



Programme Alerte de l'Ordre des pharmaciens du Québec

Partie 1 – Portrait actuel du programme et vue d'ensemble des stratégies comparables au Canada et à l'international

ÉTAT DES CONNAISSANCES

JUILLET 2024

SYNTHÈSE DES CONNAISSANCES

AUTEUR ET AUTRICES

Christine Flageole, conseillère scientifique
Pierre-André Dubé, pharmacien-toxicologue
Isabelle Bilodeau, pharmacienne
Direction de la santé environnementale, au travail et de la toxicologie

AVEC LA COLLABORATION DES MEMBRES DU COMITÉ D'EXPERTS

Christophe Augé, pharmacien, président 2015-2018
Association professionnelle des pharmaciens salariés
du Québec

Patrick Boudreault, pharmacien, directeur principal
Danielle Boulais, responsable du programme Alerte
Michel Caron, pharmacien, conseiller-analyste
Ordre des pharmaciens du Québec

Nathalie Marceau, pharmacienne, conseillère aux
affaires professionnelles
Association des pharmaciens des établissements de
santé au Québec

Anne Pelletier-Germain, pharmacienne, chargée
d'enseignement
Faculté de pharmacie, Université Laval

Sylvie Perreault, pharmacienne, professeure titulaire
Faculté de pharmacie, Université de Montréal

Caroline Robert, pharmacienne, gestionnaire
principale – Affaires pharmaceutiques
Association québécoise des pharmaciens propriétaires

RÉVISION

Michel Caron, pharmacien, conseiller-analyste
Ordre des pharmaciens du Québec

Jean-Bernard Gamache, chef d'unité scientifique
Pierre-Yves Tremblay, conseiller scientifique
Direction de la santé environnementale, au travail et
de la toxicologie

Mahée Lacourse, bibliothécaire
Direction de la valorisation scientifique et qualité

Geneviève Grenier, conseillère scientifique
Secrétariat général

Les réviseuses et réviseurs ont été conviés à apporter des commentaires sur la version préfinale de ce document et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

L'auteur et les autrices ainsi que les membres du comité d'experts et les réviseurs ont dûment rempli leurs déclarations d'intérêts et aucune situation à risque de conflits d'intérêts réels, apparents ou potentiels n'a été relevée.

RELECTURE ET MISE EN PAGE

Julie Douville, agente administrative
Aurélié Franco, agente administrative
Direction de la santé environnementale, au travail et de la toxicologie

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 3^e trimestre 2024
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-97976-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2024)

REMERCIEMENTS

L'auteur et les autrices souhaitent remercier madame Mahée Lacourse, bibliothécaire, à la Direction de la valorisation scientifique et qualité de l'Institut national de santé publique du Québec, pour le soutien dans la recherche documentaire et la révision de la section méthodologique s'y rattachant.

De plus, l'auteur et les autrices aimeraient remercier monsieur Pierre-Yves Tremblay, conseiller scientifique, à la Direction de la santé environnementale, au travail et de la toxicologie de l'Institut national de santé publique du Québec, pour la révision des sections de texte discutant des Prescription Drug Monitoring Program.

Ce projet a été réalisé grâce au soutien financier octroyé par le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances de Santé Canada par le biais du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Mentions

Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles du ministère de la Santé et des Services sociaux.

AVANT-PROPOS

L'Institut national de santé publique du Québec est le centre d'expertise et de référence en matière de santé publique au Québec. Sa mission est de soutenir le ministre de la Santé et des Services sociaux dans sa mission de santé publique. L'Institut a également comme mission, dans la mesure déterminée par le mandat que lui confie le ministre, de soutenir Santé Québec, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James et les établissements, dans l'exercice de leur mission de santé publique.

La collection *État des connaissances* rassemble sous une même bannière une variété de productions scientifiques qui synthétisent et communiquent ce que la science nous dit sur une question donnée à l'aide de méthodes rigoureuses de recension et d'analyse des écrits scientifiques et autres informations pertinentes.

Ce document est le premier d'une série de deux publications dans le cadre du projet intitulé Évaluation et actualisation du programme Alerte dans un contexte préoccupant de santé publique sur les surdoses d'opioïdes.

Sous la responsabilité de Santé Canada, le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances offre un soutien financier à plusieurs intervenants et organisations afin de renforcer leur capacité à répondre aux nombreux défis générés par l'usage de substances psychoactives comme les opioïdes et les médicaments d'ordonnance. Le projet sur l'évaluation du programme Alerte, réalisé en collaboration avec l'Ordre des pharmaciens du Québec, correspond aux priorités du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances, soit de prévenir les surdoses d'opioïdes et de réduire les méfaits, en plus d'assurer un meilleur encadrement des traitements pharmacologiques (1). Dans cette lignée, cette étude a été réalisée grâce au soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances.

En décembre 2017, l'Institut national de santé publique du Québec a obtenu un financement, échelonné sur une période de trois ans, pour la réalisation de ce projet.

Ce projet s'inscrit également dans la mouture 2018-2020 de la Stratégie nationale de prévention des surdoses. En effet, celui-ci fait partie des mesures à mettre en place au Québec afin d'améliorer les pratiques médicales et pharmaceutiques (2). Il est réalisé dans une perspective de proposer des pistes d'action qui seront présentées à l'Ordre des pharmaciens du Québec. L'application de celles-ci permettra, éventuellement, l'actualisation du programme Alerte, ce qui est susceptible d'apporter des bénéfices pour la santé publique.

Cet état de situation constitue la première publication dans le cadre de ce projet. Une deuxième publication sera adressée spécifiquement à l'Ordre des pharmaciens du Québec et présentera les résultats obtenus au cours des enquêtes réalisées pour ce projet, soient : les résultats du questionnaire en ligne adressé aux pharmaciens et les résultats issus des entretiens individuels réalisés auprès de pharmaciens et autres professionnels de la santé. Ces enquêtes visent à mesurer la portée, l'utilisation et l'appréciation du programme. Ce second livrable inclura également les pistes d'action pour l'actualisation du programme.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	V
GLOSSAIRE	VI
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	VII
FAITS SAILLANTS	1
RÉSUMÉ	2
1 INTRODUCTION	5
1.1 Examen des documents disponibles sur le programme.....	5
1.2 Stratégie de recherche documentaire pour la revue de la littérature	5
2 RÉSULTATS	7
2.1 Description du programme Alerte.....	7
2.1.1 Objectifs du programme.....	7
2.1.2 Fonctionnement du programme	7
2.1 Évolution du programme Alerte	11
2.1 Statistiques du programme Alerte.....	11
2.1.1 Type d'alerte.....	12
2.1.2 Catégories de médicaments visés.....	13
2.1 Portrait des stratégies comparables au Canada.....	15
2.2 Vue d'ensemble des stratégies comparables à l'international.....	19
2.2.1 Aperçu général et description des programmes existants	19
2.2.2 Portée et impact des programmes existants	20
2.2.3 Indications et encadrement proposés dans la littérature.....	22
2.2.4 Comparaison avec la situation au Québec.....	25
3 CONCLUSION	26
BIBLIOGRAPHIE	28
ANNEXE 1 STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE	31
ANNEXE 2 FORMULAIRE D'ENGAGEMENT PROGRAMME ALERTE	32

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1	Activités visant à expliquer le programme Alerte de 2008 à 2021	11
Tableau 2	Résumé des programmes de jumelage au Canada.....	17
Figure 1	Fonctionnement du programme Alerte	10
Figure 2	Nombre total d'alertes émises, 2003-2018.....	12
Figure 3	Évolution des alertes par catégorie, 2013-2018	13
Figure 4	Répartition des alertes par catégorie de médicaments en 2017 et en 2018.....	14
Figure 5	Catégories de médicaments visés dans les alertes.....	15

GLOSSAIRE

Abus : l'abus de médicaments est le mauvais emploi ou l'usage excessif d'une substance pharmaceutique qui ne respecte pas les indications thérapeutiques initialement prévues par le fabricant ou le prescripteur.

Dans le cadre de l'application du programme Alerte, un abus est une situation où un patient a reçu des médicaments d'une même catégorie dans au moins deux pharmacies différentes avec des durées de traitement qui se chevauchent.

Alerte : une alerte est un avis transmis à toutes les pharmacies d'une ou de plusieurs régions. Elle vise à informer les pharmaciens d'une possible situation d'abus ou de mésusage et à les inciter à la vigilance.

Fausse ordonnance : ordonnance écrite par une personne autre que le prescripteur ou photocopie d'une ordonnance.

Fin de contrôle : une fin de contrôle survient lorsque l'alerte dont fait objet le patient n'est plus nécessaire, lorsque la situation est contrôlée.

Formulaire d'engagement : document signé par un patient qui s'engage volontairement à acheter ses médicaments dans une seule pharmacie et de ne consulter qu'un seul prescripteur pour se procurer un type de médicament visé.

Médicaments classés dans l'annexe II du Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments (P-10, r. 12) : médicaments accessibles en vente libre, qui ne nécessitent pas obligatoirement d'ordonnance, mais qui ne peuvent s'obtenir qu'auprès du pharmacien et doivent être conservés dans une zone de la pharmacie à laquelle le public n'a pas accès.

Ordonnance falsifiée : toute modification (p. ex. nom, prénom, teneur, quantité, posologie, renouvellement ou l'ajout d'un médicament) apportée sur une ordonnance écrite par le prescripteur.

Pharmacie choisie : pharmacie choisie par le patient pour obtenir ses services pharmaceutiques pour une catégorie de médicaments. Un patient peut décider de changer de pharmacie en tout temps sans avoir à se justifier.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ACMTS	L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
DSQ	Dossier santé Québec
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
NSPMP	Nova Scotia Prescription Monitoring Program
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
TUO	Trouble lié à l'utilisation d'opioïdes

FAITS SAILLANTS

Les opioïdes constituent un enjeu important de santé publique au Québec. Plusieurs stratégies ont été mises en place afin d'aider les professionnels de la santé à prendre en charge la population atteinte de trouble d'utilisation de substances ou à risque de mésusage. Comme les pharmaciens et pharmaciennes ont un rôle de premier plan dans la prise en charge de ces personnes, le programme Alerte a été créé par l'Ordre des pharmaciens du Québec en 1985. Il s'agit d'un outil qui aide les pharmaciens et pharmaciennes à faire un suivi adéquat de la patientèle à risque d'une utilisation non appropriée des médicaments, notamment en jumelant le patient à une seule pharmacie et à un seul prescripteur. Ce document sert à établir un bilan du programme tel qu'il est présentement et à dresser un portrait des programmes similaires existant dans d'autres provinces canadiennes et aux États-Unis.

À propos du programme Alerte au Québec :

- Depuis le début des années 2000, on constate une croissance annuelle du nombre d'alertes d'environ 6 % par année, principalement des alertes concernant le changement d'une pharmacie désignée.
- Le nombre d'alertes pour abus de médicaments est resté stable.
- On constate une diminution des alertes pour fausses ordonnances ou ordonnances falsifiées, possiblement en raison de la consultation du Dossier santé Québec depuis 2014-2015.
- Le nombre d'alertes concernant spécifiquement les opioïdes est resté assez stable.

À propos d'autres programmes au Canada et aux États-Unis :

- Plusieurs provinces et États opèrent également des programmes de suivi des prescriptions qui permettent de suivre l'évaluation des prescriptions de substances contrôlées et de fournir un portrait populationnel de la consommation de substances psychoactives.
- Très peu d'informations sur l'efficacité de ces programmes ainsi que sur leurs effets sur la santé publique ont été publiées.
- L'évaluation de l'efficacité des divers programmes de restriction et leur capacité réelle de limiter les abus de médicaments s'avère nécessaire.
- Certains aspects méritent particulièrement d'être explorés, comme le risque de diriger les patients vers des sources d'approvisionnement non sécuritaires.
- Ces évaluations permettraient de produire des indicateurs de performance qui faciliteraient l'identification des éléments nécessitant d'être actualisés ou améliorés.

