

Audit de performance

Mise en œuvre et surveillance de la Stratégie ontarienne relative aux opioïdes

// Rapport de l'auditeur indépendant



Table des matières

1.0 L'audit en bref	1
// Pourquoi nous avons effectué cet audit	1
// Notre conclusion	2
// Nos constatations	3
2.0 Contexte	12
2.1 Usage et abus d'opioïdes	12
2.2 La crise des opioïdes	12
2.3 Stratégie ontarienne relative aux opioïdes	16
3.0 Objectif et étendue de l'audit	19
4.0 Nos constatations	20
4.1 Stratégie ontarienne relative aux opioïdes	20
4.2 Site de SCT	29
4.3 TAO	38
4.4 Cliniques ARMD	45
4.5 Programmes de distribution de la naloxone	50
4.6 Surveillance des ordonnances et de la facturation des médecins	58
4.7 Pratiques émergentes	68
Recommandations et réponses de l'entité auditée	71
Critères d'audit	78
Approche d'audit	79
Opinion d'audit	81
Acronymes	82
Annexe 1 : Taux de décès (pour 100 000 personnes) imputables aux opioïdes, par bureau de santé publique, 2023	83
Annexe 2 : Indicateurs de rendement du ministère de la Santé pour la Stratégie relative aux opioïdes de 2016	84



1.0 L'audit en bref

// Pourquoi nous avons effectué cet audit

La crise des opioïdes en Ontario continue de s'aggraver, même depuis que le ministère de la Santé (ci-après « le Ministère ») a mis en œuvre la Stratégie relative aux opioïdes en 2016, alors que les décès et les visites aux services des urgences imputables aux opioïdes ont augmenté considérablement au cours de la dernière décennie (2014-2023), soit de près de 300 %. En 2023, en Ontario, les opioïdes étaient la cause de sept décès par jour en moyenne.

Initialement, la crise des opioïdes en Ontario était alimentée par la délivrance non nécessaire ou la prescription excessive d'opioïdes; toutefois, elle s'est depuis intensifiée en raison d'une augmentation de l'approvisionnement d'opioïdes illicites plus puissants, dont le fentanyl. Par conséquent, il est essentiel d'offrir l'accès à des services de traitement et de réduction des méfaits qui sont suffisants et appropriés pour lutter contre la crise des opioïdes. Parallèlement, la surveillance des ordonnances d'opioïdes demeure essentielle, car il s'agit, pour certaines personnes, de la première exposition aux opioïdes avant de progresser vers un approvisionnement d'opioïdes illicites beaucoup plus dangereux.

Le présent audit a porté sur quatre principaux types de services liés aux opioïdes :

- 1. Les sites de services de consommation et de traitement (SCT) :** Un espace où les gens peuvent consommer leurs propres substances, y compris des opioïdes, dans un cadre supervisé qui fournit des outils propres et stérilisés et du soutien en matière de prévention des surdoses, au besoin.
- 2. Le traitement par agonistes opioïdes (TAO) :** Un traitement médicamenteux pour aider les gens à réduire leur envie impérieuse de consommer des opioïdes et prévenir les symptômes de sevrage.
- 3. Cliniques d'accès rapide aux médicaments contre la dépendance (ARMD) :** Une clinique sans rendez-vous conçue de façon à réduire au minimum les obstacles pour accéder rapidement à des services de lutte contre les dépendances, sans avoir besoin d'un aiguillage ou d'un rendez-vous.
- 4. La naloxone :** Un médicament utilisé pour renverser temporairement les effets d'une surdose d'opioïdes.



// Notre conclusion

Nous avons conclu que le Ministère n'a pas établi de processus efficaces pour aborder les défis et l'évolution de la crise des opioïdes en Ontario. Plus précisément, le Ministère a omis :

- » d'assurer une mise en œuvre efficace de la Stratégie ontarienne relative aux opioïdes de 2016 et d'initiatives connexes qui répondent aux besoins des Ontariens;
- » d'assurer une supervision et une coordination efficaces de la prestation de services pour les personnes dépendantes aux opioïdes afin de s'assurer qu'ils sont équitables, intégrés, fournis en temps opportun, fondés sur des données probantes et conformes aux lois, aux politiques et aux ententes applicables;
- » d'assurer une surveillance adéquate et proactive des pratiques appropriées en matière de prescription et de délivrance d'opioïdes, et d'habiliter de telles pratiques, en conformité aux lois, aux politiques et aux normes applicables;
- » de bien mesurer le rendement des services que finance l'État pour les personnes qui ont besoin de services liés aux opioïdes, et n'en rend pas adéquatement compte publiquement;
- » de fournir une analyse de rentabilisation approfondie et fondée sur des données probantes pour le nouveau modèle de 2024, les carrefours d'aide aux sans-abri et de lutte contre les dépendances (HART), afin de s'assurer que ceux-ci répondent aux besoins des Ontariens.

Le Ministère a accepté les sept recommandations.

// Nos constatations

La Stratégie relative aux opioïdes de 2016 est désuète et ne tient pas compte de l'augmentation des risques et des besoins, même avec le nouveau modèle des carrefours

- Le Ministère a mis en œuvre la Stratégie relative aux opioïdes en octobre 2016 avec investissement de plus de 222 millions de dollars sur trois ans pour lutter contre la crise des opioïdes telle qu'elle se présentait à l'époque. Le Ministère n'a pas mis à jour la Stratégie relative aux opioïdes depuis cette date, le Ministère n'a pas fait de mise à jour globale de la Stratégie de façon à soutenir un engagement continu et une attention soutenue pour lutter contre cette crise.
- De plus, étant désuète, la Stratégie ne tient pas compte de problèmes actuels (par exemple, l'incidence disproportionnée de la crise sur des régions et des groupes démographiques particuliers), des risques émergents, y compris une augmentation de l'usage de plusieurs substances psychoactives (c'est-à-dire la consommation simultanée de plusieurs drogues telles que des opioïdes combinés à des stimulants ou des benzodiazépines), et de la disponibilité d'opioïdes plus puissants provenant des marchés illégaux.

La Stratégie relative aux opioïdes n'a pas de structure de responsabilisation et de direction clairement définie

- Différentes directions du Ministère et d'autres parties ont été chargées de la gestion de différents aspects de la lutte contre la crise des opioïdes. Cela comprend la prestation de conseils au gouvernement, l'établissement de politiques et de normes, la surveillance des fournisseurs de services, la surveillance de la prescription et de la délivrance d'opioïdes et la collecte de données sur les opioïdes. Aucune partie en particulier n'a été désignée pour diriger, superviser et coordonner les efforts. Aucun objectif précis n'a été établi pour les différentes parties, et on note une absence de surveillance ou d'évaluation continue du rendement et des résultats.

// Nos constatations

Des lacunes en matière de suivi des données ont compliqué la planification, la surveillance et l'amélioration des services de lutte contre les dépendances

- Les mesures du rendement fondées sur les résultats de la Stratégie relative aux opioïdes n'ont pas fait l'objet d'un suivi et de rapports de façon constante. Le Ministère a défini 24 indicateurs de rendement pour surveiller et évaluer les résultats et les progrès de la Stratégie. Vingt de ces indicateurs avaient été cernés il y a cinq ans dans le cadre de notre audit de 2019 sur les Programmes de traitement des dépendances. Sur ces 24 indicateurs, seulement 10 ont fait l'objet d'un suivi constant. Les 14 autres indicateurs n'ont jamais fait l'objet d'un suivi ou de rapports de façon constante pour montrer l'incidence des traitements ou des services spécifiques. Ces indicateurs comprennent, entre autres, le nombre et le taux de visites à l'urgence en raison d'une surdose d'opioïdes; le pourcentage de gens à qui on a prescrit des opioïdes et qui ont développé une dépendance aux opioïdes; le nombre et la proportion de patients qui ont été aiguillés à partir d'une clinique d'accès rapide aux médicaments contre la dépendance (ARMD) vers un établissement de soins primaires; et le nombre de visites de clients aux sites de SCT.
- En 2020, le Ministère a créé, au sein de Santé Ontario, le Centre d'excellence en santé mentale et en lutte contre les dépendances (MHA CoE), avec le mandat prescrit par la loi de mettre en œuvre la stratégie Vers le mieux-être, qui constitue la stratégie élargie de la province pour transformer le système de santé en ce qui a trait aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances.
- Cette stratégie comprenait notamment une initiative numérique pluriannuelle de gestion des données visant à normaliser la collecte de données provinciales sur la santé mentale et les dépendances, et à améliorer l'exactitude, l'exhaustivité et la fiabilité des données recueillies. Bien que la stratégie soit maintenant en place depuis quatre ans, le Centre d'excellence ne dispose toujours pas de données fiables, validées et normalisées. En raison du manque de données sur les besoins en services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, et du manque de données sur la disponibilité et la qualité des services existants, il est difficile de cerner les lacunes en matière de services et de planifier, de fournir, de surveiller et d'améliorer avec exactitude les services offerts aux personnes qui ont une dépendance aux opioïdes et des problèmes de santé mentale concomitants.

