



Canadian Centre
on Substance Abuse
Centre canadien de lutte
contre les toxicomanies

Partnership. Knowledge. Change.
Collaboration. Connaissance. Changement.

www.cclt.ca • www.ccsa.ca

Perceptions des professionnels de la santé de l'Alberta quant au mésusage de médicaments sur ordonnance

Rapport final

Avril 2015

Amy J. Porath-Waller, Ph. D.

Analyste principale, Recherche et politiques,
Centre canadien de lutte contre les toxicomanies

Jonathan E. Brown, Ph. D.

Applied Solutions & Consulting

Aarin P. Frigon, M.A., CRHA

Applied Solutions & Consulting

Perceptions des professionnels de la santé de l'Alberta quant au mésusage de médicaments sur ordonnance

Rapport final

Ce document est publié par le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT).

Citation proposée : Porath-Waller, A., J. Brown et A. Frigon. *Perceptions des professionnels de la santé de l'Alberta quant au mésusage de médicaments sur ordonnance*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2015.

© Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2015.

CCLT, 75, rue Albert, bureau 500
Ottawa (Ontario) K1P 5E7
Tél. : 613-235-4048
Courriel : info@ccsa.ca

Ce document a été produit grâce à une contribution financière de Santé Alberta. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Alberta.

Ce document peut aussi être téléchargé en format PDF au www.cclt.ca.

This document is also available in English under the title:

Perceptions among Alberta Healthcare Professionals of Prescription Drug Misuse

ISBN 978-1-77178-254-8



Table des matières

Résumé	1
L'enjeu	1
L'étude	1
Résultats	2
Analyse	3
Introduction	5
Perspectives des professionnels de la santé quant au MMO	6
Objectif de l'étude	10
Méthode	11
Élaboration du sondage	11
Mise à l'essai	13
Stratégie de recrutement et modalités de l'étude	13
Répondants	14
Analyse statistique	16
Résultats	18
Types de patients	18
Taux estimés d'ordonnances par catégorie de patients	19
Fréquence des cas connus de MMO	20
Fréquence du MMO suspecté	22
Caractéristiques cliniques du MMO	30
Facteurs de risque de MMO	36
Obstacles à la détection du MMO	39
Stratégies de prévention et de gestion du MMO	42
Communication entre les professionnels de la santé au sujet des ordonnances	47
Étudier les types de MMO	54
Analyse	56
Résumé des principales constatations et implications sur le plan de la pratique et de l'éducation	56
Orientations possibles pour la recherche	64
Limites	64



Conclusion	67
Références	68
Annexe A : Composition du comité d'experts.....	72
Annexe B : Données complémentaires	73



Auteurs

Amy Porath-Waller, Ph. D.

Supervision de la conception et de la gestion de l'étude, ainsi que de l'analyse et de l'interprétation des données; également, contribution à la rédaction du rapport.

Jonathan E. Brown, Ph. D.

Participation à la conception de l'étude, et à la collecte, à l'analyse et à l'interprétation des données; également, contribution à la rédaction du rapport.

Aarin P. Frigon, M.A., CRHA

Participation à la conception de l'étude, et à la collecte, à l'analyse et à l'interprétation des données; également, contribution à la rédaction du rapport.

Remerciements

Cette étude a reçu l'approbation éthique du Health Research Ethics Board of Alberta et a été produite grâce à une contribution financière de Santé Alberta. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de Santé Alberta.

Jonathan E. Brown et Aarin P. Frigon, d'Applied Solutions & Consulting, ont signé un contrat avec le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies pour travailler sur cette étude.

Conflits d'intérêts

Amy J. Porath-Waller n'a aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Jonathan E. Brown n'a aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Aarin P. Frigon n'a aucun conflit d'intérêts à déclarer.



Résumé

L'enjeu

Bien que les médicaments sur ordonnance comme les opioïdes, les stimulants, les sédatifs et les tranquillisants soient légaux et prescrits à des fins thérapeutiques, leur utilisation est associée à un certain nombre de méfaits. Il a été établi que la dépendance, le sevrage, les blessures, les surdoses et les décès associés à ces substances constituent des enjeux de santé et de sécurité publiques importants en Amérique du Nord. Par exemple, en 2010, près d'un décès sur huit était lié aux opioïdes chez les adultes de 25 à 34 ans en Ontario (Gomes et coll., 2014). Les professionnels de la santé jouent un rôle décisif dans la réponse à ce problème, mais peu d'études portent sur leur place dans la détection et la prévention du mésusage de médicaments sur ordonnance¹ (MMO) chez les patients; la plupart d'entre elles étaient centrées sur les opioïdes.

Cette étude portait sur les perceptions des professionnels de la santé de l'Alberta, soit les médecins et chirurgiens, les infirmières autorisées et praticiennes, les pharmaciens et les dentistes, à propos du mésusage d'opioïdes, de stimulants et de sédatifs et tranquillisants sur ordonnance. Une meilleure compréhension des perceptions des professionnels de la santé quant au MMO pourrait aider à orienter l'élaboration d'initiatives de sensibilisation et de prévention et, du coup, à améliorer la capacité du système à répondre à cette crise de santé et de sécurité publique.

L'étude

Dirigée par un comité de chercheurs et d'experts cliniques, cette étude a recueilli les perceptions de 1 063 professionnels de la santé sur :

1. l'ampleur et la répartition du MMO chez leurs patients;
2. les caractéristiques cliniques du MMO;
3. les facteurs de risque de MMO;
4. les obstacles à la détection du MMO chez leurs patients;
5. la communication entre les professionnels de la santé au sujet des ordonnances;
6. les stratégies de prévention et de gestion du MMO.

En plus d'améliorer la compréhension du MMO du point de vue de personnes qui travaillent de près avec les personnes touchées, les résultats de cette étude pourraient aider à orienter l'élaboration d'un outil de dépistage multidisciplinaire ciblant certaines catégories de médicaments.

¹ Aux fins de cette étude, le mésusage de médicaments sur ordonnance a été défini comme étant la prise d'un médicament à des fins médicales autres que celles prescrites ou indiquées, intentionnellement ou non, et que cette pratique entraîne des méfaits ou non.



Résultats

Estimations et caractéristiques cliniques des cas suspectés de MMO

La présente étude portait sur trois catégories de médicaments : les opioïdes, les stimulants et les sédatifs et tranquillisants. Selon ses constatations, les perceptions des professionnels de la santé quant au MMO dépendaient de la catégorie de médicaments et de certaines caractéristiques des patients. Plus précisément, les praticiens soupçonnaient que les patients adultes et les patients plus âgés, ainsi que les patients ayant reçu un diagnostic de santé mentale, s'adonnaient plus souvent au mésusage de sédatifs ou de tranquillisants que d'opioïdes ou de stimulants. En revanche, ils avaient l'impression que les patients souffrant de douleurs chroniques ou ayant des antécédents de toxicomanie étaient plus susceptibles de s'adonner au mésusage d'opioïdes sur ordonnance que de médicaments des autres catégories. Aucune différence n'a été observée entre les catégories de médicaments sur ordonnance en ce qui concerne les perceptions du mésusage chez les jeunes.

D'après les professionnels de la santé, les comportements suivants sont des indicateurs forts de MMO :

- modification du mode d'administration d'un médicament sur ordonnance;
- contrefaçon d'ordonnances;
- obtention d'ordonnances de plusieurs médecins;
- consultations auprès de plusieurs médecins;
- usage de médicaments non conforme à l'ordonnance.

Le fait que des membres de la famille ou des personnes soignantes expriment des craintes à propos de la consommation de médicaments sur ordonnance d'un patient était également un indicateur fort de MMO. Les pharmaciens étaient plus susceptibles que les médecins, les dentistes et les infirmières de voir le fait qu'un patient demande que certains médicaments ne soient pas facturés à son régime d'assurance habituel ou qu'ils soient délivrés dans le contenant d'origine du fabricant comme étant un indicateur important de MMO.

Facteurs de risque, détection et prévention du MMO

Bien que les répondants aient indiqué que les facteurs de risque de MMO sont habituellement trop difficiles à déterminer, ils étaient d'avis que la consommation d'alcool et de drogues actuelle ou antérieure pourrait être un facteur plus fort que les caractéristiques des patients, comme l'âge et le sexe. Les répondants estimaient que la détection du MMO est compliquée par des facteurs comme le manque d'honnêteté des patients, le manque de communication des professionnels de la santé avec les patients et leur famille et la réticence des professionnels de la santé à aborder le MMO avec leurs patients. Ils ont également signalé le manque de communication avec les autres professionnels de la santé concernés, l'accès limité à des spécialistes de la douleur chronique ou des dépendances et l'accès difficile aux bases de données provinciales sur les ordonnances comme étant des obstacles à la détection du MMO.

Le résultat le plus important est probablement le fait que des professionnels ont mentionné leur capacité à détecter le MMO était entravée par leur propre manque d'éducation et de formation ainsi que par le fait que les signes de mésusage peuvent être vagues et porter à confusion. Étant donné ces obstacles, il n'est pas étonnant que les répondants aient dit ne pas se sentir très aptes à



prévenir et gérer le MMO chez leurs patients. Des différences significatives ont été relevées entre les diverses professions en ce qui concerne la perception des professionnels quant à leur propre efficacité. Les infirmières étaient les moins susceptibles de déclarer que leurs efforts de lutte contre le MMO étaient efficaces, suivies par les pharmaciens, les dentistes et les médecins.

La plupart des répondants estimaient ne pas disposer d'un soutien adéquat pour prévenir et traiter le MMO. D'après eux, l'établissement de meilleurs liens avec des spécialistes de la douleur chronique et de la santé mentale serait la stratégie la plus efficace à cet égard. La deuxième stratégie la plus efficace serait l'élaboration de lignes directrices de gestion des risques dans les pratiques de prescription et l'offre de programmes d'éducation sur le sujet.

Communication entre les professionnels de la santé

En général, les répondants ont déclaré avoir des interactions positives avec les autres professionnels de la santé. Le plus souvent, leurs communications portaient sur les opioïdes sur ordonnance. Cependant, les pharmaciens ont déploré le fait que les médecins étaient difficiles à joindre par téléphone, tardaient à les rappeler et se montraient peu réceptifs à leurs préoccupations. D'après les répondants, la meilleure façon d'offrir des soins optimaux aux patients serait d'améliorer les communications entre professionnels de la santé. Pour ce faire, les professionnels devraient apprendre à travailler ensemble et à respecter leurs disciplines respectives. La mise en place d'une base de données qui permettrait à tous les professionnels de la santé d'accéder aux dossiers électroniques des patients et d'échanger des renseignements favoriserait également la communication interdisciplinaire.

Analyse

Pour autant que l'on sache, il s'agit de la première étude à examiner les perceptions des médecins, des dentistes, des pharmaciens et des infirmières quant au MMO. Bien qu'il existe certaines ressemblances dans les perceptions des quatre groupes, on note aussi des différences dans des domaines clés, ce qui illustre l'importance d'intégrer plusieurs professions et catégories de médicaments dans la recherche sur les méfaits associés à l'usage de médicaments sur ordonnance. Cette étude a également révélé que les professionnels de la santé ne perçoivent pas le MMO comme étant uniforme au sein d'une population : ils croient plutôt qu'il dépend de la catégorie de médicament ainsi que de certaines caractéristiques des patients.

Comme on l'a déjà mentionné, les répondants étaient d'avis qu'il est pratiquement impossible de repérer les facteurs de risque de MMO, mais qu'on peut percevoir certains comportements et caractéristiques pouvant évoquer ce problème. Ces résultats pourraient notamment servir à l'élaboration d'un outil de dépistage multidisciplinaire portant sur différentes catégories de médicaments et visant à faciliter la détection du MMO chez les patients. L'outil pourrait aider à contrer à la fois le stéréotypage du « profil de l'abuseur » et le traitement insuffisant des personnes qui ont légitimement besoin d'un soulagement de la douleur, deux problèmes mis en évidence dans le cadre de recherches antérieures. Comme les perceptions des professionnels quant au MMO peuvent être influencées par leurs préjugés et leurs expériences, il faudrait approfondir les recherches sur les facteurs pouvant donner lieu au MMO afin de valider les perceptions présentées dans cette étude.

Fait préoccupant : d'après les résultats de cette étude, les professionnels de la santé ne s'estiment pas très efficaces pour prévenir et gérer les méfaits associés à l'usage de médicaments sur ordonnance, et la majorité ne se sentent pas soutenus adéquatement pour y arriver. Ce n'est pas la



première fois que des résultats de ce genre émergent, des professionnels de la santé ayant signalé dans le cadre d'études antérieures recevoir peu de formation sur les dépendances et le traitement de la douleur. Les collègues et les associations professionnels sont bien placés pour reconnaître l'importance d'offrir une formation continue sur la détection du MMO et le potentiel de la mise en place de stratégies de dépistage, d'intervention rapide et d'orientation et de l'élaboration de lignes directrices, de politiques et de règlements sur la gestion des risques et les pratiques de prescription. De fait, le document *S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada*, publié en mars 2013, formule plusieurs recommandations visant à améliorer les efforts de prévention et à informer les professionnels de la santé des méfaits associés aux médicaments sur ordonnance.

Dans le cadre de la présente étude, des professionnels de la santé ont proposé des stratégies potentiellement efficaces pour lutter contre le MMO. Plus précisément, ils ont mentionné l'amélioration de la communication entre médecins et pharmaciens ainsi que l'établissement de liens avec des spécialistes de la douleur, de la santé mentale et des dépendances. La communication et le travail d'équipe entre professionnels devraient également être encouragés, ce qui pourrait passer par une évaluation des besoins de tous les intervenants concernés. Les planificateurs et les décideurs du système de santé pourraient simplifier les choses en améliorant le système de dossiers médicaux électroniques actuel. Le fait d'améliorer l'accès à ce système en l'ouvrant à tous les prescripteurs et les préparateurs ainsi qu'en y entrant tous les médicaments pourrait contribuer considérablement à la prévention et à la détection du MMO. Si ces mesures étaient mises en place, les professionnels de la santé seraient mieux outillés pour prévenir et détecter les problèmes de consommation de médicaments sur ordonnance chez leurs patients et pour réduire les méfaits associés.



Introduction

Les méfaits associés aux médicaments sur ordonnance comme les opioïdes, les stimulants et les sédatifs et tranquillisants sont en train de devenir une importante préoccupation de santé et de sécurité publiques partout en Amérique du Nord. Bien que ces médicaments soient légaux et prescrits à des fins thérapeutiques, ils comportent un potentiel de mésusage en raison de leurs propriétés psychoactives et des risques associés de dépendance psychologique et physique. Les médicaments sur ordonnance possèdent également un potentiel élevé de méfaits comme la dépendance, le sevrage, les blessures et la mort – p. ex. accident de la route, surdose accidentelle, suicide (Corneil, Elefante, May-Hadford, Goodison et Harris, 2012; Dhalla et coll., 2009; Groupe de travail d'experts sur la dépendance aux stupéfiants et substances contrôlées, 2012; Wild, Wolfe, Newton-Taylor et Kang, 2008). En outre, divers facteurs peuvent augmenter le risque de méfaits associés aux médicaments sur ordonnance, notamment les effets psychoactifs, l'accessibilité, la perception d'innocuité relative, les possibilités de détournement aux diverses étapes de la chaîne d'approvisionnement, les incitatifs économiques, la promotion faite par l'industrie pharmaceutique, la demande colossale, la proximité des marchés et le faible risque d'arrestation et de poursuites (CCLT, 2013).

On ne connaît pas la prévalence exacte du mésusage de médicaments sur ordonnance (MMO) au Canada, en partie en raison de l'incidence considérable que peut avoir la *définition* du problème sur les estimations (Shield, Ialomiteanu, Fischer et Rehm, 2013). La variabilité des estimations selon la définition que l'on utilise peut être déroutante. Le Canada est le deuxième consommateur mondial d'opioïdes sur ordonnance : 29 743 doses thérapeutiques quotidiennes normalisées d'opioïdes ont été consommées de 2010 à 2012 (Organe international de contrôle des stupéfiants, 2011). Fischer, Jones et Rehm (2014) se sont penchés sur les débits et les tendances de distribution d'opioïdes sur ordonnance par province de 2005 à 2012 en analysant un échantillon représentatif de 5 700 pharmacies de détail des quatre coins du pays. Leurs résultats ont révélé que la quantité totale d'opioïdes distribués par année avait augmenté considérablement dans toutes les provinces sauf l'Ontario. Ils ont toutefois observé une diminution en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan et en Ontario de 2011 à 2012.

Smith et ses collaborateurs (2008) ont comparé les données sur la distribution de benzodiazépines de 2000 à 2003 dans le cadre du régime d'assurance-médicament de la Nouvelle-Écosse (Pharmacare Programs) et de celui de l'Australie (Pharmaceutical Benefits Scheme). La population à l'étude était composée en grande partie de personnes de 65 ans et plus. L'étude a révélé que la consommation de benzodiazépines avait augmenté dans les deux échantillons pendant la période à l'étude et qu'elle était deux fois plus élevée en Nouvelle-Écosse qu'en Australie. Les auteurs ont avancé que le fort usage de benzodiazépines dans la province canadienne pourrait s'expliquer par la plus grande variété de ces médicaments en vente par rapport à l'Australie (17 contre 5). Les auteurs ont indiqué trouver ces résultats inquiétants, des études antérieures ayant révélé des taux de consommation de benzodiazépines significativement plus faibles dans les provinces de l'Atlantique par rapport au reste du pays.

Des données récentes de l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD) ont révélé que 24,1 % des Canadiens de 15 ans et plus déclaraient avoir consommé un psychotrope sur ordonnance en 2012, soit un taux pratiquement identique aux 22,9 % enregistrés en 2011 (Santé Canada, 2013). Parmi les répondants qui ont indiqué avoir pris un médicament sur ordonnance au cours de l'année précédente, 6,3 % ont révélé l'avoir fait de façon abusive, c'est-à-dire à des fins récréatives, pour l'expérience ou la sensation ou pour « d'autres raisons ». Parmi les trois catégories de médicaments sur ordonnance sur lesquelles portait



l'ESCCAD, les analgésiques opioïdes étaient les plus consommés en 2012 – un Canadien sur six (16,9 %) a déclaré en avoir pris au cours de l'année précédente, soit un taux équivalent à celui de 2011 (16,7 %). Parmi les Canadiens ayant pris des analgésiques opioïdes en 2012, 5,2 % ont indiqué l'avoir fait de façon abusive. Les taux de consommation de stimulants au cours de l'année précédente ont augmenté de 2011 à 2012, passant de 0,9 à 1,5 %. En revanche, la prévalence de la consommation de sédatifs et tranquillisants au cours de l'année précédente est demeurée stable en 2012 (10,2 %) par rapport à 2011 (9,1 %).

L'enquête a révélé que certains groupes présentaient des taux de consommation ou de mésusage de médicaments sur ordonnance ou de méfaits connexes supérieurs à ceux de l'ensemble de la population canadienne. Par exemple, en Ontario, 12,4 % des élèves de la 7^e à la 12^e année ont indiqué avoir pris un opioïde sur ordonnance en contexte non médical (c.-à-d. sans ordonnance, et sans la supervision d'un médecin) au cours de l'année 2013 (Boak, Hamilton, Adlaf et Mann, 2013). Les jeunes sont considérés comme étant plus à risque de méfaits associés à la consommation de médicaments prescrits parce qu'ils voient souvent ces substances comme un substitut sécuritaire aux drogues illicites vendues dans la rue (Stoddard et Huggett, 2012; Twombly et Holtz, 2008).

Les femmes constituent un autre groupe considéré comme étant à risque de méfaits associés aux médicaments sur ordonnance. Selon les données de l'ESCCAD de 2012, la prévalence de la consommation de psychotropes sur ordonnance au cours de l'année précédente était significativement plus élevée chez les femmes (26,7 %) que chez les hommes (21,3 %), tout comme celle de la consommation de sédatifs ou de tranquillisants – 12,8 % chez les femmes contre 7,5 % chez les hommes (Santé Canada, 2013). D'autres groupes pourraient être à risque de méfaits associés aux médicaments sur ordonnance, soit les personnes âgées, les Autochtones et les personnes atteintes de troubles psychiatriques ou concomitants. Il sera essentiel de mener des recherches approfondies pour déterminer l'ampleur et la nature des méfaits associés à la consommation de médicaments sur ordonnance chez ces groupes (CCLT, 2013).

En plus des méfaits pour la santé associés à la consommation de médicaments sur ordonnance, une intensification de l'activité criminelle de détournement des médicaments sur ordonnance des voies d'approvisionnement légales et réglementées vers le marché noir (Gendarmerie royale du Canada, 2010) a augmenté la pression sur les mesures d'application de la loi du Canada et potentiellement réduit leur efficacité. Bien qu'on manque d'estimations fiables sur les coûts du problème du mésusage de médicaments sur ordonnance au Canada, des recherches récentes menées aux États-Unis évaluent les coûts annuels liés à la prise d'opioïdes sur ordonnance à des fins non médicales à plus de 50 milliards de dollars; 94 % de ce montant est attribuable à la perte de productivité et à la criminalité (Hansen, Oster, Edelsberg, Woody et Sullivan, 2011).

Perspectives des professionnels de la santé quant au MMO

Peu d'études se sont concentrées sur la place des professionnels de la santé dans la détection et la prévention du MMO chez les patients, ou sur leur contribution involontaire à ce mésusage. La plupart des études réalisées jusqu'à maintenant étaient centrées sur les opioïdes et, dans une mesure moindre, sur les benzodiazépines, et elles portaient sur des échantillons de médecins, de pharmaciens et, à un degré plus faible, d'infirmières. D'autres se sont contentées d'examiner la prévalence du MMO sans tenir compte des manifestations cliniques ou des facteurs de risque des patients. Les études sur les perceptions des professionnels de la santé quant au MMO portaient généralement sur les problèmes de dépendance. Le fait de comprendre les perceptions et les expériences des professionnels de la santé à l'égard du MMO pourrait orienter l'élaboration



d'initiatives de sensibilisation et de prévention visant à répondre à cet important problème lié aux soins de santé et, ultimement, contribuer à réduire les méfaits associés.

Des recherches ont montré que les médecins hésitent à prescrire des opioïdes. Bhamb et ses collaborateurs (2006) se sont penchés sur un certain nombre d'études ayant conclu que les médecins craignent surtout que les opioïdes qu'ils prescrivent fassent l'objet d'un mésusage et que les patients y deviennent dépendants. Il a été suggéré que ces perceptions sont devenues problématiques, certains médecins étant maintenant réticents à prescrire des opioïdes même dans les cas où ils sont indiqués. Des études ont mis en évidence une telle réticence à l'égard des patients ayant des antécédents de toxicomanie (Baldacchino, Gilchrist, Fleming et Bannister, 2010; Potter et coll., 2001) ou souffrant de douleur chronique bénigne, c'est-à-dire non liée à un cancer (Bhamb et coll., 2006; Joranson et Gilson, 2001).

En plus d'influencer les pratiques de prescription des médecins, les caractéristiques des patients (p. ex. âge, antécédents de toxicomanie, douleur chronique bénigne) pourraient jouer un rôle dans le point de vue des professionnels de la santé quant à la détection du MMO (Baldacchino et coll., 2010; Cook, Marshall, Masci et Coyne, 2007; Joranson et Gilson, 2001; Potter et coll., 2001). L'étude qualitative de Baldacchino et ses collaborateurs (2010) a montré que les perceptions des médecins de patients ayant des antécédents de toxicomanie les amenaient à ajuster leurs pratiques de prescription. Par exemple, si un patient se présentait avec des antécédents de toxicomanie, les médecins adoptaient immédiatement des approches de prise en charge différentes et des régimes de prescription plus rigoureux que pour des patients aux symptômes semblables, mais sans antécédents d'abus. Par ailleurs, lorsqu'ils traitaient des patients ayant des antécédents de toxicomanie, les médecins avaient tendance à adopter une stratégie de prévention du MMO. Toutefois, ils étaient plus susceptibles d'avoir utilisé une stratégie d'intervention à cet égard chez les patients sans antécédents de toxicomanie.

Damestoy, Collin et Lalande (1999) ont examiné les perceptions des médecins à l'égard des personnes âgées ainsi que leur processus de prise de décision dans la prescription de psychotropes (p. ex. sédatifs, somnifères, anxiolytiques, antidépresseurs) dans le cadre d'entrevues semi-structurées. Les médecins étaient invités à décrire des patients ayant exhibé des comportements souvent associés au MMO (Payne, Gething, Moore et Reid, 2011; Monheit, 2010; Wenghofer et coll., 2011). Par exemple, certains patients ont été décrits comme étant très attachés à leurs médicaments, de sorte qu'ils étaient très réfractaires au changement et qu'ils s'agitaient ou se fâchaient lorsqu'on abordait leur consommation de médicaments. En outre, les médecins interrogés étaient d'avis que leurs patients s'adresseraient à un autre médecin s'ils n'étaient pas satisfaits de leur ordonnance. Toutefois, ces médecins croyaient également qu'il serait plus nuisible pour la santé de leurs patients de ne pas prescrire. Cette opinion pourrait s'expliquer par une perception négative du vieillissement et par une importance accrue accordée à la détérioration à court terme par rapport aux conséquences à long terme.

Une étude qualitative menée en 2007 par Cook et ses collaborateurs a mis en lumière des résultats semblables chez les personnes âgées en ce qui concerne la consommation de benzodiazépines. Les médecins en soins primaires ne voyaient pas la situation comme étant problématique, étant donné que les patients plus âgés n'exhibaient pas de comportements visant la recherche de médicaments ou l'accroissement de la posologie. Les médecins étaient également sceptiques à l'égard des risques potentiels de l'usage à long terme chez ces patients. Dans l'ensemble, ces résultats semblent indiquer que le point de vue des médecins concernant le vieillissement pourrait jouer un rôle dans la détection des méfaits associés à la consommation de médicaments sur ordonnance chez les personnes âgées et les interventions subséquentes. De plus, des médecins ont souligné prendre différentes mesures selon qu'il s'agit de la première ordonnance ou d'un suivi. Par exemple, lorsqu'ils délivraient une ordonnance initiale,



ils étaient prudents dans leur diagnostic et prescrivait des doses faibles et de petites quantités, ainsi qu'un nombre limité de renouvellements. Lorsqu'ils délivraient une ordonnance ayant déjà été prescrite, ils se voyaient plutôt comme des intermédiaires. Ainsi, les perceptions des médecins sur leur propre rôle dans le régime médical du patient pourraient influencer leur détection et leur prise en charge du MMO.

Payne et ses collaborateurs (2011) ont également conclu que l'âge du patient influençait la façon dont les fournisseurs de soins primaires abordent le MMO. Ils ont mené une étude qualitative sur les points de vue des médecins et des infirmières praticiennes quant à l'ampleur et au tableau clinique du mésusage et de l'abus de médicaments psychoactifs chez les patients de plus de 60 ans. Les répondants ont signalé un mésusage ou un abus de médicaments sur ordonnance chez un petit pourcentage seulement des patients plus âgés (environ 8 %). Ils ont mentionné plusieurs facteurs de risque de MMO, notamment les troubles mentaux, les antécédents de toxicomanie et les troubles cognitifs, mais considéraient qu'il leur était impossible de prédire lesquels de leurs patients étaient plus à risque de ce type de comportement. En ce qui concerne les manifestations cliniques du mésusage et de l'abus de médicaments sur ordonnance, les fournisseurs de soins primaires étaient d'avis que les comportements visant la recherche de médicaments étaient le signe le plus courant. Ces comportements se présentent sous de nombreuses formes chez les patients, notamment des appels multiples visant à vérifier que l'ordonnance mensuelle a été préparée, de nombreuses demandes de renouvellement précoce, ainsi que des consultations auprès de plusieurs médecins (le fait d'aller voir d'autres fournisseurs pour obtenir des ordonnances d'opioïdes ou de benzodiazépines). Les fournisseurs de soins primaires ont également relevé plusieurs obstacles à la détection du MMO, notamment le manque de communication (entre fournisseur et patient, entre fournisseur et personnes soignantes, et entre fournisseurs), les symptômes non spécifiques et l'absence de définitions normalisées adaptées à l'âge du mésusage et de l'abus.

Dans le cadre d'une autre étude canadienne, Morley-Forster, Clark, Speechley et Moulin (2003) ont réalisé des entrevues avec un échantillon représentatif à l'échelle nationale de 100 médecins ayant un intérêt défini pour les soins palliatifs ou la douleur bénigne. L'étude a révélé une réticence à utiliser les opioïdes pour soulager la douleur bénigne sévère, même chez les médecins possédant de l'expérience en traitement de la douleur chronique. Les répondants ont indiqué que c'est le risque de dépendance et d'abus ou de mésusage qui les retient le plus souvent de prescrire des opioïdes. En outre, près de 40 % des répondants ont indiqué que les longues listes d'attente posaient problème, car leur milieu de pratique comptait peu de spécialistes de la douleur et d'établissements de traitement spécialisés. Par ailleurs, près de 60 % des personnes interrogées étaient d'avis que le perfectionnement de la formation des médecins permettrait d'améliorer le traitement de la douleur.

Wenghofer et ses collaborateurs (2011) ont eux aussi souligné le besoin de formation approfondie des professionnels de la santé dans une étude portant sur les médecins en soins primaires de l'Ontario. Les résultats ont révélé que la plupart des médecins avaient déjà été témoin des effets indésirables associés aux opioïdes et craignaient de contribuer involontairement au risque de surdose et de dépendance de leurs patients. Les facteurs pouvant entraîner un incident indésirable le plus souvent mentionnés étaient la prise d'une dose plus élevée que celle prescrite, la prescription de doses trop élevées et la consommation d'alcool ou de sédatifs en combinaison avec des opioïdes. D'après les auteurs, il faudrait mettre en place des stratégies de sensibilisation visant à promouvoir les pratiques sécuritaires de prescription d'opioïdes, et ces stratégies devraient mettre l'accent sur les compétences cliniques nécessaires pour détecter, prévenir et prendre en charge la dépendance aux opioïdes ainsi que la surdose et le mésusage.

