignes directrices pour la prise en charge de la douleur aiguë</i>	62
	Annexe B – Campagne <i>Opioid Wisely</i> (Prescrire des opioïdes avec soin) - ressources pour les patients	64
	<i>Dépliant d'information</i>	64
	<i>Affiche destinée aux salles d'attente</i>	65
	<i>Les opioïdes pour la douleur après la chirurgie : réponses à vos questions</i>	66
	Références	67
	<i>Législation et réglementation</i>	67
	Au fédéral	67
	Québec	67
	Autres provinces	68

Mémoires et témoignages.....	68
À l'international.....	68
<i>Jurisprudence</i>	69
Québécoise.....	69
Canadienne.....	69
<i>Doctrine</i>	70
Monographies et ouvrages collectifs.....	70
Articles de revue.....	70
Documents gouvernementaux et d'organismes canadiens et québécois.....	75
Documents gouvernementaux et d'organismes internationaux.....	77
Articles de journaux.....	78
Dictionnaires et ouvrages généraux.....	79
<i>Pages web</i>	79
<i>Monographies de produits</i>	81

INTRODUCTION

Pour la première fois depuis 1963, l'espérance de vie des américains a diminué pendant deux années consécutives, en 2015 et 2016. Ce recul est attribué notamment à l'augmentation exponentielle des décès non-intentionnels chez les jeunes¹, en grande partie ceux attribuables à une surdose d'opioïdes². Cette « crise des opioïdes » fait régulièrement la manchette³ des médias qui mettent de l'avant les décès secondaires à la disponibilité sur le marché noir des opioïdes de synthèse très puissants tels que le Fentanyl. Or, la crise des opioïdes est complexe et touche bien plus que les utilisateurs de drogues illicites. En effet, les opioïdes sont des substances régulièrement utilisées par les professionnels de la santé afin de soulager différents types de douleurs⁴. Toutefois, l'utilisation de ces substances a explosé depuis les années 1990 et cette disponibilité accrue, combiné aux effets addictifs des opioïdes, a participé à la genèse de la crise actuelle. Une partie des victimes de la crise ont donc été, au départ, de simples patients s'étant vus remettre par un médecin une prescription pour des opioïdes et pour qui l'utilisation de substances est ensuite devenue problématique. Ce sont sur ces victimes que nous nous attarderons dans le cadre du présent essai.

Le gouvernement fédéral et plusieurs provinces ont reconnu la crise des opioïdes comme une crise de santé publique⁵. Comme le droit joue un rôle important afin de protéger et améliorer la santé et

1 Kenneth D. KOCHANEK et al., « Mortality in the United States, 2016 », NCHS Data Brief 2017.293.

2 Rob STEIN, « Life Expectancy Drops Again As Opioid Deaths Surge In U.S. », NPR - Health News (21 décembre 2017), en ligne : <<https://www.npr.org/sections/health-shots/2017/12/21/572080314/life-expectancy-drops-again-as-opioid-deaths-surge-in-u-s>>. ASSOCIATED PRESS, « Opioid overdoses reducing overall U.S. life expectancy », CBC News (21 décembre 2017), en ligne : <<http://www.cbc.ca/news/health/opioid-overdoses-reduce-life-expectancy-in-us-1.4460280>>.

3 Tamara ALTERESCO, « Crise de santé publique au Canada à cause des opioïdes », Radio-Canada (14 septembre 2017); R. STEIN, « Life Expectancy Drops Again As Opioid Deaths Surge In U.S. », préc., note 2; ASSOCIATED PRESS, « Opioid overdoses reducing overall U.S. life expectancy », préc., note 2.; Kristy KIRKUP, « Les opioïdes auraient fait en moyenne sept décès par jour au Canada en 2016 », La Presse (6 juin 2017), en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201706/06/01-5104904-les-opioides-auraient-fait-en-moyenne-sept-deces-par-jour-au-canada-en-2016.php>>.

4 Lewis S. NELSON et Dean OLSEN, « 38: Opioids », dans Goldfrank's toxicologic emergencies, 10e éd., McGraw-Hill Education, 2015.

5 AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, « Déclaration des coprésidents du Comité consultatif spécial fédéral, provincial et territorial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes », Gouvernement du Canada (14 septembre 2017), en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2017/09/declaration_des_copresidentsducomiteconsultatifspecialfederalpro.html>. SANTÉ

la sécurité de la population⁶, nous examinerons les outils normatifs dont disposent les autorités fédérales et québécoises pour contribuer à prévenir l'aggravation de la crise actuelle, en nous attardant plus particulièrement au cadre normatif auxquels les médecins sont soumis et à leur rôle comme prescripteurs. Nous tenterons de voir si les normes actuellement en vigueur suffisent à encadrer la pratique professionnelle, si ces dernières devraient être revisitées à la lumière de la crise actuelle ou si la crise découle davantage de lacunes dans l'application de ces normes et du contrôle de l'exercice professionnel. Pour les fins de notre essai, le droit s'entend des normes juridiques formelles et contraignantes (lois, règlement), mais aussi des normes juridiques dites « souples » (ex : guides de pratique, lignes directrices, politiques, coutumes professionnelles...)⁷.

Le premier chapitre de cet essai nous permettra de mieux définir certains concepts centraux à la crise des opioïdes et en clarifier les causes. Si l'utilisation des opioïdes est parfois nécessaire pour améliorer le bien-être des patients, nous verrons que la prescription inappropriée peut contribuer au développement de la dépendance et augmenter la disponibilité de ces substances auprès des personnes à risque. Nous examinerons, dans un deuxième chapitre, de quelle manière le gouvernement fédéral encadre l'utilisation de certaines substances potentiellement dangereuses, dont les opioïdes, quelles mesures récentes il a adoptées pour faire face spécifiquement à la crise des opioïdes et quels enjeux en découlent pour les patients aux prises avec une dépendance. Nous discuterons finalement, dans un troisième chapitre, du cadre normatif en vigueur au Québec pour baliser la prescription d'opioïdes par les médecins, en mettant en lumière certaines lacunes.

CANADA, « Déclaration conjointe sur les mesures visant à remédier à la crise des opioïdes », Gouvernement du Canada (18 novembre 2016), en ligne : <<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/conference-opioides/declaration-conjointe-mesures-visant-remedier-crise-opioides.html>> .

6 Wendy E. PARMET, « Public Health and the Population Perspective », dans *Populations, Public Health, and the Law*, Georgetown University Press, Washington D.C., 2008, p. 5-35.

7 HOULE, F., « La zone fictive de l'infra-droit : l'intégration des règles administratives dans la catégorie des textes réglementaires », (2001) 47 *McGill Law Journal* 161-194; MOCKLE, D., « Gouverner sans le droit ? Mutation des normes et nouveaux modes de régulation », (2002) 43 *Les Cahiers de Droit* 143-211.

1. CHAPITRE 1 – LA « CRISE DES OPIOÏDES », DE QUOI PARLE-T-ON?

La « crise des opioïdes » fait régulièrement la une des médias depuis les derniers mois. L'attention populaire est surtout tournée vers l'augmentation exponentielle des surdoses et décès⁸ qui surviennent chez les utilisateurs de drogues intraveineuses, véritable crise de santé publique⁹, parfois décrite comme « épidémique »¹⁰. Toutefois, la crise des opioïdes dépasse la situation des utilisateurs de drogues intraveineuses et ses causes sont complexes.

1.1 Définitions

D'abord, une distinction s'impose entre divers termes utilisés par rapport à la crise des opioïdes, dont « opioïdes », « opiacés », « Fentanyl », « narcotiques » et « dépendance ». Un opioïde est une substance qui agit sur plusieurs récepteurs du corps humain et a notamment comme effet de diminuer l'intensité de la douleur¹¹, effet dit analgésique.

La famille des opioïdes inclut les opiacés, qui sont des substances dérivées de l'opium telles que la morphine, la codéine et l'héroïne, parfois qualifiés d'opioïdes « naturels ». D'autres opioïdes ont été développées majoritairement par l'industrie pharmaceutique, tels que les opioïdes semi-synthétiques, par exemple l'oxycodone et l'hydromorphone, et les opioïdes synthétiques, tels que le Fentanyl, le tramadol ou la méthadone. Ces médicaments ont différents profils pharmaceutiques qui font varier leur durée d'action, leur puissance relative - souvent décrite en « milligrammes équivalents de morphine (MME) »¹² - et leur profil d'effets secondaires. Les termes « narcotiques »

8 AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, « Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes (janvier 2016 à mars 2017) », Rapport national, Ottawa, Ontario, 2017, en ligne : <<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/deces-apparemment-lies-consommation-opioides-rapport-2016.html>>.

9 SANTÉ CANADA, « Déclaration conjointe sur les mesures visant à remédier à la crise des opioïdes », préc., note 5.; T. ALTERESCO, « Crise de santé publique au Canada à cause des opioïdes », préc., note 3; Martin CROTEAU, « De nouvelles mesures pour empêcher une crise des opioïdes au Québec », La Presse (13 septembre 2017), en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201709/13/01-5132966-de-nouvelles-mesures-pour-empêcher-une-crise-des-opioides-au-quebec.php>> (consulté le 21 octobre 2017).

10 AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, « Déclaration des coprésidents du Comité consultatif spécial fédéral, provincial et territorial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes », préc., note 5; K. KIRKUP, « Les opioïdes auraient fait en moyenne sept décès par jour au Canada en 2016 », préc., note 3.

11 CENTER FOR DISEASE CONTROL INJURY CENTER, « Commonly Used Terms | Drug Overdose », Drug Overdose (29 août 2017), en ligne : <<https://www.cdc.gov/drugoverdose/opioids/terms.html>>.

12 Deborah DOWELL, Tamara M. HAEGERICH et Roger CHOU. « CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain — United States, 2016 », (2016) MMWR Recomm Rep vol. 65, no 1, voir figure: *Calculating morphine milligram equivalents (MME)*.

et « stupéfiants » sont parfois utilisés dans les médias pour désigner les opioïdes, mais ces termes n'ont pas de définition médicale et sont surtout utilisés dans le monde juridique, notamment en droit criminel¹³.

En raison de leurs effets analgésiques, les opioïdes sont couramment utilisés en médecine pour traiter la douleur aiguë, à la suite d'une blessure ou d'une chirurgie par exemple¹⁴, ainsi que la douleur chronique liée au cancer¹⁵ ou à différentes conditions médicales¹⁶. En plus de cet effet analgésique désirable, les opioïdes entraînent un sentiment de bien-être et d'euphorie en agissant sur différents récepteurs au niveau du système nerveux central¹⁷. C'est cet effet qui est le plus souvent recherché par les utilisateurs récréatifs d'opioïdes. La consommation chronique d'opioïdes entraîne toutefois une régulation à la baisse de plusieurs récepteurs et c'est cette régulation qui est responsable de la tolérance et de la dépendance aux opioïdes. On entend par « tolérance » le besoin de consommer des doses de plus en plus importantes pour ressentir les mêmes effets. La « dépendance » réfère plutôt au besoin physique ou psychologique de consommer¹⁸. Un sentiment de manque et des effets physiques désagréables seront ressentis chez les utilisateurs dépendants aux opioïdes, dits symptômes de sevrage, ce qui les amènera à vouloir consommer de nouveau¹⁹.

Les opioïdes ont aussi pour effet de causer une dépression du système nerveux central, c'est-à-dire un ralentissement des fonctions intellectuelles et une diminution du niveau de conscience, mais surtout un ralentissement voire l'arrêt de la respiration. La consommation d'une dose trop élevée

13 *Règlement sur les stupéfiants*, C.R.C. ch. 1041.

14 COLORADO ACEP, "2017 Opioid Prescribing and Treatment Guidelines", Colorado chapters of the American College of Emergency Physicians, 2017, en ligne : <http://coacep.org/docs/COACEP_Opioid_Guidelines-Final.pdf>.

15 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « Douleur chronique et opioïdes : l'essentiel », Lignes directrices, Québec, 2009, en ligne : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2009-05-01-fr-douleur-chronique-et-opioides.pdf>>.

16 Jason W. BUSSE et al., « Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain », (2017) 189-18 Canadian Medical Association Journal, E659-E666, doi : 10.1503/cmaj.170363; D. DOWELL et al. « CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain — United States, 2016 », préc., note 12.

17 Thomas R. KOSTEN et Colin N. HAILE, « Opioid-Related Disorders », dans Dennis KASPER, Anthony FAUCI, Stephen HAUSER, Dan LONGO, J. Larry JAMESON et Joseph LOSCALZO (dir.), *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 19e, New York, NY, McGraw-Hill Education, 2015, en ligne : <accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1120820647> .

18 OMS, « Syndrome de dépendance », Prise en charge de l'abus de substances psychoactives, en ligne : <http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/>.

19 T.R. KOSTEN et C. N. HAILE, « Opioid-Related Disorders », préc., note 17; OMS, « Syndrome de sevrage », Prise en charge de l'abus de substances psychoactives (2018), en ligne : <http://www.who.int/substance_abuse/terminology/withdrawal/fr/>.

d'opioïde peut ainsi entraîner le décès à la suite d'un arrêt cardiorespiratoire en l'absence d'interventions appropriées²⁰.

En raison de leurs propriétés analgésiques, les opioïdes sont couramment utilisés en médecine. Si leur efficacité dans un cadre contrôlée est bien démontrée, plusieurs études suggèrent que ces substances sont souvent prescrites de façon inappropriée par les médecins²¹. Des durées de traitement trop longues, un dosage inapproprié ou une mauvaise sélection des patients à qui elles sont prescrites peuvent favoriser le développement de la tolérance et de la dépendance à ces substances²².

1.2 Historique et utilité des opioïdes dans la pratique médicale

L'utilisation de l'opium pour ses propriétés analgésiques et euphorisantes remonte à l'Antiquité²³. Ce n'est toutefois qu'à la fin du 18^e siècle, avec le développement de différents procédés scientifiques, qu'on verra apparaître la morphine, première drogue dérivée de l'opium qui sera utilisée en médecine. La consommation d'opiacés à des fins récréatives se développera tout au long du 19^e siècle et dès lors apparaissent les premières tentatives de contrôle de ces substances, notamment en voulant les réserver à l'usage médical²⁴.

Si les opioïdes étaient généralement réservés à l'usage en milieu hospitalier pour le contrôle de la douleur, notamment en contexte chirurgical ou chez les patients en fin de vie, c'est vraiment au début des années 1990 que l'utilisation des opioïdes s'est répandue dans le monde médical, incluant chez les patients suivis en milieu ambulatoire. Tout d'abord, de nouvelles formulations d'opioïdes oraux et à longue durée d'action ont été développées par l'industrie pharmaceutique et mises en

20 L. S. NELSON et D. OLSEN, « 38: Opioids », préc., note 4.

21 Ying LIU, Joseph E. LOGAN, Leonard J. PAULLOZZI, Kun ZHANG et Christopher M. JONES, « Potential misuse and inappropriate prescription practices involving opioid analgesics », (2013) 19-8 Am. J. Manag. Care 648-665; Joseph LOGAN, Ying LIU, Leonard PAULLOZZI, Kun ZHANG et Christopher JONES, « Opioid prescribing in emergency departments: the prevalence of potentially inappropriate prescribing and misuse », (2013) 51-8 Med. Care 646-653, doi : 10.1097/MLR.0b013e318293c2c0.

22 Kristine T. HANSON et al., « The opioid epidemic in acute care surgery-characteristics of overprescribing following laparoscopic cholecystectomy », J. Trauma Acute Care Surg. 2018, doi : 10.1097/TA.0000000000001834; Jane C. BALLANTYNE, « Opioid analgesia: perspectives on right use and utility », (2007) 10-3 Pain Physician 479-491.

23 Nathaniel KATZ, « Opioids: After Thousands of Years, Still Getting to Know You », (2007) 23-4 Clin. J. Pain 303-306, doi : 10.1097/AJP.0b013e31803cb905.

24 Denis RICHARD, Jena-Louis SENON et Marc VALLEUR, Dictionnaire des drogues et des dépendances, coll. In Extenso, Larousse, 2009, voir entrées « opium » « opioïdes » « morphine ».

marché. Les médecins demeuraient toutefois appréhensifs à l'idée de prescrire des opioïdes par crainte d'entraîner une dépendance à ces substances chez leurs patients en raison des ravages causés par l'héroïne chez les toxicomanes²⁵. Plusieurs facteurs contribueront à diminuer ces craintes et à populariser la prescription d'opioïdes pour le traitement de la douleur.

Certains auteurs rapportent qu'une lettre à l'éditeur dans le *New England Journal of Medicine* en 1980²⁶ serait à l'origine de l'augmentation de la prescription d'opioïdes. Ce bref article rapportait que chez une série de 12 000 patients hospitalisés traités avec des opioïdes et sans antécédents de dépendance médicamenteuse, seulement quatre avaient développé une dépendance aux opioïdes. D'autres études dans les années 1980 et 1990²⁷, dont la validité est maintenant remise en question²⁸, auraient contribué à minimiser le risque de dépendance aux opioïdes chez les patients auxquels ils avaient été prescrits. Encore aujourd'hui, bien que les risques de dépendance et de mauvais usage des opioïdes soient reconnus par le corps médical, il existe encore peu d'évidences quant à l'usage optimal à faire de ces substances et sur les risques de dépendance liés à ces prescriptions²⁹.

Au cours de la même période, plusieurs organisations médicales et de défense des droits des patients dénoncent le fait que la douleur est sous-traitée et souhaitent un assouplissement de la régulation entourant les analgésiques, notamment les opioïdes³⁰. Plusieurs associations professionnelles encouragent leurs membres à considérer la douleur comme le « cinquième signe vital »³¹. Le soulagement de la douleur est alors perçu comme un « impératif moral, une responsabilité professionnelle et un devoir des soignants », et même une « priorité nationale »³². L'accélération de la prescription d'opioïdes surviendra toutefois au début des années 2000, à la

25 J. P. MORGAN, « American opiophobia: customary underutilization of opioid analgesics. », (1985) 5-1-2 Adv. Alcohol Subst. Abuse 163-173, doi : 10.1300/J251v05n01_11.

26 J. PORTER et H. JICK, « Addiction rare in patients treated with narcotics », (1980) 302-2 N. Engl. J. Med. 123.

27 R. K. PORTENOY et K. M. FOLEY, « Chronic use of opioid analgesics in non-malignant pain: report of 38 cases », (1986) 25-2 Pain 171-186; Russell K. PORTENOY, « Opioid Therapy for Chronic Nonmalignant Pain: Clinicians' Perspectives », (1996) 24 J. Law. Med. Ethics 296-309.

28 COLORADO ACEP, « 2017 Opioid Prescribing and Treatment Guidelines », préc., note 15.

29 David Tyler COYLE et al., « Opioid analgesic dose and the risk of misuse, overdose, and death: A narrative review », *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.* 2017, doi : 10.1002/pds.4366.

30 Max MB, « Improving outcomes of analgesic treatment: Is education enough? », (1990) 113-11 Ann. Intern. Med. 885-889, doi : 10.7326/0003-4819-113-11-885.

31 Christine PASERO et Margo MCCAFFERY, « Pain Ratings: The Fifth Vital Sign », (1997) 97-2 Am. J. Nurs. 15.

32 « Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research », (2016) 181-5 Mil. Med. 397-399, doi : 10.7205/MILMED-D-16-00012.

suite d'un rapport important de la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* qui introduit, aux États-Unis, des standards de pratique en établissement pour le contrôle de la douleur³³.

L'industrie pharmaceutique a profité de cette préoccupation du corps médical de soulager adéquatement la douleur et de la libéralisation de la prescription d'opioïdes pour promouvoir les nouvelles molécules mises sur le marché. Le spécialiste en pharmacologie clinique et toxicologie, le Dr. David Juurlink, qui a été appelé à témoigner devant le Comité permanent à la santé de la Chambre des Communes dans le contexte de la crise actuelle, en décrit les origines :

À la fin des années 1990 (...) on observait que l'OxyContin — un médicament qui est entre une fois et demie et deux fois plus puissant que la morphine — était largement prescrit. (...) Cette situation est survenue parce que les médecins croyaient qu'il était sécuritaire et efficace d'utiliser des opioïdes pour traiter des douleurs chroniques. Les médecins recevaient quotidiennement des patients souffrants, et ils hésitaient à utiliser les autres médicaments disponibles [en raison de leurs effets secondaires (...)] Par conséquent, nous étions très heureux d'entendre dire que nous pouvions utiliser les opioïdes et que nous devrions en prescrire davantage. Il est important de savoir que ce message provenait directement ou indirectement des compagnies qui produisent ces médicaments, dont la vente leur a rapporté des dizaines de milliards de dollars [nos soulignés]³⁴.

L'exemple de la campagne de promotion de l'OxyContin© par Purdue Pharma au tournant des années 2000³⁵ est parmi les plus cités dans la littérature. En plus d'encourager la prescription de cet opioïde à libération prolongée au moyen d'incitatifs financiers pour les médecins, la promotion de la molécule se basait entièrement sur son soi-disant profil d'innocuité. Soulager la douleur sans effets secondaires ni risque de dépendance, telle était la promesse de Purdue Pharma³⁶. Les opioïdes à libération prolongée sont donc devenus de plus en plus populaires pour le traitement de la douleur chronique non-cancéreuse, bien que la preuve de leur efficacité soit loin d'être établie, encore aujourd'hui, pour des traitements dépassant quelques jours³⁷. Les compagnies pharmaceutiques

33 JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, *Pain Assessment and Management: An Organizational Approach*, Joint Commission Resources, 2000, en ligne : <https://www.jointcommission.org/topics/pain_management.aspx>.

34 CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *Témoignages*, Comité permanent de la santé, 1^{ère} session, 42^e législature, fascicule n° 23, 6 octobre 2016, « Crise des opioïdes au Canada », 9h15 (David N. Juurlink).

35 Art VAN ZEE, « The Promotion and Marketing of OxyContin: Commercial Triumph, Public Health Tragedy », (2009) 99-2 Am. J. Public Health 221-227, doi : 10.2105/AJPH.2007.131714.

36 *Miller c. Purdue Pharma*, 2014 SKQB 91 ; « Action collective relative à l'Oxycontin- Siskinds -Indemnisation », Siskinds Law Firm, (16 janvier 2015), en ligne : <<https://www.siskinds.com/fr/oxycontin-qu-bec-2/>> ; Marie-Lise ROUSSEAU, « Le fabricant de l'opioïde OxyContin règle un recours collectif pour 20 millions », Le Devoir, sect. Justice (2017), en ligne : <<http://www.ledevoir.com/societe/justice/497745/opioides-reglement-d-un-recours-collectif>>.

37 Laxmaiah MANCHIKANTI, Hary AILINANI, Dhanalakshmi KOYYALAGUNTA, Sukdeb DATTA, Vijay SINGH, Ike ERIATOR, Nalini SEHGAL, Rinoo SHAH, Ramsin BENYAMIN, Ricardo VALLEJO, Bert FELLOWS et Paul J. CHRISTO,

continuent, encore aujourd'hui, de promouvoir ces médicaments auprès du corps médical, campagnes qui ont un impact sur la quantité prescrite d'opioïdes³⁸.

Plusieurs facteurs contribuent à l'utilisation fréquente des opioïdes en pratique clinique. La douleur est un symptôme difficile à traiter puisqu'il s'agit d'une expérience subjective pour le patient³⁹. Le médecin ne peut l'évaluer par un examen clinique ou différents tests de laboratoire ou d'imagerie. Chez deux individus atteints d'une même pathologie, l'intensité de la douleur et son impact sur le niveau fonctionnel de chacun varient. Les patients ne répondent pas tous de la même façon aux médicaments analgésiques, dont les opioïdes. Les médecins se doivent ainsi d'être à l'écoute de leurs patients et se fier à leurs propos pour décider de la façon dont ils traiteront leur douleur. Ceci ajoute un niveau de difficulté à la lutte contre l'abus d'opioïde puisqu'il peut être relativement facile pour un patient de simuler la douleur afin d'obtenir davantage de prescriptions⁴⁰. Les médecins sont d'ailleurs peu formés à détecter la fraude et l'abus de substances chez leurs patients. Sans compter que l'engorgement du système de santé et le manque de continuité des soins contribuent à favoriser la recherche de solutions rapides aux symptômes évoqués par les patients⁴¹.

Les opioïdes sont efficaces pour soulager à court terme tout type de douleur, ils sont d'ailleurs indiqués pour les douleurs modérées à sévère en contexte de douleur aiguë et dans le traitement des douleurs chroniques d'origine cancéreuse, notamment à visée palliative⁴². La courte durée de traitement dans le cas d'une douleur aiguë n'entraîne généralement pas de tolérance ou dépendance

« A systematic review of randomized trials of long-term opioid management for chronic non-cancer pain », (2011) 14-2 Pain Physician 91-121; COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « Douleur chronique et opioïdes : l'essentiel », préc., note 15; J.W. BUSSE et al., « Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain », préc., note 16; D. DOWELL et al. « CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain — United States, 2016 », préc., note 12.

³⁸ Scott E. HADLAND, Magdalena CERDÁ, Yu LI, Maxwell S. KRIEGER et Brandon D. L. MARSHALL, « Association of Pharmaceutical Industry Marketing of Opioid Products to Physicians With Subsequent Opioid Prescribing », JAMA Intern. Med., 2018, DOI : 10.1001/jamainternmed.2018.1999.

³⁹ Kelly K. DINEEN et James M. DUBOIS, « Between a Rock and a Hard Place: Can Physicians Prescribe Opioids to Treat Pain Adequately While Avoiding Legal Sanction? », (2016) 42-1 Am. J. Law Med. 7-52.

⁴⁰ J. LOGAN et al., « Opioid prescribing in emergency departments: the prevalence of potentially inappropriate prescribing and misuse », préc., note 21.

⁴¹ SÉCURITÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Atelier sur l'usage illicite de produits pharmaceutiques: rapport sommaire*, 2 juin 2011, en ligne : < <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/llet-phrmctcls/index-fr.aspx>>.

⁴² COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « L'analgésie à l'urgence - lignes directrices du Collège des médecins du Québec », 2006, en ligne : <<http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2006-03-01-fr-analgésie-urgence.pdf>>.

et justifie donc l'utilisation d'opioïdes⁴³. Dans le cas de la douleur cancéreuse, les objectifs des soins aux patients justifient les effets secondaires et l'escalade de doses liées au traitement par les opioïdes⁴⁴.

Dans le cas de la douleur chronique non-cancéreuse, certains patients, réfractaires aux autres options de soulagement de la douleur, pourraient bénéficier d'opioïdes à long terme pour maintenir une bonne qualité de vie. La prise en charge de ces patients est complexe et devrait faire l'objet de soins spécialisés⁴⁵. La douleur chronique est en soi un problème de santé publique, qui touche près de 20% des Canadiens⁴⁶. Ces patients souffrent souvent de multiples pathologies et l'origine de leur douleur reste souvent méconnue. Celle-ci a des impacts majeurs sur les capacités fonctionnelles des patients qui en souffrent, affectant leur bien-être physique et psychologique et leur capacité à mener une vie productive⁴⁷. Or, le manque de ressources et de formation des médecins fait en sorte que la plupart des patients qui souffrent de douleur chronique n'ont pas accès à une prise en charge adéquate. Sans compter que les régimes d'assurance-maladie couvrent en général les médicaments, qui font en sorte que les opioïdes sont très abordables pour les patients, alors que les thérapies connexes, telles que la physiothérapie, la psychothérapie ou l'acupuncture, ne font pas l'objet de telles couvertures et sont souvent inaccessibles financièrement par ces patients souvent vulnérables⁴⁸. Ceux-ci se retrouvent ainsi aux prises avec une dépendance aux opioïdes en plus de leur problème de douleur chronique, ce qui complique leur prise en charge et en fait une clientèle peu prise en compte par les médecins⁴⁹. Le traitement à long terme avec des opioïdes

43 AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS OPIOID GUIDELINE WRITING PANEL, « Clinical Policy: Critical Issues in the Prescribing of Opioids for Adult Patients in the Emergency Department », (2012) 60 Ann. Emerg. Med. 499-525.

44 D. DOWELL et al. « CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain — United States, 2016 », préc., note 11.

45 Laxmaiah MANCHIKANTI, « Responsible, Safe, and Effective Prescription of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain: American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) Guidelines », (2017) 20-2S Pain Physician S3-S92.

46 Donald SCHOPFLOCHER, Paul TAENZER et Roman JOVEY, « The prevalence of chronic pain in Canada », (2011) 16-6 Pain Res. Manag. J. Can. Pain Soc. 445-450.

47 Peter CROFT, Fiona M. BLYTH et Danielle VAN DER WINDT, « Chronic pain as a topic for epidemiology and public health », dans *Chronic Pain Epidemiology: From Aetiology to Public Health*, Oxford, Oxford University Press, 2010, p. 3-9.

48 SÉCURITÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Atelier sur l'usage illicite de produits pharmaceutiques: rapport sommaire*, préc., note 40, voir notamment le témoignage du Dr. Norm Buckley.

49 Jette HØJSTED et Per SJØGREN, « Addiction to opioids in chronic pain patients: a literature review », (2007) 11-5 Eur. J. Pain Lond. Engl. 490-518, doi : 10.1016/j.ejpain.2006.08.004.

peut même entraîner, chez certains patients, une condition appelée hyperalgésie induite par les opioïdes⁵⁰, soit une augmentation de la sensibilité à la douleur. Alors que le traitement de ce problème consiste à diminuer les doses prescrites ou à un changement de la molécule utilisée, plusieurs médecins voient plutôt la persistance ou l'augmentation de la douleur comme un signe d'insuffisance du traitement ou du développement d'une tolérance et augmentent les doses prescrites, contribuant encore davantage au développement d'une dépendance et à la persistance de la douleur⁵¹.