» **Recommandation 1**

// Nos constatations

La décision de modifier les services de consommation supervisée a été prise en l'absence d'une planification adéquate, d'une analyse d'impact ou de consultations publiques appropriées

- Au cours de notre audit, le 20 août 2024, le Ministère a annoncé publiquement son intention de proposer à l'automne 2024 une nouvelle loi qui, si elle était adoptée, interdirait l'établissement et l'exploitation de services de consommation supervisée à moins de 200 mètres des écoles ou des garderies (la « zone tampon ») et entraînerait la fermeture de 10 sites qui offrent actuellement de tels services d'ici le 31 mars 2025.
- Le Ministère a l'intention d'investir davantage dans un nouveau modèle de « carrefours d'aide aux sans-abri et de lutte contre les dépendances » (HART), c'est-à-dire des logements avec services de soutien et de traitement. Contrairement aux sites de SCT, ces carrefours n'offriront pas certains services essentiels de réduction des méfaits tels que des services de consommation supervisée ou des programmes d'échange d'aiguilles, bien que ces services aient prouvé leur utilité pour prévenir les décès par surdose. Par exemple, en 2022-2023 seulement, les 10 sites qui fermeront leurs portes après l'adoption de la nouvelle loi avaient permis de prévenir des décès lors des plus de 1 500 surdoses survenues sur place.
- L'investissement de 378 millions de dollars du Ministère pour les carrefours d'aide aux sans-abri et de lutte contre les dépendances a été décidé sans évaluation fondée sur les besoins.
- Le Ministère n'a élaboré aucun plan exhaustif pour évaluer et quantifier les répercussions sur la santé publique et le système de santé de l'Ontario (par exemple, une augmentation potentielle des surdoses et des visites aux services des urgences) avant de finaliser sa décision d'adopter une nouvelle loi.
- Le Ministère n'a pas non plus mené de consultations officielles auprès des parties prenantes externes touchées, dont les utilisateurs des sites qui seront fermés et les populations à risque élevé, y compris les collectivités du Nord, les populations autochtones et les jeunes.

// Nos constatations

L'accès aux services de consommation supervisée dans les régions où les besoins sont élevés ou croissants a été réduit encore davantage sans analyse fondée sur des données probantes

- Avant la décision du Ministère de déposer un projet de loi pour fermer 10 sites de services de consommation supervisée et de traitement, plusieurs collectivités avaient présenté des demandes pour l'ouverture de tels sites, mais le processus d'approbation était lent. Avec les changements prévus annoncés en août 2024, le Ministère a confirmé que ces demandes en suspens ne seront pas approuvées, y compris celles de Timmins et de Sudbury, même si les taux de décès liés aux opioïdes dans ces régions avaient augmenté considérablement entre 2018 et 2023 (de 227 % à Timmins et de 184 % à Sudbury) et figuraient parmi les plus élevés de toutes les régions de l'Ontario, se classant respectivement aux deuxième et troisième rangs en 2023.
- Avec l'interdiction visant les services de consommation supervisée dans la zone tampon à la suite de l'adoption de la nouvelle loi, le seul site restant dans le Nord (à Thunder Bay, une région qui affichait le plus haut taux de décès imputables aux opioïdes en 2023) cessera également ses activités d'ici le 31 mars 2025. Les habitants du Nord de l'Ontario n'auront donc plus accès à des services de consommation supervisée à l'avenir.

» **Recommandation 2**

L'accès aux soins complets par l'entremise des fournisseurs de TAO était limité

- Il est important d'offrir aux utilisateurs d'opioïdes l'accès à des soins complets (ou « services enveloppants »), car plusieurs utilisateurs qui ont besoin d'un TAO bénéficieraient également d'autres services (par exemple, des soins primaires, du counseling et du soutien social) pour répondre à leurs besoins concomitants en matière de santé mentale et de soins de santé. Seuls certains fournisseurs du TAO offrent ces services. Par exemple, les deux plus grandes chaînes de cliniques de TAO (comptant respectivement 73 et 123 emplacements) fournissent principalement des médicaments à leurs patients et aucun des autres services.
- Bien que le Ministère ait été informé de cette préoccupation il y a huit ans, il n'a pas examiné ni évalué si des changements doivent être apportés au modèle actuel de prestation des services pour s'assurer que les gens ont accès à tous les services nécessaires.

// Nos constatations

L'amorce d'un TAO dans les établissements de soins primaires et les services d'urgence était peu fréquente, malgré les avantages

- Notre examen des données sur les fournisseurs de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances a révélé que la disponibilité du TAO dans le secteur des soins primaires était limitée. À l'échelle de l'Ontario, seulement 187 % (3 sur 2) des équipes de santé familiale, c'est-à-dire des organismes de soins primaires qui fournissent des services de santé à leur collectivité, ont été classées comme offrant des services de traitement des dépendances comme le TAO.
- Malgré l'augmentation continue du nombre de visites aux services des urgences liées aux opioïdes, un certain nombre d'hôpitaux n'amorcent toujours pas de TAO à l'urgence, principalement en raison du manque de spécialistes en médecine des toxicomanies. En Ontario, seulement 1 patient sur 18 consommant des opioïdes a reçu un TAO à l'urgence ou après une admission à l'hôpital dans les 7 jours, soit la période critique présentant le risque de mortalité le plus élevé.
- Selon la norme de qualité relative au trouble lié à la consommation d'opioïdes qu'a élaborée Qualité des services de santé Ontario en 2018, les patients devraient avoir accès au TAO dans un délai maximal de trois jours.

» **Recommandation 3**

Le rendement des cliniques ARMD n'a pas été surveillé en raison d'un manque de données exactes et complètes

- Le processus de collecte de renseignements auprès des cliniques ARMD est fragmenté et incohérent à l'échelle de la province. Le niveau de détail des renseignements recueillis varie d'une clinique ARMD à l'autre en raison de l'absence d'exigences et de normes provinciales en matière de collecte et de déclaration des données, ainsi que du manque de données exactes et complètes sur les résultats pour les patients. Nous avons aussi noté l'absence de paramètres de qualité pouvant permettre de mesurer et de comparer le rendement de ces cliniques.

Les cliniques ARMD n'étaient pas disponibles ni accessibles dans toutes les collectivités où les besoins en services sont les plus élevés

- La majorité des cliniques ARMD ne sont pas ouvertes tous les jours et ont des heures d'ouverture limitées en raison de contraintes de financement et de dotation. Par exemple, plus de 15 % d'entre elles offraient seulement un accès sur rendez-vous, bien que ces cliniques aient été conçues pour offrir un accès sans obstacle, sans aiguillage ou sans rendez-vous.

// Nos constatations

- Parmi les 60 cliniques ARMD qui offraient un accès sans rendez-vous, plus de 60 % étaient ouvertes trois jours ou moins par semaine, et environ 50 % étaient ouvertes 10 heures ou moins par semaine. En raison du manque de données exactes et complètes, aucune évaluation à l'échelle de la province n'a été effectuée pour déterminer si les cliniques ARMD répondent suffisamment aux besoins pendant ces heures.
- Notre examen de l'emplacement des cliniques ARMD a révélé que certaines collectivités n'avaient pas accès à de telles cliniques, malgré les besoins importants. Par exemple, à Belleville, l'état d'urgence a été décrété en février 2024 en raison d'une crise des opioïdes, mais la clinique ARMD la plus proche se situe à Kingston, qui est à une heure de route. Le financement a été approuvé pour la mise sur pied d'une clinique ARMD à Belleville, qui a ouvert ses portes en août 2024.

» **Recommandation 4**

Les demandes de remboursement des pharmacies liées à la naloxone n'ont pas fait l'objet d'un suivi adéquat afin de cerner les pratiques de facturation incohérentes et inappropriées

- La surveillance des pharmacies est importante, car le Programme ontarien de distribution de naloxone en pharmacie (PODNP) est conçu de façon à réduire les obstacles (aucune ordonnance requise, collecte limitée de renseignements sur les bénéficiaires), ce qui pourrait accroître le risque de demandes de remboursement inappropriées.
- Parmi les 10 pharmacies que nous avons visitées au cours de l'audit, nous avons constaté que deux d'entre elles avaient occasionnellement présenté des demandes de remboursement lorsque des trousse de naloxone étaient commandées auprès de fournisseurs, et non lorsque ces trousse étaient distribuées aux clients, comme l'aurait exigé le programme. Le Ministère rembourse possiblement les pharmacies pour des trousse de naloxone qui n'ont pas encore été distribuées. Nos visites ont aussi révélé que le niveau de documentation à l'appui des demandes de remboursement liées à la naloxone varie d'une pharmacie à l'autre.

// Nos constatations

Les pratiques de distribution douteuses ou inhabituelles des pharmacies n'ont pas été traitées en temps opportun pour prévenir les abus potentiels dans le cadre du PODNP

- Notre examen des données sur les demandes de remboursement de 2019-2020 à 2023-2024 a révélé que la pharmacie qui avait distribué le plus de ces trousseaux avait accumulé près de 40 millions de dollars en demandes de remboursement pour la naloxone au cours de cette période de cinq ans. La pharmacie a fait l'objet de plaintes du public, et le pharmacien a fait l'objet d'enquêtes réglementaires de l'Ordre des pharmaciens pour inconduite.
- Nous avons aussi remarqué que certaines des pharmacies que nous avons visitées avaient distribué de la naloxone d'une manière qui pourrait ne pas être conforme à l'intention du programme. Par exemple, certaines pharmacies ont recouru à un marketing agressif (comme la sollicitation directe auprès d'entreprises locales) ou à des canaux en ligne sans la moindre demande de renseignements aux fins d'un suivi.
- Certaines de ces pratiques ont cessé après la publication d'un avis du Ministère, en février 2024, qui précisait que la distribution de trousseaux de naloxone doit avoir lieu dans les locaux physiques de la pharmacie. Nous avons toutefois constaté que cet avis était tardif, sachant que le Ministère avait été mis au courant des pratiques inhabituelles ou douteuses dès 2017.

» **Recommandation 5**

Les activités de prescription et de délivrance d'opioïdes n'ont pas fait l'objet d'une surveillance adéquate pour cerner les tendances préoccupantes

- Notre analyse des données sur la délivrance d'opioïdes de 2019-2020 à 2023-2024 a révélé certaines tendances préoccupantes. Par exemple, le nombre de fortes doses d'opioïdes délivrées (c'est-à-dire une dose quotidienne égale ou supérieure à 200 milligrammes d'équivalent morphine [MEM]) a augmenté de 147 % pour l'ensemble des utilisateurs et de 31 % chez les nouveaux utilisateurs au cours de cette période. De plus, pour près de 20 % des doses de benzodiazépines délivrées (substances souvent utilisées comme sédatifs et tranquillisants), un opioïde avait aussi été délivré à la même personne au moins une fois dans les sept jours. La consommation simultanée de benzodiazépines et d'opioïdes peut accroître le risque de surdose.

