



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

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

www.cclt.ca • www.ccsa.ca

Programmes de surveillance des ordonnances au Canada : examen des programmes et des pratiques exemplaires

Avril 2015

Beth Sproule, B.Sc.(phm.), Pharm. D.

Clinicienne-chercheuse, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto
Faculté de pharmacie Leslie Dan, Université de Toronto, Toronto

Programmes de surveillance des ordonnances au Canada : examen des programmes et des pratiques exemplaires

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

Citation proposée : Sproule, B. *Programmes de surveillance des ordonnances au Canada : examen des programmes et des pratiques exemplaires*, 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:

Prescription Monitoring Programs in Canada: Best Practice and Program Review

ISBN 978-1-77178-256-2



Table des matières

Résumé	1
Introduction	3
Contexte	3
Objectifs de l'examen.....	3
Méthodes	5
Sources d'information.....	5
Pratiques des programmes de surveillance des ordonnances.....	6
Collecte de données sur les ordonnances	7
Données recueillies	7
Méthodes de collecte	8
Qualité	8
Accès	9
Interventions.....	9
Interventions cliniques.....	9
Interventions des programmes.....	10
Interventions de groupes pertinents	12
Évaluation des programmes	12
Évaluation des effets.....	12
Satisfaction des utilisateurs	14
Administration des programmes.....	15
Utilisation des données des PSO à des fins d'analyses épidémiologiques	15
Recommandations de pratiques exemplaires.....	15
Conclusions	16
Références	18
Annexe 1 : Stratégie de recherche détaillée.....	22
Annexe 2 : Personnes-ressources des programmes de surveillance des ordonnances...	25
Annexe 3 : Recommandations de pratiques exemplaires selon Clark et coll.....	27
Annexe 4 : Caractéristiques des PSO efficaces	30
Annexe 5 : Description des PSO au Canada	32
Annexe 6 : Sommaire des principales caractéristiques des PSO	43



Résumé

Les médicaments psychotropes sur ordonnance représentent une importante solution thérapeutique dans la pratique clinique et peuvent grandement améliorer la qualité de vie des patients. Certains peuvent toutefois occasionner des méfaits importants. La problématique associée à ces substances est très différente de celle des autres substances donnant lieu à des abus, du fait que le système de santé fait partie à la fois de la source du problème et de sa solution. En 2013, une stratégie pancanadienne intitulée *S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada* a été mise en œuvre. Cette stratégie décennale axée sur les opioïdes, les sédatifs hypnotiques et les stimulants propose 58 recommandations couvrant plusieurs domaines (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013) et repose en grande partie sur l'utilisation de programmes de surveillance des ordonnances (PSO).

Bien que leur formulation diffère d'un programme à l'autre, les objectifs des PSO sont principalement :

- d'améliorer les soins aux patients et de veiller à l'utilisation sécuritaire des médicaments sur ordonnance réglementés par la surveillance des renseignements sur la distribution de ces médicaments aux patients externes;
- de réduire les méfaits associés aux médicaments sur ordonnance réglementés;
- d'atténuer le problème du détournement de médicaments sur ordonnance réglementés.

Les objectifs de cet examen consistent 1) à mettre en lumière les nombreuses pratiques actuelles des PSO; 2) à se pencher sur les données probantes sur l'efficacité des PSO; et 3) à déterminer lesquelles des pratiques exemplaires énoncées dans la littérature sont appuyées par la plus grande quantité de données probantes à ce jour.

Les PSO ont différentes caractéristiques et pratiques et varient en ce qui concerne le modèle de surveillance administrative, les médicaments ciblés, les méthodes de collecte des données, les types d'interventions et le degré de divulgation des renseignements. Bon nombre de ces aspects ne sont actuellement appuyés que par une quantité limitée de données probantes; toutefois, le volume de rapports de recherche publiés augmente chaque année, ce qui favorise la croissance des données disponibles dans ce domaine. Même s'il n'existe à ce jour aucune recommandation établie et reconnue de pratiques exemplaires, en voici quelques-unes résumant les pratiques appuyées par de nombreuses données probantes cohérentes mises en évidence dans le cadre du présent examen.

Recommandations de pratiques exemplaires

1. Inclure tous les médicaments sur ordonnance qui ont été associés au mésusage ou à la dépendance ou qui pourraient l'être.
2. Veiller à recueillir des identificateurs uniques afin de lier les dossiers des patients à ceux des prescripteurs et des pharmaciens.
3. Permettre aux cliniciens de consulter les profils complets et à jour des patients en temps réel et de manière confidentielle, directement dans les établissements.
4. Agir de façon proactive en envoyant des rapports spontanés aux intervenants.
5. Normaliser les méthodes de collecte de données pour faciliter les échanges entre les provinces et les territoires et dégager les tendances.



6. Mettre en place des mesures de protection des renseignements personnels rigoureuses.
7. Mesurer les effets du programme pour en évaluer les conséquences voulues et non voulues.
8. Permettre à des organismes publics et privés d'accéder à des renseignements cryptés sur les PSO à des fins d'analyse statistique, de recherche et de formation.

À ce jour, sept provinces sont dotées de PSO, soit la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador. Des programmes sont aussi en cours d'élaboration dans deux provinces, soit au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard, tandis qu'un territoire, le Yukon, est relié au programme de l'Alberta.

Des programmes de ce type continuent d'être créés et développés au Canada, et il importe de redoubler d'efforts afin de veiller à ce qu'ils intègrent des pratiques exemplaires, de mesurer les effets des différentes caractéristiques des PSO et de déterminer la valeur d'ensemble de ces programmes pour promouvoir l'utilisation sécuritaire et adéquate des médicaments sur ordonnance associés à des méfaits importants.

Cet examen vise à fournir aux provinces et aux territoires canadiens des renseignements pertinents pour les aider à mettre en œuvre les recommandations énumérées dans la stratégie *S'abstenir de faire du mal* en matière de PSO en leur présentant les meilleures données probantes disponibles à ce jour sur les différentes caractéristiques et pratiques de ces programmes. Les provinces et les territoires souhaitant élaborer un PSO ou améliorer leur programme existant peuvent utiliser l'information fournie pour évaluer leur programme ou y ajouter différentes caractéristiques prenant appui sur les meilleures données probantes disponibles. Par ailleurs, cet examen a pour objectif de renforcer les efforts visant l'échange de renseignements et la normalisation des méthodes de collecte de données entre les provinces et les territoires canadiens afin de permettre une réduction marquée des méfaits associés aux médicaments sur ordonnance réglementés partout aux pays.



Introduction

Contexte

Les médicaments psychotropes sur ordonnance représentent une importante solution thérapeutique dans la pratique clinique et peuvent grandement améliorer la qualité de vie des patients. Certains peuvent toutefois occasionner des méfaits importants. Les opioïdes sur ordonnance (p. ex. la morphine, l'oxycodone et la codéine), dont certaines propriétés pharmacologiques peuvent entraîner une dépendance, sont associés à un risque important de surdose mortelle. Parmi les autres psychotropes sur ordonnance dont les propriétés peuvent mener au mésusage et à la dépendance, notons les sédatifs hypnotiques (p. ex. le diazépam, l'alprazolam et le lorazépam) et les stimulants (p. ex. le méthylphénidate et la dextroamphétamine).

Depuis une dizaine d'années, les méfaits associés au mésusage de médicaments sur ordonnance, en particulier des opioïdes, sont de plus en plus considérés comme un problème au Canada. Le pays arrive au deuxième rang des plus grands consommateurs d'opioïdes sur ordonnance au monde (Organe international de contrôle des stupéfiants, 2013), et une grande proportion des jeunes indiquent consommer ce type de médicaments à des fins non médicales (Boak, 2013). De plus, le nombre de personnes traitées pour une dépendance aux médicaments sur ordonnance a connu une augmentation considérable (Fischer, 2010), tout comme le nombre de cas de surdoses mortelles associées aux opioïdes sur ordonnance (Dhalla, 2009; Madadi, 2013). La prescription de doses quotidiennes élevées d'opioïdes a d'ailleurs été associée à un risque de surdose mortelle accru (Gomes, 2011).

Ces médicaments diffèrent des autres substances donnant lieu à des abus puisqu'ils sont utilisés à des fins thérapeutiques. Pour cette raison, ils doivent faire l'objet d'approches et de solutions différentes. En 2013, une stratégie pancanadienne intitulée *S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada* a été mise en œuvre. L'élaboration de cette stratégie décennale a nécessité une collaboration étroite entre les provinces et les territoires, les domaines d'expertise et les perspectives. La stratégie, axée sur les opioïdes, les sédatifs hypnotiques et les stimulants, propose 58 recommandations couvrant plusieurs domaines (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013) et repose en grande partie sur l'utilisation de programmes de surveillance des ordonnances (PSO). Parmi les recommandations, notons la conduite de recherches visant à évaluer les pratiques exemplaires et les effets des PSO ainsi que l'échange de renseignements sur les pratiques exemplaires entre les provinces et les territoires.

À ce jour, sept provinces canadiennes et 49 États américains se sont dotés d'un PSO (Garcia, 2013). Le gouvernement fédéral australien procède actuellement à la mise en œuvre d'un système électronique d'enregistrement et de déclaration des médicaments réglementés (Nicholas, 2013). Si l'administration et l'étendue de ces programmes varient grandement, tous ont été conçus dans le but d'encadrer la prescription de médicaments dont les propriétés pharmacologiques peuvent mener au mésusage et à la dépendance.

Bien que leur formulation diffère d'un programme à l'autre, les objectifs des PSO sont principalement :

- d'améliorer les soins aux patients et de veiller à l'utilisation sécuritaire des médicaments sur ordonnance réglementés par la surveillance des renseignements sur la distribution de ces médicaments aux patients externes;



- de réduire les méfaits associés aux médicaments sur ordonnance réglementés;
- d'atténuer le problème du détournement de médicaments sur ordonnance réglementés.

Objectifs de l'examen

Les objectifs de cet examen consistent 1) à mettre en lumière les nombreuses pratiques actuelles des PSO; 2) à se pencher sur les données probantes sur l'efficacité des PSO; et 3) à déterminer lesquelles des pratiques exemplaires énoncées dans la littérature sont appuyées par la plus grande quantité de données probantes à ce jour.



Méthodes

En 2012, le Prescription Drug Monitoring Program Center of Excellence (PDMP COE) [centre d'excellence sur les programmes de surveillance des ordonnances] de l'Université Brandeis au Massachusetts a publié un examen complet intitulé *Prescription Drug Monitoring Programs : An Assessment of the Evidence for Best Practices* [programmes de surveillance des ordonnances : évaluation des données probantes sur les pratiques exemplaires] (Clark, Eadie, Kreiner et Strickler, 2012), résumant toutes les données probantes publiées jusqu'alors venant appuyer les pratiques exemplaires proposées en matière de PSO. Le présent rapport rend compte des données probantes rendues disponibles depuis la publication de l'étude de Clark et de ses collaborateurs en 2012. Il se fonde sur la quantité de données probantes disponibles, sur la cohérence de ces données, ainsi que sur des consensus, pour dresser la liste des pratiques exemplaires tirées de la littérature appuyées par la plus grande quantité de données probantes.

Sources d'information

Une recherche d'articles sur l'efficacité des PSO publiés en 2012 et en 2013 a été menée en octobre 2013 dans PubMed, PsycINFO, Project Cork et Google Scholar. Les termes de recherche suivants et des variantes ont été utilisés : *prescription drug monitoring* [surveillance des médicaments sur ordonnance], *prescription monitoring* [surveillance des ordonnances], *doctor shopping* [consultations auprès de plusieurs médecins], *multiple prescribers* [plusieurs prescripteurs], *unsolicited reporting* [rapports spontanés], *proactive reporting* [rapports proactifs] et *controlled substance monitoring* [surveillance des substances réglementées]. D'autres recherches ont également été effectuées afin de trouver des articles récents publiés par les auteurs énumérés dans l'examen de Clark et de ses collaborateurs (2012). De plus, des recherches ont été menées dans les publications *Research in Social and Administrative Pharmacy* et *Pain Medicine*. Parmi les sources de littérature grise, notons les sites Web des PSO et des organismes responsables, ainsi que Google.

Une seconde recherche d'articles publiés en 2013 et en 2014 a été menée en mai 2014 sur PsycINFO, Process Medline et Medline à partir de termes de recherche semblables afin que tout article récent et pertinent soit inclus. Dans le cadre de ces deux recherches, l'auteure a analysé le résumé des articles afin d'évaluer leur pertinence, puis a procédé à une lecture complète des articles retenus. Des détails concernant les stratégies de recherche utilisées figurent à l'annexe 1.

Des renseignements sur les caractéristiques et les pratiques des PSO canadiens ont été obtenus au moyen de visites sur les sites Web et d'entrevues téléphoniques auprès d'intervenants clés de chaque programme. Les personnes consultées sont énumérées à l'annexe 2.



Pratiques des programmes de surveillance des ordonnances

Les PSO ont différentes caractéristiques et pratiques et varient en ce qui concerne le modèle de surveillance administrative, les médicaments ciblés, les méthodes de collecte des données, les types d'interventions et le degré de divulgation des renseignements. Ces programmes sont pris en charge par des ministères de la Santé ou des organismes responsables de la réglementation ou de l'agrément des médecins ou des pharmaciens, ou encore, dans une moindre mesure, par des organismes de protection des consommateurs, de lutte contre les toxicomanies ou d'application de la loi (Heins, 2013). Les sections suivantes ont été structurées de façon à offrir une vue d'ensemble des aspects clés des PSO :

- les renseignements recueillis;
- leur utilisation;
- les méthodes utilisées pour les évaluer.

Lorsque des données probantes à l'appui d'une pratique existent, ceci est indiqué. Les renseignements et les données probantes présentés sont tirés de l'examen de Clark et de ses collaborateurs (2012), mais la présentation de l'information a été modifiée afin de fournir des résumés descriptifs et de rassembler les caractéristiques semblables. L'examen de Clark et de ses collaborateurs (2012) propose 40 pratiques exemplaires en matière de PSO. La détermination de ces pratiques repose sur une quantité limitée de données probantes et a surtout été orientée par l'expérience ou les perceptions propres au contexte américain (tableau 1).

