



# Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes, de 2012 à 2016



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

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

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

Tous droits réservés.

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

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

Institut canadien d'information sur la santé  
495, chemin Richmond, bureau 600  
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860

Télécopieur : 613-241-8120

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

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

ISBN 978-1-77109-652-2 (PDF)

© 2017 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes, de 2012 à 2016*. Ottawa, ON : ICIS; 2017.

This publication is also available in English under the title *Pan-Canadian Trends in the Prescribing of Opioids, 2012 to 2016*.

ISBN 978-1-77109-651-5 (PDF)

# Table des matières

Remerciements .....	4
Principales constatations .....	5
Introduction .....	6
Analyse .....	8
Tendances pancanadiennes et provinciales en matière de prescription d'opioïdes .....	8
Tendances en matière de prescription d'opioïdes en fonction de la population .....	15
Conclusion .....	20
Annexe A : Sources de données .....	21
Base de données CompuScript de QuintilesIMS .....	21
Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits .....	22
Annexe B : Méthodes .....	23
Définitions et terminologie .....	24
Limites .....	26
Annexe C : Les codes ATC et les DTQ utilisés dans l'analyse .....	27
Annexe D : Texte de remplacement pour les figures .....	29
Références .....	33

# Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) remercie les groupes suivants, qui ont passé en revue le rapport *Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes, de 2012 à 2016* :

- Division des résultats de santé et de l'analyse économique, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique
- Régimes provinciaux d'assurance médicaments, ministère de la Santé, des Aînés et de la Vie active du Manitoba
- Direction des services pharmaceutiques, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
- Services pharmaceutiques, ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse
- Qualité des services de santé Ontario

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

- Tara Gomes, chercheuse principale, Institut de recherche en services de santé; professeure adjointe, Faculté de pharmacie Leslie Dan, Université de Toronto; directrice scientifique et cochercheuse principale, Ontario Drug Policy Research Network
- Matthew M. Young, Ph. D., analyste principal, Recherche et politiques, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS); professeur auxiliaire en recherche, Département de psychologie, Université Carleton, Ottawa, Ontario
- Beth Sproule, clinicienne-chercheuse, Pharmacie, Centre de toxicomanie et de santé mentale, et professeure adjointe, Faculté de pharmacie Leslie Dan, Université de Toronto

Veuillez noter que les analyses et les conclusions figurant dans le présent document ne reflètent pas nécessairement les opinions des personnes ou des organismes mentionnés ci-dessus.

# Principales constatations

**La quantité totale d'opioïdes délivrés au Canada, mesurée en nombre de doses thérapeutiques quotidiennes (DTQ), a baissé de 2012 à 2016, malgré une hausse constante du nombre d'ordonnances.**

- 226 millions de DTQ d'opioïdes d'ordonnance ont été délivrées en 2016, contre 238 millions en 2012. Au cours de ces 5 années, le taux de DTQ ajusté en fonction de la population est passé de 6 858 à 6 246 par 1 000 habitants, ce qui représente une baisse de 9 %. Plus de la moitié de cette baisse a eu lieu de 2015 à 2016.
- 21,5 millions d'ordonnances d'opioïdes ont été exécutées en 2016, contre 20,2 millions en 2012. Le taux d'ordonnances d'opioïdes ajusté en fonction de la population a augmenté d'à peine plus de 2 % sur cette période de 5 ans, passant de 582 à 595 par 1 000 habitants.
- En 2016, le taux de DTQ par 1 000 habitants était le plus bas en Colombie-Britannique et au Québec (respectivement 5 496 et 3 601), et le plus élevé en Alberta et à Terre-Neuve-et-Labrador (respectivement 7 955 et 7 878).

**Le nombre de personnes sur 1 000 ayant reçu une ordonnance d'opioïde a baissé de façon continue de 2011-2012 à 2015-2016, malgré une augmentation du nombre total d'ordonnances exécutées durant cette période.**

- Selon les données basées sur la population de 3 provinces, le nombre de personnes ayant reçu une ordonnance d'opioïde est passé de 132 à 125 par 1 000 habitants.
- Les personnes âgées de 65 ans et plus ont été les plus nombreuses à recevoir des ordonnances d'opioïdes, à savoir plus de 200 sur 1 000. Les jeunes de 15 à 24 ans ont quant à eux été les moins nombreux à recevoir des ordonnances d'opioïdes (88 sur 1 000).

**La proportion de personnes ayant reçu une ordonnance d'opioïde puissant, d'opioïde à usage chronique ou d'opioïde puissant à usage chronique — qui augmentent tous le risque de toxicomanie — est demeurée stable au cours des 5 années.**

- 25 % des personnes à qui l'on a prescrit un opioïde ont reçu une ordonnance d'opioïde puissant. 17 % ont reçu une ordonnance d'opioïde à usage chronique. De ces personnes, 8 % (environ une sur 12) ont reçu une ordonnance d'opioïde puissant à usage chronique.
- Les personnes âgées, qui sont les plus susceptibles de subir des préjudices liés à l'utilisation d'opioïdes, ont été les plus nombreuses à recevoir des ordonnances d'opioïdes puissants à usage chronique. En effet, environ une personne âgée sur 8 à qui l'on a prescrit un opioïde a reçu une ordonnance d'opioïde puissant à usage chronique.

# Introduction

Les opioïdes sont des substances psychoactives qui influent sur la perception de la douleur et qui peuvent procurer un sentiment d'euphorie. Les opioïdes comme la codéine, l'oxycodone et le fentanyl sont habituellement prescrits pour soulager la douleur. D'autres (comme la méthadone) sont aussi prescrits pour traiter la dépendance aux opioïdes<sup>1</sup>.

Après les États-Unis, le Canada est le deuxième plus grand consommateur d'opioïdes par habitant au monde<sup>2</sup>. De 2006 à 2011, le taux d'ordonnances exécutées de formulations à dose élevée de morphine, d'hydromorphone, d'oxycodone et de fentanyl a augmenté de 23 % au Canada<sup>3</sup>. Une étude réalisée en 2015 par Santé Canada a révélé que plus d'un Canadien de 15 ans et plus sur 8 avait pris un opioïde au cours de la dernière année<sup>4</sup>. Une étude de Qualité des services de santé Ontario a quant à elle révélé qu'un Ontarien sur 7 avait fait exécuter une ordonnance d'opioïde en 2015-2016<sup>5</sup>.

Bien que les opioïdes soulagent efficacement la douleur aiguë modérée à intense (par exemple après une chirurgie)<sup>6</sup> et la douleur causée par le cancer, leur efficacité à soulager la douleur chronique chez les patients non cancéreux fait l'objet de nombreux débats<sup>7, 8</sup>. L'usage de ces substances peut créer une dépendance, particulièrement si le médicament est utilisé fréquemment, à dose élevée ou pour une période plus longue que celle prescrite<sup>9</sup>. Plusieurs études font état d'un lien entre la délivrance d'opioïdes d'ordonnance et les événements indésirables liés aux opioïdes, particulièrement lorsque ces médicaments sont combinés à d'autres substances comme l'alcool ou les benzodiazépines<sup>9-11</sup>. Par exemple, Fischer et ses collaborateurs ont découvert de fortes corrélations entre la quantité d'opioïdes délivrés et les admissions pour traitement et la mortalité liée aux opioïdes<sup>12</sup>.

La crise des opioïdes prend actuellement de l'ampleur au Canada. En juin 2017, l'Agence de la santé publique du Canada a déclaré que 2 458 décès avaient apparemment été causés par les opioïdes en 2016 (les données excluent le Québec). Il est crucial de faire un suivi constant des préjudices causés par les opioïdes et des tendances de consommation afin de répondre aux besoins pressants en matière de surveillance de la santé publique et de mesurer les retombées et les résultats des politiques et des autres interventions utilisées pour résoudre la crise.

« Mon médecin m'a prescrit 4 comprimés de Percocet\* par jour pour essayer de soulager la douleur. Percocet m'aidait un peu au début, mais après 6 mois, je devais en prendre 6 par jour. La douleur demeurait constante et m'empêchait d'exécuter certaines activités quotidiennes... J'avais besoin de prendre de plus en plus de comprimés seulement pour fonctionner. J'ai fini par prendre 260 à 300 mg d'OxyContin par jour. Mon corps s'accoutumait rapidement à chaque nouvelle dose... J'ai donc acheté de la méthadone dans la rue juste pour savoir combien de jours elle ferait effet. En prenant de la méthadone, je pouvais être sûre d'être fonctionnelle pendant 48 heures — mais c'était trop coûteux et risqué. » — Suzanne, 55 ans

\* Un comprimé de Percocet contient 5 mg d'oxycodone.

L'ICIS contribue à gérer la crise en améliorant la qualité et la comparabilité des données sur l'usage d'opioïdes et les préjudices qui y sont liés. Dans la Déclaration commune sur les mesures visant à remédier à la crise des opioïdes de Santé Canada, l'ICIS s'est engagé à publier 5 mesures clés. Les 2 premières, soit le nombre d'hospitalisations et de visites au service d'urgence liées à une intoxication aux opioïdes, ont été publiées pour la première fois en novembre 2016 et mises à jour en septembre 2017. L'ICIS a aussi collaboré avec les coroners en chef et les médecins légistes, l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada afin d'établir une définition commune de la notion de décès lié aux opioïdes. Cette définition est utilisée pour soutenir les activités de collecte et de diffusion de données pancanadiennes sur les décès liés aux opioïdes, qui ont commencé en juin 2017.

L'analyse suivante utilise des données sur les ordonnances exécutées en pharmacie communautaire pour rendre compte de 2 autres mesures clés, à savoir le nombre de personnes ayant reçu une ordonnance d'opioïde et la quantité d'opioïdes prescrits au Canada (en doses thérapeutiques quotidiennes, ou DTQ), pour la période de 5 ans allant de 2012 à 2016. L'information est publiée à l'intention des responsables de l'élaboration des politiques fédérales, provinciales et territoriales, des responsables de la santé publique, des professionnels de la santé et des autres personnes qui cherchent à comprendre les tendances récentes en matière de prescription d'opioïdes.