// Nos constatations

Les renseignements sur les activités de prescription et de délivrance d'opioïdes n'ont pas été communiqués régulièrement aux ordres de réglementation à l'appui de leurs travaux d'application de la loi

- Malgré le risque associé à la consommation inappropriée d'opioïdes, le Ministère et les ordres de réglementation n'ont pas collaboré pour détecter activement les tendances anormales afin de dissuader les professionnels de la santé de prescrire ou de délivrer des opioïdes de façon inappropriée. De plus, depuis 2018, le Ministère n'a tenu aucune tribune régulière visant à mobiliser les ordres de réglementation et d'autres parties prenantes pour échanger des idées et explorer les façons d'optimiser l'utilisation des données sur la délivrance d'opioïdes.

Les prescripteurs et les distributeurs n'avaient pas tous accès en temps réel aux données sur la délivrance des médicaments

- L'historique de délivrance d'opioïdes d'une personne est disponible dans un répertoire provincial administré par le Ministère. Bien que ce répertoire fournisse des données essentielles pouvant éclairer les décisions de prescription ou de délivrance d'opioïdes, ce ne sont pas tous les médecins et pharmaciens qui y sont inscrits afin d'y accéder, car ce n'est pas obligatoire.
- Les dentistes peuvent, eux aussi, prescrire des opioïdes, mais ne sont pas admissibles à l'accès à ce répertoire.

La surveillance des factures des médecins pour des services médicaux liés à la toxicomanie a continué de faire défaut

- Les experts en toxicomanie se sont dits préoccupés par le fait que les médecins planifient des consultations excessives et des analyses d'urine auprès des patients afin de maximiser leur facturation selon le modèle de rémunération à l'acte. Nous avons aussi soulevé cette question, il y a quatre ans, dans notre audit de 2020 sur les soins virtuels : Utilisation des technologies de communication pour les soins aux patients.
- Notre examen des factures de médecin les plus élevées pour des services liés à la toxicomanie corrobore cette situation, car nous avons relevé des cas où des médecins facturaient un nombre déraisonnablement élevé de visites de patients par jour. Par exemple, en 2023-2024, un médecin aurait vu en moyenne 113 patients en personne et 74 virtuellement par jour pour des services de médecine des toxicomanies (c'est-à-dire environ 2,5 minutes par patient au cours d'une journée de travail de 8 heures), et avait facturé près de 1,8 million de dollars pour la prestation de ces services. Le Ministère avait effectué un nombre limité d'examen ou d'audits des pratiques de ces médecins dont les factures étaient les plus élevées.

// Nos constatations

- Les cas de médecins qui voient un grand nombre de patients par jour soulèvent également des préoccupations sur le plan de la qualité et de l'exhaustivité des soins fournis, compte tenu du temps limité qu'un médecin pourrait consacrer à chaque patient.

» Recommandation 6

Des pratiques émergentes existent en vase clos et doivent être évaluées

- Les fournisseurs de services de l'Ontario et d'autres provinces ont commencé à offrir d'autres formes de traitement, comme l'approche SOS, une approche de réduction des méfaits, et le traitement par agonistes opioïdes injectables (TAOi), qui offre une solution de rechange aux personnes pour qui les formes courantes de TAO avec un médicament oral (c.-à-d. méthadone ou suboxone) ne se sont pas avérées efficaces. Malgré cela, le Ministère n'a pris aucune mesure pour évaluer l'ampleur de l'adoption, de l'efficacité, des résultats et des risques de ces pratiques émergentes et des pratiques d'autres administrations, comme l'approche de traitement adoptée en Alberta.

» Recommandation 7



2.0 Contexte

2.1 Usage et abus d'opioïdes

Les opioïdes sont une catégorie de médicaments habituellement prescrits pour soulager la douleur. Il existe plus de 100 différents types d'opioïdes. Des exemples d'opioïdes, par ordre de puissance du plus fort au plus faible, sont le fentanyl, la buprénorphine, l'hydromorphone, l'héroïne, la méthadone, l'oxycodone, la morphine et la codéine.

Lorsqu'ils sont prescrits et utilisés selon les directives, les opioïdes peuvent être des analgésiques efficaces. Leur consommation abusive peut entraîner des sentiments d'euphorie (c'est-à-dire un « high »). En cas d'utilisation prolongée, de mauvais usage ou d'abus, les opioïdes peuvent entraîner une tolérance, une dépendance appelée trouble lié à la consommation d'opioïdes, la surdose et même la mort.

Les opioïdes peuvent être obtenus sur ordonnance auprès de professionnels de la santé, mais aussi sur le marché des drogues illicites, où ils sont souvent plus forts ou contaminés par d'autres substances pouvant poser un risque encore plus grave pour la santé, mais aussi causer la mort.

2.2 La crise des opioïdes

Le manque d'éducation sur les risques associés à la consommation d'opioïdes, aux prescriptions inappropriées et à la prolifération d'opioïdes illicites pouvant être achetés a entraîné une crise des opioïdes dans de nombreuses administrations au Canada, y compris en Ontario. Une crise des opioïdes fait référence au nombre croissant de préjudices et de décès attribuables à la surutilisation, à l'utilisation abusive ou à l'abus d'opioïdes.

Cette crise n'est pas unique au Canada et constitue une préoccupation de santé publique à l'échelle mondiale. Selon les dernières estimations de l'Organisation mondiale de la santé, environ 125 000 personnes à l'échelle mondiale sont mortes d'une surdose d'opioïdes en 2019.

Les répercussions de la crise des opioïdes au Canada ont été considérables, causant non seulement plus de décès, mais créant aussi un fardeau économique pour l'ensemble de la société. Bien que l'attribution d'une valeur économique à la vie des gens ne reflète pas l'impact de la dépendance aux opioïdes, en 2023, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances a publié un rapport qui présentait les coûts estimatifs de la consommation de substances au Canada par province de 2007 à 2020. Les coûts attribuables aux opioïdes en Ontario étaient estimés à plus de 2,7 milliards de dollars en 2020, soit plus du double de ce qu'ils étaient en 2007 (1,3 milliard de dollars). Près de 75 % de ces coûts étaient liés à la perte de productivité causée par le fait que des personnes meurent à un jeune âge de la consommation d'opioïdes. Les 25 % restants étaient liés aux soins de santé, à la justice pénale et à d'autres coûts directs.

2.2.1 La crise des opioïdes en Ontario

Selon les données publiées par l'Agence de la santé publique du Canada, la crise des opioïdes en Ontario s'est intensifiée au cours des dernières années, comme ce fut aussi la tendance à l'échelle mondiale. Entre 2016 (année du lancement de la Stratégie ontarienne relative aux opioïdes – voir la **section 2.3**) et 2023, le nombre de décès liés aux opioïdes en Ontario a augmenté d'environ 205 %, soit un peu plus que le taux national de 200 %. De plus :

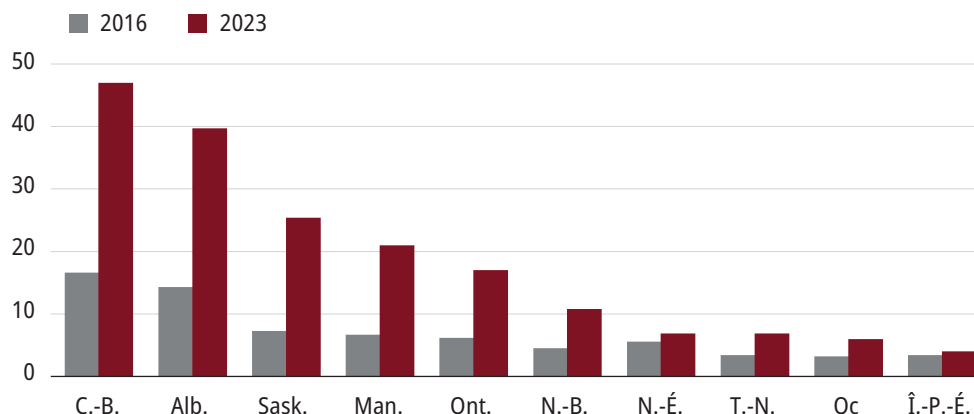
- » Environ le tiers (35 %) de tous les décès liés aux opioïdes au Canada entre 2016 et 2023 sont survenus en Ontario; En 2023, en Ontario, les opioïdes étaient la cause de sept décès par jour en moyenne (pour un total de 2 647 décès).
- » Par habitant, l'Ontario se classait au cinquième rang du Canada derrière la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba en 2023, avec un taux de décès imputables aux opioïdes d'environ 17 pour 100 000 personnes, en hausse par rapport à environ 6 pour 100 000 personnes en 2016 (voir la **figure 1**).

2.2.2 Tendances et changements

La crise des opioïdes en Ontario était initialement le résultat d'une hausse marquée du nombre d'ordonnances d'opioïdes. La crise s'est ensuite aggravée avec une disponibilité accrue d'opioïdes puissants sur le marché des drogues illicites, comme le fentanyl, ainsi que d'une prévalence accrue de l'usage de plusieurs substances psychoactives, c'est-à-dire que plusieurs drogues sont prises simultanément, que ce soit par approvisionnement illégal ou par choix. D'après notre examen des données de Santé publique Ontario, les décès et les visites aux services des urgences imputables aux opioïdes ont augmenté considérablement au cours de la dernière décennie, soit de 292 % dans le cas des décès (passant de 676 en 2014 à 2 647 en 2023) et de 296 % dans le cas des visites aux urgences (passant de 3 347 en 2014 à 13 267 en 2023) (voir la **figure 2**).