1.3 La prescription d'opioïdes : un problème de santé publique?

Le nombre de prescription d'opioïdes a ainsi explosé au tournant des années 2000 en Amérique du Nord⁵². Aux États-Unis, la quantité d'opioïdes prescrits a plus que triplé entre 1999 et 2015⁵³. Le Canada suit la même tendance et est effectivement le deuxième pays consommateur d'opioïdes sur ordonnance après les États-Unis. Entre 2000 et 2010, la quantité d'opioïdes prescrits et consommés a augmenté de plus de 200%⁵⁴. On note toutefois, depuis 2010, une tendance à la baisse de la quantité d'opioïdes prescrits au Canada⁵⁵, probablement en raison des conséquences de la crise actuelle, sans que l'on ne sache toutefois si cette diminution des prescriptions s'est faite au détriment de certains patients qui auraient pu bénéficier des opioïdes⁵⁶.

50 Bernard CALVINO, « L'hyperalgésie induite par les opioïdes », (2013) 14-5 Douleurs Eval. - Diagn. - Trait. 226-233, doi : 10.1016/j.douleur.2013.04.003.

51 M. D. Marion LEE, M. D. Sanford SILVERMAN, M. D. Hans HANSEN et M. D. Vikram PATEL, « A comprehensive review of opioid-induced hyperalgesia », (2011) 14 Pain Physician 145-161.

52 NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, « Opioid Crisis », (1 juin 2017), en ligne : <<https://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/opioids/opioid-crisis>> (consulté le 5 novembre 2017).

53 CENTER FOR DISEASE CONTROL, Annual surveillance report of drug-related risks and outcomes - United States 2017, coll. Surveillance Special Report 1, United States, Department of Health and Human Services, 2017, en ligne : <<https://www.cdc.gov/drugoverdose/pdf/pubs/2017-cdc-drug-surveillance-report.pdf>>.

54 Benedikt FISCHER, « Prescription Opioid Related Misuse, Harms, Diversion and Interventions in Canada: A Review », (2012) 15 Pain Physician ES191-ES203.

55 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes, de 2012 à 2016*, Ottawa, Ontario, ICIS, 2017.

56 Richard C. DART, Hilary L. SURRATT, Theodore J. CICERO, Mark W. PARRINO, S. Geoff SEVERTSON, Becki BUCHER-BARTELSON et Jody L. GREEN, « Trends in Opioid Analgesic Abuse and Mortality in the United States », (2015) 372-3 N. Engl. J. Med. 241-248, doi : 10.1056/NEJMsa1406143.

On estime que près d'un tiers des patients ayant reçu une ordonnance pour des opioïdes en fera un mauvais usage⁵⁷. L'utilisation non-prescrite d'opioïde constituerait la quatrième forme d'abus de substance au Canada après l'alcool, le tabac et le cannabis⁵⁸. L'abus d'opioïde, parfois nommé mésusage, réfère à toute prise intentionnelle de ces médicaments, que celle-ci se fasse sans ordonnance, pour des raisons différentes de celles indiquées sur la prescription ou d'une façon différente de celle recommandée, par exemple en prenant des doses plus élevées ou plus fréquentes⁵⁹. Un dosage ou une posologie inappropriés d'opioïdes peut en favoriser l'abus, puisqu'en cas de prescription insuffisante, la douleur résiduelle ressentie par les patients les amènera à en consommer davantage ou plus fréquemment que ce qui est indiqué sur la prescription. Des doses trop puissantes favoriseront le développement rapide de la tolérance et de la dépendance, qui peuvent s'installer après seulement quelques jours d'utilisation régulière. La tolérance et la dépendance amèneront également les patients à consommer des quantités plus grandes que celles qui avaient été initialement prescrites⁶⁰. Une fois la prescription échue, ou entre deux renouvellements, les patients seront souvent tentés de se procurer des opioïdes, que ce soit en obtenant une nouvelle prescription pour la même indication ou en les obtenant d'un proche ou sur le marché noir⁶¹. Notons également que l'arrêt de la consommation d'opioïdes après une utilisation prolongée d'opioïdes peut entraîner des symptômes de sevrage importants et très désagréables pour les utilisateurs. L'évitement de ces symptômes contribue à la recherche compulsive de doses supplémentaires⁶².

Selon les résultats d'un vaste sondage aux États-Unis, plus de la moitié des gens ayant fait mauvais usage des opioïdes ont obtenu ceux-ci d'un proche, et un tiers d'entre eux ont déclaré avoir obtenu

57 Kevin E. VOWLES, Mindy L. MCENTEE, Peter SIYAHHAN JULNES, Tessa FROHE, John P. NEY et David N. VAN DER GOES, « Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis », (2015) 156-4 Pain 569-576, doi : 10.1097/01.j.pain.0000460357.01998.fl.

58 Benedikt FISCHER, « Prescription Opioid Related Misuse, Harms, Diversion and Interventions in Canada: A Review », préc., note 54.

59 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Préjudices liés aux opioïdes au Canada*, Ottawa, Ontario, ICIS, 2017.

60 Jason A. HOPPE, Howard KIM et Kennon HEARD, « Association of emergency department opioid initiation with recurrent opioid use », (2015) 65-5 Ann. Emerg. Med. 493-499.e4, doi : 10.1016/j.annemergmed.2014.11.015.

61 D.T. COYLE et al., « Opioid analgesic dose and the risk of misuse, overdose, and death: A narrative review », préc., note 28.

62 OMS, « Syndrome de sevrage », préc., note 18.

une prescription d'un médecin, tandis que seulement 6% les auraient obtenus sur le marché noir⁶³. Plusieurs études ont démontré une association entre la hausse de la prescription d'opioïdes et l'abus de ces substances, non seulement chez les patients auxquels ils ont été prescrits, mais chez l'ensemble de la population, tous groupes d'âges confondus⁶⁴. Un trop grand nombre de doses prescrites aux patients facilite le détournement et le partage de prescriptions. La perception que ces substances sont légales et sécuritaires parce que prescrites par un médecin et issues de l'industrie pharmaceutiques contribue à banaliser le mésusage des opioïdes, particulièrement chez les jeunes qui veulent faire l'essai des opioïdes, mais restent craintifs des substances non-pharmaceutiques disponibles sur le marché noir. La plupart des jeunes obtiennent les opioïdes dont ils font l'abus à la maison alors qu'ils ont été prescrits à un membre de leur famille. L'obtention frauduleuse ou le détournement d'une prescription médicale⁶⁵ semblent être les mécanismes les plus fréquents d'obtention d'opioïdes pour les adultes⁶⁶.

De 7 à 9% des gens qui feront mauvais usage des opioïdes prescrits développeront une dépendance à ces substances⁶⁷. Certains individus sont prédisposés à développer cette dépendance, notamment ceux ayant des antécédents personnels ou familiaux de maladie psychiatrique ou de comportements addictifs⁶⁸. Les patients devenus dépendants qui se font refuser une prescription auprès d'un médecin ont souvent tendance à effectuer de multiples visites pour finalement en obtenir une, comportement qualifié de « magasinage de prescriptions (*doctor-shopping*) »⁶⁹. Ce comportement

63 SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health*, NSDUH Series H-52, SMA 17-5044, Rockville, MD, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2017, en ligne : <<https://www.samhsa.gov/data/>>.

64 D. DOWELL et al. « CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain — United States, 2016 », préc., note 11.

65 L'obtention frauduleuse d'opioïdes peut se faire en simulant une douleur pour obtenir une prescription, en consultant plusieurs médecins avec le même problème pour obtenir de multiples prescriptions ou carrément en falsifiant une prescription ou en volant des carnets d'ordonnance ou des opioïdes pharmaceutiques. Le détournement d'ordonnance consiste plutôt en la consommation d'opioïdes qui étaient destinés à un autre patient, que cette ordonnance soit frauduleuse ou non à la base.

66 Benedikt FISCHER, « Prescription Opioid Related Misuse, Harms, Diversion and Interventions in Canada: A Review », préc., note 54.

67 Benedikt FISCHER, « Prescription Opioid Related Misuse, Harms, Diversion and Interventions in Canada: A Review », préc., note 54.

68 COLORADO ACEP, « 2017 Opioid Prescribing and Treatment Guidelines », préc., note 13; D. DOWELL et al. « CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain — United States, 2016 », préc., note 11.

69 Ronald SIMEONE, « Doctor Shopping Behavior and the Diversion of Prescription Opioids », (2017) 11 *Subst. Abuse Res. Treat.* 1178221817696077, doi : 10.1177/1178221817696077.

de magasinage peut également se traduire par l'obtention de multiples prescriptions auprès de différents médecins, à des fins de détournement d'ordonnance ou simplement pour obtenir des doses plus grandes d'opioïdes devenues nécessaires en raison de la tolérance à ces derniers⁷⁰.

En effet, l'usage chronique d'opioïdes est associé au développement d'une tolérance. La consommation de doses de plus en plus grandes est alors nécessaire à l'obtention de l'effet recherché. Il devient difficile pour le consommateur de continuer à se procurer, au moyen d'ordonnances médicales, les doses nécessaires. C'est ainsi que plusieurs patients finissent par se tourner vers d'autres sources pour obtenir des opioïdes⁷¹ et feront éventuellement l'usage d'héroïne ou d'un autre stupéfiant obtenu sur le marché noir. Plusieurs enquêtes ont d'ailleurs rapporté qu'une majorité des utilisateurs actifs d'héroïne ont commencé leur consommation de stupéfiants par des opioïdes sur ordonnance⁷².

En parallèle à l'augmentation des prescriptions d'opioïdes, on a noté une augmentation des décès liés à ces substances⁷³. Selon le *Center for Disease Control*,

The current epidemic of drug overdoses began in the 1990s, driven by increasing deaths from prescription opioids that paralleled a dramatic increase in the prescribing of such drugs for chronic pain. In 2008, the number of deaths involving prescription opioids exceeded the number of deaths from heroin and cocaine combined. Since 2010, however, the U.S. has also seen sharp increases in deaths from heroin, synthetic opioids such as fentanyl, cocaine, and methamphetamine. In addition to deaths, overdoses from drugs both prescription and illicit are responsible for parallel increasing trends in nonfatal emergency department and hospital admissions [nos soulignés]⁷⁴.

70 M. Mofizul ISLAM et Ian S. MCRAE, « An inevitable wave of prescription drug monitoring programs in the context of prescription opioids: pros, cons and tensions », (2014) 15-1 *BMC Pharmacol. Toxicol.* 46, doi : 10.1186/2050-6511-15-46; Hsien-Yen CHANG, Tatyana LYAPUSTINA, Lainie RUTKOW, Matthew DAUBRESSE, Matt RICHEY, Mark FAUL, Elizabeth A. STUART et G. Caleb ALEXANDER, « Impact of prescription drug monitoring programs and pill mill laws on high-risk opioid prescribers: A comparative interrupted time series analysis », (2016) 165 *Drug Alcohol Depend.* 1-8, doi : 10.1016/j.drugalcdep.2016.04.033.

71 Joel HO, Kora DEBECK, M.-J. MILLOY, Huiru DONG, Evan WOOD, Thomas KERR et Kanna HAYASHI, « Increasing availability of illicit and prescription opioids among people who inject drugs in a Canadian setting, 2010–2014 », (2018) 44-3 *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 368-377, DOI : 10.1080/00952990.2017.1376678.

72 Christopher M. JONES, « Heroin use and heroin use risk behaviors among nonmedical users of prescription opioid pain relievers – United States, 2002–2004 and 2008–2010 », (2013) 132-1-2 *Drug Alcohol Depend.* 95-100, doi : 10.1016/j.drugalcdep.2013.01.007; Tara KUNKEL, « Data-Driven Approaches to Responding to the Opioid Epidemic Addressing the Heroin and Opioid Crisis », (2016) 64 *U. S. Atty. Bull.* 79-82.

73 Michèle SHELMIT, Éric LANGLOIS, Marc-André DUBÉ, Mathieu GAGNÉ, André PERRON et Pierre-André DUBÉ, *Décès attribuables aux intoxications par opioïdes, 2000 à 2012: mise à jour 2013-2016*, Rapport de recherche, d'étude ou d'analyse, Québec, Institut National de Santé Publique du Québec, 2017; Irfan A. DHALLA, Muhammad M. MAMDANI, Marco L. A. SIVILOTTI, Alex KOPP, Omar QURESHI et David N. JUURLINK, « Prescribing of opioid analgesics and related mortality before and after the introduction of long-acting oxycodone », (2009) 181-12 *Can. Med. Assoc. J.* 891-896, doi : 10.1503/cmaj.090784.

74 CENTER FOR DISEASE CONTROL, Annual surveillance report of drug-related risks and outcomes - United States 2017, préc., note 53.

Il faut noter que l'augmentation fulgurante du nombre de décès est liée en grande partie à l'apparition sur le marché noir des opioïdes de synthèse, le plus fréquemment retrouvé étant le Fentanyl⁷⁵. Ces substances sont dix à cent fois plus puissantes que les opioïdes traditionnels, mais sont peu coûteuses à produire en plus d'être simples à fabriquer et trafiquer. Les précurseurs chimiques sont généralement importés de Chine pour ensuite être utilisés dans des laboratoires clandestins⁷⁶. Les trafiquants s'en servent donc pour « couper » les drogues vendues sur le marché noir, incluant de faux opioïdes d'ordonnance. Les utilisateurs de drogues « traditionnelles », telles que l'héroïne, ou qui croient acheter des médicaments se voient alors exposés à des doses beaucoup plus grandes d'opioïdes, entraînant alors un arrêt des fonctions respiratoires et éventuellement le décès⁷⁷.

Le rôle des médecins comme prescripteurs d'opioïdes n'est donc pas à négliger lorsqu'on examine les casues de la crise actuelle. Selon le Dr. David Juurlink,

Il s'agit d'une crise qui a été largement provoquée par les médecins et qui est attribuable au fait que lorsqu'on commence à prendre des opioïdes, il est difficile d'arrêter. Elle a pris de l'ampleur en 2012 à la suite de la reformulation de l'OxyContin. La compagnie pharmaceutique Purdue a retiré du marché l'ancienne version du médicament pour offrir une nouvelle version résistante à l'altération, ce qui a amené bien des gens à se tourner vers l'héroïne et le fentanyl⁷⁸.

Entre 2012 et 2015, le nombre de décès reliés aux opioïdes a augmenté de 51% aux États-Unis⁷⁹. En Colombie-Britannique, province canadienne la plus touchée, on a noté une hausse de 109% des décès liés au Fentanyl entre janvier et mai 2017, par rapport à la même période en 2016. Cette hausse était de 54% en Alberta et une tendance similaire était notée en Ontario. On parle de plus de 2400 décès liés aux opioïdes au Canada en 2016⁸⁰ et la tendance est à la hausse dans toutes les

75 M. Eugenia SOCÍAS et Evan WOOD, « Epidemic of deaths from fentanyl overdose », (2017) 358 BMJ j4355, doi : 10.1136/bmj.j4355.

76 VANCOUVER POLICE DEPARTMENT, *The opioid crisis: the need for treatment on demand - Review and recommendations*, 2017.

77 M. SHELMIT et al. *Décès attribuables aux intoxications par opioïdes, 2000 à 2012: mise à jour 2013-2016*, préc., note 73.

78 D. N. JUURLINK, Comité permanent de la santé, préc., note 33, voir passage à 9h20.

79 CENTER FOR DISEASE CONTROL, *Annual surveillance report of drug-related risks and outcomes - United States 2017*, préc., note 53.

80 AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, « Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes (janvier 2016 à mars 2017) », préc., note 7.

provinces en 2017⁸¹. Au Québec, les décès attribuables aux opioïdes ont augmenté de plus de 25% entre la période 2005-2009 et 2010-2014, cette hausse se poursuivant en 2015 et concernant tous les groupes d'âge⁸².

En résumé, les opioïdes sont des substances utilisées depuis longtemps à des fins récréatives et thérapeutiques, notamment pour soulager la douleur vécue par les patients. Leur disponibilité au sein de la population a toutefois explosé depuis les années 1990 en raison de l'apparition de nouvelles formes d'opioïdes et des campagnes de promotion lors de leur mise en marché. Les médecins se sont alors mis à les prescrire de façon beaucoup plus fréquente pour le traitement de différents types de douleurs, notamment la douleur chronique, condition de santé complexe, prévalente et difficile à traiter. Plusieurs de ces patients ont toutefois développé une dépendance à ces substances et leur abus est devenu plus facile vu leur disponibilité. En parallèle à cette hausse des prescriptions d'opioïdes pharmaceutiques, de nouvelles drogues de synthèse sont apparues sur le marché noir, beaucoup plus puissantes et susceptibles d'entraîner des surdoses mortelles. Les patients devenus dépendants aux opioïdes, parfois forcés de se tourner vers le marché noir pour assouvir leur dépendance, sont alors exposés à ce risque. L'épidémie de dépendance et de décès actuelle nous amène à examiner dans le prochain chapitre le cadre normatif qui entoure la possession et la distribution des opioïdes et, ultérieurement, à nous pencher sur les normes régissant les médecins prescrivant ces substances.

81 Jim BRONSKILL, « Les surdoses mortelles aux opioïdes augmentent encore au pays en 2017 », La Presse (27 mars 2018), en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201803/27/01-5158973-les-surdoses-mortelles-aux-opioides-augmentent-encore-au-pays-en-2017.php>> (consulté le 28 mars 2018); AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, « Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada (publié en mars 2018) », Gouvernement du Canada (27 mars 2018), en ligne : <<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/rapport-national-deces-apparemment-lies-consommation-opioides-publie-mars-2018.html>>.

82 M. SHELMIT et al. *Décès attribuables aux intoxications par opioïdes, 2000 à 2012: mise à jour 2013-2016*, préc., note 73.

2. CHAPITRE 2 - L'ENCADREMENT DES SUBSTANCES DANGEREUSES ET L'INVESTISSEMENT EN SANTÉ PUBLIQUE : LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS LA CRISE DES OPIOÏDES.

En vertu des compétences législatives qui leur sont attribuées par la Constitution, le Parlement canadien et les législatures provinciales ont tous deux un rôle en matière de contrôle des opioïdes. Le Parlement fédéral détient la compétence exclusive en matière de droit criminel⁸³. Il peut donc créer des interdictions et réglementer certaines conduites lorsque l'objectif ultime est la protection du public contre un « mal » ou des conduites jugées nuisibles ou préjudiciables⁸⁴. C'est en vertu de cette compétence que deux lois fédérales réglementant certaines substances ont été adoptées, soit la *Loi sur les aliments et les drogues*⁸⁵ (LAD) et la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*⁸⁶ (LRDS).

Les opioïdes, en tant que substances qui servent à l'atténuation des symptômes secondaires à un désordre chez l'être humain, répondent donc à la définition de « drogues » au sens de la LAD⁸⁷. Cette loi encadre le développement et la mise en marché des drogues. Elle exige surtout que l'innocuité de toute drogue soit démontrée dans le cadre d'essais cliniques avant d'en autoriser la vente sur le marché canadien à titre de traitement pharmacologique. La LAD impose également certaines exigences aux fabricants de produits pharmaceutiques en matière d'emballage et encadre strictement la publicité de ces produits.

Si la LAD encadre le développement et la fabrication des drogues, un encadrement supplémentaire s'est avéré nécessaire pour contrôler les substances susceptibles d'abus ou de mauvais usage⁸⁸. Le caractère addictif et les risques pour la santé liés aux opioïdes les soumettent donc aussi aux dispositions de la LRDS⁸⁹. Cette loi définit entre autres les infractions liées à la possession⁹⁰, au

83 *Loi constitutionnelle de 1867*, (R-U), 30 & 31 Vict, c 3 art. 91(27).

84 « Droit criminel », dans *JurisClasseur Québec*, coll. Droit public - Droit constitutionnel. Fascicule 14 - Droit criminel, droit pénal et droits individuels, JORC 14.1, Lexis Nexis Canada.

85 *Loi sur les aliments et drogues*, LRC 1985, c F-27 (LAD).

86 *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, L.C. 1996, ch. 19. (LRDS).

87 Art. 2 LAD.

88 Mathieu GAGNÉ et Mélanie BOURASSA FORCIER, *Précis de droit pharmaceutique*, 2e édition, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2017 p.2.

89 Annexe I, LRDS,

90 Id., art. 4.

trafic⁹¹ et à la production⁹² des opioïdes et y prévoit les sanctions correspondantes. L'article 4 mentionne notamment qu'il est interdit de posséder ou de tenter d'obtenir une substance d'un praticien⁹³, sous réserve de peines criminelles et pénales. Il y est toutefois mentionné que cette interdiction s'applique « sauf dans les cas autorisés par règlement »⁹⁴. L'article 55 de cette loi donne au gouvernement le pouvoir d'édicter des règlements pour permettre l'utilisation de ces substances dans un contexte d'application médicale ou scientifique, sous certaines conditions.

C'est donc le *Règlement sur les stupéfiants* qui encadre l'utilisation des opioïdes à des fins médicales. Il autorise notamment la possession pour usage personnel d'un stupéfiant si ce dernier a été obtenu en vertu d'une ordonnance médicale⁹⁵. La délivrance de permis à des fins de production, distribution ou vente de stupéfiants y est également étroitement encadrée et ces permis peuvent être révoqués en tout temps par le ministre s'il existe des raisons de croire que la sécurité du public est en jeu. La pratique de la pharmacie y est également encadrée, les pharmaciens ne pouvant entre autres délivrer de stupéfiants sans ordonnance écrite, signée et datée d'un médecin et après en avoir vérifié la signature⁹⁶. Ces derniers ne peuvent non plus renouveler une ordonnance de stupéfiants une fois que la quantité initialement prescrite a été remise au patient⁹⁷. Quant aux médecins, le règlement précise qu'il leur est interdit d'administrer ou de prescrire un stupéfiant à un patient si ce dernier n'est pas à la fois soumis à ses soins professionnels et que le stupéfiant en question est nécessaire pour son état pathologique⁹⁸. Le règlement interdit également la publicité des stupéfiants et prévoit les sanctions liées à toute infraction⁹⁹.

Il est également intéressant de noter que tout récemment, le Parlement fédéral a ajouté un article aux *Règlement sur les aliments et les drogues*¹⁰⁰ qui entrera en vigueur en octobre 2018 :

91 Id., art. 5.

92 Id., art 7.

⁹³ On entend par praticien : « Personne qui est autorisée à exercer dans une province la profession de médecin, de dentiste ou de vétérinaire en vertu des lois de la province et est inscrite sous le régime de ces lois » (art. 2 LRDS). Pour les fins de cet essai, les termes praticiens et médecins seront utilisés de façon interchangeable.

94 Art. 4 LRDS.

95 *Règlement sur les stupéfiants*, préc., note 13, art 2 et 3.

96 Id., art 31 (2) b).

97 Id., article 37.

98 Id., art 53(2).

99 Id., art 70 et 71.

¹⁰⁰ *Règlement sur les aliments et drogues*, CRC c. 870.

C.01.005.1 (1) Il est interdit au pharmacien et au praticien de vendre tout opioïde de catégorie A, notamment tout opioïde de catégorie A préparé par un pharmacien, conformément à une ordonnance, ou par un praticien, sauf si les conditions suivantes sont réunies :

- a) un autocollant d'avertissement conforme aux spécifications prévues dans le document source est apposé sur l'emballage de la drogue ;
- b) la drogue est accompagnée d'une fiche de renseignements à l'intention du patient conforme aux spécifications prévues dans le document source. (..) [nos soulignés]¹⁰¹

Ainsi, en vertu de ce nouvel article, tous les pharmaciens devront remettre aux patients qui se sont vu prescrire des opioïdes en milieu ambulatoire un document détaillant les risques et effets secondaires associés aux opioïdes avec leurs médicaments et un autocollant d'avertissement devra être apposé sur l'emballage par le pharmacien¹⁰².



Figure 1 - Autocollant de mise en garde imposé par Santé Canada en vertu des modifications au *Règlement sur les aliments et les drogues*

Les fabricants d'opioïdes auront également l'obligation de développer un plan de gestion des risques liés aux opioïdes lors d'une demande d'autorisation de mise en marché. Ils se verront probablement demander de développer ces plans pour être autorisés à continuer de vendre d'opioïdes sur le marché canadien. On y voit une volonté de Santé Canada de responsabiliser les fabricants d'opioïdes face aux conséquences de leur production¹⁰³.

2.1 Les limites du droit pénal

Les opioïdes pharmaceutiques sont soumis à un contrôle strict. Notamment, la possession ou la prescription à des fins non-médicales sont passibles de sanctions pénales. Or, la majorité des

¹⁰¹ *Règlement modifiant le Règlement sur les aliments et drogues (opioïdes)*, DORS/2018-77 (Gaz. Can. II).

¹⁰² SANTÉ CANADA, « Autocollant de mise en garde et fiche de renseignements pour les patients, et Plans de gestion des risques au sujet des opioïdes », *Nouvelles* (1 mai 2018), en ligne : <<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2018/05/ajout-de-reglements-pour-fournir-aux-patients-de-meilleurs-renseignements-sur-lusage-securitaire-des-opioides.html>> (consulté le 18 mai 2018).

¹⁰³ SANTÉ CANADA, « Présentation des plans de gestion des risques ciblés et des engagements de suivi pour les produits sur ordonnance à base d'opioïdes - Document d'orientation à l'intention de l'industrie », *Lignes directrices* (2 mai 2018), en ligne : <<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/rapports-publications/medeffet-canada/presentation-plans-gestion-risques-cibles-engagements-produits-ordonnance-base-opioides-orientation-intention-industrie.html>> (consulté le 18 mai 2018).

utilisateurs d'opioïdes obtiennent leurs substances grâce à une ordonnance médicale ; dans ce contexte, le droit pénal ne peut prévenir à lui-seul le problème dans sa forme actuelle.

Une fois les patients entraînés dans la spirale de la dépendance et de la recherche de doses de plus en plus fortes, ceux-ci hésitent à révéler à leurs médecins qu'ils ont abusé de la drogue prescrite, voire qu'ils ont détourné des ordonnances ou se sont procuré des drogues sur le marché noir. Notons que le secret professionnel empêche les médecins de dénoncer leurs patients aux autorités s'ils ont connaissance que ceux-ci ont commis des infractions à la loi¹⁰⁴, mais la crainte d'être stigmatisé ou dénoncé persiste chez les utilisateurs.

Même si la loi fédérale prévoit des peines pour les professionnels de la santé qui abusent de leur pouvoir de prescription ou de distribution d'opioïdes, l'imposition de sanctions reste difficile. Renforcer l'application de sanctions pénales chez les médecins pour prescription inappropriée d'opioïdes ne saurait être le seul mécanisme pour améliorer la pratique médicale. Les médecins sont plutôt mal outillés pour soulager la douleur des patients, ce qui rend l'application de sanctions pénales, voire criminelles, difficile et peu justifiable pour régler le problème de la grande disponibilité des opioïdes¹⁰⁵. La crainte des sanctions pourrait notamment amener les médecins à trop restreindre la prescription d'opioïdes lorsque ceux-ci sont médicalement indiqués¹⁰⁶. Cela viendrait nier le droit des patients à des traitements efficaces, en plus de nuire à la relation de confiance entre les patients et leurs médecins. La crise des opioïdes a entraîné un climat de méfiance à l'égard des patients en douleur, les médecins étant de plus en plus prudents et récalcitrants à prescrire des opioïdes de peur de causer des torts à leurs patients. Certaines urgences américaines se sont par exemple déclarées « opioid-free ED » et limitent fortement la prescription d'opioïdes, optant pour des méthodes alternatives de traitement de la douleur. Quoique ces alternatives soient efficaces, les autorités ont ressenti le besoin d'intervenir face à cette pratique

104 Suzanne PHILIPS-NOOTENS, Pauline Lesage-JARJOURA et Robert P. KOURI, « Chapitre IV- L'obligation au secret professionnel », dans *Éléments de responsabilité civile médicale : le droit dans le quotidien de la médecine*, 4e édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2016, p. 385-416.

105 Christopher J. KIM, « The Trial of Conrad Murray: Prosecuting Physicians for Criminally Negligent Over-Prescription », 51 *Am. Crim. Law Rev.* 517-540. Quelques médecins aux États-Unis ont été reconnus coupables de négligence criminelle pour avoir fait preuve de grave insouciance en prescrivant des opioïdes, insouciance à l'origine du décès de leurs patients. On peut supposer que de telles accusations pourraient être portées au Canada en vertu du *Code criminel*, L.R.C. 1985, c. C-46, art 219-221.

106 M. M. ISLAM et I. S. MCRAE, « An inevitable wave of prescription drug monitoring programs in the context of prescription opioids: pros, cons and tensions », préc., note 70.

pour assurer le respect des droits des usagers à un traitement adéquat de la douleur¹⁰⁷. Il ne faudrait pas que la crainte des professionnels d'être sanctionnés devienne une barrière à l'accès à des soins de qualité¹⁰⁸. L'objectif du droit criminel, soit la protection de la santé et de la sécurité publique contre les substances dangereuses, peut aller à l'encontre de l'utilisation médicale des opioïdes qui vise à soulager les patients contre des douleurs intolérables¹⁰⁹.