# Analyse

La présente analyse a été réalisée à l'aide de 2 types de données tirées de 2 sources : les données agrégées sur les ordonnances délivrées (de la base de données CompuScript) achetées à QuintilesIMS et les données sur les demandes de remboursement de médicaments au niveau de l'enregistrement du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) de l'ICIS. L'annexe A fournit un complément d'information sur ces sources de données, tandis que l'annexe B présente les méthodes et la terminologie utilisées dans le présent rapport.

## Tendances pancanadiennes et provinciales en matière de prescription d'opioïdes

Cette section utilise les données de la base CompuScript de QuintilesIMS pour décrire les tendances pancanadiennes et provinciales en matière de prescription d'opioïdes de 2012 à 2016. On y présente 2 mesures : le nombre d'ordonnances d'opioïdes exécutées et le nombre de DTQ d'opioïdes prescrits (c'est-à-dire la dose d'entretien quotidienne moyenne chez l'adulte). La première mesure évalue la fréquence de prescription des opioïdes, tandis que la deuxième porte sur la quantité d'opioïdes prescrits. Les questions suivantes sont abordées dans cette section :

- Quels sont les changements touchant les pratiques de prescription d'opioïdes?
- Quels sont les opioïdes les plus prescrits?
- Comment les pratiques de prescription d'opioïdes varient-elles d'une province à l'autre?

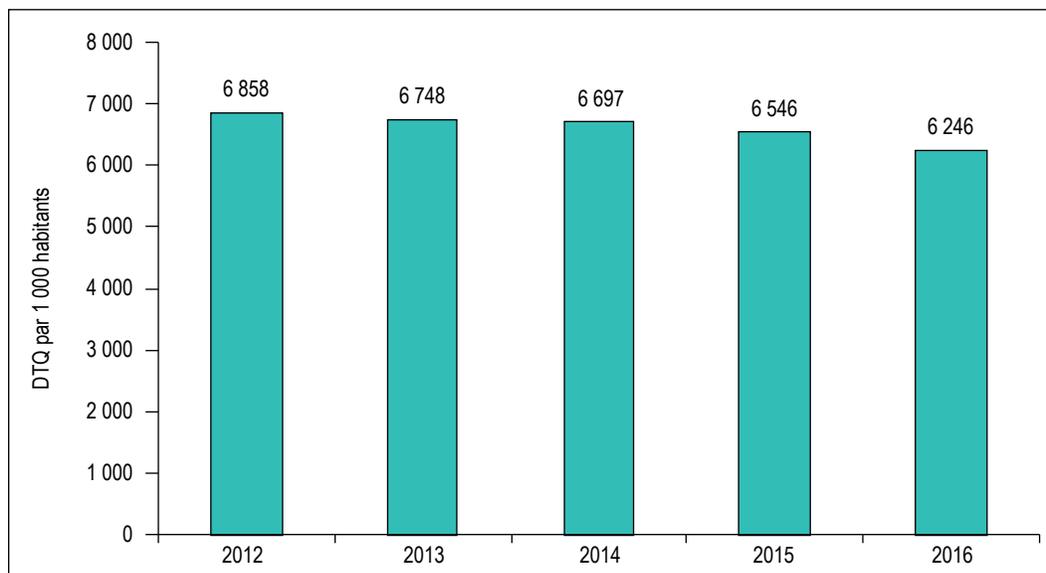
### Quels sont les changements touchant la prescription d'opioïdes?

En 2016, 21,5 millions d'ordonnances d'opioïdes ont été exécutées dans des pharmacies communautaires, une hausse de 6,8 % par rapport aux 20,2 millions d'ordonnances exécutées en 2012. Il s'agit d'une hausse d'à peine plus de 2 % (de 582 à 595 ordonnances d'opioïdes par 1 000 habitants), après ajustement en fonction de la croissance de la population.

Au cours de la même période, le nombre total de DTQ d'opioïdes délivrées a baissé de 4,9 %, passant de 238 millions en 2012 à 226 millions en 2016. En 2012, une ordonnance d'opioïdes comprenait en moyenne 11,8 DTQ, comparativement à 10,5 en 2016. La prescription de plus petites quantités par ordonnance a eu pour effet net de faire baisser la quantité d'opioïdes délivrés, malgré la hausse constante du nombre d'ordonnances.

Ajusté en fonction de la croissance de la population, le taux de DTQ par 1 000 habitants a diminué de 8,9 % durant les 5 années de l'étude, passant de 6 858 en 2012 à 6 246 en 2016 (figure 1). Plus de la moitié de cette baisse a été enregistrée de 2015 à 2016, année où le taux de DTQ par 1 000 habitants a diminué de 4,6 %.

**Figure 1** Taux de doses thérapeutiques quotidiennes d'opioïdes d'ordonnance par 1 000 habitants, Canada\*, de 2012 à 2016



**Remarques**

\* Exclut les territoires.

DTQ : doses thérapeutiques quotidiennes

Exclut les formes posologiques injectables et rectales, car leur utilisation en pharmacie communautaire est relativement peu fréquente, et la quantité déclarée n'est pas toujours exacte.

Les données brutes par province et année sont accessibles dans le fichier Excel d'accompagnement

*Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes : tableaux de données.*

**Source**

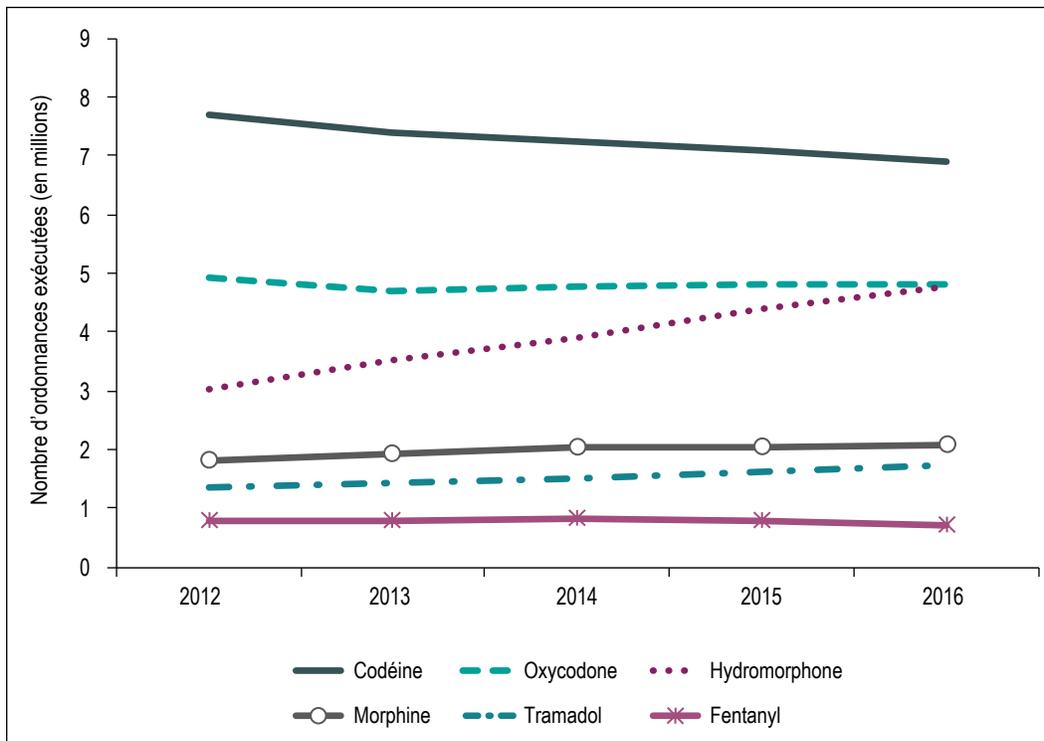
CompuScript, QuintilesIMS Canada inc.

## Quels sont les opioïdes les plus prescrits?

6 opioïdes représentaient plus de 96 % de toutes les ordonnances d'opioïdes exécutées de 2012 à 2016 : la codéine, l'oxycodone, l'hydromorphone, la morphine, le tramadol et le fentanyl (figure 2). De ces opioïdes, 4 sont considérés comme puissants (l'oxycodone, l'hydromorphone, la morphine et le fentanyl) et sont habituellement prescrits pour soulager la douleur modérée à intense.

La proportion d'opioïdes puissants prescrits par rapport aux opioïdes en général a augmenté durant la période étudiée : de 52,2 % en 2012, elle est passée à 57,3 % en 2016. Bien que ce changement soit modeste, il pourrait s'avérer préoccupant vu le risque accru de toxicomanie associé à l'usage d'opioïdes puissants<sup>13</sup>.

**Figure 2** Nombre d'ordonnances exécutées pour les 6 opioïdes les plus prescrits, Canada\*, de 2012 à 2016



### Remarques

\* Exclut les territoires.

Les données brutes par province et année sont accessibles dans le fichier Excel d'accompagnement *Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes : tableaux de données*.