Figure 1 : Taux de décès liés aux opioïdes par province, 2016 et 2023 (pour 100 000 personnes)

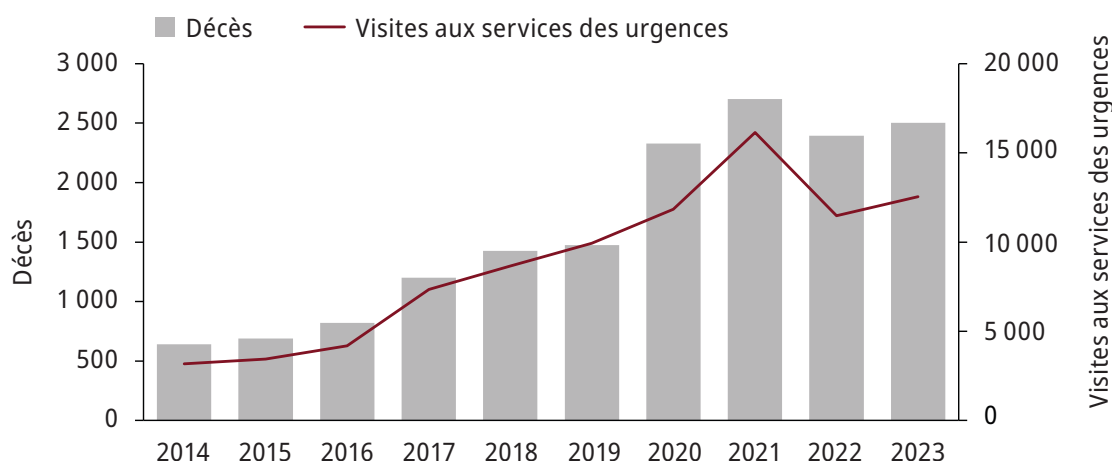
Source des données : Agence de la santé publique du Canada



Remarque : Ce chiffre ne comprend pas les données des Territoires du Nord-Ouest, du Nunavut et du Yukon, étant donné la petite taille de la population de ces territoires. Certaines données sont fondées sur des enquêtes en cours menées par des coroners et des médecins légistes et sont sujettes à changement.

Figure 2 : Visites aux services des urgences et décès imputables aux opioïdes en Ontario, 2014-2023

Source des données : Santé publique Ontario



Remarque : Les données sur les décès pour 2022 et 2023 sont préliminaires et susceptibles de changer.

Pendant la pandémie de COVID-19, les visites aux services des urgences et les décès imputables aux opioïdes ont affiché une forte hausse en 2020 pour atteindre un sommet en 2021 en raison de nombreux facteurs, dont la consommation accrue de substances comme moyen de composer avec le stress, la réduction de l'accès aux soutiens et aux services de soins de santé pour les personnes qui consomment des drogues, et la toxicité accrue de l'approvisionnement en drogues illicites. Tous ces facteurs ont contribué à exacerber la crise.

Comme le montre la **figure 2**, bien que les chiffres aient diminué en 2022 à mesure que les effets de la pandémie se sont atténués, ils étaient tout de même beaucoup plus élevés qu'en 2019. Puis, en 2023, les chiffres ont recommencé à augmenter. Une augmentation de la toxicité des drogues illicites et des cas d'usage de plusieurs substances psychoactives a continué de contribuer à cette tendance à la hausse.

2.2.3 Variations démographiques et géographiques

Bien que la crise des opioïdes ait touché des personnes de tous les milieux, elle a touché davantage certains groupes démographiques et certaines collectivités de l'Ontario. Plus particulièrement :

- » Les personnes âgées de 30 à 59 ans représentaient 73 % des décès liés aux opioïdes en 2023, ce qui est nettement supérieur à la proportion de la population pour ce groupe d'âge (environ 40 % de la population ontarienne), tandis que les jeunes (15 à 24 ans) et les jeunes adultes (25 à 29 ans) représentaient respectivement environ 5 % et 9 % des décès liés aux opioïdes.
- » Au cours des dernières années, un certain nombre de collectivités de l'Ontario (dont Belleville, Hamilton, Kingston et Niagara) ont déclaré l'état d'urgence en raison de la crise des opioïdes et des défis connexes, comme les problèmes de santé mentale non traités et l'itinérance. Les collectivités du Nord, éloignées et rurales ont également été très touchées par la crise des opioïdes, ayant affiché le plus haut taux de décès liés aux opioïdes en 2023 (voir l'**annexe 1**).

2.3 Stratégie ontarienne relative aux opioïdes

En octobre 2016, le Ministère a publié la Stratégie pour prévenir la dépendance et les surdoses aux opioïdes (Stratégie relative aux opioïdes) afin de lutter contre la crise des opioïdes. En août 2017, le Ministère a annoncé un investissement de plus de 222 millions de dollars sur trois ans pour mettre en œuvre la Stratégie. En 2018-2019, le montant total du financement prévu pour la Stratégie relative aux opioïdes a été révisé à plus de 260 millions de dollars. La Stratégie relative aux opioïdes encadre l'intervention provinciale sous quatre piliers : les pratiques appropriées de prescription et la gestion de la douleur; la réduction des méfaits; le traitement; la surveillance et les rapports. (voir la [figure 3](#)).

Peu après la publication de la Stratégie relative aux opioïdes, la province a décidé de poursuivre une transformation plus vaste du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Une nouvelle stratégie provinciale, la feuille de route. Vers le mieux-être – un plan pour bâtir le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances de l'Ontario (la feuille de route Vers le mieux-être) – a été publiée en mars 2020.

Le Ministère a continué d'investir dans les services de lutte contre les dépendances dans le cadre de la feuille de route Vers le mieux-être grâce à un nouveau financement de base de plus de 168 millions de dollars de 2019-2020 à 2024-2025, avec des investissements supplémentaires de 90 millions de dollars par l'entremise du Fonds pour les services de lutte contre les dépendances de 2021-2022 à 2023-2024 et de 124 millions de dollars sur trois ans à compter de 2024-2025. La [section 4.1](#) du présent rapport fournit plus de détails sur la Stratégie relative aux opioïdes et la feuille de route Vers le mieux-être.

Les services liés aux opioïdes peuvent généralement être regroupés en deux domaines : le traitement et la réduction des méfaits. Bien que la majorité des administrations offrent une combinaison de services de traitement et de réduction des méfaits, leur orientation et leur affectation des ressources entre les deux domaines varient.

Comme le montre la [figure 1](#), la Colombie-Britannique et l'Alberta ont elles aussi été gravement touchées par la crise des opioïdes. Bien que les deux administrations offrent une gamme de services de traitement et de réduction des méfaits comme le TAO, la consommation supervisée, la naloxone à emporter et le traitement en établissement, elles accordent une importance différente à ces services et appuient différents modèles pour lutter contre la crise. Au départ, la Colombie-Britannique a adopté les services de réduction des méfaits en mettant à l'essai l'approche SOS (approvisionnement plus sécuritaire en opioïdes), qui vise à prescrire aux utilisateurs certains types d'opioïdes comme solution de rechange plus sûre aux opioïdes illicites. En revanche, l'Alberta a mis l'accent sur le traitement et le rétablissement, par exemple en élargissant les centres de traitement et le nombre de lits de réadaptation, mais n'a pas adopté l'approche SOS. L'Alberta abandonne également la consommation supervisée, l'un de ces sites devant être remplacé par des services de traitement.

Figure 3 : Quatre piliers de la Stratégie ontarienne relative aux opioïdes de 2016

Source des données : Ministère de la Santé

Pilier	But	Population cible
1. Prescription appropriée et gestion de la douleur	Amélioration des compétences des fournisseurs en matière de prescription, et prestation de meilleurs soins pour les personnes souffrant de douleur aiguë et chronique.	Les personnes qui utilisent des opioïdes prescrits pour soulager la douleur peuvent avoir besoin d'une autre solution de gestion de la douleur, d'une prescription appropriée et d'un plan de réduction des doses.
2. Traitement	Meilleur accès à des soins complets en toxicomanie pour les personnes souffrant d'un trouble lié à la consommation d'opioïdes.	Les personnes ayant une dépendance aux opioïdes qui souhaitent obtenir un traitement peuvent avoir besoin d'un accès à des services complets de santé mentale et de lutte contre les dépendances.
3. Réduction des méfaits*	Amélioration des résultats en matière de santé pour les personnes qui consomment des substances, et meilleur accès aux services de réduction des méfaits.	Les personnes qui consomment des opioïdes illicites peuvent avoir besoin de mesures de soutien pour réduire les méfaits qui en découlent et pour être mises en contact avec les services sociaux et de santé.
4. Surveillance et rapports	Meilleur accès aux données nécessaires pour permettre aux partenaires du système de santé de planifier des interventions efficaces afin de contrer et prévenir les surdoses d'opioïdes.	Les partenaires du système de santé ont besoin des données nécessaires afin de planifier des interventions efficaces pour contrer et prévenir les surdoses d'opioïdes.

* La réduction des méfaits est une approche fondée sur les faits et axée sur le client qui vise à réduire les répercussions négatives sur la santé ainsi que sur le plan social qui sont associées aux dépendances et à la consommation de substances, sans nécessairement requérir que les personnes qui consomment des substances s'abstiennent ou cessent de le faire.

En Ontario, la Stratégie relative aux opioïdes était initialement davantage axée sur la réduction des méfaits, y compris l'élargissement de services éprouvés de réduction des méfaits comme la distribution de naloxone et les sites de SCT. La **figure 4** donne un aperçu des quatre principaux types de services liés aux opioïdes abordés dans le présent audit.

Alors que notre audit était en cours, la province a démontré son intention de transférer les ressources liées à la réduction des méfaits au traitement et au rétablissement – comme en témoigne une annonce faite le 20 août 2024, dans laquelle la province a proposé une nouvelle loi qui interdirait les sites de SCT situés à moins de 200 mètres des écoles et des garderies – et investirait plutôt 378 millions de dollars sur une période de 4 ans (2024-2025 à 2027-2028) pour 19 nouveaux carrefours d'aide aux sans-abri et de lutte contre les dépendances (voir la **section 4.2.1**).