Tableau 1 : Résumé des niveaux de données probantes pour les pratiques exemplaires proposées (Clark et coll., 2012)

Niveau de données probantes	Nbre de recommandations associées à chaque niveau
Essai clinique randomisé ou méta-analyse	0
Étude d'observation avec groupe témoin	2
Étude d'observation sans groupe témoin	6
Étude de cas ou opinion écrite d'experts	6
Expérience accumulée ou perceptions d'intervenants clés	26

Les pratiques exemplaires proposées n'ont pas toutes fait l'objet de discussions individuelles, étant donné le caractère limité des données probantes disponibles pour bon nombre d'entre elles. La liste complète de ces pratiques est toutefois fournie à l'annexe 3. Des données probantes clés à l'appui de certaines pratiques ont été incluses dans le présent rapport, en particulier si elles provenaient de rapports publiés. Les rapports faisant partie de l'examen de Clark et de ses collaborateurs (2012) ont été mis en évidence afin d'indiquer clairement la provenance des nouveaux renseignements. Outre l'examen de Clark et de ses collaborateurs (2012), d'autres rapports ont fourni des recommandations de pratiques exemplaires en matière de PSO (Brushwood, 2003; Alliance of States with Prescription Monitoring Programs, 2010, cité dans Clark et coll., 2012; Perrone, 2012a, cité dans Clark et coll., 2012; Nicholas, 2013). Les auteurs de ces examens traitent d'un grand nombre de concepts semblables, mais leurs recommandations sont formulées de manière plus générale (annexe 4).



Une synthèse de ces renseignements figure à la fin de la présente section. Il s'agit d'un résumé de huit pratiques exemplaires générales recommandées dans le contexte actuel des PSO au Canada. L'annexe 5 fournit une description des PSO actuellement en œuvre au Canada, et l'annexe 6, un résumé de leurs principales caractéristiques.

Collecte de données sur les ordonnances

La collecte de données est au cœur de tout PSO. La présente section se penche sur les données recueillies, les méthodes de collecte et l'assurance de la qualité des données.

Données recueillies

Médicaments ciblés

Un certain nombre de médicaments sur ordonnance peuvent occasionner des méfaits associés à la dépendance et à la surdose. Les médicaments faisant l'objet d'une surveillance varient selon chaque programme. Au Canada, la plupart des PSO visent les médicaments énumérés dans la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, notamment les opioïdes, les barbituriques et les stimulants. L'inclusion de médicaments comme la codéine, le tramadol, les benzodiazépines, la zopiclone et les cannabinoïdes tend à varier. Aux États-Unis, les PSO visent le plus souvent les médicaments figurant à l'annexe II de la *Controlled Substances Act* [loi sur les substances réglementées], c'est-à-dire des médicaments possédant un fort potentiel d'abus, alors que l'inclusion des médicaments figurant dans les autres annexes (p. ex. produits contenant de l'hydrocodone ou de la codéine combinés avec d'autres médicaments et des benzodiazépines) varie.

Selon un rapport, le taux de consultations auprès de plusieurs médecins serait moins élevé dans les États américains recueillant des données sur toutes les catégories de substances réglementées (PDMP COE, 2010 [analyse non publiée des données sur l'efficacité des PSO recueillies par le Bureau of Justice Assistance], citée dans Clark et coll., 2012). Des données probantes ont aussi permis de conclure que le fait de restreindre l'utilisation de certains médicaments (p. ex. en rendant obligatoire l'utilisation d'un carnet d'ordonnances spécial) pouvait occasionner une augmentation de la prescription d'autres médicaments. Par exemple, la mise en œuvre d'un programme d'ordonnances en trois exemplaires visant les benzodiazépines dans l'État de New York s'est traduite, d'une part, par une diminution marquée de la prescription de benzodiazépines, mais de l'autre, par une augmentation de la prescription d'autres psychotropes, comme le méprobamate et l'hydrate de chloral, des médicaments plus vieux et moins sécuritaires (Weintraub, 1991; Zulich, 1992). Cet exemple vient appuyer la nécessité de mesurer les effets des PSO pour en évaluer les conséquences voulues et non voulues.

Identificateurs

Tous les programmes recueillent des renseignements à propos du prescripteur, du pharmacien et du patient prenant part à une transaction. Certains identifient également la personne venant chercher une ordonnance. Ces identificateurs servent, d'une part, à relier les dossiers au sein d'une base de données afin de dégager des tendances et, d'autre part, à intervenir lorsque des pratiques douteuses sont observées chez certaines personnes. Au Canada, la plupart des programmes exigent l'utilisation d'identificateurs associés au système de santé provincial, qui permet de faire des liens et d'effectuer des suivis. Aux États-Unis, les programmes exigent habituellement une combinaison de renseignements (p. ex. nom, date de naissance, adresse) pour veiller à ce que les ordonnances



soient associées aux bonnes personnes. Le mécanisme optimal pour assurer l'exactitude des liens n'a pas encore été établi.

Méthodes de paiement

Certaines personnes cherchant sciemment à obtenir des ordonnances de différents médecins afin d'acheter une grande quantité de médicaments (c.-à-d. par des consultations auprès de plusieurs médecins) évitent de facturer leurs médicaments à leur régime d'assurance afin d'éviter que celui-ci ne détecte l'anomalie. L'inclusion des méthodes de paiement dans les bases de données des PSO pourrait faciliter la détection des patients adoptant un comportement de la sorte. L'efficacité d'une telle approche n'a pas encore été évaluée, mais l'utilité serait limitée pour les programmes qui réussissent déjà à lier les dossiers d'ordonnances des patients à partir d'identificateurs fiables.

Méthodes de collecte

Prescription en plusieurs exemplaires

Au départ, les PSO misaient surtout sur l'utilisation de carnets d'ordonnances en plusieurs exemplaires. Les prescripteurs devaient utiliser un carnet d'ordonnances spécial pour que leurs ordonnances soient valides. Cette exigence a toujours cours à plusieurs endroits, avec parfois aussi la soumission électronique. Il y a deux ou trois exemplaires de chaque ordonnance : l'un d'entre eux est remis au pharmacien, tandis que les autres sont conservés par le prescripteur ou transmis au PSO à des fins de suivi. L'utilisation obligatoire de ces carnets d'ordonnances spéciaux permet non seulement d'assurer le suivi des renseignements fournis, mais aussi de freiner la contrefaçon et de ramener l'existence du programme de surveillance à la mémoire du prescripteur chaque fois qu'il signe une ordonnance. Certains PSO utilisent aussi une mesure de contrôle consistant à inclure un numéro de série sur les ordonnances afin que celles-ci soient plus difficiles à copier ou à contrefaire. Une étude comparant le taux de surdoses mortelles entre des États américains dotés ou non d'un PSO a permis de conclure que les États utilisant des ordonnances portant un numéro de série présentaient un taux moins élevé que ceux qui n'en utilisaient pas (Paulozzi, 2011, cité par Clark et coll., 2012).

Soumission électronique

Les pharmacies communautaires utilisent couramment des logiciels pour traiter et documenter les prescriptions et effectuer des réclamations auprès des compagnies d'assurances-médicaments. Ces logiciels ont permis la soumission électronique de renseignements sur les ordonnances aux PSO, accélérant ainsi grandement le processus de collecte de données. Les exigences relatives au moment du transfert de données varient d'un programme à l'autre : soumission immédiate, à la fin de la journée, une fois par semaine, etc. Le fait d'exiger une soumission rapide permet de garder le programme à jour : ainsi, une personne qui consulte des données a accès à des renseignements complets pour orienter sa prise de décisions cliniques et ses interventions. On envisage également d'intégrer, au fil de l'évolution des capacités des PSO, la prescription en ligne des médicaments surveillés.

Qualité

Pour que les données recueillies par les PSO soient utilisées efficacement, elles doivent être exactes et à jour. Des systèmes visant à garantir l'exactitude des renseignements et à corriger rapidement les erreurs permettent de veiller au maintien de la qualité des données. Aucune exigence



concernant la qualité des données n'a été fixée à ce jour, et les méthodes visant à l'améliorer varient d'un programme à l'autre.

Accès

Les données des PSO ne peuvent être utiles que s'il est possible de s'en servir, d'où l'importance de fournir un accès adéquat. Pour ce faire, il importe de réfléchir aux personnes qui devraient avoir accès aux renseignements, au processus menant à cette décision, ainsi qu'aux façons de donner accès aux données. La plupart des programmes permettent aux cliniciens, aux organismes de réglementation et d'agrément des prescripteurs et des pharmaciens, ainsi qu'aux organismes d'application de la loi, d'accéder aux données d'une manière ou d'une autre. Différents degrés d'accès aux données sont offerts aux cliniciens faisant partie du cercle de soins d'un patient. La procédure employée varie elle aussi et peut prendre la forme d'une soumission de renseignements en ligne ou de l'envoi de rapports par télécopieur ou par courriel. Dans certains programmes, ce sont les organismes de réglementation et d'application de la loi qui sont détenteurs des données, alors que dans d'autres, c'est le programme qui détermine la procédure de gestion de l'accès.

La normalisation de la collecte de données faciliterait l'échange de données ainsi que l'intégration dans d'autres systèmes électroniques. Bien que la normalisation des systèmes soit techniquement réalisable, elle serait difficile, puisque bon nombre de PSO ont été conçus en vase clos. En Australie, on déplore un manque de coordination entre les systèmes, qui favorise le phénomène de consultations auprès de médecins dans différentes régions (Nicholas, 2013). Aux États-Unis, plusieurs États ont adopté des lois permettant aux cliniciens d'autres États d'accéder à leurs données de surveillance des ordonnances afin de faciliter la détection d'anomalies en dehors de leurs frontières. La National Association of Boards of Pharmacy [association nationale des ordres de pharmaciens] a mis sur pied le système InterConnect, qui facilite l'échange de données entre les États tout en permettant aux PSO de contrôler les données échangées. À ce jour, 26 États ont conclu une entente pour faire partie d'InterConnect (National Association of Boards of Pharmacy, 2014). Au Canada, aucune entente n'a encore été signée entre les provinces et les territoires.

Interventions

Les données des PSO peuvent servir à intervenir de façon proactive dans des situations potentiellement problématiques. Un clinicien peut par exemple demander un rapport sur un patient à qui il fournit des soins. Le personnel d'un PSO peut également intervenir en produisant et en distribuant des rapports conformément aux procédures établies afin de cibler les prescripteurs, les pharmaciens et les patients présentant des habitudes potentiellement problématiques en matière de prescription.

Interventions cliniques

Les données sur les ordonnances antérieures de médicaments surveillés d'un patient pourraient influencer sur les décisions cliniques prises par les prescripteurs et les pharmaciens. Cette information pourrait servir, par exemple, à déterminer s'il faut prescrire un médicament surveillé ou modifier la façon dont celui-ci est prescrit ou délivré (p. ex. doses, quantités, critères de surveillance). L'accès aux profils des patients fourni aux cliniciens dans les établissements varie d'un programme à l'autre. L'efficacité des PSO dépend donc de l'utilisation des données disponibles par les cliniciens et de leur capacité à utiliser ces dernières pour évaluer les risques et prendre en charge les patients.



Selon certaines études publiées, les fournisseurs de soins de santé ne consulteraient pas les données des PSO (Ulbrich, 2010, cité dans Clark et coll., 2012; Talbert, 2011; Fleming, 2013). Dernièrement, des articles se sont penchés sur les différents facteurs susceptibles de favoriser l'utilisation de ces données, comme un accès simplifié (Perrone, 2012b; Fleming, 2013; Green, 2013; Bell, 2013) et l'utilisation des données par des médecins traitants, qui favorise l'utilisation par les médecins résidents (Feldman, 2012). Les PSO reçoivent davantage de demandes d'accès aux profils des patients dans les États où la consultation se fait électroniquement que dans ceux où les profils sont transmis par la poste ou par télécopieur (Fleming, 2013; Green, 2012.). L'intégration des PSO aux systèmes de dossiers médicaux électroniques pourrait améliorer les processus cliniques (Abedtash, 2013). Plusieurs États, y compris le Kentucky, le Massachusetts, New York, le Tennessee et la Virginie-Occidentale, ont adopté des lois rendant obligatoire la consultation des bases de données des PSO (Garcia, 2013).

L'utilisation inappropriée ou l'interprétation erronée des données des PSO pourrait nuire aux soins offerts aux patients. Toutefois, l'interprétation clinique de ces données n'a attiré l'attention des chercheurs qu'au début de la mise en œuvre de ces programmes. Une étude de petite envergure portant sur l'interprétation de rapports de surveillance fictifs par des urgentologues a révélé que l'accès à ces rapports influencerait sur les pratiques de prescription. Les médecins étaient toutefois moyennement d'accord dans leur évaluation des comportements de recherche de médicaments chez les patients décrits dans les rapports (Grover, 2012). Dans le cadre d'une autre étude, les urgentologues ayant accès aux données des PSO pour cibler des comportements de recherche de médicaments chez leurs patients ont modifié l'ordonnance qu'ils prévoyaient rédiger dans près de 10 % des cas (Weiner, 2013). Dans l'évaluation des patients d'un centre universitaire de traitement de la douleur, l'ajout des données du PSO et d'un dépistage de l'urine sur place a grandement favorisé le repérage des renseignements qui différaient de ceux obtenus seulement en discutant avec le patient et en consultant son dossier médical. Selon les auteures, cette méthode permettrait aux médecins de clarifier davantage la situation avec le patient et de cibler les patients présentant un risque élevé de mésusage de médicaments (Hamill-Ruth, 2013). Dans le cadre d'une autre étude interrogeant des pharmaciens après la mise en place d'un PSO, la plupart des répondants (77 %) ont indiqué avoir consulté les données du programme sur un patient; de plus, 13 % avaient perçu une diminution des ordonnances de médicaments surveillés, alors que 15 % avaient perçu une augmentation (Wixson, 2012). L'étude n'offre aucune explication quant à l'augmentation perçue. Il se pourrait que les antécédents d'ordonnances des patients fournis par les PSO rassurent en quelque sorte les cliniciens dans leur décision de prescrire des médicaments surveillés comme traitement. Une enquête menée auprès de pharmaciens a révélé que ces derniers utilisaient les données des PSO pour surveiller les abus et le phénomène des consultations auprès de plusieurs médecins (Green, 2013).

Le fait qu'un clinicien puisse accéder aux données d'un PSO sur un patient en temps réel dans son établissement pourrait influencer sa prise de décisions cliniques. Il pourrait être judicieux d'optimiser ces occasions au moyen de formations cliniques et de recherches supplémentaires.

Interventions des programmes

Rapports spontanés

Bon nombre de PSO fonctionnent de façon proactive et fournissent des renseignements et des rapports spontanés aux prescripteurs, aux pharmaciens et aux patients. Ces interventions peuvent être axées sur la sensibilisation (pour favoriser la modification des comportements) ou sur la dissuasion (fondées sur des conséquences juridiques ou réglementaires). Aux États-Unis, les PSO



doivent transmettre des rapports spontanés aux médecins pour être admissibles à un financement. Selon le PDMP COE, l'utilisation de rapports spontanés a été associée à une diminution du nombre d'ordonnances suspectes et à une augmentation des demandes d'accès aux données, en plus de se traduire par certaines activités comme des discussions sur les rapports avec les patients, de brèves interventions et des aiguillages vers des programmes de traitement de la toxicomanie (Clark et coll., 2012).