Lafferty, Hunter et Marsh (2006) ont réalisé un sondage auprès de 484 pharmaciens participant à trois programmes de formation continue en Floride. Leur étude a montré qu'une forte proportion des répondants (67,5 %) avaient reçu moins de deux heures de formation sur la dépendance et la toxicomanie, tandis que 29,2 % d'entre eux n'avaient reçu aucune formation sur la dépendance. En



outre, ceux qui avaient reçu plus de formation sur la dépendance et la toxicomanie se sentaient aussi plus à même de discuter de MMO avec leurs patients. Une autre étude récente menée aux États-Unis ($N=89$) a révélé que l'estimation du nombre de patients abusant des opioïdes était plus de deux fois plus élevée chez les pharmaciens que chez les prescripteurs (médecins et infirmières prescriptrices). Les chercheurs ont également conclu que les deux groupes considéraient que leur efficacité à discuter de l'abus de médicaments sur ordonnance avec leurs patients était faible (Hagemeier, Gray et Pack, 2013).

En revanche, dans le cadre d'une étude portant sur 739 pharmaciens de l'Utah et du Texas, Cochran, Lawson et Erickson (2013) ont observé que les pharmaciens étaient bien disposés à aider leurs patients s'adonnant au mésusage d'opioïdes et considéraient posséder l'assurance et les connaissances nécessaires pour le faire. En outre, près de la moitié des répondants étaient d'avis que les pharmaciens devraient jouer un rôle actif dans l'offre de services de dépistage et d'intervention rapide. Ensemble, ces résultats indiquent que, pourvu que les obstacles en matière d'éducation et de formation soient éliminés, les pharmaciens s'intéressent à la détection et à la prévention du mésusage des opioïdes sur ordonnance ainsi qu'aux interventions qui y sont associées.

Kahan et ses collaboratrices (2011) se sont penchées sur les croyances, les pratiques et les expériences de 652 pharmaciens ontariens à l'égard de la distribution d'opioïdes. La plupart des répondants se sont dits préoccupés par la consommation d'opioïdes de plusieurs ou de beaucoup de leurs patients. Leur inquiétude reposait sur des observations directes du comportement des patients, comme le renouvellement précoce et l'intoxication aux opioïdes. Des pharmaciens se sont également dits inquiets de certaines pratiques des médecins, comme la prescription de benzodiazépines en combinaison avec des opioïdes. De nombreux pharmaciens ont également mentionné avoir de la difficulté à faire part de leurs inquiétudes aux médecins : 43 % ont évoqué la difficulté à joindre les médecins directement par téléphone et 28 % ont déploré que les médecins tardaient souvent à les rappeler. Les auteurs suggèrent qu'il faudrait mettre en place d'urgence des stratégies systémiques visant à renforcer la sécurité de la prescription d'opioïdes et à améliorer la communication entre les médecins et les pharmaciens.

Sheridan et Butler (2011) se sont penchées sur les difficultés rencontrées par 16 pharmaciens communautaires et 17 omnipraticiens ayant eu à gérer des problèmes de comportements visant la recherche de médicaments et de MMO. Leurs résultats ont révélé que les deux groupes de professionnels de la santé étaient confrontés à une vaste gamme de difficultés dans la prise en charge du MMO, notamment la détection des comportements chez les patients, la façon de répondre aux demandes inappropriées, la vérification de la légitimité des demandes et la façon de réagir aux comportements menaçants. Les répondants ont également mentionné d'autres difficultés, comme les contraintes de temps et de charge de travail, qui réduisent la capacité et la volonté des professionnels de la santé à agir et à offrir une intervention quelconque au patient, et la violence verbale des patients à la recherche de médicaments.

Enfin, la Coalition on Prescription Drug Misuse [coalition sur la consommation abusive de médicaments d'ordonnance] (CoOPDM) a organisé en Alberta six groupes de discussion auxquels ont participé 69 personnes, notamment des personnes directement touchées, des professionnels de l'application de la loi, des pharmaciens, des fournisseurs de services de centres urbains, des travailleurs en santé mentale et en dépendance et des médecins (Goldblatt, 2009). L'étude a mis en évidence un certain nombre de défis généraux, notamment les consultations auprès de plusieurs médecins et les visites de plusieurs pharmacies; le manque de connaissances des prescripteurs et des patients sur les médicaments pouvant donner lieu à des pratiques de prescription et à une utilisation inappropriées; et les problèmes de communication entre fournisseurs de services, qui



compliquent l'évaluation et le suivi des problèmes ainsi que la coordination des interventions. Plus particulièrement, il s'est avéré que les médecins manquaient de formation sur l'évaluation et le traitement propres à la prise en charge de la douleur. Les auteurs ont également conclu que les médecins ne font pas toujours preuve de bon jugement lorsqu'ils prescrivent des médicaments (p. ex. prescription d'opioïdes à des personnes qui y sont dépendantes, prescription excessive de médicaments présentant un potentiel de dépendance élevé). Il s'est également avéré que les pharmaciens avaient de la difficulté à communiquer avec les médecins, en partie parce que ces derniers étaient difficiles à joindre et se montraient peu réceptifs aux questions sur leurs pratiques de prescription. La communication entre pharmacies était également difficile en raison de questions de confidentialité.

Objectif de l'étude

En réponse au problème grandissant des méfaits associés à la consommation de médicaments sur ordonnance au Canada, le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT), en partenariat avec le Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance, a publié récemment une stratégie pancanadienne exhaustive sur 10 ans : *S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada* (CCLT, 2013). Le document propose 58 recommandations visant à lutter contre les méfaits associés aux médicaments sur ordonnance au Canada dans les domaines de la prévention, de l'éducation, du traitement, de la surveillance et du suivi ainsi que de l'application de la loi. Nous en sommes à la deuxième année de la mise en œuvre de ces recommandations.

Dans son document *Creating Connections: Alberta's Addiction and Mental Health Strategy* [créer des liens : stratégie albertaine sur la toxicomanie et la santé mentale] (2011), le gouvernement de l'Alberta a reconnu l'importance du MMO ainsi que la nécessité d'améliorer la capacité de son effectif à répondre de façon efficace à ce problème grandissant touchant les soins de santé. En plus de la stratégie susmentionnée, le rapport *Prescription Drug Misuse in Alberta: Everyone's Problem* [mésusage des médicaments sur ordonnance en Alberta : l'affaire de tous] du bureau du médecin chef en santé publique de l'Alberta décrit une stratégie visant à améliorer la sécurité des patients en encourageant des pratiques de prescription sécuritaires (Gouvernement de l'Alberta, 2011). Il est donc essentiel d'acquérir une compréhension claire des perceptions des professionnels de la santé de l'Alberta à l'égard du MMO pour orienter l'élaboration de stratégies et de solutions locales ainsi que, ultimement, pour appuyer la mise en œuvre de la stratégie provinciale sur la toxicomanie et la santé mentale. C'est pourquoi le but de la présente étude était d'examiner les perceptions du problème du MMO chez un échantillon de professionnels de la santé de l'Alberta composé de médecins et de chirurgiens, d'infirmières autorisées, de pharmaciens et de dentistes.

Plus précisément, cette étude visait à circonscrire les perceptions des professionnels de la santé sur :

- l'ampleur et la répartition du MMO chez leurs patients;
- les caractéristiques cliniques du MMO;
- les facteurs de risque de MMO;
- les obstacles à la détection du MMO;
- la communication entre les professionnels de la santé au sujet des ordonnances;
- les stratégies de prévention et de gestion du MMO.

Nous avons également évalué un certain nombre de ces perceptions afin de déterminer si elles différaient d'un groupe de professionnels de la santé à l'autre.



Méthode

La présente étude est une étude transversale dans le cadre de laquelle des données auto-déclarées ont été recueillies au moyen d'un sondage anonyme en ligne. Le projet adoptait un modèle d'échange des connaissances intégré visant à favoriser la mise en œuvre et l'utilisation des résultats de recherche. Un comité d'experts a été créé : il comprenait des représentants du CCLT, de la CoOPDM, du Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance, du Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta, de l'Alberta Dental Association and College [association et ordre des dentistes de l'Alberta], de l'Alberta College of Pharmacists [ordre des pharmaciens de l'Alberta] et du College & Association of Registered Nurses of Alberta [collège & association des infirmières autorisées de l'Alberta] (CARNA). La liste des membres du comité se trouve à l'annexe A. Le comité d'experts a participé à l'élaboration du sondage et à l'interprétation des résultats de l'étude. Cette étude a reçu l'approbation éthique du Community Health Committee² [comité de santé communautaire] du Health Research Ethics Board of Alberta [conseil de recherche sur l'éthique en santé de l'Alberta] et a été financée par une contribution de Santé Alberta.

Élaboration du sondage

Une version préliminaire du sondage a été préparée à la lumière d'une revue de la littérature ainsi que de commentaires du comité d'experts. Le questionnaire comprenait surtout des questions fermées d'ordre quantitatif, ainsi qu'un petit nombre de questions ouvertes, et il prenait de 15 à 20 minutes à remplir. Pour augmenter les chances que tous les répondants utilisent le même concept du MMO pour répondre, les sondeurs ont ajouté la définition et les exemples suivants au début du sondage :

[Traduction]

Prise d'un médicament à des fins médicales autres que celles prescrites ou indiquées, intentionnellement ou non, et que cette pratique entraîne des méfaits ou non. Exemples de mésusage non intentionnel : prise inappropriée (p. ex. dose inappropriée) d'un médicament en raison d'une mauvaise compréhension des consignes ou de problèmes de mémoire. Exemples de mésusage intentionnel : prise inappropriée à des fins récréatives (p. ex. pour « être gelé ») ou pour les vertus thérapeutiques du médicament (p. ex. pour soulager la douleur, augmenter la concentration, mieux dormir, améliorer l'humeur).

Le sondage comptait huit sections. Dans la première, on demandait aux répondants d'estimer le pourcentage de leurs patients qui prenaient à ce moment des médicaments de chacune des catégories (opioïdes, stimulants, et sédatifs et tranquillisants) sur une échelle d'évaluation par quartiles. Toujours sur la même échelle, on demandait ensuite aux répondants d'estimer le pourcentage de leurs patients qui s'adonnaient au mésusage de chacune de ces trois catégories de médicaments sur ordonnance ou qui étaient soupçonnés de le faire. Cette section permettait aux répondants d'estimer le MMO pour différentes catégories de patients (p. ex. âge, antécédents de toxicomanie, diagnostic de santé mentale, douleur chronique) et donnait un aperçu des perceptions des professionnels de la santé quant à l'ampleur du MMO chez leurs patients.

Dans la deuxième section, on demandait aux répondants de coter certains comportements d'après leur force comme indicateurs de MMO. Les comportements à l'étude avaient été mis en évidence et abordés dans le cadre de travaux de recherche antérieurs comme étant des signes cliniques

² Anciennement le Community Research Ethics Board of Alberta [conseil d'éthique de la recherche de l'Alberta].



potentiels de MMO. Les participants devaient également répondre à deux questions ouvertes sur les autres comportements qui pourraient être indicateurs de MMO et les façons dont ils ont entamé des discussions avec leurs patients ou tenté de prendre en charge le MMO.

Dans la troisième section du sondage, on demandait aux répondants dans quelle mesure ils croyaient que certaines caractéristiques des patients représentaient des facteurs de risque de MMO. Par le passé, des chercheurs ont affirmé que les pratiques de prescription des professionnels de la santé pourraient être influencées par certaines caractéristiques des patients (p. ex. âge, sexe, antécédents de toxicomanie) et que ces caractéristiques pourraient accroître la probabilité que les professionnels soupçonnent les patients possédant ces caractéristiques de s'adonner au MMO (Baldacchino et coll., 2010; Cook et coll., 2007; Joranson et Gilson, 2001; Potter et coll., 2001).

Dans la quatrième section du sondage, on demandait aux répondants d'indiquer sur une échelle numérique dans quelle mesure certains facteurs représentent des obstacles à la détection du MMO chez les patients. Cette section contenait également des questions propres aux diverses professions des participants (médecins et chirurgiens, dentistes, pharmaciens et infirmières autorisées et infirmières praticiennes). Par exemple, seuls les médecins ont été questionnés sur l'obstacle que peut représenter le fait de ne pas être le médecin qui a posé le diagnostic initial. Cette approche a été choisie pour ne poser que les questions pertinentes aux participants. Les données issues de ces questions ont été utilisées pour cerner les domaines clés sur lesquels il faudra cibler les initiatives d'interventions en vue de renforcer la capacité des professionnels de la santé à détecter le MMO.

La cinquième section du sondage portait sur la perception des répondants quant à leur efficacité pour prévenir et gérer le MMO chez leurs patients. Les répondants étaient également appelés à coter l'efficacité potentielle de diverses stratégies visant à aider les professionnels de la santé à réagir au MMO. Les données issues de ces questions seront utilisées pour orienter les prochaines initiatives de sensibilisation et de prévention à l'intention des professionnels de la santé.

La sixième section portait sur la communication entre professionnels de la santé concernant la prescription d'opioïdes, de stimulants et de sédatifs et tranquillisants. Elle comprenait également des questions propres aux différents groupes de répondants. Des travaux antérieurs ont mis en évidence un certain nombre de problèmes pouvant survenir lorsque des membres de différentes professions de la santé interagissent ou non les uns avec les autres (Kahan et coll., 2011; Wenghofer et coll., 2011). Ensemble, les différents professionnels de la santé peuvent jouer un rôle important dans l'intervention face au MMO; c'est pourquoi il est nécessaire de comprendre les principaux aspects de leurs interactions.

La septième section du sondage consistait en un petit ensemble de questions sur les perceptions des répondants concernant les différents types de MMO. Des recherches antérieures ont soulevé des préoccupations quant à l'utilisation d'une définition fonctionnelle générale unique du MMO, qui ne tient pas compte des différentes motivations (Barrett, Meisner et Stewart, 2008; Zacny et Lichtor, 2008). Le mésusage peut être intentionnel soit à des fins récréatives (p. ex. pour « être gelé »), soit pour les vertus thérapeutiques du médicament (p. ex. prendre un opioïde comme somnifère plutôt que comme analgésique, ce pour quoi il a été prescrit). Les données issues de ces questions aideront à déterminer si les professionnels de la santé font les mêmes distinctions dans leurs définitions.

La dernière section comprenait des questions démographiques visant à définir les caractéristiques de l'échantillon.



Mise à l'essai

Une version préliminaire du sondage a fait l'objet d'une mise à l'essai visant à vérifier si des professionnels de la santé comprendraient bien les questions et seraient en mesure d'y répondre. Le temps requis pour répondre au sondage en ligne a également été évalué. Les membres du comité d'experts ont été invités à recruter un échantillon de commodité. Les répondants potentiels étaient priés de communiquer avec l'équipe de recherche pour en savoir plus sur l'objectif et l'échéancier de la mise à l'essai. Ceux qui ont accepté de participer à la mise à l'essai ont reçu un lien vers le sondage en ligne, auquel ils pouvaient répondre au moment qui leur convenait. Ensuite, à un moment fixé à l'avance, les répondants ont pris part à un groupe de discussion en ligne pour discuter du contenu du sondage, de la compréhension des questions, de la validité apparente et du temps requis pour y répondre. Les participants ont reçu une rétribution de 20 \$.

En tout, trois pharmaciens, trois infirmières et un dentiste ont participé à une des deux discussions en groupe d'une heure. Au cours de ces séances, ils ont souligné certains problèmes de formulation dans la section sur les données démographiques, qui ont donné lieu à des révisions mineures. Ils ont également émis des réserves quant à la première section, dans laquelle on demandait aux répondants d'estimer le pourcentage de patients auxquels ils avaient délivré une ordonnance, qui étaient reconnus comme faisant un mésusage, et qui étaient soupçonnés de s'adonner au mésusage pour chacune des trois catégories de médicaments sur ordonnance. Dans la version préliminaire du sondage, il s'agissait de questions ouvertes, de sorte que les répondants pouvaient indiquer une valeur de 0 à 100 %. Lors de la mise à l'essai, les participants ont mentionné que ces questions demandaient un temps considérable, surtout pour ceux avec des patients de toutes les catégories. À la suite des discussions en groupe, ces questions ouvertes ont été remplacées par des questions à choix de réponse utilisant une échelle d'évaluation par quartiles afin de permettre aux répondants d'estimer rapidement la proportion de leurs patients dans le groupe en question.

Stratégie de recrutement et modalités de l'étude

Les participants ont été recrutés au sein des quatre groupes de professionnels de la santé de l'Alberta suivants :

- Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta (CPSA)
- Alberta Dental Association and College (ADA+C)
- Alberta College of Pharmacists (ACP)
- College & Association of Registered Nurses of Alberta (CARNA)

Chacun de ces collèges et associations possédait une base de données de ses membres actuels. Ensemble, les quatre bases de données constituaient la base d'échantillonnage de l'étude. Tous les membres inscrits des quatre organisations susmentionnées étaient admissibles à l'étude.

Comme le résume le tableau 1, les participants ont été recrutés au moyen de cinq méthodes³. D'abord, l'ACP et le CARNA ont transmis à l'équipe de recherche les bases de données contenant les adresses courriel de leurs membres ayant accepté de participer à l'étude. La base de données des pharmaciens comptait 3 798 adresses, tandis que celle des infirmières en contenait 16 005. L'équipe du sondage a écrit directement aux pharmaciens et aux infirmières pour les inviter à

³ Tous les documents utilisés pour recruter les participants et communiquer avec eux, y compris le questionnaire lui-même, sont disponibles sur demande.



répondre au sondage; le courriel comprenait une brève description de l'étude ainsi qu'un lien vers le questionnaire en ligne. On y précisait également que pour chaque questionnaire rempli, l'équipe de recherche ferait un don de 10 \$ à la Croix-Rouge pour aider les personnes touchées par les inondations de l'Alberta.

Tableau 1 : Stratégie de recrutement

Méthode de recrutement	CPSA	ADA+C	ACP	CARNA
Courriel envoyé directement par l'équipe de recherche			4	4
Courriel envoyé directement par le collègue ou l'association		2	1	
Annonce publiée dans le bulletin du collègue ou de l'association	2		1	
Lien vers le sondage publié sur le site Web du collègue ou de l'association	Oui	Oui		
Envoi de publicité postale	10 460	2 153	3 882	

Lorsque les répondants accédaient au sondage, ils recevaient des renseignements supplémentaires sur la démarche et devaient fournir leur consentement éclairé avant de poursuivre. Les pharmaciens et les infirmières ont reçu des rappels par courriel deux, neuf et douze semaines après le premier courriel. Il est important de mentionner que la base de données des courriels des infirmières contenait un grand nombre d'adresses invalides : le courriel initial n'a donc été transmis qu'à 14 751 adresses valides.

La deuxième méthode de recrutement consistait à envoyer un courriel aux répondants potentiels par l'intermédiaire de leur collègue ou de leur association. L'ACP a envoyé un courriel aux pharmaciens, tandis que l'ADA+C a envoyé deux courriels aux dentistes. La troisième méthode de recrutement était l'annonce du sondage dans les bulletins des collèges et des associations. Le CPSA a publié un lien vers le sondage dans deux numéros de son bulletin mensuel et l'ACP a fait de même dans un numéro de son bulletin mensuel. La quatrième méthode, qui consistait à publier un lien vers le sondage sur les sites Web des collèges et des associations, a été adoptée par le CPSA et l'ADA+C.

Pendant le déploiement des méthodes de recrutement susmentionnées, il est devenu évident que les taux de participation des médecins, dentistes et pharmaciens seraient beaucoup plus faibles que prévu. Une cinquième méthode a donc été ajoutée, soit l'envoi de cartes postales annonçant le sondage. L'ACP et l'ADA+C ont transmis les adresses postales de leurs membres à l'équipe de recherche, tandis que celles des membres du CPSA se trouvaient sur le site Web du Collège. Aucune carte postale n'a été envoyée aux membres du CARNA, dont le taux de participation correspondait aux attentes. En tout, 16 495 cartes ont été envoyées à des professionnels de la santé de l'Alberta.

Après avoir répondu au sondage, les participants ont reçu un message leur rappelant l'objectif de l'étude et les coordonnées des chercheurs, avec un lien vers des ressources supplémentaires sur le sujet. Les données ont été recueillies du 13 novembre 2013 au 21 février 2014.

Répondants

En tout, 1 063 professionnels de la santé des quatre coins de l'Alberta ont répondu au sondage. Le tableau 2 présente la répartition de l'échantillon entre les quatre groupes de professionnels de la santé ainsi qu'entre les zones de service de Santé Alberta où les répondants ont déclaré travailler. Les infirmières constituaient le plus grand groupe de répondants, soit 61,1 % de l'échantillon total.



Tableau 2 : Répartition de l'échantillon entre les professions et les zones de service

Groupe de professionnels Nombre total (%)	Médecins 99 (9,3 %)	Dentistes 112 (10,5 %)	Pharmaciens 202 (19,0 %)	Infirmières 650 (61,1 %)	Total 1 063
Nord	8,1 %	11,6 %	10,4 %	10,5 %	10,3 %
Edmonton	26,3 %	37,5 %	35,1 %	30,8 %	31,9 %
Centre	13,1 %	11,6 %	11,4 %	10,5 %	11,0 %
Calgary	33,3 %	31,3 %	31,2 %	34,3 %	33,3 %
Sud	12,1 %	3,6 %	7,4 %	9,5 %	8,7 %
Multiples	3,0 %	0,9 %	2,0 %	1,4 %	1,5 %
Ne sait pas	1,0 %	0	1,0 %	0,6 %	0,7 %

La répartition des répondants entre les zones de service de Santé Alberta était uniforme d'un groupe à l'autre. Les analyses n'ont révélé aucun lien significatif entre le groupe de participants et la zone de service : $\chi^2 (18, N=1\ 036) = 14,28, p = 0,711$. Il est difficile de comparer la répartition de l'échantillon à celle dans la population, étant donné que seul l'ADA+C utilise les mêmes zones régionales. D'après les données de l'ADA+C, les régions du Nord, d'Edmonton, du Centre, de Calgary et du Sud représentent respectivement 8,3 %, 38,0 %, 8,2 %, 39,4 % et 6,3 % des membres. Le CARNA utilise des limites géographiques semblables à celles des zones de service de Santé Alberta, d'après lesquelles on peut estimer les proportions dans les régions du Nord, d'Edmonton, du Centre, de Calgary et du Sud à 8 %, 36 %, 9 %, 37 % et 7 %, respectivement. Il n'a pas été possible d'obtenir des données géographiques semblables du CPSA ou de l'ACP. Compte tenu des données sur la population de l'ADA+C et du CARNA et du fait que les échantillons de chacun des groupes de l'étude étaient distribués de façon semblable, il a été possible de conclure que l'échantillon était représentatif de la population sur le plan géographique.

En ce qui concerne la taille de la ville ou du village où travaillaient les répondants, 65,9 % ont indiqué travailler dans une ville de plus de 100 000 habitants, 10,8 % dans une ville de 60 000 à 99 999 habitants et 23,3 % dans une localité de moins de 60 000 habitants. En outre, 77,3 % des répondants ont dit travailler en milieu urbain, ce qui concorde avec les résultats susmentionnés.

Sexe, âge et nombre d'années de pratique des répondants

L'échantillon était composé surtout de femmes (77,1 %), et les répondants étaient âgés de 21 à 81 ans ($\mu = 46,40, \sigma = 12,50$). Le tableau 3 présente les moyennes et les écarts-types de l'âge, du nombre d'années de pratique et du nombre d'années d'inscription en Alberta des répondants des quatre groupes. Une différence a été observée entre les groupes en ce qui concerne l'âge des répondants : $F(3, 1\ 007) = 16,41, p < 0,001$. Une correction de Bonferroni visant à diminuer le risque d'erreur de type I a révélé que les pharmaciens étaient, en moyenne, plus jeunes que les répondants des trois autres groupes de professionnels (dans tous les cas, $p < 0,001$).



Tableau 3 : Âge moyen, nombre d'années de pratique et nombre d'années d'inscription en Alberta des répondants

Caractéristiques des patients	Médecins	Dentistes	Pharmaciens	Infirmières	Total
Âge (σ)	48,95 (12,62)	46,59 (12,87)	40,99 (11,78)	47,69 (11,78)	46,40 (12,50)
Nombre d'années de pratique (σ)	21,03 (13,30)	20,62 (13,13)	16,52 (12,34)	21,58 (12,94)	20,45 (13,00)
Nombre d'années d'inscription en Alberta (σ)	16,35 (12,00)	18,70 (13,24)	15,53 (12,26)	18,66 (11,99)	17,85 (12,23)

Les répondants avaient de 0 à 55 années de pratique ($\mu = 20,45$, $\sigma = 13,00$), et des différences entre les groupes ont été relevées : $F(3, 1\ 037) = 7,89$, $p < 0,001$. Des analyses ont révélé que les pharmaciens exerçaient depuis moins longtemps que les médecins ($p = 0,029$), les dentistes ($p = 0,045$) et les infirmières ($p < 0,001$). Les répondants étaient inscrits en Alberta depuis 0 à 50 ans ($\mu = 17,85$, $\sigma = 12,23$), et ce nombre différait entre les groupes de professionnels : $F(3, 1\ 037) = 4,02$, $p = 0,007$. Plus particulièrement, les pharmaciens indiquaient être inscrits depuis moins longtemps que les infirmières ($p = 0,01$), ce qui concorde avec leur âge inférieur.

Domaine de spécialité des répondants

Parmi les 99 médecins qui ont répondu au sondage, 63,9 % ont indiqué travailler en médecine familiale, 12,4 % en médecine d'urgence, 6,2 % en psychiatrie et 4,1 % en médecine interne. Les 13,4 % restants travaillaient dans des domaines de spécialité comme l'anesthésie et l'obstétrique. En tout, 78,6 % des médecins répondants ont dit avoir fait leurs études médicales au Canada.

Au total, 85,4 % des 112 dentistes qui ont participé à l'étude ont indiqué travailler en dentisterie générale, 5,2 % en orthodontie et 3,1 % en parodontie. Les 6,3 % restants travaillaient dans divers domaines, comme la pédodontie, l'endodontie et la prosthodontie. La plupart d'entre eux (87,5 %) avaient fait leurs études dentaires au Canada.

Parmi les 202 pharmaciens de l'échantillon, 69,2 % ont indiqué travailler dans une pharmacie communautaire, 18,9 % en milieu hospitalier et 11,9 % dans un autre type de pharmacie (p. ex. réseau de soins primaires, clinique de soins ambulatoires). Dans l'ensemble, 93 % des pharmaciens ont dit avoir suivi leur formation au Canada.

Des 650 infirmières qui ont participé à l'étude, 93,9 % ont indiqué être des infirmières autorisées, et 4,5 %, des infirmières praticiennes. Les 1,6 % restants se disaient d'un autre type, comme des infirmières cliniciennes spécialisées. Au total, 96,9 % avaient suivi un enseignement infirmier au Canada.

Analyse statistique

Les analyses quantitatives ont été effectuées au moyen du logiciel SPSS 20.0 (Statistical Package for the Social Sciences) et comprenaient des tests paramétriques (analyse de la variance à un facteur, tests de Student pour échantillons appariés) et non paramétriques (test de Friedman, test de Wilcoxon pour observations appariées, test du chi carré). Dans les analyses comprenant un volet de statistique déductive, un critère de décision normalisé de $\alpha = 0,05$ a été utilisé. Une correction de Bonferroni a été appliquée à toutes les comparaisons par paires.



Les données qualitatives ont été analysées à l'aide d'une méthode d'analyse thématique inductive respectant les méthodes énoncées par Braun et Clarke (2006) et Firth et Gleeson (2004). Cette approche vise à interpréter les données plutôt que de s'en servir pour étayer des conceptions théoriques antérieures, ce qui se produit lorsqu'on utilise une approche déductive (Patton, 2002). Tous les aspects de cette analyse ont été gérés au moyen du logiciel NVivo 9.2.



Résultats

Types de patients

En moyenne, les répondants ont dit consacrer 61,2 % ($\sigma = 36,73$) de leur temps au travail à prodiguer des soins à leurs patients. On a demandé aux professionnels de la santé d'indiquer quel pourcentage de leurs patients, le cas échéant, pouvait être classé dans chacune des catégories suivantes :

- Jeunes (10 à 24 ans)
- Adultes (25 à 64 ans)
- Personnes âgées (65 ans et plus)
- Patients souffrant de douleur chronique
- Patients présentant des symptômes non spécifiques
- Patients ayant des antécédents de toxicomanie
- Patients ayant reçu un diagnostic de santé mentale

Les réponses ont été comptabilisées à l'aide d'une échelle d'évaluation par quartiles; les catégories utilisées étaient 1 à 25 %, 26 à 50 %, 51 à 75 % et 76 à 100 %. S'ils n'avaient aucun patient dans une catégorie, les répondants pouvaient choisir l'option « sans objet ». Comme l'indique le tableau 4, les jeunes représentaient la catégorie de patients la moins fréquente, tandis que les adultes et les personnes âgées constituaient la proportion la plus élevée de patients. Les patients souffrant de douleur chronique, présentant des symptômes non spécifiques, ayant des antécédents de toxicomanie ou un ayant reçu un diagnostic de santé mentale étaient peu souvent signalés par la majorité des professionnels de la santé.

Tableau 4 : Pourcentages de types de patients dont s'occupent les professionnels de la santé

Catégorie de patients	Sans objet	1 à 25 %	26 à 50 %	51 à 75 %	76 à 100 %
Jeunes (10 à 24 ans)	22,4 %	57,0 %	14,3 %	2,9 %	3,5 %
Adultes (25 à 64 ans)	9,5 %	16,5 %	44,5 %	23,9 %	5,6 %
Personnes âgées (65 ans et plus)	12,3 %	26,4 %	26,7 %	22,1 %	12,5 %
Patients souffrant de douleur chronique	10,5 %	54,5 %	20,3 %	11,1 %	3,7 %
Patients présentant des symptômes non spécifiques	16,0 %	55,8 %	18,1 %	7,8 %	2,3 %
Patients ayant des antécédents de toxicomanie	12,9 %	62,1 %	14,5 %	7,0 %	3,5 %
Patients ayant reçu un diagnostic de santé mentale	9,5 %	51,2 %	22,5 %	9,2 %	7,6 %



Taux estimés d'ordonnances par catégorie de patients

On a demandé aux répondants d'estimer, à l'aide de l'échelle par quartiles, le pourcentage de patients de chaque catégorie à qui on avait prescrit des opioïdes, des stimulants et des sédatifs ou tranquillisants. Selon les données du tableau 5, les professionnels de la santé ont estimé que les opioïdes étaient peu prescrits aux jeunes patients. En comparaison, les opioïdes étaient prescrits le plus souvent aux patients souffrant de douleur chronique.