RÉSUMÉ

Contexte et objectifs

Puisque les opioïdes constituent un enjeu de santé publique, plusieurs stratégies et interventions sont mises en place dans le but de répondre aux besoins des personnes qui ont une utilisation problématique des opioïdes ainsi qu'aux professionnels de la santé qui les suivent. Le programme Alerte de l'Ordre des pharmaciens du Québec est un outil pour les pharmaciens pour venir en aide aux patients présentant un trouble d'utilisation de médicaments et encourager l'usage approprié de ceux-ci. Entre autres, il propose de jumeler un patient susceptible d'abus ou de mésusage avec un seul prescripteur et une seule pharmacie pour se procurer sa médication. Ce projet vise à proposer des pistes d'action pour l'actualisation du programme qui existe depuis 1985. Ce document est le premier volet de ce projet. Il consiste à établir un bilan du programme actuel, en plus de dresser un portrait des programmes comparables aux paliers national et international.

Méthodologie

Ce projet est mené en collaboration avec l'Ordre des pharmaciens du Québec, administrateur du programme Alerte. Afin de dresser un portrait de celui-ci, un examen des documents disponibles a été réalisé suivant la consultation des responsables du programme. De plus, l'analyse des statistiques générales du programme a été effectuée à partir des données retrouvées dans les rapports annuels de l'Ordre des pharmaciens du Québec. Une revue de la littérature a également été réalisée afin de répertorier des programmes semblables aux paliers national et international. Celle-ci a reposé sur les mots clés associés aux « programmes de restriction » et au concept de « médicaments d'ordonnance ». Les articles et les documents ont été sélectionnés selon leur pertinence.

Résultats

Un bilan du fonctionnement du programme a été établi et les points saillants de celui-ci ont été relevés. Les statistiques décrivant l'évolution du programme ont révélé une augmentation constante d'environ 6 % du nombre d'alertes émises chaque année. Une croissance de 41 % du nombre d'alertes pour un changement de pharmacie choisie a été constatée ainsi que des diminutions de 63 % et de 26 % respectivement ont été notées pour les alertes de fausse ordonnance et d'ordonnance falsifiée en cinq ans. Les catégories de médicaments visés demeurent sensiblement les mêmes (stupéfiants, drogues contrôlées, anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques), mais la plupart du temps, les patients sont restreints à ne consulter qu'un seul prescripteur et une seule pharmacie pour toute leur médication.

Plusieurs programmes similaires ont été identifiés ailleurs au Canada et aux États-Unis. Toutefois, la plupart des documents repérés ne provenaient pas de la littérature scientifique. Aux États-Unis, ce type de programme est opéré dans environ 49 États et sont communément appelés *lock-in program* ou encore *patient review and restriction program*. Très peu d'informations ont été trouvées quant à l'efficacité opérationnelle ou sur les effets sur la santé

publique de ces programmes. Face à ce manque de données, quelques publications ont émis des recommandations relatives aux programmes de restrictions, comme établir une meilleure définition des critères d'inclusion afin de faire bénéficier les patients susceptibles de mésusage. La mise en place d'une prise en charge globale des patients inscrits au programme, de même que la réduction des comportements de contournements, fait également partie des recommandations émises.

Conclusion

L'analyse du portrait actuel nous permet de dresser les premiers constats quant à l'évolution du programme depuis sa création. Cela sera un point de départ pour amorcer la réflexion sur une utilisation plus efficiente du programme. De plus, certaines recommandations relevées des publications retenues dans la revue de la littérature soutiendront l'élaboration des pistes d'action pour l'actualisation du programme Alerte, comme :

- Mieux identifier les patients pouvant bénéficier du programme;
- Une prise en charge multidisciplinaire des patients;
- Une optimisation des programmes de jumelage pour réduire les comportements de contournement par les patients;
- Une sensibilisation des pharmaciens et autres professionnels de la santé aux objectifs du programme;
- L'évaluation des performances du programme.

Pistes pour la recherche

La majorité des écrits retenus pour cette revue de littérature sont issus d'organismes et non de la littérature scientifique. Il existe un besoin d'avoir des données issues d'études scientifiques afin de déterminer l'efficacité des différents programmes de restriction existants et leur potentiel à prévenir les abus de médicaments. L'évaluation des limites et des conséquences de telles restrictions à l'accès aux médicaments ayant un potentiel d'abus mérite d'être explorée. Il est particulièrement important de documenter dans quelle mesure ces programmes risquent de diriger les patients qui y sont inscrits contre leur volonté vers une autre voie pour l'obtention de la médication, que ce soit dans la rue ou via Internet. Il pourrait également être envisagé de mettre en place des systèmes ou des infrastructures permettant l'accès à différentes sources de données dans l'objectif de produire des indicateurs de performance. Ceci permettrait d'identifier ou de préciser les pistes d'action à prioriser pour l'actualisation de tels programmes.

Contexte et objectifs

Au Canada, l'enjeu de santé publique sur les opioïdes continue de prendre de l'ampleur. Le Québec n'est pas à l'abri des impacts de cette problématique décrite dans la *Stratégie nationale 2018-2020 pour prévenir les surdoses d'opioïdes* (2). Ceux-ci peuvent inclure une augmentation du nombre de surdoses, des hospitalisations et des décès associés.

Les pharmaciens jouent un rôle de premier plan dans la prise en charge des patients présentant un trouble d'utilisation de médicaments. En effet, depuis les années 1980, une augmentation de 3 000 % a été signalée sur l'approvisionnement en opioïdes des hôpitaux et des pharmacies communautaires au Canada (3). La falsification d'ordonnance, la fraude et l'abus de médicaments par la consultation de multiples prescripteurs font d'ailleurs partie des différents moyens utilisés par les personnes ayant un trouble d'utilisation de médicaments. Afin de contrer ce phénomène, le programme Alerte de l'Ordre des pharmaciens du Québec propose de jumeler le patient avec un seul prescripteur et une seule pharmacie. Le programme vise ainsi à éviter qu'un patient consulte de multiples professionnels de la santé pour avoir de la médication (4). Ce programme vise également à encourager l'usage approprié des médicaments et à contrer le détournement de drogues licites.

L'objectif général de ce projet consiste à établir un bilan de la portée, de l'utilisation et de l'appréciation du programme Alerte. Ce bilan permettra de proposer des pistes d'action pour l'actualisation du programme dans le contexte de problématique de santé publique sur les opioïdes.

L'état de situation présenté ici permet d'établir le portrait du programme à l'heure actuelle, en plus de dresser certains constats sur son évolution au cours des dernières années. En effet, la lecture des documents disponibles et l'analyse des statistiques du programme permettent de comprendre et de décrire son fonctionnement, de faire état de l'utilisation de celui-ci ainsi que de dresser de premiers constats.

De plus, ce document permet d'avoir une vue d'ensemble sur ce qui existe ailleurs au Canada et à l'international. La description de ces programmes et les recherches s'y rapportant permettent de relever des éléments pertinents qui pourront servir à l'élaboration des pistes d'action pour l'actualisation du programme Alerte.

Ainsi, les objectifs spécifiques de cet état de situation sont de :

- Dresser le portrait du programme à l'état actuel;
- Examiner l'évolution du programme au cours des dernières années;
- Identifier des programmes comparables existants au niveau national et à l'international;
- Relever les études portant sur ces programmes et rapporter les résultats.

1 INTRODUCTION

1.1 Examen des documents disponibles sur le programme

Afin de dresser le portrait du programme, l'examen des documents disponibles sur celui-ci a été réalisé et les rapports annuels de l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) ont été consultés. Les documents destinés aux pharmaciens ont été rassemblés suivant une recherche dans la section réservée aux membres du site Web de l'OPQ. Par la suite, une rencontre avec les représentants de l'OPQ a eu lieu au cours de l'été 2018. La liste des documents examinés inclut, entre autres :

- Les fiches d'informations du programme;
- Le formulaire d'engagement;
- Le formulaire pour fausse ordonnance ou ordonnance falsifiée;
- Le formulaire d'enquête;
- La foire aux questions du programme;
- Le dépliant *Renseignements généraux à l'intention des pharmaciens*.

De plus, les statistiques générales du programme ont toutes été publiées dans les rapports annuels de l'OPQ. Ainsi, les rapports de 2003 à 2018 ont été consultés, permettant de dresser le portrait de l'évolution du programme, plus particulièrement les alertes émises. Le présent document décrit, entre autres, le nombre d'alertes recensées, la stratification par type d'alerte (p. ex. fausse ordonnance, ordonnance falsifiée, abus, formulaire d'engagement) et les catégories de médicaments visées dans les alertes.

1.2 Stratégie de recherche documentaire pour la revue de la littérature

Afin d'obtenir une vue d'ensemble sur des programmes similaires, une revue de la littérature scientifique et de la littérature grise¹ a été réalisée en collaboration avec le service de recherche documentaire de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). La recherche documentaire a été menée au cours du mois de septembre 2018 à partir des bases de données All EMB Reviews (Ovid), EMBASE (Ovid), Global Health (Ovid), Medline (Ovid), CINAHL (EBSCO), Health Policy Reference Center (EBSCO) et Psychology & Behavioral Sciences Collection (EBSCO). Les stratégies de recherche complètes sont présentées à l'annexe 1. La littérature scientifique a été parcourue en utilisant le concept de « programme de restriction » à partir de deux mots clés,

¹ « La littérature grise correspond à tout type de document produit par le gouvernement, l'administration, l'enseignement et la recherche, le commerce et l'industrie, en format papier ou numérique, protégé par les droits de propriété intellectuelle, de qualité suffisante pour être collecté et conservé par une bibliothèque ou une archive institutionnelle, et qui n'est pas contrôlé par l'édition commerciale. » (5)

soient *lock-in program* et *restriction program*. Ceux-ci ont été couplés au concept de « médicaments d'ordonnance » afin de diminuer les résultats non pertinents.

Afin de compléter la recherche, la littérature grise a également été parcourue à l'aide des moteurs de recherche Google et Google Scholar. De plus, une demande d'information par courriel a été envoyée à l'automne 2018 par l'OPQ à l'ensemble des associations de pharmaciens au Canada afin d'obtenir des informations sur les programmes comparables au niveau national.

La recherche de la littérature grise s'est également étalée à l'international, mais s'est limitée aux pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) comparable d'un point de vue de la santé (6). La plupart des documents publiés étaient composés de rapports et de présentations accessibles au public élaborés à partir d'évaluations internes des administrateurs de programmes. Les articles ou les documents ont été sélectionnés selon leur pertinence avec le sujet d'intérêt. Un examen de la bibliographie des articles déjà repérés a également été réalisé afin de s'assurer de récupérer le maximum de documents pertinents. Finalement, les documents devaient être rédigés en français ou en anglais pour être retenus pour la revue de littérature.

2 RÉSULTATS

2.1 Description du programme Alerte

2.1.1 Objectifs du programme

Le programme Alerte de l'OPQ a été créé il y a près de 40 ans, soit en 1985. Bien que le portrait québécois en matière de santé ait bien évolué, les objectifs du programme demeurent les mêmes. Il vise à :

- Venir en aide aux patients qui présentent un risque de dépendance aux médicaments obtenus après consultation de multiples prescripteurs et pharmaciens ou obtenus au moyen de fausses ordonnances ou d'ordonnances falsifiées;
- Soutenir les pharmaciens qui viennent en aide aux patients présentant un problème d'abus de médicaments;
- Encourager l'usage approprié des médicaments;
- Contrer le détournement de drogues licites.

Certaines actions ont été entreprises au fil des ans afin d'optimiser l'utilisation du programme (voir tableau 1 p. 11). Par contre, il n'existe pas de donnée ou d'indicateur permettant d'évaluer dans quelle mesure le programme atteint ses objectifs.