2.2 La réponse du gouvernement fédéral à la crise des opioïdes

Le ministère fédéral de la Santé a reconnu en 2016 que « le nombre croissant de surdosages et de mortalités causés par les opioïdes (analgésiques puissants) représente une crise nationale de santé publique »¹¹⁰. Pour faire face à cette crise, plusieurs mesures législatives et administratives spécifiques ont depuis été adoptées et ont un impact sur les médecins et leurs patients.

2.2.1. La collecte de données aux fins de surveillance de la crise

La Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances, mise en œuvre par le ministère de la Santé, a été revue en 2016. Celle-ci vise à orienter les politiques sur les drogues en gardant en tête une approche équilibrée et axée sur la santé¹¹¹. Le souci de surveiller l'état de santé de la population

107 « Podcast 139 - Opioid-Free ED with Sergey Motov », *EMCrit Project* (14 décembre 2014), en ligne : <<https://emcrit.org/racc/opioid-free-ed/>> (consulté le 29 janvier 2018); Stephen A. FREW, « Emtala vs pain policies in the emergency department », *Johns. Insur. - Medlaw* 2015, en ligne : <<http://medlaw.com/opioids.pdf>>.

108 K. K. DINEEN et J. M. DUBOIS, « Between a Rock and a Hard Place: Can Physicians Prescribe Opioids to Treat Pain Adequately While Avoiding Legal Sanction? », préc., note 38; Blair CRAWFORD, « Scrutiny of opioid prescriptions bad news for patients in pain, doctor warns », *Ottawa Citizen* (3 novembre 2016), en ligne : <<http://ottawacitizen.com/news/local-news/scrutiny-of-opioid-prescriptions-bad-news-for-patients-in-pain-doctor-warns>> (consulté le 24 février 2018); Robert LANGRETH, « Millions of Patients Face Pain and Withdrawal as Opioid Prescriptions Plummet », *Bloomberg* (21 novembre 2017), en ligne : <<https://www.bloomberg.com/news/articles/2017-11-21/millions-of-patients-face-pain-and-withdrawal-as-opioid-prescriptions-plummet>> (consulté le 24 février 2018).

109 Scott M. FISHMAN, Jennifer S. PAPAIZIAN, Susana GONZALEZ, Paul S. RICHES et Aaron GILSON, « Regulating Opioid Prescribing Through Prescription Monitoring Programs: Balancing Drug Diversion and Treatment of Pain », (2004) 5-3 *Pain Med.* 309-324, doi : 10.1111/j.1526-4637.2004.04049.x; Frank BRENNAN, Daniel B. CARR et Michael COUSINS, « Pain Management: A Fundamental Human Right », (2007) 105-1 *Anesth. Analg.* 205-221, doi : 10.1213/01.ane.0000268145.52345.55; R. K. PORTENOY, « Opioid Therapy for Chronic Nonmalignant Pain: Clinicians' Perspectives », préc., note 26.

110 SANTÉ CANADA, « Déclaration conjointe sur les mesures visant à remédier à la crise des opioïdes », préc., note 5.;

111 SANTÉ CANADA, « Réduction des méfaits - Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances », (12 décembre 2016), en ligne : <<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/strategie-canadienne-drogues-substances/reduction-mefaits.html>>.

afin d'en connaître l'évolution et d'offrir des services appropriés à la population fait partie des fonctions essentielles de la santé publique et est au cœur de cette nouvelle stratégie¹¹². Des partenariats avec les ministères de la santé provinciaux et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)¹¹³ ont permis de mettre en commun les données disponibles sur les prescriptions d'opioïdes et les décès liés aux opioïdes¹¹⁴ afin de faire un état de la situation et permettre un suivi dans le temps¹¹⁵. Il faut noter que le Québec ne participe pas à cette initiative de mise en commun, quoique l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) semble avoir pris en charge le suivi des décès liés aux opioïdes¹¹⁶. Si cette collecte d'information ne résout ni ne prévient en soi le problème de l'usage inapproprié d'opioïdes pharmaceutiques, elle a le mérite de permettre d'établir un portrait de la situation au Canada.

2.2.2. *Un financement de la recherche*

L'Agence de la santé publique du Canada a aussi rendu disponibles des montants importants pour soutenir la recherche sur les opioïdes. L'investissement en recherche du gouvernement fédéral permet de baser les politiques sur des évidences scientifiques et des données probantes. Ces fonds ont notamment permis de mettre à jour les lignes directrices canadiennes en matière de prescription d'opioïdes afin de soutenir les professionnels dans leur pratique¹¹⁷. Un appel de propositions par les Instituts de recherche en santé via le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances a permis de soutenir plusieurs initiatives à travers le pays en matière de recherche sur les facteurs

112 Marie-Ève COUTURE-MÉNARD, « Chapitre 15 - La Loi sur la santé publique à l'aube de ses quinze ans », dans *Droit et politiques de la santé*, Montréal : LexisNexis Canada, 2014.

113 « L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est un organisme autonome sans but lucratif qui fournit de l'information essentielle sur les systèmes de santé du Canada et sur la santé des Canadiens. Nous fournissons des données et une information comparables et exploitables qui favorisent une amélioration rapide des soins de santé, de la performance des systèmes de santé et de la santé de la population dans tout le Canada. Nos intervenants utilisent dans leurs processus décisionnels notre vaste gamme de bases de données, de mesures et de normes sur la santé, en parallèle avec nos rapports et analyses fondés sur des données probantes » (Voir page web « *À propos de l'ICIS* » : [www.cihi.ca/fr/a-propos-de-licis]).

114 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Définition de décès lié aux opioïdes*, 1 mars 2017, en ligne : <<https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/opioid-related-death-fr-web.pdf>>.

115 AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, « Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes (janvier 2016 à mars 2017) », préc., note 7.

116 M. SHELMIT et al. *Décès attribuables aux intoxications par opioïdes, 2000 à 2012: mise à jour 2013-2016*, préc., note 73.

117 J.W. BUSSE et al., « Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain », préc., note 15.

de risque d'abus et de possibilités de traitement de la dépendance aux opioïdes¹¹⁸. Le gouvernement fédéral est donc capable d'influencer les pratiques professionnelles au moyen d'investissements en santé.

Par ailleurs, plus de cinq milliards ont été rendus disponibles aux provinces et territoires afin d'améliorer la disponibilité des traitements pour la dépendance aux opioïdes¹¹⁹. Une subvention de l'Institut canadien de recherche en santé a permis de donner naissance au premier guide de pratique canadien en matière de prise en charge de l'abus et de la dépendance aux opioïdes, destiné à tous les professionnels de la santé¹²⁰.

2.2.3. Une lutte accrue aux substances illicites

Avec ce souci de protection de la santé publique en tête¹²¹, le Parlement a adopté plusieurs modifications à la LRDS en 2016 afin de faciliter la lutte aux opioïdes non-pharmaceutiques, substances illicites rendues disponibles sur le marché noir. On peut penser à l'ajout de plusieurs précurseurs chimiques nécessaires à la fabrication d'opioïdes synthétiques sur la liste des substances interdites¹²², ainsi qu'à la restriction de l'importation de presse à comprimés et aux plus larges pouvoirs données aux policiers et autorités douanières en matière de contrôle et disposition des substances interdites¹²³. Ces modifications sont essentielles afin de protéger les consommateurs de drogues illicites contre les risques de surdoses liés aux opioïdes de synthèse. Toutefois, elles ne permettent pas d'encadrer la pratique des professionnels de la santé ou de protéger les patients à risque contre le développement d'une dépendance aux opioïdes pharmaceutiques.

¹¹⁸ SANTÉ CANADA, « Mesures de Santé Canada pour lutter contre le mauvais usage des opioïdes », Santé Canada, (6 juillet 2017), en ligne : < <https://www.prescribeit.ca/component/edocman/autre/144-mesures-de-sante-canada-pour-lutter-contre-le-mauvais-usage-des-opioides>>.

¹¹⁹ SANTÉ CANADA, « Mesures du gouvernement du Canada sur les opioïdes : 2016 et 2017 », Santé Canada (novembre 2017), en ligne : <<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/mesures-opioides-2016-2017.html>>.

¹²⁰ Julie BRUNEAU, Keith AHAMAD, Marie-Ève GOYER, Ginette POULIN, Peter SELBY, Benedikt FISCHER, T. Cameron Wild et Evan Wood, « Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline », (2018) 190-9 Can. Med. Assoc. J. E247-E257, doi : 10.1503/cmaj.170958.

¹²¹ *Projet de loi C-37 - Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et apportant des modifications connexes à d'autres lois*, Première Session, quarante-deuxième législature, 64-65 Elizabeth II, 2015-2016 (Chambre des communes du Canada), voir préambule.

¹²² *Règlement modifiant le Règlement sur les précurseurs (précurseurs du fentanyl)*, DORS/2016-294 (Gaz. Can.II).

¹²³ *Projet de loi C-37*, préc., note 121, p. 37.

2.2.4. Une approche de réduction des méfaits

Reconnaissant que la prohibition ne suffit pas à mettre fin au problème de santé publique qu'est la crise des opioïdes, l'approche de réduction des méfaits a été intégrée à la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances par Santé Canada en 2016. Cette approche vise à réduire les conséquences négatives d'un problème plutôt qu'à tenter de l'éliminer au moyen d'une approche répressive¹²⁴. Elle est de plus en plus utilisée dans le domaine de la toxicomanie en raison des conséquences désastreuses pour la santé publique de l'utilisation de drogues, notamment la propagation des maladies infectieuses. Concrètement, on peut penser par exemple à l'autorisation de l'ouverture de sites d'injection supervisés¹²⁵, où l'on permet aux utilisateurs de drogues intraveineuses de consommer sous supervision de professionnels et en utilisant du matériel stérile, ce qui limite leur exposition aux risques liés à la consommation¹²⁶.

Cette approche s'est concrétisée dans le contexte de la crise des opioïdes par l'adoption de plusieurs mesures législatives. Santé Canada a facilité l'accès à la naloxone¹²⁷, antidote rendu disponible sans ordonnance dans plusieurs provinces dont le Québec¹²⁸. La *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose*¹²⁹ a également été adoptée en mai 2017. Cette loi offre une protection juridique aux personnes qui réclament une aide d'urgence en composant le 911

124 « L'approche de réduction des méfaits », INSPQ, en ligne : <<https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/l-approche-de-reduction-des-mefaits>> (consulté le 28 janvier 2018).

125 Martha BUTHIER et Karin PHILIPS, *Résumé législatif du projet de loi C-2 : Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, Bibliothèque du Parlement, 3 novembre 2013, en ligne : <https://lop.parl.ca/About/Parliament/LegislativeSummaries/bills_ls.asp?ls=c2&Parl=41&Ses=2&Language=F>.

126 *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society*, 2011 CSC 44. Cette décision est venue déclarer l'application des articles 4 (1) et 5 (1) de la LRDS (interdiction de la possession et du trafic de substances interdites) aux sites d'injection supervisée comme portant atteinte au droit à la vie des consommateurs de drogues, protégé par l'article 7 de la Charte canadienne des droits et libertés. Le ministre peut maintenant accorder des exemptions soustrayant à l'application de la LRDS ces sites, afin de protéger la santé des consommateurs (article 56.1 LRDS).

127 La naloxone (Narcan©) est un antidote aux opoïdes qui permet de renverser leur effet en cas de surdose. Cette substance est maintenant accessible aux premiers répondants pour intervenir en cas d'intoxication.

128 *L'utilisation d'opioïdes au Canada : prévenir les surdoses grâce à des programmes d'éducation et à la distribution de naloxone*, Québec, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques de santé - Institut national de Santé Publique, 2016, en ligne : <http://www.ccnpps.ca/docs/2016_OBNL_NGO_OpioidesSurvol_Fr.pdf> (consulté le 28 janvier 2017); INESSS, *Ordonnance collective nationale - Naloxone*, en ligne : <https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Naloxone/INESSS_-Ordonnance-collective-Naloxone2.pdf>.

129 *Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose*, L.C. 2017, ch. 4.

lorsqu'elles sont victimes ou témoins d'une surdose. Toute personne en possession de drogue sur les lieux lors de l'arrivée des secours est ainsi protégée contre des recours judiciaires pour infraction à la LRDS¹³⁰. En combinaison avec la disponibilité de la naloxone pour les utilisateurs d'opioïdes, leurs proches et les services d'urgence, des décès seront probablement évités en permettant que des premiers secours appropriés soient fournis aux victimes de surdose. La Colombie-Britannique, province la plus durement touchée par la crise, semble avoir déjà remarqué une baisse des décès liés aux opioïdes grâce à la distribution de trousse de naloxone¹³¹. La crainte de recours judiciaire pour les victimes ou leur entourage avait également été identifiée comme une barrière à l'octroi de tels soins¹³².

D'autres interventions en matière de réduction des méfaits peuvent empêcher les patients dépendants aux opioïdes de devoir se procurer des substances sur le marché noir. Les traitements de substitution aux opioïdes existent, mais sont insuffisants pour répondre à la demande de tous les patients nécessitant un traitement et ceux-ci soumettent les patients à des contraintes limitant leur efficacité. Les médecins sont peu nombreux à offrir ces traitements et les ressources d'aide à la dépendance affichent de longues listes d'attente¹³³. Certains médecins ont plaidé pour une accessibilité accrue de certains opioïdes sur prescription, notamment la méthadone et l'héroïne, afin d'aider certains patients à vivre avec leur dépendance sans tomber dans l'illégalité. Santé Canada a donc assoupli la LRDS et le *Règlement sur les stupéfiants* en 2016¹³⁴ pour permettre,

130 SANTÉ CANADA, « À propos de la Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose », Santé Canada (6 octobre 2017), en ligne : <<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/abus-medicaments-ordonnance/opioides/apropos-loi-bons-samaritains-secourant-victimes-surdose.html>>

131 Michael A. IRVINE, Jane A. BUXTON, Michael OTTERSTATTER, Robert BALSHAW, Reka GUSTAFSON, Mark TYNDALL, Perry KENDALL, Thomas KERR, Mark GILBERT et Daniel COOMBS, « Distribution of take-home opioid antagonist kits during a synthetic opioid epidemic in British Columbia, Canada: a modelling study », (2018) 0-0 *Lancet Public Health*, DOI : 10.1016/S2468-2667(18)30044-6.

132 Kristen C. OCHOA, Judith A. HAHN, Karen H. SEAL et Andrew R. MOSS, « Overdosing among young injection drug users in San Francisco », (2001) 26-3 *Addict. Behav.* 453-460, doi : 10.1016/S0306-4603(00)00115-5.

133 *La dépendance aux opioïdes : portrait des traitements de substitution au Québec*, Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), 2011.

134 *Règlement modifiant certains règlements pris en vertu de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (accès à la diacétylmorphine aux fins de traitement d'urgence)*, DORS/2016-239 (Gaz. Can. II)

dans le cadre du Programme d'accès spécial, la prescription d'héroïne thérapeutique¹³⁵ dans les cas de dépendance sévère aux opioïdes¹³⁶, substance auparavant complètement interdite.

Si le gouvernement fédéral rend plus accessible les traitements de substitution et améliore le financement destiné aux programmes de désintoxication, il demeure entre les mains du provincial et des professionnels d'offrir ces traitements aux patients. Les mesures prises en réponse à la crise par le fédéral permettent donc de faciliter la prise en charge des patients, une fois ceux-ci victimes de dépendance aux opioïdes. Celles-ci permettent d'éviter des décès ou de faciliter le traitement de la dépendance. Elles ne permettent pas, ou du moins n'ont pas comme objectif, de prévenir cette dépendance. L'application des lois fédérales et la mise en œuvre des mesures de réduction des méfaits ne peut se faire sans une coordination avec les autorités provinciales, coopération essentielle afin d'assurer une réponse complète à la crise. Notons par exemple que le Québec ne participe pas à plusieurs initiatives nationales conjointes¹³⁷, notamment la collecte et le partage d'informations sur les prescriptions et les décès liés aux opioïdes¹³⁸. Les mesures de réduction des méfaits ne peuvent se faire sans être coordonnées avec les autorités de santé publique et le système de santé provincial, dont nous discuterons au prochain chapitre. Les programmes de traitement de la toxicomanie sont sous la responsabilité du provincial et, du moins au Québec, sont difficilement accessibles. Moins de 20% des patients victimes de dépendance aux opioïdes ont accès à des cures de désintoxication ou des traitements de substitution¹³⁹.

Ainsi, la possession, la distribution et la vente d'opioïdes à des fins médicales est strictement encadrée au niveau fédéral et permet de limiter la disponibilité de ces substances en raison des risques qu'elles comportent pour les utilisateurs. Toutefois, nous constatons que les termes utilisés

135 *Règlement sur les stupéfiants*, préc., note 13, article 53(4).

136 CRAN, « Traitement de la dépendance aux opioïdes : la prescription médicale d'héroïne thérapeutique est désormais autorisée au Canada », *Actualités et nouvelles* (13 septembre 2016), en ligne : <<http://www.cran.qc.ca/fr/cran-centre-dexpertise/evenements-et-actualites-actualites-nouvelles/traitement-de-la-dependance-aux>>.

137 SANTÉ CANADA, « Déclaration conjointe sur les mesures visant à remédier à la crise des opioïdes », préc., note 5.; AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, « Déclaration des coprésidents du Comité consultatif spécial fédéral, provincial et territorial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes », préc., note 5.

138 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes, de 2012 à 2016*, préc., note 55. Ce rapport ne donne aucune donnée pour le Québec, c'est plutôt l'INSPQ qui a publié des données comparables pour la province.

139 *La dépendance aux opioïdes : portrait des traitements de substitution au Québec*, Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), 2011.

dans les textes législatifs restent larges et que le médecin est le seul juge du caractère « nécessaire » de la substance prescrite afin de pouvoir la prescrire à des fins médicales et ne pas être reconnu coupable de trafic. L'article 53(2) du *Règlement sur les stupéfiants* se contente de mentionner que « (...) le praticien peut administrer un stupéfiant (...) ou le prescrire, le vendre ou le fournir, pour toute personne ou tout animal si, à la fois : a) la personne ou l'animal est soumis à ses soins professionnels; b) le stupéfiant est nécessaire pour l'état pathologique de la personne (...) [nos soulignés] ». Le gouvernement fédéral a également pris plusieurs mesures visant à remédier à la crise des opioïdes, perçue comme une crise de santé publique. Toutefois, le réel potentiel de ces mesures dépendra de l'utilisation qui en sera faite par les professionnels dans les provinces. L'activité des professionnels de la santé autorisés à prescrire et fournir des opioïdes relève davantage de la compétence des provinces¹⁴⁰ et c'est ce que nous aborderons dans le prochain chapitre en discutant du cadre normatif autour de la pratique médicale en matière de prescription d'opioïdes.

3. CHAPITRE 3 : LE QUÉBEC ET SON POUVOIR D'INTERVENTION EN SANTÉ, UN CADRE NORMATIF AUTOUR DE LA PRESCRIPTION D'OPIOÏDES PAR LES MÉDECINS.

Au Québec, la pratique médicale est encadrée par diverses dispositions législatives et réglementaires. Ces dispositions sont complétées par plusieurs normes énoncées dans les guides de pratique et lignes directrices, émises par les ordres professionnels et associations médicales. Notons que les lignes directrices américaines et européennes peuvent influencer la pratique des professionnels québécois au même titre que les lignes directrices canadiennes ou provinciales, par exemple si ces dernières sont mises à jour plus régulièrement, plus complètes ou plus spécifiques à un domaine de pratique. Ces lignes directrices servent généralement à établir le standard attendu du professionnel diligent et compétent¹⁴¹. Dans ce chapitre, nous nous intéresserons autant aux normes générales que particulières qui visent les médecins eu égard à la prescription d'opioïdes, afin d'en faire ressortir les atouts et lacunes dans le contexte la crise actuelle. Nous tenterons de

140 *Loi constitutionnelle de 1867*, préc., note 83, art 92(13) et (16).

141 « Impact de la contravention à un devoir déontologique sur la responsabilité civile professionnelle », dans *JurisClasseur Québec*, coll. Droit civil, Obligations et responsabilités civiles, Fascicule 33 - Pratique Professionnelle, JORC-33.2, 2013, Lexis Nexis Canada.

déterminer si les normes actuelles sont suffisantes pour faire face à la crise ou si de nouvelles normes doivent être développées. Nous nous intéresserons aussi au contrôle de l'application de ces normes par l'autoréglementation professionnelle.

De manière générale, la *Loi médicale* définit le champ d'exercice de la médecine et les activités réservées aux médecins, notamment la prescription de médicaments¹⁴². C'est toutefois le *Code de déontologie des médecins* qui leur impose certaines obligations¹⁴³. Le médecin qui prescrit des opioïdes à un patient se doit aussi de respecter certaines obligations générales prévues au *Code civil du Québec (C.c.Q.)*¹⁴⁴.

3.1 L'obligation de soigner : obligations générales du médecin et normes spécifiques quant à la prescription d'opioïdes

Le médecin est tenu de respecter certaines obligations lorsqu'il choisit un traitement pour son patient. Il doit d'abord « élaborer son diagnostic avec la plus grande attention »¹⁴⁵. Il doit également s'assurer de pratiquer « selon les normes médicales actuelles les plus élevées possibles; à cette fin, il doit notamment développer, parfaire et tenir à jour ses connaissances et habiletés » en plus de « s'abstenir de faire des omissions, des manœuvres ou des actes intempestifs ou contraires aux données actuelles de la science médicale »¹⁴⁶. C'est dans cette optique de respect des données actuelles de la science que les lignes directrices et guides de pratique viennent détailler les obligations générales du médecin, en proposant des standards de pratique inspirés des plus récentes études scientifiques¹⁴⁷. Pendant notre recherche, nous avons recensé plusieurs lignes directrices émises par différentes organisations scientifiques qui traitent de l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur, dans différents contextes de pratique.

142 *Loi médicale*, RLRQ c M-9, art 31(5).

143 *Code de déontologie des médecins*, RLRQ c. M-9, r.17.

144 *Code civil du Québec*, RLRQ c CCQ-1991 (C.c.Q.)

145 Art. 46, *Code de déontologie des médecins*.

146 *Id.*, art 47.

147 Kelly S. BARTH, Constance GUILLE, Jenna MCCAULEY et Kathleen T. BRADY, « Targeting practitioners: A review of guidelines, training, and policy in pain management », (2017) 173-Suppl 1 *Drug Alcohol Depend.* S22-S30, doi : 10.1016/j.drugalcdep.2016.08.641.

3.1.1. *Les lignes directrices en matière d'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur*

Les tableaux 1 et 2 (Annexe A) résument quelques lignes directrices et guides de pratique traitant de l'utilisation des opioïdes. Nous nous sommes concentrés sur les recommandations visant la prescription d'opioïdes en externe et non à leur utilisation en milieu hospitalier. Notre recherche nous a permis de recenser de multiples lignes directrices et recommandations provenant de différentes organisations scientifiques, ordres professionnels et associations professionnelles. Sans avoir détaillé toutes les lignes directrices et guides de pratique existants quant à la prise en charge de la douleur, nous avons résumé celles qui étaient selon nous pertinentes pour les médecins généralistes et spécialistes québécois, dans divers contextes de pratique. Les normes choisies vont dans le même sens que toutes les autres lignes directrices recensées pendant notre recherche.

L'étude de ces recommandations permet de constater que toutes ces normes s'accordent quant à la façon optimale d'utiliser les opioïdes en pratique clinique. Le médecin doit d'abord s'assurer d'évaluer adéquatement tout patient souffrant de douleur aiguë ou chronique, non seulement en caractérisant l'intensité et le type de douleur dont le patient se plaint, mais aussi en tentant d'identifier la cause. De plus, les opioïdes devraient être réservés aux douleurs modérées à sévères et d'autres approches devraient être essayées avant de recourir aux opioïdes. Comme le rappelle l'ACPM :

Évaluez soigneusement les symptômes et les capacités fonctionnelles du patient. Cherchez d'abord à établir si la mise en œuvre d'options analgésiques non médicamenteuses s'avère appropriée (ou si ces options peuvent être utilisées à titre de traitement d'appoint) et si la prescription d'analgésiques non opioïdes est plutôt à privilégier. Lorsque vous envisagez d'avoir recours à des opioïdes, assurez-vous de tenir compte des autres médicaments que prend le patient et de ses antécédents en matière d'abus d'opioïdes ou d'autres substances, le cas échéant ; assurez-vous également de tenir compte des problèmes de santé mentale peu reconnus ou mal traités que ce patient pourrait présenter [nos soulignés]¹⁴⁸.

Les lignes directrices canadiennes rappellent aussi que : « we recommend optimization of non-opioid pharmacotherapy and non-pharmacological therapy, rather than a trial of opioids [au

148 ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, *Prescription d'opioïdes dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse*, 2016, en ligne : <https://www.cmpa-acpm.ca/static-assets/pdf/about/annual-meeting/com_16_opioids_chronic_non-cancer_pain-f.pdf>.

moment de choisir un traitement de la douleur chronique non-cancéreuse] »¹⁴⁹. Le *Center for Disease Control* énonce également clairement dans ses lignes directrices que :

Nonpharmacologic therapy and nonopioid pharmacologic therapy are preferred for chronic pain. Clinicians should consider opioid therapy only if expected benefits for both pain and function are anticipated to outweigh risks to the patient. If opioids are used, they should be combined with nonpharmacologic therapy and nonopioid pharmacologic therapy, as appropriate [nos soulignés]¹⁵⁰.

Selon son code de déontologie, « le médecin a le devoir primordial de protéger et de promouvoir la santé et le bien-être des individus qu’il sert, tant sur le plan individuel que collectif »¹⁵¹. Sur le plan individuel, les médecins sont donc tenus, face aux mises en garde de l’industrie¹⁵² et recommandations d’organisations scientifiques les plus à jour¹⁵³, de tenir compte des risques d’abus et dépendance des opioïdes avant de les prescrire à un patient. L’évaluation des facteurs de risque individuels de dépendance et d’abus est ici d’une importance primordiale, avant de débiter tout traitement. Les risques d’effets secondaires tels que la sédation ou la dépression respiratoire sont plus importants chez les patients âgés, souffrant de comorbidités pulmonaires, cardiaques, rénales ou hépatiques ou qui prennent d’autres médicaments causant une dépression du système nerveux central. Quant au risque de dépendance, il est particulièrement élevé chez les patients ayant une histoire personnelle ou familiale d’abus de substance ou qui souffrent de maladie psychiatrique¹⁵⁴. Quelques lignes directrices recommandent également de vérifier les prescriptions

149 J.W. BUSSE et al., « Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain », préc., note 15, recommandation n° 1.

150 D. DOWELL et al. « CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain — United States, 2016 », préc., note 11.

151 Art.3, *Code de déontologie des médecins*.

152 PURDUE PHARMA, *Dilaudid (chlorhydrate d’hydromorphone) : Renseignements thérapeutiques*, 17 octobre 2016, en ligne : <<http://purdue.ca/wp-content/uploads/2017/02/Dilaudid-PM-FR.pdf?x50798>>; PURDUE PHARMA, *OxyNEO (chlorhydrate d’oxycodone à libération prolongée) : Monographie de produit*, 15 octobre 2014, en ligne : <<http://purdue.ca/wp-content/uploads/2017/02/OxyNEO-PM-FR.pdf?2d70fa>>; SANDOZ, *Fentanyl Patch: Monographie de produit*, Sandoz Canada, 7 janvier 2016, en ligne : <https://www.sandoz.ca/sites/www.sandoz.ca/files/Fentanyl_timbre_Monographie.pdf>.

153 J.W. BUSSE et al., « Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain », préc., note 15; D. DOWELL et al. « CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain — United States, 2016 », préc., note 11.; COLORADO ACEP “2017 Opioid Prescribing and Treatment Guidelines”, préc., note 13

154 Dennis C. TURK, Kimberly S. SWANSON et Robert J. GATCHEL, « Predicting opioid misuse by chronic pain patients: a systematic review and literature synthesis », (2008) 24-6 Clin. J. Pain 497-508, doi : 10.1097/AJP.0b013e31816b1070; Lynn R. WEBSTER et Rebecca M. WEBSTER, « Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool », (2005) 6-6 Pain Med. Malden Mass 432-442, doi : 10.1111/j.1526-4637.2005.00072.x, outil recommandé par le CMQ dans son guide de pratique « L’essentiel ».

antérieures ou actives du patient ainsi que de recourir à des tests de dépistage pour vérifier si le patient consomme des drogues illicites. Une fois les opioïdes choisis comme méthode thérapeutique, ceux-ci devraient être prescrits aux plus petites doses possibles, en augmentant tranquillement pour trouver la dose efficace la plus faible possible, et pour la plus courte période de traitement possible.

Sur le plan collectif, nous y voyons une obligation de prudence supplémentaire qui s'impose aux médecins en matière de prescription d'opioïdes puisque chaque ordonnance augmente la disponibilité de ces substances auprès d'utilisateurs à qui elles ne sont pas destinées. La santé publique dépend donc d'une moindre disponibilité des opioïdes en circulation, ce qui passe par la sélection des patients ayant vraiment besoin d'opioïdes et la prescription des quantités les plus limitées possibles pour soulager leur douleur¹⁵⁵. Les guides de pratique traitant de la prise en charge de la douleur aiguë semblent tous recommander de tenter de traiter cette douleur à l'aide d'autres approches pharmacologiques ou non-pharmacologiques, de n'utiliser les opioïdes qu'en complément de ces autres traitements et aux plus petites doses possibles, pour la plus courte période possible. Le CDC le rappelle :

When opioids are used for acute pain, clinicians should prescribe the lowest effective dose of immediate-release opioids and should prescribe no greater quantity than needed for the expected duration of pain severe enough to require opioids. Three days or less will often be sufficient; more than seven days will rarely be needed¹⁵⁶.