Tableau 5 : Estimations des pourcentages de patients de chaque catégorie ayant une ordonnance d'opioïdes

Catégorie de patients	1 à 25 %	26 à 50 %	51 à 75 %	76 à 100 %
Jeunes (10 à 24 ans)	86,4 %	6,4 %	3,2 %	4,0 %
Adultes (25 à 64 ans)	51,7 %	28,2 %	12,9 %	7,2 %
Personnes âgées (65 ans et plus)	53,4 %	26,3 %	13,7 %	6,6 %
Patients souffrant de douleur chronique	21,2 %	22,1 %	30,4 %	26,2 %
Patients présentant des symptômes non spécifiques	58,6 %	23,8 %	13,4 %	4,1 %
Patients ayant des antécédents de toxicomanie	49,5 %	25,7 %	15,2 %	9,6 %
Patients ayant reçu un diagnostic de santé mentale	59,5 %	23,4 %	12,5 %	4,7 %

Comme l'indique le tableau 6, entre 39,4 et 43,7 % des professionnels de la santé ont estimé qu'aucun de leurs patients jeunes ou âgés, souffrant de douleur chronique, présentant des symptômes non spécifiques ou ayant des antécédents de toxicomanie ne possédait une ordonnance de stimulants. Parmi les professionnels de la santé qui avaient des patients à qui on avait prescrit des stimulants, la plupart (de 80,6 à 87,5 %) ont indiqué qu'il ne s'agissait que de 1 à 25 % de leurs patients.



Tableau 6 : Estimations des pourcentages de patients de chaque catégorie ayant une ordonnance de stimulants

Catégorie de patients	1 à 25 %	26 à 50 %	51 à 75 %	76 à 100 %
Jeunes (10 à 24 ans)	85,9 %	10,5 %	3,1 %	0,1 %
Adultes (25 à 64 ans)	85,9 %	11,9 %	2,1 %	0,1 %
Personnes âgées (65 ans et plus)	87,5 %	10,4 %	2,1 %	0,0 %
Patients souffrant de douleur chronique	82,5 %	13,2 %	3,1 %	1,2 %
Patients présentant des symptômes non spécifiques	85,0 %	12,0 %	2,7 %	0,4 %
Patients ayant des antécédents de toxicomanie	80,6 %	13,5 %	4,4 %	1,5 %
Patients ayant reçu un diagnostic de santé mentale	72,3 %	18,6 %	6,7 %	2,4 %

Enfin, d'après les données du tableau 7, les professionnels de la santé ont estimé que les sédatifs ou tranquillisants étaient plus souvent prescrits aux patients plus âgés ou aux patients souffrant de douleur chronique ou ayant reçu un diagnostic de santé mentale.

Tableau 7 : Estimations des pourcentages de patients de chaque catégorie ayant une ordonnance de sédatifs ou tranquillisants

Catégorie de patients	1 à 25 %	26 à 50 %	51 à 75 %	76 à 100 %
Jeunes (10 à 24 ans)	88,1 %	8,5 %	2,5 %	1,0 %
Adultes (25 à 64 ans)	47,1 %	36,0 %	12,5 %	4,4 %
Personnes âgées (65 ans et plus)	34,0 %	31,1 %	24,3 %	10,5 %
Patients souffrant de douleur chronique	30,8 %	31,5 %	26,8 %	10,8 %
Patients présentant des symptômes non spécifiques	48,7 %	29,4 %	16,9 %	4,9 %
Patients ayant des antécédents de toxicomanie	42,9 %	27,8 %	18,4 %	10,9 %
Patients ayant reçu un diagnostic de santé mentale	31,6 %	27,5 %	23,8 %	17,1 %

Fréquence des cas connus de MMO

Lorsqu'on leur a demandé d'évaluer le pourcentage de leurs patients qui, à leur connaissance, font un mésusage de leurs médicaments d'ordonnance, la plupart des professionnels de la santé (de 76,5 à 87,7 %) ont indiqué n'être au fait que d'un faible pourcentage de jeunes, d'adultes et de personnes âgées (de 1 à 25 %) faisant un mésusage d'opioïdes (tableau 8). En comparaison, les répondants étaient au courant d'un pourcentage plus élevé (de 26 à 50 %) de cas de mésusage



d'opioïdes chez les patients ayant des antécédents de toxicomanie, présentant des symptômes non spécifiques, souffrant de douleur chronique ou ayant reçu un diagnostic de santé mentale.

Tableau 8 : Estimations des pourcentages de patients de chaque catégorie qui s'adonnent au mésusage d'opioïdes

Catégorie de patients	1 à 25 %	26 à 50 %	51 à 75 %	76 à 100 %
Jeunes (10 à 24 ans)	87,7 %	8,7 %	2,5 %	1,0 %
Adultes (25 à 64 ans)	76,5 %	17,4 %	4,8 %	1,3 %
Personnes âgées (65 ans et plus)	81,6 %	13,1 %	4,9 %	0,5 %
Patients souffrant de douleur chronique	61,5 %	20,5 %	13,5 %	4,5 %
Patients présentant des symptômes non spécifiques	67,8 %	21,2 %	8,4 %	2,7 %
Patients ayant des antécédents de toxicomanie	51,2 %	24,0 %	14,8 %	10,0 %
Patients ayant reçu un diagnostic de santé mentale	66,4 %	19,2 %	11,4 %	3,1 %

Selon les réponses aux questions relatives aux stimulants sur ordonnance (voir le tableau 9), la plupart des professionnels de la santé (de 68,7 à 90,2 %) ont indiqué que le mésusage connu de stimulants était peu fréquent dans l'ensemble des catégories de patients.

Tableau 9 : Pourcentages de patients de chaque catégorie qui s'adonnent au mésusage de stimulants

Catégorie de patients	1 à 25 %	26 à 50 %	51 à 75 %	76 à 100 %
Jeunes (10 à 24 ans)	86,5 %	9,9 %	2,8 %	0,7 %
Adultes (25 à 64 ans)	84,9 %	11,0 %	4,0 %	0,2 %
Personnes âgées (65 ans et plus)	90,2 %	7,4 %	2,2 %	0,2 %
Patients souffrant de douleur chronique	80,9 %	13,5 %	4,9 %	0,6 %
Patients présentant des symptômes non spécifiques	82,7 %	11,8 %	4,9 %	0,7 %
Patients ayant des antécédents de toxicomanie	68,7 %	17,9 %	9,1 %	4,3 %
Patients ayant reçu un diagnostic de santé mentale	77,9 %	13,3 %	6,5 %	2,3 %

Comme l'indique le tableau 10, les professionnels de la santé ont indiqué être au courant de cas de mésusage de sédatifs ou tranquillisants chez un pourcentage plus élevé (de 26 à 50 %) de leurs patients dans toutes les catégories, à l'exception des jeunes. Un petit nombre de répondants (de 10,4 à 12,7 %) ont indiqué être au courant du mésusage de sédatifs ou tranquillisants chez pas moins de 51 à 75 % de leurs patients ayant des antécédents de toxicomanie, ayant reçu un diagnostic de santé mentale ou souffrant de douleur chronique.

**Tableau 10 : Pourcentages de patients de chaque catégorie qui s'adonnent au mésusage de sédatifs ou tranquillisants**

Catégorie de patients	1 à 25 %	26 à 50 %	51 à 75 %	76 à 100 %
Jeunes (10 à 24 ans)	88,0 %	8,7 %	2,6 %	0,7 %
Adultes (25 à 64 ans)	70,1 %	21,8 %	7,0 %	1,1 %
Personnes âgées (65 ans et plus)	69,8 %	19,7 %	9,1 %	1,4 %
Patients souffrant de douleur chronique	60,4 %	25,0 %	10,4 %	4,1 %
Patients présentant des symptômes non spécifiques	68,0 %	20,8 %	7,7 %	3,4 %
Patients ayant des antécédents de toxicomanie	57,5 %	21,9 %	12,7 %	7,9 %
Patients ayant reçu un diagnostic de santé mentale	64,2 %	19,7 %	11,9 %	4,2 %

Fréquence du MMO suspecté

Lorsqu'on leur a demandé d'évaluer le pourcentage de patients qu'ils soupçonnaient de faire un mésusage de leurs médicaments sur ordonnance, les professionnels de la santé ont indiqué que le mésusage d'opioïdes était le plus souvent soupçonné chez les patients ayant des antécédents de toxicomanie, souffrant de douleur chronique, présentant des symptômes non spécifiques ou ayant reçu un diagnostic de santé mentale (tableau 11).

Tableau 11 : Pourcentages de patients de chaque catégorie soupçonnés de s'adonner au mésusage d'opioïdes

Catégorie de patients	1 à 25 %	26 à 50 %	51 à 75 %	76 à 100 %
Jeunes (10 à 24 ans)	82,2 %	13,8 %	2,4 %	1,6 %
Adultes (25 à 64 ans)	68,0 %	23,3 %	6,8 %	1,9 %
Personnes âgées (65 ans et plus)	75,1 %	16,8 %	6,8 %	1,3 %
Patients souffrant de douleur chronique	51,4 %	27,0 %	13,1 %	8,5 %
Patients présentant des symptômes non spécifiques	60,6 %	24,0 %	9,8 %	5,7 %
Patients ayant des antécédents de toxicomanie	46,1 %	25,1 %	15,6 %	13,2 %
Patients ayant reçu un diagnostic de santé mentale	62,6 %	20,9 %	12,1 %	4,4 %

En ce qui concerne les cas suspectés de mésusage de stimulants, les données ne semblaient pas différer grandement d'une catégorie de patients à l'autre; la plupart des professionnels de la santé soupçonnaient que seulement un faible pourcentage de leurs patients (de 1 à 25 %) s'adonnaient actuellement au mésusage de stimulants (voir le tableau 12).



Tableau 12 : Pourcentages de patients de chaque catégorie soupçonnés de s'adonner au mésusage de stimulants

Catégorie de patients	1 à 25 %	26 à 50 %	51 à 75 %	76 à 100 %
Jeunes (10 à 24 ans)	80,2 %	15,2 %	3,8 %	0,8 %
Adultes (25 à 64 ans)	79,0 %	14,7 %	4,6 %	1,6 %
Personnes âgées (65 ans et plus)	86,8 %	8,8 %	3,6 %	0,8 %
Patients souffrant de douleur chronique	77,2 %	14,3 %	5,6 %	2,8 %
Patients présentant des symptômes non spécifiques	76,0 %	16,3 %	5,3 %	2,5 %
Patients ayant des antécédents de toxicomanie	62,2 %	20,8 %	9,6 %	7,3 %
Patients ayant reçu un diagnostic de santé mentale	70,3 %	17,9 %	7,7 %	4,1 %

Comme l'indique le tableau 13, de 22,3 à 26,2 % des répondants ont indiqué que les taux de cas suspects de mésusage de sédatifs ou tranquillisants chez leurs patients correspondaient au quartile de 26 à 50 % dans toutes les catégories de patients à l'exception des jeunes. De 9,5 à 12,9 % des professionnels de la santé soupçonnaient que les taux actuels de mésusage de ces médicaments atteignaient même le troisième quartile (de 51 à 75 %) dans toutes les catégories de patients, à l'exception des jeunes.

Tableau 13 : Pourcentages de patients de chaque catégorie soupçonnés de s'adonner au mésusage de sédatifs ou tranquillisants

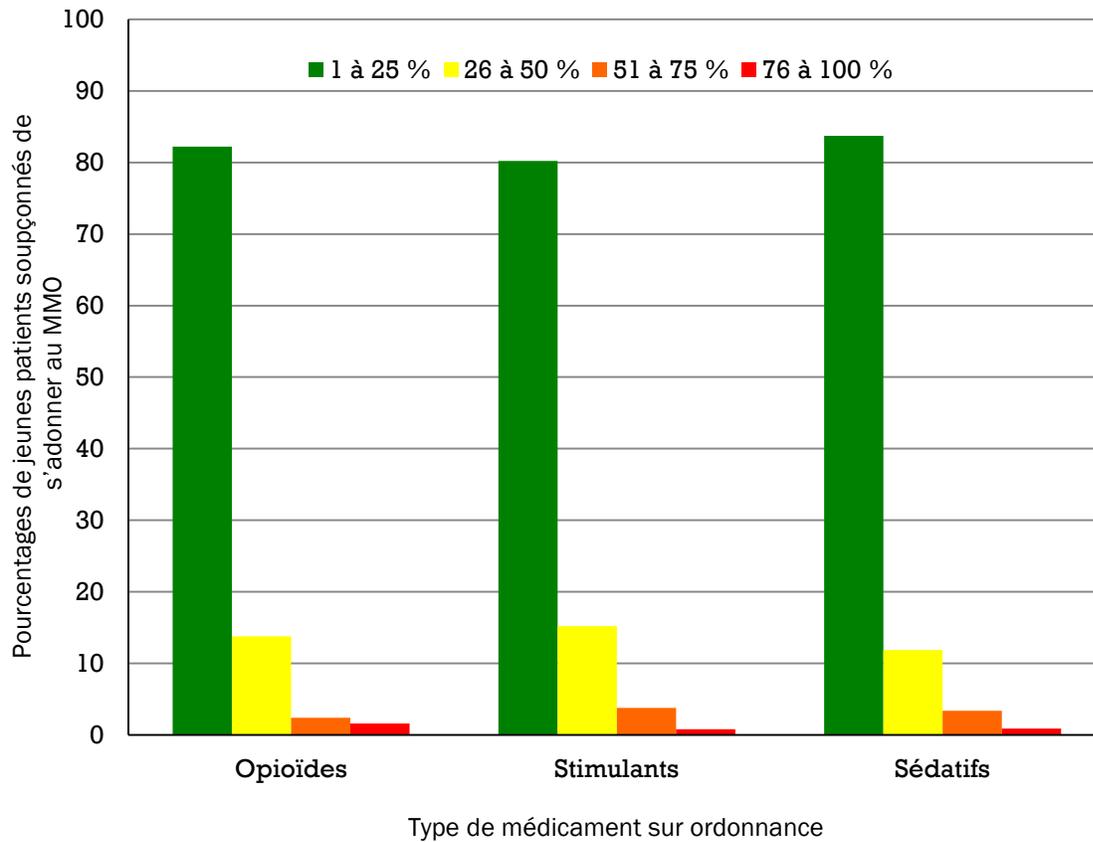
Catégorie de patients	1 à 25 %	26 à 50 %	51 à 75 %	76 à 100 %
Jeunes (10 à 24 ans)	83,7 %	11,9 %	3,4 %	0,9 %
Adultes (25 à 64 ans)	64,6 %	22,3 %	10,6 %	2,5 %
Personnes âgées (65 ans et plus)	61,5 %	24,3 %	9,5 %	4,7 %
Patients souffrant de douleur chronique	55,7 %	26,2 %	11,0 %	7,1 %
Patients présentant des symptômes non spécifiques	61,6 %	23,3 %	9,8 %	5,3 %
Patients ayant des antécédents de toxicomanie	48,8 %	26,1 %	12,9 %	12,1 %
Patients ayant reçu un diagnostic de santé mentale	57,9 %	23,8 %	11,8 %	6,5 %

Pour déterminer si les professionnels de la santé soupçonnaient certaines catégories de patients de s'adonner au mésusage d'une catégorie de médicaments en particulier, une série de tests de Friedman a été effectuée pour comparer les fréquences de MMO suspecté pour chaque catégorie de répondants. Des tests de Wilcoxon pour observations appariées ont ensuite été effectués au besoin pour comparer la prévalence de chaque catégorie de MMO (opioïdes, stimulants ou sédatifs) estimée par les fournisseurs de soins dans le groupe de patients.



La figure 1 présente le pourcentage de jeunes patients soupçonnés de s'adonner au mésusage des trois catégories de médicaments. Les résultats n'indiquent aucune différence significative dans les rangs moyens chez les pourcentages de jeunes soupçonnés de s'adonner au mésusage d'opioïdes (rang moyen = 2,00), de stimulants (rang moyen = 2,03) et de sédatifs ou tranquillisants (rang moyen = 1,97), $\chi^2(2, N=461) = 4,67, p = 0,097$, ce qui indique qu'on ne soupçonnait pas les jeunes de s'adonner au mésusage d'une catégorie particulière de médicaments sur ordonnance.

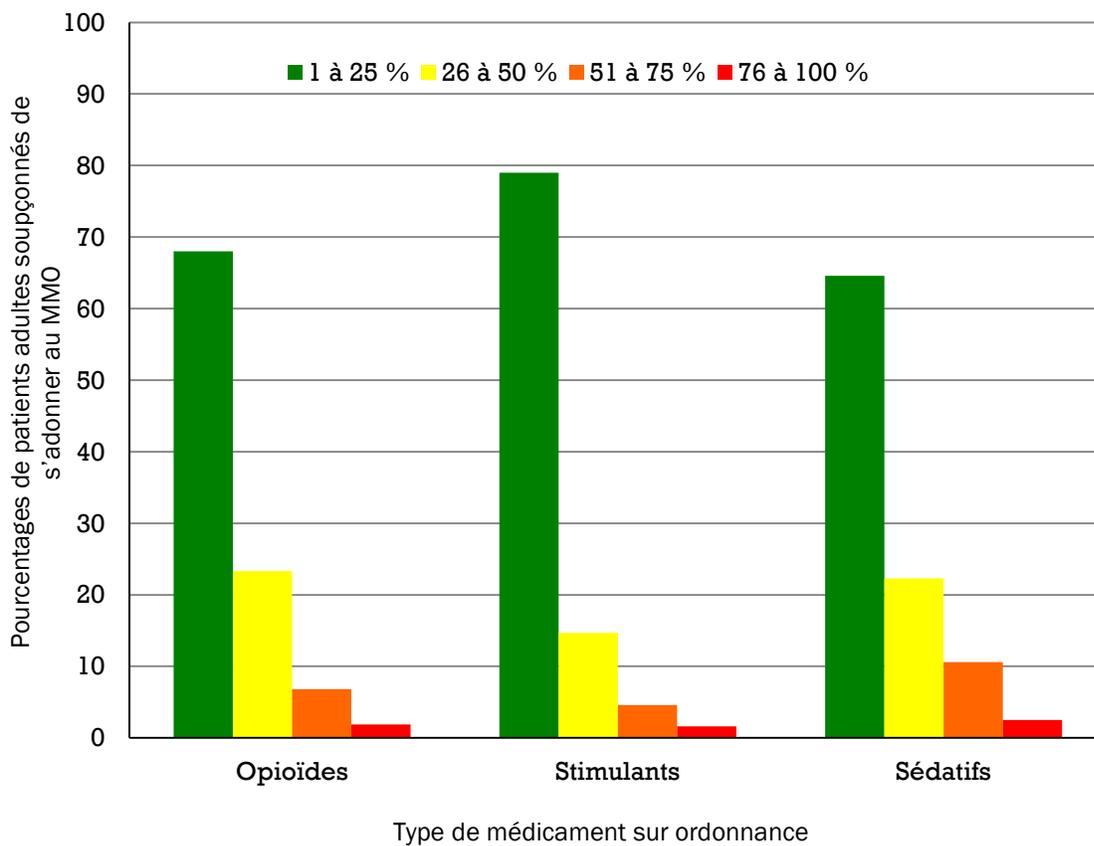
Figure 1 : Pourcentages de jeunes patients soupçonnés de s'adonner au MMO





En ce qui concerne les patients adultes, des différences significatives dans les pourcentages des rangs moyens relatifs aux patients soupçonnés de s'adonner au mésusage d'opioïdes (rang moyen = 2,07), de stimulants (rang moyen = 1,79) et de sédatifs ou tranquillisants (rang moyen = 2,14) ont été constatées : $\chi^2 (2, N=650) = 145,11, p < 0,001$. Les adultes étaient soupçonnés de s'adonner davantage au mésusage de sédatifs ou tranquillisants qu'au mésusage de stimulants ($z = -10,25, p < 0,001$) et d'opioïdes ($z = -2,91, p = 0,004$). De plus (voir la figure 2), un mésusage d'opioïdes était plus souvent soupçonné qu'un mésusage de stimulants ($z = 8,63, p < 0,001$).

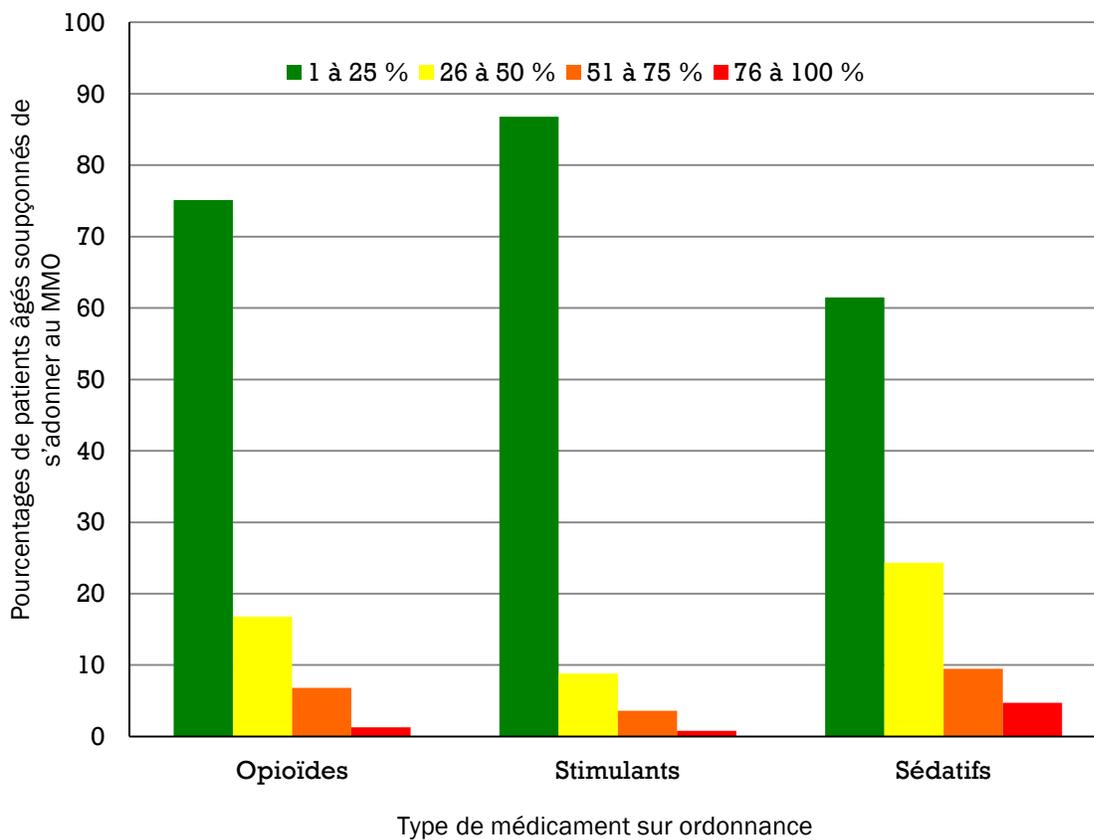
Figure 2 : Pourcentages de patients adultes soupçonnés de s'adonner au MMO





Des différences significatives dans les pourcentages des rangs moyens relatifs aux patients plus âgés soupçonnés de s'adonner au mésusage d'opioïdes (rang moyen = 1,98), de stimulants (rang moyen = 1,74) et de sédatifs ou tranquillisants (rang moyen = 1,68) ont été constatées : χ^2 (2, N=487) = 206,44, $p < 0,001$. Plus particulièrement, les personnes âgées étaient soupçonnées de s'adonner au mésusage de sédatifs ou de tranquillisants plus fréquemment qu'au mésusage de stimulants ($z = -11,59$, $p < 0,001$) et d'opioïdes ($z = -9,26$, $p < 0,001$). De plus (voir la figure 3), un mésusage d'opioïdes était plus souvent soupçonné qu'un mésusage de stimulants ($z = 7,84$, $p < 0,001$).

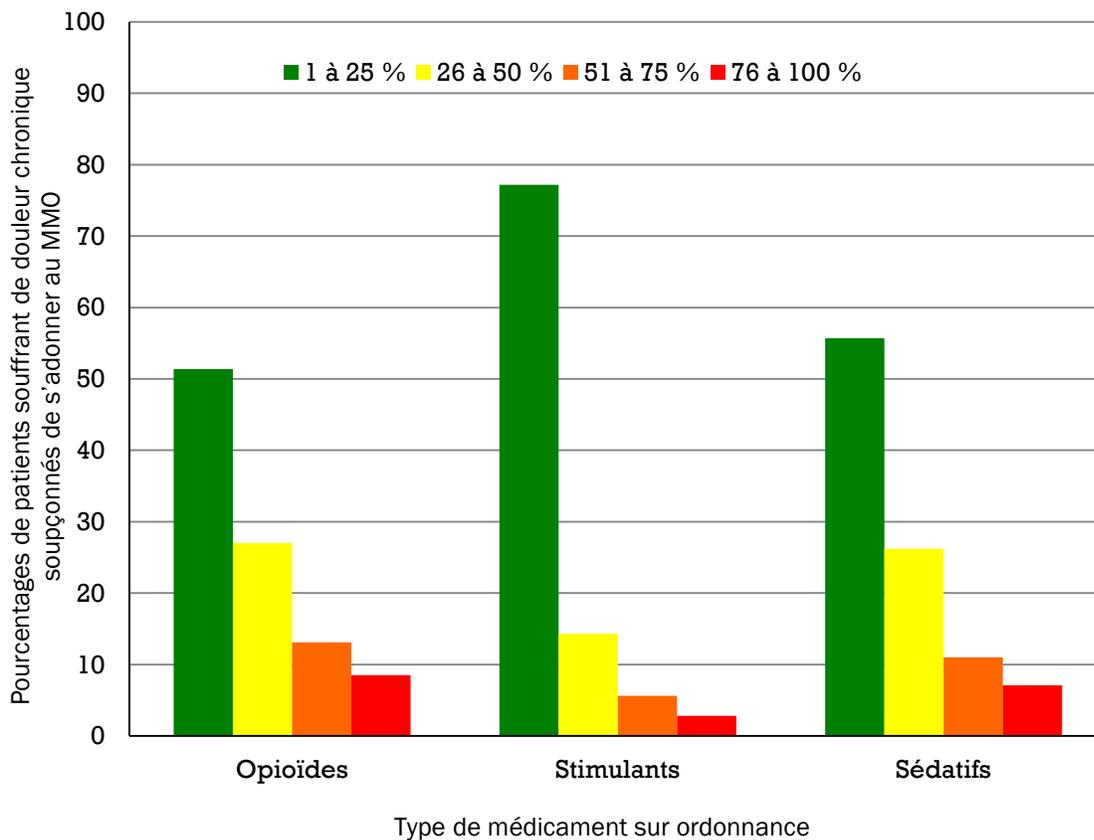
Figure 3 : Pourcentages de patients plus âgés soupçonnés de s'adonner au MMO





L'analyse du MMO suspecté chez les patients souffrant de douleur chronique a révélé des différences significatives dans les pourcentages des rangs moyens en ce qui concerne le mésusage d'opioïdes (rang moyen = 1,95), de stimulants (rang moyen = 1,34) et de sédatifs ou tranquillisants (rang moyen = 1,83) : $\chi^2(2, N=549) = 302,72, p < 0,001$. Les répondants étaient plus enclins à soupçonner les patients souffrant de douleur chronique de s'adonner au mésusage d'opioïdes qu'au mésusage de stimulants ($z = -13,54, p < 0,001$) et de sédatifs ou tranquillisants ($z = -4,94, p < 0,001$). Par ailleurs (voir la figure 4), un mésusage de sédatifs ou tranquillisants était plus souvent soupçonné qu'un mésusage de stimulants ($z = -12,48, p < 0,001$).

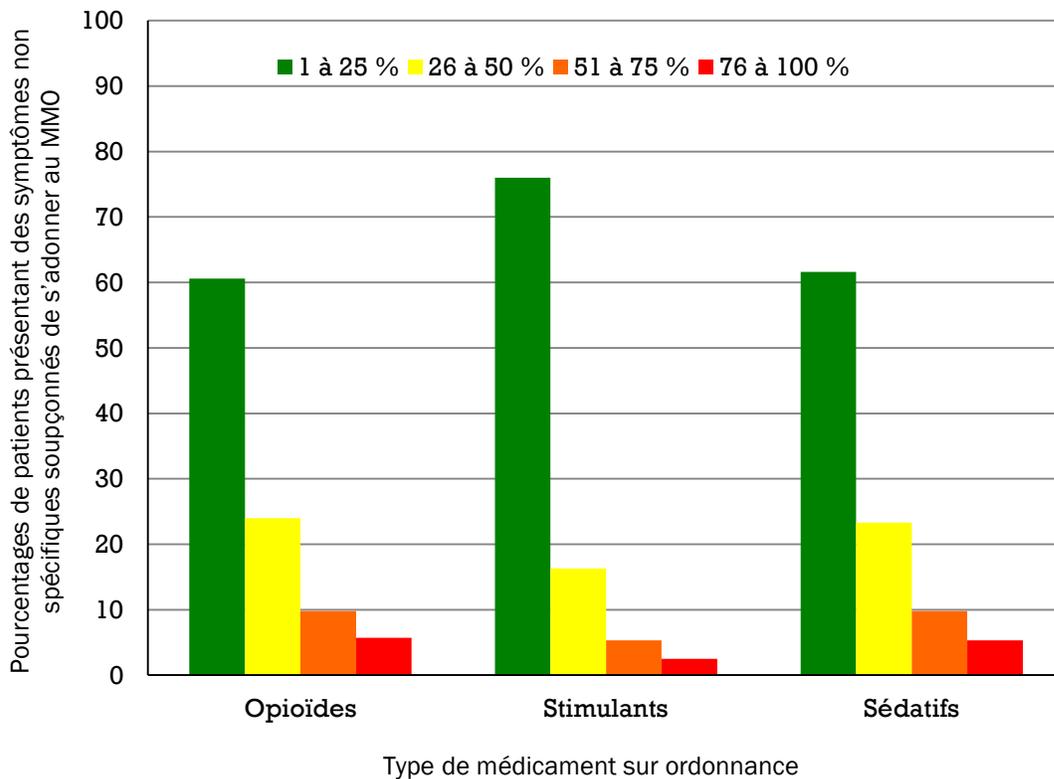
Figure 4 : Pourcentages de patients souffrant de douleur chronique soupçonnés de s'adonner au MMO





L'analyse des soupçons des professionnels de la santé relativement au mésusage chez les patients présentant des symptômes non spécifiques a révélé des différences significatives quant aux pourcentages des rangs moyens associés au mésusage d'opioïdes (rang moyen = 1,70), de stimulants (rang moyen = 1,35) et de sédatifs ou tranquillisants (rang moyen = 1,67) : $\chi^2 (2, N=533) = 146,84, p < 0,001$. Les répondants étaient plus enclins à suspecter que les patients présentant des symptômes non spécifiques s'adonnaient au mésusage d'opioïdes qu'au mésusage de stimulants ($z = -9,69, p < 0,001$). De plus (voir la figure 5), un mésusage de sédatifs ou tranquillisants était plus souvent soupçonné qu'un mésusage de stimulants ($z = -9,51, p < 0,001$). Aucune différence n'a été constatée entre les taux de mésusage suspecté d'opioïdes et de sédatifs ou tranquillisants ($z = -1,16, p = 0,248$).