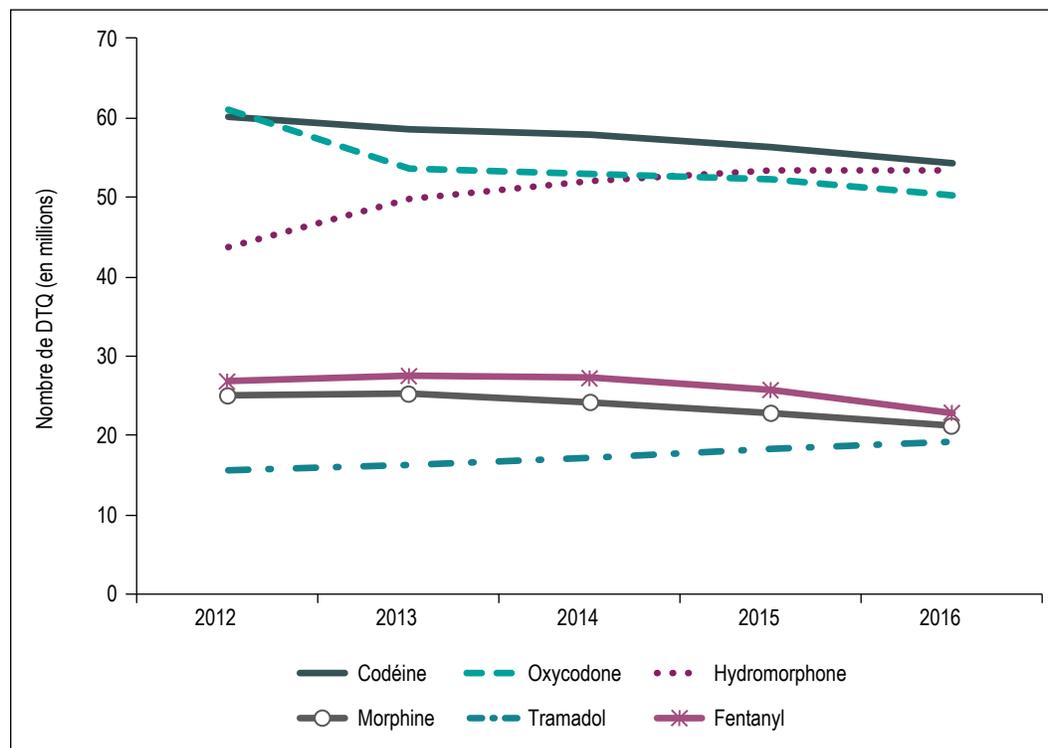
### Source

CompuScript, QuintilesIMS Canada inc.

Bien que l'attention ait été surtout centrée sur le fentanyl et les préjudices attribués à son usage, qu'il soit approprié ou non, celui-ci est beaucoup moins prescrit que d'autres opioïdes puissants. En 2016, on comptait une ordonnance de fentanyl pour 16 ordonnances d'autres opioïdes puissants. Depuis 2012, le nombre d'ordonnances d'opioïdes puissants (autres que le fentanyl) a augmenté de plus de 19 %, alors que le nombre d'ordonnances de fentanyl a diminué de près de 7 %.

Comme le décrivait la section précédente, la diminution de la quantité globale d'opioïdes délivrés est attribuable à la prescription d'une quantité moyenne moindre par ordonnance. Cette tendance est aussi valable pour les opioïdes puissants. En effet, de 2012 à 2016, la quantité totale délivrée est passée de 156 millions de DTQ à 148 millions de DTQ, ce qui représente une baisse d'environ 5 % (figure 3).

**Figure 3** Les 6 opioïdes les plus prescrits en fonction du nombre de doses thérapeutiques quotidiennes délivrées, par année, Canada\*, de 2012 à 2016



#### Remarques

\* Exclut les territoires.

DTQ : doses thérapeutiques quotidiennes.

Exclut les formes posologiques injectables et rectales, car leur utilisation en pharmacie communautaire est relativement peu fréquente, et la quantité déclarée n'est pas toujours exacte.

Les données brutes par province et année sont accessibles dans le fichier Excel d'accompagnement

*Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes : tableaux de données.*

#### Source

CompuScript, QuintilesIMS Canada inc.

La tendance la plus notable touchant la prescription d'opioïdes puissants est la transition de l'oxycodone à l'hydromorphone entre 2012 et 2016. En effet, le nombre de DTQ d'hydromorphone a augmenté de 21,8 %, tandis que le nombre de DTQ d'oxycodone a baissé de 17,5 %. Il est probable que des changements à la réglementation et aux listes de médicaments remboursés aient contribué à cette tendance.

Le recours à l'oxycodone a commencé à diminuer en février 2012, lorsque la fabrication d'OxyContin a été abandonnée et que le remboursement du produit de remplacement, OxyNEO, a été restreint dans les régimes publics d'assurance médicaments provinciaux<sup>14</sup>. L'utilisation accrue de l'hydromorphone durant la période étudiée pourrait indiquer que cette substance fait partie des opioïdes ayant remplacé l'oxycodone<sup>15, 16</sup>. Cette tendance a été observée par Fischer et ses collaborateurs : « La prescription d'opioïdes puissants a globalement baissé [de 2010 à 2013], principalement en raison d'un recours beaucoup moins marqué aux formulations d'oxycodone, mais cette baisse a été partiellement contrebalancée par une hausse de l'utilisation d'hydromorphone<sup>17</sup>. »

La proportion d'ordonnances pour des opioïdes faibles parmi toutes les ordonnances d'opioïdes exécutées a diminué, passant de 47,8 % en 2012 à 42,7 % en 2016. La tendance la plus notable touchant les opioïdes faibles est une hausse significative du nombre d'ordonnances et de DTQ de tramadol (30 % et 23 %, respectivement). Ce changement pourrait s'expliquer en partie par une utilisation moindre de la codéine. En effet, on a observé une diminution du nombre d'ordonnances et de DTQ de codéine (10 % et 9,7 %, respectivement).

Bien que l'activité thérapeutique de la codéine et du tramadol soit moindre que celle des opioïdes puissants, le mauvais usage de la codéine a été défini comme un problème préoccupant<sup>18, 19</sup>. De plus, l'United States Substance Abuse and Mental Health Services Administration a publié un rapport indiquant que le nombre de visites au service d'urgence liées à un usage inapproprié ou abusif du tramadol a augmenté d'environ 250 % de 2005 à 2011<sup>20</sup>.

Le tramadol a été lancé sur le marché canadien en 2005 à titre de médicament non narcotique utilisé à faible dose en association avec l'acétaminophène. Il est encore commercialisé comme une substance non narcotique même si Santé Canada a reconnu, en 2007, qu'il était raisonnable de penser que l'utilisation de doses accrues de tramadol dans les formulations puisse entraîner un usage inapproprié ou abusif<sup>21</sup>.

## Comment les pratiques de prescription d'opioïdes varient-elles d'une province à l'autre?

La figure 4 compare le taux de DTQ par 1 000 habitants pour les 6 opioïdes les plus prescrits dans chaque province en 2016, ainsi que les variations à ce chapitre dans les provinces de 2015 à 2016.

En 2016, le taux de DTQ par 1 000 habitants était le plus bas en Colombie-Britannique et au Québec (respectivement 5 496 et 3 601), et le plus élevé en Alberta et à Terre-Neuve-et-Labrador (respectivement 7 955 et 7 878).

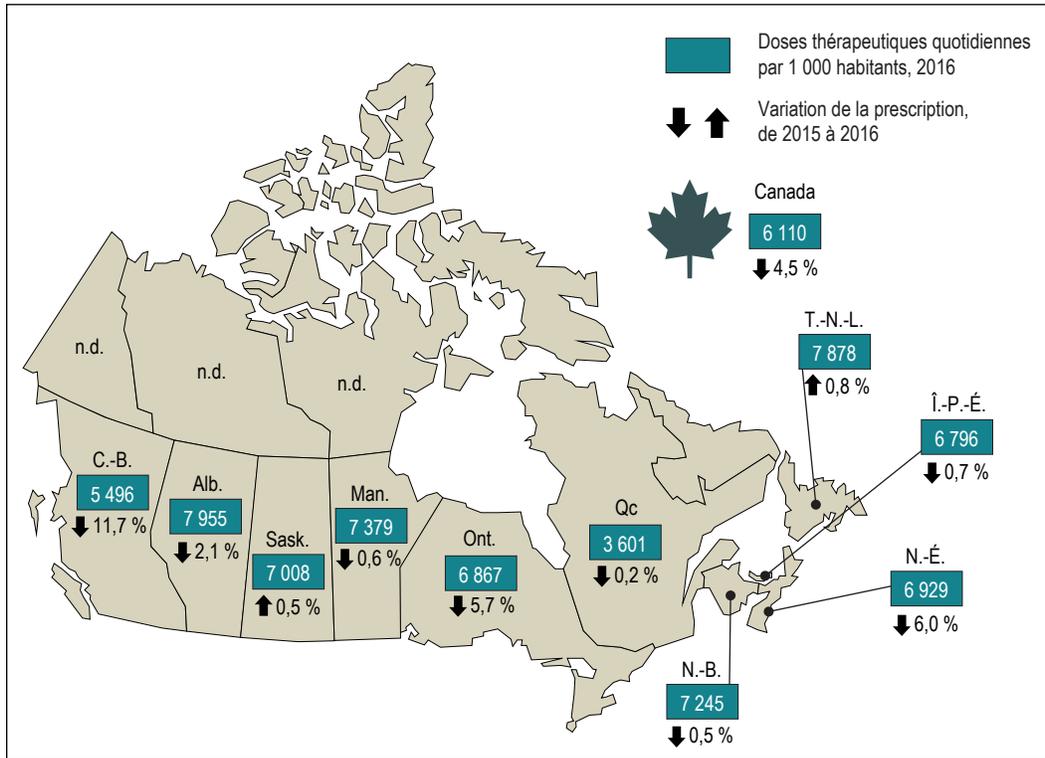
Un examen des données du Québec a révélé 2 tendances intéressantes :

Le Québec présentait, en moyenne, environ la moitié moins de DTQ délivrées par ordonnance que les autres provinces. Toutefois, le nombre d'ordonnances exécutées (demandes de remboursement payées) n'était pas significativement différent de celui des autres provinces. La prescription de quantités moindres par ordonnance ne semble pas liée à une politique ou à une directive. Bien que le lien avec l'hospitalisation n'ait pas été étudié, Fischer et ses collaborateurs ont découvert de fortes corrélations entre la quantité d'opioïdes délivrés et la mortalité liée aux opioïdes, comme il a été indiqué plus haut<sup>12</sup>.