L'application de ces principes en pratique reste toutefois problématique, des études ayant démontré une grande variabilité dans les pratiques de prescription de médecins américains et canadiens en première ligne¹⁵⁷, à l'urgence par exemple¹⁵⁸.

155 R. C. DART et al., « Trends in Opioid Analgesic Abuse and Mortality in the United States », préc., note 56.

156 D. DOWELL et al. « CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain — United States, 2016 », préc., note 11.

157 Bjug BORGUNDAAG, Shelley MCLEOD, Wayne KHUU, Catherine VARNER, Mina TADROUS et Tara GOMES, « Opioid prescribing and adverse events in opioid-naïve patients treated by emergency physicians versus family physicians: a population-based cohort study », (2018) 6-1 CMAJ Open E110-E117, doi : 10.9778/cmajo.20170151; Michael SEAN S., Babu KAVITA M., Androski CHRISTOPHER, Reznick MARTIN A. et Kline JEFFREY A., « Effect of a Data-driven Intervention on Opioid Prescribing Intensity Among Emergency Department Providers: A Randomized Controlled Trial », (2018) 0-0 Acad. Emerg. Med., doi : 10.1111/acem.13400.

158 J. LOGAN et al., « Opioid prescribing in emergency departments: the prevalence of potentially inappropriate prescribing and misuse », préc., note 20.; Barth L. WILSEY, Scott M. FISHMAN et Christine OGDEN, « Prescription Opioid Abuse in the Emergency Department Symposium: Pain Management in the Emergency Department: Current Landscape and Agenda for Research », (2005) 33 J. Law. Med. Ethics 770-782.

Dans le contexte de la douleur chronique, différents moyens sont déjà à la disposition des médecins québécois pour faciliter leur évaluation de l'usage approprié des opioïdes, notamment l'utilisation du Dossier Santé Québec (DSQ) pour vérifier les prescriptions actives et antérieures du patient ainsi que la disponibilité de plusieurs ateliers de formation continue sur l'évaluation et le traitement de la douleur¹⁵⁹. Pour faciliter la pratique de leurs membres et les sensibiliser à l'importance de prescrire les opioïdes de façon appropriée, plusieurs associations médicales canadiennes se sont regroupées et ont annoncé, en mars 2018, de nouvelles recommandations en matière de prescription d'opioïdes¹⁶⁰ dans le cadre de la campagne *Choisir avec soin*¹⁶¹. Ces recommandations vont dans le même sens que les lignes directrices. Notamment, d'autres thérapies non-pharmacologiques et pharmacologiques devraient être tentées avant d'envisager le recours aux opioïdes, tel que le rappelle la Société canadienne de médecine interne : « N'instaurez pas un traitement par opioïdes chez les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse avant d'avoir d'abord optimisé les traitements pharmacologiques non opioïdes et autres modalités non pharmacologiques »¹⁶². Parmi ces approches, nommons entre autres la psychothérapie, très utile lorsqu'une composante anxieuse ou psychogénique est identifiée comme contributive à la douleur. La physiothérapie et autres thérapies manuelles et de réadaptation sont particulièrement indiquées pour les douleurs musculo-squelettiques, tout comme les infiltrations locales d'anesthésiques. L'acétaminophène, les anti-inflammatoires, les anticonvulsivants et les antidépresseurs sont d'autres molécules qui ont leur place pour soulager la douleur chronique neuropathique et sont recommandées dans les lignes directrices. Un cadre normatif existe donc autour de la prescription d'opioïdes et des alternatives à

159 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Discutons douleur : évaluation, prise en charge et traitement*, Ateliers de formation continue, Date et lieu sur demande, en ligne : <<http://www.cmq.org/page/fr/douleur-chronique-non-cancereuse.aspx>>; COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Discutons douleur, parlons dépendance*, Montréal, Journée de perfectionnement, 8 juin 2018, en ligne : <<http://www.cmq.org/page/fr/douleur-chronique-non-cancereuse.aspx>>.

160 « Prescrire des opioïdes avec soin », *Choosing Wisely Canada*, (1 mars 2018), en ligne : <<https://choisiravecsoin.org/campaign/prescrire-des-opioides-avec-soin/>>

161 « C'est dans ce contexte [la crise des opioïdes] que Choisir avec soin a lancé la campagne Prescrire des opioïdes avec soin, qui vise à réduire les préjudices associés à la prescription d'opioïdes en encourageant les discussions réfléchies entre les professionnels de la santé et les patients. Son lancement, le 1er mars 2018, est le fruit d'une collaboration avec plus de 30 organisations participantes représentant des médecins, des dentistes, des pharmaciens, des infirmiers praticiens et d'autres professionnels de la santé ainsi que des patients et leur famille. Au cœur de la campagne : 14 recommandations de pratique, issues de 11 spécialités cliniques, qui correspondent à des situations dans lesquelles les opioïdes ne devraient pas être le traitement de première intention. » [nos soulignés] (voir page web : « Prescrire des opioïdes avec soin »)

162 « Prescrire des opioïdes avec soin », préc., note 160.

ces substances existent. Plusieurs barrières existent toutefois et expliquent pourquoi ces normes ne sont pas toujours respectées, au-delà de la facilité du recours aux opioïdes¹⁶³.

3.1.2. *Le soulagement de la douleur : une obligation médicale?*

Un paradoxe dans la prise en charge de la douleur réside dans le fait que celle-ci n'est pas une pathologie médicale, mais un symptôme. Même les « syndromes de douleur chronique », reconnus comme des entités médicales, ne sont en fait que le signe d'un dérèglement des mécanismes de perception de la douleur, encore mal compris¹⁶⁴. La douleur met rarement en elle-même la vie ou l'intégrité de la personne en danger, quoique la cause de la douleur peut mériter une intervention immédiate du médecin. La douleur aiguë est souvent la conséquence d'une pathologie médicale et le traitement de cette douleur sera intimement lié au diagnostic et au traitement de cette pathologie, tel que le rappelle le CMQ : « l'exacerbation inattendue de la douleur, particulièrement si elle est liée à une modification des signes vitaux, peut être le signe d'une aggravation de l'état du patient ou de complications exigeant une réévaluation immédiate »¹⁶⁵. Si le médecin a une obligation de soigner, a-t-il pour autant une obligation de soigner la douleur en soi?¹⁶⁶ Il est intéressant de noter que le soulagement de la douleur n'est pas explicitement mentionné comme une obligation médicale, au contraire de certaines lois¹⁶⁷ ou codes de déontologie étrangers¹⁶⁸. Au plus retrouve-t-on au *Code de déontologie des médecins* le devoir de « protéger et promouvoir la santé et le bien-être des individus qu'il sert (...) »¹⁶⁹ et l'obligation de préserver leur dignité.¹⁷⁰ Les notions de bien-être et de dignité demeurent très larges et si le soulagement de la douleur et des souffrances

163 Karleen F. GIANNITRAPANI, Sangeeta C. AHLUWALIA, Matthew MCCA, Maura PISCIOTTA, Steven DOBSCHA et Karl A. LORENZ, « Barriers to Using Nonpharmacologic Approaches and Reducing Opioid Use in Primary Care », *Pain Med.* Malden Mass 2017, doi : 10.1093/pm/pnx220; Bhavani S. REDDY, « The Epidemic of Unrelieved Chronic Pain: The Ethical, Societal, and Regulatory Barriers Facing Opioid Prescribing Physicians », (2006) 27 *J. Leg. Med.* 427-442.

164 P. CROFT et al., « Chronic pain as a topic for epidemiology and public health », préc., note 47.

165 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « L'analgésie à l'urgence - lignes directrices du Collège des médecins du Québec », préc., note 42, p.6.

166 Suzanne PHILIPS-NOOTENS, Pauline LESAGE-JARJOURA et Robert P. KOURI, « Chapitre II - L'obligation de soigner », dans *Éléments de responsabilité civile médicale : le droit dans le quotidien de la médecine*, 4e édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2016, p. 281-340.

167 S. A. FREW, « Emtala vs pain policies in the emergency department », préc., note 107.

168 Art. R.4217-37, *Code de la Santé Publique (Code de déontologie médicale)*.

169 Art. 3, *Code de déontologie des médecins*.

170 Id., art 4.

en fin de vie sont maintenant des droits reconnus aux patients au Québec¹⁷¹, aucune interprétation jurisprudentielle des droits des patients quant au soulagement de la douleur dans d'autres contextes n'a pu être identifiée lors de nos recherches. La cause de la douleur chronique n'est pas toujours évidente à identifier pour le médecin traitant et ne peut, dans ce cas, être adressée directement. Étant donné les conséquences importantes de la douleur chronique sur l'état fonctionnel et la santé mentale des patients qui en sont atteints, le traitement symptomatique de la douleur devient donc un soin requis au sens du C.c.Q., puisque l'état de santé de la personne en dépend¹⁷².

Les médecins se sont en quelque sorte eux-mêmes imposés, depuis la fin des années 1990, une obligation accrue de soigner la douleur en reconnaissant son traitement comme un droit humain¹⁷³. Nous pouvons nous questionner sur l'influence des compagnies pharmaceutiques quant au développement de cette conception de la douleur, perçue dorénavant comme intolérable et devant à tout prix être éliminée. Les campagnes de promotion des opioïdes ont ciblé les médecins afin de les convaincre que le traitement de la douleur était un « impératif moral », un devoir pour la profession¹⁷⁴. Ce message a été repris par les organismes d'accréditation des hôpitaux¹⁷⁵ qui ont fait de la satisfaction des patients, incluant le soulagement de la douleur, un marqueur de qualité des soins¹⁷⁶. Il est intéressant de noter que la *Joint Commission* - organisme chargé d'accréditer les établissements de soins aux États-Unis et à l'origine d'un rapport en 2001 mettant l'accent sur le manque d'attention portée à l'évaluation de la douleur et son traitement inadéquat en milieu de soins¹⁷⁷ - a pris la peine de préciser sur son site web que leurs standards d'accréditation n'ont jamais

171 *Loi concernant les soins de fin de vie*, RLRQ c S-32.0001.

172 Isabelle COURNOYER, « Chapitre 21 - Autorisation de soins », dans *Droit et politiques de la santé*, Montréal : LexisNexis Canada, 2014, voir par 21-23 à 21-25.

173 INTERNATIONAL PAIN SUMMIT OF THE INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, « Declaration of Montréal: declaration that access to pain management is a fundamental human right », (2011) 25-1 J. Pain Palliat. Care Pharmacother. 29-31, doi : 10.3109/15360288.2010.547560; F. BRENNAN et al., « Pain Management: A Fundamental Human Right », préc., note 109.

174 A. VAN ZEE, « The Promotion and Marketing of OxyContin: Commercial Triumph, Public Health Tragedy », préc., note 34.

175 Agrément Canada assume ce rôle au Canada. La prise en charge de la douleur fait partie des critères d'évaluation de la pratique clinique en établissement au cours du processus d'agrément.

176 « Facts about Joint Commission Accreditation Standards for Health Care Organizations: Pain Assessment and Management », *The Joint Commission* (26 février 2018), en ligne : <http://www.jointcommission.org/facts_about_joint_commission_accreditation_standards_for_health_care_organizations_pain_assessment_and_management/> .

177 David W. BAKER, « History of The Joint Commission's Pain Standards: Lessons for Today's Prescription Opioid Epidemic », (2017) 317-11 JAMA 1117-1118, doi : 10.1001/jama.2017.0935; JOINT COMMISSION ON

visé à encourager l'utilisation d'opioïdes pour soulager la douleur, ni que la « douleur zéro » devait être l'objectif visé¹⁷⁸. Ces précisions nous amènent à croire que les médecins ont interprété les différents rapports soulignant la nécessité de s'intéresser à l'expérience de la douleur par les patients comme une obligation de les traiter agressivement avec des opioïdes pour que ceux-ci soient sans douleur.

Les attentes des patients sont-elles également plus élevées qu'auparavant en matière de gestion de la douleur, ce qui expliquerait une partie de la hausse des prescriptions d'opioïdes, résultat d'une demande accrue? Une enquête auprès d'omnipraticiens américains prenant en charge des patients atteints de douleurs chroniques a permis de mettre en lumière que ceux-ci se sentaient poussés à prescrire des opioïdes en raison de demandes insistantes de la part des patients, ce qui nuisait à la qualité de la relation thérapeutique essentielle à la prise en charge de ces patients complexes¹⁷⁹. La façon dont nous percevons la douleur comme société, comme patient ou comme médecin, doit possiblement changer afin de résoudre la crise des opioïdes. Si ces molécules permettent un soulagement immédiat de la douleur, elles ne sont probablement pas la meilleure solution à long terme et d'autres approches doivent être envisagées par le duo médecin-patient¹⁸⁰. La plupart des lignes directrices et guides de pratique qui existent en matière de gestion de la douleur insistent sur la clarification des objectifs de soins avec le patient. Le traitement devrait viser le retour à un bon état fonctionnel et non pas une absence de douleur¹⁸¹. L'association canadienne de médecine

ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, *Pain Assessment and Management: An Organizational Approach*, préc., note 32.

178 « The Joint Commission developed its 2001 standards on pain management and treatment for accredited hospitals (...). The standards required that accredited organizations establish policies regarding clinical pain assessment and treatment and conduct educational efforts to ensure compliance. The standards did not require the use of drugs to manage a patient's pain, nor did they specify drugs to be prescribed if the provider deemed such treatment as appropriate. Contrary to myths that arose years later, the standards did not mention opioids or refer to pain as the "fifth vital sign" » (voir page web « Facts about Joint Commission Accreditation Standards... ») [nos soulignés].

179 Marianne S. MATTHIAS, Amy L. PARPART, Kathryn A. NYLAND, Monica A. HUFFMAN, Dawana L. STUBBS, Christy SARGENT et Matthew J. BAIR, « The patient-provider relationship in chronic pain care: providers' perspectives », (2010) 11-11 *Pain Med.* Malden Mass 1688-1697, doi : 10.1111/j.1526-4637.2010.00980.x.

180 Lisa Maria E. FRANTSVE et Robert D. KERNS, « Patient-provider interactions in the management of chronic pain: current findings within the context of shared medical decision making », (2007) 8-1 *Pain Med.* Malden Mass 25-35, doi : 10.1111/j.1526-4637.2007.00250.x.

181 Voir recommandation 9 dans : L. MANCHIKANTI, « Responsible, Safe, and Effective Prescription of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain: American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) Guidelines », préc., note 45.

physique et de réadaptation l'a d'ailleurs rappelé dans le cadre de la campagne *Prescrire des opioïdes avec soin* :

Bien que la réduction de la douleur soit un indicateur important des résultats pour les patients, ces derniers accordent aussi beaucoup de valeur à l'amélioration de leur état fonctionnel et de leur qualité de vie. L'ajout d'analgésiques d'ordonnance n'améliore pas toujours l'état fonctionnel voire le contrôle de la douleur. Il y a également un risque important d'accoutumance à long terme. Le professionnel de la santé doit absolument travailler avec le patient afin de fixer des objectifs de traitement, réévaluer régulièrement la douleur et l'état fonctionnel ainsi que réduire progressivement ou arrêter le médicament si possible ou en présence d'effets indésirables¹⁸².

Les normes de pratique sont ainsi claires : le médecin n'a pas à éliminer toute douleur ressentie par le patient, quoiqu'il doive tout de même chercher à favoriser le bien-être du patient, ce qui passe par un soulagement de la douleur afin de retrouver un bon niveau fonctionnel. Rappelons finalement que le médecin est tenu à une obligation de moyens et qu'il ne saurait être fautif de ne pas avoir soulagé suffisamment la douleur d'un patient, s'il a pris les moyens nécessaires pour bien évaluer et bien choisir le traitement de son patient¹⁸³.

Un médecin ou un établissement ne pourrait toutefois refuser de prescrire des opioïdes à tous leurs patients puisque ceci irait à l'encontre des droits des usagers de bénéficier des meilleurs soins disponibles. Selon l'Association canadienne de protection médicale (ACPM)¹⁸⁴, un médecin ne pourrait refuser de prescrire des opioïdes pour soulager la douleur s'il s'agit du traitement le plus approprié pour la condition du patient¹⁸⁵. Les urgences américaines qui se sont déclarées « opioid-free » continuent d'ailleurs de traiter les douleurs sévères aiguës avec des opioïdes ou d'en prescrire pour de très courtes périodes lorsque justifié¹⁸⁶. Cette approche est donc alignée sur les guides de pratique en gestion de la douleur aiguë, qui recommandent les opioïdes pour le traitement de la douleur sévère ou modérée si ceux-ci sont utilisés à la plus petite dose possible, pour la plus courte période possible¹⁸⁷. Un article récent a également démontré que le développement d'une

182 « Prescrire des opioïdes avec soin », préc., note 160.

183 S.PHILIPS-NOOTENS et al., « Chapitre II - L'obligation de soigner », préc., note 166.

184 L'ACPM est une association sans but lucratif qui a pour mission de protéger les médecins en matière de responsabilité médicale. En plus d'assurer leur défense en cas de litige, l'Association offre plusieurs programmes de perfectionnement et émet des avis et guides de pratique à l'intention des médecins pour améliorer la sécurité des soins et réduire les risques en matière de responsabilité (site web de l'ACPM).

185 ACPM, « Les défis posés par le soulagement de la douleur chronique à l'aide d'opioïdes », Cons. Publ. - Sécurité Soins 2015.

186 « Podcast 139 - Opioid-Free ED with Sergey Motov », *EMCrit Project*, préc., note 107.

187 COLORADO ACEP, "2017 Opioid Prescribing and Treatment Guidelines", préc., note 13; AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS OPIOID GUIDELINE WRITING PANEL, « Clinical Policy: Critical Issues in the Prescribing of Opioids for Adult Patients in the Emergency Department », préc., note 43.

dépendance aux opioïdes était favorisée par une durée de traitement plus longue¹⁸⁸, renforçant ainsi la nécessité de ne prescrire des opioïdes que pour une courte période, d’y ajouter d’autres molécules afin de réduire les doses d’opioïdes utilisées¹⁸⁹ et de ne pas en permettre le renouvellement sans visite de suivi.

3.1.3. *Limites à l’application des lignes directrices existantes*

Nous avons déjà discuté du fait que des barrières systémiques existent et limitent l’accès aux thérapies alternatives aux opioïdes. Tout d’abord, les patients ont des attentes par rapport au soulagement de la douleur et demandent à recevoir des opioïdes, ce qui peut faire pression sur le médecin. Il est intéressant de noter que la campagne *Prescrire des opioïdes avec soin* s’attaque à cette partie du problème en rendant disponibles plusieurs pamphlets à l’intention des patients¹⁹⁰ et des affiches destinées aux salles d’attente (voir Annexe A). Aussi, la plupart des assurances ne prennent pas en charge les soins prodigués par d’autres professionnels que les médecins, ou ne les remboursent pas en totalité, ce qui dresse une barrière financière pour les patients à la recherche d’alternatives aux opioïdes¹⁹¹. Au sein du système public, les listes d’attente pour avoir accès à ces professionnels ou à des spécialistes de la douleur chronique, plus aptes à identifier le meilleur traitement pour un patient, sont longues et font en sorte que les médecins de famille se retrouvent à devoir suivre leurs patients en douleur sur de longues périodes¹⁹². Les débordements dans le système et les contraintes de temps que vivent les médecins de famille lors de leurs consultations ne facilitent pas non plus la discussion médecin-patient visant à établir des objectifs de traitement et l’usage approprié à faire des opioïdes lorsque ceux-ci sont utilisés¹⁹³.

188 Gabriel A. BRAT, Denis AGNIEL, Andrew BEAM, Brian YORKGITIS, Mark BICKET, Mark HOMER, Kathe P. FOX, Daniel B. KNECHT, Cheryl N. MCMAHILL-WALRAVEN, Nathan PALMER et Isaac KOHANE, « Postsurgical prescriptions for opioid naive patients and association with overdose and misuse: retrospective cohort study », (2018) 360 BMJ j5790, doi : 10.1136/bmj.j5790.

189 Demetrios N. KYRIACOU, « Opioid vs Nonopioid Acute Pain Management in the Emergency Department », (2017) 318-17 JAMA 1655-1656, doi : 10.1001/jama.2017.16725.

190 Voir Annexe A. Les affiches et dépliants « Opioïdes : parfois nécessaires, mais pas toujours » et « Les opioïdes pour la douleur après la chirurgie : réponses à vos questions » sur la page web de la campagne.

191 SÉCURITÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Atelier sur l’usage illicite de produits pharmaceutiques: rapport sommaire*, préc., note 40.

192 Isabelle PORTER, « Les grands oubliés de la douleur chronique », *Le Devoir*, sect. Santé (6 janvier 2018), en ligne : <<https://www.ledevoir.com/societe/sante/516936/les-grands-oublies-de-la-douleur>> (consulté le 22 avril 2018).

193 K. F. GIANNITRAPANI et al., « Barriers to Using Nonpharmacologic Approaches and Reducing Opioid Use in Primary Care », préc., note 163.

L'utilisation d'opioïdes ne pose pas les mêmes risques pour tous les patients. Différents facteurs de risque rendent certains patients plus susceptibles de développer une dépendance ou de subir des effets secondaires, notamment une surdose, et ceux-ci devraient faire partie de l'évaluation du médecin avant toute prescription d'opioïdes afin de peser les risques et bénéfices du traitement, les bénéfices devant l'emporter sur le risque de tout traitement médical¹⁹⁴. En plus des contraintes de temps qui limitent parfois l'évaluation par les médecins de leurs patients, il n'est pas toujours possible d'obtenir un historique médical et pharmacologique détaillé ou honnête de la part du patient. Une meilleure utilisation des dossiers médicaux électroniques et une centralisation des dossiers des patients est nécessaire pour que les médecins aient à leur disposition les moyens nécessaires pour prescrire les opioïdes de façon appropriée pour un patient donné.

Pour faciliter l'identification de ces facteurs de risque et lutter contre les pratiques de *doctor-shopping*, la majorité des états américains ont mis en place des programmes de surveillance des prescriptions¹⁹⁵ (*Prescription Drugs Monitoring Programs (PDMP)*). Ceux-ci visent à enregistrer les prescriptions de certaines drogues dans un système centralisé afin d'aider les médecins et pharmaciens à détecter les situations d'abus de médicaments d'ordonnance. Ceci permet de détecter les patients qui obtiennent des prescriptions par plusieurs médecins et font exécuter ces multiples ordonnances dans des pharmacies différentes¹⁹⁶. Les prescripteurs ont accès au profil médicamenteux des patients afin de détecter les potentiels d'abus et dépendance ce qui facilite la détection de la fraude. Ces programmes se sont révélés utiles pour diminuer les quantités d'opioïdes prescrites et enrayer les pratiques de « doctor-shopping »¹⁹⁷. Ces outils permettent également d'améliorer la qualité de la pratique médicale, notamment en aidant les médecins à déterminer les doses appropriées d'opioïdes qui devraient être prescrites à un patient lorsque ceux-ci en ont vraiment besoin.

194 ACPM, « Les défis posés par le soulagement de la douleur chronique à l'aide d'opioïdes », préc., note 185.

195 Corey S DAVIS, Matthew PIERCE et Nabarun DASGUPTA, « Evolution and convergence of state laws governing controlled substance prescription monitoring programs, 1998-2011 », (2014) 104-8 Am. J. Public Health 1389-1395, doi : 10.2105/AJPH.2014.301923.

196 Pratiques connues sous le nom de « doctor-shopping » et « pharmacy-shopping ».

197 Thomas C. BUCHMUELLER et Colleen CAREY, *The effect of prescription drug monitoring programs on opioid utilization in medicare*, National Bureau of Economic Research, 2017.

De façon effective depuis 2013, le Québec dispose d'un outil qui s'approche d'un PDMP : le DSQ¹⁹⁸. Ce système est toutefois sous-utilisé, notamment en raison de sa lourdeur administrative. Pour consulter le DSQ, il faut ouvrir une nouvelle fenêtre en parallèle des dossiers médicaux informatisés existants en pharmacie, clinique ou établissement, ce qui demande du temps, sans compter les *bogues* informatiques fréquents sur le terrain. De plus, les professionnels n'ont actuellement aucune obligation de consulter le DSQ, peu importe le contexte clinique¹⁹⁹, tendance contraire à ce qui se fait dans la plupart des États américains dans lesquels la consultation du PDMP est obligatoire, du moins dans les cas où un abus de médicaments est suspecté²⁰⁰. L'État de New-York oblige même maintenant les professionnels à rédiger leurs ordonnances de façon électronique via le PDMP²⁰¹. Au Québec, moins de 10% des prescriptions sont faites de façon électronique via le DSQ, pratique qui a l'avantage de contraindre le médecin et le pharmacien à consulter l'historique pharmacologique du patient et limite ainsi fortement les risques de multiplication d'ordonnances²⁰². De plus, dans l'état actuel du droit au Québec, les patients peuvent refuser de participer au DSQ²⁰³, dans le souci de préserver leur droit à la vie privée garanti par les Chartes. Or, ce droit limite l'utilité du DSQ, les patients abusant de médicaments d'ordonnance étant susceptibles de se retirer du système alors qu'ils seraient les plus à même d'en bénéficier. Certains avancent que rendre la prescription électronique obligatoire, du moins pour les opioïdes, aurait pour effet de discriminer les patients qui se sont retirés du DSQ puisque les prescriptions « papiers » d'opioïdes seraient automatiquement suspectes auprès des pharmaciens²⁰⁴. Pourrait-on

198 « Dossier Santé Québec », *Ministère de la santé et des services sociaux*, en ligne : <<http://www.dossierdesante.gouv.qc.ca/>> (consulté le 30 janvier 2018).

199 Christiane LAROUCHE, « Le Dossier Santé Québec : Pour une participation massive des médecins », *Le Médecin du Québec*, 2014, vol. 114, p.63-65.

200 Rebecca L. HAFFAJEE, Anupam B. JENA et Scott G. WEINER, « Mandatory Use of Prescription Drug Monitoring Programs », (2015) 313-9 JAMA 891-892, doi : 10.1001/jama.2014.18514.

201 « Electronic Prescribing », *New York State - Department of Health* (27 mars 2016), en ligne : <https://www.health.ny.gov/professionals/narcotic/electronic_prescribing/> ; Ken TERRY, « New York e-Prescribing Law Goes Into Effect This Sunday », *Medscape - News* (24 mars 2016), en ligne : <<http://www.medscape.com/viewarticle/860961>>.

202 Jean-Philippe ROBILLARD, Lacunes dans le contrôle des opioïdes au Québec, Informations, Radio-Canada, 31 mai 2017, en ligne : <<http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1035224/opioides-dossier-sante-quebec-contrôle-surveillance-ordonnances-medecins-pharmaciens-patients-laxisme-lacunes-abus-fraudes>>.

203 *Loi concernant le partage de certains renseignements de santé*, RLRQ c P-9.0001, art 2(3), 46 et ss.

204 Michel C. AUGER, « Ordonnances d'opioïdes : améliorer le Dossier Santé Québec pour réduire les fraudes et les abus », *Midi-Info*, Radio-Canada, 31 mai 2017, en ligne : <<http://ici.radio-canada.ca/premiere/emissions/midi-info/segments/entrevue/25734/opioides-ordonnance-prescription-dossier-sante-quebec-dsq-midi-info>>.

envisager de rendre la participation au DSQ obligatoire, en invoquant la protection du bien commun comme finalité? Limiter le droit à la confidentialité et à la vie privée des patients, dans une mesure raisonnable puisque les informations demeureraient protégées par les lois sur les renseignements personnels et le secret professionnel, ne serait-il pas justifié face à l'épidémie actuelle d'abus d'opioïdes?

Une revue de la jurisprudence a permis d'identifier quelques causes devant le comité de discipline du CMQ traitant de l'obligation des médecins de faire preuve de prudence et diligence lors de la prescription d'opioïdes. Dans une première cause, un médecin avait prescrit plusieurs médicaments à potentiel de dépendance à une patiente, dont un opioïde. Ces prescriptions avaient été faites de façon inappropriée vu les facteurs de risque de la patiente - non-évalués par le médecin - et celle-ci est finalement décédée d'une intoxication²⁰⁵. Ce dossier était toutefois complexe et la négligence du médecin de ne pas avoir pris en compte les facteurs de risque de la patiente au moment de la prescription n'était qu'une faute parmi de nombreuses identifiées. D'autres se sont vu reprocher d'avoir prescrits de façon inappropriée des opioïdes, notamment lorsque les quantités prescrites étaient bien supérieures aux doses usuelles²⁰⁶, mais ces médecins étaient souvent déjà reconnus coupables d'infractions pénales²⁰⁷ ou ces infractions faisaient partie d'un ensemble de chefs d'accusation envers des médecins dont la pratique semblait problématique à plusieurs égards²⁰⁸. Bien que ces causes illustrent l'importance de l'évaluation du patient avant d'émettre une prescription et de faire preuve de prudence quant aux doses prescrites, il demeure étonnant que la jurisprudence en matière disciplinaire ne permette pas d'identifier davantage de cas de médecins reconnus négligents dans leurs pratiques de prescription, en regard de la crise actuelle et des nombreuses études ayant remarqué qu'une proportion non-négligeable de médecins prescrivaient des opioïdes de façon inappropriée²⁰⁹. S'agit-il d'une lacune dans la fonction de protection du public et de surveillance de la pratique médicale de la part du CMQ?

