



La psychiatrie et la crise des opioïdes au Canada

Grainne E Neilson, MD, MRCPsych, FRCPC, LLM¹; Alison Freeland, BSc, MD, FRCPC, FCPA²;
Christian G. Schütz, MD, PhD, MPH, FRCPC³

Une déclaration de principe élaborée par le Comité des normes professionnelles et de la pratique de l'Association des psychiatres du Canada (APC) et approuvée par le Conseil d'administration de l'APC le 18 avril 2019.

La présente déclaration de principe offre un contexte sommaire de la crise des opioïdes au Canada, en résumé les données probantes actuelles, puis présente les recommandations de l'Association des psychiatres du Canada. Dans cette déclaration, le terme « opioïde » désigne tous les composés qui se lient aux récepteurs opioïdes, y compris:

- les opiacés naturels (dérivés du pavot à opium comme la morphine et la codéine);
- les opioïdes semi-synthétiques (synthétisés à partir d'opiacés d'origine naturelle comme par exemple: l'héroïne dérivée de la morphine; l'oxycodone et la buprénorphine dérivées de la thébaïne);
- les opioïdes synthétiques (composés formés par un processus chimique comme la méthadone, le fentanyl et le carfentanyl).

« Narcotique » est le terme légal utilisé pour les opioïdes et certaines autres substances. Il ne devrait pas être utilisé dans un contexte clinique.

Depuis des temps anciens, les opioïdes sont largement utilisés à diverses fins médicales. Outre leurs bienfaits thérapeutiques, les opioïdes possèdent une longue histoire d'usage récréatif attribuable à leurs effets euphoriques. Les maux sociétaux liés à l'abus que certains en font se retrouvent dans le paysage depuis des millénaires.

Depuis que les opioïdes ont été introduits dans la sphère des thérapeutiques médicales, dans les années 1800, une tension gênante existe entre les bienfaits médicaux de ces drogues et leur potentiel d'abus et de dépendance¹. En effet, 25 ans seulement après que l'aiguille hypodermique a été inventée et utilisée pour injecter de la morphine afin de soulager la douleur (en 1853), la première

¹ Psychiatre légiste membre du personnel, East Coast Forensic Hospital, Dartmouth, Nouvelle-Écosse, Canada; professeure adjointe, département de psychiatrie, Université Dalhousie, Halifax, Nouvelle-Écosse, Canada.

² Vice-présidente, qualité, éducation et relations avec les patients, Trillium Health Partners, Mississauga, Ontario, Canada; doyenne associée, éducation médicale (régionale), faculté de médecine, Université de Toronto; professeure agrégée, département de psychiatrie, Université de Toronto, Toronto, Ontario, Canada.

³ Professeur agrégé, Institute of Mental Health, département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, Colombie-Britannique, Canada; directeur médical, Burnaby Centre de santé mentale et de toxicomanie, Office des services de santé provinciaux, Burnaby, Colombie-Britannique, Canada.

© Association des psychiatres du Canada, 2019. Tous droits réservés. Ce document ne peut être reproduit intégralement ou en partie sans la permission écrite de l'APC. Les commentaires des membres sont les bienvenus et seront acheminés au conseil ou au comité approprié de l'APC. Veuillez adresser toute correspondance et demande d'exemplaires au président, Association des psychiatres du Canada, 141, av. Laurier Ouest, bureau 701, Ottawa ON K1P 5J3; tél.: 613-234-2815; téléc.: 613-234-9857; courriel: president@cpa-apc.org. No de référence 2019-35s.

Citation suggérée : Neilson GE, Freeland A, Schütz CG. La psychiatrie et la crise des opioïdes au Canada. *Can J Psychiatry*. 2019;VV(ISS):PP—PP.