Selon des données récemment publiées par l'ICIS, le Québec affiche aussi le taux d'hospitalisations liées aux opioïdes le plus bas<sup>22</sup>. Il pourrait être utile d'analyser le lien, au Québec, entre la prescription d'opioïdes et les préjudices qui y sont associés, comme l'hospitalisation, afin d'élaborer des pratiques exemplaires pour l'avenir.

La variation du taux de DTQ par 1 000 habitants de 2015 à 2016 diffère également d'une province à l'autre. Comme l'illustre la figure 4, les plus fortes baisses ont été observées en Colombie-Britannique et en Nouvelle-Écosse (-11,78 % et -6 %, respectivement), tandis que de légères hausses ont été observées à Terre-Neuve-et-Labrador et en Saskatchewan (0,8 % et 0,5 %, respectivement). Les U.S. Centers for Disease Control and Prevention ont publié de nouvelles directives de prescription des opioïdes en mars 2016<sup>23</sup>. Peu après, ces directives ont été adoptées par les collèges des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse<sup>24, 25</sup>.

**Figure 4** Taux de doses thérapeutiques quotidiennes par 1 000 habitants pour les 6 opioïdes les plus prescrits, 2016, et pourcentage de variation de 2015 à 2016, Canada



**Remarques**

n.d. : non déclaré.

Exclut les formes posologiques injectables et rectales, car leur utilisation en pharmacie communautaire est relativement peu fréquente, et la quantité déclarée n'est pas toujours exacte.

Les données brutes par province et année sont accessibles dans le fichier Excel d'accompagnement *Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes : tableaux de données.*

**Source**

CompuScript, QuintilesIMS Canada inc.

D'autres facteurs peuvent contribuer aux variations d'une province à l'autre, y compris les pratiques de prescription, le taux de douleur chronique déclarée, la réglementation provinciale, les politiques en matière de régimes publics d'assurance médicaments et le recours à des programmes de surveillance des médicaments d'ordonnance.

En 2015, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) a entrepris un examen des programmes de surveillance des ordonnances (PSO) afin d'illustrer la diversité des pratiques courantes, d'évaluer les éléments de preuve de l'efficacité et de définir les pratiques exemplaires présentées dans la littérature<sup>26</sup>. Les PSO varient au chapitre de la forme, de la portée et de l'ensemble des caractéristiques et des pratiques employées, notamment les médicaments surveillés, les critères et interventions utilisés, ainsi que la technologie de collecte des données adoptée. Les PSO pourront avoir une incidence croissante sur la prescription d'opioïdes à mesure que de nouvelles technologies seront mises en œuvre dans les provinces, par exemple les systèmes d'information sur les médicaments, les dossiers de santé électroniques et la prescription électronique.

## Tendances en matière de prescription d'opioïdes en fonction de la population

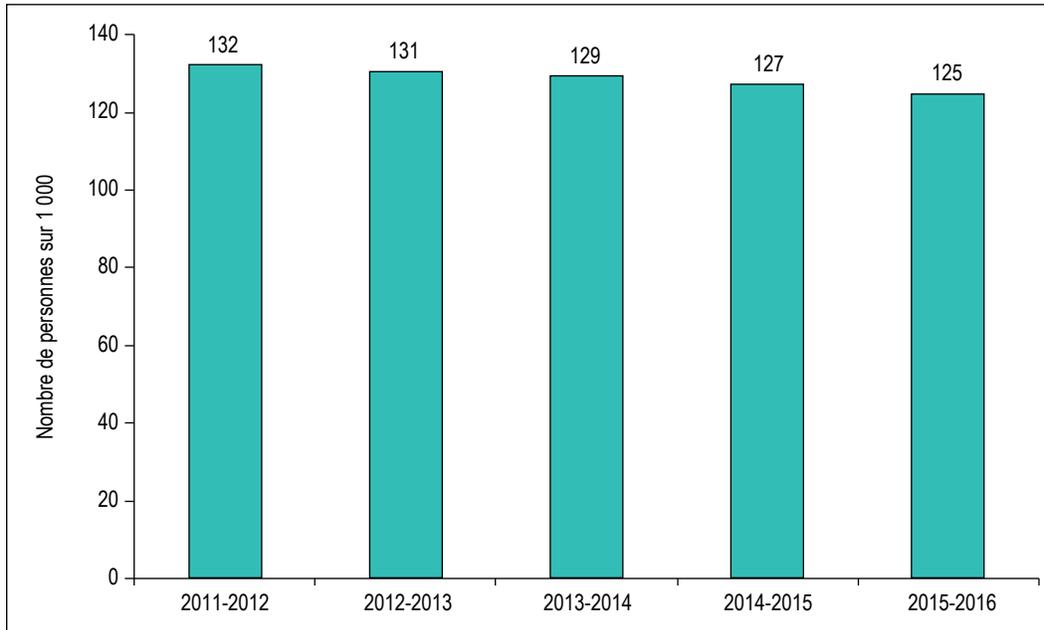
Cette section utilise les données du SNIUMP pour analyser la prescription d'opioïdes au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique, les 3 provinces pour lesquelles l'ICIS possède des données sur les demandes de remboursement en fonction des populations. Les questions suivantes sont explorées :

- Combien de personnes ont reçu une ordonnance d'opioïde?
- Comment la prescription d'opioïdes varie-t-elle en fonction des groupes d'âge?
- Combien de personnes ont reçu des ordonnances d'opioïdes à usage chronique et d'opioïdes puissants?

### **Combien de personnes ont reçu une ordonnance d'opioïde?**

Le nombre de personnes sur 1 000 ayant reçu une ordonnance d'opioïde a baissé de façon continue de 2011-2012 à 2015-2016, malgré une augmentation du nombre total d'ordonnances exécutées durant cette période. Dans les provinces incluses dans l'analyse, le taux est passé de 132 à 125 personnes sur 1 000 (figure 5). Selon une étude récente de Qualité des services de santé Ontario, 141 Ontariens sur 1 000 ont reçu une ordonnance d'opioïde en 2015-2016<sup>5</sup>.

**Figure 5** Nombre de personnes sur 1 000 ayant reçu une ordonnance d'opioïde, Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique, de 2011-2012 à 2015-2016



**Source**

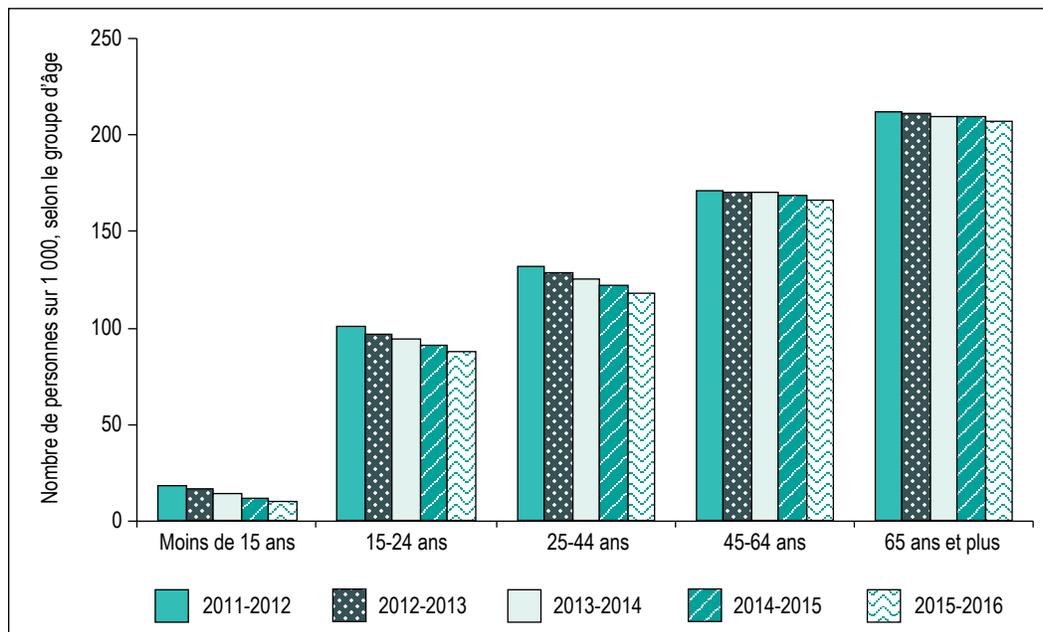
Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits, Institut canadien d'information sur la santé.

Cette tendance à la baisse est conforme aux données agrégées présentées dans la section précédente, qui indiquent une diminution générale du taux de DTQ par 1 000 habitants.

## Comment la prescription d'opioïdes varie-t-elle en fonction des groupes d'âge?

Le taux de prescription d'opioïdes augmente généralement avec l'âge. Tout au long de la période étudiée, les personnes âgées de 65 ans et plus ont constamment présenté le taux le plus élevé d'ordonnances d'opioïdes. Dans cette population, plus de 200 personnes sur 1 000 (ou une sur 5) ont reçu une ordonnance d'opioïde en 2015-2016 (figure 6). Cette observation est comparable au résultat d'un rapport récent de Qualité des services de santé Ontario, qui indiquait aussi que les personnes âgées présentaient le taux le plus élevé d'ordonnance d'opioïdes<sup>5</sup>.

**Figure 6** Nombre de personnes sur 1 000 ayant reçu une ordonnance d'opioïde, par groupe d'âge, Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique, de 2011-2012 à 2015-2016



**Remarque**

Les données brutes pour chaque année sont accessibles dans le fichier Excel d'accompagnement *Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes : tableaux de données*.

**Source**

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

Les toutes nouvelles directives de prescription du Canada et des États-Unis soulignent les risques liés à la prescription d'opioïdes, particulièrement chez les populations vulnérables comme les personnes âgées. Ces dernières sont exposées à un risque accru de préjudices liés à l'utilisation d'opioïdes pour plusieurs raisons, y compris les changements à l'absorption et à la métabolisation des médicaments attribuables au vieillissement et les changements cognitifs qui peuvent accroître le risque d'intoxication accidentelle<sup>27-30</sup>.