Figure 4 : Les quatre principaux types de services liés aux opioïdes abordés dans cet audit

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Service lié aux opioïdes	Description	Approche		Section du rapport
		Traitement	Réduction des méfaits	
Site de SCT ¹	Un espace où les gens peuvent consommer leurs propres substances, y compris des opioïdes, dans un cadre supervisé qui fournit des outils propres et stérilisés et du soutien en matière de prévention des surdoses, au besoin.		✓	4.2
TAO ²	Un traitement médicamenteux pour aider les gens à réduire leur envie impérieuse de consommer des opioïdes et prévenir les symptômes de sevrage.	✓	✓	4.3
Clinique ARMD	Une clinique sans rendez-vous conçue de façon à réduire au minimum les obstacles pour accéder rapidement à des services de lutte contre les dépendances, sans avoir besoin d'un aiguillage ou d'un rendez-vous.	✓		4.4
Naloxone	Un médicament utilisé pour renverser temporairement les effets d'une surdose d'opioïdes.		✓	4.5

1. Aussi appelés sites de consommation supervisée ou sécuritaire.

2. Selon l'*Orientation sur le traitement par agonistes opioïdes*, un document publié par le gouvernement du Canada, le TAO est à la fois un traitement et une initiative de réduction des méfaits.



3.0 Objectif et étendue de l'audit

L'objectif de notre audit consistait à évaluer si le ministère de la Santé dispose de processus et de procédés efficaces pour :

- » mettre en œuvre la Stratégie ontarienne relative aux opioïdes et des initiatives connexes qui répondent aux besoins des Ontariens;
- » assurer une supervision et une coordination efficaces de la prestation de services pour les personnes dépendantes aux opioïdes afin de s'assurer qu'ils sont équitables, intégrés, fournis en temps opportun, fondés sur des données probantes et conformes aux lois, aux politiques et aux ententes applicables;
- » surveiller les pratiques appropriées en matière de prescription et de délivrance d'opioïdes, et habiliter de telles pratiques, en conformité aux lois, aux politiques et aux normes applicables;
- » mesurer le rendement des services que finance l'État pour les personnes qui ont besoin de services liés aux opioïdes, et en rendre compte publiquement.

Notre audit a porté sur la réponse du secteur provincial de la santé à la crise des opioïdes, et non sur les efforts des services de police, qu'il s'agisse d'enquêtes ou d'application de la loi, liées aux activités criminelles se rapportant aux opioïdes. Plus précisément, notre audit a porté sur les deux domaines suivants :

- » la disponibilité, l'accessibilité et la coordination des services liés aux opioïdes et des autres services nécessaires qui sont financés et supervisés directement par le Ministère et offerts dans la collectivité;
- » la surveillance et le suivi par le Ministère des services liés aux opioïdes et de la facturation des médecins, ainsi que des pratiques de prescription et de délivrance d'opioïdes.

Pour plus de détails, voir nos [critères d'audit](#), notre [approche d'audit](#) et notre [opinion d'audit](#).



4.0 Nos constatations

4.1 Stratégie ontarienne relative aux opioïdes

4.1.1 La Stratégie relative aux opioïdes de 2016 est désuète et ne tient pas compte de l'augmentation des risques et des besoins, même avec le nouveau modèle des carrefours

Le Ministère n'a pas mis à jour la Stratégie holistique relative aux opioïdes de 2016 en vue de soutenir un engagement continu et une attention soutenue pour aborder les problèmes actuels et les risques émergents de la crise des opioïdes.

Comme il est mentionné à la **section 2.3**, peu après la publication de la Stratégie relative aux opioïdes, la province a décidé de poursuivre une transformation plus vaste du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances. En mars 2020, elle a lancé une nouvelle stratégie provinciale, la feuille de route Vers le mieux-être, qui prévoit un investissement de 3,8 milliards de dollars sur 10 ans.

La feuille de route Vers le mieux-être était fondée sur les recommandations du Comité spécial de la santé mentale et de la lutte contre les dépendances dans son rapport final de 2010, qui appelaient à la mise en place d'un système exhaustif en matière de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Cette approche systémique élargie ne comprenait pas de stratégie à jour spécifique, un élément essentiel pour lutter contre les circonstances particulières de la crise des opioïdes.

En mars 2024, le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario a publié son rapport annuel 2023, intitulé *Une question d'équilibre : Une approche mise en œuvre dans l'ensemble de la société à l'égard de la consommation de substances et de ses méfaits*. Ce rapport a soulevé l'importance de mettre en place des stratégies spécifiques aux substances pour lutter contre les tendances et les menaces pour la santé actuelles, qui varient d'une substance à l'autre. Ce rapport donne l'exemple de l'efficacité de la stratégie ontarienne relative aux produits du tabac, une stratégie spécifique à une substance qui est parvenue à modifier les normes sociales et à réduire le nombre de fumeurs en Ontario.

Notre examen des données sur les opioïdes, des rapports d'experts et des informations fournies par les parties prenantes a permis de cerner les préoccupations suivantes, qui témoignent de la nécessité de revoir et de renouveler la Stratégie relative aux opioïdes. Une telle mise à jour sera requise pour mettre en place un plan à long terme cohérent et adapté afin de s'attaquer à ce problème complexe et à renverser la tendance à la hausse des décès et des visites aux services des urgences imputables aux opioïdes, comme le montre la **figure 2**.

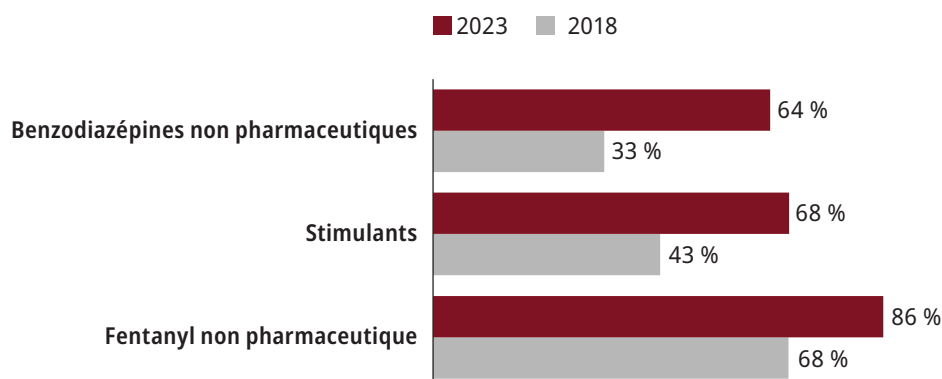
Les tendances à la hausse en ce qui concerne l'usage de plusieurs substances psychoactives et la consommation d'opioïdes illicites continuent de poser les principaux risques émergents, mais cela n'est pas pris en compte dans la Stratégie relative aux opioïdes ni dans le modèle des carrefours de 2024

Avant la publication de la Stratégie relative aux opioïdes, la crise des opioïdes était principalement attribuable à la délivrance non nécessaire et à la prescription excessive d'opioïdes. La crise s'est ensuite intensifiée avec l'approvisionnement en drogues illicites et la prévalence d'opioïdes puissants comme le fentanyl. Comme le montre la **figure 5**, une proportion croissante de décès liés aux opioïdes a impliqué le fentanyl non pharmaceutique (ou ses analogues), en cause dans 86 % des décès liés aux opioïdes en 2023, en hausse par rapport à 68 % en 2018.

Au cours des dernières années, la crise des opioïdes a également révélé des tendances complexes liées à l'usage de plusieurs substances psychoactives, la majorité des décès ayant impliqué le mélange d'opioïdes avec d'autres substances, comme des stimulants ou des benzodiazépines, intentionnellement ou non, en raison d'une contamination des substances. La **figure 5** montre que la proportion de décès ayant impliqué plusieurs substances a aussi augmenté entre 2018 et 2023.

Figure 5 : Substances en cause dans les décès liés aux opioïdes en Ontario, 2018 et 2023

Source des données : Bureau du coroner en chef de l'Ontario



La crise des opioïdes a continué d'avoir des répercussions disproportionnées sur certaines régions et certains groupes démographiques

Collectivités du Nord

Comme il est indiqué à l'**annexe 1**, les cinq bureaux de santé publique ayant affiché les plus hauts taux de décès liés aux opioïdes en 2023 étaient situés dans les collectivités du Nord (par exemple, Thunder Bay, Timmins et Sudbury). Ces taux de décès se situaient à environ de 37 à 55 pour 100 000 personnes, ce qui était environ deux à trois fois plus élevé que les taux moyens observés en Ontario, lesquels étaient d'environ 17 décès pour 100 000 personnes.

Les plus fortes hausses des taux de décès liés aux opioïdes sont aussi survenues dans ces collectivités du Nord, par exemple, le taux a augmenté de 227 % à Timmins et de 184 % à Sudbury entre 2018 et 2023.

Les mesures prises par le Ministère pour répondre aux besoins de ces collectivités ont été insuffisantes (voir la **section 4.2**). Le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario a soulevé des préoccupations semblables dans son Rapport annuel 2023 susmentionné, soulignant que le Ministère doit adapter les services aux besoins particuliers de ces régions nordiques, rurales et éloignées, notamment en collaborant avec les collectivités autochtones pour accroître l'accès à des services culturellement appropriés.

Populations plus jeunes

Bien que la province ait cerné l'importance des services de lutte contre les dépendances pour les jeunes, en partie au moyen de l'instauration en 2016 des carrefours bien-être pour les jeunes de l'Ontario (une initiative visant à offrir des services intégrés aux jeunes âgés de 12 à 25 ans), les décès liés aux opioïdes chez cette population ont continué d'augmenter, avec une hausse substantielle de 114 % entre 2016 (année de l'instauration de la Stratégie relative aux opioïdes) et 2023.