2.1.2 Fonctionnement du programme

Le pharmacien est le pivot du programme. Principale personne-ressource pour le patient visé par une alerte, le pharmacien l'informe adéquatement du fonctionnement du programme. Une alerte est un avis transmis à toutes les pharmacies d'une ou de plusieurs régions, visant à informer les pharmaciens d'une situation et à les inciter à la vigilance. L'alerte peut être transmise pour différents motifs : falsification d'une ordonnance, fabrication d'une fausse ordonnance, vol de carnet d'ordonnance, abus de médicaments, signature d'un formulaire d'engagement, changement de pharmacie choisie, fin de contrôle (voir glossaire). La durée des alertes pour une fausse ordonnance, une ordonnance falsifiée ou pour un vol de carnet d'ordonnance est fixée à deux ans. Une alerte pour signifier une pharmacie choisie est en vigueur tant qu'il n'y a pas une demande de fin de contrôle par le pharmacien. Il est toutefois à noter que l'alerte émise pour un patient n'est valide que dans une région donnée et non pas au travers de la province. Ainsi, si un patient doit changer de région, il est possible que l'alerte n'apparaisse pas à son dossier.

Les demandes d'enquête ne peuvent concerner que les médicaments sur ordonnance, ce qui exclut les produits inscrits à l'annexe II du Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments (P-10, r. 12)², par exemple l'acétaminophène avec codéine. Par contre, un

² QUÉBEC, Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments, Loi sur la pharmacie (chapitre P-10, a 37,1), à jour au 1^{er} janvier 2019 [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2019.

pharmacien peut encourager son patient à signer un formulaire d'engagement volontaire s'il constate une utilisation inappropriée du médicament classé à l'annexe II. Dans ce cas, la transmission d'une alerte pour pharmacie choisie aux autres pharmacies devient possible.

Différents outils sont à la disposition des pharmaciens afin de s'assurer que ceux-ci utilisent le programme adéquatement. Des fiches d'informations et un dépliant explicatif sont disponibles en ligne pour les membres de l'OPQ. De plus, l'OPQ diffuse à l'occasion, par le biais de ses publications destinées aux pharmaciens (par exemple, *L'interaction*), des informations relatives au programme Alerte.

D'autre part, le Dossier santé Québec (DSQ) est un outil provincial sécurisé qui permet aux professionnels de la santé autorisés de consulter des renseignements cliniques sur un patient (p. ex. médicaments sur ordonnance délivrés dans une pharmacie du Québec, résultats de laboratoire ou d'imagerie médicale). Instauré progressivement au Québec depuis 2012, toutes les pharmacies communautaires du Québec ont maintenant accès au DSQ afin de consulter les renseignements pharmaceutiques d'un patient (7). Les pharmaciens peuvent ainsi obtenir, en temps réel, l'historique complet des médicaments délivrés à un patient sur le territoire québécois (p. ex. le patient a obtenu 30 comprimés d'un opioïde dans une autre pharmacie la veille) et ainsi intervenir en conséquence (8). Bien que le DSQ ne fasse pas partie du programme Alerte, il fait toutefois partie intégrante de l'étape de collecte des renseignements effectuée systématiquement par le pharmacien lors de l'évaluation d'une thérapie médicamenteuse (9). Par contre, les patients sont libres de refuser que les renseignements de santé les concernant inscrits au DSQ soient communiqués aux intervenants ou aux organismes autorisés (8). Ce retrait de consentement par certains patients constitue donc une limite à l'utilisation de cet outil. De même, les médicaments, opioïdes ou non, reçus en centre hospitalier lors d'une visite à l'urgence ou d'une hospitalisation n'apparaissent pas au DSQ. Ainsi, si un patient y a reçu récemment des doses d'opioïdes dans ce contexte, le pharmacien risque de ne pas être au courant et ne pourra pas en tenir compte dans son évaluation clinique.

La figure 1 (p. 10) illustre le fonctionnement du programme par type d'alerte. Lorsqu'il suspecte qu'une ordonnance est fautive ou falsifiée (voir figure 1a p. 10), le pharmacien est invité à consulter le DSQ (1) et à vérifier la validité de l'ordonnance auprès du prescripteur (2). Si l'ordonnance est effectivement fautive ou falsifiée, le pharmacien peut contacter les autorités policières selon la situation, car la falsification et la création de fausses ordonnances constituent des infractions au sens de la loi (3). Le pharmacien est incité à envoyer ensuite par télécopieur au responsable du programme Alerte de l'OPQ le formulaire pour fautive ordonnance ou ordonnance falsifiée (4). Après vérification de l'intégrité du formulaire et de l'ordonnance fautive (5), le responsable diffuse une alerte aux pharmacies communautaires et aux établissements de santé des régions concernées (6). Cette alerte appelle les pharmaciens à la vigilance afin qu'ils évitent de remplir un formulaire pour fautive ordonnance ou pour ordonnance falsifiée.

Lorsque le pharmacien a des raisons de croire qu'un patient consulte de multiples pharmacies ou prescripteurs pour obtenir de la médication (voir figure 1b p. 10), il peut consulter le DSQ (1), discuter avec le patient de la situation et lui proposer de signer le formulaire d'engagement (2).

Toutefois si le patient refuse de signer, le pharmacien a la possibilité de faire une demande d'enquête au responsable du programme (3). Lorsque le responsable du programme parvient à démontrer qu'il y a effectivement eu chevauchement de traitements (4), une alerte est diffusée aux régions concernées (5). Le patient qui se présente de nouveau en pharmacie est informé de l'existence d'une alerte par le pharmacien qui l'invite à choisir une seule pharmacie et un seul prescripteur pour la catégorie de médicaments visée. Un formulaire d'engagement doit alors être signé par le patient avant que celui-ci reçoive la thérapie médicamenteuse visée par l'alerte (2). Si le patient refuse de signer le formulaire d'engagement à la suite d'une alerte d'abus, le pharmacien doit l'aviser que l'alerte demeurera tout de même en vigueur. Le pharmacien est ensuite responsable de transmettre le formulaire d'engagement signé au responsable du programme, qui diffusera de nouveau une alerte pour faire connaître la pharmacie choisie à l'ensemble des pharmacies d'une région concernée (5). L'alerte est en vigueur tant qu'une fin de contrôle n'est pas demandée. Un patient dont la situation s'est régularisée peut faire une demande de fin de contrôle à son pharmacien après habituellement un an (6). Celui-ci est alors incité, selon son jugement clinique, à remplir le formulaire approprié, puis à le télécopier au responsable du programme Alerte qui diffusera finalement une alerte de fin de contrôle (5).

Les autres professionnels de la santé (p. ex. médecin, infirmière) peuvent également communiquer avec le responsable lorsqu'ils soupçonnent un patient d'abuser de médicaments. L'OPQ encourage toutefois les autres professionnels à s'adresser d'abord au pharmacien, lorsque c'est possible (7). Celui-ci peut alors jouer le rôle d'intermédiaire.

Figure 1 Fonctionnement du programme Alerte

Figure 1a Cheminement d'une alerte pour fausse ordonnance ou ordonnance falsifiée

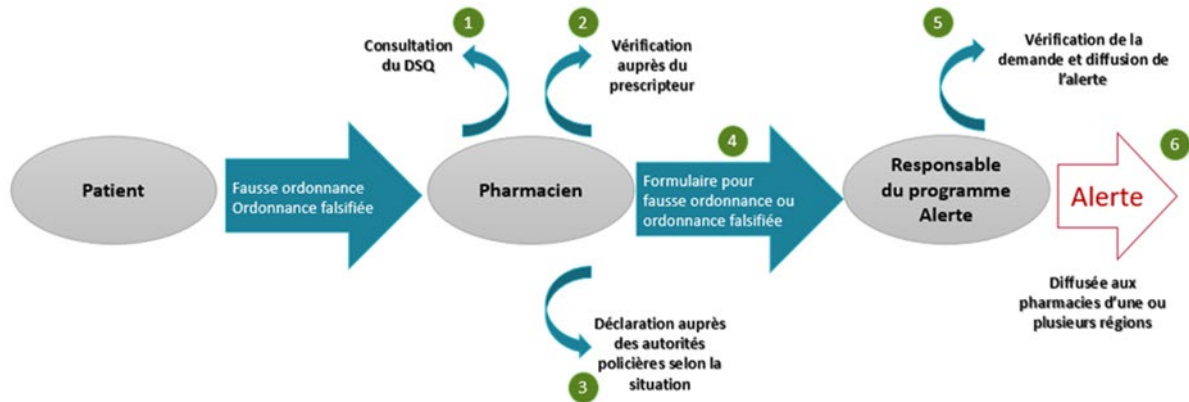
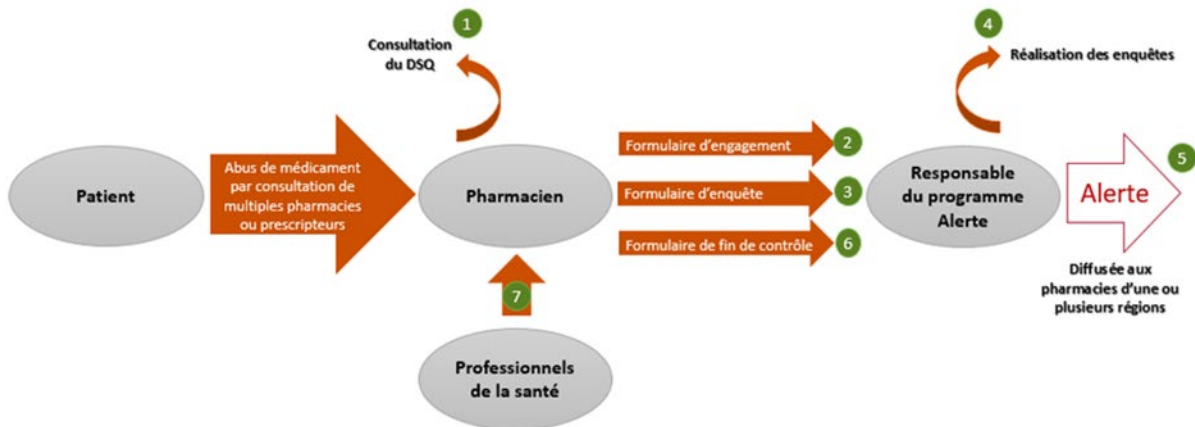


Figure 1b Cheminement d'une alerte pour fausse ordonnance ou ordonnance falsifiée



2.1 Évolution du programme Alerte

Le tableau 1 représente les activités visant à expliquer le programme Alerte au fil des années, selon les informations recueillies dans les rapports annuels de l'OPQ depuis les 13 dernières années. Les citations ont été extraites en version intégrale des rapports annuels.