Avis : L'Association des psychiatres du Canada a comme politique de réviser chaque énoncé de principe, déclaration de politique et guide de pratique clinique tous les cinq ans après la publication ou la dernière révision des documents. Tout document qui a été publié plus de cinq ans auparavant et dans lequel il n'est pas mentionné explicitement qu'il a été révisé ou conservé à titre de document officiel de l'APC, soit révisé ou tel que publié à l'origine, doit être considéré comme un document de référence historique uniquement.

monographie exacte et détaillée sur la dépendance aux opiacés a été écrite par le psychiatre Eduardo Levinstein, pionnier en matière de toxicomanie (en 1878)².

Tout au long de l'histoire des opioïdes à titre d'agents thérapeutiques, les déclarations fautives affirmant que les opioïdes présentaient une faible possibilité d'abus ont contribué à une prescription abusive effrénée pour une grande variété d'affections, et à une méconnaissance des méfaits associés à leur utilisation sans discernement³. Parallèlement à l'usage médical de ces substances, le marché illégal prospérait aussi.

À différents moments de l'histoire ancienne et moderne, les gouvernements et les organisations internationales sont intervenus en vue de limiter l'usage légal et illicite de ces agents puissants^{1,4}. Par exemple, le Canada a été l'un des premiers pays à interdire l'opium à des fins personnelles, non médicales lorsqu'il a promulgué la *Loi sur l'opium* en 1908 (qui a précédé la célèbre loi américaine *U.S. Harrison Narcotic Tax Act* de 1914) dans le but d'endiguer l'usage de l'opium dans la population⁵. Plus récemment, en avril 2016, le médecin hygiéniste en chef de la Colombie-Britannique a décrété une urgence de santé publique en réponse aux surdoses et aux décès liés aux drogues, et en novembre 2016, le gouvernement fédéral a émis la « Déclaration conjointe sur les mesures visant à remédier à la crise des opioïdes » reflétant l'engagement concerté de plus de 30 organisations partenaires dans la lutte contre cette crise.

Bien que les opioïdes constituent une partie convenue du traitement médical moderne (surtout pour la prise en charge de la douleur, comme médicaments d'appoint en anesthésie, et comme thérapie de substitution pour le traitement du trouble d'utilisation d'opium) la prescription de ces médicaments a connu une hausse radicale dans les 25 dernières années. Durant les deux dernières décennies, les préoccupations mondiales ont repris de l'ampleur à l'égard de l'usage d'opioïdes et des décès et des méfaits qui y sont liés⁶. Ces préoccupations trouvent leur origine dans trois problèmes inter-reliés:

- la prescription d'opioïdes sans contraintes pour la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse, menant parfois à une dépendance iatrogène aux opioïdes;
- une augmentation substantielle de la prévalence de l'usage non médical des opioïdes sur ordonnance⁷, au moyen du détournement et de l'abus des drogues;
- un marché illicite plus vaste et plus diversifié des opioïdes, avec l'apparition de substances puissantes liées au fentanyl⁸.

À l'heure actuelle au pays, la morbidité et la mortalité liées aux opioïdes frappent chaque province et territoire, et montrent peu de signes d'essoufflement^{9,10}. Les opioïdes ont été responsables de 3 987 décès au Canada en 2017, soit plus d'un millier de plus que l'année précédente¹¹. Chaque jour de 2017, en moyenne, 17 Canadiens ont été hospitalisés en raison d'une intoxication par opioïde¹², ce qui correspond à une augmentation de 53% par rapport aux 10 années précédentes. Le problème est particulièrement aigu dans les provinces de l'Ouest et les régions du Nord, où les méfaits attribués à l'intoxication par opioïde sont plus du double de la moyenne nationale¹⁰. Les taux à la hausse des méfaits et des décès chez les populations autochtones, les personnes âgées et les jeunes sont particulièrement alarmants au Canada^{13,14,15}.