Dernièrement, une étude contrôlée randomisée menée par un organisme américain de gestion des soins s'est penchée sur une intervention consistant à fournir à des prescripteurs des données personnalisées issues d'un PSO à propos de patients ayant obtenu des ordonnances d'opioïdes d'au moins trois prescripteurs différents auprès d'au moins trois pharmacies différentes à l'intérieur de trois mois. En comparaison avec le groupe témoin, dont les prescripteurs n'avaient reçu qu'une lettre générique, on a noté dans le groupe d'intervention une diminution du nombre de prescripteurs (24 %), de pharmacies (16 %) et d'ordonnances d'opioïdes (15 %) pendant une période d'un an. Les résultats cliniques liés à ces diminutions n'ont pas été évalués (Gonzalez, 2012).

En plus de permettre aux cliniciens d'accéder aux données des PSO, utiliser ces dernières proactivement pour inciter les médecins à agir pourrait se révéler efficace.

Critère relatif aux activités suspectes

Même si des rapports et des avis sont envoyés spontanément dans le cadre de nombreux PSO, les critères optimaux pour détecter les activités suspectes en matière de prescription chez les patients, les prescripteurs et les pharmaciens n'ont pas encore été établis. De plus, les critères utilisés par les PSO pour évaluer ce type d'activités varient grandement. Il est important d'établir des critères et des seuils permettant de détecter efficacement les activités suspectes susceptibles d'être associées à des méfaits, sans toutefois cibler les patients dont il s'avère après examen que les activités ne posent pas problème. Il est également difficile de déterminer quel degré d'activité chez un prescripteur ou un pharmacien peut laisser supposer un mésusage; le critère le plus utilisé à l'heure actuelle semble être fondé sur des chiffres aberrants dans les taux de prescription.

Quelques articles publiés font état de critères qui pourraient évoquer un risque de méfaits plus élevé, mais il y a peu de recherche évaluative. Ces rapports mettent toutefois de l'avant des critères associés aux habitudes individuelles pouvant être associées à un risque de méfaits, par exemple le nombre de prescripteurs, de pharmacies et d'ordonnances; la fréquence des renouvellements précoces; le chevauchement d'ordonnances; l'augmentation progressive des doses ou les doses élevées; le type de médicaments surveillés; et certains facteurs démographiques comme le genre et l'âge (Gomes, 2011; Hall, 2008; Pauly, 2011; Paulozzi, 2012; Peirce, 2012; Wilsey, 2011; White, 2009; tous cités dans Clark et coll., 2012). Dans le cadre d'un autre projet, une entreprise américaine travaille actuellement à l'élaboration d'un logiciel qui servira à évaluer précisément les données des PSO dans le but de stratifier les médecins en fonction du degré de danger associé à leurs habitudes de prescription (Kuehn, 2014).

Une étude a élaboré, puis évalué un score du mésusage d'opioïdes. Cette mesure était calculée à l'aide de différents critères fondés sur les données apparaissant sur les ordonnances telles que la durée des traitements aux opioïdes à action brève, la durée des traitements aux opioïdes à action prolongée, le nombre de pharmacies ayant distribué des opioïdes et le nombre de médecins en ayant prescrit. Le résultat obtenu permettait ensuite de déterminer la probabilité qu'un diagnostic d'abus d'opioïdes ou de dépendance soit posé durant le suivi (Sullivan, 2010).



D'autres travaux d'évaluation seront nécessaires afin d'établir des indicateurs fiables pour cibler la prescription et la consommation de médicaments surveillés posant problème à partir des bases de données des PSO.

Interventions de groupes pertinents

D'autres groupes s'intéressent à l'information contenue dans les bases de données des PSO, comme les enquêteurs travaillant à l'application de la loi, les organismes d'agrément et les compagnies d'assurances-médicaments. Pour assurer la protection des renseignements personnels, il est nécessaire de se doter de politiques et de procédures adéquates concernant l'échange de données, y compris un cadre définissant les types et les degrés d'accès aux données ainsi que les conditions à respecter afin qu'un accès soit accordé.

Évaluation des programmes

Il est important d'évaluer l'impact global des PSO afin de garantir que les résultats attendus soient atteints. Un certain nombre d'approches ont été employées pour évaluer les résultats des programmes, que l'on parle de résultats à court terme, comme les effets sur les habitudes de prescription et la satisfaction des utilisateurs, ou de résultats à plus long terme, comme le taux de conséquences néfastes associées aux médicaments sur ordonnance. Il est parfois difficile d'attribuer l'atteinte de certains résultats à un PSO étant donné que différents facteurs peuvent y avoir contribué (p. ex. des interventions ciblant le même problème). Très peu de recherches ont été publiées sur le sujet.

Évaluation des effets

Les sections suivantes résument différents résultats possibles qui ont été ou qui pourraient être utilisés pour évaluer les effets des PSO.

Changement des habitudes en matière de pratiques de prescription

Une diminution des ordonnances de médicaments réglementés ne reflète pas nécessairement l'effet positif d'un PSO. En effet, dans l'exemple du programme d'ordonnances en trois exemplaires visant les benzodiazépines de l'État de New York, la mise en œuvre du programme s'est traduite par une diminution de la prescription de benzodiazépines, mais aussi, par une augmentation des ordonnances de sédatifs hypnotiques figurant sur les annexes moins surveillées (Hartzema, 1992; Weintraub, 1991). Une autre étude sur l'incidence d'un PSO sur la prescription de benzodiazépines a conclu que les pratiques n'avaient généralement pas changé (Wixson, 2013). Il est important d'évaluer les **changements** en matière de prescription – autant les hausses que les baisses – afin d'évaluer les conséquences voulues et non voulues des PSO sur les habitudes à cet égard.

Réduction des activités suspectes

Si certaines activités de prescription suspecte sont associées à un risque accru de méfaits, leur diminution pourrait constituer un indicateur de l'efficacité d'un PSO. Une évaluation du PSO du Nevada a mis en évidence une diminution du nombre d'ordonnances de médicaments surveillés et de visites auprès de prescripteurs et de pharmacies chez les patients dont les prescripteurs avaient reçu des rapports spontanés à leur sujet (Clark et coll., 2012). De même, une évaluation du programme du Wyoming a permis d'observer que l'envoi de rapports spontanés à des prescripteurs se traduisait par un plus grand nombre de demandes de données et par une réduction du nombre de patients répondant aux critères associés au phénomène des consultations auprès de plusieurs



médecins (Clark et coll., 2012). Une étude canadienne s'est penchée sur l'incidence du système PharmaNet de la Colombie-Britannique sur les taux d'ordonnances possiblement inadéquates d'opioïdes et de benzodiazépines et a observé une importante baisse six mois après la mise en place du réseau centralisé d'ordonnances – de 33 % pour les opioïdes et de 49 % pour les benzodiazépines (Dormuth, 2012). Comme il a été mentionné précédemment, davantage de recherches devront être réalisées afin d'établir les critères optimaux à utiliser pour cibler les activités suspectes. La normalisation de ces critères permettrait également de comparer efficacement l'incidence des interventions de chaque programme.

Réduction du détournement de médicaments

Un des objectifs fondamentaux des PSO consiste à réduire le détournement de médicaments sur ordonnance de leur utilisation prévue. L'atteinte de cet objectif a été soulignée dans un rapport du gouvernement américain selon lequel plusieurs États auraient réussi à réduire le taux de détournement de médicaments sur ordonnance sur le marché noir grâce à leur PSO (Government Accountability Office, 2002, cité dans Clark et coll., 2012). En France, la mise en œuvre d'un PSO à l'intention des consommateurs de fortes doses de buprénorphine a occasionné une importante diminution du phénomène des consultations auprès de plusieurs médecins (Pradel, 2009, cité dans Clark et coll., 2012). Il est important d'évaluer la réduction du détournement de médicaments au fil de l'évolution des PSO et des pratiques comme l'abandon progressif des carnets d'ordonnances en plusieurs exemplaires avec l'arrivée des systèmes électroniques, ainsi que les effets potentiels de l'intégration de la soumission d'ordonnances électronique dans les milieux communautaires.

Diminution de l'abus et de la dépendance

Parmi les résultats les plus importants de tout PSO, notons la diminution des méfaits pour la santé tels que les troubles liés aux médicaments sur ordonnance. Très peu de recherches ont été menées à ce sujet. Une comparaison entre les États américains dotés ou non de PSO a permis de constater que le premier groupe était associé à un taux plus faible d'admissions pour le traitement de troubles liés aux opioïdes sur ordonnance que le second (Reisman, 2009, cité dans Clark et coll., 2012). Il est aussi important de surveiller d'éventuelles conséquences non voulues des PSO comme l'augmentation des taux de dépendance à d'autres substances.

Baisse du taux de surdoses mortelles

La diminution du taux de surdoses mortelles est un des objectifs les plus importants de la réduction des méfaits associés aux médicaments sur ordonnance. Dans le cadre d'une étude américaine précédemment mentionnée comparant les États dotés ou non de PSO, aucune différence n'a été observée entre les taux de surdoses mortelles des deux groupes. En revanche, les États dont le programme se fondait sur l'utilisation de carnets d'ordonnances portant un numéro de série étaient associés à des taux de surdoses mortelles plus faibles que les autres (Paulozzi, 2011, cité dans Clark et coll., 2012). Ces conclusions viennent souligner toute la complexité de ce type d'évaluation : les comparaisons entre les États selon qu'ils sont dotés d'un PSO ou non ne sont pas nécessairement valides puisque l'étendue et les interventions des programmes varient grandement.



Évaluation des conséquences non voulues

Réduction de l'accessibilité à des fins thérapeutiques

Une des principales particularités des médicaments sur ordonnance : contrairement aux autres substances donnant lieu à des abus, ils doivent demeurer accessibles à des fins thérapeutiques. Le programme d'ordonnances en trois exemplaires visant les benzodiazépines de l'État de New York a entraîné une réduction importante du nombre d'ordonnances de benzodiazépines. Une analyse plus approfondie a toutefois révélé que le programme avait surtout influé sur la consommation non problématique de benzodiazépines (Ross-Degnan, 2004; Simoni-Wastila, 2004). Dans le cadre d'un programme mis en œuvre par la Washington State Health Care Authority [autorité sanitaire de l'État de Washington] visant à résoudre le problème du recours non nécessaire aux services d'urgence par les bénéficiaires de Medicaid, sept pratiques exemplaires ont été élaborées. L'une d'elles consistait à faire participer les fournisseurs de services d'urgence au PSO de l'État. D'après les résultats préliminaires, le programme était associé à une réduction de 10 % des dépenses de l'État en matière de services d'urgence selon le principe de rémunération à l'acte de Medicaid et il permettait aux patients de continuer à obtenir des soins, lesquels étaient plus sécuritaires de surcroît (Brooks, 2013). Il est essentiel d'évaluer la réduction potentielle de l'accessibilité des médicaments utilisés à des fins thérapeutiques associée à toute intervention.

Augmentation de la consommation d'autres substances faisant couramment l'objet d'abus

Les interventions visant à réduire l'abus de médicament sur ordonnance se traduisent parfois par une augmentation de la consommation d'autres substances donnant lieu à des abus. Ce phénomène a été remarqué récemment dans le cadre d'une étude des répercussions de l'intégration d'une préparation d'opioïdes sur ordonnance ayant des caractéristiques visant à décourager l'abus. Les centres antipoisons ont noté une diminution des appels concernant le médicament sous sa préparation revue, mais une augmentation des appels concernant d'autres opioïdes sur ordonnance ainsi que l'héroïne (Coplan, 2014). L'évaluation des tendances parallèles concernant la consommation de substances donnant lieu à des abus et d'autres médicaments sur ordonnance peut permettre de déterminer si une intervention a réussi à atténuer le problème visé ou l'a simplement déplacé.

Satisfaction des utilisateurs

L'évaluation de la satisfaction des intervenants à l'égard d'un PSO est une occasion de recueillir des renseignements dans le but de simplifier les processus du programme et de connaître ses effets sur les gens. Les principaux intervenants sont les patients, les prescripteurs, les pharmaciens, les autres cliniciens, les organismes de réglementation et d'application de la loi ainsi que les gouvernements. Une étude publiée s'est penchée sur l'expérience des patients dans le cadre d'un tel programme et a conclu que la plupart n'avaient pas été touchés; les patients aux prises avec de la douleur chronique non cancéreuse étaient toutefois plus susceptibles d'avoir discuté d'un rapport du PSO les concernant avec leur médecin et d'indiquer qu'un tel rapport les avait empêchés de se faire prescrire une substance réglementée (Goodin, 2012).



Administration des programmes

Il importe d'évaluer l'efficacité des programmes du point de vue administratif. Des recommandations ont été formulées selon lesquelles le financement continu des PSO devrait être garanti, possiblement au moyen d'une loi (Clark et coll., 2012). Étant donné la multitude d'intervenants intéressés par l'administration et les résultats des PSO, les relations entre les parties doivent être transparentes. En outre, un processus de prise de décisions collaboratif devrait être envisagé pour la gestion des programmes.

Utilisation des données des PSO à des fins d'analyses épidémiologiques

Les bases de données sur les ordonnances sont des sources de renseignements utiles pour les analyses pharmacoépidémiologiques : elles peuvent servir à décrire les habitudes en matière de pratiques de prescription, à surveiller les tendances et à évaluer les effets d'autres interventions (p. ex. nouvelles directives sur les ordonnances). Par exemple, une analyse des données du PSO de l'État du Maine visant à dégager les tendances de 2006 à 2010 a révélé une augmentation constante du nombre d'ordonnances de substances réglementées, plus particulièrement d'opioïdes et de stimulants, la plupart des patients (83 %) obtenant leurs ordonnances et leurs médicaments auprès d'un ou de deux prescripteurs et pharmacies (McCall, 2013).

Une autre étude s'est récemment penchée sur le lien entre la distribution d'opioïdes sur ordonnance dans une collectivité et l'utilisation abusive de ce type de substances. Des données issues du Indiana Scheduled Prescription Electronic Collection and Tracking System [système électronique de données et de suivi de l'Indiana sur les médicaments sur ordonnance] ont servi à déterminer le nombre d'ordonnances d'opioïdes distribuées dans chaque comté de l'État, statistique qui s'est révélée être étroitement liée à la prévalence de l'abus estimée à partir du nombre de personnes recevant des traitements pour une utilisation abusive d'opioïdes sur ordonnance selon le Treatment Episode Data Set [ensemble de données sur les épisodes de traitement] (Wright, 2014).