En outre, une étude menée en 2023 par des chercheurs de diverses universités de l'Ontario a révélé que bien que l'on ait observé une accélération du nombre de décès liés aux opioïdes chez les jeunes de 15 à 24 ans au cours de la dernière décennie, les taux d'accès au traitement contre la dépendance aux opioïdes ont diminué pour cette population. Cela indique que certains obstacles, comme la stigmatisation et le manque d'accès à des services pour les jeunes, sont toujours bien présents.

Aussi, le Centre de toxicomanie et de santé mentale a souligné que les jeunes de 15 à 24 ans sont plus susceptibles d'éprouver des troubles liés à la consommation de substances que tout autre groupe d'âge, mais aussi que la consommation d'opioïdes chez les élèves de la 7^e à la 12^e année constituait une préoccupation de santé publique. Dans son Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario pour 2023, 21,8 % des élèves ont déclaré avoir consommé des analgésiques opioïdes prescrits à des fins non médicales, une hausse importante par rapport à 11,0 % en 2019.

Les enjeux soulevés par les experts en 2016 n'ont pas été entièrement abordés et continuent d'exister

Avant de publier la Stratégie relative aux opioïdes, le Ministère avait mis sur pied le Comité consultatif du traitement à la méthadone et des soins, qui a publié un rapport contenant 30 recommandations portant sur un certain nombre de domaines, y compris l'accès, les normes de pratique, les jeunes, les collectivités autochtones, la réduction des méfaits ou la prévention des surdoses, le soutien à l'éducation et la recherche. Bien qu'il y ait eu certains progrès, nous avons constaté que de nombreuses recommandations clés n'avaient pas été pleinement mises en œuvre et que certains problèmes systémiques qu'avait soulevés le Comité il y a huit ans continuent d'exister. Voici des exemples :

- L'accès à des soins complets demeure limité, même si de nombreuses personnes ayant une dépendance aux opioïdes ont des besoins concomitants en matière de santé mentale et d'autres soins de santé qui nécessitent une gamme plus intégrée de services, y compris des traitements médicaux, des services de counseling en toxicomanie et en santé mentale, des soins primaires et des soutiens communautaires supplémentaires (voir la **section 4.3.1**).
- L'accès au TAO, qui est un type de traitement efficace et fondé sur des données probantes contre la dépendance aux opioïdes, demeure limité, surtout dans les collectivités nordiques, éloignées, rurales et autochtones, ainsi que dans les services des urgences et les milieux de soins primaires (voir la **section 4.3.2**).
- Les investissements provinciaux dans la recherche sur la crise des opioïdes et les options de traitement demeurent limités. La recherche sur les pratiques émergentes, les domaines d'études particuliers et les expériences d'autres administrations (par exemple, des stratégies efficaces de réglementation et d'éducation pour réduire les surdoses d'opioïdes, l'expérience des personnes liée à différents modèles de traitement, les facteurs influant sur les taux de poursuite du traitement, et le type de traitement optimal pour les jeunes) est importante pour orienter les cliniciens et les décideurs quant à l'approche optimale pour traiter les personnes et quant aux interventions efficaces pour lutter contre la crise des opioïdes (voir la **section 4.7.1**).

4.1.2 La Stratégie relative aux opioïdes n'a pas de structure de responsabilisation et de direction clairement définie

La feuille de route Vers le mieux-être 2020 du Ministère a souligné que « la fragmentation et la mauvaise coordination » comme faisant partie des principaux défis auxquels fait face le système de santé mentale et de lutte contre les dépendances, où « une mauvaise coordination de l'ensemble du système nuit à l'efficacité ainsi qu'à l'expérience des clients et de leur famille, car ils ont du mal à s'orienter entre les services ». Nous avons constaté que le système continue d'être fragmenté et que de nombreuses parties travaillent en vase clos, sans structure de responsabilisation et de leadership clairement définie à l'échelle provinciale. Un rapport publié par l'Association des municipalités de l'Ontario en juillet 2024, un rapport en anglais intitulé *The Opioid*

Crisis : A Municipal Perspective, a aussi souligné que les municipalités « ont un besoin urgent de leadership provincial et de mesures significatives » [traduction].

Différentes divisions ou directions du Ministère et d'autres parties du secteur de la santé ont été chargées de gérer et de superviser différents aspects des services de santé liés à la crise des opioïdes (voir la **figure 6**). Bien que chacune de ces parties ait ses propres responsabilités, nous avons constaté des lacunes et un manque de clarté en matière de responsabilisation, alors qu'aucune partie en particulier n'a été désignée comme responsable de la supervision et de la coordination du travail, qu'aucun objectif ou cible spécifique n'a été établi à l'intention des différentes parties, et qu'aucune surveillance ou évaluation continue du rendement et des résultats n'est effectuée (voir la **section 4.1.3**). Un tel flou en ce qui concerne les responsabilités a également été constaté dans plusieurs cas au cours de notre audit, où les diverses directions du Ministère avaient de la difficulté à se coordonner ou à indiquer quelle partie pouvait le mieux répondre à nos questions et à nos demandes.

4.1.3 Des lacunes en matière de suivi des données ont compliqué la planification, la surveillance et l'amélioration des services de lutte contre les dépendances

Manque d'uniformité en matière de suivi et de production de rapports pour les mesures axées sur les résultats de la Stratégie relative aux opioïdes

Bien que le Ministère ait financé un certain nombre d'initiatives et de services dans le cadre de sa Stratégie relative aux opioïdes, nous avons constaté que l'évaluation des répercussions et des résultats de la Stratégie était limitée, étant donné que peu de mesures du rendement faisaient l'objet d'un suivi et de rapports.

Comme nous l'avons souligné dans notre audit de 2019 sur les programmes de traitement des dépendances, le Ministère s'était appuyé, pour les deux premières années de la Stratégie relative aux opioïdes, sur des mesures des résultats, comme les décès, les visites à l'urgence et les hospitalisations liés aux opioïdes, afin d'en évaluer l'efficacité de façon générale. À l'avenir, le plan consistait à élaborer un ensemble d'indicateurs de rendement pour surveiller et évaluer les résultats globaux de la Stratégie, ainsi que les progrès d'initiatives précises pour chacun des quatre piliers de la Stratégie. En 2019, 20 indicateurs de rendement ont été déterminés.

Au cours de cet audit, nous avons effectué un suivi auprès du Ministère concernant l'état de la mise en œuvre de ces 20 indicateurs qui devaient faire l'objet d'un suivi il y a cinq ans. Nous avons constaté que le Ministère avait identifié quatre nouveaux indicateurs de rendement, ce qui a fait passer à 24 le nombre total d'indicateurs pertinents pour la Stratégie relative aux opioïdes (voir l'**annexe 2**). Seulement 10 des 24 indicateurs ont fait l'objet d'un suivi constant. Les 14 autres indicateurs n'ont pas fait l'objet d'un suivi ou de rapports de façon constante pour montrer l'incidence des traitements ou des services spécifiques. Ces indicateurs comprennent, entre autres, le nombre et le taux de visites à l'urgence en raison d'une surdose d'opioïdes; le pourcentage de gens à qui

Figure 6 : Principaux groupes gouvernementaux participant à la réponse provinciale à la crise des opioïdes

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Responsabilités principales	
Ministère de la Santé	
Division des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances¹	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des conseils stratégiques au gouvernement sur les questions de santé mentale et de toxicomanie. • Gérer le système provincial de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. • Trouver des façons de mieux coordonner les services de lutte contre les dépendances. • Collaborer avec les partenaires au niveau du système pour traduire l'orientation stratégique provinciale en services.
Direction des politiques et des stratégies relatives aux programmes de médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer une politique stratégique. • Superviser le financement public des médicaments. • Fournir un soutien stratégique aux programmes de médicaments.
Bureau du médecin hygiéniste en chef, Santé publique	<ul style="list-style-type: none"> • Établir des normes pour les bureaux de santé publique en matière de surveillance et de promotion de la santé, de réduction des méfaits et d'autres services pertinents à la crise des opioïdes. • Superviser les travaux relatifs aux politiques et aux programmes liés aux sites de SCT. • Fournir des conseils sur des questions de santé publique au secteur de la santé, au ministère de la Santé, aux autres ministères et au gouvernement provincial.
Direction des programmes provinciaux	<ul style="list-style-type: none"> • Superviser la prestation et la qualité des services de réduction des méfaits. • Gérer les relations de financement avec les bénéficiaires de paiements de transfert. • Fournir des conseils stratégiques au gouvernement sur les questions de réduction des méfaits. • Gérer le PODN.
Autres parties	
MHA CoE	<ul style="list-style-type: none"> • Aider la province à mettre en place un système complet et interconnecté de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances grâce à la feuille de route Vers le mieux-être de 2020. • Superviser la prestation et la qualité des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances.
Santé publique Ontario	<ul style="list-style-type: none"> • Gérer l'outil interactif sur les opioïdes, qui fournit au public des données sur la morbidité et la mortalité attribuables aux opioïdes.

Responsabilités principales

Bureau du coroner en chef de l'Ontario	<ul style="list-style-type: none"> • Mener des enquêtes sur les décès, y compris les décès que l'on soupçonne être liés aux drogues. • Recueillir des données et des renseignements supplémentaires sur les décès imputables à l'intoxication aux opioïdes, y compris les circonstances entourant le décès et les antécédents de traitement.
META:PHI²	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir les fournisseurs de soins de santé qui travaillent auprès des utilisateurs de substances au moyen d'outils cliniques et d'efforts d'éducation, de mentorat et de défense des intérêts. • Superviser les cliniques ARMD.

Remarque : Les principales responsabilités sont fondées sur l'information accessible au public provenant des sites Web du gouvernement de l'Ontario (par exemple, ontario.ca et infogo.gov.on.ca) et d'autres organismes financés par la province (par exemple, META:PHI, Santé publique Ontario et le réseau Ontario Drug Policy Research Network).