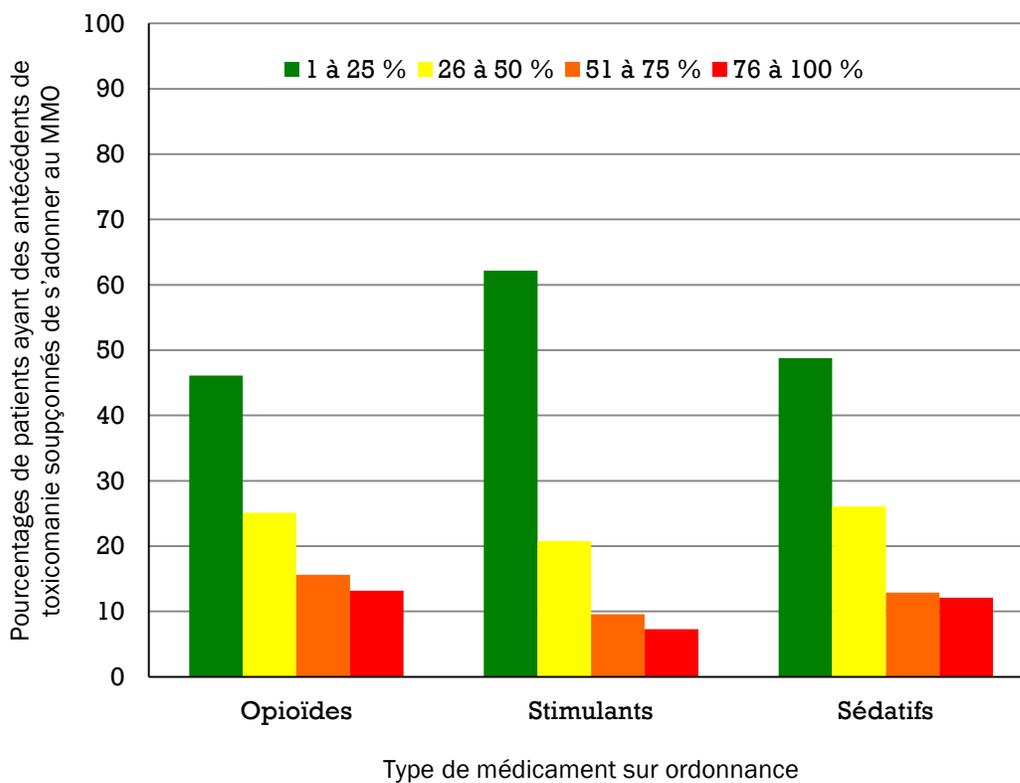
Figure 5 : Pourcentages de patients présentant des symptômes non spécifiques soupçonnés de s'adonner au MMO





Les analyses sur le mésusage suspecté chez les patients ayant des antécédents de toxicomanie ont révélé des différences significatives quant aux pourcentages des rangs moyens associés au mésusage d'opioïdes (rang moyen = 2,20), de stimulants (rang moyen = 1,72) et de sédatifs ou tranquillisants (rang moyen = 2,07) : $\chi^2(2, N=621) = 218,61, p < 0,001$. Les répondants étaient plus enclins à soupçonner les patients ayant des antécédents de toxicomanie de s'adonner au mésusage d'opioïdes qu'au mésusage de stimulants ($z = -12,21, p < 0,001$) et de sédatifs ($z = -4,90, p < 0,001$). De plus (voir la figure 6), un mésusage de sédatifs était plus souvent soupçonné qu'un mésusage de stimulants ($z = -10,36, p < 0,001$).

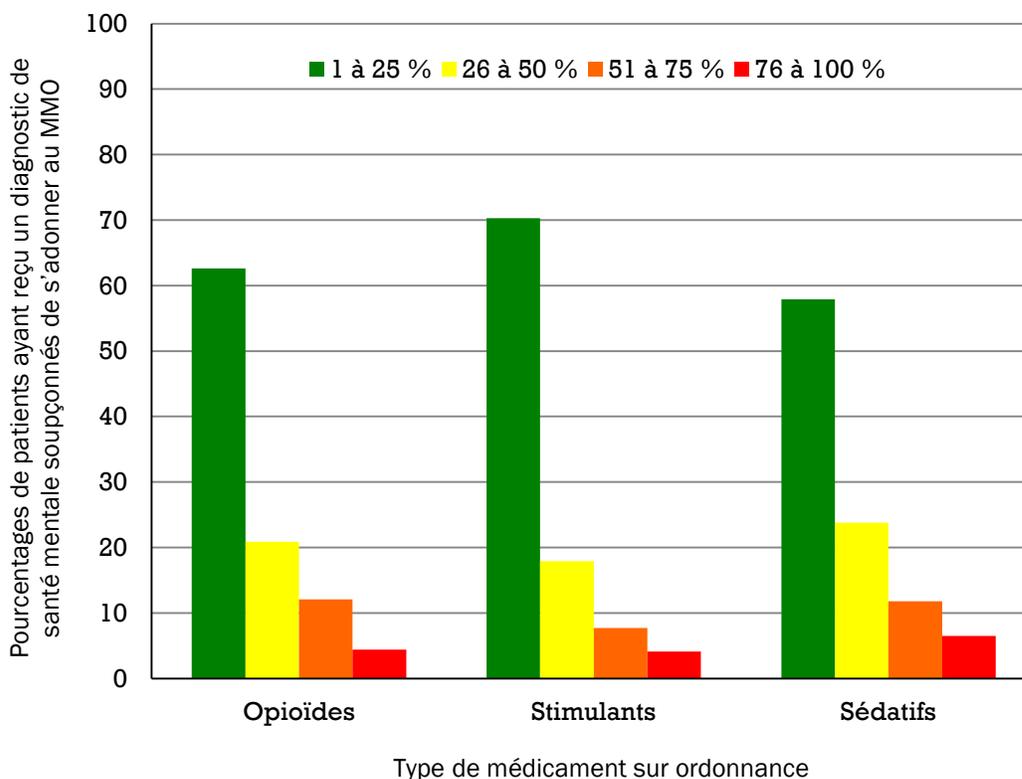
Figure 6 : Pourcentages de patients ayant des antécédents de toxicomanie soupçonnés de s'adonner au MMO





Les analyses portant sur le mésusage suspecté chez les patients ayant reçu un diagnostic de santé mentale ont révélé des différences significatives quant aux pourcentages des rangs moyens associés au mésusage d'opioïdes (rang moyen = 2,03), de stimulants (rang moyen = 1,80), et de sédatifs ou tranquillisants (rang moyen = 2,17) : $\chi^2(2, N=567) = 121,54, p < 0,001$. Les professionnels de la santé étaient plus enclins à soupçonner les patients ayant reçu un diagnostic de santé mentale de s'adonner au mésusage de sédatifs ou tranquillisants qu'au mésusage d'opioïdes ($z = -4,26, p < 0,001$) et de stimulants ($z = -9,76, p < 0,001$). Par ailleurs (voir la figure 7), un mésusage d'opioïdes était plus souvent soupçonné qu'un mésusage de stimulants ($z = -6,71, p < 0,001$).

Figure 7 : Pourcentages de patients ayant reçu un diagnostic de santé mentale soupçonnés de s'adonner au MMO



Caractéristiques cliniques du MMO

On a remis aux répondants une liste de 21 comportements et on leur a demandé d'évaluer la mesure dans laquelle chacun est indicateur de MMO sur une échelle de 1 (*pas du tout*) à 7 (*certainement*). Le tableau 14 présente la liste complète de comportements et les moyennes et les écarts-types associés chez tous les répondants et les groupes de répondants. Par souci de concision, les noms des comportements ont été raccourcis. Les comportements sont présentés en ordre décroissant de moyenne globale.



Tableau 14 : Moyennes et écarts-types moyens associés aux indicateurs cliniques de MMO

Comportement ¹	Tous	Médecins	Dentistes	Pharmaciens	Infirmières	Résultats des comparaisons significatives par paires ²
Modification du mode d'administration d'un médicament	5,48 (1,39)	5,54 (1,39)	5,18 (1,70)	5,69 (1,13)	5,45 (1,40)	Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,013$).
Contrefaçon d'ordonnances	5,47 (1,40)	5,72 (1,02)	5,39 (1,57)	5,71 (1,01)	5,37 (1,52)	Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les infirmières ($p = 0,018$).
Obtention d'ordonnances de plusieurs prescripteurs	5,22 (1,32)	5,37 (1,04)	5,11 (1,46)	5,47 (0,98)	5,13 (1,41)	Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les infirmières ($p = 0,011$).
Consultations auprès de plusieurs médecins	5,18 (1,31)	5,39 (1,06)	5,22 (1,40)	5,45 (1,03)	5,06 (1,39)	Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les infirmières ($p = 0,001$).
Inquiétudes exprimées par un membre de la famille ou la personne soignante	4,88 (1,29)	4,96 (1,21)	4,77 (1,66)	4,86 (1,19)	4,89 (1,26)	S.O.
Usage de médicaments non conforme à l'ordonnance	4,76 (1,34)	4,98 (1,25)	4,70 (1,44)	4,59 (1,22)	4,79 (1,36)	S.O.
Demande de doses supplémentaires pour cause de perte ou de vol	4,56 (1,44)	5,03 (1,17)	4,52 (1,57)	4,96 (1,03)	4,37 (1,52)	Les infirmières ont attribué des cotes moins élevées que les médecins ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p < 0,001$).
Demande qu'un opioïde, stimulant ou sédatif ne soit PAS facturé au régime d'assurance habituel	4,54 (1,66)	4,40 (1,87)	4,59 (1,70)	5,32 (1,10)	4,30 (1,70)	Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p < 0,001$), les dentistes ($p = 0,001$) et les infirmières ($p < 0,001$).
Demande que seulement l'opioïde, le stimulant ou le sédatif inscrit sur l'ordonnance soit préparé	4,40 (1,58)	4,52 (1,55)	4,64 (1,62)	4,84 (1,24)	4,20 (1,63)	Les infirmières ont attribué des cotes moins élevées que les dentistes ($p = 0,037$) et les pharmaciens ($p < 0,001$).
Demande d'un renouvellement précoce	4,37 (1,59)	4,80 (1,28)	4,15 (1,75)	4,94 (1,07)	4,16 (1,68)	Les médecins ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,017$) et les infirmières ($p = 0,001$). Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p < 0,001$) et les infirmières ($p < 0,001$).
Demande d'un médicament précis	4,27 (1,47)	4,51 (1,28)	4,59 (1,43)	4,36 (1,43)	4,15 (1,51)	Les dentistes ont attribué des cotes plus élevées que les infirmières ($p = 0,026$).



Comportement ¹	Tous	Médecins	Dentistes	Pharmaciens	Infirmières	Résultats des comparaisons significatives par paires ²
Consultation fréquente de prescripteurs	4,21 (1,84)	4,27 (1,35)	4,51 (1,48)	3,92 (1,40)	4,24 (1,52)	Les pharmaciens ont attribué des cotes moins élevées que les dentistes ($p = 0,004$) et les infirmières ($p = 0,037$).
Variation des raisons pour retourner voir le prescripteur	4,20 (1,54)	4,34 (1,45)	4,30 (1,51)	4,12 (1,46)	4,19 (1,58)	S.O.
Douleur ou incapacité disproportionnée par rapport au problème	4,18 (1,45)	4,49 (1,29)	4,33 (1,41)	4,02 (1,35)	4,15 (1,50)	Les médecins ont attribué des cotes plus élevées que les pharmaciens ($p = 0,045$).
Comportement de personne intoxiquée	4,18 (1,46)	4,59 (1,35)	3,95 (1,48)	4,40 (1,35)	4,08 (1,49)	Les médecins ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,008$) et les infirmières ($p = 0,007$). Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les infirmières ($p = 0,043$).
Absence d'amélioration de l'état du patient	4,16 (1,49)	4,39 (1,43)	4,01 (1,58)	4,02 (1,36)	4,19 (1,51)	S.O.
Résistance à essayer un autre médicament	3,87 (1,51)	4,31 (1,33)	3,74 (1,62)	3,86 (1,42)	3,83 (1,53)	Les médecins ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,034$), les infirmières ($p = 0,017$) et les pharmaciens ($p = 0,079$).
Accumulation de médicaments	3,73 (1,65)	3,78 (1,63)	3,51 (1,72)	3,73 (1,50)	3,75 (1,69)	S.O.
Demande qu'un médicament soit délivré dans le contenant d'origine scellé du fabricant	3,04 (1,51)	3,11 (2,12)	2,75 (2,01)	4,23 (1,77)	2,72 (1,97)	Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p = 0,004$), les dentistes ($p < 0,001$) et les infirmières ($p < 0,001$).
Demande de se faire servir seulement le médicament de marque	2,81 (1,89)	3,19 (1,91)	2,38 (1,85)	3,94 (1,65)	2,47 (1,81)	Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p = 0,004$), les dentistes ($p < 0,001$) et les infirmières ($p < 0,001$). Les médecins ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,006$) et les infirmières ($p < 0,004$).
Demande d'une quantité inférieure à celle prescrite	1,88 (1,70)	2,09 (1,71)	1,97 (1,78)	2,02 (1,73)	1,79 (1,67)	S.O.

¹ Les comportements sont présentés en ordre décroissant de moyenne globale de l'ensemble des groupes.

² Les comparaisons par paires de suivi ont été réalisées seulement sur les groupes individuels, après la découverte d'un effet de groupe significatif (voir le tableau B.1 à l'annexe B). Une correction de Bonferroni a été appliquée à toutes les comparaisons pour diminuer le risque d'erreur de type I.



Les comportements qui ont reçu les cotes les plus élevées en tant qu'indicateurs de MMO sont la modification du mode d'administration d'un médicament et la contrefaçon directe d'une ordonnance, qui constitue une infraction criminelle (voir le tableau 14). Bien que certains comportements visant la recherche de médicaments, comme l'obtention d'ordonnances de plusieurs prescripteurs et les consultations auprès de plusieurs médecins, aient reçu des cotes élevées, d'autres comportements, comme la consultation fréquente de prescripteurs et l'exagération de la douleur, étaient en moyenne plus près du point milieu de l'échelle. En moyenne, les comportements comme la demande d'une quantité d'un médicament sur ordonnance inférieure à celle prescrite et la demande du médicament de marque ont reçu les cotes les plus faibles.

Une série d'analyses de la variance à un facteur distinctes ont été réalisées afin de repérer des différences possibles entre les perceptions des groupes de professionnels de la santé quant à tous les comportements (voir les résultats au tableau B.1 de l'annexe B). Parmi les quatre comportements ayant reçu les cotes les plus élevées au tableau 14, une différence significative a été constatée entre les groupes en ce qui a trait à la modification du mode d'administration d'un médicament. Les comparaisons par paires de suivi ont montré que les pharmaciens donnaient à ce comportement une cote plus élevée en tant qu'indicateur de MMO que les dentistes. En outre, les pharmaciens ont donné des cotes plus élevées que les infirmières à plusieurs comportements, notamment la contrefaçon d'ordonnances, l'obtention d'ordonnances de plusieurs prescripteurs et les consultations auprès de plusieurs médecins.

L'étude des trois comportements présentés au tableau 14 qui ont reçu les cotes les plus faibles a permis de repérer une différence significative en ce qui a trait au fait de demander qu'un médicament soit délivré dans le contenant d'origine du fabricant. Le pourcentage de pharmaciens qui considéraient que ce comportement est indicateur de MMO était significativement plus élevé que le pourcentage de médecins, de dentistes et d'infirmières. Une différence significative a aussi été relevée en ce qui concerne le fait de demander le médicament de marque, comportement auquel les pharmaciens ont donné des cotes plus élevées que les médecins, les dentistes et les infirmières. Par ailleurs, les médecins ont aussi donné à ce comportement des cotes plus élevées que les dentistes et les infirmières.

Caractéristiques cliniques du MMO : Résultats qualitatifs

On a aussi demandé aux participants de répondre à une question ouverte concernant les autres comportements adoptés par les patients qui, à leur avis, étaient associés au MMO. Au total, 574 personnes y ont répondu. Les sous-sections suivantes présentent les thèmes dégagés à l'issue d'une analyse thématique.

Agressivité et intimidation

L'un des thèmes les plus fréquemment abordés dans les réponses des participants était le recours à l'agressivité ou à l'intimidation en réaction au refus d'un professionnel de la santé d'émettre une ordonnance. Par exemple, une infirmière a parlé d'une patiente qui se fâchait si le médecin ne lui prescrivait pas exactement le médicament qu'elle demandait. Un pharmacien a fait allusion à des comportements agressifs ou difficiles de la part de patients lorsque leur médicament n'était pas immédiatement disponible à la pharmacie. Un médecin a mentionné qu'un patient avait menacé d'appeler le collègue des médecins et chirurgiens pour déclarer qu'un prescripteur ne se souciait pas de la douleur ou ne la traitait pas de façon appropriée.



Demande d'un médicament précis

Selon de nombreux répondants, le fait qu'un patient dise avoir besoin d'un type de médicament précis ou d'une marque précise est un indicateur de MMO. Par exemple, un médecin a répondu que ces patients connaissent le nom exact du médicament qu'ils veulent recevoir et le demandent explicitement. Les répondants ont aussi expliqué que ces patients tentaient de justifier le fait qu'ils demandent un médicament sur ordonnance précis : souvent, ils prétendaient être allergiques à d'autres médicaments. Par exemple, une infirmière a mentionné que certains patients avaient de longues listes d'allergies, à l'exception d'un ou deux médicaments précis. En outre, un pharmacien a indiqué que certains patients disaient souffrir d'allergies graves à tous les opioïdes à l'exception de celui qu'ils voulaient qu'on leur prépare.

Refus des patients d'envisager des solutions de rechange aux médicaments sur ordonnance

Selon les répondants, le refus des patients d'accepter d'autres formes de traitement ou même de les envisager est un indicateur de MMO. Par exemple, selon eux, certains patients n'envisageaient pas de suivre d'autres traitements susceptibles de les aider. Une infirmière a mentionné des patients qui refusaient d'aller chercher du soutien psychologique ou de recourir à d'autres traitements comme la physiothérapie. D'autres répondants ont fait allusion à des patients qui refusaient de faire traiter le problème à l'origine même de la douleur, ce qui soulagerait pourtant leurs symptômes. Par exemple, un dentiste a décrit la situation suivante : un patient refuse de faire arracher une dent atteinte de carie avancée et demande plutôt des narcotiques, prétendant devoir tenir le coup quelques jours avant de voir son dentiste habituel.

Consultations auprès de plusieurs professionnels de la santé

De nombreux répondants ont donné des exemples concrets de ce principe, par exemple des patients qui se rendent à l'urgence alors qu'ils ont déjà un médecin de famille ou qui attendent un changement de quart pour demander à voir une autre infirmière. Un pharmacien décrivant le phénomène des consultations auprès de plusieurs professionnels de la santé a dit qu'il pouvait voir dans Netcare que les patients s'étaient rendus dans plusieurs pharmacies.

Symptômes non spécifiques et antécédents médicaux

Les patients qui disent souffrir de symptômes non spécifiques ou qui donnent des antécédents médicaux vagues semblent avoir éveillé des soupçons chez les répondants. En ce qui concerne les symptômes, une infirmière a indiqué que d patients pouvaient décrire une douleur imprécise, dont l'endroit change souvent. En ce qui concerne les antécédents médicaux vagues, une autre infirmière a fait état de patients prétendant ne pas se souvenir de leurs antécédents, de l'endroit et du jour où ils avaient vu leur médecin de famille pour la dernière fois ou du nom de famille de leur médecin. Un médecin a aussi donné l'exemple de patients qui n'arrivaient pas à donner le nom du médicament sur ordonnance qu'on leur avait prescrit ou à expliquer pourquoi on le leur avait prescrit.

Patients qui parlent trop

Fait intéressant, le fait de trop parler est mentionné par certains répondants comme un indicateur de MMO. Par exemple, un patient a expliqué en long et en large à une infirmière pourquoi son ordonnance devait être modifiée. Un médecin a parlé de patients qui étaient trop chaleureux, et un pharmacien, de patients trop bavards au sujet des médicaments. Ce qui semble ressortir de ces



réponses sur les indicateurs de MMO, c'est que le fait de trop parler est vu comme une forme de manipulation. Autrement dit, les professionnels de la santé percevaient que ces patients tentaient de les distraire en leur parlant. Par exemple, un pharmacien a répondu que des patients lui avaient expliqué en détail pourquoi ils avaient besoin d'un médicament, ou encore avaient tenté de le distraire en bavardant. En outre, un médecin a fait allusion à des patients qui parlaient d'autres choses dans le but de distraire les médecins et de les amener à rédiger une ordonnance.

Autoévaluation et symptômes du patient

Les incohérences entre l'autoévaluation d'un patient et ses symptômes physiques ont été décrites comme indicatrices d'un possible MMO. Les exemples donnés concernaient plus précisément l'évaluation de la douleur. Un médecin a donné l'exemple suivant : un patient évalue sa douleur à 10 sur une échelle de 10, mais ses signes vitaux sont normaux, et il semble être à l'aise. De plus, une infirmière a mentionné que des patients évaluaient systématiquement leur douleur à 10 sur une échelle de 10, et que leur douleur ne diminuait jamais.

Signes cliniques de MMO : discuter du MMO avec les patients

Dans l'ensemble, 66,8 % des répondants ont indiqué avoir déjà parlé de MMO avec leurs patients ou avoir pris d'autres mesures pour aborder ce problème. Une corrélation significative a été découverte dans les réponses et les groupes de répondants : $\chi^2(3, N=1\ 049) = 74,94, p < 0,001$. Fait intéressant, un nombre de médecins et de pharmaciens plus grand que celui auquel on aurait pu s'attendre d'un point de vue statistique selon la répartition globale des réponses, ont indiqué avoir discuté de mesures ou en avoir pris pour traiter le MMO chez leurs patients, tandis que chez les dentistes et les infirmières, ce nombre était moins élevé que prévu.

On a également demandé aux professionnels de la santé de décrire dans une réponse ouverte les mesures qu'ils ont prises pour aborder ou gérer le MMO chez leurs patients. Au total, 660 personnes ont répondu à cette question. Trois grands thèmes ont été dégagés de ces réponses et sont présentés ci-dessous.

Conclusion d'un contrat

Les répondants ont expliqué comment ils avaient travaillé avec leurs patients pour tenter d'aborder et de gérer leur MMO en signant un contrat avec eux. Souvent, ces contrats ont pour objectif d'enrayer les comportements visant la recherche de médicaments en réduisant le nombre de professionnels de la santé intervenant dans les soins d'un patient. Un médecin a donné l'exemple d'un contrat conclu avec un médecin et une pharmacie choisis par le patient. D'autres répondants ont indiqué que ces contrats portaient sur la façon dont les médicaments sur ordonnance doivent être utilisés : un contrat est donc signé pour assurer l'utilisation appropriée du médicament, comme l'a indiqué une infirmière. Des exemples de contrats conclus entre professionnels de la santé ont aussi été donnés. Par exemple, une infirmière a dit avoir collaboré avec un pharmacien pour faire le suivi du contrat d'utilisation conclu avec le patient et avoir délivré une quantité limitée de médicaments.

Discussion

De nombreux répondants ont dit qu'ils discutaient avec leurs patients. Dans certains cas, la discussion servait surtout à faire de la sensibilisation. Dans d'autres cas, les répondants ont dit avoir confronté des patients au sujet du MMO. Un médecin a dit avoir confronté de « faux malades » et des patients qui avaient obtenu des ordonnances de plusieurs prescripteurs ou qui disaient avoir perdu leurs médicaments. Une infirmière, pour sa part, a dit être allée droit au but avec des jeunes et leur



avoir carrément demandé s'ils prenaient leurs médicaments de la manière prescrite. D'autres répondants ont dit avoir parlé à leurs patients d'incohérences dans leurs récits et leurs comportements.

Autres méthodes

De nombreux répondants ont indiqué avoir recommandé aux patients d'autres options pour traiter leurs problèmes. Il s'agissait notamment de différents types de médicaments ou de traitements non médicamenteux. Par exemple, des patients ont été dirigés vers des cliniques antidouleur. Une infirmière a mentionné que les douleurs non contrôlées d'un patient ont entraîné son aiguillage vers une clinique antidouleur. D'autres répondants ont recommandé des services de consultation : par exemple, un pharmacien a demandé à un patient s'il avait essayé d'autres options, comme des consultations psychologiques. En ce qui concerne les traitements non médicamenteux, un autre pharmacien a dit avoir donné des renseignements sur des traitements non médicamenteux de l'insomnie.

Facteurs de risque de MMO

Dans l'ensemble, les participants étaient d'accord avec l'idée que les facteurs de risque de MMO sont difficiles, voire impossibles à caractériser (échelle de 1 [*d'accord*] à 7 [*en désaccord*]) ($M = 2,56$, $\sigma = 1,47$). Aucune différence significative n'a été observée entre les différents groupes de professionnels de la santé (voir les résultats de l'analyse de la variance à un facteur au tableau B.2).

On a demandé aux répondants d'évaluer, sur une échelle de 1 (*pas du tout*) à 7 (*certainement*), dans quelle mesure 15 facteurs de risque potentiels étaient indicatifs de MMO. Le tableau 15 présente la liste complète de facteurs de risque, ainsi que les moyennes et les écarts-types associés chez tous les répondants et les groupes de répondants. Compte tenu de l'étendue de l'échelle utilisée, les résultats montrent que les répondants s'entendaient pour dire que chacun des éléments constituait un facteur de risque de MMO. Deux d'entre eux, soit les antécédents de toxicomanie et la consommation récente ou actuelle de drogues illicites, ont reçu des cotes élevées. Trois des sept catégories de patients (personnes âgées, jeunes et adultes) ont été classées à la fin de la liste. Il est toutefois important de souligner que leurs cotes moyennes indiquaient que les répondants les considéraient comme des facteurs de risque. Les trois catégories restantes (patients souffrant de douleur chronique, présentant des symptômes non spécifiques et ayant reçu un diagnostic de santé mentale) ont toutes reçu des cotes élevées.



Tableau 15 : Moyennes et écarts-types moyens associés aux facteurs de risque potentiels de MMO

Facteur de risque ¹	Tous	Médecins	Dentistes	Pharmaciens	Infirmières	Résultats des comparaisons significatives par paires ²
Antécédents de toxicomanie	6,58 (0,77)	6,69 (0,71)	6,65 (0,71)	6,73 (0,53)	6,51 (0,85)	Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les infirmières ($p = 0,003$).
Consommation récente ou actuelle de drogues illicites	6,50 (0,83)	6,64 (0,66)	6,51 (0,80)	6,57 (0,72)	6,45 (0,89)	S.O.
Idées suicidaires	5,95 (1,21)	5,65 (1,30)	5,98 (1,15)	5,90 (1,23)	6,01 (1,20)	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p = 0,034$).
Douleur chronique	5,76 (1,23)	5,72 (1,20)	5,60 (1,31)	5,51 (1,25)	5,87 (1,20)	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les pharmaciens ($p = 0,001$).
Consommation récente ou actuelle d'alcool	5,74 (1,29)	5,58 (1,27)	5,69 (1,21)	5,82 (1,22)	5,70 (1,33)	S.O.
Troubles mentaux (dépression, anxiété, ESPT, etc.)	5,73 (1,34)	5,62 (1,33)	5,70 (1,33)	5,71 (1,22)	5,75 (1,38)	S.O.
Antécédents de violence sexuelle	5,49 (1,37)	5,57 (1,24)	5,13 (1,44)	5,37 (1,37)	5,58 (1,37)	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,008$).
Problèmes médicaux ou maladies chroniques	5,28 (1,41)	4,91 (1,66)	5,33 (1,29)	4,71 (1,42)	5,50 (1,35)	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p < 0,001$). Les dentistes ont attribué des cotes plus élevées que les pharmaciens ($p = 0,001$).
Troubles cognitifs	5,22 (1,53)	5,09 (1,60)	4,84 (1,50)	5,00 (1,37)	5,38 (1,56)	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,003$) et les pharmaciens ($p = 0,010$).
Symptômes non spécifiques	4,86 (1,52)	5,14 (1,55)	4,88 (1,34)	4,37 (1,67)	4,97 (1,47)	Les pharmaciens ont attribué des cotes moins élevées que les médecins ($p < 0,001$), les dentistes ($p = 0,023$) et les infirmières ($p < 0,001$).
Adultes (25 à 64 ans)	4,22 (1,60)	4,35 (1,46)	3,89 (1,54)	3,98 (1,49)	4,33 (1,65)	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,047$) et les pharmaciens ($p = 0,037$).



Facteur de risque ¹	Tous	Médecins	Dentistes	Pharmaciens	Infirmières	Résultats des comparaisons significatives par paires ²
Jeunes (10 à 24 ans)	4,18 (1,64)	4,46 (1,43)	3,97 (1,67)	3,90 (1,45)	4,26 (1,71)	Les pharmaciens ont attribué des cotes moins élevées que les médecins ($p = 0,034$) et les infirmières ($p = 0,045$).
Personnes âgées (65 ans et plus)	4,15 (1,64)	4,15 (1,56)	3,41 (1,44)	3,76 (1,40)	4,39 (1,70)	Les médecins ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,005$). Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p < 0,001$).
Sexe masculin	3,92 (1,78)	4,16 (1,57)	3,57 (1,72)	3,64 (1,64)	4,03 (1,84)	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les pharmaciens ($p = 0,039$).
Sexe féminin	3,85 (1,79)	4,06 (1,61)	3,45 (1,67)	3,43 (1,58)	4,02 (1,86)	Les médecins ont attribué des cotes plus élevées que les pharmaciens ($p = 0,024$). Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,011$) et les pharmaciens ($p < 0,039$).