Recommandations de pratiques exemplaires

Même si de nombreux aspects des PSO ne sont actuellement pas appuyés par des données probantes, l'intérêt pour la recherche dans ce domaine se fait de plus en plus sentir, comme en témoigne le nombre de rapports de recherche qui augmente annuellement. Aucune liste officielle de recommandations sur les pratiques exemplaires n'a été établie jusqu'à présent. D'après une synthèse des renseignements et des données probantes disponibles, voici les recommandations qui englobent les pratiques ayant reçu jusqu'à maintenant un **appui considérable et conséquent** (Brushwood, 2003; Alliance of States with Prescription Monitoring Programs, 2010; Clark et coll., 2012; Perrone, 2012a; Nicholas, 2013).

1. Inclure tous les médicaments sur ordonnance qui ont été associés au mésusage ou à la dépendance ou qui pourraient l'être.
2. Veiller à recueillir des identificateurs uniques afin de lier les dossiers des patients à ceux des prescripteurs et des pharmaciens.
3. Permettre aux cliniciens de consulter les profils complets et à jour des patients en temps réel et de manière confidentielle, directement dans les établissements.



4. Agir de façon proactive en envoyant des rapports spontanés aux intervenants.
5. Normaliser les méthodes de collecte de données pour faciliter les échanges entre les provinces et les territoires et dégager les tendances.
6. Mettre en place des mesures de protection des renseignements personnels rigoureuses.
7. Mesurer les effets du programme pour en évaluer les conséquences voulues et non voulues.
8. Permettre à des organismes publics et privés d'accéder à des renseignements cryptés sur les PSO à des fins d'analyse statistique, de recherche et de formation.



Conclusions

Les PSO ont différentes caractéristiques et pratiques : les programmes canadiens varient en ce qui concerne le modèle de surveillance administrative, les médicaments ciblés, les méthodes de collecte des données, les types d'interventions et le degré de divulgation des renseignements. Bon nombre de ces aspects ne sont actuellement appuyés que par une quantité limitée de données probantes. Le présent rapport contient toutefois une liste des pratiques exemplaires tirées de la littérature qui, à ce jour, reçoivent le plus grand appui d'après les données probantes et les consensus.

À ce jour, sept provinces sont dotées de PSO, soit la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador. Des programmes sont également en cours d'élaboration dans deux provinces, soit au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard, tandis qu'un territoire, le Yukon, est relié au programme de l'Alberta. Des pratiques exemplaires sont incluses dans ces programmes à différents degrés.

Des programmes de ce type continuent d'être créés et développés au Canada, et il importe de redoubler d'efforts afin de veiller à ce qu'ils intègrent des pratiques exemplaires, entre autres, en mesurant les effets des différentes caractéristiques des PSO et en déterminant la valeur d'ensemble des PSO du point de vue de la promotion de l'utilisation sécuritaire et adéquate des médicaments sur ordonnance associés à des méfaits importants, au mésusage et à la dépendance.

Cet examen vise à fournir aux provinces et aux territoires canadiens des renseignements pertinents pour les aider à mettre en œuvre les recommandations énumérées dans la stratégie *S'abstenir de faire du mal* en matière de PSO en leur présentant les meilleures données probantes disponibles à ce jour sur les différentes caractéristiques et pratiques de ces programmes. Les provinces et les territoires souhaitant élaborer un PSO ou améliorer leur programme existant peuvent utiliser l'information fournie pour évaluer leur programme ou y ajouter différentes caractéristiques prenant appui sur les meilleures données probantes disponibles. Par ailleurs, cet examen a pour objectif de renforcer les efforts visant l'échange de renseignements et la normalisation des méthodes de collecte de données entre les provinces et les territoires canadiens afin de permettre une réduction marquée des méfaits associés aux médicaments sur ordonnance réglementés partout aux pays.



Références

- Abedtash, H., et J.T. Finnell. « A pilot study: Integrating an emergency department with Indiana's prescription drug monitoring program », dans C. Stephanidis et M. Antona (éds), *Universal Access in Human-Computer Interaction. Applications and Services for Quality of Life*, Berlin, Springer-Verlag, 2013, p. 419–425.
- Alliance of States with Prescription Monitoring Programs. *Prescription Monitoring Program Model Act 2010 Revision*, Alliance of States with Prescription Monitoring Programs, 2010. Consulté au www.pdmpassist.org/pdf/PMPModelActFinal20100628.pdf.
- Bell, H. « Stopping doctor-shoppers », *Minnesota Medicine*, vol. 96, n° 3, 2013, p. 16–19.
- Boak, A., H.A. Hamilton, E.M. Adlaf et R.E. Mann. *Drug use among Ontario students, 1977–2013*, Toronto (Ont.), Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2013.
- Brooks, D. « Collaborative effort in Washington state slashes non-essential use of the ED by Medicaid patients, delivering millions in projected savings », *ED Management*, vol. 25, n° 4, 2013, p. 41–44.
- Brushwood, D.B. « Maximizing the value of electronic prescription monitoring programs », *Journal of Law, Medicine & Ethics*, vol. 31, 2003, p. 41–54.
- Clark, T., J. Eadie, P. Kreiner et G. Strickler. *Prescription Drug Monitoring Programs: An Assessment of the Evidence for Best Practices*, Waltham (MA), Prescription Drug Monitoring Program, Center of Excellence, Brandeis University, 2012. Consulté au www.pdmpexcellence.org/sites/all/pdfs/Brandeis_PDMP_Report.pdf.
- Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance. *S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada*, Ottawa (Ont.), Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013.
- Coplan, P.M., H. Kale, L. Sandstrom, C. Landau et H.D. Chilcoat. « Changes in oxycodone and heroin exposures in the National Poison Data System after introduction of extended-release oxycodone with abuse-deterrent characteristics », *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, vol. 22, 2013, p. 1274–1282.
- 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 », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 181, n° 12, 2009, p. 891–896.
- Dormuth, C.R., T.A. Miller, A. Huang, M.M. Mamdani et D.N. Juurlink. « Effect of a centralized prescription network on inappropriate prescriptions for opioid analgesics and benzodiazepines », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 184, n° 16, 2012, p. E852–E856.
- Feldman, L., K. Skeel Williams, M. Knox et J. Coates. « Influencing controlled substance prescribing: Attending and resident physician use of a state prescription monitoring program », *Pain Medicine*, vol. 13, n° 7, 2012, p. 908–914.
- Fischer, B., N. Nakamura, B. Rush, J. Rehm et K. Urbanoski. « Changes in and characteristics of admissions to substance use treatment related to problematic prescription opioid use in Ontario », 2004–2009, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 109, 2010, p. 257–260.



- Fleming, M.L., H. Chandwani, J.C. Barner, S.N. Weber et T.T. Okoro. « Prescribers and pharmacists requests for prescription monitoring program (PMP) data: does PMP structure matter? », *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, vol. 27, n° 2, 2013, p 136–142.
- General Account Office. *Prescription Drugs: State Monitoring Programs Provide Useful Tool to Reduce Diversion*, Washington D.C., United States General Accounting Office, 2002.
- Garcia, A.M. « State laws regulating prescribing of controlled substances: balancing the public health problems of chronic pain and prescription painkiller abuse and overdose », *Journal of Law, Medicine & Ethics*, vol. 41, suppl. 1, 2013, p. 42–45.
- Gomes, T., M.M. Mamdani, I.A. Dhalla, J.M. Paterson et D.N. Juurlink. « Opioid dose and drug-related mortality in patients with nonmalignant pain », *Archives of Internal Medicine*, vol. 171, n° 7, 2011, p 686–691.
- Gonzalez, A.M., et A. Kolbasovsky. « Impact of a managed controlled-opioid prescription monitoring program on care coordination », *The American Journal of Managed Care*, vol. 18, n° 9, 2012, p. 516–524.
- Goodin, A., K. Blumenschein, P.R. Freeman et J. Talbert. « Consumer/patient encounters with prescription drug monitoring programs: Evidence from a Medicaid population », *Pain Physician*, vol. 15, suppl. 3, 2012, p. ES169–ES175.
- Green, T.C., M.R. Mann, S.E. Bowman, N. Zaller, X. Soto, J. Gadea, ... et P.D. Friedmann. « How does use of a prescription monitoring program change pharmacy practice? », *Journal of the American Pharmacists Association*, vol. 53, n° 3, 2013, p. 273–281.
- Green, T.C., M.R. Mann, S.E. Bowman, N. Zaller, X. Soto, J. Gadea et P.D. Friedmann. « How does use of a prescription monitoring program change medical practice? », *Pain Medicine*, vol. 13, n° 10, 2012, p. 1314–1323.
- Grover, C.A., et G.M. Garmel. « How do emergency physicians interpret prescription narcotic history when assessing patients presenting to the emergency department with pain? », *The Permanente Journal*, vol. 16, n° 4, 2012, p. 32–36.
- Hall, A.J., J.E. Logan, R.L. Toblin, J.A. Kaplan, J.C. Kraner, D. Bixler, ... et L.J. Paulozzi. « Patterns of abuse among unintentional pharmaceutical overdose fatalities », *The Journal of American Medical Association*, vol. 200, n° 22, 2008, p. 2613–2620.
- Hamill-Ruth, R.J., K. Larriviere et M.G. McMasters. « Addition of objective data to identify risk for medication misuse and abuse: The inconsistency score », *Pain Medicine*, vol. 14, n° 12, 2013, p. 1900–1907.
- Hartzema A.G., M.S. Porta, H.H. Tilson, S.G. Zulich, T.H. Grasela, J.B. Fiedler-Kelly et F.M. Gengo. « Impact of triplicate prescription program on psychotropic prescribing patterns in long-term care facilities », *Annals of Pharmacotherapy*, vol. 26, n° 4, 1992, p. 539–546.
- Heins, J.R., et E. Lambrechts. « Prescription drug monitoring programs », *South Dakota Medicine*, vol. 66, n° 5, 2013, p. 191, 193.
- International Narcotics Control Board. *Narcotic Drugs: Estimated World Requirements For 2013 – Statistics For 2011*, New York (NY), United Nations, 2013.
- Kuehn, B.M. « Payers probe ways to help curb risky prescribing », *Journal of the American Medical Association*, vol. 311, n° 11, 2014, p. 1097–1098.



- Madadi, P., D. Hildebrandt, A.E. Lauwers et G. Koren. « Characteristics of opioid-users whose death was related to opioid-toxicity: A population-based study in Ontario, Canada », *PLoS ONE*, vol. 8, n° 4, 2013, p. e60600.
- McCall, K.L., C. Tu, M. Lacroix, C. Holt, K. Wallace et J. Balk. « Controlled substance prescribing trends and physician and pharmacy utilization patterns: Epidemiological analysis of the Maine Prescription Monitoring Program from 2006 to 2010 », *Journal of Substance Use*, vol. 18, n° 6, 2013, p. 467–475.
- National Association of Boards of Pharmacy. *NABP PMP InterConnect Fact Sheet*, 2014. Consulté au www.nabp.net/system/rich/rich_files/rich_files/000/000/256/original/pmpinterconnectfactsheet0314a.pdf.
- Nicholas, R., A. Roche, M. Dobbin et N. Lee. « Beyond the paper trail: using technology to reduce escalating harms from opioid prescribing in Australia », *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, vol. 37, n° 2, 2013, p. 139–147.
- Oreopoulos, A., S. Samanani et E. Ellehoj. *2012 Alberta Triplicate Prescription Program Atlas*, Edmonton (Alb.), OKAKI Health Intelligence Inc., 2013.
- Paulozzi, L.J., E.M. Kilbourne et H.A. Desai. « Prescription drug monitoring programs and death rates from drug overdose », *Pain Medicine*, vol. 12, 2011, p. 747–754.
- Paulozzi, L.J., E.M. Kilbourne, N.G. Shah, K.B. Nolte, H.A. Desai, M.G. Landen, ... et L.D. Loring. « A history of being prescribed controlled substances and risk of drug overdose death », *Pain Medicine*, vol. 13, 2012, p. 87–95.
- Pauly, V., E. Frauger, V. Pradel, F. Rouby, J. Berbis, F. Natali, ... et X. Thirion. « Which indicators can public health authorities use to monitor prescription drug abuse and evaluate the impact of regulatory measures? Controlling high dosage buprenorphine abuse », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 113, n° 1, 2011, p. 20–36.
- Peirce, G.L., J.M. Smith, M.A. Abate et J. Halverson. « Doctor and pharmacy shopping for controlled substances », *Medical Care*, vol. 50, n° 6, 2012, p. 494–500.
- Perrone, J., et L.S. Nelson. « Medication reconciliation for controlled substances – An “ideal” prescription-drug monitoring program », *New England Journal of Medicine*, vol. 336, n° 25, 2012a, p. 2341–2343.
- Perrone, J., F.J. DeRoos et L.S. Nelson. « Prescribing practices, knowledge, and use of prescription drug monitoring programs (PDMP) by a national sample of medical toxicologists », *Journal of Medical Toxicology*, vol. 8, n° 4, 2012b, p. 341–352.
- Pradel, V., E. Frauger, X. Thirion, E. Ronfle, V. Lapierre, A. Masut, ... et J. Micallef. « Impact of a prescription monitoring program on doctor-shopping for high dosage buprenorphine », *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, vol. 18, 2009, p. 36–43.
- Reisman, R.M., P.J. Shenoy, A.J. Atherly et C.R. Flowers. « Prescription opioid usage and abuse relationships: An evaluation of state prescription drug monitoring program efficacy », *Substance Abuse: Research and Treatment*, vol. 3, 2009, p. 41–51.
- Ross-Degnan, D., L. Simoni-Wastila, J.S. Brown, X. Gao, C. Mah, L.E. Cosler, ... et S.B. Soumerai. « A controlled study of the effects of state surveillance on indicators of problematic and non-problematic benzodiazepine use in a Medicaid population », *International Journal of Psychiatry in Medicine*, vol. 34, n° 2, 2004, p. 103–123.