²⁰⁵ *Paquet c. Médecins (Ordre professionnel des)*, 2011 QCTP 158.

²⁰⁶ *Corporation professionnelle des médecins du Québec c. Houle*, 1992 CanLII 6030 (QC CDCM).

²⁰⁷ *Corporation professionnelle des médecins du Québec c. Osman*, 1992 CanLII 7783 (QC CDCM).

²⁰⁸ *Médecins (Ordre professionnel des) c. Lalonde*, 2011 CanLII 11575 ; *Médecins (Ordre professionnel des) c. Gendron*, 2011 CanLII 78109; *Médecins (Ordre professionnel des) c. Morin*, 2001 CanLII 38097.

²⁰⁹ J. LOGAN et al., « Opioid prescribing in emergency departments: the prevalence of potentially inappropriate prescribing and misuse », préc., note 20.; G. A. BRAT et al., « Postsurgical prescriptions for opioid naive patients and association with overdose and misuse: retrospective cohort study », préc., note 188; K. T. HANSON et al.,

Les lignes directrices sont claires quant à la façon d'évaluer un patient souffrant de douleur et quant à la façon de déterminer si ce dernier nécessite ou non des opioïdes et si ce traitement est approprié compte tenu des facteurs de risque individuels d'effets indésirables et de dépendance. Toutefois, nous avons identifié des barrières systémiques et organisationnelles qui empêchent l'application de ces lignes directrices, notamment les contraintes de temps qui s'imposent aux médecins lors de l'évaluation des patients, le manque d'accès aux spécialistes en douleur chronique et les failles du système de surveillance des ordonnances au Québec. Si certaines lacunes chez les médecins ont été identifiées en matière de connaissances quant à la prescription appropriée d'opioïdes, lacunes qui se corrigent facilement au moyen de campagnes d'information et d'éducation médicale continue²¹⁰, les barrières organisationnelles et systémiques ont été identifiées dans plusieurs études comme la source principale de la prescription inappropriée d'opioïdes²¹¹.

3.2 L'obtention d'un consentement éclairé en matière de prescription d'opioïde

Le C.c.Q. prévoit le droit à l'intégrité de la personne et son inviolabilité, fondement de la nécessité d'obtenir un consentement libre et éclairé avant de soumettre un patient à un soin²¹². Il ne fait aucun doute que la prescription et l'administration d'un médicament font partie des « soins » tels que désignés au C.c.Q.²¹³. En plus des obligations imposées aux médecins par le C.c.Q., leur Code de déontologie les oblige aussi à obtenir le consentement du patient et à lui divulguer les risques liés à certains traitements²¹⁴. Autant le Collège des médecins du Québec (CMQ) que l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) ont publié des documents sur la prescription

« The opioid epidemic in acute care surgery-characteristics of overprescribing following laparoscopic cholecystectomy », préc., note 22.

210 Scott G. WEINER, Olesya BAKER, Sabrina J. POON, Ann F. RODGERS, Chad GARNER, Lewis S. NELSON et Jeremiah D. SCHUUR, « The Effect of Opioid Prescribing Guidelines on Prescriptions by Emergency Physicians in Ohio », *Ann. Emerg. Med.* 2017, doi : 10.1016/j.annemergmed.2017.03.057; Gary FRANKLIN, Jennifer SABEL, Christopher M JONES, Jaymie MAI, Chris BAUMGARTNER, Caleb J BANTA-GREEN, Darin NEVEN et David J TAUBEN, « A comprehensive approach to address the prescription opioid epidemic in Washington State: milestones and lessons learned », (2015) 105-3 *Am. J. Public Health* 463-469, doi : 10.2105/AJPH.2014.302367; T. KUNKEL, « Data-Driven Approaches to Responding to the Opioid Epidemic Addressing the Heroin and Opioid Crisis », préc., note 72.

211 K. F. GIANNITRAPANI et al., « Barriers to Using Nonpharmacologic Approaches and Reducing Opioid Use in Primary Care », préc., note 163.; B. S. REDDY, « The Epidemic of Unrelieved Chronic Pain: The Ethical, Societal, and Regulatory Barriers Facing Opioid Prescribing Physicians », préc., note 163.

212 Art. 10-12, C.c.Q.

213 S.PHILIPS-NOOTENS et al., « Chapitre II - L'obligation de soigner », préc., note 166.

214 Art. 28-29, *Code de déontologie des médecins*.

d'opioïdes pour la prise en charge de la douleur, qui rappellent les obligations des médecins dans ce contexte²¹⁵. Dans ces deux documents, on rappelle l'importance de divulguer au patient les risques liés aux opioïdes avant de les prescrire, l'ACPM ne saurait d'ailleurs être plus claire : « obtenez le consentement éclairé du patient avant la mise en œuvre d'un traitement aux opioïdes »²¹⁶. Une grande importance est accordée dans ce document à l'évaluation du patient, à la clarification de ses attentes face au soulagement de la douleur et à l'obtention d'un consentement éclairé qui inclut la divulgation du risque de dépendance. L'obligation d'informer le patient est d'autant plus importante lorsque le traitement se fait dans le contexte d'une douleur chronique, puisque les risques sont plus importants.

Les tribunaux se sont penchés sur la nature du consentement à plusieurs reprises et ont rappelé l'obligation du médecin d'informer le patient de tous les risques importants liés à un soin avant d'entreprendre un traitement²¹⁷. Cette information est nécessaire pour que le patient puisse prendre une décision éclairée²¹⁸ et la notion de risque « important » réfère tant à la fréquence qu'à la gravité d'un risque ainsi qu'à tous ceux que le patient aurait voulu connaître pour prendre sa décision. Un débat persiste devant les tribunaux à savoir si l'information divulguée par le médecin devrait être celle qu'un patient « raisonnable » aurait voulu connaître (objectif) ou si l'information devrait être adaptée au patient en fonction de ses caractéristiques personnelles (subjectif)²¹⁹. Le risque de surdose entraînant l'arrêt cardiorespiratoire²²⁰, tout comme le risque de développer une dépendance aux opioïdes, semblent toutefois répondre au critère de risques importants, peu importe la théorie retenue : leur fréquence semble être élevée - un tiers des patients auxquels des opioïdes sont prescrits en ferait mésusage et 7 à 9% d'entre eux développeraient une dépendance²²¹ - et leur gravité l'est tout autant. La dépendance entraîne des comportements à risque chez les personnes

215 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « Douleur chronique et opioïdes : l'essentiel », préc., note 14; ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, *Prescription d'opioïdes dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse*, préc., note 148.

216 ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, *id.*

217 *Hopp c. Lepp*, [1980] 2 RCS 192; *Reibl c. Hughes*, [1980] 2 RCS 880.

218 *Lalonde c. Tessier*, 2011 QCCS 3935.

219 Robert P. KOURI et Suzanne PHILIPS-NOOTENS, « Le consentement et les problèmes de causalité », dans *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 4e édition, Éditions Yvon Blais, Cowansville, 2017, p. 603-637.

220 T.R. KOSTEN et C. N. HAILE, « Opioid-Related Disorders », préc., note 16; L. S. NELSON et D. OLSEN, « 38: Opioids », préc., note 4.

221 Benedikt FISCHER, « Prescription Opioid Related Misuse, Harms, Diversion and Interventions in Canada: A Review », préc., note 54.

touchées²²² et les surdoses peuvent survenir chez des patients faisant un usage prescrit d'opioïdes²²³.

Toutefois, une revue de la jurisprudence québécoise n'a pas permis d'identifier de recours civils ou disciplinaires envers des médecins qui auraient failli à leur devoir d'information quant aux risques liés à l'utilisation d'opioïdes. Une difficulté réside, au niveau civil, dans l'établissement du lien de causalité entre le vice de consentement et les dommages subis par la victime une fois celle-ci dépendante aux opioïdes. En effet, dans l'état actuel du droit, le plaignant doit démontrer que, dûment informé, il aurait refusé le traitement qui lui avait été proposé et n'aurait ainsi subi les dommages pour lesquels il réclame compensation²²⁴. Une difficulté particulière réside dans le cas des patients en douleur qui se voient offrir des opioïdes : le bénéfice du soulagement immédiat de la douleur est perçu comme largement supérieur aux risques potentiels d'abus et dépendance²²⁵.

Peut-on réellement parler de consentement éclairé dans ce cas? Les critères de la Nouvelle-Écosse en matière de compétence à consentir aux soins²²⁶, retenus par les tribunaux²²⁷, exigent que la personne soit apte à comprendre les risques et bénéfices du traitement qui lui sont proposés et que la nature de la maladie ne doit pas affecter cette capacité de compréhension. Une douleur sévère ou persistante peut certainement affecter cette capacité d'appréciation du risque. Qu'en est-il des patients aux prises avec un problème concomitant de dépendance aux opioïdes et une douleur chronique? La dépendance affecte-elle leur aptitude à consentir? En l'absence d'offre d'alternatives réalistes aux opioïdes pour soulager leur douleur ou de la disponibilité de traitement efficace de la dépendance, la question se pose. Le caractère libre du consentement peut même être remis en question quand la personne est aux prises avec une dépendance ou expérimente les effets euphorisants et analgésiques des opioïdes. Encore ici, certaines contraintes liées au système de santé, notamment la faible disponibilité et le non-remboursement des alternatives aux opioïdes ou

222 K. E. VOWLES et al., « Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis », préc., note 57.; Benedikt FISCHER, « Prescription Opioid Related Misuse, Harms, Diversion and Interventions in Canada: A Review », préc., note 54.

223 M. SHELMIT et al. *Décès attribuables aux intoxications par opioïdes, 2000 à 2012: mise à jour 2013-2016*, préc., note 73.

224 R. P. KOURI et S. PHILIPS-NOOTENS, « Le consentement et les problèmes de causalité », préc., note 219.

225 Martin D. CHEATLE et Seddon R. SAVAGE, « Informed Consent in Opioid Therapy: A Potential Obligation and Opportunity », (2012) 44-1 J. Pain Symptom Manage. 105-116, doi : 10.1016/j.jpainsymman.2011.06.015.

226 *Hospitals Regulations*, NS Reg 53/2015, Form A—Declaration of Capacity to Consent to Treatment.

227 *Institut Philippe-Pinel de Montréal c. Blais*, [1994] RJQ 2523, p.23.

de traitement contre la dépendance, peuvent également altérer le caractère libre du consentement des personnes aux prises avec un problème de douleur chronique²²⁸.

Des lignes directrices suggèrent que la prescription à long terme d'opioïdes pour la douleur chronique devrait se faire dans le contexte d'un contrat d'engagement entre le médecin et le patient²²⁹. Ces contrats permettent une conversation entre le médecin et son patient quant aux objectifs visés par le traitement avec des opioïdes et détaillent les risques et effets secondaires potentiels liés à l'utilisation d'opioïdes, incluant le possible développement d'une dépendance. Ces contrats ont l'avantage de définir certaines obligations incombant au patient, par exemple de respecter les doses et intervalles posologiques prescrits par le médecin, de ne pas renouveler hâtivement une ordonnance, de fréquenter une seule pharmacie, ne pas chercher à obtenir d'autres prescriptions auprès d'autres médecins et ne pas procurer à d'autres individus des doses de médicaments. On en retrouve un exemple dans une publication de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec²³⁰, à des fins de formation continue. Ces contrats permettent aussi au médecin et au pharmacien de cesser de fournir des doses à un patient qui ne respecte pas ces conditions, ayant l'avantage de définir au préalable les obligations de soigner et suivre des professionnels et celle de collaboration du patient²³¹. Également, le programme *Alerte*, mis en place par l'Ordre des pharmaciens du Québec, est un autre exemple de collaboration volontaire des patients permettant d'éviter les pratiques de « pharmacy-shopping ». Les patients peuvent y adhérer au moyen d'un formulaire qui oblige l'ensemble des pharmaciens propriétaires du Québec à créer un dossier à leur nom. Si le patient se présente à une autre pharmacie que celle identifiée dans le formulaire, une alerte apparaît alors et empêche le second pharmacien de fournir des opioïdes au patient²³². Ce genre de programme demande une volonté de la part du patient pour y adhérer et il est impossible, dans l'état actuel du droit qui préserve le libre-choix du professionnel

228 M.D. CHEATLE et S. R. SAVAGE, « Informed Consent in Opioid Therapy: A Potential Obligation and Opportunity », préc., note 225.

229 J.W. BUSSE et al., « Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain », préc., note 15.

230 Aline BOULANGER, « Les opiacés et la douleur chronique: comment amorcer le traitement. », *Le Médecin du Québec*, 2003, volume 38 numéro 6, p. 63-70,

231 M.D. CHEATLE et S. R. SAVAGE, « Informed Consent in Opioid Therapy: A Potential Obligation and Opportunity », préc., note 225.

232 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC ET ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC, *Pour un plan d'action québécois sur les opioïdes : un outil indispensable pour mieux encadrer et soutenir les pratiques professionnelles en santé*, 13 décembre 2016.

des patients²³³, de les contraindre à se soumettre à ce genre de programme avant de leur remettre une prescription d'opioïdes.

Nous avons identifié certaines difficultés en matière de consentement à la prescription d'opioïdes. La crise actuelle exige certainement des médecins que ceux-ci portent une attention particulière à l'information qu'ils donnent aux patients à qui ils les prescrivent, notamment dans un contexte de douleur chronique. L'information devrait d'ailleurs être adaptée à chaque patient en fonction de son niveau de risque²³⁴ de subir des effets secondaires du traitement et des bénéfices escomptés de la thérapie²³⁵ et des alternatives aux opioïdes devraient être offertes pour s'assurer du caractère libre du consentement.

3.3 L'obligation de suivi²³⁶

En vertu du *Code de déontologie des médecins*, le médecin doit effectuer le suivi des patients auxquels il a fourni des soins, incluant la prescription de médicaments²³⁷. Cette obligation inclut le suivi des risques d'abus et de dépendance. Celui-ci peut être simple à concevoir dans le cas de la douleur chronique, pour laquelle le patient se voit prescrire des opioïdes par un médecin qui le suit sur une base régulière²³⁸. Chez ces patients atteints de douleur chronique, la réponse au traitement devrait être réévaluée régulièrement et les opioïdes cessés si inefficaces, comme le rappelle le CMQ : « le traitement aux opioïdes pour une [douleur chronique non-cancéreuse] doit être cessé s'il n'y a pas de changement significatif dans le contrôle de la douleur ou dans l'état fonctionnel du patient »²³⁹.

233 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, RLRQ c S-4.2, art. 6; Art. 27, *Code de déontologie des médecins*.

234 J. C. BALLANTYNE, « Opioid analgesia: perspectives on right use and utility », préc., note 21.

235 Robert P. KOURI et Suzanne PHILIPS-NOOTENS, « Le contenu du devoir d'informer », dans *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*, 4e édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2017, p. 297-364, par. 312 et suivants.

236 Suzanne PHILIPS-NOOTENS, Pauline LESAGE-JARJOURA et Robert P. KOURI, « Chapitre III - L'obligation de suivre », dans *Éléments de responsabilité civile médicale : le droit dans le quotidien de la médecine*, 4e édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2016, p. 341-384.

237 Art. 32, *Code de déontologie des médecins*.

238 ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, *Prescription d'opioïdes dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse*, préc., note 148 ; COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « Douleur chronique et opioïdes : l'essentiel », préc., note 14.

239 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « Douleur chronique et opioïdes : l'essentiel », préc., note 14, p.20.

Cette obligation de suivi est plus difficile à mettre en œuvre dans le cas d'une prescription faite pour une douleur aiguë ou dans un contexte de « sans rendez-vous » chez les patients n'ayant pas de médecin traitant. Le médecin qui prescrit des opioïdes dans un tel contexte ne reverra pas forcément le patient et ne pourra plus effectuer de suivi par rapport au mésusage de la médication.

Le *Code de déontologie des médecins* précise que celui qui a :

traité un patient est responsable d'assurer le suivi médical requis par l'état du patient, à la suite de son intervention, à moins de s'être assuré qu'un autre médecin, un autre professionnel ou une autre personne habilitée puisse le faire à sa place²⁴⁰.

Devrait-on y voir une obligation de disponibilité quant au suivi des risques d'abus et dépendance des opioïdes? Un prescripteur devrait-il minimalement indiquer à son patient que des ressources d'aide en dépendance sont disponibles si, malgré les précautions prises pour éviter les abus, ce patient ressent le besoin de consulter? Si on impose aux chirurgiens de rester disponibles dans le contexte du suivi postopératoire, devrait-on inclure la gestion des complications liées au traitement de la douleur dans ce suivi²⁴¹?

Grâce à un financement du gouvernement fédéral attribué dans le contexte de la réponse à la crise des opioïdes, un groupe de médecins a publié récemment de nouvelles lignes directrices canadiennes en matière de prise en charge des problèmes liés à l'abus d'opioïdes²⁴². Il demeure vrai que les médecins qui traitent la douleur aiguë sont généralement peu à l'aise avec la gestion de la toxicomanie, une expertise particulière, ce qui représente une embûche supplémentaire à la prise en charge de ces patients²⁴³. Espérons que ces lignes directrices pourront aider les médecins à effectuer un suivi approprié auprès de leurs patients et à amorcer de façon sécuritaire des thérapies de substitution aux opioïdes.

Notre revue de la jurisprudence en matière disciplinaire nous a permis d'identifier quelques cas isolés de médecins qui se sont vu reprocher de ne pas s'être assurés de l'indication d'un

240 Art. 32, *Code de déontologie des médecins*.

241 Jean-Pierre MÉNARD, « L'obligation de suivre du chirurgien », dans *Développements récents en droit médico-légal et responsabilité des chirurgiens*, Éditions Yvon Blais, 343, coll. Service de la formation continue du Barreau du Québec, 2011, p. 125-165.

242 J. BRUNEAU et al., « Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline », préc., note 120.

243 AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS OPIOID GUIDELINE WRITING PANEL, « Clinical Policy: Critical Issues in the Prescribing of Opioids for Adult Patients in the Emergency Department », préc., note 43.; K. T. HANSON et al., « The opioid epidemic in acute care surgery-characteristics of overprescribing following laparoscopic cholecystectomy », préc., note 22.

médicament en regard des risques associés et de ne pas avoir effectué un suivi adéquat du patient compte tenu de ces risques, mentionnés précédemment²⁴⁴. Dans une cause relevant de la Commission des lésions professionnelles, un travailleur, aux prises avec un problème de dépendance secondaire au traitement avec des opioïdes d'une blessure d'origine professionnelle, a vu cette dépendance reconnue comme une persistance ou aggravation de la lésion²⁴⁵. Ce cas pourrait servir à démontrer qu'une dépendance aux opioïdes peut être le résultat d'un traitement initié par un médecin et qui mérite donc un suivi approprié.

L'obligation de suivre les patients, du moins jusqu'à ce que ces derniers soient pris en charge par un autre professionnel, semble déjà suffisante pour imposer aux médecins le devoir de surveiller le développement d'effets indésirables chez les patients auxquels ils ont prescrit des opioïdes.

3.4 L'obligation de respecter le secret professionnel et la protection de la santé et de la sécurité publique : des enjeux irréconciliables? ²⁴⁶

Le médecin ne peut révéler d'informations concernant son patient « à moins qu'il n'y soit autorisé par celui qui [lui] a fait ces confidences ou par une disposition expresse de la loi »²⁴⁷. Cette interdiction de divulgation est rappelée dans le *Code des Professions*²⁴⁸ et au Code de déontologie²⁴⁹. Dans le contexte de la crise des opioïdes, plusieurs questions sont soulevées par cette obligation au secret professionnel.

D'abord, il peut être difficile pour un médecin de continuer à soigner un patient qui souffre de dépendance si celui-ci refuse d'être référé à un spécialiste. Le médecin ne pourra forcer son patient à consulter un collègue consultant ni lui communiquer les informations contenues à son dossier médical sans l'accord préalable de ce dernier. Or, abandonner un tel patient en invoquant son refus de collaborer²⁵⁰ le met à risque de pratiques encore plus risquées pour sa santé : se procurer des

²⁴⁴ *Médecins (Ordre professionnel des) c Morin*, 2001 CanLII 38097; *Médecins (Ordre professionnel des) c Néron*, 2013 CanLII 871; *Médecins (Ordre professionnel des) c Gendron*, 2011 CanLII 78109; *Médecins (Ordre professionnel des) c. Saksena*, 2017 CanLII 62824 (QC CDCM).

²⁴⁵ *Degaris et Bétonnière Modernes*, 2007 QCCLP 1221 1221.

²⁴⁶ S. PHILIPS-NOOTENS et al., « Chapitre IV- L'obligation au secret professionnel », préc., note 104.

²⁴⁷ *Charte des droits et libertés de la personne*, RLRQ c. C-12, art 9.

²⁴⁸ *Code des professions*, RLRQ c C-26, art 60.4.

²⁴⁹ Art. 20, *Code de déontologie des médecins*.

²⁵⁰ S. PHILIPS-NOOTENS et al. , « Chapitre III - L'obligation de suivre », préc., note 236.

substances sur le marché noir. Éthiquement, il s'agit d'une décision difficile et plusieurs médecins choisiront de continuer à leur prescrire des opioïdes pharmaceutiques à doses contrôlées, malgré les risques d'abus et diversion. Quel lien avec le secret professionnel? Expliquer.

Un autre dilemme éthique se pose aux médecins qui ne peuvent révéler à un tiers que leur patient consomme des opioïdes, notamment lorsque celui-ci adopte des comportements illégaux pour s'en procurer ou s'il suspecte fortement qu'un patient utilise ses prescriptions à des fins de diversion, soit approvisionne d'autres personnes en opioïdes. Aucune disposition d'exception dans la réglementation québécoise ne permet actuellement aux médecins de lever le secret professionnel dans cette situation²⁵¹. Dans l'état actuel du droit, il est impossible pour le médecin de contacter les autorités pour leur révéler cette information et ainsi protéger la sécurité publique. L'utilité du droit criminel, qui punit la possession et l'obtention de substances hors du cadre médical, est donc limitée par le secret professionnel. Nous verrons que l'Ontario a récemment adopté certains changements législatifs qui relèvent les pharmaciens de leur obligation au secret dans des circonstances particulières en matière de prescription d'opioïdes et ce, dans un souci de protection de la santé publique. Il serait donc possible d'adopter de telles dispositions à l'Assemblée Nationale pour décharger les médecins de leur obligation de respecter le secret professionnel lorsque la santé publique est en jeu.

À l'égard de la santé publique, il est intéressant de noter que le *Code de déontologie des médecins* impose à ces derniers d'aviser les autorités de santé publique lorsqu'il a des motifs de croire que la santé de la population ou d'un groupe d'individus est menacée²⁵². La *Loi sur la santé publique* définit comme une « menace à la santé de la population », la « présence au sein de celle-ci d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée »²⁵³. Un médecin est donc autorisé à faire un signalement au directeur de santé publique de sa région s'il a des raisons de croire que la santé de la population est menacée par la consommation d'opioïdes, soit un agent chimique susceptible de causer une vague de décès, comme le démontre la crise actuelle. Notons que la LSP et son règlement d'application²⁵⁴ prévoient

251 Philippe MERCURE, « Vente d'opioïdes sur le marché noir - Un médecin lance un cri du coeur », La Presse +, sect. Actualités (19 janvier 2018), p. 7.

252 Art. 40, *Code de déontologie des médecins*.

253 *Loi sur la santé publique*, RLRQ c S-2.2, art. 2.

254 Id., art. 79 et ss ; *Règlement d'application de la Loi sur la santé publique*, RLRQ c S-2.2, r. 1, art. 2.

certaines maladies à déclaration obligatoire, que les médecins ont l'obligation de rapporter selon certaines exigences. Or, l'intoxication, la surdose ou le décès secondaire aux opioïdes ne figurent pas parmi les maladies prévues au règlement, même si certaines autres intoxications y figurent et que l'intoxication aux opioïdes semble répondre aux critères de l'article 80 de la LSP, qui prévoit que « ne peuvent être inscrites à cette liste que des intoxications, des infections ou des maladies médicalement reconnues comme pouvant constituer une menace à la santé d'une population et nécessitant une vigilance des autorités de santé publique ou la tenue d'une enquête épidémiologique ». Les cas de surdoses aux opioïdes semblent aussi répondre à tous les critères énoncés au *Règlement d'application de la loi sur la santé publique* pour en faire une maladie à déclaration obligatoire²⁵⁵. Aucune décision n'a été prise en ce sens à ce jour par le ministre. Une telle mesure permettrait d'avoir une meilleure idée de la prévalence du mésusage d'opioïdes à l'échelle provinciale et d'effectuer une vigie accrue face à la présence d'opioïdes de synthèse responsables des intoxications sévères. Déclarer l'intoxication aux opioïdes comme une maladie à déclaration obligatoire en vertu de l'article 79 de la LSP permettrait également de relever le médecin de son obligation au secret professionnel, qui le limite beaucoup actuellement.

Des initiatives régionales ont été prises, en vertu des pouvoirs de surveillance accordées aux Centres intégrés en santé et services sociaux (CISSS) ou (CIUSSS)²⁵⁶, par exemple sur l'île de Montréal par le CIUSSS du Centre-Sud. Les cliniciens bénéficient d'un formulaire leur permettant

255 « À l'égard de la liste prévue à l'article 79 de la Loi [sur la santé publique], les intoxications, les infections ou les maladies qui pourront être inscrites pour être déclarées aux autorités de santé publique devront répondre aux critères suivants:

- 1° représenter un risque de survenue d'autres cas au sein de la population, soit parce qu'il s'agit d'une maladie ou d'une infection contagieuse, soit parce qu'il s'agit d'une intoxication, d'une infection ou d'une maladie pouvant provenir d'une source de contamination ou d'exposition dans l'environnement de la personne atteinte;
- 2° être médicalement reconnues comme une menace à la santé de la population, telle que définie à l'article 2 de la Loi, qui peut entraîner des problèmes de santé importants pour les personnes atteintes;
- 3° nécessiter une vigilance des autorités de santé publique ou la tenue d'une enquête épidémiologique;
- 4° disposer à leur égard d'un pouvoir d'intervention des autorités de santé publique ou d'autres autorités afin de prévenir l'apparition d'autres cas, de contrôler une éclosion ou de limiter l'ampleur d'une épidémie, soit par des moyens médicaux, soit par d'autres moyens » , voir *Règlement d'application de la loi sur la santé publique*, art. 2.

256 Art. 35, *Loi sur la santé publique*.

de signaler tout cas d'intoxication aux drogues au directeur régional de santé publique²⁵⁷, tel qu'ils devraient le faire en vertu de l'article 93 de la LSP. En effet,

Un médecin qui soupçonne une menace à la santé de la population doit en aviser le directeur de santé publique du territoire.

Les établissements de santé et de services sociaux doivent signaler au directeur de santé publique du territoire les situations où ils ont des motifs sérieux de croire qu'il existe une menace à la santé des personnes qui fréquentent leurs installations²⁵⁸.

Ce système de signalement permet par exemple au CIUSSS Centre-Sud mettre à jour régulièrement leur page web et mettre en garde les cliniciens et utilisateurs de drogues contre la présence de Fentanyl dans les drogues vendues sur le marché noir²⁵⁹. L'INSPQ a récemment publié un guide à l'intention des cliniciens et différents intervenants en santé et sécurité publique afin de clarifier les rôles et obligations de chacun en matière de signalement et intervention lors de cas de surdose aux opioïdes²⁶⁰.

L'obligation des médecins de respecter le secret professionnel dans le contexte de la crise des opioïdes limite l'application de certaines mesures visant à l'enrayer, notamment en empêchant la dénonciation de certains patients adoptant des comportements illégaux tels que la diversion d'ordonnances, qui mettent à risque la santé d'autres consommateurs, aux autorités chargés d'appliquer la loi fédérale et en mettant une barrière à la collecte systématique de données fiables quant aux intoxications aux opioïdes.

Nous avons jusqu'à maintenant discuté du rôle et des obligations du médecin en matière de prescription d'opioïdes, soit leur obligation d'évaluer adéquatement les patients souffrant de douleur et de choisir le traitement le plus approprié pour les soulager compte tenu des risques et bénéfices. Ceux-ci doivent également obtenir le consentement éclairé du patient avant de leur remettre une prescription et doivent faire le suivi des effets du traitement. Nous avons également discuté de la difficulté de concilier l'obligation de respecter le secret professionnel des médecins

257 DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL, « Prévention des surdoses liées aux drogues », CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, en ligne : <<http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/surdoses.html>> .

258 Art. 93, *Loi sur la santé publique*.

259 *Fiche de signalement de surdose liée aux drogues de rue*, Direction régionale de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, août 2017, en ligne : <http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/dossiers_thematiques/Infections_et_intoxications/Naloxone_communautaire/Fiche_Signalement_Surdose_URGENCES_aout_2017.pdf>.

260 Éric LANGLOIS, « Guide pratique en soutien à la prise en charge et à l'intervention de santé publique lors de signalements et d'épisodes de surdoses de drogues », Direction de la santé environnementale et de la toxicologie, INSPQ, mars 2018.

et la nécessité de lutter contre la menace à la santé et la sécurité publique que constituent les intoxications aux opioïdes. Qu'en est-il d'autres professionnels de la santé concernés par la prescription d'opioïdes, comme les pharmaciens?