¹ Les facteurs de risque sont présentés en ordre décroissant de moyenne globale de l'ensemble des groupes

² Les comparaisons par paires de suivi ont été réalisées seulement sur les groupes individuels, après la découverte d'un effet de groupe significatif (voir le tableau B.3 à l'annexe B). Une correction de Bonferroni a été appliquée à toutes les comparaisons pour diminuer le risque d'erreur de type I.



Une série d'analyses de la variance à un facteur ont été effectuées pour déterminer s'il existait des différences entre les groupes de fournisseurs de soins en ce qui concerne les perceptions du risque potentiel que représentent certaines caractéristiques des groupes de patients (voir les résultats de ces analyses au tableau B.3 de l'annexe B). Un effet de groupe significatif a été observé quant aux cotes attribuées par les différents groupes relativement aux antécédents de toxicomanie : les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les infirmières à ce facteur de risque. Des différences significatives ont aussi été constatées en ce qui a trait au facteur de risque de la douleur chronique : les infirmières ont jugé ce facteur de risque plus important que les pharmaciens. De même, des différences ont été observées quant aux cotes moyennes attribuées au facteur de risque de l'âge adulte, les infirmières lui ayant donné en moyenne des cotes plus élevées que les dentistes et les pharmaciens. Par ailleurs, les cotes moyennes attribuées au facteur de risque du jeune âge étaient significativement plus élevées chez les médecins et les infirmières que chez les pharmaciens. Enfin, les cotes attribuées au facteur de risque du grand âge (patients plus âgés) ont révélé que les médecins avaient donné des cotes significativement plus élevées à ce facteur de risque que les dentistes, tandis que les infirmières lui attribuaient des cotes plus élevées que les dentistes et les pharmaciens.

Obstacles à la détection du MMO

On a demandé aux répondants d'évaluer, sur une échelle de 1 (*pas du tout*) à 7 (*certainement*) dans quelle mesure 14 éléments constituaient des obstacles à la détection du MMO chez les patients. La liste des obstacles ainsi que les cotes moyennes et les écarts-types qui y sont associés sont présentés dans le tableau 16. Dans l'ensemble, tous les éléments ont reçu des cotes élevées, ce qui signifie qu'ils étaient fortement perçus comme des obstacles par les professionnels de la santé sondés. Les différences entre les groupes ont été étudiées à l'aide d'une série d'analyses de la variance à un facteur; un résumé des différences significatives entre les groupes de répondants est présenté au tableau 16 (les résultats complets de l'analyse de la variance et des comparaisons par paires significatives sont présentés au tableau B.4 de l'annexe B). Des différences entre les groupes ont été observées pour tous les obstacles perçus à l'exception du *manque d'honnêteté des patients*.



Tableau 16 : Moyennes et écarts-types moyens associés aux obstacles potentiels à la détection du MMO

Obstacle ¹	Tous	Médecins	Dentistes	Pharmaciens	Infirmières	Résultats des comparaisons significatives par paires ²
Manque d'honnêteté du patient	6,41 (0,98)	6,28 (1,22)	6,52 (0,91)	6,44 (0,92)	6,40 (0,96)	S.O.
Manque de communication avec le patient	6,02 (1,37)	5,63 (1,79)	5,77 (1,41)	5,67 (1,47)	6,23 (1,21)	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p < 0,001$), les dentistes ($p = 0,005$) et les pharmaciens ($p < 0,001$).
Temps insuffisant passé avec le patient	5,98 (1,27)	5,75 (1,18)	5,11 (1,63)	5,75 (1,29)	6,24 (1,12)	Les dentistes ont attribué des cotes moins élevées que les médecins ($p = 0,001$), les infirmières ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p < 0,001$). Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p = 0,001$) et les pharmaciens ($p < 0,001$).
Manque de communication avec les autres professionnels de la santé responsables des soins du patient	5,89 (1,27)	5,55 (1,46)	5,66 (1,21)	5,88 (1,15)	5,98 (1,27)	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p = 0,010$).
Manque d'accès à des spécialistes de la douleur chronique ou des dépendances	5,89 (1,35)	5,57 (1,81)	5,45 (1,33)	5,69 (1,30)	6,07 (1,25)	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p = 0,003$), les dentistes ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p = 0,002$).
Réticence à aborder le MMO avec les patients	5,67 (1,54)	4,62 (2,09)	5,38 (1,50)	5,57 (1,52)	5,91 (1,37)	Les médecins ont attribué des cotes moins élevées que les dentistes ($p = 0,001$), les infirmières ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p < 0,001$). Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p < 0,004$) et les pharmaciens ($p = 0,027$).
Incertitude quant aux lignes de signalement et aux personnes à aviser lorsqu'un patient s'adonne au mésusage	5,57 (1,51)	4,82 (1,93)	5,51 (1,40)	5,50 (1,56)	5,72 (1,41)	Les médecins ont attribué des cotes moins élevées que les dentistes ($p = 0,005$), les infirmières ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p = 0,001$).
Manque de communication avec la famille du patient	5,55 (1,39)	5,51 (1,39)	5,28 (1,48)	5,15 (1,50)	5,72 (1,30)	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,010$) et les pharmaciens ($p < 0,001$).



Obstacle ¹	Tous	Médecins	Dentistes	Pharmaciens	Infirmières	Résultats des comparaisons significatives par paires ²
Connaissances ou formation insuffisantes des praticiens	5,43 (1,53)	4,91 (1,82)	4,86 (1,73)	5,40 (1,47)	5,62 (1,43)	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p < 0,001$) et les dentistes ($p < 0,001$). Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,015$).
Manque de communication avec le pharmacien du patient	5,31 (1,70)	4,65 (1,91)	5,11 (1,58)	5,56 (1,58)	4,94 (1,86)	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p < 0,001$).
Difficulté d'accéder à des bases de données provinciales sur les ordonnances	5,25 (1,83)	4,33 (2,28)	5,20 (1,62)	4,74 (2,04)	5,56 (1,62)	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p < 0,001$). Les dentistes ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p = 0,003$).
Symptômes de MMO obscurs ou portant à confusion	4,89 (1,59)	4,12 (1,90)	4,88 (1,51)	4,73 (1,52)	5,05 (1,53)	Les médecins ont attribué des cotes moins élevées que les dentistes ($p = 0,003$), les infirmières ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p = 0,010$).
Accès à des cliniques sans rendez-vous	4,88 (1,73)	5,21 (1,70)	4,50 (1,62)	4,63 (1,83)	4,98 (1,71)	Les médecins ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,018$) et les pharmaciens ($p = 0,036$). Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,047$).
Utilisation de salles d'urgence	4,85 (1,67)	4,72 (1,69)	4,56 (1,59)	4,31 (1,65)	5,09 (1,65)	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,010$) et les pharmaciens ($p < 0,001$).

¹ Les obstacles sont présentés en ordre décroissant de moyenne globale de l'ensemble des groupes.

² Les comparaisons par paires de suivi ont été réalisées seulement sur les groupes individuels, après la découverte d'un effet de groupe significatif (voir le tableau B.4 à l'annexe B). Une correction de Bonferroni a été appliquée à toutes les comparaisons pour diminuer le risque d'erreur de type I.



Étant donné que le sondage comportait aussi une série de questions qui ne s'adressaient qu'à certains professionnels de la santé, le branchement conditionnel sur une question a été utilisé. Par exemple, on a demandé aux médecins d'évaluer, sur une échelle de 1 (*pas du tout*) à 7 (*certainement*) la mesure dans laquelle le fait de ne pas être le médecin qui a posé le diagnostic initial constitue un obstacle à la détection du MMO. Ceux-ci ont répondu qu'il s'agissait effectivement d'un obstacle ($\mu = 5,15$, $\sigma = 1,66$).

On a demandé aux dentistes, aux infirmières et aux pharmaciens dans quelle mesure le manque de communication avec le médecin du patient représentait un obstacle à la détection du MMO, sur une échelle de 1 (*pas du tout*) à 7 (*certainement*). Dans l'ensemble, les trois groupes considéraient cette situation comme un obstacle ($\mu = 5,71$, $\sigma = 1,39$). Une analyse de la variance à un facteur a révélé un effet de groupe : $F(2, 949) = 5,69$, $p = 0,003$, les comparaisons par paires de suivi ont révélé que les infirmières attribuaient à cet obstacle des cotes significativement plus élevées que les dentistes ($p = 0,016$).

Stratégies de prévention et de gestion du MMO

On a demandé aux répondants d'évaluer leur efficacité à prévenir et à gérer le MMO, sur une échelle de 1 (*pas du tout efficace*) à 7 (*extrêmement efficace*); dans l'ensemble, leurs cotes moyennes se trouvaient près du point milieu de l'échelle ($\mu = 3,62$, $\sigma = 1,46$). Lorsque des différences entre les groupes ont été examinées, une analyse de la variance à un facteur a permis de repérer un effet de groupe : $F(3, 1\ 044) = 20,28$, $p < 0,001$; les infirmières ($\mu = 3,38$, $\sigma = 1,42$) se jugeaient moins efficaces comparativement aux médecins ($\mu = 4,42$, $\sigma = 1,36$; $p < 0,001$), aux dentistes ($\mu = 4,00$, $\sigma = 1,70$; $p < 0,001$) et aux pharmaciens ($\mu = 3,79$, $\sigma = 1,29$; $p = 0,002$). En outre, les cotes des pharmaciens étaient moins élevées que celles des médecins ($p = 0,002$).

Seulement 25,8 % des répondants croyaient disposer d'un soutien adéquat pour prévenir et gérer le MMO. La comparaison des groupes de répondants a permis d'observer une association significative : $\chi^2(3, N=1\ 043) = 8,79$, $p = 0,032$; moins d'infirmières et de pharmaciens et plus de médecins et de dentistes que ce à quoi l'on pouvait s'attendre avaient répondu par l'affirmative à cette question, compte tenu de la répartition globale des réponses. On a demandé aux professionnels qui avaient répondu « oui » d'évaluer, sur une échelle de 1 (*pas du tout efficace*) à 7 (*extrêmement efficace*), l'efficacité du soutien dont ils disposaient à ce moment-là pour prévenir et gérer le MMO. Dans l'ensemble, ce soutien était considéré comme légèrement efficace ($\mu = 4,12$, $\sigma = 1,52$); aucune différence n'a été observée entre les groupes.

Lorsqu'on leur a posé des questions concernant les traitements non médicamenteux disponibles pour les patients soupçonnés de s'adonner au mésusage de médicaments sur ordonnance, 60,5 % des répondants ont indiqué qu'ils estimaient n'avoir aucune option aussi efficace que les médicaments sur ordonnance à proposer à leurs patients. Une association significative a été observée en comparant les réponses des différents groupes à cette question : $\chi^2(3, N=1\ 032) = 30,79$, $p < 0,001$; une proportion moins élevée de dentistes et une proportion plus élevée de pharmaciens que ce à quoi l'on pouvait s'attendre avaient répondu par la négative, compte tenu de la répartition globale des réponses.

Afin d'étudier les perceptions de l'efficacité de stratégies potentielles de prévention et de gestion du MMO, on a demandé aux répondants d'évaluer, sur une échelle de 1 (*pas du tout utile*) à 7 (*très utile*), l'utilité possible de 17 stratégies. La liste des stratégies ainsi que les cotes moyennes et les écarts-types qui y sont associés sont présentés au tableau 17. Des analyses de la variance distinctes à un facteur ont été effectuées pour étudier les différences entre les groupes relativement à chacune des stratégies; elles sont résumées au tableau 17 (voir les résultats des analyses au



tableau B.5 de l'annexe B). Les résultats ont révélé que les répondants considéraient que toutes les stratégies étaient utiles. L'accès à des spécialistes de la douleur et de la santé mentale a reçu les cotes les plus élevées, suivi de l'accès à une base de données provinciale sur les ordonnances et à des lignes directrices cliniques sur la prise en charge des patients à haut risque. Un effet de groupe significatif indique que les infirmières ont attribué des cotes plus élevées à l'accès à des spécialistes de la douleur et de la santé mentale que les médecins, les dentistes et les pharmaciens. Les stratégies concernant l'accès à des consignes sur la gestion et la prescription (p. ex. des lignes directrices cliniques sur la prescription de stimulants et de sédatifs) figuraient aussi parmi les six catégories ayant reçu les cotes les plus élevées.



Tableau 17 : Moyennes et écarts-types moyens associés aux stratégies potentielles de prévention et de gestion du MMO

Stratégie ¹	Tous	Médecins	Dentistes	Pharmaciens	Infirmières	Résultats des comparaisons significatives par paires ²
Établissement de meilleurs liens avec d'autres professionnels de domaines comme le traitement de la douleur chronique et la santé mentale	5,99 (1,22)	5,65 (1,52)	5,59 (1,30)	5,84 (1,30)	6,16 (1,09)	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p = 0,001$), les dentistes ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p = 0,006$).
Amélioration de l'accès à une base de données provinciale sur les ordonnances	5,89 (1,45)	5,80 (1,53)	5,95 (1,39)	5,79 (1,61)	5,93 (1,39)	S.O.
Lignes directrices cliniques sur la prise en charge de patients à haut risque	5,79 (1,26)	5,09 (1,59)	5,58 (1,22)	5,73 (1,24)	5,96 (1,17)	Les médecins ont attribué des cotes moins élevées que les dentistes ($p = 0,026$), les infirmières ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p < 0,001$). Les dentistes ont attribué des cotes moins élevées que les infirmières ($p = 0,018$).
Meilleur appui pour les Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse	5,39 (1,49)	5,01 (1,65)	4,94 (1,60)	5,25 (1,43)	5,57 (1,42)	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p = 0,003$), les dentistes ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p = 0,044$).
Meilleure compréhension des protocoles de signalement et de l'utilisation, du suivi et de l'échange des renseignements	5,36 (1,51)	4,45 (1,70)	5,26 (1,50)	5,38 (1,57)	5,51 (1,41)	Les médecins ont attribué des cotes moins élevées que les dentistes ($p = 0,001$), les infirmières ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p < 0,001$).
Lignes directrices cliniques sur la prescription de stimulants et de sédatifs	5,21 (1,64)	4,74 (1,82)	5,25 (1,61)	5,07 (1,60)	5,32 (1,62)	Les médecins ont attribué des cotes moins élevées que les infirmières ($p = 0,008$).
Site Web présentant des renseignements cliniques	5,07 (1,54)	4,58 (1,74)	5,08 (1,52)	4,76 (1,63)	5,24 (1,45)	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p = 0,001$).
Documentation – accords de traitement et renseignements sur les patients	5,04 (1,54)	4,83 (1,69)	4,64 (1,52)	4,94 (1,51)	5,17 (1,51)	Les dentistes ont attribué des cotes moins élevées que les infirmières ($p = 0,006$).
Professionnels de la santé et mentors joignables par téléphone ou par courriel	4,91 (1,71)	4,66 (1,77)	4,94 (1,74)	4,71 (1,78)	5,02 (1,66)	S.O.



Stratégie ¹	Tous	Médecins	Dentistes	Pharmaciens	Infirmières	Résultats des comparaisons significatives par paires ²
Cours en ligne sur la prescription d'opioïdes, de stimulants et de sédatifs	4,86 (1,72)	4,55 (1,70)	4,84 (1,79)	4,76 (1,69)	4,93 (1,71)	S.O.
Cours d'une journée sur la prescription d'opioïdes, de stimulants et de sédatifs	4,85 (1,75)	4,34 (1,78)	4,82 (1,78)	4,67 (1,77)	4,99 (1,72)	Les médecins ont attribué des cotes moins élevées que les infirmières ($p = 0,003$).
Aide-mémoire de poche sur la prescription d'opioïdes, de stimulants et de sédatifs	4,68 (1,79)	4,19 (1,92)	5,25 (1,56)	4,39 (1,73)	4,75 (1,80)	Les médecins ont attribué des cotes moins élevées que les infirmières ($p = 0,023$). Les dentistes ont attribué des cotes plus élevées que les infirmières ($p = 0,041$) et les pharmaciens ($p < 0,001$).
Meilleure application de la loi par les organismes de réglementation	4,64 (1,83)	3,95 (1,90)	3,84 (1,89)	5,11 (1,57)	4,75 (1,76)	Les infirmières et les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les médecins et les dentistes (tous les $p < 0,001$).
Modification des lois provinciales ou fédérales	4,46 (1,87)	4,19 (1,99)	3,61 (1,92)	4,86 (1,72)	4,53 (1,83)	Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p = 0,020$) et les dentistes ($p < 0,001$). Les dentistes ont attribué des cotes moins élevées que les infirmières ($p < 0,001$).
Analyses d'urine (toxicologie)	4,54 (1,81)	4,72 (1,94)	3,94 (1,82)	4,42 (1,71)	4,66 (1,80)	Les dentistes ont attribué des cotes moins élevées que les médecins ($p = 0,012$) et les infirmières ($p = 0,001$).
Service d'assistance téléphonique 1-800 avec un clinicien	4,31 (1,87)	4,23 (1,95)	4,91 (1,67)	3,99 (1,89)	4,32 (1,87)	Les dentistes ont attribué des cotes plus élevées que les infirmières ($p = 0,013$) et les pharmaciens ($p < 0,001$).
Amélioration de l'application de la loi	4,17 (1,91)	3,56 (1,90)	3,73 (1,93)	4,76 (1,71)	4,16 (1,92)	Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p < 0,001$), les dentistes ($p < 0,001$) et les infirmières ($p < 0,001$). Les médecins ont attribué des cotes moins élevées que les infirmières ($p = 0,019$).

¹ Les stratégies sont présentées en ordre décroissant de moyenne globale de l'ensemble des groupes.

² Les comparaisons par paires de suivi ont été réalisées seulement sur les groupes individuels, après la découverte d'un effet de groupe significatif (voir le tableau B.5 à l'annexe B). Une correction de Bonferroni a été appliquée à toutes les comparaisons pour diminuer le risque d'erreur de type I.



Stratégies de prévention et de gestion du MMO : Résultats qualitatifs

Au total, 622 participants ont répondu à une question ouverte dans laquelle ils ont indiqué les éléments qui sont nécessaires, selon eux, pour s'attaquer au MMO. À partir de ces réponses, cinq grands thèmes ont été dégagés.

Accès aux données sur les ordonnances

Des répondants des quatre groupes ont mentionné la création d'un système facilement accessible permettant de consulter des listes des médicaments prescrits à un patient, ainsi que des autres professionnels de la santé intervenant dans les soins à ce patient. Par exemple, un médecin a indiqué qu'il aimerait pouvoir accéder rapidement à la liste des médicaments prescrits à un patient n'importe où dans la province. Selon les répondants, un tel système devrait être mis en place à l'échelle de la province. Certains répondants ont indiqué que ce système devrait être utilisé dans le cas de médicaments sur ordonnance ou de patients précis qui représentent un risque particulier, mais la plupart étaient d'avis qu'il devrait englober l'ensemble des médicaments. Certains répondants étaient même d'avis qu'un tel système devrait être obligatoire. Un pharmacien a expliqué que chaque ordonnance devrait être ajoutée à la base de données centralisée en temps réel. Un autre pharmacien a mentionné qu'il faudrait assurer un meilleur suivi des ordonnances exécutées – Netcare étant un bon point de départ – et veiller à ce que toutes les pharmacies ajoutent des renseignements sur les patients afin que les données soient à jour. Un dentiste explique :

[Traduction]

Notre programme d'ordonnances papier en trois exemplaires devrait aussi exister en ligne. Nous pourrions nous connecter, prescrire un médicament en ligne et faire imprimer un exemplaire qui serait signé par le praticien. Ces ordonnances seraient conservées dans le système sécurisé, ce qui permettrait à d'autres cliniciens de s'assurer qu'ils ne prescrivent pas trop de médicaments à un patient, ou qu'un patient ne cherche pas à consulter auprès de plusieurs médecins.

Plus de temps avec les patients

Des répondants ont indiqué que s'ils avaient plus de temps à consacrer à leurs patients, ils pourraient être plus rigoureux en ce qui a trait à l'évaluation, aux antécédents médicaux, au diagnostic et à la formation des patients. Par exemple, selon une infirmière, à l'heure actuelle, la charge de travail du personnel est trop grande : il n'y a donc pas assez de temps pour former convenablement les patients. Pour sa part, un pharmacien était d'avis qu'il faudrait limiter l'accès à certains médicaments ciblés en veillant à ce que les patients à qui on les prescrit soient examinés ou se présentent à une consultation chaque fois.

Accès à des ressources pour les patients

Les répondants ont relevé le besoin d'être en mesure d'aiguiller les patients vers des ressources spécialisées, notamment des ressources en santé mentale et des centres de traitement des dépendances. L'accès à des spécialistes de la douleur chronique a été cité le plus souvent. Dans certains cas, des répondants ont indiqué que des spécialistes étaient déjà disponibles, mais qu'il faudrait y avoir accès plus rapidement.



Éducation

Les répondants ont fréquemment mentionné l'éducation en tant que stratégie essentielle pour s'attaquer au mésusage de médicaments sur ordonnance. Aucun aspect particulier des soins de santé n'est visé : en fait, l'éducation est jugée nécessaire tant pour les patients que pour le public et les professionnels de la santé. Par exemple, selon un médecin, des campagnes de sensibilisation doivent être mises en place et plus de renseignements doivent être rendus publics; un dentiste a fait allusion à la nécessité d'offrir régulièrement des formations à ce sujet aux fournisseurs de soins et de définir des protocoles et des limites à l'aide d'une base de données provinciale.

Surprescription et application des protocoles

Selon certains répondants, des sanctions devraient être imposées aux professionnels de la santé qui pratiquent la surprescription. Une infirmière sondée souhaiterait une meilleure gestion et une meilleure application des protocoles visant toutes les personnes autorisées à prescrire les médicaments ciblés, ainsi qu'une plus grande responsabilisation de ces professionnels. Un médecin a indiqué souhaiter que plus d'enquêtes et d'interventions soient menées auprès des médecins qui pratiquent la surprescription. Enfin, un pharmacien était d'avis que le collègue des médecins et des chirurgiens laissait certains médecins prescrire trop d'opioïdes.

Communication entre les professionnels de la santé au sujet des ordonnances

On a demandé aux participants de répondre à une série de questions sur les communications et interactions avec les autres professionnels de la santé en ce qui concerne les ordonnances. Le branchement conditionnel sur une question a été utilisé, étant donné que certaines questions ne s'adressaient qu'à certains groupes de répondants. Aussi, les données relatives à chaque groupe de répondants sont présentées séparément.

Communication entre les médecins et les autres professionnels de la santé

On a d'abord demandé aux médecins d'indiquer combien de fois, au cours de l'année précédente, ils avaient interagi avec des pharmaciens au sujet d'ordonnances d'opioïdes, de stimulants et de sédatifs ou tranquillisants. Le tableau 18 présente la répartition des fréquences indiquées dans les réponses pour chaque type d'ordonnance. La moitié (50 %) des médecins sondés ont indiqué communiquer avec des pharmaciens au sujet d'ordonnances d'opioïdes à une fréquence allant d'une fois par semaine à une fois par mois. Un fort pourcentage de médecins ont dit ne jamais communiquer avec des pharmaciens au sujet d'ordonnances de stimulants (52,0 %) ou de sédatifs ou tranquillisants (30,6 %).

**Tableau 18 : Fréquence à laquelle les médecins disent avoir communiqué avec des pharmaciens au sujet d'ordonnances d'opioïdes, de stimulants et de sédatifs ou tranquillisants**

Type d'ordonnance	Jamais	Trimestrielle	Bimestrielle	Mensuelle	Hebdomadaire
Opioïdes	16,3 %	26,5 %	7,1 %	21,4 %	28,6 %
Stimulants	52,0 %	20,4 %	6,1 %	12,2 %	9,2 %
Sédatifs ou tranquillisants	30,6 %	19,5 %	8,2 %	22,4 %	19,4 %

Un test de Friedman a été effectué pour analyser les différences entre les réponses données pour les trois types d'ordonnances; des différences ont été observées dans les réponses données au sujet des opioïdes (rang moyen = 2,41), des stimulants (rang moyen = 1,54) et des sédatifs ou tranquillisants (rang moyen = 2,05) : $\chi^2(2, N=98) = 71,56, p < 0,001$. Des comparaisons de suivi par paires faites à l'aide d'un test de Wilcoxon pour observations appariées ont révélé que les médecins et les pharmaciens communiquaient plus souvent au sujet d'opioïdes que de stimulants ($z = -6,27, p < 0,001$) ou de sédatifs ou tranquillisants ($z = -3,24, p = 0,001$). En outre, les communications au sujet de sédatifs étaient plus fréquentes que celles au sujet de stimulants ($z = -5,26, p < 0,001$).

On a ensuite demandé aux médecins d'évaluer la probabilité qu'ils se soient trouvés dans 10 situations précises avec un pharmacien au cours des trois mois précédents, sur une échelle de 1 (*pas du tout probable*) à 7 (*hautement probable*). Les moyennes et les écarts-types associés à chaque situation sont présentés au tableau 19. Le sondage a permis de déterminer que la situation la plus probable était la demande d'information d'un pharmacien qui souhaite vérifier une ordonnance, et la moins probable, un pharmacien qui ne répond pas bien aux questions ou aux préoccupations du médecin.

Tableau 19 : Moyennes et écarts-types associés à la probabilité perçue par les médecins qu'ils se soient trouvés dans certaines situations avec un pharmacien au cours des trois mois précédents

Situation ¹	Moyenne (écart-type)
Un pharmacien m'a appelé pour vérifier un renseignement déjà précisé sur l'ordonnance.	3,17 (2,09)
Un pharmacien a délivré un médicament sans avoir d'ordonnance après avoir tenté de me joindre en vain.	3,09 (2,20)
Un pharmacien a émis à un patient une recommandation qui me semblait inappropriée.	3,07 (1,94)
Un pharmacien a communiqué avec moi par téléavertisseur ou par téléphone pour des questions non urgentes.	3,06 (2,12)
Un pharmacien a remis en question une ordonnance qui, à mon avis, était appropriée.	2,81 (1,90)
Un pharmacien a demandé que je reformule une ordonnance.	2,80 (2,10)
Un pharmacien a été difficile à joindre par téléphone.	2,44 (1,97)
Un pharmacien a délivré un médicament avant le moment indiqué sur l'ordonnance.	2,12 (1,64)
Un pharmacien ne semblait pas bien connaître le médicament.	2,00 (1,59)
Un pharmacien n'a pas bien répondu à mes questions ou à mes préoccupations au sujet d'un médicament.	1,84 (1,52)

¹ Les situations sont présentées en ordre décroissant de moyenne globale de l'ensemble des groupes.



On a aussi demandé aux médecins d'indiquer à quelle fréquence, au cours de l'année précédente, ils avaient interagi avec des infirmières au sujet d'ordonnances d'opioïdes, de stimulants et de sédatifs ou tranquillisants. Un fort pourcentage de médecins (voir le tableau 20) ont indiqué qu'ils avaient communiqué avec des infirmières sur une base hebdomadaire au sujet d'opioïdes (40,2 %) et de sédatifs ou tranquillisants (39,2 %). La comparaison des réponses au sujet des opioïdes (rang moyen = 2,22), des stimulants (rang moyen = 1,61) et des sédatifs (rang moyen = 2,16) révèle une différence significative : $\chi^2(2, N=97) = 59,85, p < 0,001$. Les comparaisons de suivi par paires indiquent que les médecins ont communiqué avec des infirmières au sujet d'opioïdes plus souvent qu'au sujet de stimulants ($z = -5,43, p < 0,001$), et plus souvent au sujet de sédatifs ou tranquillisants qu'au sujet de stimulants ($z = -5,36, p < 0,001$). Aucune différence n'a été constatée quant à la fréquence des communications portant sur les opioïdes et les sédatifs ou tranquillisants.

Tableau 20 : Fréquence à laquelle les médecins ont dit avoir communiqué avec des infirmières au sujet d'ordonnances d'opioïdes, de stimulants et de sédatifs ou tranquillisants

Type d'ordonnance	Jamais	Trimestrielle	Bimestrielle	Mensuelle	Hebdomadaire
Opioïdes	25,8 %	11,3 %	5,2 %	17,5 %	40,2 %
Stimulants	59,8 %	7,2 %	3,1 %	12,4 %	17,5 %
Sédatifs ou tranquillisants	30,9 %	8,2 %	6,2 %	15,5 %	39,2 %

On a ensuite demandé aux médecins d'évaluer, sur une échelle de 1 (*pas du tout probable*) à 7 (*hautement probable*), la probabilité qu'ils se soient trouvés dans cinq situations précises impliquant des infirmières au cours des trois mois précédents. Dans l'ensemble, les cotes moyennes étaient peu élevées, ce qui indique que les médecins jugeaient qu'il était peu probable qu'ils se soient trouvés dans ces situations (voir le tableau 21).

Tableau 21 : Moyennes et écarts-types associés à la probabilité perçue par les médecins qu'ils se soient trouvés dans certaines situations impliquant des infirmières au cours des trois mois précédents

Situation ¹	Moyenne (écart-type)
Une infirmière m'a incité à prescrire un médicament au patient pour le calmer (p. ex. benzodiazépines ou analgésiques).	2,60 (1,91)
À mon avis, l'évaluation de l'intoxication aux opioïdes, du sevrage ou de la douleur faite par une infirmière était inexacte.	2,27 (1,84)
Une infirmière a eu l'impression qu'un patient était à la recherche de médicaments ou était source de problèmes, et je n'étais pas forcément d'accord.	2,20 (1,68)
Une infirmière ne s'est pas sentie à l'aise d'administrer un médicament que j'avais prescrit.	2,11 (1,75)
Une infirmière était en désaccord avec mon ordonnance.	1,88 (1,49)

¹ Les situations sont présentées en ordre décroissant de moyenne globale de l'ensemble des groupes.

Communication entre les dentistes et les autres professionnels de la santé

On a demandé aux dentistes d'indiquer à quelle fréquence, au cours de l'année précédente, ils avaient communiqué avec des pharmaciens au sujet d'ordonnances d'opioïdes, de stimulants et de



sédatifs ou tranquillisants. Comme l'indique le tableau 22, les dentistes communiquent peu avec les pharmaciens concernant ces trois catégories de médicaments sur ordonnance.