- Simoni-Wastila, L., D. Ross-Degnan, C. Mah, X. Gao, J. Brown, L.E. Cosler, ... et S.B. Soumerai. « A retrospective data analysis of the impact of the New York Triplicate Prescription Program on benzodiazepine use in Medicaid patients with chronic psychiatric and neurologic disorders », *Clinical Therapy*, vol. 26, 2004, p. 322–336.
- Sullivan, M.D., M.J. Edlund, M.-Y. Fan, A. DeVries, J. Brennan Braden et B.C. Martin. « Risks for possible and probable opioid misuse among recipients of chronic opioid therapy in commercial and Medicaid insurance plans: The TROUP Study », *Pain*, vol. 150, 2010, p. 332–339.
- Talbert, J., N. Perin, K. Blumenschein et P.R. Freeman. « Controlled substance prescribing and utilization of prescription drug monitoring programs [abstract] », *Value in Health*, vol. 14, 2011, p. A69.
- Ulbrich, T.R., C.A. Clark Dula, C.G. Green, K. Porter et M.S. Bennett. « Factors influencing community pharmacists' enrollment in a state prescription monitoring program », *Journal of the American Pharmacists Association*, vol. 50, 2010, p. 588–594.
- Weiner, S.G., C.A. Griggs, P.M. Mitchell, B.K. Langlois, F.D. Friedman, R.L. Moore, S.C. Lin, ... et J.A. Feldman. « Clinician impression versus prescription drug monitoring program criteria in the assessment of drug-seeking behaviour in the emergency department », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 62, n° 4, 2013, p. 281–289.
- Weintraub, M., S. Singh, L. Byrne, K. Maharaj et L. Guttmacher. « Consequences of the 1989 New York State triplicate benzodiazepine prescription regulations », *Journal of the American Medical Association*, vol. 266, n° 17, 1991, p. 2392–2397.
- White, A.G., H.G. Birnbaum, M. Schiller, J. Tang et N.P. Katz. « Analytic Models to identify patients at risk for prescription opioid abuse », *American Journal of Managed Care*, vol. 15, n° 12, 2009, p. 897–906.
- Wilsey, B.L., S.M. Fishman, A.M. Gilson, C. Casamalhuapa, H. Baxi., H. Zhang et C.S. Li. « Profiling multiple provider prescribing of opioids, benzodiazepines, stimulants, and anorectics », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 112, n° 1-2, 2010, p. 99–106.
- Wixson, S.E., K. Blumenschein, E.S. Brouwer, P.R. Freeman et J. Talbert. « Impact of South Carolina's prescription drug monitoring program on the use of benzodiazepines in a commercially insured population [abstract] », *Value in Health*, vol. 16, n° 3, 2013, p. A248.
- Wixson, S.E., J. Talbert, K. Blumenschein et P.R. Freeman. « PHP93 impact of prescription monitoring programs on pharmacists' controlled substance dispensing behaviour [abstract] », *Value in Health*, vol. 15, n° 4, 2012, p. A29–A30.
- Wright, E.R., H.E. Kooreman, M.S. Greene, R.A. Chambers, A. Banerjee et J. Wilson. « The iatrogenic epidemic of prescription drug abuse: County-level determinants of opioid availability and abuse », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 138, 2014, p. 209–215.



Annexe 1 : Stratégie de recherche détaillée

Bases de données

Base de données : PsycINFO <de 2002 à la 5^e semaine d'avril 2014>

1. (doctor* adj shop*).ti,ab,kp. (37) [magasin* ADJ médecin*]
2. prescription drug monitoring.ti,ab,kp. (24) [surveillance de médicaments sur ordonnance]
3. multiple prescribers.ti,ab,kp. (8) [plusieurs prescripteurs]
4. unsolicited reporting.ti,ab,kp. (0) [rapports spontanés]
5. proactive reporting.ti,ab,kp. (1) [rapports proactifs]
6. controlled substance monitoring.mp. (2) [surveillance de substances réglementées]
7. prescription drugs/ (2240) [médicaments sur ordonnance]
8. Analgesic Drugs/ (1505) [analgésiques]
9. 7 or 8 (3680)
10. Monitoring/ (4217) [surveillance/]
11. 9 and 10 (34)
12. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 11 (90)
13. limit 12 to (all journals and yr="2013 -Current") (14)

Base de données : Ovid MEDLINE® – Citations en traitement et non indexées <6 mai 2014>

1. doctor shopping.ti,ab. (12) [consultations auprès de plusieurs médecins]
2. (doctor* adj shop*).ti,ab. (12) [magasin* ADJ médecin*]
3. prescription monitoring.ti,ab. (15) [surveillance des ordonnances]
4. (monitor* adj prescription*).ti,ab. (3) [surveill* ADJ ordonnance*]
5. 3 or 4 (18)
6. multiple prescribers.ti,ab,kp. (0) [plusieurs prescripteurs]
7. unsolicited reporting.ti,ab,kp. (0) [rapports spontanés]
8. proactive reporting.ti,ab,kp. (0) [rapports proactifs]
9. controlled substance* monitoring.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier] (3) [surveillance substance* réglementée*]
10. (controlled substance* adj monitor*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier] (3) [surveill* ADJ substance* réglementée*]
11. opioid*.ti,ab. (3440) [opioïde*]
12. monitoring.ti,ab. (26217) [surveillance]
13. 11 and 12 (121)
14. 1 or 2 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 13 (147)
15. limit 14 to yr="2013 -Current" (81)
16. from 15 keep 3-7,11-12,15-17,20-24,26,28,32-33,36-37,41,44-46,48,52,55,58,60-61,64-67,76-78,81 (39)



Base de données : Ovid MEDLINE® <de 2010 à la 4^e semaine d'avril 2014>

1. doctor shopping.ti,ab. (43) [consultations auprès de plusieurs médecins]
2. (doctor* adj shop*).ti,ab. (47) [consult* ADJ médecin*]
3. prescription monitoring.ti,ab. (63) [surveillance des ordonnances]
4. (monitor* adj prescription*).ti,ab. (14) [surveill* ADJ ordonnance*]
5. 3 or 4 (77)
6. multiple subscribers.ti,ab. (0) [plusieurs prescripteurs]
7. unsolicited reporting.ti,ab. (1) [rapports spontanés]
8. proactive reporting.ti,ab. (0) [rapports proactifs]
9. controlled substance* monitoring.mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier] (5) [surveillance substance* réglementée*]
10. (controlled substance* adj monitor*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, keyword heading word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier] (5) [surveill* ADJ substance* réglementée*]
11. Drug Monitoring/ (3789) [surveillance de médicaments/]
12. Prescription Drugs/ (2042) [médicaments sur ordonnance/]
13. Prescription Drug Misuse/ (292) [mésusage de médicaments sur ordonnance/]
14. Analgesics, Opioid/ (6990) [analgésiques, opioïdes/]
15. Opioid-Related Disorders/ (2014) [problèmes associés aux opioïdes/]
16. 12 or 13 or 14 or 15 (10193)
17. 11 and 16 (104)
18. 1 or 2 or 3 or 4 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 17 (215)
19. limit 18 to yr="2013 -Current" (63)PsycINFO:
Index Terms: prescription drugs AND Index Terms: monitoring AND Year: 2012 TO 2013 [médicaments sur ordonnance; surveillance]
Abstract: "prescription drug monitoring" AND Year: 2012 TO 2013 [surveillance de médicaments sur ordonnance]
Title: prescription monitoring AND Year: 2012 TO 2013 [surveillance d'ordonnances]
Title: doctor shopping AND Year: 2012 TO 2013 [consultations auprès de plusieurs médecins]
Abstract: "doctor shopping" AND Year: 2012 TO 2013 [consultations auprès de plusieurs médecins]
Title: multiple prescribers AND Year: 2012 TO 2013 [plusieurs prescripteurs]
Abstract: "multiple prescribers" AND Year: 2012 TO 2013 [plusieurs prescripteurs]
Title: unsolicited reporting AND Year: 2012 TO 2013 [rapports spontanés]
Abstract: "unsolicited reporting" AND Year: 2012 TO 2013 [rapports spontanés]
Title: proactive reporting AND Year: 2012 TO 2013 [rapports proactifs]
Abstract: "proactive reporting" AND Year: 2012 TO 2013 [rapports proactifs]
Title: Controlled Substance Monitoring AND Year: 2012 TO 2013 [surveillance des substances réglementées]



PubMed : (2012-2013)

prescription monitoring[Title/Abstract] [surveillance des ordonnances]
("Drug Monitoring"[Mesh]) AND "Prescription Drugs"[Mesh] [surveillance des médicaments;
médicaments sur ordonnance]
("Drug Monitoring"[Mesh]) AND "Analgesics, Opioid"[Mesh] [surveillance des médicaments;
analgésiques, opioïdes]
doctor shopping[Title/Abstract] [consultations auprès de plusieurs médecins]
multiple prescribers[Title/Abstract] [plusieurs prescripteurs]
unsolicited reporting[Title/Abstract] [rapports spontanés]
proactive reporting[Title/Abstract] [rapports proactifs]
controlled substance monitoring[Title/Abstract] [surveillance des substances réglementées]

Project Cork : (2012-2013)

Prescription monitoring (Title/abstract) [surveillance des ordonnances]
Control policy prescription drugs (Keyword) [politique de contrôle des médicaments sur ordonnance]
Doctor shopping (Title/abstract) [consultations auprès de plusieurs médecins]
Multiple prescribers (Title/abstract) [plusieurs prescripteurs]
Unsolicited reporting (Title/abstract) [rapports spontanés]
Proactive reporting (Title/abstract) [rapports proactifs]
Controlled monitoring (Title/abstract) [surveillance contrôlée]

Moteurs de recherche

Google Scholar : (2012-2013)

allintitle: prescription monitoring [surveillance des ordonnances]
allintitle: doctor shopping [consultations auprès de plusieurs médecins]
allintitle: multiple prescribers [plusieurs prescripteurs]
allintitle: unsolicited reporting [rapports spontanés]
allintitle: controlled substance monitoring [surveillance des substances réglementées]
allintitle: monitoring abuse [surveillance des abus]
pharmanet
"Triplicate Prescription Program" [programme d'ordonnances en trois exemplaires]
"Narcotics Monitoring System" [système de surveillance des narcotiques]
"New Brunswick Prescription Monitoring Program" [programme de surveillance pharmaceutique du
Nouveau-Brunswick]

Google

Prescription Monitoring Program British Columbia [programme de surveillance des ordonnances de
la Colombie-Britannique]
pharmanet review [examen de pharmanet]
Triplicate Prescription Program review [examen du programme d'ordonnances en trois exemplaires]
Prescription monitoring alberta [surveillance des ordonnances Alberta]
Ontario prescription monitoring [surveillance des ordonnances Ontario]



“Narcotics Monitoring System” [système de surveillance des narcotiques]
manitoba prescription monitoring [surveillance des ordonnances au Manitoba]
new brunswick prescription monitoring [surveillance des ordonnances au Nouveau-Brunswick]
"New Brunswick Prescription Monitoring Program" [programme de surveillance pharmaceutique du Nouveau-Brunswick]
quebec prescription monitoring [surveillance des ordonnances au Québec]
mauvais usage de médicaments sur ordonnance
prince edward island prescription monitoring [surveillance des ordonnances à l'Île-du-Prince-Édouard]
newfoundland prescription monitoring [surveillance des ordonnances à Terre-Neuve-et-Labrador]
prescription drug abuse prevention [prévention de l'abus de médicaments sur ordonnance]
yukon prescription monitoring [surveillance des ordonnances au Yukon]
northwest territories prescription monitoring [surveillance des ordonnances dans les Territoires du Nord-Ouest]
nunavut prescription monitoring [surveillance des ordonnances au Nunavut]
"prescription monitoring" filetype:pdf [surveillance des ordonnances]
"prescription drug monitoring" filetype:pdf [surveillance des médicaments sur ordonnance]

Revues

Research in Social and Administrative Pharmacy : prescription drug monitoring programs [programmes de surveillance des ordonnances]

www.journals.elsevier.com/research-in-social-and-administrative-pharmacy/

Pain Medicine : prescription monitoring program [programmes de surveillance des ordonnances]
[onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1526-4637](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1526-4637)

Sites Web

Site du PDMP Centre of Excellence [centre d'excellence sur les programmes de surveillance des ordonnances]

www.pdmpexcellence.org/

y compris les sites Web figurant sur la page suivante :

www.pdmpexcellence.org/web-links.

Site de l'Alliance of States with Prescription Monitoring Programs [alliance des États dotés de programmes de surveillances des ordonnances]

pmpalliance.org/

y compris le site Web de chaque État :

pmpalliance.org/content/state-pmp-websites.

Site de la National Alliance for Model State Drug Laws [alliance nationale pour la mise en œuvre de lois types en matière de médicaments dans les États]

namsdl.org/



Annexe 2 : Personnes-ressources des programmes de surveillance des ordonnances

Colombie-Britannique

Suzanne Solven, registraire adjointe

College of Pharmacists of British Columbia [ordre des pharmaciens de la Colombie-Britannique]

Ailve McNestry, registraire adjointe

Monitoring and Drug Programs [programmes en matière de surveillance et de médicaments]

College of Physicians and Surgeons of British Columbia [collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique]

Alberta

Susan Ulan, conseillère médicale principale

College of Physicians and Surgeons of Alberta [collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta]

Saskatchewan

Doug Spitzig

College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan [collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan]

Manitoba

Ronald Guse, registraire

Ordre des pharmaciens du Manitoba

Ontario

Winnie Chan, pharmacienne principale

Programmes publics de médicaments de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Nouvelle-Écosse

Kevin Lynch, gestionnaire

Programme de surveillance des ordonnances de la Nouvelle-Écosse, Croix Bleue Medavie

Nouveau-Brunswick

Heidi Liston, directrice

Services pharmaceutiques, ministère de la Santé

Île-du-Prince-Édouard

Kathleen Brennan, analyste des politiques

Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard

Grant Wyand, conseiller pharmaceutique

Drug Information System [système de renseignement sur les médicaments], ministère de la Santé

Terre-Neuve-et-Labrador

Patricia Clark, gestionnaire

Services pharmaceutiques, ministère de la Santé et des Services communautaires



Annexe 3 : Recommandations de pratiques exemplaires selon Clark et coll. (2012)

Voici 40 recommandations de pratiques exemplaires, évaluées selon une échelle de hiérarchisation des données probantes, tirées de :

Clark, T., J. Eadie, P. Kreiner et G. Strickler. *Prescription Drug Monitoring Programs: An Assessment of the Evidence for Best Practices*, Waltham (MA), Prescription Drug Monitoring Program, Center of Excellence, Brandeis University, 2012. Consulté au www.pdmpexcellence.org/sites/all/pdfs/Brandeis_PDMP_Report.pdf.