Tableau 1 Activités visant à expliquer le programme Alerte de 2008 à 2021

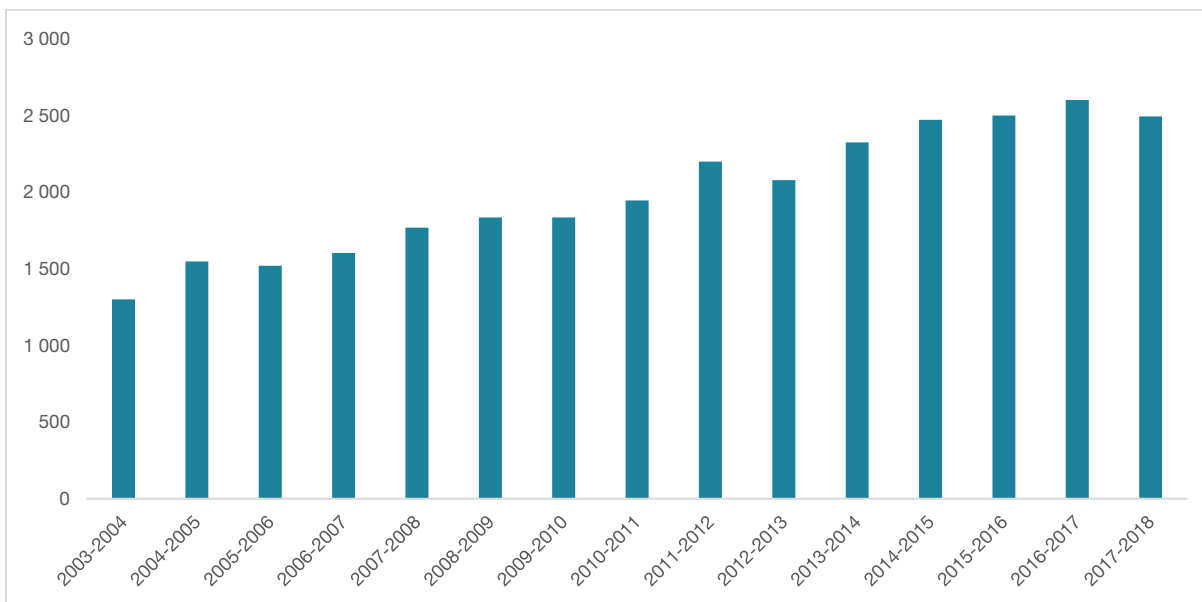
Rapport annuel	Faits saillants (extraits du rapport annuel)
2008-2009	« L'année dernière, un dépliant portant sur le programme Alerte a été produit et envoyé à tous les pharmaciens du Québec. Faisant suite à cette initiative, une fiche de questions et réponses a été produite cette année par le comité, et se retrouve maintenant dans le site Web de l'Ordre. »
2010-2011	« Durant la dernière année, le comité a aussi travaillé à la production d'un module d'autoformation sur le programme Alerte, en collaboration avec la Direction de l'admission et du perfectionnement. Ce programme devrait être offert aux pharmaciens durant l'année 2011-2012*. »
2011-2012	« Cette année, l'Ordre a fait parvenir aux pharmaciens, par télécopieur, des fiches d'information portant sur différents aspects du programme Alerte. Ces fiches sont également disponibles sur le site Web de l'Ordre. » « La DAP (Direction de l'amélioration et du perfectionnement) prépare également, pour 2012, une nouvelle formation sur le programme Alerte, programme ayant pour objectif de venir en aide aux patients aux prises avec un problème d'abus de médicaments. »
2012-2013	« L'Ordre a fait des rappels sur ces importantes obligations du pharmacien lors de la Tournée et dans son magazine <i>L'interaction</i> . »
2013-2014	« Réécriture et modernisation technique du programme Alerte pour fonctionner à distance, sans aucun papier, sur deux écrans. »
2014-2015	« L'augmentation des alertes constatée cette année est attribuable, en grande partie, à l'accès des pharmaciens au Dossier santé Québec (DSQ). En effet, depuis les derniers mois, les pharmaciens consultent davantage le DSQ et peuvent évaluer le profil du patient. Ils constatent immédiatement s'il n'est pas observant et peuvent agir en lui demandant de signer le formulaire d'engagement afin de l'aider à gérer son problème d'abus. ».

* À noter que cette formation s'est finalement soldée par la production de vignettes d'information.

2.1 Statistiques du programme Alerte

Depuis le début des années 2000, il y a eu une croissance annuelle d'environ 6 % du nombre total d'alertes émises, passant de 1 301 en 2003-2004 à 2 495 en 2017-2018 (voir figure 2 p. 12). La fin du Programme de suivi de consommation des médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) en 2005 pourrait expliquer en partie l'augmentation de nouveaux patients pour le programme Alerte (10).

Figure 2 Nombre total d'alertes émises, 2003-2018



2.1.1 Type d'alerte

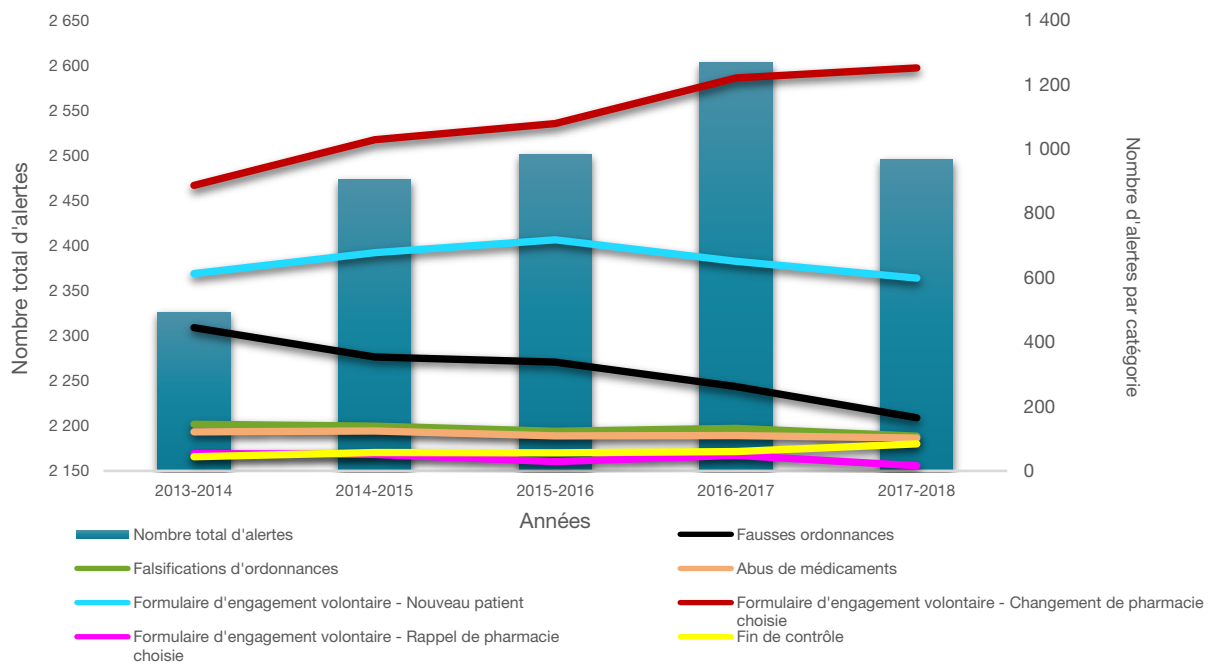
La stratification par type d'alerte permet d'identifier que la hausse du nombre total d'alertes peut s'expliquer par l'augmentation du nombre d'alertes pour changement de pharmacie choisie, les autres types d'alertes étant stables ou en diminution (voir figure 3 p. 13). En effet, le nombre d'alertes pour changement de pharmacie choisie a augmenté de 41 % au cours des cinq dernières années seulement. Cette tendance peut possiblement s'expliquer par le fait que le nombre de nouveaux patients inscrits au programme (voir figure 3 p. 13 – courbe bleue) dépasse nettement le nombre de fins de contrôle chaque année (voir figure 3 p. 13 – courbe jaune). Ainsi, il y aurait une accumulation du nombre de patients inscrits susceptibles de changer de pharmacie plusieurs fois par année et ainsi faire augmenter le nombre d'alertes pour changement de pharmacie choisie (voir figure 3 p. 13 – courbe rouge). En effet, une alerte pour signifier une pharmacie choisie demeure en vigueur tant qu'il n'y a pas de fin de contrôle. Ainsi, chaque fois qu'un patient inscrit au programme décide de changer de pharmacie, une nouvelle alerte pour signifier un changement de pharmacie choisie est envoyée.

Le nombre d'alertes pour abus de médicaments est demeuré stable, de même que le nombre de nouveaux patients ayant signé un formulaire d'engagement. Les médicaments les plus souvent mis en alerte en 2021 étaient le sirop d'hydrocodone, l'oxycodone, l'hydromorphone et le zopiclone.

À l'inverse, le nombre d'alertes pour fausse ordonnance ou ordonnance falsifiée accuse une diminution respective de 63 % et de 26 % respectivement depuis les cinq dernières années.

La stabilité de la fréquence annuelle de nouveaux patients inscrits au programme (moyenne de 605 patients par année), malgré les diminutions des alertes pour fausse ordonnance ou ordonnance falsifiée, peut possiblement s'expliquer par la consultation du DSQ par les pharmaciens depuis 2014-2015, comme décrite dans le tableau 1 (p. 11). En effet, il est possible de croire que la consultation du DSQ permet aux pharmaciens de détecter plus facilement des cas de possible abus de médicaments. Dans ce cas, les pharmaciens peuvent d'emblée discuter avec leurs patients et leur proposer de remplir un formulaire d'engagement pour le programme Alerte (nouveaux patients). Cette hypothèse peut également s'appuyer sur le nombre de nouveaux patients qui a atteint son maximum lors des années 2014 à 2016 (voir figure 3 – courbe bleue).

Figure 3 Évolution des alertes par catégorie, 2013-2018

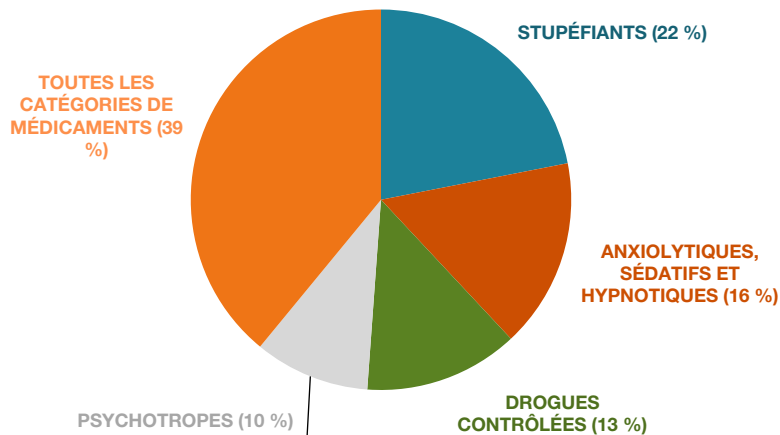


Note : L'axe de gauche représente le nombre total d'alertes par année (colonnes) et l'axe de droite représente le nombre d'alertes par catégorie (courbe).