Tableau 22 : Fréquence à laquelle les dentistes ont dit avoir communiqué avec des pharmaciens au sujet d'ordonnances d'opioïdes, de stimulants et de sédatifs ou tranquillisants

Type d'ordonnance	Jamais	Trimestrielle	Bimestrielle	Mensuelle	Hebdomadaire
Opioides	59,5 %	19,8 %	2,7 %	9,0 %	9,0 %
Stimulants	90,9 %	6,4 %	0,9 %	0,9 %	0,9 %
Sédatifs ou tranquillisants	72,7 %	17,3 %	1,8 %	6,4 %	1,8 %

On a aussi demandé aux dentistes d'évaluer, sur une échelle de 1 (*pas du tout probable*) à 7 (*hautement probable*), la probabilité qu'ils se soient trouvés dans 10 situations précises impliquant des pharmaciens au cours des trois mois précédents. L'analyse du tableau 23 permet de conclure que selon les dentistes, il était peu probable que ces situations se soient produites.

Tableau 23 : Moyennes et écarts-types associés à la probabilité perçue par les dentistes qu'ils se soient trouvés dans certaines situations impliquant des pharmaciens au cours des trois mois précédents

Situation ¹	Moyenne (écart-type)
Un pharmacien a été difficile à joindre par téléphone.	2,24 (1,92)
Un pharmacien m'a appelé pour vérifier un renseignement déjà indiqué sur l'ordonnance.	1,89 (1,63)
Un pharmacien a communiqué avec moi par téléavertisseur ou par téléphone pour des questions non urgentes.	1,70 (1,33)
Un pharmacien a remis en question une ordonnance qui, à mon avis, était appropriée.	1,61 (1,21)
Un pharmacien a demandé que je reformule une ordonnance.	1,55 (1,18)
Un pharmacien ne semblait pas bien connaître le médicament.	1,43 (1,21)
Un pharmacien a émis à un patient une recommandation qui me semblait inappropriée.	1,39 (1,11)
Un pharmacien n'a pas bien répondu à mes questions ou à mes préoccupations au sujet d'un médicament.	1,32 (1,07)
Un pharmacien a délivré un médicament sans avoir d'ordonnance après avoir tenté de me joindre en vain.	1,19 (0,65)
Un pharmacien a délivré un médicament avant le moment indiqué sur l'ordonnance.	1,17 (0,69)

¹ Les situations sont présentées en ordre décroissant de moyenne globale de l'ensemble des groupes.

Communication entre les pharmaciens et les autres professionnels de la santé

On a posé aux pharmaciens une série de questions sur leurs interactions avec les médecins et les dentistes. On leur a d'abord demandé d'indiquer à quelle fréquence ils avaient communiqué avec des médecins au sujet d'ordonnances d'opioïdes, de stimulants et de sédatifs ou tranquillisants au cours de l'année précédente. Le tableau 24 présente la répartition des fréquences indiquées dans les réponses pour chaque type d'ordonnance.



L'étude des réponses concernant les trois types d'ordonnances a révélé des différences entre les opioïdes (rang moyen = 2,35), les stimulants (rang moyen = 1,46) et les sédatifs ou tranquillisants (rang moyen = 2,19) : $\chi^2(2, N=199) = 167,16, p < 0,001$. Les comparaisons par paires de suivi ont permis de conclure que les communications sur les opioïdes étaient plus fréquentes que celles au sujet de stimulants ($z = -9,26, p < 0,001$) et de sédatifs ou tranquillisants ($z = -3,43, p = 0,001$). De plus, les communications au sujet de sédatifs ou tranquillisants étaient plus fréquentes que celles sur les stimulants ($z = -8,65, p < 0,001$).

On a ensuite demandé aux pharmaciens d'évaluer, sur une échelle de 1 (*pas du tout probable*) à 7 (*hautement probable*), la probabilité qu'ils se soient trouvés dans quatre situations précises impliquant des médecins au cours des trois mois précédents. Comme l'indique le tableau 24, selon les pharmaciens, toutes ces situations étaient susceptibles de s'être produites.

Tableau 24 : Moyennes et écarts-types associés à la probabilité perçue par les pharmaciens qu'ils se soient trouvés dans certaines situations impliquant des médecins au cours des trois mois précédents

Situation ¹	Moyenne (écart-type)
Un médecin a été difficile à joindre par téléphone.	5,56 (2,10)
Un médecin a tardé à me rappeler.	5,17 (2,12)
Un médecin s'est montré peu réceptif à mes préoccupations.	4,12 (2,13)
Un médecin n'était pas disposé à me faire part de son plan de traitement ou a omis de me le transmettre.	4,10 (2,15)

¹ Les situations sont présentées en ordre décroissant de moyenne globale de l'ensemble des groupes.

On a aussi demandé aux pharmaciens d'indiquer à quelle fréquence ils avaient communiqué avec des dentistes au cours de l'année précédente au sujet d'ordonnances d'opioïdes, de stimulants et de sédatifs ou tranquillisants. Le tableau 25 présente la répartition des fréquences indiquées dans les réponses pour chaque type d'ordonnance. Des différences significatives ont été relevées relativement aux opioïdes (rang moyen = 2,28), aux stimulants (rang moyen = 1,75) et aux sédatifs ou tranquillisants (rang moyen = 1,98) : $\chi^2(2, N=200) = 101,81, p < 0,001$. Des comparaisons par paires de suivi ont permis de trouver que les communications au sujet d'opioïdes étaient plus fréquentes que celles sur les stimulants ($z = -7,42, p < 0,001$) et les sédatifs ou tranquillisants ($z = -5,50, p < 0,001$). La fréquence des communications au sujet de sédatifs ou tranquillisants était significativement plus élevée que celle des communications sur les stimulants ($z = -5,13, p < 0,001$).

Tableau 25 : Fréquence à laquelle les pharmaciens ont dit avoir communiqué avec des dentistes au sujet d'ordonnances d'opioïdes, de stimulants et de sédatifs ou tranquillisants

Type d'ordonnance	Jamais	Trimestrielle	Bimestrielle	Mensuelle	Hebdomadaire
Opioïdes	62,0 %	23,5 %	4,0 %	8,0 %	2,5 %
Stimulants	96,0 %	3,5 %	0,5 %	0,0 %	0,0 %
Sédatifs ou tranquillisants	80,1 %	12,4 %	3,0 %	4,0 %	0,5 %

On a ensuite demandé aux pharmaciens d'évaluer, sur une échelle de 1 (*pas du tout probable*) à 7 (*hautement probable*), la probabilité qu'ils se soient trouvés dans quatre situations précises avec des dentistes au cours des trois mois précédents. Le tableau 26 présente les moyennes et écarts-types associés à chaque situation. Contrairement à ce qui a été constaté dans les situations avec



des médecins, les pharmaciens ont indiqué qu'il était peu probable que ces situations impliquant des dentistes se soient produites.

Tableau 26 : Moyennes et écarts-types associés à la probabilité perçue par les pharmaciens qu'ils se soient trouvés dans certaines situations impliquant des dentistes au cours des trois mois précédents

Situation ¹	Moyenne (écart-type)
Un dentiste a été difficile à joindre par téléphone.	2,68 (2,15)
Un dentiste a tardé à me rappeler.	2,32 (1,79)
Un dentiste s'est montré peu réceptif à mes préoccupations.	1,96 (1,50)
Un dentiste n'était pas disposé à me faire part de son plan de traitement ou a omis de me le transmettre.	1,86 (1,42)

¹ Les situations sont présentées en ordre décroissant de moyenne globale de l'ensemble des groupes.

Pour évaluer les perceptions des pratiques de prescription, on a demandé aux pharmaciens d'évaluer, sur une échelle de 1 (*pas du tout probable*) à 7 (*hautement probable*), la probabilité qu'ils aient été témoins de cinq pratiques précises. Le tableau 27 présente les moyennes et les écarts-types associés à chaque pratique de prescription. Dans l'ensemble, les pharmaciens jugeaient qu'il était probable qu'ils aient été témoins de chacune de ces pratiques. Celles jugées les plus susceptibles de s'être produites étaient la réception d'une ordonnance pour un patient soupçonné par le pharmacien de s'adonner au mésusage du médicament en question, et la réception d'ordonnances conjointes de médicaments ne devant pas être pris ensemble.

Tableau 27 : Moyennes et écarts-types associés à la probabilité que des pharmaciens aient été témoins de certaines pratiques de prescription

Pratique de prescription ¹	Moyenne (écart-type)
Un médicament a été prescrit à un patient que je soupçonne de mésusage.	5,52 (1,91)
Des médicaments qui ne devraient pas être pris ensemble ont été prescrits conjointement (p. ex. sédatifs et opioïdes).	5,25 (1,87)
Un médicament a été prescrit à un patient qui, à mon avis, n'en a pas besoin.	4,92 (1,97)
La posologie du médicament prescrit me semble trop élevée.	4,84 (1,94)
L'augmentation de la posologie me semble trop rapide.	4,03 (1,94)

¹ Les pratiques de prescription sont présentées en ordre décroissant de moyenne globale de l'ensemble des groupes.

Communication entre les infirmières et les autres professionnels de la santé

On a demandé aux infirmières d'indiquer à quelle fréquence, au cours de l'année précédente, elles avaient communiqué avec des médecins au sujet d'ordonnances d'opioïdes, de stimulants et de sédatifs ou tranquillisants. Le tableau 28 présente la répartition des fréquences indiquées dans les réponses pour chaque type d'ordonnance. Des différences ont été constatées entre les groupes en ce qui a trait à la communication au sujet des ordonnances d'opioïdes (rang moyen = 2,25), de stimulants (rang moyen = 1,60) et de sédatifs ou tranquillisants (rang moyen = 2,15) : $\chi^2(2, N=624) = 337,80, p < 0,001$. Plus particulièrement, les opioïdes faisaient l'objet de communications plus fréquentes que les stimulants ($z = -13,49, p < 0,001$) ou les sédatifs ou tranquillisants ($z = -3,93, p = 0,001$). En outre, les communications avec les médecins au sujet de



sédatifs ou tranquillisants étaient plus fréquentes que celles sur les stimulants ($z = -12,64$, $p < 0,001$).

Tableau 28 : Fréquence à laquelle les infirmières ont dit avoir communiqué avec des médecins au sujet d'ordonnances d'opioïdes, de stimulants et de sédatifs ou tranquillisants

Type d'ordonnance	Jamais	Trimestrielle	Bimestrielle	Mensuelle	Hebdomadaire
Opioides	22,5 %	14,2 %	5,3 %	15,2 %	42,7 %
Stimulants	47,5 %	16,8 %	7,3 %	9,3 %	19,1 %
Sédatifs ou tranquillisants	24,6 %	16,1 %	5,5 %	15,8 %	37,9 %

On a demandé aux infirmières d'évaluer, sur une échelle de 1 (*pas du tout probable*) à 7 (*hautement probable*), la probabilité qu'elles se soient trouvées dans cinq situations précises impliquant des médecins au cours des trois mois précédents. L'étude du tableau 29 révèle que les situations ont toutes reçu des cotes inférieures au point milieu de l'échelle, ce qui indique qu'il était peu probable qu'elles se soient produites. La situation ayant reçu les cotes les plus élevées : le désaccord d'infirmières avec certaines ordonnances.

Tableau 29 : Moyennes et écarts-types associés à la probabilité perçue par les infirmières qu'elles se soient trouvées dans certaines situations impliquant des médecins au cours des trois mois précédents

Situation ¹	Moyenne (écart-type)
J'étais en désaccord avec une ordonnance.	3,08 (2,04)
À mon avis, il fallait prescrire un médicament au patient pour le calmer, mais le médecin n'était pas du même avis.	2,69 (1,89)
Selon moi, le patient était à la recherche de médicaments ou était source de problèmes, mais le médecin n'était pas du même avis.	2,69 (2,03)
Je ne me sentais pas à l'aise d'administrer au patient le médicament prescrit par le médecin.	2,60 (1,99)
Un médecin a remis en question la justesse de mon évaluation de l'intoxication, du sevrage ou de la douleur d'un patient.	2,18 (1,73)

¹ Les situations sont présentées en ordre décroissant de moyenne globale de l'ensemble des groupes.

Améliorer la communication entre professionnels de la santé : Résultats qualitatifs

On a demandé aux participants de donner, dans une réponse ouverte, des suggestions pour améliorer la communication entre les professionnels de la santé. Au total, 360 personnes y ont répondu. Dans l'ensemble, les réponses étaient plutôt uniformes, ce qui a permis de dégager deux grands thèmes.

Travail d'équipe

De nombreux répondants ont fait allusion au travail d'équipe multidisciplinaire et à l'échange de renseignements. Un médecin a fait la suggestion suivante pour améliorer les communications : veiller à comprendre le rôle de chacun et savoir s'entretenir avec chacun pour tout ce qui touche aux patients. Un autre médecin est allé dans le même sens, précisant qu'il est important de favoriser le



soutien entre coéquipiers et l'éducation, et de savoir ce que font les autres membres de l'équipe. Des répondants ont aussi indiqué qu'il était important d'avoir confiance dans les capacités de ses coéquipiers. Selon une infirmière, la clé, c'est le travail d'équipe à condition que les médecins reconnaissent la compétence des autres professionnels de la santé. Un dentiste a mentionné que tous les intervenants devaient travailler ensemble dans l'intérêt du patient et oublier la hiérarchie. Enfin, un médecin a souligné l'importance du respect, mentionnant qu'il faut respecter les connaissances propres à chaque discipline et ce que chaque discipline a à offrir, et être ouvert aux suggestions.

Signalement

Parallèlement à la discussion précédente sur les stratégies de prévention et de gestion du MMO, les répondants ont réitéré le besoin de mettre en place un système permettant de mettre à jour les renseignements sur les patients et d'y accéder. Selon les répondants, pour qu'un tel système fonctionne, il doit être accessible à tous les professionnels de la santé. Par exemple, une infirmière a indiqué qu'il faudrait donner accès aux dentistes à des bases de données sur les patients, et selon une autre, le principe même de ces bases de données devrait être le partage de dossiers électroniques.

Étudier les types de MMO

Au début du sondage, une définition du MMO a été donnée. Cette définition comprenait le mésusage intentionnel d'un médicament sur ordonnance à des fins récréatives ainsi qu'à des fins thérapeutiques autres que celles pour lesquelles il avait été prescrit. Il a aussi été précisé qu'il se peut que des patients s'adonnent au mésusage de médicaments sur ordonnance de façon non intentionnelle, par exemple parce qu'ils ne comprennent pas les directives à suivre ou ont des problèmes de mémoire. On a demandé à tous les répondants d'évaluer, sur une échelle de 1 (*pas du tout d'accord*) à 7 (*tout à fait d'accord*), une série d'énoncés visant à étudier les perceptions des différents types de MMO. Le tableau 30 présente les énoncés et les cotes moyennes et écarts-types qui y sont associés. Compte tenu des moyennes globales, les résultats indiquent que les répondants ont attribué des cotes près du milieu de l'échelle pour la plupart des énoncés, ce qui suggère que les préoccupations à savoir si le MMO est intentionnel ou non intentionnel ou si un médicament est utilisé à des fins thérapeutiques ou récréatives sont très semblables.

L'étude des différences entre les groupes en ce qui a trait aux énoncés (voir les résultats de ces analyses et des comparaisons par paires de suivi au tableau B.6) indique que les pharmaciens étaient plus en accord que les infirmières avec le fait que le MMO intentionnel est plus fréquent que le MMO non intentionnel (voir le tableau 30). Pour leur part, les dentistes étaient plus d'accord que les pharmaciens avec l'énoncé « Je suis plus préoccupé par le MMO intentionnel que par le MMO non intentionnel chez mes patients ». Enfin, les médecins et les dentistes étaient plus d'accord que les pharmaciens et les infirmières avec l'énoncé « Je suis plus préoccupé par le MMO intentionnel à des fins récréatives que par le MMO intentionnel à des fins thérapeutiques ».



Tableau 30 : Moyennes et écarts-types associés à des énoncés portant sur les différents types de MMO

Énoncé	Tous	Médecins	Dentistes	Pharmaciens	Infirmières	Résultats des comparaisons significatives par paires ¹
Le MMO intentionnel est plus fréquent que le MMO non intentionnel.	4,39 (1,71)	4,43 (1,72)	4,45 (1,63)	4,71 (1,71)	4,27 (1,71)	Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les infirmières ($p = 0,009$).
Le mésusage de médicaments sur ordonnance à des fins récréatives est plus fréquent que le mésusage de médicaments sur ordonnance à des fins thérapeutiques.	4,10 (1,68)	4,06 (1,66)	4,37 (1,63)	4,09 (1,68)	4,07 (1,69)	S.O.
Je suis plus préoccupé par le MMO intentionnel que par le MMO non intentionnel chez mes patients.	3,81 (1,99)	4,19 (1,89)	4,27 (1,84)	3,62 (1,95)	3,73 (2,03)	Les dentistes ont attribué des cotes plus élevées que les pharmaciens ($p = 0,038$).
Je suis plus préoccupé par le MMO intentionnel à des fins récréatives que par le MMO intentionnel à des fins thérapeutiques.	4,02 (1,96)	4,57 (1,97)	4,50 (1,79)	3,84 (1,88)	3,92 (1,98)	Les médecins ont attribué des cotes plus élevées que les infirmières ($p = 0,013$) et les pharmaciens ($p = 0,015$). Les dentistes ont attribué des cotes plus élevées que les pharmaciens ($p = 0,025$) et les infirmières ($p = 0,024$).
Les signes cliniques de MMO intentionnel à des fins récréatives sont les mêmes que ceux de MMO intentionnel à des fins thérapeutiques.	3,20 (1,60)	3,06 (1,66)	3,31 (1,56)	3,07 (1,46)	3,24 (1,63)	S.O.
Il est plus difficile de détecter le MMO intentionnel à des fins récréatives que le MMO intentionnel à des fins thérapeutiques.	3,72 (1,68)	3,87 (1,64)	4,07 (1,64)	3,55 (1,62)	3,70 (1,70)	S.O.

¹ Les comparaisons par paires de suivi ont été réalisées seulement sur les groupes individuels, après la découverte d'un effet de groupe significatif (voir le tableau B6 à l'annexe B). Une correction de Bonferroni a été appliquée à toutes les comparaisons pour diminuer le risque d'erreur de type I.



Analyse

Cette étude avait pour objectif d'explorer les perceptions quant au MMO parmi un échantillon de professionnels de la santé de l'Alberta, soit des médecins, des chirurgiens, des infirmières autorisées, des infirmières praticiennes, des pharmaciens et des dentistes. Il est nécessaire de bien comprendre les perceptions des professionnels de la santé pour orienter l'élaboration d'initiatives de sensibilisation et de prévention visant la réduction des méfaits liés au MMO. Les perceptions abordées étaient les suivantes :

1. l'ampleur et la répartition du MMO chez les patients;
2. les caractéristiques cliniques du MMO;
3. les facteurs de risque de MMO;
4. les obstacles à la détection du MMO chez les patients;
5. la communication entre les professionnels de la santé au sujet des ordonnances;
6. les stratégies de prévention et de gestion du MMO.

Un sondage anonyme mené en ligne a permis de recueillir des données auprès d'un échantillon de 1 063 professionnels de la santé en Alberta, soit 99 médecins, 112 dentistes, 202 pharmaciens et 650 infirmières.

Résumé des principales constatations et implications sur le plan de la pratique et de l'éducation

Répartition estimée du MMO dans les populations étudiées

Les résultats de cette étude semblent indiquer que les perceptions des professionnels de la santé quant au mésusage de médicaments sur ordonnance dépendent à la fois de la catégorie de médicaments et des caractéristiques des patients. Lorsque des cas suspectés de MMO ont été comparés entre les différentes catégories de médicaments pour chaque catégorie de patients, on a pu observer que différentes catégories de médicaments étaient soupçonnées d'être associées au MMO en fonction de la catégorie de patients. Par exemple, chez les patients adultes, les patients plus âgés et ceux ayant reçu un diagnostic de santé mentale, les professionnels de la santé soupçonnaient plus fréquemment un mésusage de sédatifs ou de tranquillisants, suivis des opioïdes et des stimulants. Chez les patients souffrant de douleur chronique ou ayant des antécédents de toxicomanie, les estimations du mésusage suspecté étaient les plus élevées pour les opioïdes, suivis des sédatifs, puis des stimulants. La fréquence du mésusage suspecté d'opioïdes et de sédatifs ou tranquillisants était la même chez les patients présentant des symptômes non spécifiques. Fait intéressant, aucune différence n'a été observée dans la fréquence de MMO suspecté chez les jeunes patients. Bien que cette étude ne permette pas d'évaluer la précision de ces taux estimés de mésusage, les professionnels de la santé qui y ont participé ont indiqué que les cas connus de MMO étaient généralement plus fréquents chez les patients souffrant de douleur chronique ou de symptômes non spécifiques, ayant des antécédents de toxicomanie ou ayant reçu un diagnostic de santé mentale. Il sera nécessaire de mener des recherches originales et d'étudier directement des dossiers de patients pour obtenir une estimation plus précise du MMO et comparer les résultats obtenus à la perception du MMO.



La plupart des études antérieures portant sur les perceptions des professionnels de la santé et leur expérience relativement au MMO étaient axées sur les perceptions des médecins à propos du mésusage d'opioïdes (p. ex. Baldacchino et coll., 2010; Bendtsen, Hensing, Ebeling et Schedin, 1999; Bhamb et coll., 2006; Keller et coll., 2012; Morley-Forster et coll., 2003; Nwokeji, Rascati, Brown et Eisenberg, 2007; Potter et coll., 2001; Wenghofer et coll., 2011; Wolfert et coll., 2010); des préoccupations y ont été soulevées quant au mésusage de ce type de médicament. La présente étude va plus loin en démontrant que les professionnels de la santé s'inquiètent aussi du mésusage suspecté de sédatifs ou de tranquillisants sur ordonnance chez certains groupes de patients. Compte tenu des préoccupations exprimées par les professionnels de la santé concernant le MMO suspecté chez leurs patients, le modèle de dépistage, intervention rapide et orientation vers des traitements pourraient s'avérer efficace pour lutter contre ce problème (Cochran et coll., 2013; Otto et coll., 2009; Zahradnik et coll., 2009). Quoi qu'il en soit, d'autres recherches seront nécessaires pour démontrer l'efficacité de ce modèle en ce qui concerne le MMO (Young et coll., sous presse).

Indicateurs de MMO

Cette étude a défini une liste de comportements chez les patients perçus par les médecins, les dentistes, les pharmaciens et les infirmières comme indicateurs de MMO. En tête de liste figuraient la *modification du mode d'administration d'un médicament* et l'*usage de médicaments non conforme à l'ordonnance*. Ces deux comportements cadrent avec les définitions générales du MMO qui comprennent l'usage de médicaments qui ne suit pas l'ordonnance du prescripteur (Boyd et McCabe, 2008; Hernandez et Nelson, 2010; McCabe, West et Boyd, 2013). Une série de comportements visant la recherche de médicaments se retrouvaient aussi en tête de liste : l'obtention d'ordonnances de plusieurs prescripteurs, les consultations auprès de plusieurs médecins, la demande de doses supplémentaires pour cause de perte ou de vol, la demande de médicaments précis et le renouvellement précoce d'ordonnances. Ces résultats concordent avec les comportements visant la recherche de médicaments recensés dans des études antérieures menées auprès de médecins, d'infirmières et de pharmaciens (Baldacchino et coll., 2010; Bendtsen, Hensing, Ebeling, et coll., 1999; Bhamb et coll., 2006; Butler et Sheridan, 2010; Damestoy et coll., 1999; Goldblatt, 2009; Monheit, 2010; Payne et coll., 2011). Deux éléments liés aux symptômes physiologiques du MMO sont l'absence d'amélioration de l'état du patient et l'intoxication apparente. Ces éléments sont considérés comme des indicateurs de MMO, mais leur importance serait moindre comparativement à la plupart des comportements visant la recherche de médicaments. Kahan et ses collaboratrices (2011) ont démontré que 35 % des pharmaciens en Ontario ont vu à la pharmacie des patients intoxiqués, ce qui a soulevé certaines préoccupations relativement au mésusage. Il se peut que les professionnels de la santé qui ont participé à cette étude aient jugé ambiguës l'intoxication et l'absence d'amélioration de l'état du patient et se soient plutôt fiés à d'autres indicateurs pour évaluer le MMO.

L'exactitude du dépistage de la présence de MMO est essentielle à la réussite des initiatives d'intervention. Les résultats de cette étude ont donné lieu à la création d'une liste d'indicateurs comportementaux qui pourraient orienter la mise au point d'un outil de dépistage multidisciplinaire qui aiderait les professionnels de la santé à dépister le MMO chez leurs patients, advenant qu'un lien soit confirmé entre ces indicateurs et le MMO. L'une des difficultés associées au dépistage est la distinction entre les comportements problématiques visant la recherche de médicaments et les comportements légitimes de recherche du soulagement de la douleur (Joranson et Gilson, 2001). Des situations comme l'oligoanalgésie (soit le traitement insuffisant de la douleur) peuvent entraîner une panoplie de problèmes chez le patient, notamment la colère, la dépression, une faible estime de soi, l'anxiété, la méfiance, l'isolement et même le suicide (Propenhagen et Kuntz, 2006). Les



patients souffrant de douleur chronique affichent souvent des comportements semblables à ceux visant la recherche de médicaments, par exemple demander des médicaments sur ordonnance précis qui fonctionnent pour eux, consulter régulièrement des professionnels de la santé ou s'inquiéter lorsqu'il est question de modifier leur traitement. Les résultats de cette étude pourraient servir à l'élaboration d'un outil qui permettrait de distinguer entre les comportements visant la recherche de médicaments et ceux, légitimes, visant le soulagement de la douleur. Par exemple, le fait de demander qu'on prépare une quantité inférieure à celle prescrite était moins susceptible d'être considéré révélateur de MMO. Bien qu'il ne soit pas nécessairement signe de MMO, ce comportement y est certainement apparenté et peut servir à exclure les comportements visant la recherche de médicaments. Ce que cherchent les patients souffrant de douleur chronique, c'est le soulagement de leur douleur : ils ne cherchent pas la sédation ou le sentiment d'euphorie que procurent les opioïdes. Il se peut donc qu'ils demandent une quantité moindre du médicament simplement dans le but d'en limiter les effets secondaires (Propenhagen et Kuntz, 2006).

Ces résultats confirment également que plusieurs professionnels de la santé peuvent – et doivent – être mis à contribution dans l'évaluation du MMO. Comparativement aux autres groupes de répondants, les pharmaciens ont considéré certains comportements comme des indicateurs plus forts de MMO : *demander qu'un médicament ne soit pas facturé au régime d'assurance habituel et demander qu'un médicament soit délivré dans le contenant d'origine du fabricant*. Les pharmaciens sont ceux qui interviennent le plus dans la distribution et la facturation des médicaments sur ordonnance; par conséquent, ils sont plus au fait de ces comportements, ce qui pourrait expliquer la différence entre les groupes.

Facteurs de risque de MMO

Dans l'ensemble, les répondants de chaque groupe de professionnels s'entendaient pour dire que la caractérisation des facteurs de risque de MMO est difficile, voire impossible. Parallèlement, Payne et ses collaborateurs (2011) ont mentionné que les participants à leur étude étaient d'avis qu'il était impossible de prédire quels patients couraient le plus grand risque de MMO. Ces perceptions s'expliquent probablement par la complexité des problèmes associés au mésusage d'opioïdes et de sédatifs ou tranquillisants sur ordonnance, notamment le traitement de la douleur, la santé mentale et la toxicomanie. Cependant, la définition de facteurs de risque de MMO est essentielle à la prévention des méfaits chez les patients. En effet, lorsqu'un patient est jugé à risque, des mesures peuvent être prises pour atténuer ce risque (p. ex. recourir à d'autres médicaments sur ordonnance ou à des traitements non médicamenteux, ou exercer une surveillance étroite). Les résultats de cette étude pourraient orienter les efforts d'élaboration d'une stratégie d'évaluation des risques, étant donné qu'ils ont permis de recenser une hiérarchie de facteurs de risque. En tête de liste se trouvent des facteurs liés à une consommation abusive actuelle ou passée d'alcool et de drogues, ce qui concorde avec des études antérieures qui indiquaient que les patients ayant des antécédents de toxicomanie étaient plus susceptibles de s'adonner au MMO. Selon Potter et ses collaborateurs (2001), 16 % des médecins de leur échantillon ont dit qu'ils ne prescriraient jamais d'opioïdes à un patient ayant des antécédents de toxicomanie, et 42 % ont dit qu'ils ne prescriraient pas d'opioïdes à un patient qui éprouve actuellement des problèmes de toxicomanie. Les résultats des travaux actuels mettent l'accent sur la nécessité de recourir à des approches de soins multidisciplinaires et d'analyser globalement la situation et l'environnement du patient.

Les facteurs de risque jugés les moins importants par les répondants dans la présente étude étaient les variables démographiques comme l'âge et le sexe, ce qui laisse croire qu'ils accordaient plus d'importance aux caractéristiques propres aux patients qu'aux caractéristiques démographiques de base lorsqu'ils évaluaient les risques. Les études antérieures portaient surtout sur le lien entre les



perceptions des professionnels de la santé et les patients ayant des antécédents de toxicomanie ou souffrant de douleur chronique. Étant donné que la consommation de médicaments sur ordonnance est plus fréquente chez les personnes âgées (Gu, Dillon et Burt, 2010) en raison de la prévalence élevée de la douleur et de l'insomnie dans ce groupe (Payne et coll., 2011), on pourrait s'attendre à ce que les personnes âgées soient les plus vulnérables aux méfaits liés à la consommation de médicaments sur ordonnance. Seul un petit nombre d'études ont porté sur les perceptions des médecins quant au MMO chez les personnes âgées, et pourtant, il semble que ce problème prenne une autre dimension chez cette population. En effet, Cook et ses collaborateurs (2007) ont trouvé que les médecins étaient plus tolérants à l'égard de l'usage de sédatifs sur une longue période chez les personnes âgées. De plus, les médecins semblaient considérer comme un acte de compassion le fait de permettre l'usage continu de sédatifs par des personnes âgées, tandis que l'arrêt du traitement entraînerait des souffrances inutiles. De même, Damestoy et ses collaborateurs (1999) ont indiqué que les médecins cherchaient davantage à prévenir une aggravation à court terme de l'état de leurs patients plus âgés qu'à prévenir des conséquences à long terme. Il se pourrait que les participants à la présente étude partagent une opinion semblable, ce qui expliquerait qu'ils n'accordaient pas davantage d'importance au fait d'être une personne âgée.