Échelle de hiérarchisation des données probantes

Les nombres qui suivent les recommandations correspondent au rang des données probantes sur l'échelle de hiérarchisation suivante :

Type 1 : Études ou énoncés de consensus publiés ou solidement documentés

- 1 = Essai clinique randomisé ou méta-analyse
- 2 = Étude d'observation avec groupe témoin
- 3 = Étude d'observation sans groupe témoin
- 4 = Étude de cas ou opinion écrite d'experts

Type 2 : Expériences ou opinions anecdotiques

- 5 = Expérience accumulée ou perceptions d'intervenants clés

Recommandations

Collecte et qualité des données

1. Recueillir des données sur toutes les annexes de substances réglementées. (3, 4)
2. Adopter des normes uniformes en matière de production de rapports. (4)
3. Recueillir des données sur les médicaments ne figurant pas dans les annexes pouvant mener à des abus. (4)
4. Obtenir l'identification positive des personnes recueillant les prescriptions. (5)
5. Recueillir des données sur les méthodes de paiement. (5)
6. Réduire les intervalles entre les collectes de données en misant sur une collecte en temps réel. (4)
7. Adopter l'utilisation de carnets d'ordonnances portant un numéro de série. (2)
8. Intégrer la soumission électronique d'ordonnances à la collecte de données des PSO. (5)
9. Améliorer la qualité des données. (5)

Liaison et analyse des données

10. Lier les dossiers pour permettre une identification fiable des personnes. (5)



11. Établir des critères valides pour repérer les activités suspectes. (5)
12. Procéder à une analyse périodique des activités suspectes. (5)
13. Mener des analyses épidémiologiques. (3)
14. Mettre sur pied des systèmes experts pour orienter les analyses. (5)
15. Consigner les données relatives au statut des prescripteurs sur le plan disciplinaire et aux restrictions imposées aux patients. (5)

Accès des utilisateurs et diffusion des rapports

16. Fournir un accès aux rapports automatisés en ligne en tout temps. (3, 4)
17. Optimiser la production de rapports pour répondre aux besoins des utilisateurs. (5)
18. Intégrer les données des PSO aux échanges de renseignements sur la santé et aux dossiers médicaux électroniques. (5)
19. Envoyer des rapports et des avis spontanés. (2, 3, 4)
20. Promouvoir l'utilisation et l'incidence des PSO. (5)

Recrutement, utilisation et sensibilisation

21. Permettre aux utilisateurs appropriés d'accéder aux données. (4)
22. Cibler et approcher de façon proactive les utilisateurs qui pourraient avoir un fort impact. (5)
23. Effectuer des campagnes de recrutement. (5)
24. Simplifier les processus de certification et d'inscription. (5)
25. Rendre l'inscription obligatoire. (5)
26. Mener des campagnes de promotion. (3)
27. Améliorer l'accès aux données et la rapidité de leur publication. (3)
28. Former les utilisateurs. (3)
29. Rendre l'utilisation obligatoire. (5)
30. Instaurer des incitatifs financiers. (5)
31. Déléguer l'accès. (5)

Pratiques interorganismes

32. Favoriser l'échange de données entre les différents PSO. (4)
33. Collaborer avec d'autres organismes. (4)

Évaluation des PSO

34. Mener des sondages sur l'utilisation et la satisfaction des utilisateurs finaux. (5)
35. Évaluer l'utilisation des PSO afin d'en déterminer la pertinence et la portée. (5)
36. Utiliser les données des PSO pour évaluer les changements de programmes et de politiques entraînés. (5)



37. Analyser les autres données sur les résultats (p. ex. surdoses, décès, hospitalisations, visites à l'urgence) pour évaluer les effets des PSO. (5)

Financement des PSO

38. Assurer un financement indépendant des crises économiques, des conflits d'intérêts et des changements aux politiques des PSO. (5)
39. Modifier la loi pour maintenir le financement des PSO au fil du temps. (5)
40. Évaluer périodiquement le rendement des PSO pour garantir l'efficacité des opérations et repérer les possibilités d'amélioration. (5)



Annexe 4 : Caractéristiques des PSO efficaces

Qualités d'un programme électronique de surveillance des ordonnances efficace

Brushwood, D.B. « Maximizing the value of electronic prescription monitoring programs », *Journal of Law, Medicine & Ethics*, vol. 31, 2003, p. 41–54.

1. Exhaustivité des données recueillies (toutes les substances réglementées)
2. Analyse par des experts des données recueillies
3. Offre de rétroaction rapide et pertinente aux médecins et aux pharmaciens
4. Normes de pratique claires
5. Examens périodiques du programme

Caractéristiques du programme de surveillance des médicaments sur ordonnance idéal

Perrone, J., et L.S. Nelson. « Medication reconciliation for controlled substances – An “ideal” prescription-drug monitoring program », *New England Journal of Medicine*, vol. 336, n° 25, 2012a, p. 2341–2343.

1. Facilité d'accès
2. Contenu normalisé
3. Mises à jour en temps réel
4. Enregistrement obligatoire des ordonnances par les pharmacies
5. Surveillance des ordonnances de médicaments figurant dans les annexes 2, 3, 4 et 5 de la Drug Enforcement Administration [agence fédérale de contrôle des stupéfiants] et de médicaments préoccupants
6. Accessibilité hors frontières
7. Confidentialité et sécurité
8. Soutien aux initiatives de santé publique et à la recherche
9. Accès étroitement surveillé accordé à des personnes autres que les prescripteurs



Caractéristiques d'un programme efficace de coordination des ordonnances

Nicholas, R., A. Roche, M. Dobbin et N. Lee. « Beyond the paper trail: using technology to reduce escalating harms from opioid prescribing in Australia », *Australian & New Zealand Journal of Public Health*, vol. 37, n° 2, 2013, p. 139–147.

1. Il devrait être davantage axé sur l'amélioration de l'utilisation des médicaments que sur l'application de la loi et de mesures punitives.
2. Il ne devrait pas limiter l'accès des patients aux médicaments surveillés s'ils en ont besoin à des fins thérapeutiques.
3. Il devrait être doté de mesures de protection des renseignements personnels rigoureuses.
4. Les renseignements transmis devraient être cryptés.
5. Les renseignements devraient être fournis en temps réel afin d'aider les prescripteurs, les pharmaciens et les autorités de réglementation dans leur prise de décisions.
6. Le programme devrait inclure des renseignements sur toutes les ordonnances pertinentes (qu'elles soient associées au régime d'assurance médicaments de base ou à celui destiné aux rapatriés, ou encore, qu'elles ne soient pas couvertes).
7. Des données concernant la prescription et la distribution de tous les médicaments pertinents, dont ceux de l'annexe 8, certains de l'annexe 4 (en particulier les benzodiazépines) ainsi que certains médicaments en vente libre contenant de la codéine et autres substances pouvant faire l'objet de mésusage, devraient être produites et accessibles dans l'ensemble du pays.
8. Le programme devrait inclure des algorithmes et des critères servant à détecter les problèmes de consommation de médicaments sur ordonnance et à orienter la prise de décisions cliniques.
9. Le programme devrait permettre de vérifier les allées et venues de tous les utilisateurs en plus d'être sécuritaire et protégé par un mot de passe.
10. Il devrait faire l'objet d'une surveillance réglementaire par des experts.
11. Il devrait être mis en œuvre de concert avec des programmes de sensibilisation destinés aux professionnels de la santé et à la population visant à les renseigner sur son objectif d'améliorer l'utilisation des médicaments pour éviter la stigmatisation de la consommation de médicaments surveillés.
12. Il devrait faire l'objet d'examens.



Annexe 5 : Description des PSO au Canada

À ce jour, sept provinces sont dotées de PSO, soit la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador. Des programmes sont également en cours d'élaboration dans deux provinces, soit au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard, tandis qu'un territoire, le Yukon, est relié au programme de l'Alberta. Le tableau 2 résume certaines caractéristiques clés de chaque programme.

Tableau 2 : Description des PSO au Canada

Colombie-Britannique		
Nom du programme	Controlled Prescription Program [programme de contrôle des ordonnances]	Prescription Review Program [programme de surveillance des ordonnances]
Site Web	www.bcpharmacists.org/legislation_standards/drug_distribution/controlled_prescription_program.php	www.cpsbc.ca/programs/prp
Date de mise en œuvre	Avant 1993	
Cadre de réglementation	<i>Pharmacy Operations and Drug Scheduling Act</i> [loi sur les opérations en pharmacie et les médicaments], règlements 4(6) et 4(8)	
Administrateur du programme	College of Pharmacists of British Columbia [collège des pharmaciens de la Colombie-Britannique]	College of Physicians and Surgeons of British Columbia [collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique]
Établissements associés	<ul style="list-style-type: none"> College of Pharmacists of British Columbia [collège des pharmaciens de la Colombie-Britannique] College of Physicians and Surgeons of British Columbia [collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique] College of Dental Surgeons of British Columbia [ordre des médecins dentistes de la Colombie-Britannique] British Columbia Veterinary Medical Association [association des médecins vétérinaires de la Colombie-Britannique] Ministère des Services de santé (programme PharmaCare) 	College of Physicians and Surgeons of British Columbia [collège des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique]
Responsables des données	Pas de flux de données à part	PharmaNet
Description	<ul style="list-style-type: none"> Ordonnances en deux exemplaires portant un numéro de série. <ul style="list-style-type: none"> Le prescripteur conserve un exemplaire, tandis que l'autre est remis au pharmacien Ordonnances valides pendant cinq jours 	<ul style="list-style-type: none"> Efforts visant l'assurance de la qualité de la pratique Se fonde sur la base de données de PharmaNet



Colombie-Britannique		
Médicaments ciblés	Alfentanil, aniléridine, buprénorphine, butalbital, butorphanol, codéine (seule et dans des combinaisons comprenant plus de 60 mg), ethchlorvynol, fentanyl, hydrocodone, hydromorphone, lévorphanol, mépéridine, méthadone, méthaqualone, morphine, oxycodone, pentazocine, propoxyphène, sufentanil, tapentadol	Médicaments ciblés par le programme de contrôle des ordonnances en plus des benzodiazépines et des opioïdes
Accès des cliniciens aux profils des patients	<ul style="list-style-type: none"> Par l'intermédiaire de PharmaNet, le système provincial de renseignements sur les médicaments. Pharmaciens : par l'intermédiaire du système de distribution. Prescripteurs : peuvent demander d'accéder aux renseignements des patients qu'ils soignent. Les cliniques sans rendez-vous et les cliniques de méthadone sont tenues de consulter PharmaNet. 	
Examens et rapports	<ul style="list-style-type: none"> À la suite d'une plainte. 	<ul style="list-style-type: none"> À la suite d'une plainte. À la suite d'une demande d'exemption de méthadone par un médecin : examen des ordonnances de médicaments réglementés rédigées par le médecin au cours des trois derniers mois. Médecins intégrant le programme.
Critères concernant les activités suspectes	Ne s'applique pas.	<ul style="list-style-type: none"> Patients consommant plusieurs opioïdes dont la dose équivalente de morphine est élevée. Plus de 300 comprimés en une seule visite. Combinaison d'opioïdes et de benzodiazépines.
Interventions		<ul style="list-style-type: none"> Processus d'assurance de la qualité de la pratique <ul style="list-style-type: none"> Trois lettres sont envoyées au médecin. Il participe ensuite à une rencontre avec un membre ou l'ensemble du comité responsable de l'examen des ordonnances. Comité d'enquête sur les risques
Alberta		
Nom du programme	Triplicate Prescription Program (TPP) [programme d'ordonnances en trois exemplaires]	
Site Web	www.cpsa.ab.ca/services/Triplicate_Prescription_Program.aspx	
Date de mise en œuvre	1986	
Administrateur du programme	College of Physicians and Surgeons of Alberta [collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta]	
Établissements associés	<ul style="list-style-type: none"> Alberta College of Pharmacists [ordre des pharmaciens de l'Alberta] Alberta Dental Association and College [association et ordre des dentistes de l'Alberta] Ministère de la Santé et du Bien-être de l'Alberta 	



Alberta			
	<ul style="list-style-type: none">• Alberta Health Services Opioid Dependency Program [programme sur la dépendance aux opioïdes des Services de santé de l'Alberta]• Alberta Pharmacists Association [association des pharmaciens de l'Alberta]• Alberta Veterinary Medical Association [association des médecins vétérinaires de l'Alberta]• College of Physicians and Surgeons of Alberta [collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta]• Conseil médical du Yukon		
Description	<p>Les prescripteurs doivent s'inscrire au TPP et utiliser des carnets d'ordonnances spéciaux pour pouvoir prescrire les médicaments ciblés à leurs patients. Chaque ordonnance comprend trois exemplaires et porte un numéro de série. Elle demeure valide pendant 72 heures. Le prescripteur et le pharmacien conservent chacun un exemplaire, tandis que le troisième est envoyé au collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta au cours de la semaine. Avant 2012, les renseignements destinés au collège étaient consignés manuellement dans la base de données du TPP. En 2012, le système a été intégré au Pharmaceutical Information Network [réseau de renseignements pharmaceutiques] dans le système Netcare. Les données consignées par les pharmacies sont ajoutées à la base de données du TPP à la fin de chaque journée. Les données sur la méthadone et les autres médicaments composés sont encore consignés manuellement dans la base de données, car leur intégration dans Netcare n'est pas au point. Les vétérinaires et les dentistes consignent également leurs données manuellement. Une entente visant l'échange de données a été conclue entre l'Alberta et le Yukon dans le cadre du TPP.</p>		
Médicaments ciblés	<table border="0"><tr><td><ul style="list-style-type: none">• Buprénorphine• Butorphanol• Dextropropoxyphène• Fentanyl/sufentanil/alfentanil• Hydrocodone• Hydromorphone• Mépéridine• Méthadone• Morphine• Oxycodone• Pentazocine• Tapentadol</td><td><ul style="list-style-type: none">• Méthylphénidate• Butalbital• Kétamine<p>En 2014-2015, le programme devrait commencer à surveiller également la codéine, les benzodiazépines, les analogues des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques. Il ne sera toutefois pas nécessaire d'utiliser des ordonnances spéciales pour ces substances.</p></td></tr></table>	<ul style="list-style-type: none">• Buprénorphine• Butorphanol• Dextropropoxyphène• Fentanyl/sufentanil/alfentanil• Hydrocodone• Hydromorphone• Mépéridine• Méthadone• Morphine• Oxycodone• Pentazocine• Tapentadol	<ul style="list-style-type: none">• Méthylphénidate• Butalbital• Kétamine <p>En 2014-2015, le programme devrait commencer à surveiller également la codéine, les benzodiazépines, les analogues des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques. Il ne sera toutefois pas nécessaire d'utiliser des ordonnances spéciales pour ces substances.</p>
<ul style="list-style-type: none">• Buprénorphine• Butorphanol• Dextropropoxyphène• Fentanyl/sufentanil/alfentanil• Hydrocodone• Hydromorphone• Mépéridine• Méthadone• Morphine• Oxycodone• Pentazocine• Tapentadol	<ul style="list-style-type: none">• Méthylphénidate• Butalbital• Kétamine <p>En 2014-2015, le programme devrait commencer à surveiller également la codéine, les benzodiazépines, les analogues des benzodiazépines et d'autres sédatifs hypnotiques. Il ne sera toutefois pas nécessaire d'utiliser des ordonnances spéciales pour ces substances.</p>		
Accès des cliniciens aux profils des patients	<p>Les cliniciens (médecins, pharmaciens, dentistes et vétérinaires) peuvent demander l'accès aux profils du TPP des patients. Les prescripteurs de méthadone sont d'ailleurs tenus de consulter les profils des patients. Les médecins et les pharmaciens peuvent accéder aux renseignements sur les ordonnances en temps réel en utilisant le système de dossiers médicaux électroniques de Netcare. Les données sur les ordonnances de méthadone et d'autres médicaments composés sont parfois plus précises, mais elles ne sont pas disponibles en temps réel, car elles doivent être consignées manuellement.</p>		
Examens et rapports	<p>Des rapports sont produits et analysés mensuellement afin de surveiller le taux de consommation des médicaments ciblés par le TPP. À l'heure actuelle, des rapports spontanés sont envoyés aux prescripteurs et aux organismes réglementant l'exercice de ces derniers et celui des pharmaciens. Les demandes formulées par les intervenants peuvent être traitées, selon leur nature, au moyen de données d'ensemble. Les patients peuvent demander l'accès à leur propre profil, et les professionnels de la santé, à leur profil de prescription. Une carte géographique résumant les statistiques de l'ensemble de la province est produite régulièrement. Cet outil est accessible sur le site Web du collège et fournit des renseignements complets sur le programme, notamment sur les tendances en matière de prescription et la prévalence d'activités suspectes.</p>		
Critères concernant les activités suspectes	<ul style="list-style-type: none">• Plusieurs médecins (trois ou plus dans les trois derniers mois)• Quantité élevée (1 000 doses ou plus d'un médicament ciblé en une visite)• Risque élevé : Dose équivalente de morphine de 600 mg par jour, prescrite par plus de deux médecins et obtenue dans plus de deux pharmacies.		