En général, les utilisateurs d'opioïdes qui font une surdose sont 3 à 4 fois plus susceptibles d'avoir un trouble mental comorbide (à l'exception d'autres troubles d'utilisation de substances) comparativement à des personnes appariées n'ayant pas fait de surdose¹⁶. Cela n'a rien d'étonnant étant donné le chevauchement des mécanismes des troubles d'utilisation de substances et d'autres troubles mentaux ainsi que la convergence fréquente des signes et symptômes de ces affections^{17,18}. Il est donc très important d'évaluer la comorbidité psychiatrique chez les patients souffrant d'un trouble d'utilisation d'opioïde afin de repérer les personnes à risque substantiellement élevé de mortalité, et de favoriser une approche personnalisée de leurs soins.

Même si la crise des opioïdes a touché chaque partie du pays, il y a de nettes différences des taux de décès et des substances utilisées dans les provinces et territoires¹². Dans les provinces de l'Ouest et les régions du Nord, cette crise est spécialement associée aux opioïdes synthétiques comme le fentanyl, alors que dans le Canada atlantique, le problème se situe principalement dans l'abus de médicaments prescrits^{19,20}, ce qui suggère qu'une approche « uniforme » pour aborder la crise des opioïdes ne sera pas efficace, et que les psychiatres doivent être au courant des enjeux locaux, et être préparés à répondre aux besoins des populations locales. Par exemple, dans les régions où la sur-prescription contribue substantiellement à la crise des opioïdes, les psychiatres peuvent être appelés à aider en conseillant la prescription appropriée chez les patients souffrant de troubles co-occurents, notamment les affections de santé mentale et la douleur chronique. Dans les régions où le marché illicite est très actif, les psychiatres peuvent être bien placés pour préconiser des sites de consommation supervisés et offrir du soutien au développement de tribunaux spécialisés en

matière de drogues et d'autres modèles extra-judiciaires afin d'aider les utilisateurs d'opioïdes qui ont des démêlés avec la justice.

Plus généralement, les psychiatres devraient soutenir l'élaboration de stratégies rigoureuses, fondées sur des données probantes afin d'identifier, de prévenir, de traiter et de réduire les méfaits de la dépendance aux opioïdes et des comorbidités. Les psychiatres doivent posséder les connaissances de base et la formation clinique qui leur permettent de reconnaître les facteurs de risque de la dépendance durant une évaluation générale et une consultation, en gardant à l'esprit que la plupart des utilisateurs canadiens d'opioïdes illicites sont des polytoxiques²¹, ce qui contribue à la morbidité et à la mortalité. En tout temps, les psychiatres devraient être conscients du risque potentiel de prescrire des benzodiazépines et autres sédatifs à des patients qui prennent aussi des opioïdes. Autant que possible, les modèles de traitement intégré qui abordent les problèmes de santé mentale sous-jacents qui peuvent contribuer au trouble d'utilisation de substances ou l'exacerber devraient être employés. Partout au Canada, les psychiatres devraient collaborer en continu avec les spécialistes en toxicomanie et les responsables de la santé publique à améliorer l'accès aux soins de santé mentale et aux stratégies de réduction des méfaits, en particulier auprès des communautés autochtones, et des communautés rurales et éloignées sous-desservies.

Les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse peuvent bénéficier d'un modèle de soins interdisciplinaire qui permet aux prestataires de soins d'aborder les multiples éléments de la douleur que subit le patient^{22,23}. Ces patients ont souvent des problèmes comorbides de santé mentale et de toxicomanie. Les psychiatres devraient s'éduquer sur les comorbidités associées au traitement de la douleur chronique non cancéreuse, et être disposés à travailler en collaboration avec d'autres prestataires de soins, y compris dans les soins de première ligne. Les psychiatres qui traitent déjà la douleur chronique non cancéreuse et qui songent à utiliser un opioïde devraient suivre les lignes directrices nationales²⁴ qui recommandent la prescription appropriée, et en même temps, ils doivent s'assurer que les patients qui ont des problèmes de santé mentale comorbides ne sont pas exclus d'une prise en charge appropriée de la douleur. Les programmes multidisciplinaires de prise en charge de la douleur devraient inclure du personnel de santé mentale, dont des psychiatres, afin de favoriser l'adoption d'une approche multimodale de la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse. La

collaboration devra recouper plusieurs spécialités médicales, notamment l'anesthésie, la toxicomanie et la psychiatrie.