2.1.2 Catégories de médicaments visés

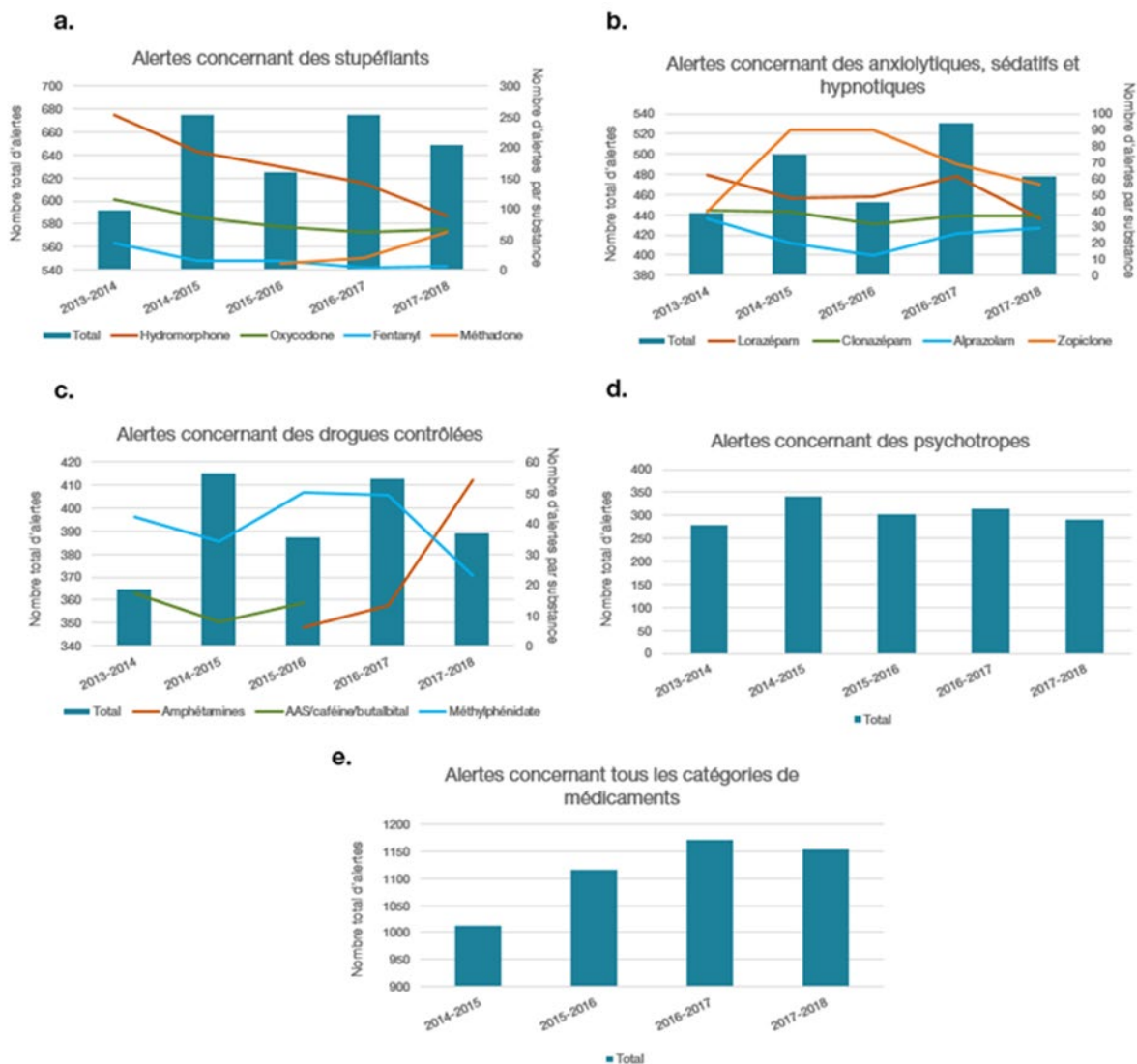
La majorité des alertes concernent des patients restreints à ne consulter qu'une seule pharmacie pour toutes les catégories de médicaments prescrits (39 %), sinon c'est la catégorie des stupéfiants (opioïdes) qui est la plus concernée dans les alertes (voir figure 4 p. 14). En général, les types de médicaments impliqués demeurent sensiblement les mêmes et concernent généralement des stupéfiants, des anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques, des psychotropes ou autres drogues contrôlées (p. ex. amphétamines, AAS/caféine/butalbital, méthylphénidate).

Figure 4 Répartition des alertes par catégorie de médicaments en 2017 et en 2018



Les histogrammes de la figure 5 (p. 15) illustrent le nombre d'alertes pour chaque catégorie de médicaments avec les substances les plus fréquemment signalées. Une diminution pour certains médicaments en particulier est observée. Ce résultat peut possiblement s'expliquer par les tendances de prescriptions de certains médicaments. Par exemple, selon un document produit par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le fentanyl est l'opioïde qui a enregistré la plus forte baisse en matière de prescription de 2016 à 2017, soit une diminution de 23 % (11). En général, la prescription d'opioïdes a baissé de 10,1 % de 2016 à 2017 (11). Par contre, cela ne semble pas influencer le nombre d'alertes par classe de médicaments. En effet, malgré cette diminution en ce qui concerne la prescription pour les opioïdes, le nombre d'alertes concernant cette catégorie de médicaments demeure sensiblement au même niveau (voir figure 5a p. 15). Il est également intéressant de constater une augmentation du nombre d'alertes concernant la méthadone qui est souvent utilisée pour le trouble d'utilisation d'opioïdes. Une hypothèse pour expliquer ce résultat est que certains professionnels de la santé puissent utiliser le programme Alerte comme un élément d'engagement envers les patients qui commencent un traitement avec de la méthadone pour un trouble lié à l'usage d'opioïdes (TUO).

Figure 5 Catégories de médicaments visés dans les alertes



Note : Les histogrammes (a) à (e) illustrent la catégorisation des alertes par types de médicaments visés. L'axe de gauche représente le nombre total d'alertes par catégorie (colonnes) et l'axe de droite représente le nombre d'alertes pour un médicament précis (courbe).

2.1 Portrait des stratégies comparables au Canada

Très peu de publications ont été recensées pour les programmes existants au Canada. L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) a produit un document résumant les différentes initiatives et activités au Canada en 2014 (12). Une de ces initiatives est le programme de jumelage des patients avec une pharmacie et un prescripteur. Ce type de programme est présent dans sept provinces au Canada, soit : en Colombie-Britannique, en Alberta, au Manitoba, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et finalement au Québec avec le programme Alerte. Le tableau 2 (p. 17) résume les grandes lignes

de ces programmes de jumelage. Celui-ci est basé sur les informations retrouvées dans le document *Opioides, benzodiazépines, stimulants et gabapentine : politiques et programmes, initiatives et pratiques au Canada en 2014*, réalisé par l'ACMTS (12).

Différents systèmes d'information existent dans les programmes de jumelage pour la communication entre les prescripteurs et les pharmacies afin de dépister les patients susceptibles d'abus par l'obtention de multiples ordonnances ou les utilisateurs de grande quantité de médicaments. Parallèlement aux programmes de jumelage, plusieurs provinces canadiennes et la presque totalité des États américains opèrent des programmes de suivi des prescriptions (Prescription Drug Monitoring program [PDMP]). Ces programmes permettent d'effectuer un suivi et une évaluation des prescriptions de substances contrôlées, tels les opioïdes. Ils englobent généralement une surveillance de la pratique professionnelle des prescripteurs et des distributeurs d'opioïdes, en plus de fournir un portrait populationnel de la consommation de substances psychoactives par les patients. Les programmes de jumelage sont donc utilisés de façon complémentaire au PDMP.

Aucun programme de type PDMP n'existe actuellement au Québec. Par contre, une étude de faisabilité pour un programme de suivi et d'évaluation des ordonnances d'opioïdes et autres substances psychoactives est en cours à l'INSPQ (2, 14). Celui-ci inclurait une vigie populationnelle de la consommation de ces substances au Québec. En parallèle et en collaboration avec l'INSPQ, l'OPQ et le Collège des médecins du Québec (CMQ) souhaiteraient explorer la mise en place d'un programme de surveillance des ordonnances pour un usage sûr et efficace des opioïdes incluant une évaluation, une formation et une surveillance de la pratique des professionnels.

Le suivi individuel de la consommation de substances contrôlées n'est donc pas inclus à ces programmes. En revanche et comme discuté plus haut, le DSQ, qui peut être consulté par les professionnels de la santé autorisés au Québec, contient, entre autres, les renseignements pharmaceutiques d'un patient. Une consultation des prescriptions reçues par un patient peut alors être réalisée à l'aide de ce système (8). Le programme Alerte constitue donc un outil complémentaire au DSQ (et éventuellement à un programme de type PDMP) afin d'encadrer la consommation de médicament chez des patients susceptibles d'usage inapproprié.

Dans tous les cas, une bonne collaboration interprofessionnelle entre prescripteurs, pharmaciens et autres professionnels de la santé gravitant autour du patient est nécessaire au bon fonctionnement de ce type de système. Le consentement libre et éclairé du patient est favorisé, mais il n'est pas requis dans tous les programmes, notamment lorsqu'une demande d'enquête est demandée. Il n'existe toutefois aucune étude ou évaluation d'impact pour ces différents programmes. Il est donc difficile de juger de l'efficacité de chacun de ces systèmes, tant du point de vue des aspects logistiques de communication ou encore des impacts favorables ou défavorables auprès des patients ou du système de la santé en général.

Tableau 2 Résumé des programmes de jumelage au Canada

Provinces	Patients ciblés ou organisation administrant le programme	Communication des restrictions	Inscription des patients à risque	Type de restrictions
Colombie-Britannique	Bénéficiaires dont la médication est couverte par PharmaCare et ayant une consommation problématique.	Une restriction pour un patient ayant une pharmacie désignée peut être observée par le pharmacien par le biais du réseau PharmaNet.	Les pharmaciens, les médecins et autres professionnels de la santé peuvent contacter PharmaCare pour demander une restriction d'accès à certains médicaments pour leurs patients (13).	La médication couverte doit être prescrite par un seul prescripteur et avoir été délivrée par une seule et même pharmacie.
Alberta	Bénéficiaires d'Alberta Works, qui couvre les citoyens à faible revenu et les chômeurs.	La restriction sera indiquée sur la carte d'assurance maladie.	L'agent d'assurance chargé du client qui consomme des médicaments en grande quantité peut imposer la restriction.	Un patient peut être tenu de fréquenter une seule pharmacie s'il veut garder sa couverture de médicaments.
	Grands consommateurs de médicaments non couverts par Alberta Works.	C'est par le réseau NetCare, qui répertorie des renseignements sur les médicaments d'ordonnance, que les médecins et les pharmaciens pourront consulter les restrictions.	Les prescripteurs sont invités à prendre entente avec les patients à risque.	Entente avec le patient pour qu'il ne consulte qu'un seul médecin et une seule pharmacie.
Manitoba	Ministère de la Santé, Aînés et Vie active du Manitoba.	La restriction peut être consultée par le biais du réseau d'information pharmacothérapeutique.	Si le ministère est le seul payeur du médicament, il peut imposer au patient la pharmacie que celui-ci doit consulter pour obtenir sa médication. De plus, un comité de révision des médicaments au ministère peut, sous recommandation du médecin traitant, demander à un patient de conclure une entente afin qu'il ne consulte qu'un seul médecin et qu'il ne fréquente qu'une seule pharmacie.	
Québec	Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ).	Lorsque le programme permet d'identifier un cas d'abus ou de mésusage, l'OPQ prévient par télécopieur les pharmacies de la région concernée.	Le pharmacien invite le patient à choisir un médecin et une pharmacie pour obtenir sa médication.	Le patient choisit un médecin et une pharmacie désignée pour obtenir sa médication.

Tableau 2 Résumé des programmes de jumelage au Canada (suite)

Provinces	Patients ciblés ou organisation administrant le programme	Communication des restrictions	Inscription des patients à risque	Type de restrictions
Nouvelle-Écosse	Le Programme Nova Scotia Prescription Monitoring Program (NSPMP).	Le NSPMP surveille l'adhésion du patient à l'entente et rapporte chaque semaine les cas de non-respect à l'entente.	La décision est prise par le médecin en accord avec son patient. Le NSPMP peut suggérer ce jumelage pour les patients à risque.	Choix d'une seule et même pharmacie pour y faire exécuter les prescriptions.
Nouveau-Brunswick	Le Plan de médicaments sur ordonnance du Nouveau-Brunswick (PMONB).	Lorsque le programme de surveillance sera complètement mis en place, le système produira une notification au dossier du patient afin d'aviser l'équipe soignante de l'entente.	Une vérification de l'utilisation de médicaments contrôlés (opioïdes, benzodiazépines) par le patient peut mener à la décision de restreindre celui-ci pour éviter les comportements d'abus. Une restriction peut également être mise en place à la suite de la recommandation du prescripteur.	Le patient peut se voir jumelé à un seul médecin et à une seule pharmacie pour obtenir sa médication.
Île-du-Prince-Édouard	Province de l'Île-du-Prince-Édouard.	Le système d'information pharmacothérapeutique communique la restriction à toutes les pharmacies de la province par courriel.	Les pharmaciens, les médecins et les patients peuvent conclure une entente commune pour contraindre le patient à ne fréquenter qu'une seule pharmacie.	

De plus, il existe un large éventail de particularités territoriales pour la mise en œuvre de programme de la sorte. Par exemple, les bases de données accessibles aux professionnels de la santé, l'opérationnalisation par des assureurs plutôt que par un organisme de santé publique et la législation en place pour la communication des informations d'un patient sont tous des facteurs pouvant influencer le fonctionnement d'un tel programme.

D'autre part, la fin d'une restriction pour un patient est variable d'un endroit à l'autre. Par exemple, en Colombie-Britannique, la restriction peut être levée seulement si le patient a respecté son assignation pour au moins six mois et qu'un avis écrit est envoyé par son médecin. Un pharmacien désigné évalue la requête en revoyant l'historique de réclamation du patient et avisera le médecin de la décision par courrier. Également, en situation d'urgence, les agents de PharmaCare peuvent effectuer un changement de prescripteur ou de pharmacie pour un jour seulement. Cette exception est valide seulement si le patient est incapable de voir son médecin et qu'il est susceptible de subir de sérieux préjudices si l'ordonnance n'est pas remplie (13).