Alberta			
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs médecins : signalement mensuel • Quantité élevée : signalement mensuel • Risque élevé : signalement trimestriel • Les prescripteurs reçoivent des lettres du TPP. • Les pharmaciens reçoivent des avis concernant les patients à risque élevé. • Des lettres sont envoyées aux organismes réglementant l'exercice des infirmières praticiennes et des pharmaciens. <p>Le collège est également responsable du Physician Prescribing Practices Program [programme sur les pratiques des médecins en matière de prescription], un programme d'amélioration de la qualité offrant du soutien éducatif aux médecins. Des interventions précises ciblent les prescripteurs qui délivrent un grand nombre d'ordonnances d'opioïdes, de benzodiazépines ou de mépéridine, qui s'occupent de patients à risque élevé ou qui prescrivent des doses élevées.</p>		
Évaluation du PSO	Des vérifications sont menées sur l'utilisation du système du TPP afin d'en évaluer la pertinence et la portée. Les données du PSO sont utilisées pour évaluer les changements apportés aux programmes et aux politiques. Le TPP évalue périodiquement le rendement du PSO afin de garantir l'efficacité des opérations et de repérer les possibilités d'amélioration. L'incidence du programme sur les pratiques des médecins en matière de prescription a été évaluée, et des changements sur le plan des tendances en matière de pratiques de prescription ont été observés.		
Financement	Financement annuel de Santé Alberta.		
Saskatchewan			
Nom du programme	Prescription Review Program [programme de surveillance des ordonnances]		
Site Web	www.cps.sk.ca/CPSS/Programs_and_Services/Prescription_Review_Program.aspx		
Date de mise en œuvre	2006 (autrefois un programme d'ordonnances en trois exemplaires)		
Administrateur du programme	College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan [collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan]		
Établissements associés	<ul style="list-style-type: none"> • College of Dental Surgeons of Saskatchewan [ordre des médecins dentistes de la Saskatchewan] • College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan [collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan] • Saskatchewan Registered Nurses Association [association des infirmières et des infirmiers autorisés de la Saskatchewan] • Saskatchewan College of Pharmacists [ordre des pharmaciens de la Saskatchewan] 		
Description	<ul style="list-style-type: none"> • Les données sur les médicaments issues du programme sont recueillies par le Prescription Information Program [programme de renseignements sur les ordonnances]. • Les données sont mises à jour quotidiennement. • La qualité est évaluée par l'intermédiaire de rapports d'erreurs. • Le collège des pharmaciens de la Saskatchewan s'assure que les pharmacies se conforment au programme. 		
Médicaments ciblés	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Aniléridine • Buprénorphine • Butorphanol • Codéine • Fentanyl • Lévorphanol • Hydrocodone • Hydromorphone • Mépéridine </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> • Amphétamines • Stéroïdes anabolisants • Barbituriques • Benzodiazépines • Diéthylpropion • Hydrate de chloral • Phentermine • Gabapentine </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> • Aniléridine • Buprénorphine • Butorphanol • Codéine • Fentanyl • Lévorphanol • Hydrocodone • Hydromorphone • Mépéridine 	<ul style="list-style-type: none"> • Amphétamines • Stéroïdes anabolisants • Barbituriques • Benzodiazépines • Diéthylpropion • Hydrate de chloral • Phentermine • Gabapentine
<ul style="list-style-type: none"> • Aniléridine • Buprénorphine • Butorphanol • Codéine • Fentanyl • Lévorphanol • Hydrocodone • Hydromorphone • Mépéridine 	<ul style="list-style-type: none"> • Amphétamines • Stéroïdes anabolisants • Barbituriques • Benzodiazépines • Diéthylpropion • Hydrate de chloral • Phentermine • Gabapentine 		



Saskatchewan	
Accès des cliniciens aux profils des patients	Tous les fournisseurs peuvent y accéder par l'intermédiaire du programme de renseignements sur les ordonnances.
Examens et rapports	<ul style="list-style-type: none">Analyses épidémiologiques effectuées à partir des données sur les ordonnances.Rapports personnalisés disponibles.Collaboration avec le Programme des services de santé non assurés de Santé Canada
Critères concernant les activités suspectes	<ul style="list-style-type: none">Renouvellements précoces (habitude observée au fil du temps)Doses élevéesPlusieurs prescripteurs (trois ou plus en un mois civil)Consommation chronique ou prolongée de benzodiazépinesMéthadone (consommation de médicaments non compatibles)Critères du Dr Mark H. Beers pour les personnes âgées (benzodiazépines, mépéridine)
Interventions	Rapports spontanés envoyés aux prescripteurs, aux fournisseurs et aux organismes d'agrément.
Évaluation du PSO	Le gouvernement provincial mène des évaluations et des enquêtes sur la satisfaction.
Financement	Demandes de financement annuelles au ministère de la Santé de la Saskatchewan.
Manitoba	
Nom du programme	Programme portant sur les pratiques liées à la délivrance d'ordonnances
Site Web	www.napra.org/Content_Files/Files/Manitoba/current%20web%20site/Manitoba_Prescribing_Practices_Program_May2006.pdf
Date de mise en œuvre	1990
Cadre de réglementation	<i>Loi sur les pharmacies</i> (c. P60 de la C.P.L.M.), <i>Règlement sur les pharmacies</i> , modifications
Administrateur du programme	Manitoba Pharmaceutical Association [association pharmaceutique du Manitoba]
Établissements associés	<ul style="list-style-type: none">Ordre des médecins et chirurgiens du ManitobaAssociation dentaire du ManitobaManitoba Veterinary Association [association des vétérinaires du Manitoba]Manitoba Medical Association [association médicale du Manitoba]Manitoba Health Services Commission [commission des services de santé du Manitoba]Drug Control Unit of the Health Protection Branch [unité de contrôle des médicaments de la direction de la protection de la santé]
Description	<ul style="list-style-type: none">Ordonnances en trois exemplairesLes patients doivent présenter l'exemplaire original.L'ordonnance est valide le jour de sa rédaction et les trois jours suivants.Le pharmacien est tenu de s'assurer que l'ordonnance est authentique, exacte et appropriée.Le prescripteur conserve un exemplaire de l'ordonnance dans ses dossiers.Depuis le 31 mars 2006, il n'est plus nécessaire de faire parvenir un exemplaire à l'Ordre des médecins et chirurgiens du Manitoba. <p>Un pharmacien peut refuser d'exécuter une ordonnance. Le cas échéant, il doit en aviser le patient et le prescripteur et consigner sa décision sur l'ordonnance et dans le Drug Programs Information Network [réseau de renseignements sur les programmes de médicaments] en indiquant le code d'intervention approprié (consultation d'autres sources, consultation du prescripteur ou décision du pharmacien).</p> <ul style="list-style-type: none">Toutes les ordonnances exécutées doivent être consignées dans le réseau.



Manitoba	
Médicaments ciblés	<ul style="list-style-type: none">• Tous les narcotiques dont la déclaration est obligatoire (y compris la méthadone)• Tous les médicaments réglementés dont la déclaration est obligatoire• Butalbital• Nalbuphine• Phénobarbital avec codéine• Propoxyphène• Pentazocine• Phentermine• Diéthylpropion• Butorphanol
Ontario	
Nom du programme	Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées
Site Web	www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/drugs/ons/monitoring_system.aspx
Date de mise en œuvre	En avril 2012, les pharmacies ont commencé à consigner dans le Système des renseignements sur toutes les ordonnances de médicaments contrôlés. D'autres aspects du programme sont en cours d'élaboration.
Cadre de réglementation	La <i>Loi de 2010 sur la sécurité et la sensibilisation en matière de stupéfiants</i> habilite le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario à recueillir des renseignements.
Administrateur du programme	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
Description	<ul style="list-style-type: none">• Les Ontariens sont tenus de s'identifier pour obtenir une ordonnance pour un narcotique ou un médicament contrôlé. Plusieurs options s'offrent à eux.• La soumission électronique est rendue possible par l'intermédiaire du Système du réseau de santé, qui relève du Programme de médicaments de l'Ontario.• Des vérifications de l'intégrité des données sont menées.• Le système a la capacité d'effectuer des études sur la consommation des médicaments en temps réel, mais n'offre pas d'accès direct aux profils.
Médicaments ciblés	<ul style="list-style-type: none">• Toute substance désignée par la <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i>.• Tramadol• Tapentadol
Accès des cliniciens aux profils des patients	<ul style="list-style-type: none">• Aucun accès direct aux profils des patients.• Le système effectue des études en temps réel sur la consommation de médicaments.<ul style="list-style-type: none">▪ Une alerte est envoyée au pharmacien lors de la préparation de l'ordonnance.▪ Les renseignements suivants sur les ordonnances antérieures d'un patient sont également transmis à la pharmacie :<ul style="list-style-type: none">○ la date de transaction de la demande de règlement précédente présentée avant la demande de règlement actuellement traitée;○ le numéro de téléphone de la pharmacie qui a rempli la précédente demande de règlement;○ la quantité préparée pour la précédente demande de règlement;○ le numéro d'identification du médicament (DIN) de la précédente demande de règlement.
Critères concernant les activités suspectes	<ul style="list-style-type: none">• Obtention d'ordonnances de plusieurs prescripteurs : médicaments contrôlés prescrits par au moins trois prescripteurs différents au cours des 28 derniers jours.• Visites de plusieurs pharmacies : obtention de médicaments contrôlés auprès d'au moins trois fournisseurs différents au cours des 28 derniers jours.• Renouvellement trop hâtif : un renouvellement ne devrait pas être nécessaire à ce moment.



Ontario	
	<ul style="list-style-type: none"> Ordonnance remplie ou renouvelée trop tard : un renouvellement devrait avoir été effectué à ce moment. Chevauchement avec une ordonnance d'une autre pharmacie : une transaction de préparation a déjà été effectuée pour le même patient, le même numéro d'identification de médicament ou un produit interchangeable et la même date auprès d'un fournisseur différent.
Interventions	Étape pilote
Évaluation du PSO	Évaluation initiale dans le cadre de l'Initiative de recherche interventionnelle en santé des populations des Instituts de recherche en santé du Canada.
Financement	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée
Nouveau-Brunswick	
Nom du programme	Programme de surveillance pharmaceutique (PSP) du Nouveau-Brunswick
Site Web	hps.gnb.ca/dis-f.asp
Date de mise en œuvre	En cours d'élaboration
Cadre de réglementation	La <i>Loi sur la surveillance pharmaceutique</i> a reçu la sanction royale le 18 décembre 2009.
Administrateur du programme	Gouvernement provincial
Établissements associés	<ul style="list-style-type: none"> Collège des médecins et chirurgiens du Nouveau-Brunswick Société médicale du Nouveau-Brunswick Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick Société dentaire du Nouveau-Brunswick Ordre des pharmaciens du Nouveau-Brunswick Association des pharmaciens du Nouveau-Brunswick Association des optométristes du Nouveau-Brunswick
Description	<ul style="list-style-type: none"> Le Programme fera partie du système d'information sur les médicaments (SIM) électronique. L'intégration de la soumission électronique à la collecte de données du PSP sera possible, mais ne sera pas utilisée au début. Des numéros sont générés automatiquement afin de lier tous les identificateurs à une seule personne.
Médicaments ciblés	<ul style="list-style-type: none"> Médicaments de toutes les annexes de la <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i> Tramadol Tapentadol Zopiclone
Accès des cliniciens aux profils des patients	<ul style="list-style-type: none"> Les prescripteurs et les pharmaciens pourront accéder aux profils des patients en temps réel. Le système émettra également des alertes. <p>Des examens sur l'utilisation des médicaments contrôlés en temps réel seront automatiquement effectués par le système au moment de l'exécution et de la préparation de l'ordonnance à partir du profil pharmaceutique consolidé du patient et des renseignements fournis par le prescripteur en vue d'alerter les pharmaciens et les prescripteurs de pratiques telles que les ordonnances multiples et la fréquentation de plusieurs pharmacies pour les médicaments contrôlés et le non-respect d'une entente de surveillance des patients.</p>
Examens et rapports	<ul style="list-style-type: none"> Rapports à partir des données du PSP aux professionnels de la santé et aux organismes d'agrément Rapports personnalisés disponibles. Intégration des rapports aux dossiers médicaux électroniques et aux systèmes d'exécution des ordonnances des pharmacies