À l'avenir, les principes des approches de traitement intégrées pour ces affections complexes devraient être inculqués dans les programmes de résidence de tout le pays. La médecine de la douleur est une surspécialité médicale reconnue par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada qui s'occupe de la prévention, de l'évaluation, du diagnostic, du traitement et de la réhabilitation des patients souffrant de douleur aiguë et chronique associée aux diagnostics de cancer et de non-cancer. L'Association des psychiatres du Canada encourage les psychiatres résidents qui s'intéressent à la prise en charge de la douleur à poursuivre leur formation dans cette surspécialité après leur formation de spécialité en psychiatrie.

Étant donné que les pratiques imprudentes de prescription d'opioïdes peuvent avoir contribué à la présente crise des opioïdes et que des influences commerciales peuvent jouer sur les modes de prescription, il est impératif que les psychiatres fassent preuve d'un jugement clinique prudent quand ils prescrivent et qu'ils soient guidés par les données probantes et les lignes directrices de traitement établies indépendamment des influences commerciales²⁵. L'interdiction de tout marketing entrepris par l'industrie à l'intention des médecins au sujet de la prescription d'opioïdes devrait être envisagée en priorité par les décideurs.

Enfin, les psychiatres ont un rôle essentiel à jouer dans le diagnostic et la prise en charge sans stigmates du trouble d'utilisation des opioïdes et des troubles mentaux comorbides, et devraient participer activement à leur double traitement, particulièrement dans les cas complexes. Renverser la trajectoire de la présente crise des opioïdes exige que les psychiatres mènent la discussion sur la réduction des stigmates associés au diagnostic et au traitement de ces troubles, afin qu'ils soient abordés en qualité de maladies chroniques et non de manquements moraux.

Reconnaissance

Les auteurs remercient la Dre Valérie Primeau pour son aide dans la révision de la traduction de cette déclaration de principe.

Bibliographie

1. Rosenblum A, Marsch LA, Joseph H, et al. Opioids and the treatment of chronic pain: controversies, current status and future directions. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2008;16(5):405-16.