2.2 Vue d'ensemble des stratégies comparables à l'international

Il a été possible de trouver de la littérature concernant des programmes de restrictions pour les États-Unis uniquement. Ce type de programme de jumelage à une pharmacie ou prescripteur est généralement nommé *lock-in program* ou encore *patient review and restriction program*.

2.2.1 Aperçu général et description des programmes existants

Aux États-Unis, le programme Medicaid, créé en 1965, est une assurance maladie financée conjointement par chacun des États et le gouvernement fédéral. Il est destiné principalement aux personnes à faible revenu (15). Afin de limiter l'utilisation inappropriée des services de santé, des programmes de jumelage sont opérés par 49 des 52 programmes d'assurance maladie Medicaid depuis les années 1970 (16–18). Certains assureurs privés ont également emboîté le pas et présentent également des programmes similaires (19). Ces programmes ont pour objectifs de diminuer la fraude, le gaspillage et l'abus des ressources, de réduire le mésusage des substances contrôlées et d'augmenter la qualité des soins pour les bénéficiaires à risque, par l'amélioration de la coordination des soins en restreignant l'accès aux médicaments à haut risque (20). De plus, ils sont conçus pour identifier les bénéficiaires démontrant une surutilisation potentielle des médicaments sur ordonnance afin d'en contrôler l'accès. Généralement, ces programmes exigent que les bénéficiaires utilisent un seul prescripteur et/ou une seule pharmacie pour obtenir certaines substances contrôlées pour une période de temps spécifiée.

Les périodes de restriction s'étendent généralement de 12 à 24 mois avec une possibilité de prolongation si les comportements non souhaitables ne sont pas corrigés. La plupart des critères d'admissibilité sont déterminés par la mesure du nombre d'ordonnances de substances contrôlées et du nombre de pharmacies visitées dans un délai spécifié, la plupart du temps lors de deux mois consécutifs. Par contre, une grande hétérogénéité existe dans la définition de ces critères d'admissibilité et de l'utilisation excessive des services pour l'obtention de substances contrôlées. À titre d'exemple, dans le programme Medicaid de la Caroline du Nord, les

bénéficiaires sont inscrits au programme s'ils ont plus de six requêtes d'opioïde ou de benzodiazépine ou ont consulté plus de trois prescripteurs pour ces deux classes de médicaments au cours de deux mois consécutifs (21, 22).

En 2016, l'organisme The PEW Charitable Trusts a conduit un sondage concernant les programmes de jumelage à travers 43 États. Celui-ci a révélé des variations dans la structure et les caractéristiques de ces programmes, par exemple dans les critères d'inclusion utilisés. Dans presque tous les États interrogés, les *patient review and restriction programs* constituent l'un des multiples outils utilisés afin de prévenir l'abus de médicaments sur ordonnance (23).

Voici quelques exemples de critères utilisés pour l'inclusion des patients dans ce type de programme (16, 23) :

- Avoir fréquenté un certain nombre de pharmacies afin d'obtenir une substance contrôlée sur une période de temps déterminée;
- Avoir consulté un certain nombre de prescripteurs afin d'obtenir des substances contrôlées sur une période de temps déterminée;
- Avoir obtenu un certain nombre d'ordonnances de substance contrôlée sur une période de temps déterminée;
- Avoir été référé par un professionnel de la santé;
- Avoir visité un certain nombre de salles d'urgence sur une période de temps déterminée;
- Avoir obtenu un certain nombre de substances contrôlées d'une même classe thérapeutique sur une période de temps déterminée;
- Avoir obtenu un certain nombre d'autres ordonnances sur une période de temps déterminée.

Dans certains États, les patients atteints de cancer, ceux étant hébergés dans un centre de soins palliatifs ou dans un centre de soins longue durée sont d'emblée exclus du programme (23).

2.2.2 Portée et impact des programmes existants

Aux États-Unis, dans le cadre d'un programme mis en place en Caroline du Nord, dans 90 % des cas, les sujets admissibles pour l'inclusion dans un programme de restriction l'étaient pour l'utilisation d'opioïdes (24). La plupart du temps, c'est par les données de réclamations aux assureurs que les patients admissibles peuvent être identifiés pour l'inclusion au programme (25). Ainsi, le paiement en argent comptant des ordonnances pour éviter une réclamation aux assureurs fait partie d'une des mesures de contournement de ce genre de programme (20, 26, 27). En effet, le plus grand obstacle à l'exploitation d'un programme de restriction est l'incapacité pour les assureurs d'examiner les transactions en espèces selon un sondage réalisé en 2016 (23). Effectivement, le fait d'enrôler les patients dans ce type de programme augmente de quatre fois la probabilité que les patients payent leurs ordonnances en argent comptant (24, 28).

Par contre, 69 % des États opérant un programme de restriction ont accès aux données d'un PDMP et les utilisent afin de repérer les transactions en argent comptant (23). Une évaluation des impacts d'un programme de restriction réalisé par Naumann *et al.* en 2018 a d'ailleurs été réalisée en utilisant les données de PDMP pour le suivi des ordonnances obtenues par la couverture d'assurance et par le biais d'une autre source (p. ex. paiement en argent comptant). L'équipe de recherche a pu identifier que cette stratégie de contournement persiste, même après que le patient fut retiré du programme (28). Cette étude a également montré une diminution de 31 % du nombre d'ordonnances pour substances contrôlées durant la période d'inclusion au programme et que cette diminution se maintenait à 18 % une fois la restriction levée (28). En effet, les différentes évaluations des programmes de jumelage s'entendent pour dire que la restriction à un prescripteur et une pharmacie atténue l'utilisation risquée de substances contrôlées et qu'il y a une réduction du nombre de réclamations et des frais associés pour les assureurs (29–31). Par contre, les doses d'opioïdes, en matière d'équivalent morphine, ne semblent pas diminuer, mais plutôt augmenter avec l'inclusion au programme. Les auteurs suggèrent que les programmes de restriction encouragent les prescripteurs à être plus vigilants quant à l'accès des patients à des substances contrôlées sans nécessairement diminuer le dosage final. Une possible progression vers une tolérance aux opioïdes dans la population ayant de la douleur chronique pourrait expliquer ce résultat (28). De plus, la variabilité des doses d'opioïdes semble constituer un facteur de risque de surdose (32). Les prescripteurs doivent donc demeurer prudents avant de modifier une dose chez un patient ayant un traitement avec des opioïdes sur une longue durée.

Une étude a tenté d'analyser si des liens pouvaient être identifiés entre la prescription des opioïdes et l'enrôlement des patients dans des programmes de jumelage et si ces liens pouvaient mener à des modifications à ce type de programme afin d'améliorer les impacts (33). Une forte association a été identifiée entre une utilisation d'une faible dose d'opioïdes et une prise en charge globale de l'état de santé du patient. En effet, la combinaison d'un service d'assistance complémentaire, par exemple une thérapie comportementale, permettrait une utilisation plus faible de médicaments par le patient. (28) Ainsi, les programmes de jumelage auraient avantage à offrir une prise en charge globale du traitement des troubles liés à l'usage de substances pour les patients inscrits à un tel programme (33). Bien que certaines limites soient identifiées par les auteurs, telle une difficulté de comprendre le processus d'acquisition des opioïdes par les patients, cette étude soulève également l'hétérogénéité des impacts des programmes de restrictions qui rendent difficile l'établissement de conclusions (33). À notre connaissance, cette étude est la seule dans ce domaine pour l'instant. Ainsi, plus de recherche est nécessaire afin de mieux identifier les composantes d'un programme pouvant mener à un impact positif chez les patients et de mieux concevoir ce type de programme afin d'améliorer les retombées pour ceux-ci (33).

Une étude a également été réalisée afin d'obtenir la perspective des pharmaciens quant à un programme de restriction mis en place en Caroline du Nord (27). Dans cette étude, 12 pharmaciens ont été interrogés sur des thèmes portant sur l'organisation et l'implantation du programme, sur l'efficacité perçue et sur l'acceptabilité par les pharmaciens et les patients. Une

des grandes conclusions est que, bien que l'expérience soit en général positive avec le programme, les répondants doutent des impacts de celui-ci (27). On soulève que ce type de programme peut être nuisible aux patients ayant diverses pathologies complexes nécessitant la consultation de plusieurs spécialistes pour la prise en charge de leur condition. Restreindre cette catégorie de patient à un seul prescripteur peut être une technique désavantageuse afin de prendre en charge des besoins de santé complexe (27). De plus, les pharmaciens ont rapporté un fort désir pour une communication améliorée des administrateurs du programme afin de diminuer le manque de compréhension du programme et de ses objectifs (27).

Finalement, selon l'éditorial rédigé par Roberts *et al.* en 2016 dans le *American Journal of Public Health*, les seules conclusions pouvant ressortir de l'analyse générale des programmes de jumelage sont que (20) :

- Les réclamations d'ordonnances d'opioïdes diminuent;
- Les réclamations pour des services médicaux diminuent;
- Les dépenses d'assurance diminuent.

Ainsi, il est difficile de statuer sur l'avantage et sur l'impact de ces programmes dans une perspective de santé publique.

2.2.3 Indications et encadrement proposés dans la littérature

Face à l'absence de données démontrant que les programmes de restriction constituent un mécanisme efficace pour lutter contre la mauvaise utilisation et les décès par surdose de médicaments d'ordonnance, l'American Society of Addiction Medicine a publié un avis sur le sujet et conseille une très grande prudence quant à leur utilisation (34). Ainsi, elle propose de porter attention à trois points en particulier :

- Les programmes d'assurance décidant d'utiliser un programme de restriction devraient s'assurer de concevoir le programme de manière à encourager les bonnes habitudes et à soutenir l'utilisation appropriée des médicaments plutôt que de s'opérer simplement dans un objectif de réprimande.
- Plus de recherche est nécessaire afin de déterminer les critères d'inclusion des patients à risque.
- Les programmes devraient prévoir des mesures d'accommodements pour l'inscription et la désinscription au programme, particulièrement pour des patients ayant certaines pathologies nécessitant l'utilisation de plusieurs services de santé.

De plus, l'organisation indépendante à but non lucratif The PEW Charitable trusts a réuni en 2016 un groupe de 11 experts afin de se pencher sur des recommandations pour améliorer les programmes de restriction (18). Ces recommandations sont basées sur l'opinion des experts et sur un sondage distribué à l'ensemble des programmes Medicaid aux États-Unis afin de révéler

les variabilités dans la structure et les caractéristiques des programmes de restriction (23). Au total, cinq recommandations ont été émises :

- Les programmes de restriction devraient affecter les usagers à la fois à une pharmacie et à un prescripteur pour obtenir des ordonnances de substances contrôlées plutôt que seulement un des deux, cela dans un objectif de renforcer la coordination des soins aux patients et aider à promouvoir l'utilisation sécuritaire des opioïdes.
- Les programmes de restriction devraient pouvoir avoir accès aux données des PDMP en plus de limiter l'utilisation du paiement en espèces pour des soins couverts. En effet, ce type de programme dépend principalement des données provenant du remboursement des ordonnances par l'assureur. Ainsi, l'application de cette recommandation permettra de réduire le contournement du programme par le patient. Les données des PDMP peuvent également être utilisées afin de surveiller la conformité des patients, des prescripteurs et des pharmacies aux restrictions imposées. Les membres du groupe d'experts ayant accès aux données de PDMP ont mentionné les avoir utilisées efficacement à cet effet (18).
- Les programmes de restriction devraient offrir aux patients inscrits des services supplémentaires afin d'améliorer l'ensemble des soins de santé de ces personnes et d'assurer une prise en charge globale de la santé du patient. Par exemple : donner des références pour des traitements associés aux troubles d'utilisation de substances ou pour des spécialistes dans le traitement de la douleur, fournir des informations sur l'utilisation appropriée des médicaments et sur l'importance de n'utiliser qu'une seule pharmacie ou un seul prescripteur.
- Les programmes de restriction devraient inclure le plus large éventail possible de médicaments à potentiel d'utilisation abusive.
- Les programmes de restriction devraient établir des critères d' enrôlement mieux définis. Les critères les plus utilisés pour l' enrôlement des patients sont d'avoir visité un certain nombre de pharmacies, d'avoir consulté un certain nombre de prescripteurs et d'avoir obtenu un certain nombre d'ordonnances sur une période de temps précise. Plusieurs autres ont également été identifiés (23). Le groupe d'experts a convenu de la nécessité de déterminer quels critères sont les plus efficaces, mais que plus de recherche est nécessaire pour parvenir à un consensus sur les critères menant aux meilleures pratiques.