3.5 L'encadrement de la pratique de la pharmacie

Malgré une grande diligence des médecins et le respect des normes les plus à jour en matière de prescription appropriée d'opioïdes, il est possible que certains patients échappent à la vigilance des médecins ou développent des effets indésirables liés à l'utilisation de ces substances. Le pharmacien peut alors permettre d'améliorer la sécurité liée à l'utilisation d'opioïdes. La *Loi sur la pharmacie* définit le champ de pratique et les actes réservés aux pharmaciens. Ceux-ci doivent notamment « assurer l'usage approprié des médicaments »²⁶¹ et surveiller toute thérapie médicamenteuse²⁶². Un pharmacien peut refuser de fournir des opioïdes à un patient s'il juge ce dernier à risque de dépendance ou soupçonne un mésusage de ces médicaments²⁶³ et peut le signaler au médecin prescripteur dans un esprit de collaboration interprofessionnelle. Il est interdit à un pharmacien de remettre un opioïde sans ordonnance d'un médecin²⁶⁴ et il faut noter que le conseil de discipline de l'Ordre des pharmaciens du Québec a sévi à plusieurs reprises contre certains de ses membres qui avaient remis des stupéfiants sans ordonnance²⁶⁵.

Les pharmaciens jouent notamment un rôle central pour doter le Québec d'un registre des prescriptions efficace sous la forme du DSQ. Toutes les pharmacies communautaires doivent consigner au DSQ les ordonnances médicamenteuses exécutées pour un usager, incluant la date de rédaction de l'ordonnance et le nom du prescripteur, la posologique, la quantité prescrite et délivrée à l'usager, le nombre de renouvellements autorisés et restants ainsi que l'intention thérapeutique lorsque disponible²⁶⁶.

261 *Loi sur la pharmacie*, RLRQ c. P-10, art 17.

262 *Id.*, art. 17 al. 2(4).

263 *Code de déontologie des pharmaciens*, RLRQ c P-10, r. 7, articles 7, 33 et 37.

264 Art. 5, LRDS.

265 Voir entre autres : *Pharmaciens (Ordre professionnel des) c. Pham*, C.D. Pha., 2012-04-16; *Pharmaciens (Ordre professionnel des) c. Boucher*, C.D. Pha. 2015-06-15.

266 *Loi concernant le partage de certains renseignements de santé*, préc., note 203, art. 23 et 26.

Par ailleurs, tout comme les médecins, les pharmaciens sont tenus au secret professionnel²⁶⁷ et ne peuvent, à l'heure actuelle, dénoncer aux autorités un patient qu'ils soupçonnent de détourner des prescriptions. Cela entraîne un dilemme éthique pour ces professionnels qui, comme les médecins, doivent protéger le secret professionnel de leur patient tout en étant tenus de protéger et promouvoir la santé publique²⁶⁸. L'Ontario, dans le contexte de crise de santé publique liée aux opioïdes, a adopté la *Loi de 2010 sur la sécurité et la sensibilisation en matière de stupéfiants*²⁶⁹ qui vise à protéger la population ontarienne contre la hausse des décès liés à la mauvaise utilisation des opioïdes. Cette loi permet de lever le secret professionnel lorsqu'un pharmacien a des raisons suffisantes de croire que son patient commet une infraction en matière d'opioïdes. Plusieurs règlements en découlant ont depuis été adoptés afin de lutter contre le mésusage d'opioïdes. Un programme de *monitoring* des prescriptions d'opioïdes est notamment en place depuis 2012²⁷⁰. Ce système et les obligations imposées aux médecins et pharmaciens visent à prévenir le détournement d'ordonnances et à identifier les pratiques de prescription inappropriées. Par exemple, les pharmaciens doivent consigner au *Narcotics Monitoring System (NMS)* toutes les substances contrôlées remises à un patient, dont les opioïdes, et sont automatiquement avisés si d'autres prescriptions pour le même patient sont actives ailleurs dans la province.

Depuis 2016, une nouvelle loi est également en vigueur dans cette province pour contrer l'abus et le détournement des timbres transdermiques de Fentanyl²⁷¹. Il est maintenant requis que les patients ramènent leurs timbres utilisés afin de pouvoir obtenir un renouvellement de leur prescription. Les pharmaciens ont l'obligation de prévenir le médecin prescripteur lorsque le patient ne ramène pas tous ses patchs au moment du renouvellement. Les pharmaciens se voient même autorisés à :

communiquer avec un organisme chargé de l'exécution de la loi au Canada s'il a des motifs raisonnables de croire que les timbres de fentanyl manquants ou la contrefaçon, la mauvaise utilisation ou les altérations présumées sont liées à une contravention aux lois de l'Ontario ou du Canada²⁷²

267 *Code de déontologie des pharmaciens*, préc., note 263, art 63.

268 P.MERCURE, « Vente d'opioïdes sur le marché noir - Un médecin lance un cri du coeur », préc., note 251.

269 *Narcotics Safety and Awareness Act*, S.O. 2010 C.22.

270 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE, « Ontario's Narcotics Monitoring System » (22 mai 2012), en ligne : <<https://news.ontario.ca/mohlrc/en/2012/05/ontarios-narcotics-monitoring-system.html>> .

271 *Loi de 2015 pour protéger nos collectivités (politique d'échange de timbres)*, 2015, S.O. 2015, c. 33.

272 Id., art 4 (3).

On voit ici qu'il est possible d'adopter des lois et règlements qui contraignent les patients et professionnels à modifier leurs pratiques et d'implanter des systèmes efficaces de monitoring des prescriptions dans le cadre juridique canadien. La restriction de certaines libertés peut se justifier face à une crise qui met en danger la vie et la sécurité de la population.

3.6 Les ordres professionnels et la protection du public : mission négligée, ou impossible?

Discuter du rôle des pharmaciens dans la prescription d'opioïdes nous amène à discuter brièvement du rôle des ordres professionnels pour faire face à la crise actuelle. L'Ordre des pharmaciens et le CMQ ont déclaré vouloir faire plus pour contrer l'usage non-prescrit d'opioïdes et les risques de surdoses et de dépendances liés à ces substances²⁷³, ce qui inclut une meilleure surveillance (*monitoring*) des prescriptions d'opioïdes²⁷⁴.

3.6.1. Une meilleure surveillance de la pratique des professionnels

Le Québec dispose d'un registre des prescriptions depuis 2013 sous la forme du DSQ²⁷⁵. La *Loi concernant le partage de certains renseignements de santé* permet aux personnes autorisées d'accéder aux informations contenues au dossier, notamment l'historique de prescriptions médicamenteuses²⁷⁶. Toutefois, la *Loi sur l'accès à l'information*²⁷⁷ semble avoir limité les pouvoirs d'enquête des ordres professionnels, ceux-ci ne pouvant – du moins jusqu'à tout récemment - avoir accès à l'ensemble des prescriptions effectuées par les médecins et exécutées par les pharmaciens afin de détecter les prescripteurs ou les patients dont le profil de prescriptions

273 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC ET ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC, *Pour un plan d'action québécois sur les opioïdes : un outil indispensable pour mieux encadrer et soutenir les pratiques professionnelles en santé*, préc., note 232.

274 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « Projet de loi no59 - Loi concernant le partage de certains renseignements de santé », Mémoire déposé à la Commission de la santé et des services sociaux, Assemblée Nationale, Québec, 2012.

275 « Dossier Santé Québec », Ministère de la santé et des services sociaux, en ligne : <<http://www.dossierdesante.gouv.qc.ca/>> (consulté le 30 janvier 2018).

276 *Loi concernant le partage de certains renseignements de santé*, préc., note 203.

277 *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, RLRQ c A-2.1.

laisse soupçonner un mésusage des opioïdes²⁷⁸. La loi semble donner accès aux ordres, dans le cadre du processus d'inspection professionnelle ou lors d'une enquête²⁷⁹, aux données du DSQ, ceux-ci y étant autorisés pour l'exécution de leurs fonctions²⁸⁰. Ils ne pouvaient toutefois, jusqu'à maintenant, surveiller les pratiques de prescription des médecins de façon générale en raison des lois sur la protection des données personnelles. Cette difficulté d'accéder aux données a été soulignée par le Collège dans un mémoire déposé à la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée Nationale à l'occasion des travaux entourant le projet de loi 130²⁸¹ :

Le Collège profite à nouveau de l'occasion pour souligner qu'il devrait avoir accès aux données sociosanitaires pour pouvoir exercer son rôle de protection du public par l'évaluation de la qualité des soins médicaux. [...] Ce n'est pas la première fois qu'une telle affirmation [utiliser l'information sociosanitaire à des fins d'amélioration de la qualité du système québécois de santé] se retrouve dans une loi. Selon nous, elle tient davantage de la bonne intention et du vœu pieu, que de la réalité. Au risque de se répéter, le Collège des médecins réitère, à l'occasion de cette Commission parlementaire, sa demande d'avoir accès aux banques de données sociosanitaires, auxquelles nous avons eu accès pendant des années, afin de surveiller les pratiques médicales et ainsi avoir accès aux outils nécessaires pour exercer notre mandat d'ordre professionnel de protection du public [nos soulignés]²⁸².

Dans la foulée des changements qui ont suivi l'application du projet de loi 130²⁸³ en 2017, le CMQ semble enfin avoir obtenu accès aux données contenues au DSQ à des fins de surveillance de la pratique et d'enquête²⁸⁴, ce qui pourra faciliter le travail du syndic et du comité d'inspection du CMQ. À titre de comparaison, la mise en place de PMDP dans la quasi-totalité des États américains a permis de détecter les médecins qui abusaient de leur pouvoir de prescription et de sanctionner

278 MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF DU QUÉBEC ET COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Votre demande en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2. 1)*, 19 octobre 2017, en ligne : <<https://www.acces.mce.gouv.qc.ca/documents-publies-ministere/demandes-acces/documents-transmis/2017/2017-18-071.pdf>>.

279 *Code des professions*, art 112 et 192. ; *Règlement sur l'inspection professionnelle des pharmaciens*, RLRQ c P-10, r. 17.1, art. 15; *Règlement sur le comité d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec*, RLRQ c M-9, r. 19, art. 20.

280 *Loi concernant le partage de certains renseignements de santé*, préc., note 203, art 105.1.

281 *Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux*, (2017) RLRQ 2017 c. 21.

282 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « Mémoire Projet de loi no 130 - Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux », Assemblée Nationale, Québec, 7 février 2017.

²⁸³ *Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux*, préc., note 281.

284 Amélie DAOUST-BOISVERT, « Médecins et pharmaciens sous surveillance », *Le Devoir*, sect. Société | Santé (11 avril 2018), en ligne : <<https://www.ledevoir.com/societe/sante/524906/crise-des-opioides-medecins-sous-surveillance>>.

ces pratiques frauduleuses par le biais de sanction pénales ou disciplinaires²⁸⁵. Il s'agit donc de programmes qui s'avèreraient tout à fait alignés avec la mission des ordres professionnels qui est de protéger le public et qui faciliteraient l'application des articles de la LRDS en matière de prescription et d'obtention frauduleuses de drogues.

Récemment, le ministre de la Santé et des Services sociaux semble avoir voulu se donner le pouvoir d'accéder aux données contenues au DSQ dans le cadre de sa mission de surveillance de l'état de santé de la population définie dans la *Loi sur la santé publique*²⁸⁶. Il a présenté le projet de loi 123²⁸⁷ à l'Assemblée nationale à cet effet. Si le projet est adopté, il sera intéressant de voir comment ces nouveaux pouvoirs seront utilisés par le ministre et s'ils permettront une nouvelle collaboration avec les ordres professionnels pour surveiller les pratiques de prescriptions des médecins.

3.6.2. Renforcer la formation des membres

La crise des opioïdes a mis en lumière la trop grande disponibilité des opioïdes pharmaceutiques suite à une ordonnance médicale, ceux-ci étant souvent mal utilisés. L'insuffisance de la formation des professionnels et des outils disponibles pour guider leur pratique est souvent identifiée comme la source principale de ce problème, tant au Canada que dans d'autres législations²⁸⁸. Plusieurs associations canadiennes ont plaidé pour améliorer la formation des futurs médecins quant aux approches de traitement de la douleur, notamment quant aux autres alternatives thérapeutiques et à la bonne façon d'utiliser les opioïdes²⁸⁹. Le CMQ pourrait envisager une obligation de formation continue en gestion de la douleur par les médecins les plus susceptibles de devoir utiliser les

285 Lainie RUTKOW, Hsien-Yen CHANG, Matthew DAUBRESSE, Daniel W. WEBSTER, Elizabeth A. STUART et G. Caleb ALEXANDER, « Effect of Florida's Prescription Drug Monitoring Program and Pill Mill Laws on Opioid Prescribing and Use », (2015) 175-10 *JAMA Intern. Med.* 1642-1649, DOI : 10.1001/jamainternmed.2015.3931.

286 Art. 33-34, *Loi sur la santé publique*.

287 *Loi modifiant diverses dispositions dans le domaine de la santé et des services sociaux*, projet de loi n°123 (adoptée - 9 décembre 2016), 1^{re} session, 41^e législature (Qc.), art. 10.

288 K. S. BARTH, « Targeting practitioners: A review of guidelines, training, and policy in pain management », préc., note 147; Hillary V. KUNINS, Thomas A. FARLEY et Deborah DOWELL, « Guidelines for Opioid Prescription: Why Emergency Physicians Need Support », (2013) 158-11 *Ann. Intern. Med.* 841-842, doi : 10.7326/0003-4819-158-11-201306040-00631.

289 SANTÉ CANADA, « Déclaration conjointe sur les mesures visant à remédier à la crise des opioïdes », préc., note 5; COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA, *Énoncé de principes du Collège royal en matière d'utilisation des opioïdes*, en ligne : <<http://www.royalcollege.ca/rcsite/health-policy/policy-positions/opioids-f>>

opioïdes dans leur pratique²⁹⁰. Ces formations sont actuellement disponibles sur une base volontaire, mais rien n'indique que les médecins dont les pratiques de prescription sont problématiques s'y inscrivent²⁹¹. La crise actuelle a entraîné une légère diminution de la quantité d'opioïdes prescrits au Canada²⁹² et aux États-Unis dans les dernières années, mais aucune donnée ne permet pour l'instant d'évaluer si cette baisse s'est faite au bénéfice des patients : continue-t-on de prescrire des opioïdes de façon inappropriée alors que les patients qui en bénéficieraient sur le plan clinique se les voient refuser²⁹³?

Nous avons vu que les lignes directrices et les guides de pratique, s'ils n'ont pas un caractère obligatoire au même titre qu'une loi ou un règlement, contribuent à définir le standard de pratique professionnelle. Deux guides de pratique du CMQ traitent de la prise en charge de la douleur. Celui abordant spécifiquement la prescription d'opioïdes pour la douleur chronique date de 2009 et, s'il rappelle certains principes généraux essentiels à la prescription sécuritaire d'opioïdes²⁹⁴, mériterait d'être mis à jour pour tenir compte du contexte actuel et des nouvelles connaissances²⁹⁵. Le seul guide qui traite de la prise en charge de la douleur aiguë s'adresse principalement aux médecins d'urgence et ne discute pas des prescriptions données dans d'autres contextes, par exemple par un chirurgien à la suite d'une procédure, ceux-ci prescrivant toutefois une grande proportion des opioïdes²⁹⁶. La mise à jour par le CMQ de ses lignes directrices en matière de prise en charge et suivi de la douleur chronique et l'ajout d'un guide exhaustif sur l'utilisation des opioïdes pour la douleur aiguë seraient nécessaires pour favoriser l'adoption de bonnes pratiques par ses membres.

290 Art. 94 o), *Code des professions*.

291 Voir note 159.

292 INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, « Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes, de 2012 à 2016 », préc., note 55.

293 S. M. FISHMAN, « Regulating Opioid Prescribing Through Prescription Monitoring Programs: Balancing Drug Diversion and Treatment of Pain », préc., note 109; Winfried HÄUSER, Stephan SCHUG et Andrea D. FURLAN, « The opioid epidemic and national guidelines for opioid therapy for chronic noncancer pain: a perspective from different continents », (2017) 2-3 *Pain Rep.* e599, doi : 10.1097/PR9.0000000000000599.

294 Notamment, le guide rappelle que la décision de prescrire des opioïdes doit se prendre en tenant compte des effets indésirables possibles, du risque de dépendance et en obtenant le consentement du patient. Le médecin est aussi responsable d'effectuer un suivi du patient et des prescriptions qu'il émet pour éviter le détournement et l'utilisation non-prescrite d'opioïdes.

295 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « Douleur chronique et opioïdes : l'essentiel », préc., note 14.

296 Roneet LEV, Oren LEE, Sean PETRO, Jonathan LUCAS, Edward M. CASTILLO, Gary M. VILKE et Christopher J. COYNE, « Who is prescribing controlled medications to patients who die of prescription drug abuse? », (2016) 34-1 *Am. J. Emerg. Med.* 30-35, doi : 10.1016/j.ajem.2015.09.003; K. T. HANSON et al., « The opioid epidemic in acute care surgery-characteristics of overprescribing following laparoscopic cholecystectomy », préc., note 22.

3.6.3. *Le rôle de la sanction disciplinaire*

La notion de faute disciplinaire en matière de prescription reste également mal définie en raison de l'absence de décisions du Conseil de discipline du Collège des médecins (CMQ). Il est intéressant de noter que les médecins reconnus coupables de faute par le comité de discipline avaient souvent causé des dommages à leurs patients, que ceux-ci aient été ou non à l'origine de recours civils, ou avaient été reconnus coupables d'infractions pénales ou disciplinaires. Le comité de discipline du CMQ joue-t-il vraiment son rôle d'examen de la pratique professionnelle, ou vient-il plutôt reproduire la fonction d'indemnisation du droit civil ou punitive du droit pénal? Une étude américaine a d'ailleurs souligné que l'application de sanctions disciplinaires était très souvent liée à des recours parallèles au civil ou au pénal et au degré de satisfaction du patient par rapport à son médecin²⁹⁷. Cette étude vient rappeler que les poursuites civiles, pénales et disciplinaires doivent être utilisées judicieusement pour réguler la pratique médicale. Les médecins doivent pouvoir continuer à utiliser les opioïdes lorsque justifié sans crainte de poursuites pénales, tout comme il doivent pouvoir refuser de les prescrire sans crainte de recours judiciaires de la part d'un patient mécontent²⁹⁸.

À la lumière des sous-sections précédentes, nous constatons que le cadre normatif en vigueur au Québec semble suffisant pour guider les médecins afin qu'ils prescrivent des opioïdes de façon sécuritaire et les obliger à faire preuve d'une prudence raisonnable lorsqu'ils choisissent d'utiliser les opioïdes. Discuter de ces normes et de leur existence ne peut toutefois se faire sans examiner le rôle de l'organisation dont la mission est de surveiller la pratique médicale afin d'assurer la sécurité du public. Le Collège des médecins a plusieurs outils à sa disposition pour encadrer la pratique de ses membres, notamment en matière de formation et d'éducation. Les ordres possèdent des pouvoirs d'inspection et d'enquête auprès de leurs membres, mais nous avons vu que l'exercice de ces pouvoirs est limité par d'autres dispositions législatives et facteurs systémiques, notamment la difficulté d'accéder aux données concernant les pratique de ses membres.

297 Henry Thomas STELFOX, Tejal K. GANDHI, E. John ORAV et Michael L. GUSTAFSON, « The relation of patient satisfaction with complaints against physicians and malpractice lawsuits », (2005) 118-10 *Am. J. Med.* 1126-1133, DOI : 10.1016/j.amjmed.2005.01.060.

298 AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS OPIOID GUIDELINE WRITING PANEL, « Clinical Policy: Critical Issues in the Prescribing of Opioids for Adult Patients in the Emergency Department », préc., note 43.

CONCLUSION

La crise des opioïdes est une véritable crise de santé publique dont les conséquences vont au-delà des nombreux décès chez les utilisateurs de drogues intraveineuses illicites. Nous avons vu que les victimes des effets indésirables des opioïdes sont nombreuses et que bon nombre d'entre elles se sont initialement vues prescrire des opioïdes pharmaceutiques. Les opioïdes sont des substances aux propriétés analgésiques qui sont donc utiles en médecine pour soulager la douleur, mais les effets secondaires et le risque de dépendance associés à leur consommation doivent inciter à la prudence lorsqu'ils sont prescrits.

En raison des dangers liés à l'utilisation des opioïdes, nous avons constaté qu'un cadre juridique strict est en place pour limiter la disponibilité de ces substances. D'abord, en vertu des pouvoirs du gouvernement fédéral en matière criminelle, les opioïdes sont des substances illégales, à l'exception de l'usage à des fins médicales. En réponse à la crise des opioïdes, le gouvernement fédéral a investi massivement en recherche afin de mieux répondre à cette crise de santé publique. Des modifications à la réglementation fédérale ont également été adoptées afin de mieux protéger les utilisateurs d'opioïdes. Enfin, la lutte aux substances illicites a été renforcée, tout en adoptant une approche de réduction des méfaits pour protéger et favoriser la réhabilitation des utilisateurs dépendants à ces substances.

La prescription d'opioïdes est donc permise à des fins médicales et l'encadrement de la pratique médicale se fait au niveau provincial. Les médecins sont ainsi tenus à certaines obligations en vertu du *Code civil du Québec* et de la réglementation professionnelle. S'ils sont tenus de soigner adéquatement leurs patients et prendre en charge leur douleur, ils doivent tout autant faire preuve de prudence lorsqu'ils prescrivent un traitement qui comporte des risques. Évaluer adéquatement leur patient, l'informer du traitement envisagé et des risques et bénéfices qui y sont associés et obtenir son consentement sont des obligations qui reviennent aux médecins. Les ordres professionnels et les associations scientifiques ont publié plusieurs guides de pratique et lignes directrices afin d'aider les professionnels à prescrire de façon appropriée les opioïdes. De récents outils tels que le *Dossier santé Québec* permettront notamment au Collège des médecins de mieux jouer son rôle de surveillance et de protection du public. Une meilleure formation des médecins en matière de gestion de la douleur serait toutefois nécessaire pour répondre à la crise, les sanctions

pénales et disciplinaires ayant leurs limites et posant un risque pour certains patients de se voir nier des prescriptions appropriées d'opioïdes.

Cet essai nous a donc permis de constater que le cadre normatif en vigueur semble suffisant pour répondre à la crise des opioïdes et que le problème actuel semble davantage résider dans l'application de ce cadre. Plusieurs facteurs systémiques ont été identifiés ; il est difficile pour les médecins d'envisager l'utilisation d'alternatives aux opioïdes pour traiter la douleur de leurs patients en raison de leur manque de formation en gestion de la douleur, du manque d'accès aux spécialistes en douleur chronique et du non-remboursement de plusieurs thérapies alternatives non-médicamenteuses. Les attentes des patients en matière de soulagement de la douleur sont également élevées et les efforts d'éducation et sensibilisation du public quant aux risques associés aux opioïdes et aux alternatives possibles doivent être poursuivis. Pour les patients qui souffrent de dépendance, le manque d'accès aux thérapies de substitution et aux traitements de désintoxication rend leur prise en charge difficile. Enfin, la surveillance des pratiques professionnelles par les autorités pénales et disciplinaires est également limitée en raison du manque de programme de surveillance des prescriptions, mais les récentes modifications réglementaires et l'adoption universelle du DSQ au Québec devraient permettre de résoudre ce problème.

Nous croyons ainsi que les patients et les prescripteurs sont mieux informés et outillés à la lumière de la crise actuelle et que le nombre de prescriptions inappropriées et de nouvelles dépendances aux opioïdes devraient diminuer au fil du temps. Il faut toutefois admettre que de nombreux Canadiens et Québécois sont actuellement dépendants aux opioïdes et à risque de se tourner vers le marché noir pour satisfaire leurs besoins de consommation. La lutte aux substances illicites et aux opioïdes synthétiques doit se poursuivre afin d'éviter de nouveaux décès, tout en continuant de favoriser des mesures de réduction des méfaits auprès de ces utilisateurs.

ANNEXE A : RÉSUMÉ DE QUELQUES LIGNES DIRECTRICES

Tableau 1 - Résumé de quelques lignes directrices pour le traitement de la douleur chronique

Référence (organisme et année)	Collège des médecins du Québec, 2009 ²⁹⁹	Association médicale canadienne, 2017 ³⁰⁰	Association canadienne de protection médicale, 2016 ³⁰¹	Center for Disease Control, 2016 ³⁰²	American Society of Interventional Pain Physicians, 2017 ³⁰³
Type de douleur	Douleur chronique modérée à sévère (>3 mois et persistance au-delà du temps habituel de guérison de la maladie ou secondaire à une maladie dégénérative ou inflammatoire).	Douleur chronique non-cancéreuse chez les adultes.	Douleur chronique non-cancéreuse chez les adultes.	Tout type de douleur chronique non-cancéreuse.	Douleur chronique (>6 mois, persistante au-delà du temps habituel de guérison) modérée à sévère
Médecins visés	Médecins de première ligne.	Tous.	Tous.	Tous	Tous.
Évaluation de la douleur	Quantitative (échelle visuelle) et impact fonctionnel. Caractérisation du type de douleur (neuropathique ou nociceptive somatique ou nociceptive viscérale), diagnostic précis de la cause non-nécessaire pour traiter.	-	Origine et nature de la douleur à préciser. Attentes du patient à clarifier. Évaluation de l'intensité et de l'impact de la douleur à l'aide d'une échelle validée recommandée.	Impact fonctionnel de la douleur à considérer.	Évaluation complète (questionnaire et examen physique) doit être faite. Nature de la douleur, la cause, état fonctionnel et facteurs psychosociaux à évaluer.

299 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « Douleur chronique et opioïdes : l'essentiel », préc., note 14.

300 J.W. BUSSE et al., « Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain », préc., note 15.

301 ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, *Prescription d'opioïdes dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse*, préc., note 148.

302 D. DOWELL et al. « CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain — United States, 2016 », préc., note 11.

303 L. MANCHIKANTI, « Responsible, Safe, and Effective Prescription of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain: American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) Guidelines », préc., note 45.

<i>Évaluation et documentation du risque de dépendance aux opioïdes</i>	Nécessaire. 3 catégories de risque en fonction des antécédents personnels et familiaux d'abus de substance et de problèmes de santé mentale (actif ou non)	Éviter les opioïdes chez les patients avec un historique d'abus de substance, incluant l'alcool, et chez ceux avec un problème de santé mental actif. Ne pas prescrire d'opioïdes chez les patients avec un problème d'abus ou dépendance actif. Traiter tout problème psychiatrique actif avant de débiter une thérapie aux opioïdes.	Documentation des antécédents psychiatriques et d'abus de substance nécessaire avant de prescrire des opioïdes.	Histoire d'abus de substance ou de surdose à évaluer avant de débiter le traitement, à prendre en compte pour évaluer le risque/bénéfice.	Historique personnel et familial d'abus de substance (incluant l'alcool) doit être fait pour évaluer le niveau de risque. Historique et facteurs de risques psychosociaux à considérer.
<i>Évaluation du risque d'effets indésirables (ÉI)</i>	Documentation des antécédents médicaux essentiels avant d'amorcer le traitement. Débiter avec des doses faibles. Prudence de mise avec les personnes âgées, insuffisance hépatique ou rénale. ÉI Devraient être documentées lors des visites de suivi.	Facteurs de risque non mentionnés. Diminuer fortement les dose, changer de molécule ou cesser les opioïdes en présence d'effets indésirables.	Doivent être évalués et expliqués au patient. Ratio risques/bénéfices de l'utilisation d'opioïdes doit être favorable.	Facteurs de risque à évaluer avant de débiter le traitement (notamment l'utilisation de benzodiazépines) et à réévaluer lors du suivi.	-
<i>Utilisation d'un programme de surveillance des prescriptions</i>	-	-	Peuvent être utiles lors de l'évaluation et du suivi.	À utiliser pour documenter l'histoire médicamenteuse et lors des réévaluations.	Devrait être utilisé pour évaluer et suivre les risques d'abus et diversion.
<i>Tests de dépistage urinaire d'opioïdes et autres drogues</i>	Recommandés pour les patients à risque de dépendance (catégories 2 et 3)	-	Recommandé lorsque doute d'abus de substance.	À utiliser pour documenter l'usage d'opioïdes non-prescrits, au début du traitement et au moins annuellement pendant le suivi.	Utile au début de la thérapie pour documenter un abus de substance et lors du suivi en cas de doute d'utilisation d'autres substances ou de diversion des prescriptions.
<i>Contrat d'engagement</i>	Nécessaire « dans les cas où un contrôle plus strict s'impose ».	-	À envisager ; responsabilités du patient et limites claire à établir dès le départ.	Buts du traitement et risques/bénéfices doivent être expliqués clairement aux patients, incluant les raisons qui pourraient mener à une cessation de traitement (inefficacité des opioïdes, ÉI ou mésusage).	Devrait être utilisé pour fixer un objectif de traitement, expliquer les risques et bénéfices liés aux opioïdes et les comportements attendus du patient (l seul médecin et pharmacie, pas de renouvellement hâtif ou en cas de perte/vol de médicaments).
<i>Place des opioïdes dans le traitement de la douleur</i>	En combinaison avec d'autres approches et médication (coanalgésie).	Optimisation des approches pharmacologiques non-opioïdes et non-pharmacologiques à prioriser avant d'essayer les opioïdes.	Lorsque les autres modalités de traitement ne suffisent pas, en combinaison.	Autres approches en première ligne, opioïdes en combinaison lorsqu'insuffisantes.	Autres modalités devraient être utilisées en première ligne et en combinaison.
<i>Objectif du traitement</i>	Réduction de la douleur pour permettre le confort durant l'activité et non l'absence de douleur.	Réductive significative de la douleur ou amélioration du niveau fonctionnel.	Soulagement de la douleur et amélioration du niveau fonctionnel.	Amélioration significative de la douleur et de l'état fonctionnel sans ÉI.	Soulagement de la douleur et amélioration fonctionnelle tout en évitant les effets secondaires et le mésusage (4 « A »).