2. Levinstein E. Morbid craving for morphia. London, Smith, Elder; 1878.
3. Brownstein M. A brief history of opiates, opioid peptides, and opioid receptors. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1993;90(12):5391-5393.
4. Frontline. Opium throughout history [Internet]. Arlington (VA): Public Broadcasting Service [consulté 2019 July 17]. À l'adresse : <https://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/shows/heroin/etc/history.html>. Dérivé de Booth M. Opium: a history. London: Simon & Shuster, Ltd; 1996.
5. Nolin PC, Kenny C, Banks T, et al. Le cannabis : positions pour un régime de politique publique pour le Canada. Rapport du comité spécial du sénat sur les drogues illicites. Rapport sommaire [Internet]. Ottawa (Canada) : Sénat du Canada, 2002 [consulté 2019 juillet 17]. À l'adresse : <http://sencanada.ca/Content/SEN/Committee/371/ille/rep/summary-f.pdf>.
6. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2018 [Internet]. Vienna (Austria): United Nations, 2018 juin [consulté 2019 juillet 17]. À l'adresse : <http://www.unodc.org/wdr2018/index.html>.
7. Zacny J, Bigelow G, Compton P, et al. College on Problems of Drug Dependence taskforce on prescription opioid non-medical use and abuse: position statement. *Drug Alcohol Depend*. 2003;69(3):215-32.
8. International Narcotics Control Board. Global opioids project: operational partnerships to interdict opioids' illicit distribution and sales. [Internet]. Aucune date [consulté 2019 juillet 17]. À l'adresse : http://www.incb.org/incb/en/opioids_project.html.
9. Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada (janvier 2016 à juin 2017). [Internet]. Ottawa: Agence de la santé publique du Canada, 2017. [consulté 2019 juillet 13]. À l'adresse : <http://canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/decès-apparemment-lies-consommation-opioides-rapport-2016-2017-decembre.html>.
10. Institut canadien d'information sur la santé. Préjudices liés aux opioïdes au Canada [Internet]. Ottawa (Canada): Institut canadien d'information sur la santé, 2018 décembre [consulté 2019 juillet 13]. À l'adresse : http://secure.cihi.ca/free_products/opioid-related-harms-report-2018-fr-web.pdf.
11. Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes. Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada. [Rapport en ligne]. Ottawa (Canada) : Agence de la santé publique du Canada, 2018 juin [consulté 2019 juillet 17]. À l'adresse : <http://canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/rapport-national-deces-apparemment-lies-consommation-opioides-publie-juin-2018.html>.
12. Santé Canada. Infographique : méfaits liés aux opioïdes au Canada. [Internet]. Ottawa (Canada): Santé Canada, 2018 [consulté 2019 juillet 17]. À l'adresse : <http://canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/vie-saine/infographique-mefaits-lies-opioides-juin-2018.html>.
13. Institut canadien d'information sur la santé. Préjudices liés aux opioïdes au Canada. Ottawa (ON): ICIS; 2017. [Internet]. [accédé 2019 July 17]. À l'adresse : https://secure.cihi.ca/free_products/opioid-harms-chart-book-fr.pdf.
14. Belz L, Halverson J. Evidence synthesis - The opioid crisis in Canada: a national perspective [Internet]. Ottawa (Canada): Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada, 2018 juin; 38(6):224-233 [consulté 2019 août 21]. À l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6034966/>.
15. Alberta Health: Analytics and Performance Reporting Branch. Opioids and substances of misuse among First Nations people in Alberta. Alberta report, 2017 [Internet]. Alberta (Canada): Gouvernement de l'Alberta, 2017 [consulté 2019 juillet 17]. À l'adresse : <https://open.alberta.ca/dataset/cb00bdd1-5d55-485a-9953-724832f373c3/resource/31c4f309-26d4-46cf-b8b2-3a990510077c/download/Opioids-Substances-Misuse-Report-FirstNations-2017.pdf>.
16. Smolina K, Crabtree A, Chong M, et al. Patterns and history of prescription drug use among opioid-related drug overdose cases in British Columbia, Canada, 2015–2016. *Drug Alcohol Depend*. 2019;194:151-8.
17. Pettersson E, Larsson H, Lichtenstein P. (2016). Common psychiatric disorders share the same genetic origin: a multivariate sibling study of the Swedish population. *Mol Psychiatry*. 2016; 21(5):717-21.
18. Teicher MH, Samson JA. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *Am J Psychiatry*. 2013; 170(10):1114-33.
19. MacDonald M. Opioid crisis: NS's battle shows progress: Strang. *The Chronicle Herald*. 2018 Sep 1;A:10.
20. Fischer B, Vojtila L, Rehm J. The 'fentanyl epidemic' in Canada—some cautionary observations focusing on opioid-related mortality. *Prev Med*. 2018;Feb(107):109-13.
21. Fisher B, Rehm J. Illicit opioid use and treatment for opioid dependence: challenges for Canada and beyond. *Can J Psychiatry*. 2006;51(10):621-3.
22. Ashburn MS, Staats PS. Management of chronic pain. *Lancet*. 1999; 353(9167):1865-9.
23. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS). En bref : synthèse des preuves. Examen des programmes de traitement multidisciplinaire de la douleur chronique non cancéreuse [Internet]. Ottawa (ON): ACMTS; 2018. [accédé 2019 juillet 17] À l'adresse : https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/2017/RC0894_in_brief_f.pdf.
24. Busse J, Craigie S, Juurlink D, et al. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *CMAJ*. 2017;189(18):E659-E666.
25. Hadland SE, Cerdá M, Li Y, et al. Association of pharmaceutical industry marketing of opioid products to physicians with subsequent opioid prescribing. *JAMA Intern Med*. 2018;178(6):861-863.