Une étude récente de l'ICIS a révélé que les personnes âgées de 65 ans et plus présentaient le taux le plus élevé d'hospitalisations causées par une intoxication aux opioïdes en 2015-2016<sup>22</sup>. Cette analyse inclut les intoxications causées par les opioïdes d'ordonnance, les opioïdes revendus dans la rue et les opioïdes produits illégalement.

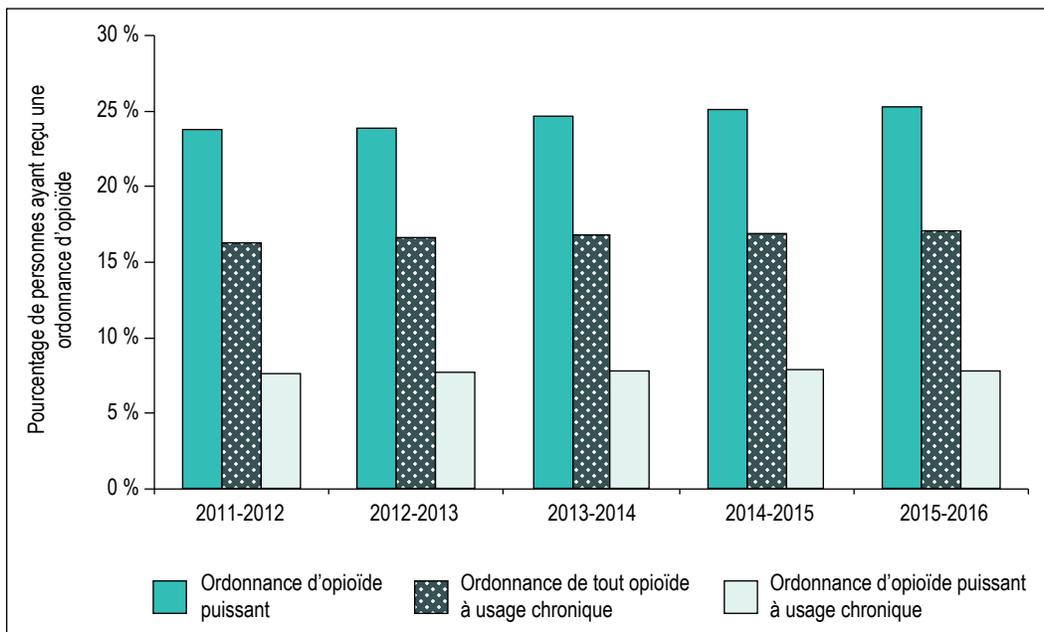
Les jeunes de 15 ans à 24 ans sont les moins nombreux à avoir reçu une ordonnance d'opioïde (87,8 sur 1 000 en 2015-2016). Toutefois, ce groupe d'âge présente le taux d'hospitalisation qui croît le plus rapidement. Certaines intoxications aux opioïdes chez les jeunes ne sont pas causées par des médicaments qui leur ont été prescrits, mais par des opioïdes illicites ou prescrits à un ami ou à un membre de leur famille<sup>31</sup>.

## Combien de personnes ont reçu des ordonnances d'opioïdes à usage chronique et d'opioïdes puissants?

Des études ont démontré que l'usage chronique d'opioïdes<sup>32</sup> et le recours à des opioïdes puissants augmentent le risque de toxicomanie<sup>13</sup>. Les protocoles de traitement et les directives de prescription soulignent l'importance de pondérer l'efficacité du traitement et ces facteurs de risque.

La figure 7 illustre la prescription d'opioïdes puissants au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique au cours des 5 années étudiées. Elle montre que la proportion de la population qui a reçu une ordonnance d'opioïde puissant à usage chronique est demeurée constante. En 2015-2016, 25 % des personnes à qui l'on a prescrit un opioïde ont reçu une ordonnance d'opioïde puissant; 17 %, une ordonnance d'opioïde à usage chronique; et près de 8 % (environ une personne sur 12), une ordonnance d'opioïde puissant à usage chronique.

**Figure 7** Pourcentage des personnes à qui l'on a prescrit un opioïde qui ont reçu une ordonnance d'opioïde puissant\*, d'opioïde à usage chronique ou d'opioïde puissant à usage chronique, Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique, de 2011-2012 à 2015-2016



### Remarques

\* Les opioïdes puissants sont l'oxycodone, l'hydromorphone, la morphine et le fentanyl.

Les données brutes pour chaque année sont accessibles dans le fichier Excel d'accompagnement

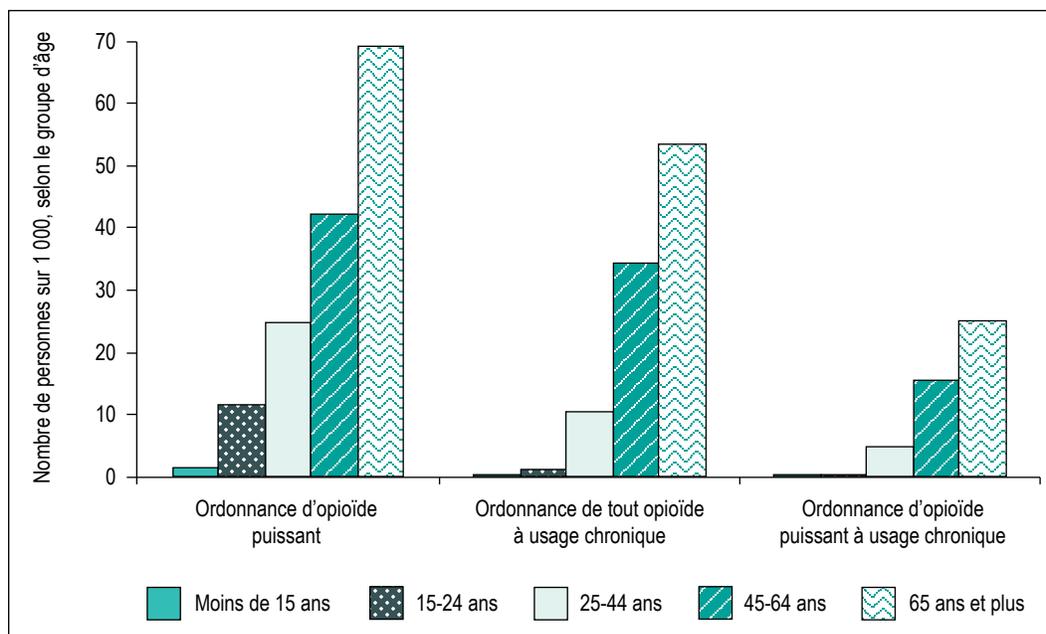
*Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes : tableaux de données.*

### Source

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

Une analyse approfondie des ordonnances d'opioïdes puissants ou d'opioïdes à usage chronique (pour une longue durée) par groupe d'âge a révélé des différences importantes. Chez les personnes de 65 ans et plus, plus de 200 sur 1 000 ont reçu une ordonnance d'opioïde en 2015-2016. Parmi celles-ci, 69 sur 1 000 ont reçu une ordonnance d'opioïde puissant, alors que 54 sur 1 000 ont reçu une ordonnance d'opioïde à usage chronique. Fait intéressant : 25 personnes âgées sur 1 000 — une sur 8 ayant reçu une ordonnance d'opioïde — ont obtenu une ordonnance d'opioïde puissant à usage chronique. Ce taux signifie qu'une personne de 65 ans et plus sur 40 est exposée à un risque élevé d'utilisation inappropriée ou de préjudice lié aux opioïdes<sup>27-30, 33</sup> (figure 8).

**Figure 8** Nombre de personnes sur 1 000 ayant reçu une ordonnance d'opioïde puissant\*, d'opioïde à usage chronique et d'opioïde puissant à usage chronique, par groupe d'âge, Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique, 2015-2016



**Remarque**

\* Les opioïdes puissants sont l'oxycodone, l'hydromorphone, la morphine et le fentanyl.

**Source**

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

La prescription d'opioïdes puissants n'est pas surprenante (et serait probablement considérée comme étant appropriée) en soins palliatifs. Au Manitoba et en Colombie-Britannique, où les demandes de remboursement de médicaments palliatifs peuvent être isolées, seule une faible proportion des ordonnances d'opioïdes puissants pouvait être liée à des soins palliatifs. Il se peut toutefois que certaines personnes se fassent prescrire des opioïdes puissants pour des soins palliatifs hors des programmes de médicaments palliatifs.

# Conclusion

Le nombre d'opioïdes délivrés au Canada a baissé parce que la quantité d'opioïdes par ordonnance — et non le nombre d'ordonnances — a diminué. Cette tendance peut être observée dans presque toutes les provinces. La baisse s'est intensifiée en raison de la sensibilisation aux risques de l'usage chronique des opioïdes. Les ordonnances de courte durée ou pour un petit nombre de doses entraînent une interaction fréquente entre les prescripteurs et les patients, ce qui aide les prescripteurs à surveiller l'efficacité du schéma thérapeutique et à évaluer la nécessité de poursuivre le traitement.

Dans les 3 provinces étudiées, moins de Canadiens reçoivent des ordonnances d'opioïdes qu'auparavant. Toutefois, les opioïdes puissants représentent une proportion croissante des opioïdes prescrits. La diminution en matière de prescription peut être observée dans tous les groupes d'âge. Les personnes âgées de 65 ans et plus demeurent toutefois celles qui sont les plus susceptibles de recevoir une ordonnance d'opioïde puissant à usage chronique — scénario entraînant le plus grand risque de dépendance et de préjudices liés à l'utilisation d'un opioïde.