1. La tâche de coordonner la réponse aux opioïdes a été confiée à différentes divisions au fil du temps. Actuellement, cette responsabilité incombe à la Division des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances.
2. META:PHI, qui signifie « Mentoring, Education, and Clinical Tools for Addiction: Partners in Health Integration », est une initiative provinciale financée par le Ministère avec un soutien en espèces du Women's College Hospital.

on a prescrit des opioïdes et qui ont développé une dépendance aux opioïdes; le nombre et la proportion de patients qui ont été aiguillés à partir d'une clinique ARMD vers un établissement de soins primaires; et le nombre de visites de clients aux sites de SCT.

Nous avons demandé au Ministère pourquoi il n'avait pas fait un suivi systématique des 24 indicateurs, en particulier les 20 qu'il avait proposés il y a 5 ans. Le Ministère a indiqué que, moins d'un an après la publication de la Stratégie relative aux opioïdes, il avait commencé à planifier le lancement d'une stratégie pour une transformation plus vaste du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances, la feuille de route Vers le mieux-être (voir la **section 2.3**).

La feuille de route Vers le mieux-être visait à appuyer la collecte de données et la mesure du rendement que l'on envisageait avec Stratégie relative aux opioïdes, en établissant des normes à l'échelle du système, ainsi qu'en établissant l'infrastructure numérique requise pour recueillir ces données. Comme il est mentionné ci-dessous, ces travaux de base ne sont pas encore terminés.

Absence de données fiables et complètes pour évaluer les besoins, la disponibilité et l'efficacité des services de lutte contre les dépendances

Nous avons constaté que le manque de données fiables et complètes nuit à la capacité de la province de planifier, de surveiller et d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances dont ont besoin les personnes ayant une dépendance aux opioïdes et des problèmes de santé mentale concomitants.

En 2020, dans le cadre de sa décision de poursuivre une transformation plus vaste du système de santé mentale et de lutte contre les dépendances avec la feuille de route Vers le mieux-être (voir la **section 4.1.1**), le Ministère a créé, au sein de Santé Ontario, le Centre d'excellence en santé

mentale et en lutte contre les dépendances. Le rôle du Centre d'excellence en santé mentale et en lutte contre les dépendances était de contribuer à la mise en œuvre des principales priorités de la stratégie, notamment l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, l'élargissement des services existants et la mise en œuvre de solutions novatrices.

Ainsi, le Centre d'excellence avait cerné quatre domaines d'intérêt cliniques : la dépression et les troubles liés à l'anxiété; la schizophrénie et la psychose; les troubles alimentaires; et les troubles liés à l'usage de substances. Le Centre d'excellence a confirmé que ses travaux liés au domaine d'intérêt que sont les troubles liés à l'usage de substances, y compris les travaux ayant trait à la dépendance aux opioïdes, en sont aux premières étapes.

La feuille de route Vers le mieux-être, qui est en place depuis quatre ans, reconnaît l'importance d'améliorer les données provinciales disponibles sur la santé mentale et les dépendances grâce à l'inclusion d'une initiative numérique pluriannuelle de gestion des données par l'entremise du Centre d'excellence. Toutefois, le Centre d'excellence a confirmé qu'il ne dispose pas de données fiables, validées et normalisées sur les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Cela limite sa capacité d'effectuer une analyse en bonne et due forme pour cerner les lacunes dans les services.

Les fournisseurs de services et les parties prenantes avec qui nous avons parlé ont aussi soulevé l'absence de données fiables et complètes aux fins de la planification et de la surveillance des services, notamment en ce qui concerne :

- » les besoins en matière de services de lutte contre les dépendances (y compris liés aux opioïdes) par rapport à la disponibilité actuelle de tels services;
- » le nombre de personnes à chaque niveau de besoin (c.-à-d. les niveaux de besoin grave, modéré ou faible) par rapport aux besoins de la population générale;
- » la qualité des services fournis par les différents fournisseurs de services.

La feuille de route Vers le mieux-être visait à élaborer un nouveau cadre des services essentiels, en tant que première étape vers l'établissement d'un système de grande qualité, afin de déterminer et de définir les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances financés par la province qui seront offerts à la population de l'Ontario au fil du temps, peu importe leur lieu de résidence. Cet objectif sera difficile à atteindre sans une compréhension approfondie des besoins et de la disponibilité des services, ce qui nécessitera en premier lieu de mener une collecte et une analyse des données.

Recommandation 1

Le ministère de la Santé devrait :

- élaborer une nouvelle stratégie globale comprenant toutes les pratiques exemplaires visant à s'attaquer aux facteurs actuels de la crise des opioïdes, réduire les méfaits liés aux opioïdes et prévenir la dépendance et les surdoses liées aux opioïdes;
- élaborer une structure claire en matière de gouvernance, de responsabilisation et de leadership afin d'encadrer les travaux liés aux réponses du secteur de la santé de l'Ontario à la crise des opioïdes;
- déterminer et mettre en œuvre des mesures du rendement axées sur les résultats pour évaluer l'avancement des travaux et des initiatives dans le cadre de la Stratégie relative aux opioïdes et en rendre compte annuellement;
- collaborer avec le Centre d'excellence en santé mentale et en lutte contre les dépendances afin d'améliorer les données provinciales sur la santé mentale et les dépendances dans le but de pouvoir mieux évaluer les besoins, la disponibilité et l'efficacité des services offerts aux personnes souffrant de dépendance aux opioïdes et de problèmes de santé mentale concomitants.

Pour consulter la réponse de l'entité auditée, voir [Recommandations et réponses de l'entité auditée](#).

4.2 Site de SCT

Dans le cadre d'une initiative de réduction des méfaits fondée sur les données probantes, les sites de SCT sont des espaces où les gens peuvent consommer leurs propres substances, y compris des opioïdes, dans un environnement supervisé. Les demandeurs ayant reçu une exemption de Santé Canada pour établir un site de services de consommation supervisée et satisfaisant aux critères du programme provincial de SCT (par exemple, besoin démontré, soutien et mobilisation communautaires, coûts valides et raisonnables) ont été pris en considération par le Ministère aux fins du financement provincial de ces sites. Notre examen des données et nos discussions avec les fournisseurs de services ont révélé un certain nombre d'avantages liés aux sites de SCT :

- » prévenir de nombreux décès par surdose;
- » fournir des outils propres et stérilisés pour prévenir la transmission de maladies;
- » diriger les utilisateurs des SCT vers des options de traitement des dépendances, comme le TAO et d'autres services, notamment les services de santé mentale, les soutiens sociaux et les soins primaires.

Les services de consommation supervisée offerts dans les sites de SCT sont des interventions qui sauvent des vies. En 2022-2023, aucun des plus de 2 500 décès liés aux opioïdes en Ontario n'a eu lieu dans les sites de SCT et aucune des plus de 3 600 surdoses signalées dans les sites de SCT n'a entraîné de décès (plus de 1 500 de ces surdoses potentiellement mortelles ont été évitées dans les 10 sites de services de consommation supervisée à fermer, comme il est mentionné à la **section 4.2.1**).

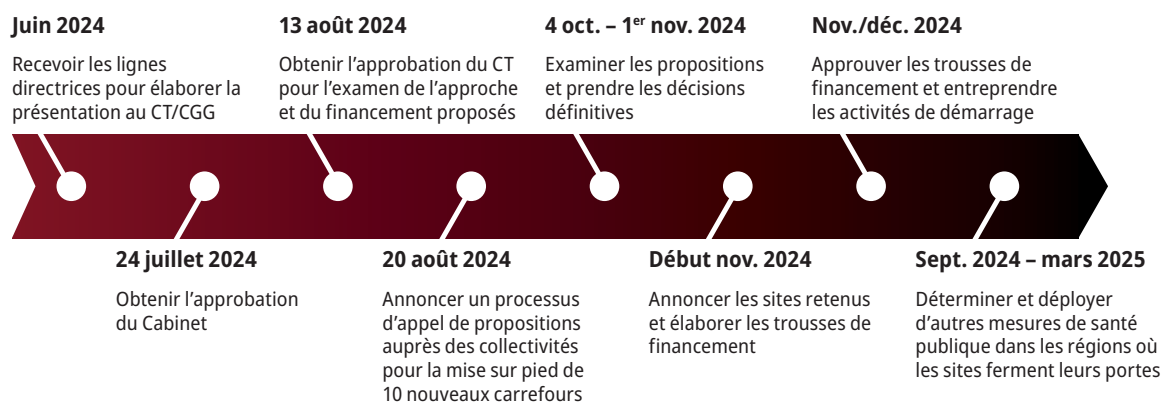
Outre les sites de SCT, il existe d'autres sites dans différentes régions de l'Ontario qui offrent, eux aussi, des services de consommation supervisée. Ces sites ont reçu l'exemption nécessaire de Santé Canada, mais ils n'ont pas obtenu l'approbation du programme provincial de SCT dans le cadre du processus de demande susmentionné. Par conséquent, ils ne sont pas financés par le Ministère, à l'exception d'un site de Toronto qui a reçu un financement provincial découlant d'une entente antérieure au programme de SCT.

4.2.1 La décision de modifier les services de consommation supervisée a été prise en l'absence d'une planification adéquate, d'une analyse d'impact ou de consultations publiques appropriées

Comme il est mentionné à la **section 2.3** du présent rapport, le Ministère a annoncé publiquement, le 20 août 2024 (alors que notre audit était en cours), sa décision de déposer un projet de loi qui, s'il est adopté, imposera de nouvelles restrictions de nouvelles restrictions touchant les services de consommation supervisée ainsi que son plan de mise en œuvre d'un nouveau modèle de carrefours d'aide aux sans-abri et de lutte contre les dépendances. La **figure 7** présente un calendrier de la mise en œuvre de ce modèle. Selon cette annonce, les changements prévus visaient à protéger la sécurité des collectivités et à aider les gens à obtenir les traitements nécessaires.