Non seulement le dépistage exact de facteurs de risque peut contribuer à la prévention des méfaits liés aux médicaments sur ordonnance, mais il peut aussi contribuer à prévenir les méfaits associés à la surévaluation des risques, qui pourrait avoir une incidence négative sur le traitement. En effet, une évaluation inexacte des risques mènerait au traitement insuffisant des patients souffrant de douleur chronique. Morley-Forster et ses collaborateurs (2003) ont conclu que 23 % des médecins qui s'intéressent aux soins palliatifs et 35 % de ceux qui s'intéressent à la douleur non cancéreuse ne prescriraient pas d'opioïdes, même après l'échec de deux tentatives de traitement de la douleur par des médicaments non opioïdes. De même, une étude menée auprès de médecins aux États-Unis a révélé que 35 % d'entre eux ne prescriraient pas d'opioïdes inscrits à l'annexe II après plusieurs tentatives de traitement de la douleur bénigne chronique d'intensité modérée à élevée (Potter et coll., 2001). Par ailleurs, l'évaluation inexacte des facteurs de risque peut mener au stéréotypage des patients et compromettre l'alliance thérapeutique. Butler et Sheridan (2010) soutiennent que les professionnels de la santé stigmatisent les patients qu'ils considèrent comme des toxicomanes, ce qui entraîne un manque d'empathie. En outre, advenant que les perceptions des professionnels de la santé quant aux risques soient influencées par des stéréotypes, des comportements potentiellement problématiques pourraient être ignorés chez des patients qui ne correspondent pas à ces stéréotypes.

Obstacles à la détection du MMO

Selon les répondants, il y a quatre types d'obstacles à leur capacité à dépister le mésusage de médicaments sur ordonnance chez leurs patients. Tout d'abord, le manque d'honnêteté des patients a systématiquement reçu la cote la plus élevée de la part de tous les répondants. Deuxièmement, les professionnels de la santé perçoivent le manque de communication comme un obstacle majeur, particulièrement avec les patients et leur famille, ainsi que la réticence à aborder le MMO avec les patients. Troisièmement, les obstacles relatifs à l'inaccessibilité du soutien d'autres professionnels de la santé ont souvent été invoqués. Le manque de communication avec les autres professionnels consultés par le patient, l'accès limité à des spécialistes de la douleur chronique ou des dépendances et la difficulté d'accéder à des bases de données provinciales sur les ordonnances en sont des exemples. Enfin, le dernier obstacle concernait le manque de sensibilisation et de formation et comportait des difficultés comme des symptômes de MMO obscurs ou portant à confusion et l'insuffisance des connaissances ou de la formation des praticiens.



Ces résultats concordent avec ceux d'études antérieures. Par exemple, des médecins ne font pas confiance à certains patients par crainte que ceux-ci deviennent dépendants et fassent un mésusage de médicaments sur ordonnance (Baldacchino et coll., 2010; Bendtsten, Hensing, McKenzie et Stridsman, 1999). Popenhagen et Kuntz (2006) soutiennent que la confiance joue un rôle central dans l'évaluation des patients, plus particulièrement dans le cas de ceux qui souffrent de douleur chronique. Par exemple, il se pourrait que ces patients décrivent leur douleur comme modérée ou importante malgré l'absence de réponse sympathique (p. ex. tachycardie, hypertension, grimaces) aux stimuli douloureux. En l'absence de ces indicateurs mesurables, les professionnels de la santé doivent se fier aux patients.

Les résultats obtenus par Payne et ses collaborateurs (2011) corroborent aussi les résultats de la présente étude. Ces chercheurs ont défini trois types d'obstacles dans une étude qualitative qu'ils ont menée auprès de médecins et d'infirmières praticiennes. Parmi ces obstacles, mentionnons le fait que les professionnels de la santé doivent communiquer entre eux pour obtenir le portrait complet des antécédents d'un patient, l'absence de consensus sur ce que constitue le MMO et les symptômes obscurs ou qui portent à confusion. Pour arriver à surmonter ces obstacles, il faut tout d'abord trouver un consensus en ce qui a trait au concept de MMO. Ce processus peut être facilité par l'élaboration de protocoles d'évaluation des risques et des indicateurs de MMO abordés dans les sections précédentes. Ensuite, des efforts de sensibilisation et de formation pourront être mis en place pour aider les professionnels de la santé à se pencher sur les problèmes de MMO. Enfin, il faut élaborer des stratégies pour faciliter la communication entre les professionnels de la santé.

Stratégies de prévention et de gestion du MMO

Les participants à l'étude ne se considéraient pas très efficaces dans la prévention et la gestion du MMO. Cependant, certaines différences ont été constatées entre les groupes. Par exemple, comparativement aux médecins, aux dentistes et aux pharmaciens, les infirmières ont dit se sentir moins efficaces, tandis que comparativement aux médecins, les pharmaciens ont dit se sentir moins efficaces. Cependant, d'un groupe à l'autre, les cotes moyennes sont demeurées près du point milieu de l'échelle, ce qui pourrait s'expliquer par une autre question, à laquelle 74,2 % des participants ont répondu ne pas disposer de ressources adéquates pour prévenir et gérer le MMO. Les résultats présentés ici concordent avec ceux d'études antérieures indiquant qu'une formation plus approfondie était nécessaire (Bendtsten et coll., 1999; Cochran et coll., 2013; Cook et coll., 2006; Goldblatt, 2009; Hooten et Bruce, 2011; Keller et coll., 2012).

Le besoin d'une formation plus approfondie figurait aussi parmi les stratégies ayant reçu les cotes les plus élevées dans la présente étude. Les professionnels de la santé sont habituellement en mesure de reconnaître qu'ils n'ont pas la formation nécessaire pour surveiller les patients s'adonnant possiblement au MMO et leurs ordonnances. Keller et ses collaborateurs (2012) mentionnent que les médecins jugent insuffisante leur formation médicale sur le traitement de la douleur chronique et la dépendance aux opioïdes. Dans une autre étude, 50 % des médecins canadiens ont indiqué qu'une amélioration de la formation sur le traitement de la douleur s'imposait (Morley-Forster et coll., 2003). Une étude menée auprès de pharmaciens a permis de conclure que 67,5 % d'entre eux avaient reçu au plus deux heures de formation et que 29,2 % n'avaient reçu aucune formation sur les dépendances et la toxicomanie (Lafferty et coll., 2006). En outre, l'étude a montré qu'une formation plus rigoureuse était associée à une probabilité accrue de conseiller les patients.

Des études antérieures ont aussi conclu qu'il serait nécessaire d'offrir de la formation et des ressources au sujet des lignes directrices et règlements portant sur les pratiques de prescription.



Par exemple, une étude a révélé que les pharmaciens et les médecins ne comprenaient pas parfaitement les règlements et politiques en place (Joranson et Gilson, 2001). La crainte d'une surveillance juridique ou réglementaire aurait une incidence négative sur les pratiques de prescription des médecins (Morley-Forster et coll., 2003; Nwokeji et coll., 2007) et la décision des pharmaciens de garder des opioïdes en stock et d'en distribuer (Greenwald et Narcessian, 1999; Joranson et Gilson, 2001). Il est donc essentiel que les professionnels de la santé aient accès à des lignes directrices et qu'ils comprennent bien les politiques et règlements portant sur les médicaments sur ordonnance, ainsi que sur les méfaits associés à leur consommation.

Un dernier projet rattaché aux résultats concernant des stratégies efficaces est la création d'une base de données sur les ordonnances, qui avait déjà été mentionnée (Kahan et coll., 2011). L'Alberta dispose déjà d'un système de gestion des dossiers médicaux électroniques, Netcare. Or, des études antérieures ont révélé que les professionnels de la santé trouvaient que ce système était complexe et chronophage (Goldblatt, 2009). Dans la présente étude, tous les groupes de répondants ont dit que l'accès à une base de données provinciale les aiderait grandement à prévenir et à gérer le MMO. Ce point de vue s'est aussi reflété dans les réponses aux questions ouvertes, dans lesquelles les répondants ont indiqué qu'une telle base de données devrait être facile d'accès, recenser tous les médicaments et être accessible à tous les professionnels de la santé responsables de la prescription et de la distribution de médicaments.

Communication entre les professionnels de la santé au sujet des ordonnances

Les perceptions des communications entre les professionnels de la santé ont été étudiées de façon indépendante d'un groupe de répondants à l'autre. On a posé aux médecins des questions au sujet de la fréquence et de la nature de leurs interactions avec les pharmaciens et les infirmières au cours des 12 mois précédents. Près de 84 % des médecins ont dit communiquer avec des pharmaciens sur une base trimestrielle au sujet d'opioïdes, alors que 69,5 % et 47,9 % des médecins ont indiqué la même fréquence de communication au sujet de sédatifs ou tranquillisants et de stimulants. Cette fréquence de communication au sujet des opioïdes est plus élevée que le pourcentage de 73,9 % des médecins de l'Ontario qui ont indiqué avoir communiqué avec des pharmaciens au cours de l'année précédente (Wenghofer et coll., 2011). Dans l'ensemble, les médecins ont indiqué que leurs interactions avec les pharmaciens étaient positives. En ce qui concerne les infirmières, 74,2 % des médecins ont indiqué communiquer avec elles au sujet d'opioïdes sur une base trimestrielle, comparativement à des taux de 69,1 % et de 40,2 % pour les communications concernant les sédatifs ou tranquillisants et les stimulants, respectivement. Wenghofer et ses collaborateurs ont indiqué que seulement 36,2 % des médecins de l'Ontario avaient dit communiquer avec des infirmières au sujet de traitements opioïdes.

Les réponses des médecins indiquaient généralement des interactions positives avec les infirmières et les pharmaciens. Les pharmaciens n'ont toutefois pas perçu leurs échanges avec les médecins de façon aussi positive. En effet, ils ont mentionné que les médecins étaient difficiles à joindre par téléphone, qu'ils tardaient à les rappeler et qu'ils se montraient peu réceptifs à leurs préoccupations. Ces résultats concordent avec ceux d'études antérieures, dans lesquelles 61 % des pharmaciens ont répondu que les médecins ne se montraient pas réceptifs, 43 % ont dit que les médecins étaient difficiles à joindre par téléphone, et 28 %, que les médecins tardaient à les rappeler (Kahan et coll., 2011). Les auteurs ont aussi mentionné que les pharmaciens ont remarqué des pratiques de prescription préoccupantes chez certains médecins, par exemple la prescription conjointe de sédatifs et d'opioïdes. Encore une fois, ces résultats se sont reflétés dans la présente



étude, étant donné que les pharmaciens ont indiqué qu'il était probable qu'ils aient rencontré de telles pratiques au cours des trois mois précédents.

Lorsqu'ils ont répondu aux mêmes questions au sujet des dentistes, les pharmaciens ont décrit des interactions positives avec ceux-ci comparativement à leurs interactions avec les médecins. En effet, les pharmaciens ont indiqué qu'il était peu probable qu'ils aient du mal à joindre un dentiste par téléphone ou qu'un dentiste tarde à les rappeler. De plus, les pharmaciens ont indiqué que les dentistes étaient susceptibles d'être réceptifs à leurs préoccupations et d'être disposés à communiquer leur plan de traitement.

Pour autant que l'on sache, il s'agit de la première étude portant sur les perceptions des dentistes à l'égard de leurs communications avec les pharmaciens. Les résultats indiquent que 40,4 % des dentistes ont dit avoir communiqué avec des pharmaciens au sujet d'opioïdes sur une base trimestrielle au cours de l'année précédente. Un peu plus de 27,3 % et de 9,1 % ont fait état de la même fréquence de communications avec des pharmaciens au sujet de sédatifs ou de tranquillisants et de stimulants, respectivement. Les pharmaciens ont fait état d'interactions positives avec les dentistes, et les dentistes leur ont rendu la pareille.

La présente étude, qui prend en compte le point de vue de quatre groupes de professionnels de la santé, donne un bon aperçu des communications entre eux. Les résultats indiquent que les médecins communiquent fréquemment avec les pharmaciens et les infirmières; bien que les médecins et les infirmières aient fait état de perceptions positives, les perceptions des pharmaciens allaient à l'encontre de celles des médecins. Manifestement, il existe des problèmes de communication qui doivent être résolus et, plus important encore, il se pourrait que les médecins ne soient pas conscients de leur existence.

Dans leurs réponses ouvertes, les professionnels de la santé ont fait allusion à deux stratégies claires qui faciliteraient la communication : le travail d'équipe et la création d'une base de données commune sur les ordonnances. En ce qui a trait au travail d'équipe, les répondants des quatre groupes se sont dits intéressés à apprendre à collaborer en vue d'offrir les meilleurs soins possible à chaque patient. Avant de mettre au point des initiatives efficaces de collaboration, il faudrait évaluer les besoins et les difficultés propres à chaque groupe. Ainsi, on s'assurerait de répondre aux besoins de chacun. La deuxième stratégie mentionnée consisterait à créer une base de données commune sur les ordonnances; les fournisseurs de soins de santé y auraient accès et pourraient s'en servir pour échanger des renseignements. Afin de faire progresser ces stratégies, on pourrait recourir à des méthodes de recherche mettant directement à contribution les professionnels de la santé pour régler les problèmes auxquels ils se heurtent en ce qui a trait au travail d'équipe interprofessionnel et à une base de données commune.

Types de MMO

Selon les participants à la présente étude, les symptômes de MMO sont obscurs ou portent à confusion, et les facteurs de risque sont difficiles, voire impossibles à caractériser. Dans la documentation, on peut trouver de nombreux termes décrivant le MMO, par exemple *extramedical use* [usage extramédical], *misuse* [mésusage] et *abuse* [abus] (Zacny et Lichtor, 2008). McCabe et ses collaborateurs (2013) ont employé le terme *medical misuse* [mésusage médical] pour faire référence à l'usage de médicaments sur ordonnance non conforme aux intentions du prescripteur (p. ex. en prendre une plus grande quantité ou à des fins récréatives). Barrett et ses collaboratrices (2008) ont employé le terme *nonprescribed use* [usage sans ordonnance], qui fait référence à la consommation de médicaments sur ordonnance par des personnes à qui ils n'ont pas été prescrits. Ce terme exclurait ceux qui font un mésusage d'un médicament qui leur a bel et bien été prescrit,



par exemple en prenant une plus grande quantité du médicament. Un terme employé plus souvent est *nonmedical use* [usage non médical]. Plus large, il peut englober les personnes qui prennent les médicaments sur ordonnance d'une autre personne, les personnes qui pratiquent le détournement de leurs médicaments sur ordonnance (p. ex. en les remettant à un membre de leur famille) ou qui utilisent leurs propres médicaments sur ordonnance à mauvais escient en modifiant le mode d'administration (p. ex. injection ou reniflement), ou encore en consommant un médicament sur ordonnance à d'autres fins que celles prescrites, par exemple à des fins récréatives (Boyd et McCabe, 2008; Hernandez et Nelson, 2010; Shield et coll., 2013). Le terme *nonmedical use* [usage non médical] n'est pas précis : sa signification varie d'une étude à l'autre (Hernandez et Nelson, 2010).

Un autre terme à envisager est *substance use disorder* [trouble lié aux substances]. Plus précis, il est inspiré des critères définis dans le DSM-5 et englobe les principes de tolérance, de sevrage et de perte de contrôle sur la consommation (American Psychiatric Association, 2013). Cependant, les critères du DSM s'appliquent mal aux troubles liés aux substances chez les personnes qui prennent des médicaments sur ordonnance à des fins thérapeutiques (Sproule, 2008). En 2006, Santé Canada a organisé un atelier visant à établir un consensus quant aux termes les plus appropriés à employer dans les recherches sur l'abus de médicaments psychotropes sur ordonnance. La définition suivante de l'*abus* a été adoptée par consensus :

Pour les produits pharmaceutiques psychoactifs ayant des propriétés de renforcement à action centrale, on définit l'abus comme une utilisation liée à un risque accru de nocivité caractérisée par l'obtention de médicaments de sources illégitimes, par des modes d'utilisation à risque (excluant la sous-utilisation) qui s'écartent de la pratique médicale ou des connaissances scientifiques acceptées, ou par la prise de drogues à des fins non thérapeutiques (Santé Canada, 2007)

En prévision du fait que les répondants auraient des conceptions différentes du MMO, une définition a été fournie au début du sondage. Cette définition englobe le mésusage intentionnel de médicaments sur ordonnance à des fins récréatives ainsi qu'à des fins thérapeutiques autres que celles pour lesquelles les médicaments avaient été prescrits. Il a aussi été précisé qu'il se peut que des patients s'adonnent au mésusage de médicaments sur ordonnance de façon non intentionnelle, par exemple parce qu'ils ne comprennent pas les directives à suivre ou ont des problèmes de mémoire. Cette définition englobe de nombreux comportements qui peuvent être adoptés pour différentes raisons. Barrett et ses collaboratrices (2008) soutiennent que le recours à un seul critère ne rendrait pas compte des nombreux types de comportements, de risques et de méfaits. Pour traiter cette question, ils ont donc utilisé six questions pour étudier les perceptions des répondants quant aux motivations sous-tendant le MMO (intentionnel ou non intentionnel, consommation à des fins thérapeutiques ou récréatives).

Des différences ont été constatées entre les groupes pour trois des éléments, mais les réponses des participants sont demeurées près du point milieu de l'échelle, ce qui semble indiquer que leurs perceptions et préoccupations sont semblables en ce qui a trait au MMO intentionnel ou non intentionnel et pratiqué à des fins thérapeutiques ou récréatives. Il y a toutefois une exception : les groupes de répondants (davantage les pharmaciens que les médecins, les dentistes et les infirmières) ont tous répondu que le MMO intentionnel était plus fréquent que le MMO non intentionnel. Ces résultats sont importants, car ils démontrent que les répondants sont tous également préoccupés par le problème du MMO, peu importe les motivations qui se cachent derrière. En outre, ces données mettent en évidence le fait qu'il est problématique de traiter tous les types de MMO de la même façon, étant donné que cette façon de faire ne tient pas compte des divers facteurs à la source du mésusage. Par exemple, une personne qui prend par voie orale un opioïde destiné à être pris par voie orale afin de soulager sa douleur, même si l'opioïde ne lui a pas



été prescrit, présente un niveau de risque différent d'une personne qui s'injecte le même opioïde à des fins récréatives (Barrett et coll., 2008).

Orientations possibles pour la recherche

Étant donné que les préjugés, les expériences et les stéréotypes propres à chacun ont une influence sur les perceptions, il sera nécessaire de mener des recherches plus approfondies pour valider les perceptions des professionnels de la santé quant au mésusage de médicaments sur ordonnance. Ceci est particulièrement important compte tenu de la stigmatisation qui est associée à la toxicomanie.

Dans les recherches à venir, il faudrait également chercher à mettre au point un outil de dépistage qui puisse cibler avec précision les patients qui font un mésusage de leurs médicaments sur ordonnance ou ceux qui sont à risque de le faire. Un tel outil devrait comporter deux caractéristiques. Tout d'abord, divers indicateurs devraient être utilisés, de sorte que plusieurs comportements soient pris en compte. Lorsqu'on a demandé aux répondants dans une question ouverte de dresser la liste des autres comportements qu'ils associent au MMO, ils ont été nombreux à n'en indiquer qu'un seul. Il est difficile de savoir dans quelle mesure les professionnels de la santé fondent réellement leurs décisions sur un seul comportement, mais grâce à un nouvel outil, ils auraient de nombreux renseignements à leur disposition. Deuxièmement, l'outil devrait être multidisciplinaire, puisque les résultats de la présente étude démontrent que différents professionnels de la santé peuvent apporter des points de vue uniques sur les comportements visant la recherche de médicaments et d'autres indicateurs de MMO.

Par ailleurs, les résultats de cette étude pourraient aussi orienter la création d'un outil d'évaluation des risques précis. Une liste hiérarchique de facteurs de risque fondée sur les perceptions des professionnels de la santé a déjà été établie. Certains de ces facteurs, par exemple les troubles mentaux et les troubles cognitifs, perçus comme des facteurs de risque importants, méritent d'être étudiés plus en profondeur. Il est important d'évaluer la validité prédictive de ces facteurs de risque. Par exemple, Wolfert et ses collaborateurs (2010) sont d'avis que des recherches récentes ont démontré que des antécédents de toxicomanie ne sont pas nécessairement précurseurs de mésusage chez les patients qui consomment des opioïdes sur ordonnance pour soulager leur douleur.

Enfin, les résultats de la présente étude indiquent qu'il faut mettre en place des stratégies pour améliorer la communication entre professionnels. D'autres recherches seront nécessaires pour définir des stratégies qui seront acceptées par les professionnels de la santé et qui permettront de résoudre les problèmes de communication. La recherche-action devrait être envisagée, puisqu'elle recourt à des objectifs d'intervention durant le processus servant à repérer les problèmes et à les résoudre d'une façon qui convienne à toutes les parties concernées.

Limites

Pour évaluer la validité de la présente étude, il est important de tenir compte de certaines de ses limites. Premièrement, elle a été menée auprès d'un échantillon de quatre groupes de professionnels de la santé de l'Alberta; il faut donc faire preuve de prudence lorsque vient le temps d'extrapoler les résultats aux professionnels de la santé d'autres provinces et territoires. Par ailleurs, ce ne sont pas tous les professionnels de la santé susceptibles d'être concernés par le MMO qui ont été inclus; par exemple les travailleurs sociaux et les psychologues n'ont pas été interrogés. Il serait utile d'étudier les perceptions d'autres professionnels de la santé concernant le MMO.



Deuxièmement, la taille de l'échantillon était de 1 063 personnes, mais il faut savoir que ce nombre ne représente qu'une faible proportion de l'ensemble des professionnels de la santé en Alberta. Dans les études quantitatives, on fait souvent état du taux de réponse. Or, la nature de la méthode employée ici ne permet pas de calculer un taux exact. Par exemple, l'équipe de recherche a eu accès aux adresses courriel des membres de l'ACP et du CARNA. Le nombre d'adresses figurant sur ces listes pourrait servir à calculer le taux de réponse, mais en réalité, certaines de ces adresses n'étaient pas fonctionnelles. En outre, il est impossible de connaître le nombre exact de courriels qui ont effectivement été reçus et ouverts par leurs destinataires. En ce qui concerne les membres du CPSA, les activités de recrutement se sont résumées à une publication sur le site de l'organisation, à des mentions dans deux bulletins mensuels et à l'envoi de cartes postales publicitaires. Il est impossible de connaître le nombre exact de professionnels de la santé qui ont reçu l'invitation; par extension, on ne peut non plus déterminer combien d'entre eux ont choisi de ne pas participer. Bien qu'il soit impossible de connaître le taux de réponse exact au sondage, on peut sans trop s'avancer affirmer qu'il est faible, compte tenu du nombre de courriels et de cartes postales envoyés et des mentions faites dans des bulletins. Il importe toutefois de souligner que le taux de réponse ne constitue pas une évaluation valide du biais possible d'un sondage (Davern, 2013; Skalland, 2011). Pour juger de la validité de cette étude, il importe de tenir compte du fait que la répartition géographique des répondants dans la province concordait avec les données sur la population disponibles au moment de la rédaction du rapport. De plus, de nombreux résultats de cette étude corroborent les conclusions d'autres études menées au Canada et dans d'autres pays. Ensemble, ces attributs donnent un bon aperçu de la validité des résultats obtenus.

Troisièmement, l'échantillon était surtout composé de femmes (77 %). Il se pourrait donc que la généralisabilité de ces résultats à chacun des groupes de professionnels de la santé à l'étude soit limitée. Cette situation est probablement attribuable à la forte représentation du personnel infirmier dans l'échantillon, étant donné que les femmes sont majoritaires dans cette catégorie professionnelle (Institut canadien d'information sur la santé, 2011). Il serait pertinent d'approfondir la présente étude en cherchant à savoir si le sexe des professionnels de la santé influe sur leurs perceptions quant au MMO.

Quatrièmement, comme il en a été question dans les sections précédentes, le MMO n'est pas vu de la même façon par tous les répondants. Il semble que ces différences aient une incidence sur la collecte de données à ce sujet (Barrett et coll., 2008; Boyd et McCabe, 2008; Shield et coll., 2013; Zacny et Lichtor, 2008). C'est pourquoi une définition du MMO a été donnée au début du sondage. Cependant, certains ont avancé que la proposition d'une définition « officielle » ne suffit pas nécessairement pour contrebalancer les idées préconçues des répondants (Malle, 1999; Malle et Nelson, 2003). Dans le cadre de futures recherches, il serait pertinent d'obtenir des données sur la nature des idées reçues des répondants.

Cinquièmement, deux problèmes de nature statistique doivent être pris en considération. D'une part, afin de réduire le temps nécessaire pour répondre au sondage, une échelle d'évaluation par quartiles a été utilisée pour estimer le pourcentage de patients à qui on avait prescrit un médicament sur ordonnance, ceux qui s'adonnaient au mésusage de médicaments sur ordonnance et ceux soupçonnés de s'adonner au mésusage de catégories précises de médicaments sur ordonnance. Or, la détermination de pourcentages en fonction de quartiles (1 à 25 %, 26 à 50 %, etc.) n'est pas une mesure précise. En raison des grands écarts présents dans chaque quartile, il faut faire preuve de prudence dans l'interprétation de ces données. De plus, ces échelles ont produit des données qui nécessitaient l'utilisation d'analyses non paramétriques (c.-à-d. qui ne supposent pas que l'échantillon suit une distribution normale). Ces façons de faire comportent un désavantage : elles manquent d'efficacité statistique. Aussi, il se peut que la capacité à relever des



différences entre les groupes ait été limitée. D'autre part, il y avait des différences considérables dans la taille des quatre groupes de répondants (p. ex. 650 infirmières comparativement à 99 médecins). Il faut donc faire preuve de prudence dans l'interprétation des moyennes globales et des moyennes des groupes. Il importe toutefois de souligner que malgré les différences constatées entre les groupes, les réponses allaient dans le même sens (c.-à-d. que les moyennes de tous les groupes se trouvaient du même côté de l'échelle).

En dernier lieu, bien que cette étude ait porté sur les perceptions des professionnels de la santé quant au MMO relativement à certaines caractéristiques des patients, elle n'a tenu compte d'aucun facteur socioéconomique. Il se pourrait que ces facteurs aient une incidence sur les perceptions des professionnels de la santé au-delà des caractéristiques des patients qui ont été étudiées. Il sera nécessaire de mener d'autres recherches pour étudier ce possible lien.



Conclusion

Pour autant que l'on sache, il s'agit de la première étude portant sur les perceptions des médecins, des dentistes, des pharmaciens et des infirmières quant au mésusage de médicaments sur ordonnance. Dans l'ensemble, les résultats ont permis de relever de nombreuses similitudes dans les perceptions des quatre groupes de professionnels de la santé, ainsi que certaines différences dans des domaines clés. Par conséquent, cette étude démontre l'importance d'intégrer plusieurs groupes de professionnels et de nombreuses catégories de médicaments dans la recherche sur le MMO. L'étude a également révélé que les professionnels de la santé ne perçoivent pas le MMO comme étant uniforme : ils croient plutôt qu'il dépend de la catégorie de médicaments sur ordonnance ainsi que de certaines caractéristiques des patients. Cependant, d'autres études seront nécessaires pour déterminer si l'on peut extrapoler ces résultats à d'autres professionnels de la santé à l'extérieur de l'Alberta.

Selon les répondants, il est impossible de repérer les facteurs de risque de MMO, et pourtant, ils ont fait mention de certains comportements pouvant y être associés. Ces résultats pourraient servir à l'élaboration d'un outil de dépistage multidisciplinaire portant sur différentes catégories de médicaments et visant à faciliter la détection du MMO chez les patients. L'outil pourrait aider à contrer à la fois le stéréotype du « profil de l'abuseur » et le traitement insuffisant des personnes qui ont légitimement besoin d'un soulagement de la douleur. De plus, les résultats de l'étude indiquent que les professionnels de la santé ne s'estiment pas très efficaces pour prévenir et gérer le MMO chez leurs patients : seulement 26 % d'entre eux jugent avoir les ressources nécessaires pour ce faire. Cela n'a rien de surprenant, puisque les professionnels de la santé ont déjà indiqué recevoir très peu de formation sur la toxicomanie et avoir besoin de mieux connaître le traitement de la douleur. Les associations et collèges professionnels devraient reconnaître l'importance d'offrir une formation continue abordant la détection du MMO et l'intervention relativement aux méfaits liés aux médicaments sur ordonnance, ainsi que de se doter de lignes directrices sur la gestion des risques et les pratiques de prescription.

L'amélioration de la communication entre médecins et pharmaciens et l'établissement de liens avec des spécialistes de la douleur, de la santé mentale et des dépendances ont été jugés nécessaires pour mieux s'attaquer au problème du MMO. Il faudrait également encourager la communication et le travail d'équipe entre professionnels, ce qui pourrait passer par une évaluation des besoins de tous les intervenants concernés. Les planificateurs et les décideurs du système de santé devraient reconnaître que la communication pourrait aussi être facilitée par l'amélioration du système existant de gestion de dossiers médicaux électroniques. Par exemple, en rendant le système facilement accessible à tous les professionnels responsables de la prescription et de la distribution de médicaments et en y consignnant tous les médicaments, la base de données commune pourrait contribuer à la prévention du MMO. Si les professionnels de la santé avaient accès à ces mesures, ils seraient mieux outillés pour prévenir, détecter et gérer le MMO chez leurs patients et pour réduire les méfaits associés à cette crise de santé publique.