Prescrits correctement et pris selon les directives, les opioïdes demeurent un traitement efficace contre la douleur aiguë<sup>6</sup>. Les résultats du présent rapport soulignent l'importance d'élaborer des stratégies pancanadiennes pour réduire les préjudices liés à l'utilisation d'opioïdes d'ordonnance. Voici des exemples de stratégies utilisées ou envisagées dans de nombreuses régions du pays :

- des directives de prescription fondées sur des données probantes, comme les *Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse*, qui privilégient l'utilisation de traitements non pharmacologiques ou non opioïdes, la surveillance de la réponse du patient au traitement et la sensibilisation du patient;
- la mise en circulation d'opioïdes d'ordonnance résistants à l'altération<sup>i</sup>;
- des changements aux exigences d'étiquetage des ordonnances;
- un accès restreint aux opioïdes à forte activité dans les programmes publics d'assurance médicaments;
- des changements en matière d'accès aux produits de codéine à faible dose en vente libre;
- un meilleur accès aux traitements de substitution aux opioïdes;

---

i. Selon le document [Ligne directrice : Propriétés de résistance à l'altération de produits pharmaceutiques opioïdes de Santé Canada](#), un produit résistant à l'altération est un « produit dont la préparation ou la fabrication englobe des mesures qui visent à réduire la probabilité d'abus par différentes voies d'administration ».

- l'utilisation de la technologie, comme la prescription électronique et les systèmes d'information sur les médicaments, pour fournir aux prescripteurs de l'information en temps réel au point de service;
- des programmes de surveillance des ordonnances (PSO) pour mieux gérer les risques associés à la prescription d'opioïdes.

Le présent rapport souligne aussi l'importance et le besoin de disposer de données basées sur la population afin de comprendre les retombées des diverses stratégies sur la prescription et l'usage chronique d'opioïdes d'ordonnance.

Le suivi constant des préjudices liés aux opioïdes et des tendances de consommation contribue à répondre aux besoins pressants en matière de surveillance de la santé publique et à contrer la crise des opioïdes au Canada. Cette information est aussi importante pour mesurer les retombées et les résultats des politiques et autres interventions et stratégies utilisées pour résoudre la crise.

## Annexe A : Sources de données

### Base de données CompuScript de QuintilesIMS

Les données concernant la délivrance d'opioïdes d'ordonnance ont été tirées de la base de données CompuScript de QuintilesIMS<sup>ii</sup>, qui comprend des données sur les médicaments prescrits au Canada extrapolées à partir d'un échantillon de plus de 6 000 pharmacies, à savoir plus de 60 % de toutes les pharmacies de détail au pays<sup>34</sup>. Les données incluaient les mesures suivantes :

- le nombre estimé d'ordonnances exécutées par les pharmacies de détail au Canada;
- le nombre estimé d'unités (quantité de médicaments) délivrées par les pharmacies de détail au Canada;
- la valeur estimée en dollars de toutes les ordonnances exécutées par les pharmacies de détail au Canada (incluant les frais d'exécution d'ordonnance et les marges des pharmacies).

---

ii. Les données sur les ventes pharmaceutiques ont été préparées à l'aide des données d'audit de la base CompuScript IMSight 360, de QuintilesIMS Canada inc. Tous droits réservés. Les affirmations, les observations, les conclusions, les perspectives et les opinions contenues et exprimées dans la présente publication sont celles de l'Institut canadien d'information sur la santé et non celles de QuintilesIMS Canada inc. ou de l'une de ses filiales.

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

Le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) contient des données sur les demandes de remboursement de médicaments provenant des régimes publics d'assurance médicaments de 10 provinces et territoires (Terre-Neuve-et-Labrador, Île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta, Colombie-Britannique et Yukon) ainsi que du régime fédéral d'assurance médicaments de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI). Le SNIUMP renferme des données pancanadiennes liées aux listes de médicaments remboursés des régimes publics, aux demandes de remboursement de médicaments et aux politiques des régimes, ainsi que des statistiques sur la population. Ces données permettent de réaliser, en temps voulu, des analyses comparatives exactes et pertinentes en vue de l'élaboration de politiques pharmaceutiques éclairées et de la gestion efficace des régimes publics d'assurance médicaments du Canada.

Le SNIUMP<sup>35</sup> inclut les demandes de remboursement de médicaments acceptées par les régimes publics d'assurance médicaments, que ce soit pour un remboursement ou pour l'application d'une franchise. La base de données contient aussi des données sur les demandes de remboursement de médicaments du Manitoba et de la Colombie-Britannique qui ont été payées autrement que par un régime public, c'est-à-dire par un assureur privé ou par le particulier, même si la source exacte du paiement est inconnue.

Le SNIUMP n'inclut pas les renseignements suivants :

- les ordonnances qui ont été rédigées, mais jamais exécutées;
- les ordonnances exécutées à l'hôpital pour les patients hospitalisés;
- de l'information indiquant si le médicament a effectivement été pris;
- les ordonnances exécutées, mais dont le coût n'a pas été soumis ou n'a pas été approuvé par le régime public (sauf au Manitoba et en Colombie-Britannique; voir ci-dessus);
- le diagnostic ou l'affection à l'origine de l'ordonnance.

## Annexe B : Méthodes

L'analyse des tendances en matière de prescription d'opioïdes pour les années civiles de 2012 à 2016 a été réalisée à partir des données de la base CompuScript de QuintilesIMS Canada inc. L'analyse des demandes de remboursement d'opioïdes d'ordonnance pour les exercices de 2011-2012 à 2015-2016 repose sur les données du SNIUMP de l'ICIS. Dans les 2 bases de données, un médicament était inclus si l'un de ses ingrédients chimiques était considéré comme un opioïde ou si le code du Système de classification anatomique thérapeutique chimique (ATC) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) était N02A (opioïde)<sup>36</sup> (voir le tableau C1 de l'annexe C).

Cependant, ce ne sont pas tous les médicaments ni toutes les formes posologiques qui ont été inclus dans les analyses :

- La méthadone et les associations de buprénorphine et de naloxone (Suboxone) ont été exclues de toutes les analyses, car ces produits sont principalement utilisés pour traiter la dépendance, alors que le présent rapport porte sur les opioïdes utilisés pour soulager la douleur.
- Les analyses fondées sur la quantité de médicaments, comme les DTQ, n'incluent que les formes posologiques conçues pour être prises par voie orale ou les timbres transdermiques. Les formes injectables ou conçues pour être administrées par voie rectale ont été exclues, car elles sont rarement délivrées en pharmacie communautaire.

Le SNIUMP contient des données basées sur la population du Manitoba, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique. Les données de ces provinces ont permis d'analyser les ordonnances d'opioïdes en fonction de l'âge. Les groupes d'âge suivants ont été utilisés : moins de 15 ans (enfants); de 15 à 24 ans (jeunes); de 25 à 44 ans (jeunes adultes); de 45 à 64 ans (adultes); 65 ans et plus (personnes âgées).

## Définitions et terminologie

Veillez noter que certains des termes du présent glossaire peuvent avoir d'autres définitions. Les définitions présentées ici ont pour but d'expliquer l'utilisation de ces termes dans le contexte du présent rapport et n'en constituent pas nécessairement l'unique définition.

**Quantité d'opioïde** : La dose thérapeutique quotidienne (DTQ) et l'équivalent en milligrammes de morphine sont 2 mesures communément utilisées pour exprimer la quantité d'opioïde délivrée. La DTQ révèle l'indication et la puissance d'un opioïde, tandis que l'équivalent en milligrammes de morphine n'indique que sa puissance :

- **La dose thérapeutique quotidienne** est définie par l'OMS comme la dose d'entretien moyenne par jour présumée pour un médicament utilisé selon son indication principale chez l'adulte<sup>36</sup>.
- **L'équivalent en milligrammes de morphine** utilise des ratios d'équivalence analgésique pour convertir une dose d'opioïde en une dose équivalente de morphine de forme orale<sup>37</sup>. Il est typiquement utilisé pour passer d'un opioïde à l'autre. Toutefois, il permet également de mesurer la quantité d'opioïde délivrée en convertissant les doses d'opioïde totales en doses équivalentes de morphine.

Aux fins du présent rapport, la DTQ est utilisée pour mesurer la quantité d'opioïdes prescrits. Les DTQ totales délivrées pour chaque ordonnance ont été calculées en multipliant la quantité totale de médicament (p. ex. le nombre de comprimés) par le dosage (p. ex. le nombre de milligrammes par unité). Cette opération a permis d'obtenir le nombre total de milligrammes délivrés. Afin de calculer le nombre de DTQ délivrées, ce total a ensuite été divisé par la DTQ de l'opioïde en question selon la classification ATC de l'OMS (voir le tableau C2 de l'annexe C).

En ce qui concerne les timbres de fentanyl, le résultat a aussi été multiplié par 72 afin de prendre en considération le fait que la dose est horaire et que le timbre dure 72 heures.

### Exemple

Le nombre de DTQ dans 30 comprimés d'oxycodone de 20 mg :

$30 \text{ comprimés} \times 20 \text{ mg d'oxycodone par comprimé} = 600 \text{ mg d'oxycodone}$

$600 \text{ mg d'oxycodone} \div 75 \text{ mg d'oxycodone par DTQ (annexe C, tableau C2)} = 8 \text{ DTQ}$

L'OMS ne fournit pas de DTQ pour la codéine utilisée dans le but de soulager la douleur. Par conséquent, la DTQ standard de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) pour la codéine, qui est de 240 mg par jour, a été utilisée<sup>2</sup>.

Lorsqu'il s'agit d'interpréter les données sur l'usage des opioïdes, il est important de considérer la puissance et la quantité. Les opioïdes varient considérablement sur le plan de la puissance, et il est possible d'obtenir le même effet thérapeutique en prescrivant une petite quantité d'un opioïde puissant ou une plus grande quantité d'un opioïde faible. Dans le même ordre d'idées, les ordonnances de courte durée qui comprennent moins de comprimés peuvent occasionner une fréquence de prescription plus élevée, sans toutefois changer la quantité totale d'opioïdes délivrée à une personne au fil du temps.