En plus de ces deux rapports, d'autres auteurs ont relevé les points suivants basés sur leurs travaux afin d'optimiser les programmes de restriction :

- Optimiser les critères d'inclusion à un tel programme afin d'inclure seulement les patients qui en bénéficieraient le plus, c'est-à-dire ceux avec les plus grands risques d'abus et de mésusage (20, 24). Les critères d'admissibilité aux programmes actuels permettent seulement d'identifier les plus grands utilisateurs (20).
- Augmenter la sensibilisation des pharmaciens à l'objectif et aux politiques du programme, ainsi qu'à la résolution des obstacles potentiels aux soins des patients (27).

- Les administrateurs de programme devraient revoir le concept des programmes afin de créer des plateformes de services intégrés (prise en charge multidisciplinaire) pour les patients ayant des besoins physiques et psychologiques complexes (24).
- Les comportements de contournement tel le paiement en argent comptant justifient un plus grand recours à la consultation de PDMP afin d'identifier les patients à potentiel de mésusage de médicaments (24, 28).
- Puisqu'environ le tiers des patients inclus dans un programme de restriction ont eu un diagnostic de trouble d'utilisation de substance, il est possible de croire qu'une prise en charge globale et plus large des patients devrait être incluse aux programmes, par exemple l'accès à un traitement pour trouble d'utilisation de substance ou encore établir le pont entre différents services de gestion de la douleur ou des services en santé mentale devraient être offerts (19, 28). Ces stratégies pourraient éviter des conséquences non désirées des programmes de restriction et augmenter l'utilité de ces programmes (28).

Ainsi, bien que ce type de programme soit également largement instauré aux États-Unis, peu d'études ont été réalisées afin d'évaluer la conception et l'efficacité des programmes de restrictions. En effet, il n'existe aucune évidence de la contribution des programmes de restriction comme intervention de santé publique dans l'objectif de combattre les enjeux de santé publique sur les opioïdes. Peu de littérature scientifique a été recensée et plusieurs des données discutées proviennent de la littérature grise et des évaluations internes des programmes. Les résultats sont orientés vers des retombées économiques concluant que ce genre de programme est efficace pour réduire les réclamations de substances contrôlées et diminuer les frais encourus par les assureurs (16, 18, 24). Certains documents plus récents ont tenté de fournir des analyses descriptives sur les ordonnances d'opioïdes suivant l'inclusion d'un patient dans un programme de restriction, mais les résultats présentés demeurent limités et les auteurs exposent le net besoin d'élaborer plus d'études en ce sens (28, 33).

De plus, bien que des services supplémentaires semblent nécessaires pour la prise en charge globale des patients inscrits à ces programmes, certains ont observé un refus de la part des patients à utiliser ce type de service (19). Cela constitue un défi supplémentaire dans la mise en place de ce genre de services complémentaires. Les responsables de programme doivent également s'interroger sur les opportunités d'améliorer l'inclusion des patients et les restrictions imposées. Cela doit inclure une meilleure éducation des patients enrôlés et des professionnels de la santé impliqués (prescripteurs et pharmaciens) à propos des objectifs de tels programmes (24). Également, des efforts doivent être fournis afin d'éviter les comportements de contournements.

En effet, ces comportements menacent l'efficacité des programmes de restrictions et constituent des limitations inhérentes au programme pour limiter et réduire l'approvisionnement des substances contrôlées sous ordonnance pour une utilisation inappropriée (24).

2.2.4 Comparaison avec la situation au Québec

Comme constaté avec le résumé des programmes ailleurs, il existe plusieurs différences entre l'opérationnalisation des programmes de restrictions opérés aux États-Unis et le programme Alerte au Québec. Premièrement, le programme Alerte est entièrement géré par l'OPQ et non pas par des assureurs ou l'État. Il repose essentiellement sur le jugement des pharmaciens sans critère précis, sauf dans les cas nécessitant une enquête par un responsable du programme, notamment lorsqu'il y a suspicion d'une ordonnance falsifiée. De plus, la revue de la littérature a mis en évidence que 90 % des patients inclus à un programme de restriction aux États-Unis l'étaient pour l'utilisation d'opioïdes (24). Cette démarcation n'est pas perceptible selon les données du programme Alerte, alors que 22 % des cas d'alerte concernent des stupéfiants et 39 % concernent l'ensemble des médicaments consommés par le patient (voir figure 4 p. 14). La mesure de contournement par le paiement des ordonnances en argent comptant comme décrit dans la littérature ne s'applique pas au Québec. Par contre, elle pourrait être considérée comme telle pour un patient qui n'est toujours pas inscrit au programme. En effet, certains assureurs refusent de couvrir, par exemple, les renouvellements trop hâtifs et pourraient donc indiquer au pharmacien un possible usage inapproprié de médicament par le patient. Dans ce cas, le pharmacien peut consulter le DSQ pour connaître les prescriptions inscrites au dossier du patient. De façon similaire, l'accès au PDMP dans 69 % des États américains permet également cette vérification (23). Toutefois, comme mentionné plus haut, les patients ont la possibilité de retirer leur consentement et ainsi empêcher la consultation des informations les concernant inscrites au DSQ (8). Ce refus pourrait ainsi être considéré comme une mesure de contournement des patients afin d'éviter que les pharmaciens connaissent leur consommation réelle de médicaments et ainsi éviter que ceux-ci les identifient comme candidat potentiel au programme Alerte. Finalement, le programme Alerte n'offre pas de support additionnel aux patients inclus au programme outre les soins pharmaceutiques. Ce rôle de prise en charge revient donc entièrement au pharmacien. Il serait pertinent de s'interroger si des mesures pourraient être mises en place, telles que le référencement à des services de traitement des TUO, la distribution de document d'information portant sur l'usage approprié des médicaments ou encore la possibilité d'orienter le patient vers des spécialistes dans le traitement de la douleur.

3 CONCLUSION

L'examen des documents disponibles sur le programme Alerte de l'OPQ a permis de dresser le portrait du programme tel qu'il est à l'heure actuelle. De plus, les statistiques descriptives permettent de faire des premiers constats concernant l'utilisation du programme et de son évolution depuis les dernières années. Bien qu'existant depuis 1985, divers efforts ont été déployés afin d'informer les pharmaciens sur l'application du programme Alerte. L'utilisation de celui-ci est illustrée par le nombre total d'alertes émises qui a presque doublé depuis 2003-2004. Par contre, le nombre de nouveaux patients semble plutôt stable avec une moyenne de 605 nouveaux patients annuellement. Également, une diminution du nombre d'alertes émises pour les fausses ordonnances ou les ordonnances falsifiées de 63 % et 36 % respectivement est observée. Les catégories de médicaments touchées sont sensiblement les mêmes chaque année et lorsque les patients ne sont pas restreints pour tous les médicaments, c'est la catégorie des stupéfiants qui semble la plus touchée par les alertes.

Ces premiers constats permettent une réflexion initiale afin d'assurer une utilisation judicieuse du programme. Par contre, les données disponibles pour dresser le portrait du programme provenaient seulement des statistiques tirées des rapports annuels de l'OPQ. Ainsi, l'analyse de celles-ci ne permettent pas de statuer dans quelles mesures le programme atteint ses objectifs et représente une limite de cet état de situation. Bien que ce projet soit réalisé dans le contexte de problématique de santé publique sur les opioïdes, le présent état de situation ne permet pas de mettre en relief dans quelle mesure le programme Alerte répond aux besoins générés. De plus, il n'est pas possible de connaître le niveau de participation des pharmacies de la province ou encore la contribution des pharmacies en établissement de santé. Également, bien que les autres professionnels de la santé soient appelés à participer au programme Alerte, nous ne connaissons pas l'ampleur de leur participation. Les enquêtes réalisées dans le cadre de ce projet permettront de dresser un portrait de l'utilisation par les pharmaciens et autres professionnels de la santé et ainsi soutenir l'interprétation des résultats décrits dans ce document. En effet, un questionnaire en ligne distribué à l'ensemble des pharmaciens inscrits au tableau de l'OPQ ainsi que des entretiens individuels avec des pharmaciens et autres professionnels de la santé ont été réalisés dans l'objectif de mesurer la portée, l'utilisation et l'appréciation du programme Alerte. Les résultats de ces enquêtes feront l'objet d'une seconde publication dans le cadre de ce projet. Ces résultats permettront de statuer sur les priorités et les défis à relever et d'identifier les actions spécifiques à prendre pour l'atteinte des objectifs du programme dans le contexte d'enjeux au sujet des opioïdes.

Comparable au programme Alerte, il existe au Canada et aux États-Unis plusieurs outils mis en place afin de répondre aux défis générés par les problématiques de santé publique sur les opioïdes (12). La lecture des documents disponibles sur ces programmes a permis de constater qu'il existe une grande variété de systèmes d'information et d'opérationnalisation. De plus, les particularités provinciales et nationales quant à l'accès aux données occasionnent une grande hétérogénéité dans leur conception.

Malgré ses limites, cette revue de la littérature a permis l'identification de certaines suggestions, élaborées par différents groupes d'experts, pour l'encadrement et la mise en place d'un tel programme. Entre autres, une meilleure identification des patients pouvant bénéficier de ce type de programme ainsi qu'une prise en charge multidisciplinaire des patients fait partie des recommandations émises. De plus, une optimisation des programmes de jumelage devrait être réalisée en s'assurant de réduire des comportements de contournement par les patients. Une sensibilisation des pharmaciens et autres professionnels de la santé aux objectifs du programme ainsi que l'évaluation des performances de tel programme est également nécessaire. Ainsi, la considération de ces recommandations pourra soutenir la réflexion qui mènera à l'élaboration de pistes d'action pour l'actualisation du programme Alerte.

D'un autre côté, l'absence d'études d'évaluation sur les programmes comparables empêche l'interprétation de l'efficacité et des impacts de ceux-ci. La plupart des documents recensés ne proviennent pas de la littérature scientifique, ce qui constitue également une limite à cette recherche. Il y a donc un besoin criant de recherche et d'études scientifiques afin de déterminer l'efficacité des différents programmes de restriction et leur potentiel à prévenir les abus de médicaments. Des études pourraient également évaluer les limites et les conséquences de telles restrictions à l'accès aux médicaments ayant un potentiel d'abus, particulièrement sur la santé des patients. En particulier, il serait intéressant d'identifier quels sont les risques que ces programmes dirigent les patients inscrits de façon non intentionnelle vers une autre voie pour l'obtention de médicaments dont, à titre d'exemple, l'obtention de médicaments dans la rue ou sur Internet, qui peuvent augmenter les risques associés à cette forme d'approvisionnement (35). Une réflexion pourrait également être réalisée afin de mettre en place des systèmes ou des infrastructures permettant l'accès à différentes sources de données dans l'objectif de produire des indicateurs de performance afin de réajuster les pistes d'action pour l'actualisation d'un tel programme.

BIBLIOGRAPHIE

Tous les documents consultés sur le programme Alerte proviennent du site Internet de l'OPQ (www.opq.org). À noter que ceux-ci sont disponibles dans la section membre de l'OPQ. Les rapports annuels sont quant à eux disponibles sur la page Web suivante : <https://www.opq.org/fr-CA/publications/rapports-annuels/>.