<i>Recommandations quant à la posologie</i>	Favoriser les opioïdes longue-action et les timbres transdermiques. Augmenter les doses le plus lentement possible, viser la plus petite dose efficace.	Débuter avec des doses faibles, viser la dose efficace la plus faible possible. Limiter les doses à moins de 90mg de morphine-équivalent par jour, consultation d'un spécialiste recommandée pour des doses plus élevées ou tentative de diminuer les doses progressivement chez les patients déjà traités à doses plus élevées.	Prescription de quantités exactes de médicaments en fonction des besoins du patient jusqu'au prochain rendez-vous.	Doses efficaces les plus faibles possibles, utilisation d'opioïdes à courte action seulement en début de traitement ou pour une douleur aiguë.	Doses efficaces les plus faibles possibles, débiter le traitement avec des opioïdes à courte action.
<i>Suivi nécessaire</i>	Régulier (aux 1-2 semaines lors de l'ajustement des doses, maximum aux trois mois lorsque la douleur et les doses sont stabilisées). Documentation de la réponse au traitement (niveau de douleur et niveau fonctionnel) et des effets secondaires, documentation des comportements pouvant laisser suspecter un usage inapproprié.	Lorsque le traitement est inefficace, changer de molécule plutôt que d'augmenter les doses. Cesser les opioïdes lorsque la douleur n'est pas soulagée de façon significative.	Réévaluation périodique des risques et bénéfices, consultation et avis d'experts recommandés au besoin.	Réévaluation périodique des effets bénéfiques et des effets secondaires et des risques d'abus ou mésusage. Cesser le traitement lorsque les risques dépassent les bénéfices. Les patients souffrant de dépendance devraient se voir offrir des thérapies (traitement de substitution et thérapie).	Réévaluation périodique des effets bénéfiques du traitement et des effets secondaires. Consultation avec un spécialiste en douleur chronique si doses élevées nécessaires ou patient à risque.

Tableau 2 - Résumé de quelques lignes directrices pour la prise en charge de la douleur aiguë

<i>Référence (organisme et année)</i>	Collège des médecins du Québec, 2006 ³⁰⁴	American College of Emergency Physicians (ACEP), 2012 ³⁰⁵	New York city emergency department discharge guidelines, 2013 ³⁰⁶	ACPM, 2016 ³⁰⁷
<i>Type de douleur visée</i>	Tous types de douleur chez les patients se présentant à l'urgence. Opioides recommandés pour la douleur modérée à sévère.	Douleur aiguë non-cancéreuse ou exacerbation aiguë d'une douleur chronique non-cancéreuse.	Douleur aiguë ou chronique non-cancéreuse, modérée à sévère, lors du congé de l'urgence.	Douleur aiguë et post-opératoire d'intensité élevée.
<i>Médecins à qui s'adresse la ligne directrice</i>	Médecins à l'urgence.	Médecins à l'urgence.	Médecins à l'urgence.	Tous.
<i>Évaluation de la douleur</i>	Quantitative (échelle visuelle). Diagnostic de la cause de la douleur devrait être tenté, surtout si aiguë.	-	-	-
<i>Évaluation et documentation du risque de dépendance aux opioïdes</i>	Évaluation et documentation du risque non mentionnée. Mention de la nécessité de recourir à des doses plus élevées pour soulager la douleur en raison de la tolérance, tout en surveillant le risque d'ÉI additifs. Absence de directives quant à la prescription en externe.	Doit être considéré avant de prescrire des opioïdes. Ne pas prescrire d'opioïdes aux patients à risque de mésusage.	Antécédent d'abus de substance doit être documenté, importance d'informer le patient du risque de dépendance lorsqu'il est considéré à risque.	Antécédents de toxicomanie et psychiatriques devraient être considérés.
<i>Évaluation du risque d'effets indésirables (ÉI)</i>	Mention des facteurs de risque d'ÉI : personnes âgées, insuffisance rénale ou hépatique, maladie pulmonaire, apnée du sommeil, autres médicaments à risque de dépression respiratoire ou consommation d'alcool. Surveillance clinique à l'urgence après administration des médicaments nécessaire.	-	Risque de dépression respiratoire devrait être évalué : prise de benzodiazépines ou opioïdes, apnée du sommeil, obésité, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale ou hépatique.	Le patient devrait être informé des risques d'effets indésirables et son consentement devrait être obtenu.

304 COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « L'analgésie à l'urgence - lignes directrices du Collège des médecins du Québec », préc., note 42

305 AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS OPIOID GUIDELINE WRITING PANEL, « Clinical Policy: Critical Issues in the Prescribing of Opioids for Adult Patients in the Emergency Department », préc., note 43. L'association canadienne de médecine d'urgence (ACMU) n'a pas publié de lignes directrices par rapport à l'utilisation des opioïdes à l'urgence.

306 Jason CHU et al., New York City Emergency Department Discharge Opioid Prescribing Guidelines, New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2013, en ligne : <<https://www1.nyc.gov/assets/doh/downloads/pdf/basas/opioid-prescribing-guidelines.pdf>>.

307 Le guide de l'ACPM réserve une section de son document à la douleur aiguë et post-opératoire.

<i>Utilisation d'un programme de surveillance des prescriptions</i>	-	Peut aider à détecter les patients à risque de mésusage, surtout pour les patients souffrant de douleur chronique	Utile pour détecter les risques de mésusage.	Utile pour revue des médicaments.
<i>Tests de dépistage urinaire d'opioïdes et autres drogues</i>	-	-	-	-
<i>Contrat d'engagement</i>	-	Importance d'honorer les engagements du patient pris avec le médecin traitant.	Emphase sur l'importance de recourir à un prescripteur unique pour les patients souffrant de douleur chronique.	-
<i>Place des opioïdes dans le traitement de la douleur</i>	Acétaminophène et AINS recommandés pour la douleur légère. Coanalgésie non mentionnée pour la douleur modérée à sévère.	Douleur sévère réfractaire aux autres modalités, seulement chez les patients à faible risque de mésusage.	Privilégier les autres modalités, prescription d'opioïdes seulement lorsqu'insuffisant et en combinaison. Ne devraient pas être prescrits pour l'exacerbation de la douleur chronique.	Lorsque les analgésiques non-opioïdes et autres traitements ne suffisent pas.
<i>Objectif du traitement</i>	Soulagement de la douleur et éviter la dépression respiratoire.	Soulagement de la douleur tout en minimisant les risques de mésusage et diversion.	Minimiser les risques d'ÉI et de diversion tout en soulageant la douleur aiguë.	-
<i>Recommandations quant à la posologie</i>	Prescription d'opioïdes à courte action recommandée pour les patients recevant leur congé avec une douleur modérée à sévère. Prescription pour une courte période, faible quantité.	Utilisation d'opioïdes à courte action seulement. Doses les plus faibles possibles et pour une courte durée (<1 semaine).	Opioïdes à courte action seulement. Dose efficace la plus faible possible. Courte durée (<3 jours).	Courte durée, nombre de doses prescrites en fonction de la durée prévue de la douleur
<i>Suivi nécessaire</i>	Visite de suivi recommandée ou instructions claires quant à l'évolution normale de la douleur.	-	Les patients devraient être informés des risques de surdose, dépendance et diversion (entreposage sécuritaire des médicaments).	Le patient devrait être avisé que les opioïdes ne devraient être utilisés qu'à court terme. Les doses inutilisées devraient être rapportées en pharmacie.

ANNEXE B – CAMPAGNE *OPIOID WISELY*³⁰⁸ (PRESCRIRE DES OPIOÏDES AVEC SOIN) - RESSOURCES POUR LES PATIENTS

Dépliant d'information

Opioides : Parfois nécessaires, mais pas toujours



Si vous venez de subir une intervention chirurgicale ou si vous éprouvez un problème de santé, la douleur fait presque inévitablement partie du tableau. Les analgésiques peuvent vous procurer une meilleure capacité fonctionnelle et vous aider à composer avec la douleur intense que vous ressentez, mais ils ne l'élimineront pas complètement.

Les opioïdes sont des antidouleurs d'usage fréquent. Ils peuvent être utiles si la douleur est intense, mais de courte durée – par exemple, après une intervention chirurgicale pour réparer un os fracturé. Et ils peuvent aussi vous aider à gérer la douleur si vous êtes atteints d'une maladie comme le cancer.

Mais il faut savoir que les opioïdes sont des médicaments puissants qui ne conviennent habituellement pas pour le soulagement à long terme des douleurs persistantes, comme les douleurs rhumatismales, les lombalgies ou les maux de tête fréquents. Ces douleurs sont de type « chronique » et avant de prendre des opioïdes pour les soulager, il faut parler des autres options avec votre professionnel de la santé et voici pourquoi :

Les opioïdes sont prescrits trop souvent

La douleur chronique est l'une des principales raisons invoquées par les gens pour consulter leur professionnel de la santé. Toutefois, pour la plupart des types de douleur chronique, les opioïdes ne devraient être utilisés qu'en dernier ressort.

- Les opioïdes d'usage fréquent incluent :
- Hydromorphone (Dilaudid^{MD})
 - Morphine (Kadian^{MD}, M-Eslon^{MD}, MS-Contin^{MD}, State^{MD})
 - Codéine (Tylenol No 3^{MD})
 - Oxycodone (OxyNed^{MD}, Percocet^{MD})
 - Tramadol (Ralvia^{MD}, Tridural^{MD}, Zytram^{MD})



Une utilisation brève de ces médicaments peut procurer un soulagement. Mais rien n'indique qu'ils agiront correctement au fil du temps.

Les opioïdes s'accompagnent d'effets indésirables et de risques graves

Avec le temps, l'organisme s'habitue aux opioïdes et l'effet de ces derniers diminue peu à peu. Pour obtenir le même soulagement, il faut alors en prendre toujours plus. C'est le phénomène d'épuisement de l'effet que certains appellent « tolérance ». Or, des doses plus élevées peuvent provoquer des effets secondaires graves :

- Nausées
- Vomissements
- Démangeaisons
- Constipation
- Incapacité d'uriner (de vider complètement la vessie)
- Ralentissement de la respiration, qui peut avoir des conséquences fatales
- Confusion et troubles mentaux

Les opioïdes peuvent être addictifs. Leur utilisation à long terme peut causer une « dépendance physique » – si vous cessez brusquement de les utiliser, vous

éprouverez des symptômes de sevrage, par exemple : état de manque intense, transpiration, douleurs musculaires et insomnie. Les personnes qui prennent des opioïdes pendant longtemps peuvent développer une dépendance, ce qui peut être dangereux. En effet, 4 000 Canadiens sont décédés d'une surdose d'opioïdes en 2017.

D'autres traitements antidouleur pourraient fonctionner plus efficacement et comporter moins de risques

- Selon les spécialistes du traitement de la douleur, en principe, vous devriez d'abord essayer d'autres traitements :
- Médicaments en vente libre :
 - Acétaminophène (Tylenol^{MD} et marques génériques)
 - Ibuprofène (Advil^{MD}, Motrin IB^{MD} et marques génériques)
 - Naproxène (Aleve^{MD} et marques génériques)
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) topiques :
 - Crème thermogène
- Traitements non médicamenteux :
 - Exercice
 - Physiothérapie
 - Manipulation vertébrale
 - Massothérapie
 - Acupuncture
 - Thérapie cognitivo-comportementale
- Injections (par exemple, corticostéroïdes)
- Autres médicaments vendus sur ordonnance (renseignez-vous au sujet des risques et effets indésirables) :
 - Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
 - Anticonvulsivants
 - Gabapentinoïdes
 - Antidépresseurs
 - Cannabinoïdes

Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Cette campagne vise à aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue au sujet des examens et des traitements qui ne sont pas nécessaires et à les aider à faire des choix judicieux et efficaces.

Comment cette brochure d'information a-t-elle été créée ?

Le contenu de cette brochure a été adapté d'une brochure d'information semblable utilisée pour la campagne Choosing Wisely organisée aux États-Unis par la fondation de l'American Board of Internal Medicine (ABIM). Des modifications y ont été apportées pour la rendre plus pertinente pour le public canadien. La Dre Tania Di Renza, de l'hôpital Women's College de Toronto, Ontario, Canada, s'est chargée de la réviser.

Vous pouvez utiliser cette brochure lorsque vous rencontrerez votre professionnel de la santé. Elle ne saurait toutefois se substituer à une consultation ou à un traitement médical. Vous utilisez cette brochure d'information à vos risques.

Quand la prescription des opioïdes pourrait-elle être appropriée ?

Vous souffrez de douleur cancéreuse intense :

les opioïdes pourraient être le bon choix si les inconvénients de la douleur excèdent les inconvénients éventuels associés à la dépendance ou à la nécessité d'augmenter la dose.

Vous venez de subir une intervention chirurgicale :

Au besoin, des opioïdes pourraient vous être prescrits, mais il ne faut pas les utiliser au-delà de la période postopératoire immédiate. Cette période est généralement de trois jours ou moins et dépasse rarement sept jours.

Vous souffrez de douleur chronique :

Informez-vous auprès de votre professionnel de la santé au sujet des différentes options qui s'offrent à vous pour vous soulager, y compris les modalités non opioïdes et non pharmacologiques, avant d'envisager de vous faire prescrire des opioïdes. Et informez-vous des risques et avantages des différentes options.

Que devriez-vous faire si votre professionnel de la santé vous prescrit des opioïdes ?

Discutez des effets indésirables et des risques possibles avec votre professionnel de la santé. Soyez à l'affût des effets indésirables et des signes de dépendance, ce qui inclut sautes d'humeur, accès de colère, état de manque et comportements téméraires.

³⁰⁸ Tiré de la campagne « Prescrire des opioïdes avec soin », préc. note 160.

Affiche destinée aux salles d'attente³⁰⁹

**Prescrire
des opioïdes
avec soin**

**Les moyens de traiter la
douleur ne manquent pas**

Parlez à votre médecin des options de
traitement plus sécuritaires

Pour en savoir plus, rendez-vous à www.choisiravecsoin.org/prescrire-des-opioides-avec-soin.

Choisir avec soin 

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE  CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION

THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA  LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA

³⁰⁹ Tiré de la campagne « Prescrire des opioïdes avec soin », préc. note 160.

Les opioïdes pour la douleur après la chirurgie : réponses à vos questions³¹⁰



Les opioïdes pour la douleur après la chirurgie : réponses à vos questions



1. Changements? On vous a prescrit un opioïde. Les opioïdes réduisent la douleur, mais ne suppriment pas complètement votre douleur. Demandez à votre prescripteur de vous expliquer les autres méthodes pour réduire la douleur, notamment en utilisant des glaçons, des étirements, de la physiothérapie ou des médicaments non opioïdes comme l'acétaminophène et l'ibuprofène. Soyez au fait de votre plan de gestion de la douleur et travaillez en étroite collaboration avec votre prescripteur si votre douleur ne s'améliore pas.



2. Continuer? Les opioïdes sont généralement nécessaires pendant 1-2 semaines ou moins après la chirurgie. Alors que vous récupérez après votre chirurgie, la douleur devrait s'atténuer jour après jour et lorsque vous allez mieux, vous aurez besoin de moins d'opioïdes. Consultez votre prestataire de soins de santé pour savoir comment et quand réduire votre dose.



3. Usage correct? Utilisez la dose la plus faible possible pendant la plus courte période possible. Les opioïdes peuvent mener à des surdosages et la dépendance. Évitez l'alcool et les somnifères (p. ex., les benzodiazépines comme le lorazépam) lorsque vous prenez des opioïdes. Ne conduisez pas lorsque vous prenez des opioïdes.



4. Surveiller? Les effets secondaires comprennent la sédation, la constipation, la nausée et le vertige. Contactez votre prestataire de soins de santé si vous avez des vertiges ou si vous avez du mal à rester éveillé.



5. Suivi? Demandez à votre médecin quand est-ce que votre douleur devrait diminuer et dans quelle mesure. Si votre douleur ne s'améliore pas comme prévu, parlez-en à votre prestataire de soins de santé.

Pour en savoir plus, visitez : opioidstewardship.ca et deprescribingnetwork.ca/fra

Consignes importantes :

 <p>Ne partagez jamais votre médicament opioïde avec quelqu'un d'autre.</p>	 <p>Entrez les analgésiques opioïdes dans un endroit sécuritaire, hors de portée des enfants, des adolescents et des animaux domestiques.</p>	 <p>Renseignez-vous à propos des alternatives disponibles pour traiter la douleur.</p>
 <p>Rapportez vos médicaments inutilisés à une pharmacie pour les faire éliminer sécuritairement. En cas de questions, discutez-en avec votre pharmacien. Pour connaître les adresses qui acceptent de reprendre les médicaments, appelez le 1-844-535-8889 ou visitez healthsteward.ca</p>		

Le saviez-vous?

 Chaque jour, environ 16 Canadiens sont hospitalisés à cause d'un empoisonnement aux opioïdes. —Institut canadien d'information sur la santé, 2017

Exemples d'opioïdes utilisés pour la douleur après la chirurgie :

hydromorphe	morphine	codéine	oxycodone	tramadol
-------------	----------	---------	-----------	----------

Notes :

© 2018 ISMP Canada



³¹⁰ Tiré de la campagne « Prescrire des opioïdes avec soin », préc. note 160.

RÉFÉRENCES

Législation et réglementation

Au fédéral

Code criminel, L.R.C. 1985, c. C-46.

Règlement modifiant le Règlement sur les précurseurs (précurseurs du fentanyl), DORS/2016-294 (Gaz. Can.II).

Loi constitutionnelle de 1867, 30 & 31 Vict, c 3 (R-U).

Loi réglementant certaines drogues et autres substances, L.C. 1996, c. 19.

Règlement sur les stupéfiants, C.R.C. c. 1041.

Règlement modifiant certains règlements pris en vertu de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (accès à la diacétylmorphine aux fins de traitement d'urgence), DORS/2016-239 (Gaz. Can.II)

Loi sur les aliments et drogues, L.R.C. 1985, c. F-27.

Règlement sur les aliments et drogues, C.R.C. c. 870.

Règlement modifiant le Règlement sur les aliments et drogues (opioïdes), DORS/2018-77 (Gaz. Can. II).

Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose, L.C. 2017, c. 4.

Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances et apportant des modifications connexes à d'autres lois, no C-37 (adoptée – 15 février 2017), Première Session, quarante-deuxième législature, (Can.).

Québec

Charte des droits et libertés de la personne, RLRQ c. C-12.

Code civil du Québec, RLRQ, c. CCQ.-1991.

Code de déontologie des médecins, RLRQ, c. M-9, r.17.

Code de déontologie des pharmaciens, RLRQ, c. P-10, r. 7.

Code des professions, RLRQ, c. C-26.

Loi concernant le partage de certains renseignements de santé, RLRQ, c. P-9.0001.

Loi concernant les soins de fin de vie, RLRQ, c. S-32.0001.

Loi médicale, RLRQ, c. M-9.

Règlement sur le comité d'inspection professionnelle du Collège des médecins du Québec, RLRQ, c. M-9, r. 19.

Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux, (2017) RLRQ 2017 c. 21.

Loi modifiant diverses dispositions dans le domaine de la santé et des services sociaux, projet de loi n°123 (adoptée - 9 décembre 2016), 1^{ere} session, 41^e législature (Qc.).

Loi sur la pharmacie, RLRQ, c. P-10.

Règlement sur l'inspection professionnelle des pharmaciens, RLRQ, c. P-10, r. 17.1

Loi sur la santé publique, RLRQ, c. S-2.2.

Règlement d'application de la Loi sur la santé publique, RLRQ, c. S-2.2, r. 1.

Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, RLRQ, c. A-2.1.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, RLRQ, c. S-4.2.

Autres provinces

Hospitals Regulations, NS Reg 53/2015.

Loi de 2015 pour protéger nos collectivités (politique d'échange de timbres), R.S.O. 2015, c. 33.

Narcotics Safety and Awareness Act, R.S.O. 2010, c. 22.

Mémoires et témoignages.

BUTHIER, M. et K. PHILIPS. *Résumé législatif du projet de loi C-2 : Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, Bibliothèque du Parlement, 3 novembre 2013.

CANADA, CHAMBRE DES COMMUNES, *Témoignages*, Comité permanent de la santé, 1^{ere} session, 42^e législature, fascicule n° 23, 6 octobre 2016, « Crise des opioïdes au Canada », 9h16 (David N. Juurlink).

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « Mémoire Projet de loi no 130 - Loi modifiant certaines dispositions relatives à l'organisation clinique et à la gestion des établissements de santé et de services sociaux », Assemblée Nationale, Québec, 7 février 2017.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « Projet de loi no 59 - Loi concernant le partage de certains renseignements de santé », Mémoire déposé à la Commission de la santé et des services sociaux, Assemblée Nationale, Québec, 2012.

À l'international

Code de la Santé Publique (Code de déontologie médicale), art. R.4217-1 à R.4127-112.

Jurisprudence

Québécoise

Corporation professionnelle des médecins du Québec c. Houle, 1992 CanLII 6030 (QC CDCM).

Corporation professionnelle des médecins du Québec c Osman, 1992 CanLII 7783 (QC CDCM).

Degaris et Bétonnière Modernes, 2007 QCCLP 1221.

Institut Philippe-Pinel de Montréal c. Blais, [1994] RJQ 2523.

Lalonde c. Tessier, 2011 QCCS 3935.

Médecins (Ordre professionnel des) c Gendron, 2011 CanLII 78109.

Médecins (Ordre professionnel des) c. Saksena, 2017 CanLII 62824 (QC CDCM).

Médecins (Ordre professionnel des) c. Lalonde, 2011 CanLII 11575.

Médecins (Ordre professionnel des) c. Morin, 2001 CanLII 38097.

Médecins (Ordre professionnel des) c. Néron, 2013 CanLII 871.

Paquet c. Médecins (Ordre professionnel des), 2011 QCTP 158.

Pharmaciens (Ordre professionnel des) c. Pham, 2012 CanLII 22837 (QC CDOPQ).

Pharmaciens (Ordre professionnel des) c. Boucher, 2015 CanLII 34865 (QC CDOPQ).

Canadienne

Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society, 2011 CSC 44.

Hopp c. Lepp, [1980] 2 RCS 192.

Miller c. Purdue Pharma, 2014 SKQB 91.

Reibl c. Hughes, [1980] 2 RCS 880.

Doctrine

Monographies et ouvrages collectifs

- BOURASSA-FORCIER, M. et A.-M. SAVARD, « Droit et politiques de la santé », LexisNexis Canada, Montréal, 2014, 1074 p.
- AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS OPIOID GUIDELINE WRITING PANEL, « Clinical Policy: Critical Issues in the Prescribing of Opioids for Adult Patients in the Emergency Department », (2012) 60 *Ann. Emerg. Med.* 499-525.
- GAGNÉ, M. et M. BOURASSA FORCIER, *Précis de droit pharmaceutique*, 2e édition, Montréal, Éditions Yvon Blais, 2017, 505 p.
- KOURI R. et S. PHILIPS-NOOTENS, « L'intégrité de la personne et le consentement aux soins », , Éditions Yvon Blais, Cowansville, 2017, 936 p.
- PARMET, W. E., « Public Health and the Population Perspective », dans *Populations, Public Health, and the Law*, Georgetown University Press, Washington D.C., 2008, p. 5-35.
- PHILIPS-NOOTENS, S., P. LESAGE-JARJOURA et R. P. KOURI, *Éléments de responsabilité civile médicale : le droit dans le quotidien de la médecine*, 4e édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais, Cowansville, 2016, 662 p.
- « Droit criminel », dans JurisClasseur Québec, coll. Droit public - Droit constitutionnel. Fascicule 14 - Droit criminel, droit pénal et droits individuels, JORC 14.1, Lexis Nexis Canada.
- « Impact de la contravention à un devoir déontologique sur la responsabilité civile professionnelle », dans JurisClasseur Québec, coll. Droit civil, Obligations et responsabilités civiles, Fascicule 33 - Pratique Professionnelle, JORC-33.2, 2013, Lexis Nexis Canada.

Articles de revue

- AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS OPIOID GUIDELINE WRITING PANEL, « Clinical Policy: Critical Issues in the Prescribing of Opioids for Adult Patients in the Emergency Department », (2012) 60 *Ann. Emerg. Med.* 499-525.
- BAKER, David W., « History of The Joint Commission's Pain Standards: Lessons for Today's Prescription Opioid Epidemic », (2017) 317-11 *JAMA* 1117-1118, DOI : 10.1001/jama.2017.0935.
- BALLANTYNE, Jane C., « Opioid analgesia: perspectives on right use and utility », (2007) 10-3 *Pain Physician* 479-491.
- BARTH, Kelly S., Constance GUILLE, Jenna MCCAULEY et Kathleen T. BRADY, « Targeting practitioners: A review of guidelines, training, and policy in pain management », (2017) 173-Suppl 1 *Drug Alcohol Depend.* S22-S30, DOI : 10.1016/j.drugalcdep.2016.08.641.
- BORGUNDAAG, B., S. MCLEOD, W. KHUU, C. VARNER, M. TADROUS et T. GOMES, « Opioid prescribing and adverse events in opioid-naive patients treated by emergency physicians

- versus family physicians: a population-based cohort study », (2018) 6-1 *CMAJ Open* E110-E117, DOI : 10.9778/cmajo.20170151.
- BOULANGER, A. « Les opiacés et la douleur chronique: comment amorcer le traitement. », *Le Médecin du Québec*, 2003, volume 38 numéro 6, p. 63-70,
- BRAT, G. A., D. AGNIEL, A. BEAM, B. YORKGITIS, M. BICKET, M. HOMER, K. P. FOX, D. B. KNECHT, C. N. MCMAHILL-WALRAVEN, N. PALMER et I. KOHANE, « Postsurgical prescriptions for opioid naive patients and association with overdose and misuse: retrospective cohort study », (2018) 360 *BMJ* j5790, DOI : 10.1136/bmj.j5790.
- BRENNAN, F., D. B. CARR et M. COUSINS, « Pain Management: A Fundamental Human Right », (2007) 105-1 *Anesth. Analg.* 205-221, DOI : 10.1213/01.ane.0000268145.52345.55.
- BRUNEAU, J., K. AHAMAD, M.-È. GOYER, G. POULIN, P. SELBY, B. FISCHER, T. C. WILD et E. WOOD, « Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline », (2018) 190-9 *Can. Med. Assoc. J.* E247-E257, DOI : 10.1503/cmaj.170958.
- BUSSE, J.W. ET AL., « Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain », (2017) 189-18 *Can Med. Assoc. J.* E659-E666, DOI : 10.1503/cmaj.170363.
- CALVINO, B., « L'hyperalgésie induite par les opioïdes », (2013) 14-5 *Douleurs Eval. - Diagn. - Trait.* 226-233, DOI : 10.1016/j.douler.2013.04.003.
- CHANG, H.-Y., T. LYAPUSTINA, L. RUTKOW, M. DAUBRESSE, M. RICHEY, M. FAUL, E. A. STUART et G. C. ALEXANDER, « Impact of prescription drug monitoring programs and pill mill laws on high-risk opioid prescribers: A comparative interrupted time series analysis », (2016) 165 *Drug Alcohol Depend.* 1-8, DOI : 10.1016/j.drugalcdep.2016.04.033.
- CHEATLE, M. D. et S. R. SAVAGE, « Informed Consent in Opioid Therapy: A Potential Obligation and Opportunity », (2012) 44-1 *J. Pain Symptom Manage.* 105-116, DOI : 10.1016/j.jpainsymman.2011.06.015.
- COYLE, D. T. ET AL., « Opioid analgesic dose and the risk of misuse, overdose, and death: A narrative review », *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.* 2017, DOI : 10.1002/pds.4366.
- CROFT, P., F. M. BLYTH et D. VAN DER WINDT, « Chronic pain as a topic for epidemiology and public health », dans *Chronic Pain Epidemiology: From Aetiology to Public Health*, Oxford, Oxford University Press, 2010, p. 3-9.
- DART, R. C., H. L. SURRATT, T. J. CICERO, M. W. PARRINO, S. G. SEVERTSON, B. BUCHER-BARTELSON et J. L. GREEN, « Trends in Opioid Analgesic Abuse and Mortality in the United States », (2015) 372-3 *N. Engl. J. Med.* 241-248, DOI : 10.1056/NEJMsa1406143.
- DAVIS, C. S., M. PIERCE et N. DASGUPTA, « Evolution and convergence of state laws governing controlled substance prescription monitoring programs, 1998-2011 », (2014) 104-8 *Am. J. Public Health* 1389-1395, DOI : 10.2105/AJPH.2014.301923.
- DHALLA, I. A., M. M. MAMDANI, M. L. A. SIVILOTTI, A. KOPP, O. QURESHI et D. N. JUURLINK, « Prescribing of opioid analgesics and related mortality before and after the introduction of long-acting oxycodone », (2009) 181-12 *Can. Med. Assoc. J.* 891-896, DOI : 10.1503/cmaj.090784.