**Puissance de l'opioïde :** L'efficacité ou l'intensité requise pour soulager un type de douleur. Autrement dit, la douleur légère à modérée peut habituellement être traitée à l'aide d'« opioïdes faibles » comme la codéine ou le tramadol, tandis que la douleur plus intense ou débilante peut être traitée à l'aide d'« opioïdes puissants », comme l'oxycodone, l'hydromorphone, la morphine ou le fentanyl<sup>38-40</sup>.

**Utilisation d'opioïde d'ordonnance :** Une ou plusieurs demandes de règlement pour un opioïde d'ordonnance, au cours de l'année d'analyse.

**Usage chronique d'un opioïde :** Aux fins de la présente étude, l'« usage chronique d'un opioïde » est défini comme la prescription d'un opioïde pour une durée de 90 jours ou plus et au moins 2 demandes de règlement au cours de l'année d'analyse. Cette définition correspond à celle des *Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse*, où la douleur chronique est définie comme un « état douloureux qui persiste pendant au moins 3 mois<sup>41</sup> », et à celles d'études publiées qui définissent la chronicité comme un usage qui dure plus de 90 jours<sup>32, 42, 43</sup>.

## Limites

Cette étude comporte plusieurs limites :

- Les données de la base CompuScript de QuintilesIMS employées pour déterminer les tendances d'utilisation ont été extrapolées à partir d'un échantillon d'environ 60 % de toutes les pharmacies communautaires des provinces. Aucune donnée n'est disponible pour les 3 territoires. Le recours à un échantillon peut entraîner une sous-estimation ou une surestimation de la quantité d'ordonnances d'opioïdes exécutées. Cependant, vu la grande taille de l'échantillon, la stratification et les rigoureuses vérifications de la qualité des données, il a été jugé que les données de la base CompuScript de QuintilesIMS représentaient bien les tendances de prescription d'opioïdes au Canada.
- L'extrapolation à partir d'un échantillon entraîne également un écart par rapport aux chiffres réels. Par exemple, le SNIUMP contient des données détaillées sur les demandes de remboursement payées par les régimes publics et privés en Colombie-Britannique. Les données de la base CompuScript de QuintilesIMS ont donné des tendances semblables, mais les totaux différaient. Afin de garantir la comparabilité des données de toutes les provinces, l'ICIS a cependant utilisé les données de QuintilesIMS pour analyser les tendances d'utilisation.
- Les opioïdes prescrits ne sont pas tous délivrés, et les opioïdes délivrés ne sont pas tous consommés. Actuellement, il n'est pas possible de déterminer la proportion d'ordonnances d'opioïdes non exécutées ni la quantité de médicaments prescrits non consommés. Il a été présumé que chaque timbre de fentanyl était utilisé pendant 3 jours. Toutefois, il n'est pas possible de déterminer si un timbre a été retiré plus tôt, ce qui diminuerait la quantité de médicament consommée.
- Cette étude inclut uniquement les opioïdes d'ordonnance qui ont été acquis au moyen d'une ordonnance rédigée par un fournisseur de soins de santé autorisé et délivrés dans une pharmacie communautaire, même si certains opioïdes ont été détournés de leur utilisation prévue.
- Les opioïdes obtenus autrement qu'au moyen d'une ordonnance, comme les médicaments en vente libre ou les drogues illicites, ne sont pas inclus.

## Annexe C : Les codes ATC et les DTQ utilisés dans l'analyse

Les tableaux suivants contiennent l'information utilisée pour définir les médicaments à inclure dans l'analyse et pour calculer les DTQ.

**Tableau C1** Liste des opioïdes d'ordonnance par nom chimique et code ATC

Nom chimique ou catégorie thérapeutique	Code ATC
Acide acétylsalicylique en association sauf aux psycholeptiques	N02BA51
Acide acétylsalicylique en association avec des psycholeptiques	N02BA71
Belladone	—
Butorphanol	N02AF01
Chlorzoxazone en association sauf aux psycholeptiques	M03BB53
Codéine	R05DA04
Codéine et acide acétylsalicylique	N02AJ07
Codéine et ibuprofène	N02AJ08
Codéine et autres analgésiques non opioïdes	N02AJ09
Codéine et paracétamol	N02AJ06
Codéine en association sauf aux psycholeptiques	N02AA59
Codéine en association avec des psycholeptiques	N02AA79
Dextropropoxyphène	N02AC04
Dihydrocodéine et acide acétylsalicylique	N02AJ02
Dihydrocodéine et paracétamol	N02AJ01
Fentanyl	N02AB03
Hydrocodone	R05DA03
Hydromorphone	N02AA03
Péthidine (mépéridine)	N02AB02
Méthocarbamol en association sauf aux psycholeptiques	M03BA53
Morphine	N02AA01
Nalbuphine	N02AF02
Opioïdes	N02A
Dérivés de l'opium et expectorants	R05FA02
Oxycodone	N02AA05
Oxycodone et acide acétylsalicylique	N02AJ18
Oxycodone et ibuprofène	N02AJ19
Oxycodone et paracétamol	N02AJ17
Oxycodone en association	N02AA55

Nom chimique ou catégorie thérapeutique	Code ATC
Paracétamol en association sauf aux psycholeptiques	N02BE51
Pentazocine	N02AD01
Propoxyphène	N02AC04
Tapentadol	N02AX06
Tramadol	N02AX02
Tramadol et dexkétoprofène	N02AJ14
Tramadol et autres analgésiques non opioïdes	N02AJ15
Tramadol et paracétamol	N02AJ13
Tramadol en association	N02AX52

**Tableau C2** Doses thérapeutiques quotidiennes (DTQ) établies par l'OMS pour les 6 opioïdes les plus prescrits<sup>44</sup>

Nom du médicament	DTQ
Oxycodone	75 mg
Hydromorphone	20 mg
Fentanyl (comprimés sublinguaux ou buccaux)	0,6 mg
Fentanyl (timbres transdermiques)	1,2 mg
Morphine	100 mg
Codéine	240 mg*
Tramadol	300 mg

**Remarque**

\* La DTQ de codéine a été définie selon la norme de l'OICS pour l'analgésie (240 mg par jour)<sup>2</sup>.

## Annexe D : Texte de remplacement pour les figures

### Texte de remplacement pour la figure 1 : Taux de doses thérapeutiques quotidiennes d'opioïdes d'ordonnance par 1 000 habitants, Canada\*, de 2012 à 2016

Le taux de doses thérapeutiques quotidiennes (DTQ) d'opioïdes d'ordonnance par 1 000 habitants au Canada a diminué chaque année de 2012 à 2016 : 6 858 en 2012, 6 748 en 2013, 6 697 en 2014, 6 546 en 2015 et 6 246 en 2016.

#### Remarques

\* Exclut les territoires.

DTQ : doses thérapeutiques quotidiennes

Exclut les formes posologiques injectables et rectales, car leur utilisation en pharmacie communautaire est relativement peu fréquente, et la quantité déclarée n'est pas toujours exacte.

Les données brutes par province et année sont accessibles dans le fichier Excel d'accompagnement

*Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes : tableaux de données.*

#### Source

CompuScript, QuintilesIMS Canada inc.

### Texte de remplacement pour la figure 2 : Nombre d'ordonnances exécutées (en millions) pour les 6 opioïdes les plus prescrits, Canada\*, de 2012 à 2016

Opioïde prescrit	2012	2013	2014	2015	2016
Codéine	7,7	7,4	7,3	7,1	6,9
Oxycodone	4,9	4,7	4,8	4,8	4,8
Hydromorphone	3,0	3,5	3,9	4,4	4,8
Morphine	1,8	1,9	2,0	2,0	2,1
Tramadol	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7
Fentanyl	0,8	0,8	0,8	0,8	0,7

#### Remarques

\* Exclut les territoires.

Les données brutes par province et année sont accessibles dans le fichier Excel d'accompagnement

*Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes : tableaux de données.*

#### Source

CompuScript, QuintilesIMS Canada inc.

**Texte de remplacement pour la figure 3 : Les 6 opioïdes les plus prescrits en fonction du nombre de DTQ délivrées (en millions), par année, Canada\*, de 2012 à 2016**

Opioïde prescrit	2012	2013	2014	2015	2016
Codéine	60,1	58,7	58,0	56,4	54,2
Hydromorphone	43,8	49,7	52,0	53,3	53,3
Oxycodone	61,0	53,7	53,1	52,3	50,4
Fentanyl	26,9	27,6	27,3	25,7	22,8
Morphine	25,1	25,2	24,2	22,7	21,1
Tramadol	15,5	16,3	17,2	18,2	19,1

**Remarques**

\* Exclut les territoires.

Exclut les formes posologiques injectables et rectales, car leur utilisation en pharmacie communautaire est relativement peu fréquente, et la quantité déclarée n'est pas toujours exacte.

Les données brutes par province et année sont accessibles dans le fichier Excel d'accompagnement *Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes : tableaux de données.*

**Source**

CompuScript, QuintilesIMS Canada inc.

**Texte de remplacement pour la figure 4 : Taux de doses thérapeutiques quotidiennes par 1 000 habitants pour les 6 opioïdes les plus prescrits, 2016, et pourcentage de variation de 2015 à 2016, Canada\***

Province	Dose thérapeutique quotidienne par 1 000 habitants, 2016	Pourcentage de variation de 2015 à 2016
T.-N.-L.	7 878	0,8 %
Î.-P.-É.	6 796	- 0,7 %
N.-É.	6 929	- 6,0 %
N.-B.	7 245	- 0,5 %
Qc	3 601	- 0,2 %
Ont.	6 867	- 5,7 %
Man.	7 379	- 0,6 %
Sask.	7 008	0,5 %
Alb.	7 955	- 2,1 %
C.-B.	5 496	- 11,7 %
Canada*	6 110	- 4,5 %

**Remarques**

\* Les données sur les territoires n'ont pas été déclarées.

Exclut les formes posologiques injectables et rectales, car leur utilisation en pharmacie communautaire est relativement peu fréquente, et la quantité déclarée n'est pas toujours exacte.