1. Gouvernement du Canada. Le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances 2019 [En ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2019. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/strategie-canadienne-drogues-substances/financement/programme-usage-dependances-substances.html>
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Stratégie nationale 2018-2020 pour prévenir et répondre aux surdoses d'opioïdes 2018 [En ligne]. Québec : Gouvernement du Québec; 2019. Disponible : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002016/>
3. Belzak L, Halverson J. The opioid crisis in Canada: a national perspective. Health Promot Chronic Dis Prev Can. 2018;38(6):224–33.
4. Ordre des pharmaciens du Québec. Programme Alerte 2018 [En ligne]. Québec : Ordre des pharmaciens du Québec; 2011. Disponible : <https://www.opq.org/fr-CA/pharmaciens/programme-alerte/>
5. Schöpfel J. Vers une nouvelle définition de la littérature grise : cahiers de la documentation [En ligne]. France : HAL; 2013. Disponible : https://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic_00794984/document
6. Institut canadien d'information sur la santé. Outil interactif de l'OCDE : comparaisons internationales [En ligne]. Canada : Institut canadien d'information sur la santé; 2018. Disponible : <https://www.cihi.ca/fr/outil-interactif-de-locde-pays-semblables-can>
7. Ordre des pharmaciens du Québec. Capsule d'information sur le Dossier de santé du Québec [En ligne]. Québec : Ordre des pharmaciens du Québec; 2011. Disponible : <https://opq.org/fr-CA/pharmaciens/nouvelles/2012-01-09-dossier-de-sante-du-quebec>
8. Gouvernement du Québec. Dossier santé Québec 2019 [En ligne]. Québec : Gouvernement du Québec; 2019. Disponible : <https://www.quebec.ca/sante/vos-informations-de-sante/dossier-sante-quebec/>
9. Patry K, St-Arnaud C. Prévenir les intoxications involontaires aux opioïdes : vigilance et surveillance [En ligne]. Québec : L'interaction; 2015. Disponible : https://console.virtualpaper.com/opq/interaction_vol4_no3/2015022701/#24/
10. Régie de l'assurance maladie du Québec. Manuel des pharmaciens [En ligne]. Québec : Régie de l'assurance maladie du Québec; 2018. Disponible : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/pharmaciens/manuels/Pages/manuel-pharmaciens.aspx>

11. Institut canadien d'information sur la santé. Tendances pancanadiennes en matière de prescription d'opioïdes et de benzodiazépines, de 2012 à 2017 2018 [En ligne]. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé; 2018. Disponible : <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/opioid-prescribing-june2018-fr-web.pdf>
12. Smith N, Quansah K, Fitzsimmons H. Opioides, benzodiazépines, stimulants et gabapentine : politiques et programmes, initiatives et pratiques au Canada en 2014 [En ligne]. Ottawa : Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé; 2014.
13. Pharmaceutical Services Division, Ministry of Health of British Columbia. PharmaCare Policy Manual 2012. Colombie-Britannique.
14. Institut national de santé publique du Québec. Programme de suivi et d'évaluation des ordonnances d'opioïdes et autres substances psychoactives au Québec – Étude de faisabilité [En ligne]. Québec : Institut national de santé publique du Québec; 2019. Disponible : <https://www.inspq.qc.ca/substances-psychoactives/projets/programme-suivi-evaluation-ordonnances>
15. Centers for Medicare and Medicaid Services. CMS' program history [En ligne]. États-Unis : Centers for Medicare and Medicaid Services; s. d. Disponible : <https://www.cms.gov/About-CMS/Agency-information/History/>
16. Roberts AW, Skinner AC. Assessing the present state and potential of Medicaid controlled substance lock-in programs. *J Manag Care Spec Pharm*. 2014;20(5):439–46.
17. Singleton TE. Missouri's lock-in: control of recipient misutilization. *J Medicaid Manage*. 1977;1(3):10–7.
18. The PEW Charitable Trusts. Patient review and restriction programs in Medicaid: Expert panel recommendations to help curb misuse of prescription drugs [En ligne]. États-Unis : The PEW Charitable Trusts; 2016. Disponible : <https://www.pewtrusts.org/en/research-and-analysis/issue-briefs/2016/12/patient-review-and-restriction-programs-in-medicaid>
19. Association for Community Affiliated Plans (ACAP). Strategies to reduce prescription drug abuse: Lessons learned from the ACAP SUD collaborative 2015 [En ligne]. États-Unis : ACAP; s. d. Disponible : <https://www.communityplans.net/research/strategies-to-reduce-prescription-drug-abuse-lessons-learned-from-the-acap-sud-collaborative/>
20. Roberts AW, Gellad WF, Skinner AC. Lock-In Programs and the Opioid Epidemic: A Call for Evidence. *Am J Public Health*. 2016;106(11):1918–9.
21. Naumann RB. Assessing sustained and differential impacts of North Carolina's Medicaid "Lock-in" program. 2017.
22. Community Care of North Carolina. Description of the Narcotic and Benzodiazepine Management Lock-In Program [En ligne]. Raleigh : Community Care of North Carolina; s. d. Disponible : <https://www.communitycarenc.org/media/files/nc-medicaid-lock-program.pdf>
23. The PEW Charitable Trusts. Curbing prescription drug abuse with patient review and restriction programs: learning from Medicaid agencies [En ligne]. Philadelphia: The PEW Charitable Trusts; 2016.

Disponible: <https://www.pewtrusts.org/en/research-and-analysis/issue-briefs/2016/03/curbing-prescription-drug-abuse-with-patient-review-and-restriction-programs>

24. Roberts AW, Farley JF, Holmes GM, Oramasionwu CU, Ringwalt C, Sleath B, *et al.* Controlled Substance Lock-In Programs: Examining an Unintended Consequence of a Prescription Drug Abuse Policy. *Health Aff Proj Hope*. 2016;35(10):1884–92.
25. Butler JM, Becker WC, Humphreys K. Big Data and the Opioid Crisis: Balancing Patient Privacy with Public Health. *J Law Med Ethics*. 2018;46(2):440–53.
26. Dreyer TRF, Michalski T, Williams BC. Patient Outcomes in a Medicaid Managed Care Lock-In Program. *J Manag Care Spec Pharm*. 2015;21(11):1006–12.
27. Werth SR, Sachdeva N, Roberts AW, Garrettson M, Ringwalt C, Moss LA, *et al.* North Carolina Medicaid recipient management lock-in program: the pharmacist's perspective. *J Manag Care Spec Pharm*. 2014;20(11):1122–9.
28. Naumann RB, Marshall SW, Lund JL, Gottfredson NC, Ringwalt CL, Skinner AC. Evaluating short- and long-term impacts of a Medicaid "lock-in" program on opioid and benzodiazepine prescriptions dispensed to beneficiaries. *Drug Alcohol Depend*. 2018;182:112–9.
29. Blake S, Feldhaus J, Hunter T, Rappaport H, Holt G, Medon P. PMD2 The Effect of the Louisiana Medicaid Lock-in on Prescription Drug Utilization And Expenditures. *Value Health*. 1998;1(1):72.
30. Hladilek MK, Howe MJ, Carr RM, Stone P. An overview of Wisconsin Medicaid quality. *Wis Med J*. 2004; 103(3):58–62.
31. Mitchell L. Pharmacy lock-in program promotes appropriate use of resources. *J Okla State Med Assoc*. 2009;102(8):276–276.
32. Glanz JM, Binswanger IA, Shetterly SM, Narwaney KJ, Xu S. Association Between Opioid Dose Variability and Opioid Overdose Among Adults Prescribed Long-term Opioid Therapy. *JAMA Netw Open*. 2019;2(4):e192613.
33. Naumann RB, Marshall SW, Gottfredson NC, Lund JL, Ringwalt CL, Skinner AC. Trajectories of dispensed prescription opioids among beneficiaries enrolled in a Medicaid controlled substance "lock-in" program. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2019; 28(1):16-24.
34. American Society of Addiction Medicine. Public Policy Statement on Patient Review and Restriction (PRR) Programs [En ligne]. Chevy Chase : American Society of Addiction Medicine; s. d. Disponible: https://www.asam.org/docs/default-source/public-policy-statements/11-2-public-policy-statement-on-prr-programs---updated.pdf?sfvrsn=5b5d74c2_0
35. Gouvernement du Canada. Achat de médicaments en ligne [En ligne]. Ottawa : Gouvernement du Canada; 2012. Disponible : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/achat-medicaments-entremise-internet.html>

ANNEXE 1 STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Stratégie de recherche Ovid		
#	Question	Résultats
3	1 or 2	48
2	((restriction adj4 program*) and (((controlled or monitored or prescri* or rx or therapeutic) adj (medication* or substance* or drug*)) or opioid* or narcotic* or "pain medication*" or (drug adj1 dependence))). ti, ab.	14
1	(lock-in adj program*). ti, ab.	34
	Bases de données interrogées : All EMB Reviews, Embase, Global Health, Ovid MEDLINE (R)	

Stratégie de recherche EBSCOhost		
#	Question	Résultats
3	S1 OR S2	12
2	TI ((restriction W3 program*) AND (((controlled OR monitored OR prescri* OR Rx OR therapeutic) W0 (medication* OR substance* OR drug*)) OR opioid* OR narcotic* OR "pain medication*" OR (drug W1 dependence)) OR AB ((restriction W3 program*) AND (((controlled OR monitored OR prescri* OR Rx OR therapeutic) W0 (medication* OR substance* OR drug*)) OR opioid* OR narcotic* OR "pain medication*" OR (drug W1 dependence))	3
1	TI (lock-in W1 program*) OR AB (lock-in W1 program*)	9
	Bases de données interrogées : CINAHL; Health Policy Reference Center; Psychology and Behavioral Sciences Collection	

ANNEXE 2 FORMULAIRE D'ENGAGEMENT PROGRAMME ALERTE



ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC

Présent pour vous

FORMULAIRE D'ENGAGEMENT

Programme Alerte

Ce formulaire est à l'usage du pharmacien. Ne pas remettre au patient.

À remplir par le pharmacien et à faire signer par le patient.

Une fois signé, une copie peut-être remise au patient.

J'autorise les pharmaciens en service à la pharmacie choisie, indiquée ci-dessous, à exécuter mes ordonnances.

Nom de la pharmacie choisie (nom du pharmacien propriétaire, PAS celui de la chaîne ou de la bannière)

Téléphone de la pharmacie

Adresse de la pharmacie

Ville

Catégories de médicaments visées	Médecin prescripteur unique pour la ou les catégories de médicaments visées
<input type="checkbox"/> Tous médicaments	Nom du médecin
<input type="checkbox"/> Stupéfiants (Opiacés)	Ville
<input type="checkbox"/> Drogues contrôlées	Signature du médecin
<input type="checkbox"/> Antidépresseurs, antipsychotiques	Numéro du membre
<input type="checkbox"/> Anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques	
<input type="checkbox"/> Autre(s), veuillez préciser : _____	

En conséquence, je demande à tous les autres pharmaciens et pharmaciennes du Québec de refuser de me servir la ou les catégories de médicaments indiquées ci-dessus.

Pour m'aider dans ma démarche, j'accepte que les autres pharmaciens du secteur soient avisés de la situation. Je suis informé que l'alerte durera au minimum un an à la même pharmacie et qu'elle pourra être levée sur la recommandation d'un pharmacien de la pharmacie choisie et/ou de mon médecin.

Nom du patient

Numéro d'assurance maladie ou date de naissance

Adresse du patient

Ville

Signature du patient

Téléphone du patient

Date

Signature du témoin (pharmacien, médecin)

Numéro de membre

VEUILLEZ TÉLÉCOPIER CE FORMULAIRE AU 514 284-5760

Confidentiel

À l'attention de la responsable du *programme Alerte*

Centre de référence et d'expertise
en santé publique depuis 1998



www.inspq.qc.ca