- DINEEN, K. K. et J. M. DUBOIS, « Between a Rock and a Hard Place: Can Physicians Prescribe Opioids to Treat Pain Adequately While Avoiding Legal Sanction? », (2016) 42-1 *Am. J. Law Med.* 7-52.
- DOWELL, D., T. M. HAEGERICH et R. CHOU. « CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain — United States, 2016 », (2016) *MMWR Recomm Rep* vol. 65, no 1.
- FISCHER, B., « Prescription Opioid Related Misuse, Harms, Diversion and Interventions in Canada: A Review », (2012) 15 *Pain Physician* ES191-ES203.
- FISHMAN, S. M., J. S. PAPAZIAN, S. GONZALEZ, P. S. RICHES et A. GILSON, « Regulating Opioid Prescribing Through Prescription Monitoring Programs: Balancing Drug Diversion and Treatment of Pain », (2004) 5-3 *Pain Med.* 309-324, DOI : 10.1111/j.1526-4637.2004.04049.x.
- FRANKLIN, G., J. SABEL, C. M. JONES, J. MAI, C. BAUMGARTNER, C. J. BANTA-GREEN, D. NEVEN et D. J. TAUBEN, « A comprehensive approach to address the prescription opioid epidemic in Washington State: milestones and lessons learned », (2015) 105-3 *Am. J. Public Health* 463-469, DOI : 10.2105/AJPH.2014.302367.
- FRANTSVE, L. M. E. et R. D. KERNS, « Patient-provider interactions in the management of chronic pain: current findings within the context of shared medical decision making », (2007) 8-1 *Pain Med. Malden Mass* 25-35, DOI : 10.1111/j.1526-4637.2007.00250.x.
- GIANNITRAPANI, K. F., S. C. AHLUWALIA, M. MCCAA, M. PISCIOTTA, S. DOBSCHA et K. A. LORENZ, « Barriers to Using Nonpharmacologic Approaches and Reducing Opioid Use in Primary Care », *Pain Med. Malden Mass* 2017, DOI : 10.1093/pm/pnx220.
- HADLAND, S. E., M. CERDÁ, Y. LI, M. S. KRIEGER et B. D. L. MARSHALL, « Association of Pharmaceutical Industry Marketing of Opioid Products to Physicians With Subsequent Opioid Prescribing », *JAMA Intern. Med.* 2018, DOI : 10.1001/jamainternmed.2018.1999.
- HAFFAJEE, R. L., A. B. JENA et S. G. WEINER, « Mandatory Use of Prescription Drug Monitoring Programs », (2015) 313-9 *JAMA* 891-892, DOI : 10.1001/jama.2014.18514.
- HANSON, K. T. et al., « The opioid epidemic in acute care surgery-characteristics of overprescribing following laparoscopic cholecystectomy », *J. Trauma Acute Care Surg.* 2018, DOI : 10.1097/TA.0000000000001834.
- HÄUSER, W., S. SCHUG et A. D. FURLAN, « The opioid epidemic and national guidelines for opioid therapy for chronic noncancer pain: a perspective from different continents », (2017) 2-3 *Pain Rep.* e599, DOI : 10.1097/PR9.0000000000000599.
- HO, J., K. DEBECK, M.-J. MILLOY, H. DONG, E. WOOD, T. KERR et K. HAYASHI, « Increasing availability of illicit and prescription opioids among people who inject drugs in a Canadian setting, 2010–2014 », (2018) 44-3 *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 368-377, DOI : 10.1080/00952990.2017.1376678.
- HØJSTED, J. et P. SJØGREN, « Addiction to opioids in chronic pain patients: a literature review », (2007) 11-5 *Eur. J. Pain Lond. Engl.* 490-518, DOI : 10.1016/j.ejpain.2006.08.004.
- HOULE, F., « La zone fictive de l'infra-droit : l'intégration des règles administratives dans la catégorie des textes réglementaires », (2001) 47 *McGill Law Journal* 161-194

- HOPPE, J. A., H. KIM et K. HEARD, « Association of emergency department opioid initiation with recurrent opioid use », (2015) 65-5 *Ann. Emerg. Med.* 493-499.e4, DOI : 10.1016/j.annemergmed.2014.11.015.
- INTERNATIONAL PAIN SUMMIT OF THE INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, « Declaration of Montréal: declaration that access to pain management is a fundamental human right », (2011) 25-1 *J. Pain Palliat. Care Pharmacother.* 29-31, DOI : 10.3109/15360288.2010.547560.
- IRVINE, M. A., J. A. BUXTON, M. OTTERSTATTER, R. BALSHAW, R. GUSTAFSON, M. TYNDALL, P. KENDALL, T. KERR, M. GILBERT et D. COOMBS, « Distribution of take-home opioid antagonist kits during a synthetic opioid epidemic in British Columbia, Canada: a modelling study », (2018) 0-0 *Lancet Public Health*, DOI : 10.1016/S2468-2667(18)30044-6.
- ISLAM, M. M. et I. S. MCRAE, « An inevitable wave of prescription drug monitoring programs in the context of prescription opioids: pros, cons and tensions », (2014) 15-1 *BMC Pharmacol. Toxicol.* 46, DOI : 10.1186/2050-6511-15-46.
- JONES, C. M., « Heroin use and heroin use risk behaviors among nonmedical users of prescription opioid pain relievers – United States, 2002–2004 and 2008–2010 », (2013) 132-1-2 *Drug Alcohol Depend.* 95-100, DOI : 10.1016/j.drugalcdep.2013.01.007.
- KATZ, N., « Opioids: After Thousands of Years, Still Getting to Know You », (2007) 23-4 *Clin. J. Pain* 303-306, DOI : 10.1097/AJP.0b013e31803cb905.
- KIM, C. J., « The Trial of Conrad Murray: Prosecuting Physicians for Criminally Negligent Over-Prescription », 51 *Am. Crim. Law Rev.* 517-540.
- KUNINS, H. V., T. A. FARLEY et D. DOWELL, « Guidelines for Opioid Prescription: Why Emergency Physicians Need Support », (2013) 158-11 *Ann. Intern. Med.* 841-842, DOI : 10.7326/0003-4819-158-11-201306040-00631.
- KUNKEL, T., « Data-Driven Approaches to Responding to the Opioid Epidemic Addressing the Heroin and Opioid Crisis », (2016) 64 *U. S. Atty. Bull.* 79-82.
- KYRIACOU, D. N., « Opioid vs Nonopioid Acute Pain Management in the Emergency Department », (2017) 318-17 *JAMA* 1655-1656, DOI : 10.1001/jama.2017.16725.
- LAROUCHE, C., « Le Dossier Santé Québec : Pour une participation massive des médecins », *Le Médecin du Québec*. 2014, vol. 114, p.63-65.
- LIU, Y., J. E. LOGAN, L. J. PAULOZZI, K. ZHANG et C. M. JONES, « Potential misuse and inappropriate prescription practices involving opioid analgesics », (2013) 19-8 *Am. J. Manag. Care* 648-665.
- LEV, R., O. LEE, S. PETRO, J. LUCAS, E. M. CASTILLO, G. M. VILKE et C. J. COYNE, « Who is prescribing controlled medications to patients who die of prescription drug abuse? », (2016) 34-1 *Am. J. Emerg. Med.* 30-35, DOI : 10.1016/j.ajem.2015.09.003.
- LOGAN, J., Y. LIU, L. PAULOZZI, K. ZHANG et C. JONES, « Opioid prescribing in emergency departments: the prevalence of potentially inappropriate prescribing and misuse », (2013) 51-8 *Med. Care* 646-653, DOI : 10.1097/MLR.0b013e318293c2c0.

- MANCHIKANTI, L., « Responsible, Safe, and Effective Prescription of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain: American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) Guidelines », (2017) 20-2S *Pain Physician* S3-S92.
- MANCHIKANTI, L., H. AILINANI, D. KOYYALAGUNTA, S. DATTA, V. SINGH, I. ERIATOR, N. SEHGAL, R. SHAH, R. BENYAMIN, R. VALLEJO, B. FELLOWS et P. J. CHRISTO, « A systematic review of randomized trials of long-term opioid management for chronic non-cancer pain », (2011) 14-2 *Pain Physician* 91-121.
- MARION LEE, M. D., M. D. SANFORD SILVERMAN, M. D. HANS HANSEN et M. D. VIKRAM PATEL, « A comprehensive review of opioid-induced hyperalgesia », (2011) 14 *Pain Physician* 145-161.
- MATTHIAS, M. S., A. L. PARPART, K. A. NYLAND, M. A. HUFFMAN, D. L. STUBBS, C. SARGENT et M. J. BAIR, « The patient-provider relationship in chronic pain care: providers' perspectives », (2010) 11-11 *Pain Med. Malden Mass* 1688-1697, DOI : 10.1111/j.1526-4637.2010.00980.x.
- MAX MB, « Improving outcomes of analgesic treatment: Is education enough? », (1990) 113-11 *Ann. Intern. Med.* 885-889, DOI : 10.7326/0003-4819-113-11-885.
- MÉNARD, J.-P., « L'obligation de suivre du chirurgien », dans *Développements récents en droit médico-légal et responsabilité des chirurgiens.*, Éditions Yvon Blais, 343, coll. Service de la formation continue du Barreau du Québec, 2011, p. 125-165.
- MICHAEL SEAN S., BABU KAVITA M., ANDROSKI CHRISTOPHER, REZNEK MARTIN A. et KLINE JEFFREY A., « Effect of a Data-driven Intervention on Opioid Prescribing Intensity Among Emergency Department Providers: A Randomized Controlled Trial », (2018) 0-0 *Acad. Emerg. Med.*, DOI : 10.1111/acem.13400.
- MOCKLE, D., « Gouverner sans le droit ? Mutation des normes et nouveaux modes de régulation », (2002) 43 *Les Cahiers de Droit* 143-211.
- MORGAN, J. P., « American opiophobia: customary underutilization of opioid analgesics. », (1985) 5-1-2 *Adv. Alcohol Subst. Abuse* 163-173, DOI : 10.1300/J251v05n01_11.
- OCHOA, K. C., J. A. HAHN, K. H. SEAL et A. R. MOSS, « Overdosing among young injection drug users in San Francisco », (2001) 26-3 *Addict. Behav.* 453-460, DOI : 10.1016/S0306-4603(00)00115-5.
- PASERO, C. et M. MCCAFFERY, « Pain Ratings: The Fifth Vital Sign », (1997) 97-2 *Am. J. Nurs.* 15.
- PORTENOY, R. K. et K. M. FOLEY, « Chronic use of opioid analgesics in non-malignant pain: report of 38 cases. », (1986) 25-2 *Pain* 171-186.
- PORTENOY, R. K., « Opioid Therapy for Chronic Nonmalignant Pain: Clinicians' Perspectives », (1996) 24 *J. Law. Med. Ethics* 296-309.
- PORTER, J. et H. JICK, « Addiction rare in patients treated with narcotics », (1980) 302-2 *N. Engl. J. Med.* 123.
- REDDY, B. S., « The Epidemic of Unrelieved Chronic Pain: The Ethical, Societal, and Regulatory Barriers Facing Opioid Prescribing Physicians », (2006) 27 *J. Leg. Med.* 427-442.

- RUTKOW, L., H.-Y. CHANG, M. DAUBRESSE, D. W. WEBSTER, E. A. STUART et G. C. ALEXANDER, « Effect of Florida's Prescription Drug Monitoring Program and Pill Mill Laws on Opioid Prescribing and Use », (2015) 175-10 *JAMA Intern. Med.* 1642-1649, DOI : 10.1001/jamainternmed.2015.3931.
- SCHOPFLOCHER, D., P. TAENZER et R. JOVEY, « The prevalence of chronic pain in Canada », (2011) 16-6 *Pain Res. Manag. J. Can. Pain Soc.* 445-450.
- SIMEONE, R., « Doctor Shopping Behavior and the Diversion of Prescription Opioids », (2017) 11 *Subst. Abuse Res. Treat.* 1178221817696077, DOI : 10.1177/1178221817696077.
- SOCIÁS, M. E. et E. WOOD, « Epidemic of deaths from fentanyl overdose », (2017) 358 *BMJ* j4355, DOI : 10.1136/bmj.j4355.
- STELFOX, H. T., T. K. GANDHI, E. J. ORAV et M. L. GUSTAFSON, « The relation of patient satisfaction with complaints against physicians and malpractice lawsuits », (2005) 118-10 *Am. J. Med.* 1126-1133, DOI : 10.1016/j.amjmed.2005.01.060.
- TURK, D. C., K. S. SWANSON et R. J. GATCHEL, « Predicting opioid misuse by chronic pain patients: a systematic review and literature synthesis », (2008) 24-6 *Clin. J. Pain* 497-508, DOI : 10.1097/AJP.0b013e31816b1070.
- VAN ZEE, A., « The Promotion and Marketing of OxyContin: Commercial Triumph, Public Health Tragedy », (2009) 99-2 *Am. J. Public Health* 221-227, DOI : 10.2105/AJPH.2007.131714.
- VOWLES, K. E., M. L. MCENTEE, P. S. JULNES, T. FROHE, J. P. NEY et D. N. VANDER GOES, « Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis », (2015) 156-4 *Pain* 569-576, DOI : 10.1097/01.j.pain.0000460357.01998.f1.
- WEBSTER, L. R. et R. M. WEBSTER, « Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool », (2005) 6-6 *Pain Med. Malden Mass* 432-442, DOI : 10.1111/j.1526-4637.2005.00072.x.
- WEINER, S. G., O. BAKER, S. J. POON, A. F. RODGERS, C. GARNER, L. S. NELSON et J. D. SCHUUR, « The Effect of Opioid Prescribing Guidelines on Prescriptions by Emergency Physicians in Ohio », *Ann. Emerg. Med.* 2017, DOI : 10.1016/j.annemergmed.2017.03.057.
- WILSEY, B. L., S. M. FISHMAN et C. OGDEN, « Prescription Opioid Abuse in the Emergency Department Symposium: Pain Management in the Emergency Department: Current Landscape and Agenda for Research », (2005) 33 *J. Law. Med. Ethics* 770-782.
- « Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research », (2016) 181-5 *Mil. Med.* 397-399, DOI : 10.7205/MILMED-D-16-00012.

Documents gouvernementaux et d'organismes canadiens et québécois

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, « Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes (janvier 2016 à mars 2017) », Rapport national, Ottawa, Ontario, 2017, en ligne : <<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/decès-apparemment-lies-consommation-opioïdes-rapport-2016.html>> .

- « Déclaration des coprésidents du Comité consultatif spécial fédéral, provincial et territorial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes », Gouvernement du Canada (14 septembre 2017), en ligne : https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2017/09/declaration_des_copresidentsducomiteconsultatifspecialfederapro.html.
- , « Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada (publié en mars 2018) », Gouvernement du Canada (27 mars 2018), en ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/rapport-national-deces-apparemment-lies-consommation-opioides-publie-mars-2018.html>.
- ASSOCIATION CANADIENNE DE PROTECTION MÉDICALE, « Les défis posés par le soulagement de la douleur chronique à l'aide d'opioïdes », *Cons. Publ. - Sécurité Soins* 2015.
- . *Prescription d'opioïdes dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse*, 2016.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, « L'analgésie à l'urgence - lignes directrices du Collège des médecins du Québec », 2006, en ligne : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2006-03-01-fr-analgesie-urgence.pdf>.
- . « Douleur chronique et opioïdes : l'essentiel », Lignes directrices, Québec, 2009, en ligne : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2009-05-01-fr-douleur-chronique-et-opioides.pdf>.
- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC et ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC. *Pour un plan d'action québécois sur les opioïdes : un outil indispensable pour mieux encadrer et soutenir les pratiques professionnelles en santé*, 13 décembre 2016.
- COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA. *Énoncé de principes du Collège royal en matière d'utilisation des opioïdes*, 2017.
- DIRECTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL, « Prévention des surdoses liées aux drogues », *CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal*, en ligne : <http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/surdoses.html> (consulté le 7 mars 2018).
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Préjudices liés aux opioïdes au Canada*, Ottawa, Ontario, ICIS, 2017.
- . *Définition de décès lié aux opioïdes*, 1 mars 2017.
- INESSS, *Ordonnance collective nationale - Naloxone*, en ligne : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Naloxone/INESSS_-Ordonnance-collective-Naloxone2.pdf.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ, *Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes, de 2012 à 2016*, Ottawa, Ontario, ICIS, 2017.
- LANGLOIS, É. *Guide pratique en soutien à la prise en charge et à l'intervention de santé publique lors de signalements et d'épisodes de surdoses de drogues*, Direction de la santé environnementale et de la toxicologie | INSPQ, mars 2018.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE, « Ontario's Narcotics Monitoring System » (22 mai 2012), en ligne : <https://news.ontario.ca/mohlct/en/2012/05/ontarios-narcotics-monitoring-system.html>.

MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF DU QUÉBEC et COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Votre demande en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2. 1)*, 19 octobre 2017.

SANTÉ CANADA, « Déclaration conjointe sur les mesures visant à remédier à la crise des opioïdes », *Gouvernement du Canada* (18 novembre 2016), en ligne : <<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/conference-opioides/declaration-conjointe-mesures-visant-remedier-crise-opioides.html>> (consulté le 6 novembre 2017).

SHELMIT, M., É. LANGLOIS, M.-A. DUBÉ, M. GAGNÉ, A. PERRON et P.-A. DUBÉ, *Décès attribuables aux intoxications par opioïdes, 2000 à 2012 : mise à jour 2013-2016*, Rapport de recherche, d'étude ou d'analyse, Québec, Institut National de Santé Publique du Québec, 2017.

SÉCURITÉ PUBLIQUE DU CANADA, *Atelier sur l'usage illicite de produits pharmaceutiques: rapport sommaire*, 2 juin 2011, en ligne : <<https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/llct-phrmctcls/index-fr.aspx>>.

VANCOUVER POLICE DEPARTMENT, *The opioid crisis: the need for treatment on demand - Review and recommendations*, 2017.

La dépendance aux opioïdes : portrait des traitements de substitution au Québec, Centre de recherche et d'aide pour narcomanes (CRAN), 2011.

Fiche de signalement de surdose liée aux drogues de rue, Direction régionale de santé publique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, août 2017.

L'utilisation d'opioïdes au Canada : prévenir les surdoses grâce à des programmes d'éducation et à la distribution de naloxone, Québec, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques de santé - Institut national de Santé Publique, 2016, en ligne : <http://www.ccnpps.ca/docs/2016_OBNL_NGO_OpioidesSurvol_Fr.pdf> (consulté le 28 janvier 2017).

Documents gouvernementaux et d'organismes internationaux.

BUCHMUELLER, T. C. et C. CAREY, *The effect of prescription drug monitoring programs on opioid utilization in medicare*, National Bureau of Economic Research, 2017.

CHU, J. et ET AL. *New York City Emergency Department Discharge Opioid Prescribing Guidelines*, New York City Department of Health and Mental Hygiene, 2013.

CENTER FOR DISEASE CONTROL, *Annual surveillance report of drug-related risks and outcomes - United States 2017*, coll. Surveillance Special Report 1, United States, Department of Health and Human Services, 2017, en ligne: <<https://www.cdc.gov/drugoverdose/pdf/pubs/2017-cdc-drug-surveillance-report.pdf>>.

COLORADO ACEP, "2017 Opioid Prescribing and Treatment Guidelines", Colorado chapters of the American College of Emergency Physicians, 2017, en ligne: <http://coacep.org/docs/COACEP_Opioid_Guidelines-Final.pdf>.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, *Pain Assessment and Management: An Organizational Approach*, Joint Commission Resources, 2000, en ligne: <https://www.jointcommission.org/topics/pain_management.aspx>.

KOCHANEK, K. D. et AL., « Mortality in the United States, 2016 », *NCHS Data Brief* 2017.293.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, « Opioid Crisis » (1 juin 2017), en ligne : <<https://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/opioids/opioid-crisis>> (consulté le 5 novembre 2017).

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION, *Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2016 National Survey on Drug Use and Health*, NSDUH Series H-52, SMA 17-5044, Rockville, MD, Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2017, en ligne: <<https://www.samhsa.gov/data/>>.

Articles de journaux

ALTERESCO, T., « Crise de santé publique au Canada à cause des opioïdes », *Radio-Canada* (14 septembre 2017).

ASSOCIATED PRESS, « Opioid overdoses reducing overall U.S. life expectancy », *CBC News* (21 décembre 2017), en ligne : <<http://www.cbc.ca/news/health/opioid-overdoses-reduce-life-expectancy-in-us-1.4460280>> (consulté le 2 mars 2018).

AUGER, M. C. *Ordonnances d'opioïdes : améliorer le Dossier Santé Québec pour réduire les fraudes et les abus*, Midi-Info, Radio-Canada, 31 mai 2017.

BRONSKILL, J., « Les surdoses mortelles aux opioïdes augmentent encore au pays en 2017 », *La Presse* (27 mars 2018), en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201803/27/01-5158973-les-surdoses-mortelles-aux-opioides-augmentent-encore-au-pays-en-2017.php>> (consulté le 28 mars 2018).

CRAWFORD, B., « Scrutiny of opioid prescriptions bad news for patients in pain, doctor warns », *Ottawa Citizen* (3 novembre 2016), en ligne: <<http://ottawacitizen.com/news/local-news/scrutiny-of-opioid-prescriptions-bad-news-for-patients-in-pain-doctor-warns>> (consulté le 24 février 2018).

CROTEAU, M., « De nouvelles mesures pour empêcher une crise des opioïdes au Québec », *La Presse* (13 septembre 2017), en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201709/13/01-5132966-de-nouvelles-mesures-pour-empêcher-une-crise-des-opioides-au-quebec.php>> (consulté le 21 octobre 2017).

DAOUST-BOISVERT, A., « Médecins et pharmaciens sous surveillance », *Le Devoir*, sect. Société | Santé (11 avril 2018), en ligne : <<https://www.ledevoir.com/societe/sante/524906/crise-des-opioides-medecins-sous-surveillance>>.

KIRKUP, K., « Les opioïdes auraient fait en moyenne sept décès par jour au Canada en 2016 », *La Presse* (6 juin 2017), en ligne : <<http://www.lapresse.ca/actualites/sante/201706/06/01-5104904-les-opioides-auraient-fait-en-moyenne-sept-deces-par-jour-au-canada-en-2016.php>> .

- LANGRETH, R., « Millions of Patients Face Pain and Withdrawal as Opioid Prescriptions Plummet », *Bloomberg* (21 novembre 2017), en ligne : <<https://www.bloomberg.com/news/articles/2017-11-21/millions-of-patients-face-pain-and-withdrawal-as-opioid-prescriptions-plummet>> (consulté le 24 février 2018).
- MERCURE, P., « Vente d'opioïdes sur le marché noir - Un médecin lance un cri du coeur », *La Presse +*, sect. Actualités (19 janvier 2018), p. 7.
- PORTER, I., « Les grands oubliés de la douleur chronique », *Le Devoir*, sect. Santé (6 janvier 2018), en ligne : <<https://www.ledevoir.com/societe/sante/516936/les-grands-oublies-de-la-douleur>> (consulté le 22 avril 2018).
- ROUSSEAU, M.-L., « Le fabricant de l'opioïde OxyContin règle un recours collectif pour 20 millions », *Le Devoir*, sect. Justice (2017), en ligne : <<http://www.ledevoir.com/societe/justice/497745/opioides-reglement-d-un-recours-collectif>>.
- ROBILLARD, J.-P. *Lacunes dans le contrôle des opioïdes au Québec*, Informations, Radio-Canada, 31 mai 2017.
- STEIN, R., « Life Expectancy Drops Again As Opioid Deaths Surge In U.S. », *NPR - Health News* (21 décembre 2017), en ligne : <<https://www.npr.org/sections/health-shots/2017/12/21/572080314/life-expectancy-drops-again-as-opioid-deaths-surge-in-u-s>> (consulté le 2 mars 2018).
- TERRY, K., « New York e-Prescribing Law Goes Into Effect This Sunday », *Medscape - News* (24 mars 2016), en ligne : <<http://www.medscape.com/viewarticle/860961>> (consulté le 6 février 2018).

Dictionnaires et ouvrages généraux

- KOSTEN, T. R. et C. N. HAILE, « Opioid-Related Disorders », dans D. KASPER et al. (dir.), *Harrison's Principles of Internal Medicine, 19e*, New York, NY, McGraw-Hill Education, 2015, en ligne : <accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?aid=1120820647>
- NELSON, L. S. et D. OLSEN, « 38: Opioids », dans Goldfrank's toxicologic emergencies, 10e éd., McGraw-Hill Education, 2015.
- RICHARD, D., J.-L. SENON et M. VALLEUR, *Dictionnaire des drogues et des dépendances*, coll. In Extenso, Larousse, 2009.

Pages web

- CENTER FOR DISEASE CONTROL INJURY CENTER, « Commonly Used Terms | Drug Overdose », *Drug Overdose* (29 août 2017), en ligne : <<https://www.cdc.gov/drugoverdose/opioids/terms.html>> .

- COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Discutons douleur : évaluation, prise en charge et traitement*, Ateliers de formation continue, Date et lieu sur demande.
- . *Discutons douleur, parlons dépendance*, Montréal, Journée de perfectionnement, 8 juin 2018.
- CRAN, « Traitement de la dépendance aux opioïdes : la prescription médicale d'héroïne thérapeutique est désormais autorisée au Canada », *Actualités et nouvelles* (13 septembre 2016), en ligne : <<http://www.cran.qc.ca/fr/cran-centre-dexpertise/evenements-et-actualites-actualites-nouvelles/traitement-de-la-dependance-aux>>.
- FREW, S. A., « Emtala vs pain policies in the emergency department », *Johns. Insur. - Medlaw* 2015, en ligne : <<http://medlaw.com/opioids.pdf>>.
- OMS, « Syndrome de sevrage », *Prise en charge de l'abus de substances psychoactives* (2018), en ligne : <http://www.who.int/substance_abuse/terminology/withdrawal/fr/>.
- OMS, « Syndrome de dépendance », *Prise en charge de l'abus de substances psychoactives*, en ligne : <http://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition1/fr/>.
- SANTÉ CANADA, « À propos de la Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose », *Santé Canada* (6 octobre 2017), en ligne : <<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/abus-medicaments-ordonnance/opioides/apropos-loi-bons-samaritains-secourant-victimes-surdose.html>>.
- , « Autocollant de mise en garde et fiche de renseignements pour les patients, et Plans de gestion des risques au sujet des opioïdes », *Nouvelles* (1 mai 2018), en ligne : <<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/nouvelles/2018/05/ajout-de-reglements-pour-fournir-aux-patients-de-meilleurs-renseignements-sur-lusage-securitaire-des-opioides.html>>.
- , « Présentation des plans de gestion des risques ciblés et des engagements de suivi pour les produits sur ordonnance à base d'opioïdes - Document d'orientation à l'intention de l'industrie », *Lignes directrices* (2 mai 2018), en ligne : <<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/rapports-publications/medeffet-canada/presentation-plans-gestion-risques-cibles-engagements-produits-ordonnance-base-opioides-orientation-intention-industrie.html>>.
- . « Réduction des méfaits - Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances », (12 décembre 2016), en ligne : <<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/toxicomanie/strategie-canadienne-drogues-substances/reduction-mefaits.html>>.
- . « Mesures de Santé Canada pour lutter contre le mauvais usage des opioïdes », Santé Canada, (6 juillet 2017), en ligne : <<https://www.prescribeit.ca/component/edocman/autre/144-mesures-de-sante-canada-pour-lutter-contre-le-mauvais-usage-des-opioides>>.
- . « Mesures du gouvernement du Canada sur les opioïdes : 2016 et 2017 », *Santé Canada* (novembre 2017), en ligne : <<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/mesures-opioides-2016-2017.html>>.

- « Action collective relative à l’Oxycontin- Siskinds -Indemnisation », *Siskinds Law Firm Français* (16 janvier 2015), en ligne : <<https://www.siskinds.com/fr/oxycontin-qu-bec-2/>> (consulté le 6 novembre 2017).
- « Facts about Joint Commission Accreditation Standards for Health Care Organizations: Pain Assessment and Managemetn », *The Joint Commission* (26 février 2018), en ligne : <http://www.jointcommission.org/facts_about_joint_commission_accreditation_standards_for_health_care_organizations_pain_assessment_and_management/> .
- « Prescrire des opioïdes avec soin », *Choosing Wisely Canada* (1 mars 2018), en ligne : <<https://choisiravecsoin.org/campaign/prescrire-des-opioides-avec-soin/>> .
- « Podcast 139 - Opioid-Free ED with Sergey Motov », *EMCrit Project* (14 décembre 2014), en ligne : <<https://emcrit.org/racc/opioid-free-ed/>> .
- « Dossier Santé Québec », *Ministère de la santé et des services sociaux*, en ligne : <<http://www.dossierdesante.gouv.qc.ca/>> .
- « L’approche de réduction des méfaits », *INSPQ*, en ligne : <<https://www.inspq.qc.ca/espace-itss/l-approche-de-reduction-des-mefaits>> .
- « Electronic Prescribing », *New York State - Department of Health* (27 mars 2016), en ligne : <https://www.health.ny.gov/professionals/narcotic/electronic_prescribing/> .

Monographies de produits

- PURDUE PHARMA. *OxyNEO (chlorhydrate d’oxycodone à libération prolongée) : Monographie de produit*, 15 octobre 2014.
- . *Dilaudid (chlorhydrate d’hydromorphone) : Renseignements thérapeutiques*, 17 octobre 2016.
- Sandoz Fentanyl Patch: Monographie de produit*, Sandoz Canada, 7 janvier 2016.