Nouveau-Brunswick	
Critères concernant les activités suspectes	<ul style="list-style-type: none"> Alerte en cas d'ordonnances de plusieurs médecins et de visites de plusieurs pharmacies : deux ordonnances ou plus pour un médicament contrôlé ou plus obtenues auprès de deux médecins ou plus ou de deux pharmacies ou plus durant une période de 30 jours consécutifs. Alerte lorsque 500 unités ou plus d'un médicament contrôlé sont demandées en même temps. Alerte en cas de renouvellement précoce ou partiel (à définir) ou d'ordonnance en double (même numéro d'identification de médicament, même journée) Les critères susmentionnés seront adaptés selon la rétroaction reçue une fois le programme en place.
Interventions	<ul style="list-style-type: none"> Le Collège des médecins peut inscrire le nom d'un médecin ayant des antécédents de surprescription dans le système pour lui imposer des restrictions. Lorsqu'une entente de surveillance est conclue avec un patient, le médecin ou le pharmacien peut inscrire ce dernier, avec son consentement, au PSP afin de limiter le nombre de prescripteurs autorisés à lui délivrer des ordonnances ainsi que le nombre de pharmacies autorisées à lui délivrer des médicaments contrôlés (à partir de ce qui est observé en pratique). Les rapports seront produits en temps réel, en amont plutôt qu'en aval, et seront principalement remis aux prescripteurs et aux pharmaciens dans leur milieu de travail. Des alertes seront générées en temps réel par le système et envoyées aux prescripteurs et aux pharmaciens au moment de la prescription et de la délivrance en fonction des critères concernant les activités suspectes.
Évaluation du PSO	<ul style="list-style-type: none"> Des sondages sur la satisfaction et l'utilisation seront menés pour assurer la qualité du Programme. Des vérifications sont menées sur l'utilisation du système du Programme afin d'en évaluer la pertinence et la portée. Le degré de conformité des pharmacies sera vérifié, et les données manquantes seront vérifiées.
Financement	<ul style="list-style-type: none"> Aucune loi n'assure le financement du programme.
Nouvelle-Écosse	
Nom du programme	Nova Scotia PMP [PSO de la Nouvelle-Écosse]
Site Web	www.nspmp.ca/
Date de mise en œuvre	1992 – programme d'ordonnances en trois exemplaires 2007 – soumission électronique; remplacement des carnets d'ordonnances en trois exemplaires par des carnets en deux exemplaires
Cadre de réglementation	<i>Prescription Monitoring Act</i> [loi sur la surveillance des ordonnances] et règlements Le Prescription Monitoring Board [conseil sur la surveillance des ordonnances] a été établi par la loi pour élaborer et gérer le PSO.
Administrateur du programme	Croix Bleue Medavie
Établissements associés	<ul style="list-style-type: none"> Doctors Nova Scotia [association des médecins de la Nouvelle-Écosse] Nova Scotia College of Pharmacists [ordre des pharmaciens de la Nouvelle-Écosse] College of Physicians and Surgeons of Nova Scotia [collège des médecins et chirurgiens de la Nouvelle-Écosse] Pharmacy Association of Nova Scotia [association des pharmaciens de la Nouvelle-Écosse] Nova Scotia Dental Association [association des dentistes de la Nouvelle-Écosse] Provincial Dental Board of Nova Scotia [conseil provincial dentaire de la Nouvelle-Écosse]



Nouvelle-Écosse	
Description	<ul style="list-style-type: none">Le programme est axé sur l'utilisation de carnets d'ordonnances en deux exemplaires portant un numéro de série (jusqu'à la mise en œuvre du Drug Information System [système de renseignements sur les médicaments]).La province adoptera le système de renseignements sur les médicaments au cours des 12 à 18 prochains mois.Les données sont recueillies dans les pharmacies, au point de distribution des médicaments.Les données sont recueillies en temps réel.Les pharmacies font l'objet d'une vérification bisannuelle (soumission des ordonnances et exactitude).
Médicaments ciblés	Tout médicament désigné par la <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i> et figurant dans une des annexes de la <i>Loi</i> , à l'exception des benzodiazépines et de la testostérone lorsque celle-ci se retrouve dans un médicament composé destiné à un traitement topique pour un effet local.
Accès des cliniciens aux profils des patients	<ul style="list-style-type: none">Les demandes sont formulées par les cliniciens.Une alerte est envoyée à la pharmacie si un patient ayant conclu une entente consulte un autre médecin ou un autre pharmacien. <p>Le programme permet à un médecin, à un dentiste ou à un pharmacien de consulter le profil d'un patient pour connaître ses ordonnances de médicaments surveillés ainsi que les prescripteurs et les pharmaciens associés à chacune d'entre elles. Les fournisseurs effectuant une demande d'accès à un profil reçoivent les renseignements par télécopieur dans les minutes suivantes. Les fournisseurs inscrits peuvent également générer eux-mêmes un profil de patient à partir de l'application Web sécurisée eAccess.</p>
Examens et rapports	<ul style="list-style-type: none">Des renseignements ne sont fournis à des tiers payeurs qu'en cas de demandes spéciales.Des renseignements sont transmis aux prescripteurs œuvrant dans des centres de traitement de la toxicomanie.Des cas sont étudiés à la suite de plaintes.Le profil d'un patient peut être envoyé à des services communautaires s'il le souhaite.Des études épidémiologiques sont effectuées à partir des données sur les ordonnances.Des rapports personnalisés peuvent être produits sur demande.Échange de données aux fins de recherches : le programme appuie les chercheurs en leur fournissant des statistiques et des données d'ensemble sur la consommation de médicaments surveillés.Rapports de comparaison des habitudes d'un prescripteur à celles de ses pairs : ce type de rapports est remis à un prescripteur s'il en formule la demande. Il comprend une représentation graphique des habitudes de prescription de la personne en comparaison avec celles des autres prescripteurs de l'autorité sanitaire et de la province.
Critères concernant les activités suspectes	<ul style="list-style-type: none">Des rapports sur l'obtention d'ordonnances de plusieurs prescripteurs (trois médecins ou plus) sont produits tous les 30 jours.Chaque patient consommant de la méthadone fait l'objet d'un rapport hebdomadaire.Certains types de médicaments font l'objet de vérifications spéciales tous les 56 jours.Les prescripteurs qui délivrent beaucoup d'ordonnances sont surveillés.
Interventions	<ul style="list-style-type: none">Surveillance pour les programmes de méthadone : le programme peut aider les cliniques de méthadone à s'assurer que leurs patients n'obtiennent pas d'autres médicaments surveillés durant leur traitement.Surveillance des ententes entre un patient et son prescripteur : si un prescripteur juge nécessaire qu'une entente soit conclue avec un patient, le programme peut surveiller le profil de ce dernier afin de veiller au respect de l'entente.Conseillers médicaux : ils peuvent être consultés par les professionnels de la santé ainsi que par les membres et les comités du programme. <p>Si le personnel du programme a des raisons de croire qu'un médecin, un dentiste ou un pharmacien ne respecte pas le mandat, il peut signaler ce dernier de façon anonyme au comité</p>



Nouvelle-Écosse	
	<p>du programme responsable de l'examen de la pratique. Après avoir étudié le dossier du clinicien, le comité peut décider de le confier à l'organisme d'agrément pour un examen plus approfondi. Le programme doit alors transmettre tous les renseignements pertinents sur les activités du membre à l'organisme.</p> <p>Si le personnel du programme a des motifs raisonnables de croire qu'un patient a commis une fraude, il doit fournir à l'organisme d'application de la loi approprié tous les renseignements nécessaires, y compris le nom du patient, son adresse, le ou les médicaments consommés, le nombre d'ordonnances délivrées, les dates de délivrance et le nombre de prescripteurs.</p>
Évaluation du PSO	<ul style="list-style-type: none">• Des sondages sur la satisfaction des utilisateurs sont menés.• Des vérifications de l'utilisation du PSO sont effectuées.• Les données du PSO sont utilisées comme mesures des résultats.
Financement	Financement assuré par le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Une entente a été conclue avec Croix Bleue Medavie pour qu'elle gère le programme jusqu'en 2017.
Île-du-Prince-Édouard	
Nom du programme	À déterminer
Date de mise en œuvre	En cours d'élaboration
Cadre de réglementation	L'adoption de la <i>Narcotics Safety and Awareness Act</i> [loi sur la sécurité et la sensibilisation en matière de stupéfiants] a donné le coup d'envoi du PSO.
Administrateur du programme	Gouvernement provincial
Description	<ul style="list-style-type: none">• Le Drug Information System [système de renseignements sur les médicaments] de la province permet au gouvernement d'effectuer un suivi de toutes les ordonnances délivrées depuis 2009 à l'Île-du-Prince-Édouard.• Les données sont recueillies en temps réel.
Médicaments ciblés	Toutes les substances désignées par la <i>Loi réglementant certaines drogues et autres substances</i> .
Accès des cliniciens aux profils des patients	Par l'intermédiaire du système de renseignements sur les médicaments.
Examens et rapports	À l'étude
Critères concernant les activités suspectes	À déterminer
Interventions	À déterminer
Évaluation du PSO	Les lois en vigueur exigent l'utilisation du système de renseignements sur les médicaments; d'autres efforts en matière de qualité sont prévus.
Terre-Neuve-et-Labrador	
Nom du programme	Tamper Resistant Prescription Drug Pad Program [programme de bloc d'ordonnances infalsifiables]
Site Web	www.health.gov.nl.ca/health/prescription/hcp_tamperresistantdrugpad.html
Cadre de réglementation	<i>Pharmacy Act</i> [loi sur les pharmacies], <i>Medical Act</i> [loi médicale] et <i>Registered Nurses Act</i> [loi sur les infirmières]
Établissements associés	<ul style="list-style-type: none">• Ministère de la Santé et des Services communautaires• College of Physicians and Surgeons of Newfoundland and Labrador [collège des médecins et chirurgiens de Terre-Neuve-et-Labrador]• Newfoundland and Labrador Medical Association [association médicale de



Terre-Neuve-et-Labrador	
	<p>Terre-Neuve-et-Labrador]</p> <ul style="list-style-type: none">• Newfoundland and Labrador Pharmacy Board [conseil des pharmaciens de Terre-Neuve-et-Labrador]• Pharmacists' Association of Newfoundland and Labrador [association des pharmaciens de Terre-Neuve-et-Labrador]• Newfoundland and Labrador Dental Board [conseil des dentistes de Terre-Neuve-et-Labrador]• Newfoundland and Labrador Dental Association [association des dentistes de Terre-Neuve-et-Labrador]• Newfoundland and Labrador College of Veterinarian [ordre des vétérinaires de Terre-Neuve-et-Labrador]• Force constabulaire royale de Terre-Neuve
Description	<ul style="list-style-type: none">• Les blocs d'ordonnances sont infalsifiables.• Il ne s'agit pas d'un programme de surveillance.• Aucune donnée n'est recueillie.• Les blocs d'ordonnances portent un numéro, mais ne font pas l'objet d'un suivi.
Médicaments ciblés	Liste établie à partir des catégories fédérales de narcotiques et de médicaments réglementés, en collaboration avec le conseil des pharmaciens.
Interventions	Si le cas d'un médecin ou d'un patient a déjà été signalé dans le cadre du programme de médicaments d'ordonnance provincial, le programme peut imposer des restrictions (le programme provincial ne vise que les personnes qui l'utilisent et ne tient pas compte des transactions réglées par d'autres modes de paiement, par exemple, en argent comptant).
Québec	
Nom du programme	Aucun PSO
Description	Régie de l'assurance maladie du Québec (assurance médicament) Tous les Québécois doivent souscrire à une assurance médicament publique ou privée. Des données sont colligées sur toutes les ordonnances financées par des fonds publics. Des inspecteurs de réglementation peuvent exiger d'avoir accès aux données relatives aux ordonnances.
Yukon	
Nom du programme	Triplicate Prescription Program [programme d'ordonnances en trois exemplaires]
Site Web	www.yukonmedicalcouncil.ca/pdfs/tpp_directive.pdf
Description	Le Yukon participe au programme d'ordonnances en trois exemplaires du collège des médecins et chirurgiens de l'Alberta. Il utilise le même programme, mais les données concernant ses habitants sont gérées par le Conseil médical du Yukon.
Territoires du Nord-Ouest	
Nom du programme	Aucun PSO
Nunavut	
Nom du programme	Aucun PSO



Annexe 6 : Sommaire des principales caractéristiques des PSO

Considérations liées à la collecte de données sur les ordonnances

- Quelles sont les données recueillies sur les ordonnances?
 - Médicaments ciblés
 - Identificateurs du patient, du prescripteur et du pharmacien
- Quelles sont les méthodes utilisées pour recueillir les données sur les ordonnances?
 - Ordonnances en plusieurs exemplaires
 - Soumission électronique
- De quelle qualité sont les données recueillies? Sont-elles exactes et complètes?
- Qui peut accéder aux données sur les ordonnances? Sous quels motifs et dans quelles circonstances?

Interventions fondées sur les données de surveillance

- Interventions cliniques
 - Les cliniciens ont-ils accès aux données de surveillance?
 - Les cliniciens consultent-ils les données de surveillance lorsqu'elles sont accessibles?
 - Les cliniciens prennent-ils des décisions cliniques adéquates en s'appuyant sur les données de surveillance?
- Interventions des programmes
 - Le programme transmet-il des rapports spontanés aux patients, aux pharmaciens et aux prescripteurs à l'égard d'activités suspectes en matière de prescription?
 - Quels sont les critères utilisés pour détecter les activités suspectes?
- Interventions de groupes pertinents
 - Le programme est-il doté d'un mécanisme lui permettant d'échanger des données avec des intervenants comme des organismes de réglementation et d'application de la loi?

Évaluation du programme

- Les effets du programme sont-ils évalués au moyen des résultats suivants?
 - Changement des habitudes en matière de pratiques de prescription
 - Réduction des activités suspectes



- Réduction du détournement de médicaments
- Diminution de l'abus et de la dépendance
- Baisse du taux de surdoses mortelles
- Évaluation des conséquences non voulues
- La satisfaction des utilisateurs du programme est-elle évaluée?
- Les aspects administratifs du programme sont-ils évalués (p. ex. efficacité et stabilité du financement)?

Utilisation des données des PSO à des fins d'analyses épidémiologiques

- Les données de surveillance des ordonnances sont-elles utilisées comme source de renseignements dans le cadre d'analyses épidémiologiques?