Références

- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^e édition), Washington D.C., chez l'auteur, 2013.
- Baldacchino, A., G. Gilchrist, R. Fleming et J. Bannister. « Guilty until proven innocent: A qualitative study of the management of chronic non-cancer pain among patients with a history of substance abuse », *Addictive Behaviors*, vol. 35, 2010, p. 270–272.
- Barrett, S.P., J.R. Meisner et S.H. Stewart. « What constitutes prescription drug misuse? Problems and pitfalls of current conceptualizations », *Current Drug Abuse Reviews*, vol. 1, 2008, p. 255–262.
- Bendtsten, P., G. Hensing, C. Ebeling et A. Schedin. « What are the qualities of dilemmas experienced when prescribing opioids in general practice? », *Pain*, vol. 82, 1999, p. 89–96.
- Bendtsten, P., G. Hensing, L. McKenzie et A. Stridsman. « Prescribing benzodiazepines — A critical incident study of a physician dilemma », *Social Science & Medicine*, vol. 49, 1999, p. 459–467.
- Bhamb, B., D. Brown, J. Hariharan, J. Anderson, S. Balousek et M.F. Fleming. « Survey of select practice behaviors by primary care physicians on the use of opioids for chronic pain », *Current Medical Research and Opinion*, vol. 22, 2006, p. 1859–1865.
- Boak, A., H.A. Hamilton, E.M. Adlaf et R.E. Mann. *Drug Use among Ontario Students 1977–2013: Detailed Ontario Student Drug Use and Health Survey Findings* (CAMH Research Document Series No. 36), Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2013.
- Boyd, C.J., et S.E. McCabe. « Coming to terms with the nonmedical use of prescription medications », *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, vol. 22, n° 3, 2008, p. 1–3.
- Braun, V., et V. Clarke. « Using thematic analysis in psychology », *Qualitative Research in Psychology*, vol. 3, 2006, p. 77–101.
- Butler, R., et J. Sheridan. « Innocent parties or devious drug users: The views of primary healthcare practitioners with respect to those who misuse prescription drugs », *Harm Reduction Journal*, vol. 7, 2010, p. 1–11.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, mars 2013.
- Cochran, G., G. Field, K. Lawson et C. Erickson. « Pharmacists' knowledge, attitudes and beliefs regarding screening and brief intervention for prescription opioid abuse: A survey of Utah and Texas pharmacists », *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, vol. 4, 2013, p. 71–79.
- Cook, J.M., R. Marshall, C. Masci et J.C. Coyne. « Physicians' perspectives on prescribing benzodiazepines for older adults: A qualitative study », *Society of General Internal Medicine*, vol. 22, 2006, p. 303–307.
- Corneil, T., J. Elefante, J. May-Hadford, K. Goodison et B. Harris. *Non-illicit, non-methadone, prescription opiate overdose deaths in BC's Interior Region: Findings from a retrospective case series, 2006–2011*, British Columbia Interior Health Alert, 2012.
- Damestoy, N., J. Collin et R. Lalande. « Prescribing psychotropic medication for elderly patients: Some physicians' perspectives », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 161, 1999, p. 143–145.
- Davern, M. « Nonresponse rates are a problematic indicator of nonresponse bias in survey research », *Health Research and Educational Trust*, vol. 48, 2013, p. 905–912.



- 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 », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 181, n° 12, 2009, p. 891–896.
- Expert Working Group on Narcotic Addiction. *The Way Forward: Stewardship for Prescription Narcotics in Ontario*, Toronto (Ont.), chez l'auteur, 2012.
- Firth, H., et K. Gleeson. « Clothing and embodiment: Men managing body image and appearance », *Psychology of Men & Masculinity*, vol. 5, n° 1, 2004, p. 40–48.
- Fischer, B., et E. Argento. « Prescription opioid related misuse, harms, diversion and interventions in Canada: A review », *Pain Physician*, vol. 15, 2012, p. ES191–ES203.
- Fischer, B., W. Jones et J. Rehm. « Trends and changes in prescription opioid analgesic dispensing in Canada 2005–2012: An update with a focus on recent interventions », *BMC Health Services Research*, vol. 14, 2014, p. 1–8.
- Gendarmerie royale du Canada. *Rapport sur la situation des drogues illicites au Canada – 2009*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2010.
- Goldblatt, A. *Caught in the web of addictive prescription medication: Summary report on focus groups of the Coalition on Prescription Drug Misuse*, Edmonton (Alb.), Coalition on Prescription Drug Misuse, 2009.
- Gomes, T., M.M. Mamdani, I.A. Dhalla, S. Cornish, J.M. Paterson et D.N. Juurlink. « The burden of premature opioid-related mortality », *Addiction*, vol. 109, 2014, p. 1482–1488.
- Gouvernement de l'Alberta. *Creating Connections: Alberta's Addiction and Mental Health Strategy*, Services de santé de l'Alberta, Gouvernement de l'Alberta, septembre 2011. Consulté au www.health.alberta.ca/documents/Creating-Connections-2011-Strategy.pdf.
- Gouvernement de l'Alberta. *Prescription Drug Misuse in Alberta: Everyone's Problem. A report by Alberta's Chief Medical Officer of Health*, septembre 2011. Consulté au www.health.alberta.ca/documents/CMOH-Prescription-Drug-Misuse-2011.pdf.
- Greenwald, B.D., et E.J. Narcessian. « Opioid for managing patients with chronic pain: Community pharmacists' perspectives and concerns », *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 17, 1999, p. 369–375.
- Gu, Q., C.F. Dillon et V.L. Burt. *Prescription Drug Use Continues to Increase: U.S. Prescription Drug Data for 2007–2008 (NCHS data brief, no. 42)*, Hyattsville (MD), National Center for Health Statistics, 2010.
- Hagemeyer, N.E., J.A. Gray et R.P. Pack. « Prescription drug abuse: A comparison of prescriber and pharmacist perspectives », *Substance Use & Misuse*, vol. 48, 2013, p. 761–768.
- Hansen, R.N., G. Oster, J. Edelsberg, G.E. Woody et S.D. Sullivan. « Economic costs of nonmedical use of prescription opioids », *Clinical Journal of Pain*, vol. 27, 2011, p. 194–202.
- Hernandez, S.H., et L.S. Nelson. « Prescription drug abuse: Insight into the epidemic », *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, vol. 88, n° 3, 2010, p. 307–317.
- Hooten, W.M., et B.K. Bruce. « Beliefs and attitudes about prescribing opioids among healthcare providers seeking continuing medical education », *Journal of Opioid Management*, vol. 7, 2011, p. 417–424.
- Institut canadien d'information sur la santé. *Profils provinciaux de 2009 des dispensateurs de soins du Canada : un regard sur 24 professions de la santé*, Ottawa (Ont.), 2011. Consulté au secure.cihi.ca/free_products/ProvProf2009FR.pdf.



- International Narcotics Control Board. *Narcotic drugs: Estimated world requirements for 2014 – Statistics for 2012*, New York (NY), United Nations, 2014.
- Joranson, D.E., et A.M. Gilson. « Pharmacists' knowledge of and attitudes toward opioid pain medications in relation to federal and state policies », *Journal of the American Pharmacists Association*, vol. 41, 2001, p. 213–220.
- Kahan, M., L. Wilson, E.F. Wenghofer, A. Srivastava, A. Resnick, E. Janecek et C. Sheehan. « Pharmacists' experiences with dispensing opioids: Provincial survey », *Canadian Family Physician*, vol. 57, 2011, p. e448–e458.
- Keller, C.E., L. Ashrafioun, A.M. Neumann, J. Van Klein, C.H. Fox et R.D. Blondell. « Practices, perceptions, and concerns of primary care physicians about opioid dependence associated with the treatment of chronic pain », *Substance Abuse*, vol. 33, 2012, p. 103–113.
- Lafferty, L., T.S. Hunter et W.A. Marsh. « Knowledge, attitudes and practice of pharmacists concerning prescription drug abuse », *Journal of Psychoactive Drugs*, vol. 38, 2006, p. 229–233.
- Malle, B.F. « How people explain behavior: A new theoretical framework », *Personality and Social Psychology Review*, vol. 3, 1999, p. 23–48.
- Malle, B.F., et S.E. Nelson. « Judging *mens rea*: the tension between folk concept and legal concepts of intentionality », *Behavioral Sciences & the Law*, vol. 21, 2003, p. 563–580.
- McCabe, S.E., B.T. West et C.J. Boyd. « Medical use, medical misuse, and nonmedical use of prescription opioids: Results from a longitudinal study », *Pain*, vol. 154, 2013, p. 708–713.
- Monheit, B. « Prescription drug misuse », *Australian Family Physician*, vol. 39, 2010, p. 540–546.
- Morley-Forster, P.K., A.J. Clark, M. Speechley et D.E. Moulin. « Attitudes toward opioid use for chronic pain: A Canadian physician survey », *Pain Research & Management*, vol. 8, 2003, p. 189–194.
- Nwokeji, E., K.L. Rascati, C.M. Brown et A. Eisenberg. « Influences of attitudes on family physicians' willingness to prescribe long-acting opioid analgesics for patients with chronic nonmalignant pain », *Clinical Therapeutics*, vol. 29, 2007, p. 2589–2602.
- Otto, C., B. Crackau, I. Lohrmann, A. Zahradnik, G. Bischof, U. John et H.J. Rumpf. « Brief intervention in general hospital for problematic prescription drug use: 12-month outcome », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 105, 2009, p. 221–226.
- Patton, M.Q. *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3^e édition), Thousand Oaks (CA), Sage, 2002.
- Payne, M., M. Gething, A.A. Moore et M.C. Reid. « Primary care providers' perspectives on psychoactive medication disorders in older adults », *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, vol. 9, n^o 3, 2011, p. 164–172.
- Popenhagen, M.P., et K.R. Kuntz. « Understanding of pain and fears of addiction in pediatric chronic pain patients: How do we stop the problem? », *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, vol. 11, 2006, p. 61–67.
- Potter, M., S. Schafer, E. Gonzalez-Mendez, K. Gjeltema, A. Lope, J. Wu, ... et M. Croughan-Minihane. « Opioids for chronic nonmalignant pain: Attitudes and practices of primary care physicians in the UCSF/Stanford collaborative research network », *Journal of Family Practice*, vol. 50, 2001, p. 145–151.
- Santé Canada. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues : Sommaire des résultats pour 2012*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2013.



- Santé Canada. *Workshop to Build Consensus on Concepts and Indicators for Research on Psychoactive Pharmaceutical "Abuse"*, Ottawa (Ont.), chez l'auteur, 2007.
- Sheridan, J., et R. Butler. « Prescription drug misuse in New Zealand: Challenges for primary health care professionals », *Research in Social & Administrative Pharmacy*, vol. 7, 2011, p. 281–293.
- Shield, K.D., A. Ialomiteanu, B. Fischer et J. Rehm. « Assessing the prevalence of non-medical prescription opioid use in the Canadian general adult population: Evidence of large variation depending on survey questions used », *BMC Psychiatry*, vol. 13, n° 6, 2013.
- Skalland, B. « An alternative to the response rate for measuring a survey's realization of the target population », *Public Opinion Quarterly*, vol. 75, 2011, p. 89–98.
- Smith, A.J., I. Sketris, C. Cooke, D. Gardner, S. Kisley et S.E. Tett. « A comparison of benzodiazepine and related drug use in Nova Scotia and Australia », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 53, 2008, p. 545–552.
- Sproule, B. *Abuse of Psychotropic Pharmaceuticals in Canada: A Situational Analysis, 2008 Update*, préparé pour le Bureau de la recherche et de la surveillance, Santé Canada, mai 2008.
- Stoddard, K.I., et D.B. Huggett. « Pharmaceutical take back programs », dans B.W. Brooks et D.B. Huggett (éds), *Human pharmaceuticals in the environment: Current and future perspectives*, Springer Science & Business Media, 2012.
- Twombly, E.C., et K.D. Holtz. « Teens and the misuse of prescription drugs: Evidence-based recommendations to curb a growing societal problem », *Journal of Primary Prevention*, vol. 29, 2008, p. 503–516.
- Wenghofer, E.F., L. Wilson, M. Kahan, C. Sheehan, A. Srivastava, A. Rubin et J. Brathwaite. « Survey of Ontario primary care physicians' experiences with opioid prescribing », *Canadian Family Physician*, vol. 57, 2011, p. 324–332.
- Wild, C., J. Wolfe, M. Newton-Taylor et H. Kang. *Prescription Drug Misuse in Edmonton and Alberta: A Rapid Assessment*, Edmonton (Alb.), Université de l'Alberta, 2008.
- Wolfert, M.Z., A.M. Gilson, J.L. Dahl et J.F. Cleary. « Opioid analgesics for pain control: Wisconsin physicians' knowledge, beliefs, attitudes, and prescribing practices », *Pain Medicine*, vol. 11, 2010, p. 425–434.
- Young, M.M., A. Stevens, J. Galipeau, T. Pirie, C. Garritty, K. Singh, ... et D. Moher (sous presse). « Effectiveness of brief interventions as part of the Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) model for reducing the non-medical use of psychoactive substances: a systematic review », *Systematic Reviews*.
- Zacny, J.P., et S. Lichtor. « Nonmedical use of prescription opioids: Motive and ubiquity issues », *The Journal of Pain*, vol. 9, 2008, p. 473–486.
- Zahradnik, A., C. Otto, B. Crackau, I. Lohrmann, G. Bischof, U. John et H.J. Rumpf. « Randomized controlled trial of a brief intervention for problematic prescription drug use in non-treatment-seeking patients », *Addiction*, vol. 104, 2009, p. 109–117.



Annexe A : Composition du comité d'experts

Voici la liste des membres du comité d'experts, qui représentaient divers professionnels de la santé et organismes qui s'occupent d'enjeux liés au mésusage de médicaments sur ordonnance :

- Amy Porath-Waller, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT)
- D^{re} Susan Ulan et sergent Lorne Adamitz, Coalition on Prescription Drug Misuse (CoOPDM)
- Dr Trevor Theman, Collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta (CPSA)
- Jim Krempien, Alberta College of Pharmacists (ACP)
- Carolyn Trumper et Donna Harpell Hogg, College & Association of Registered Nurses of Alberta (CARNA)
- D^{re} Cathy Scrimshaw, Alberta College of Family Physicians (ACFP)
- Dr Gordon Thompson, Alberta Dental Association and College (ADA+C)
- Bruna Brands, Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance (CCNAMO)



Annexe B : Données complémentaires

Les données suivantes sont présentées à titre de complément aux résultats présentés à la section 3. Elles sont organisées en fonction de la section de résultats correspondante.

Tableau B.1 : Résultats de l'analyse de la variance à un facteur et des comparaisons de suivi – Différences entre les groupes quant aux indicateurs de MMO
Résultats de l'analyse de la variance à un facteur

Comportement	<i>F</i>	<i>ddl</i>	<i>p</i>	Résultats des comparaisons significatives par paires ¹
Modification du mode d'administration d'un médicament	3,34	3, 1 044	= 0,019	Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,013$).
Contrefaçon d'ordonnances	4,13	3, 1 047	= 0,006	Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les infirmières ($p = 0,018$).
Obtention d'ordonnances de plusieurs prescripteurs	3,97	3, 1 047	= 0,008	Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les infirmières ($p = 0,011$).
Consultations auprès de plusieurs médecins	5,56	3, 1 049	= 0,001	Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les infirmières ($p = 0,001$).
Inquiétudes exprimées par un membre de la famille ou la personne soignante	0,65	3, 1 050	= 0,759	S.O.
Usage de médicaments non conforme à l'ordonnance	2,17	3, 1 048	= 0,091	S.O.
Demande de doses supplémentaires pour cause de perte ou de vol	12,64	3, 1 043	< 0,001	Les infirmières ont attribué des cotes moins élevées que les médecins ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p < 0,001$).
Demande qu'un opioïde, stimulant ou sédatif ne soit PAS facturé au régime d'assurance habituel	20,26	3, 1 047	< 0,001	Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p < 0,001$), les dentistes ($p = 0,001$) et les infirmières ($p < 0,001$).
Demande que seulement l'opioïde, le stimulant ou le sédatif inscrit sur l'ordonnance soit préparé	10,06	3, 1 043	< 0,001	Les infirmières ont attribué des cotes moins élevées que les dentistes ($p = 0,037$) et les pharmaciens ($p < 0,001$).
Demande d'un renouvellement précoce	15,91	3, 1 050	< 0,001	Les médecins ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,017$) et les infirmières ($p = 0,001$). Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p < 0,001$) et les infirmières ($p < 0,001$).
Demande d'un médicament précis	4,13	3, 1 027	= 0,005	Les dentistes ont attribué des cotes plus élevées que les infirmières ($p = 0,026$).
Consultation fréquente de prescripteurs	4,34	3, 1 047	= 0,005	Les pharmaciens ont attribué des cotes moins élevées que les dentistes ($p = 0,004$) et les infirmières ($p = 0,037$).
Variation des raisons pour retourner voir le prescripteur	0,65	3, 1 046	= 0,584	S.O.
Douleur ou incapacité disproportionnée par rapport au problème	2,89	3, 1 047	= 0,035	Les médecins ont attribué des cotes plus élevées que les pharmaciens ($p = 0,045$).



Comportement	<i>F</i>	<i>ddl</i>	<i>p</i>	Résultats des comparaisons significatives par paires ¹
Comportement de personne intoxiquée	6,10	3, 1 050	< 0,001	Les médecins ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,008$) et les infirmières ($p = 0,007$). Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les infirmières ($p = 0,043$).
Absence d'amélioration de l'état du patient	4,19	3, 1 043	= 0,127	S.O.
Résistance à essayer un autre médicament	3,31	3, 1 046	= 0,019	Les médecins ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,034$), les infirmières ($p = 0,017$) et les pharmaciens ($p = 0,079$).
Accumulation de médicaments	0,70	3, 1 048	= 0,553	S.O.
Demande qu'un médicament soit délivré dans le contenant d'origine scellé du fabricant	31,65	3, 1 049	< 0,001	Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p = 0,004$), les dentistes ($p < 0,001$) et les infirmières ($p < 0,001$).
Demande de se faire servir seulement le médicament de marque	37,96	3, 1 046	< 0,001	Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p = 0,004$), les dentistes ($p < 0,001$) et les infirmières ($p < 0,001$). Les médecins ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,006$) et les infirmières ($p < 0,004$).
Demande d'une quantité inférieure à celle prescrite	1,59	3, 1 041	= 0,190	S.O.

¹ Une correction de Bonferroni a été appliquée à toutes les comparaisons par paires de suivi pour diminuer le risque d'erreur.

Tableau B.2 : Analyse de la variance à un facteur comparant l'adhésion des médecins, des pharmaciens et des dentistes à l'idée que la caractérisation des facteurs de risque de MMO est difficile, voire impossible
Résultats de l'analyse de la variance à un facteur

	μ	σ	<i>F</i>	<i>ddl</i>	<i>p</i>
Médecins	2,26	1,59			
Dentistes	2,64	1,44			
Pharmaciens	2,53	1,35	1,66	3, 1 014	0,174
Infirmières	2,60	1,49			



Tableau B.3 : Résultats de l'analyse de la variance à un facteur et des comparaisons de suivi – Différences entre les groupes quant aux facteurs de risque potentiels de MMO
Résultats de l'analyse de la variance à un facteur

Comportement	F	ddl	p	Résultats des comparaisons significatives par paires ¹
Antécédents de toxicomanie	5,10	3, 1 049	= 0,002	Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les infirmières (p = 0,003).
Consommation récente ou actuelle de drogues illicites	2,18	3, 1 047	= 0,089	S.O.
Idées suicidaires	2,76	3, 1 045	= 0,041	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les médecins (p = 0,034).
Douleur chronique	5,42	3, 1 047	= 0,001	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les pharmaciens (p = 0,001).
Consommation récente ou actuelle d'alcool	0,73	3, 1 051	= 0,535	S.O.
Troubles mentaux (dépression, anxiété, ESPT, etc.)	0,31	3, 1 053	= 0,816	S.O.
Antécédents d'abus sexuel	4,10	3, 1 051	= 0,007	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes (p = 0,008).
Problèmes médicaux ou maladies chroniques	19,51	3, 1 047	< 0,001	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les médecins (p < 0,001) et les pharmaciens (p < 0,001). Les dentistes ont attribué des cotes plus élevées que les pharmaciens (p = 0,001).
Troubles cognitifs	6,45	3, 1 049	< 0,001	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes (p = 0,003) et les pharmaciens (p = 0,010).
Symptômes non spécifiques	9,41	3, 1 046	< 0,001	Les pharmaciens ont attribué des cotes moins élevées que les médecins (p < 0,001), les dentistes (p = 0,023) et les infirmières (p < 0,001).
Adultes (25 à 64 ans)	4,38	3, 1 052	= 0,004	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes (p = 0,047) et les pharmaciens (p = 0,037).
Jeunes (10 à 24 ans)	3,95	3, 1 045	= 0,008	Les pharmaciens ont attribué des cotes moins élevées que les médecins (p = 0,034) et les infirmières (p = 0,045).
Personnes âgées (65 ans et plus)	16,52	3, 1 041	< 0,001	Les médecins ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes (p = 0,005). Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes (p < 0,001) et les pharmaciens (p < 0,001).
Sexe masculin	4,53	3, 1 049	< 0,001	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les pharmaciens (p = 0,039).
Sexe féminin	8,07	3, 1 051	< 0,001	Les médecins ont attribué des cotes plus élevées que les pharmaciens (p = 0,024). Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes (p = 0,011) et les pharmaciens (p = 0,039).

¹ Une correction de Bonferroni a été appliquée à toutes les comparaisons par paires de suivi pour diminuer le risque d'erreur.



Tableau B.4 : Résultats de l'analyse de la variance à un facteur et des comparaisons de suivi – Différences entre les groupes quant aux obstacles à la détection du MMO
Résultats de l'analyse de la variance à un facteur

Obstacle	F	ddl	p	Résultats des comparaisons significatives par paires ¹
Manque de communication avec le patient	13,71	3, 1 050	< 0,001	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p < 0,001$), les dentistes ($p = 0,005$) et les pharmaciens ($p < 0,001$).
Temps insuffisant passé avec le patient	31,82	3, 1 051	< 0,001	Les dentistes ont attribué des cotes moins élevées que les médecins ($p = 0,001$), les infirmières ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p < 0,001$). Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p = 0,001$) et les pharmaciens ($p < 0,001$).
Manque de communication avec les autres professionnels de la santé responsables des soins du patient	4,66	3, 1 050	= 0,003	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p = 0,010$).
Manque d'accès à des spécialistes de la douleur chronique ou des dépendances	11,40	3, 1 047	< 0,001	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p = 0,003$), les dentistes ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p = 0,002$).
Réticence à aborder le MMO avec les patients	23,61	3, 1 046	< 0,001	Les médecins ont attribué des cotes moins élevées que les dentistes ($p = 0,001$), les infirmières ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p < 0,001$). Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p < 0,004$) et les pharmaciens ($p = 0,027$).
Incertitude quant aux lignes de signalement et aux personnes à aviser lorsqu'un patient s'adonne au mésusage	10,64	3, 1 045	< 0,001	Les médecins ont attribué des cotes moins élevées que les dentistes ($p = 0,005$), les infirmières ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p = 0,001$).
Manque de communication avec la famille du patient	10,50	3, 1 050	< 0,001	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,010$) et les pharmaciens ($p < 0,001$).
Connaissances ou formation insuffisantes des praticiens	12,52	3, 1 044	< 0,001	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p < 0,001$) et les dentistes ($p < 0,001$). Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,015$).
Manque de communication avec le pharmacien du patient	13,66	3, 1 042	< 0,001	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p < 0,001$).
Difficulté d'accéder à des bases de données provinciales sur les ordonnances	20,75	3, 1 038	< 0,001	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p < 0,001$). Les dentistes ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p = 0,003$).
Symptômes de MMO obscurs ou portant à confusion	10,92	3, 1 044	< 0,001	Les médecins ont attribué des cotes moins élevées que les dentistes ($p = 0,003$), les infirmières ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p = 0,010$).



Obstacle	F	ddl	p	Résultats des comparaisons significatives par paires ¹
Accès à des cliniques sans rendez-vous	5,06	3, 1 049	= 0,002	Les médecins ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,018$) et les pharmaciens ($p = 0,036$). Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,047$).
Utilisation de salles d'urgence	13,10	3, 1 048	< 0,001	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les dentistes ($p = 0,010$) et les pharmaciens ($p < 0,001$).

¹ Une correction de Bonferroni a été appliquée à toutes les comparaisons par paires de suivi pour diminuer le risque d'erreur.

Tableau B.5 : Résultats de l'analyse de la variance à un facteur et des comparaisons de suivi – Différences entre les groupes quant aux stratégies de prévention et de traitement du MMO
Résultats de l'analyse de la variance à un facteur

Stratégie	F	ddl	p	Résultats des comparaisons significatives par paires ¹
Établissement de meilleurs liens avec d'autres professionnels de domaines comme le traitement de la douleur chronique et la santé mentale	11,86	3, 1 038	< 0,001	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p = 0,001$), les dentistes ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p = 0,006$).
Amélioration de l'accès à une base de données provinciale sur les ordonnances	0,61	3, 1 040	= 0,606	S.O.
Lignes directrices cliniques sur la prise en charge de patients à haut risque	15,84	3, 1 046	< 0,001	Les médecins ont attribué des cotes moins élevées que les dentistes ($p = 0,026$), les infirmières ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p < 0,001$). Les dentistes ont attribué des cotes moins élevées que les infirmières ($p = 0,018$).
Meilleur appui pour les Lignes directrices canadiennes sur l'utilisation sécuritaire et efficace des opioïdes pour la douleur chronique non cancéreuse	9,4	3, 1 041	< 0,001	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p = 0,003$), les dentistes ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p = 0,044$).
Meilleure compréhension des protocoles de signalement et de l'utilisation, du suivi et de l'échange des renseignements	14,78	3, 1 039	< 0,001	Les médecins ont attribué des cotes moins élevées que les dentistes ($p = 0,001$), les infirmières ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p < 0,001$).
Lignes directrices cliniques sur la prescription de stimulants et de sédatifs	4,04	3, 1 040	= 0,007	Les médecins ont attribué des cotes moins élevées que les infirmières ($p = 0,008$).
Site Web présentant des renseignements cliniques	8,69	3, 1 035	< 0,001	Les infirmières ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p < 0,001$) et les pharmaciens ($p = 0,001$).
Documentation – accords de traitement et renseignements sur les patients	4,77	3, 1 034	= 0,003	Les dentistes ont attribué des cotes moins élevées que les infirmières ($p = 0,006$).
Professionnels de la santé et mentors joignables par téléphone ou par courriel	2,52	3, 1 035	= 0,057	S.O.



Stratégie	F	ddl	p	Résultats des comparaisons significatives par paires ¹
Cours en ligne sur la prescription d'opioïdes, de stimulants et de sédatifs	1,7	3, 1 040	= 0,165	S.O.
Cours d'une journée sur la prescription d'opioïdes, de stimulants et de sédatifs	4,98	3, 1 042	= 0,002	Les médecins ont attribué des cotes moins élevées que les infirmières ($p = 0,003$).
Aide-mémoire de poche sur la prescription d'opioïdes, de stimulants et de sédatifs	8,29	3, 1 039	= 0,002	Les médecins ont attribué des cotes moins élevées que les infirmières ($p = 0,023$). Les dentistes ont attribué des cotes plus élevées que les infirmières ($p = 0,041$) et les pharmaciens ($p < 0,001$).
Meilleure application de la loi par les organismes de réglementation	17,26	3, 1 026	< 0,001	Les infirmières et les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les médecins et les dentistes (tous les $p < 0,001$).
Modification des lois provinciales ou fédérales	11,82	3, 1 034	< 0,001	Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p = 0,020$) et les dentistes ($p < 0,001$). Les dentistes ont attribué des cotes moins élevées que les infirmières ($p < 0,001$).
Analyses d'urine (toxicologie)	5,45	3, 1 035	= 0,001	Les dentistes ont attribué des cotes moins élevées que les médecins ($p = 0,012$) et les infirmières ($p = 0,001$).
Service d'assistance téléphonique 1-800 avec un clinicien	5,83	3, 1 039	= 0,001	Les dentistes ont attribué des cotes plus élevées que les infirmières ($p = 0,013$) et les pharmaciens ($p < 0,001$).
Amélioration de l'application de la loi	12,13	3, 1 026	< 0,001	Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les médecins ($p < 0,001$), les dentistes ($p < 0,001$) et les infirmières ($p < 0,001$). Les médecins ont attribué des cotes moins élevées que les infirmières ($p = 0,019$).

¹ Une correction de Bonferroni a été appliquée à toutes les comparaisons par paires de suivi pour diminuer le risque d'erreur.



Tableau B.6 : Résultats de l'analyse de la variance à un facteur et des comparaisons de suivi – Différences entre les groupes quant aux différents types de MMO
Résultats de l'analyse de la variance à un facteur

Énoncé	F	ddl	p	Résultats des comparaisons significatives par paires ¹
Le MMO intentionnel est plus fréquent que le MMO non intentionnel.	3,45	3, 1 043	= 0,016	Les pharmaciens ont attribué des cotes plus élevées que les infirmières (p = 0,009).
Le mésusage de médicaments sur ordonnance à des fins récréatives est plus fréquent que le mésusage de médicaments sur ordonnance à des fins thérapeutiques.	1,03	3, 1 039	= 0,381	S.O.
Je suis plus préoccupé par le MMO intentionnel que par le MMO non intentionnel chez mes patients.	4,06	3, 1 038	= 0,007	Les dentistes ont attribué des cotes plus élevées que les pharmaciens (p = 0,038).
Je suis plus préoccupé par le MMO intentionnel à des fins récréatives que par le MMO intentionnel à des fins thérapeutiques.	5,93	3, 1 038	= 0,001	Les médecins ont attribué des cotes plus élevées que les infirmières (p = 0,013) et les pharmaciens (p = 0,015). Les dentistes ont attribué des cotes plus élevées que les pharmaciens (p = 0,025) et les infirmières (p = 0,024).
Les signes cliniques de MMO intentionnel à des fins récréatives sont les mêmes que ceux de MMO intentionnel à des fins thérapeutiques.	2,65	3, 1 035	= 0,375	S.O.
Il est plus difficile de détecter le MMO intentionnel à des fins récréatives que le MMO intentionnel à des fins thérapeutiques.	2,48	3, 1 039	= 0,060	S.O.

¹ Une correction de Bonferroni a été appliquée à toutes les comparaisons par paires de suivi pour diminuer le risque d'erreur.



Centre canadien de lutte
 contre les toxicomanies
 Canadian Centre
 on Substance Abuse

Collaboration. Connaissance. Changement.
 Partnership. Knowledge. Change.

Le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies transforme des vies en mobilisant les gens et les connaissances afin de réduire les méfaits de l'alcool et des drogues sur la société. En partenariat avec des organismes publics et privés et des organisations non gouvernementales, il travaille à améliorer la santé et la sécurité des Canadiens.