Les données brutes par province et année sont accessibles dans le fichier Excel d'accompagnement *Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes : tableaux de données.*

**Source**

CompuScript, QuintilesIMS Canada inc.

**Texte de remplacement pour la figure 5 : Nombre de personnes sur 1 000 ayant reçu une ordonnance d'opioïde, Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique, de 2011-2012 à 2015-2016**

Le nombre de personnes sur 1 000 qui ont reçu une ordonnance d'opioïde au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique a baissé chaque année de 2011-2012 à 2015-2016 : 132 en 2011-2012, 131 en 2012-2013, 129 en 2013-2014, 127 en 2014-2015 et 125 en 2015-2016.

**Source**

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

**Texte de remplacement pour la figure 6 : Nombre de personnes sur 1 000 ayant reçu une ordonnance d'opioïde, par groupe d'âge, Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique, de 2011-2012 à 2015-2016**

Groupe d'âge	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Moins de 15 ans	18,1	16,9	13,9	11,7	10,2
15-24 ans	100,6	96,9	94,2	90,9	87,8
25-44 ans	132,0	128,4	125,2	121,8	117,9
45-64 ans	171,4	170,8	170,7	168,9	166,3
65 ans et plus	211,8	211,2	209,4	209,7	206,8

**Remarque**

Les données brutes pour chaque année sont accessibles dans le fichier Excel d'accompagnement

*Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes : tableaux de données.*

**Source**

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

**Texte de remplacement pour la figure 7 :** Pourcentage des personnes à qui l'on a prescrit un opioïde qui ont reçu une ordonnance d'opioïde puissant\*, d'opioïde à usage chronique ou d'opioïde puissant à usage chronique, Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique, de 2011-2012 à 2015-2016

Année	Ordonnance d'opioïde puissant	Ordonnance de tout opioïde à usage chronique	Ordonnance d'opioïde puissant à usage chronique
2011-2012	23,8 %	16,3 %	7,6 %
2012-2013	23,9 %	16,7 %	7,7 %
2013-2014	24,7 %	16,9 %	7,8 %
2014-2015	25,2 %	16,9 %	7,9 %
2015-2016	25,3 %	17,1 %	7,8 %

**Remarques**

\* Les opioïdes puissants sont l'oxycodone, l'hydromorphone, la morphine et le fentanyl.

Les données brutes pour chaque année sont accessibles dans le fichier Excel d'accompagnement

*Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes : tableaux de données.*

**Source**

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

**Texte de remplacement pour la figure 8 :** Nombre de personnes sur 1 000 ayant reçu une ordonnance d'opioïde puissant\*, d'opioïde à usage chronique et d'opioïde puissant à usage chronique, par groupe d'âge, Manitoba, Saskatchewan et Colombie-Britannique, 2015-2016

Groupe d'âge	Ordonnance d'opioïde puissant	Ordonnance de tout opioïde à usage chronique	Ordonnance d'opioïde puissant à usage chronique
Moins de 15 ans	1,6	0,04	0,01
15-24 ans	11,7	1,1	0,4
25-44 ans	24,9	10,6	4,9
45-64 ans	42,2	34,5	15,5
65 ans et plus	69,3	53,5	25,0

**Remarque**

\* Les opioïdes puissants sont l'oxycodone, l'hydromorphone, la morphine et le fentanyl.

**Source**

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

# Références

1. Mallinckrodt Pharmaceuticals. [Product monograph: Methadose](#). Consulté le 14 février 2017.
2. Organe international de contrôle des stupéfiants. [Stupéfiants : évaluations des besoins du monde pour 2017 — statistiques pour 2015](#). 2017.
3. Gomes T et al. [Trends in high-dose opioid prescribing in Canada](#). *Le Médecin de famille canadien*. Septembre 2014.
4. Gouvernement du Canada. [Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues \(ECTAD\) : sommaire de 2015](#). Consulté le 12 juin 2017.
5. Qualité des services de santé Ontario. [Prescription d'opioïdes en Ontario](#). Consulté le 30 mai 2017.
6. Todd KH et al. [Pain in the emergency department: Results of the Pain and Emergency Medicine Initiative \(PEMI\) multicenter study](#). *The Journal of Pain*. Juin 2007.
7. Rosenblum A et al. [Opioids and the treatment of chronic pain: Controversies, current status, and future directions](#). *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. Octobre 2008.
8. Fields HL. [The doctor's dilemma: Opiate analgesics and chronic pain](#). *Neuron*. Février 2011.
9. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. [Opioïdes d'ordonnance \[sommaire canadien sur la drogue\]](#). Juillet 2015.
10. Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance; Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. [S'abstenir de faire du mal : répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada](#). Mars 2013.
11. Brands B et al. [Nonmedical use of opioid analgesics among Ontario students](#). *Le Médecin de famille canadien*. Mars 2010.
12. Fischer B et al. [Correlations between prescription opioid analgesic dispensing levels and related mortality and morbidity in Ontario, Canada, 2005–2011](#). *Drug and Alcohol Review*. Janvier 2014.
13. Dasgupta N et al. [Association between non-medical and prescriptive usage of opioids](#). *Drug and Alcohol Dependence*. Avril 2006.

14. Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. [L'utilisation d'opioïdes sur ordonnance dans les régimes publics d'assurance-médicaments du Canada, de 2006-2007 à 2012-2013](#). Consulté le 26 septembre 2016.
15. Fischer B et al. [Trends and changes in prescription opioid analgesic dispensing in Canada 2005–2012: An update with a focus on recent interventions](#). *BioMed Central Health Services Research*. Février 2014.
16. Murphy Y. et al. [Prescription opioid use, harms and interventions in Canada: A review update of new developments and findings since 2010](#). *Pain Physician Journal*. Juillet-août 2015.
17. Fischer B. et al. [Recent developments in prescription opioid-related dispensing and harm indicators in Ontario, Canada](#). *Pain Physician Journal*. Juillet 2015.
18. Van Hout MC, Norman IJ. [Misuse of non-prescription codeine containing products: Recommendations for detection and reduction of risk in community pharmacies](#). *International Journal of Drug Policy*. Janvier 2016.
19. Norman IJ et al. [Best practices and innovations for managing codeine misuse and dependence](#). *Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences*. Octobre 2016.
20. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). [SAMHSA reports highlight rise in tramadol-related hospital emergency department visits](#) [communiqué]. 14 mai 2015.
21. Khan S.; Publication du gouvernement du Canada, Services publics et Approvisionnement Canada. [Gazette du Canada : partie I](#). Juillet 2007.
22. Institut canadien d'information sur la santé. [Préjudices liés aux opioïdes au Canada](#). 2017.
23. Centers for Disease Control and Prevention. [CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain — United States, 2016](#). *Morbidity and Mortality Weekly Report*. Mars 2016.
24. College of Physicians and Surgeons of British Columbia. [Registrar's message — New CDC opioid guideline a game-changer](#). Consulté le 24 août 2017.
25. College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia. [College endorses the US Centers for Disease Control and Prevention's guidelines for prescribing opioids for chronic pain](#) [communiqué]. 1<sup>er</sup> juin 2016.

26. Sproule B.; Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. [Programmes de surveillance des ordonnances au Canada : examen des programmes et des pratiques exemplaires](#). 2015.
27. West NA, Dart RC. [Prescription opioid exposures and adverse outcomes among older adults](#). *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. Mai 2016.
28. Ginsburg et al. [Prescribing opioids to older adults: A guide to choosing and switching among them](#). *Geriatrics and Aging*. Janvier-février 2009.
29. Holbeach E., Yates P. [Prescribing in the elderly](#). *Australian Family Physician*. Octobre 2010.
30. Wooten JM. [Pharmacotherapy considerations in elderly adults](#). *Southern Medical Journal*. Août 2012.
31. Boak A et al.; Centre de toxicomanie et de santé mentale. [Drug Use Among Ontario Students, 1977–2015](#). 2015.
32. Edlund MJ et al. [The role of opioid prescription in incident opioid abuse and dependence among individuals with chronic non-cancer pain: The role of opioid prescription](#). *Clinical Journal of Pain*. Juillet 2014.
33. National Council on Alcoholism and Drug Dependence Inc. [Alcohol, Drug Dependence and Seniors](#). Consulté le 5 septembre 2017.
34. QuintilesIMS. [CompuScript](#). Consulté le 2 décembre 2016.
35. Institut canadien d'information sur la santé. [Dépenses en médicaments prescrits au Canada, 2016 : regard sur les régimes publics d'assurance-médicaments](#). 2016.
36. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. [Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2017](#). 2016.
37. Nielsen S et al. [A synthesis of oral morphine equivalents \(OME\) for opioid utilisation studies](#). *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. Juin 2016.
38. Moore PA et al. [Tramadol hydrochloride: Analgesic Efficacy compared with codeine, aspirin with codeine, and placebo after dental extraction](#). *Journal of Clinical Pharmacology*. Juin 1998.
39. Frenk SM et al. [Prescription Opioid Analgesic Use Among Adults: United States, 1999–2012](#). National Center for Health Statistics Data Brief. Février 2015.
40. World Health Organization. [WHO analgesic ladder: Which weak opioid to use at step two?](#). *Best Practice Journal*. Décembre 2008.

41. Busse JW; National Pain Centre, Université McMaster. [Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse](#). 2017.
42. Ballantyne JC. [Opioid therapy in chronic pain](#). *Physical Medical Rehabilitation Clinics North America*. Mai 2015.
43. Dunn KM et al. [Overdose and prescribed opioids: Associations among chronic non-cancer pain patients](#). *Annals of Internal Medicine*. Janvier 2010.
44. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. [ATC/DDD Index](#). Consulté le 10 octobre 2016.

**ICIS Ottawa**

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

**ICIS Toronto**

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

**ICIS Victoria**

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

**ICIS Montréal**

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

---

**icis.ca**

16195-0917