Figure 7 : Calendrier de mise en œuvre du modèle des carrefours d'aide aux sans-abri et de lutte contre les dépendances

Source des données : Conseil du Trésor/Conseil de gestion du gouvernement (CT/CGG)



Plus précisément, le Ministère a annoncé les changements prévus suivants :

- » interdiction des sites de consommation supervisée à moins de 200 mètres des écoles et des garderies (la « zone tampon »);
- » fermeture des 10 sites actuellement exploités dans la zone tampon d'ici le 31 mars 2025 (dont neuf financés par la province et un est autofinancé);
- » investissement de 378 millions de dollars sur 4 ans (en plus de l'investissement de 3,8 milliards de dollars sur 10 ans dans le cadre de la feuille de route Vers le mieux-être de 2020; voir la **section 2.3**) pour ouvrir, partout dans la province, jusqu'à 19 carrefours d'aide aux sans-abri et de lutte contre les dépendances, avec des voies directes vers des logements supervisés pour aider les personnes vulnérables ayant des besoins complexes en matière de services.

La **figure 8** énumère tous les sites de services de consommation supervisée (y compris ceux qui ont récemment fermé leurs portes ou qui le feront si la nouvelle loi est adoptée), quelle que soit leur source de financement. Parmi les 10 sites susceptibles d'être fermés d'ici le 31 mars 2025 en vertu de la loi proposée, les 9 qui sont financés par la province auront la possibilité de devenir des carrefours d'aide aux sans-abri et de lutte contre les dépendances.

Le Ministère mettra également en place jusqu'à 10 carrefours d'aide aux sans-abri et de lutte contre les dépendances supplémentaires, sélectionnés dans le cadre d'un appel de propositions. En plus d'offrir un logement avec services de soutien, ces carrefours fourniront une combinaison de services qui pourraient comprendre des soins primaires, des services de santé mentale et de toxicomanie, des services sociaux et de soutien à l'emploi, des refuges et des lits de transition, ainsi que d'autres fournitures et services (comme la naloxone, des douches et de la nourriture). L'intention est de fournir ces services sur place ou dans des installations colocalisées,

Figure 8 : Liste de tous les sites de services de consommation supervisée en Ontario, au 31 août 2024

Source des données : Ministère de la Santé

Site	Ville	Financement provincial ¹	2022-2023	
			Nbre de visites ¹	Nombre de surdoses mortelles évitées ¹
10 sites seront fermés en réponse à l'annonce du Ministère le 20 août 2024				
Centre de santé communautaire de Guelph	Guelph	✓	7 257	40
Centre de santé communautaire en milieu urbain de Hamilton	Hamilton	✓	3 863	71
Service de prévention des surdoses du marché Kensington ²	Toronto		s.o.	s.o.
Centre de santé communautaire Parkdale Queen West (Bathurst)	Toronto	✓	4 092	151
Path 525	Thunder Bay	✓	7 058	160
Centre de santé communautaire Regent Park	Toronto	✓	6 939	74
Centre de santé communautaire Somerset West	Ottawa	✓	10 037	261
Centre de santé communautaire South Riverdale	Toronto	✓	13 187	132
Centre de santé Sanguen	Kitchener	✓	14 356	179
The Works ³	Toronto	✓	26 057	511
Total			92 846	1 579
13 sites restants				
Carepoint	London	✓	12 475	144
Casey House – Service externe de consommation supervisée (de jour)	Toronto		s.o.	s.o.
Casey House – Service de consommation supervisée des patients hospitalisés	Toronto		s.o.	s.o.
Centre Fred Victor	Toronto	✓	32 851	386
Unité de santé-sexualité et de réduction des risques	Ottawa		s.o.	s.o.
Carrefour de soins intégrés	Kingston	✓	16 123	288
Site de services de consommation et de traitement de Moss Park	Toronto	✓	14 181	323
Centre de santé communautaire Parkdale Queen West (Dufferin)	Toronto	✓	3 771	133

Site	Ville	Financement provincial ¹	2022-2023	
			Nbre de visites ¹	Nombre de surdoses mortelles évitées ¹
Site de services de consommation et de traitement de Peterborough	Peterborough	✓	8 536	67
Centre de santé communautaire Côte-de-Sable	Ottawa	✓	20 128	404
Promotion de la santé dans la rue	Toronto		s.o.	s.o.
StreetWorks	St. Catharines	✓	17 241	162
Trailer 2.0	Ottawa	✓	77 448	670
Total			202 754	2 577
3 sites fermés avant l'annonce du Ministère le 20 août 2024				
The Spot	Sudbury		s.o.	s.o.
Site de santé et sécurité à Timmins	Timmins		s.o.	s.o.
SafePoint	Windsor		s.o.	s.o.

Remarque : Ce chiffre comprend tous les sites de services de consommation supervisée, qu'ils soient financés par la province ou autofinancés.

1. « s.o. » signifie que les données ne sont pas disponibles pour les sites qui ne sont pas financés par la province, car ils ne sont pas assujettis à la surveillance du Ministère.
2. Le site du Service de prévention des surdoses du marché Kensington n'est pas considéré comme un site de SCT, car il n'est pas financé par le Ministère ni assujetti à sa surveillance.
3. The Works, exploité par le Bureau de santé publique de Toronto, n'est pas considéré comme un site de SSC, car il n'est pas assujetti à la surveillance du Ministère, bien qu'il ait reçu du financement du Ministère. Le nombre de vies sauvées a été fourni par The Works, car le Ministère ne disposait pas de ces données. Ce nombre comprenait les surdoses ayant eu lieu sur le site ou à proximité immédiate du site auxquelles le personnel a répondu.

dans la mesure du possible. Si cela n'est pas possible, on s'attend à ce que les carrefours aiguillent les personnes vers d'autres fournisseurs de services communautaires. Ces carrefours n'offriront pas certains services essentiels de réduction des méfaits tels que des services de consommation supervisée ou des programmes d'échange d'aiguilles.

Bien que l'investissement de 378 millions de dollars dans le traitement, le rétablissement et le logement au moyen du modèle des carrefours soit une évolution très positive, nous avons constaté que les changements proposés apportés aux services de réduction des méfaits avaient été décidés en l'absence d'une planification adéquate, d'une analyse exhaustive ou de consultations publiques appropriées.

Il n’y a eu aucune planification adéquate ni analyse exhaustive des répercussions ou des risques concernant la décision relative aux carrefours d’aide aux sans-abri et de lutte contre les dépendances

Le nouveau modèle des carrefours élargit les services de traitement des dépendances et de rétablissement, mais diminue les services de réduction des méfaits offerts en Ontario. Collectivement, les 10 sites de services de consommation supervisée qui devaient fermer d’ici le 31 mars 2025 en vertu de la loi proposée avaient servi plus de 1 600 personnes en 2022-2023. Ces personnes avaient utilisé les services de ces sites plus de 92 000 fois au cours de cette période. De plus, toujours en 2022-2023, les mesures prises par le personnel de ces sites avaient permis de prévenir des décès lors des plus de 1 500 surdoses survenues sur place (voir la **figure 8**).

Notre examen des documents internes du gouvernement a révélé que le Ministère reconnaissait les répercussions possibles de la fermeture des 10 sites de services de consommation supervisée pour le système de santé, notamment :

- » un risque accru de décès attribuables à des surdoses et à des visites aux services des urgences;
- » une augmentation des cas de consommation publique de drogues et des déchets liés au matériel de consommation de drogues dans les lieux publics;
- » aucun accès, à une distance raisonnable, à des services de consommation supervisée dans le Nord de l’Ontario en raison de la fermeture du seul site restant, à Thunder Bay (voir la **section 4.2.2**).

Malgré ces répercussions prévisibles, nous avons constaté que le Ministère n’avait pas effectué d’analyse exhaustive pour évaluer et quantifier les répercussions et les risques pour la santé publique et le système de santé avant de prendre la décision finale d’adopter la nouvelle loi. De plus :

- » Le Ministère n’a élaboré aucun plan pour atténuer les risques avant de prendre cette décision, notamment les risques liés au nombre de personnes touchées, à l’augmentation des surdoses et du risque de décès, au fardeau financier et opérationnel pour les services des urgences.
- » Le Ministère n’a pas précisé les mesures de santé publique de façon détaillée ni les coûts connexes. Il collaborera plutôt avec les partenaires du système (c.-à-d. Santé Ontario, les bureaux de santé publique et les sites de services de consommation supervisée convertis en carrefours) pour déterminer et déployer d’autres mesures de santé publique dans les régions touchées entre septembre 2024 et mars 2025, au moment de la fermeture des sites (voir la **figure 7**).

- » Le Ministère n'a pas encore élaboré de plan de mesure du rendement comportant des indicateurs, des cibles et un échéancier mesurables afin d'évaluer l'efficacité du modèle des carrefours, s'étant contenté de décrire certains résultats attendus (par exemple, élargissement des services à une population vulnérable, augmentation du nombre de personnes qui demanderont des traitements des dépendances, et augmentation des taux de logement pour ces personnes).

Aucune consultation n'a été effectuée auprès des principaux intervenants externes

Notre examen des documents internes du gouvernement a révélé que le Ministère a uniquement mobilisé des parties prenantes internes, y compris ses propres divisions, les ministères partenaires (ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, ministère des Affaires municipales et du Logement et ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences) et Santé Ontario, afin d'orienter l'élaboration du modèle proposé de carrefours. Aucune consultation n'a été menée auprès des principaux intervenants externes touchés par le nouveau modèle proposé, de même qu'auprès de Santé publique Ontario, avant l'annonce de la décision. Plus particulièrement :

- » **Les utilisateurs des sites existants qui seront fermés :** Comme il est indiqué précédemment, en 2022-2023, plus de 1 600 personnes ont eu recours aux services des sites de services de consommation supervisée qui seront bientôt fermés. Le Ministère n'a pas consulté les utilisateurs, leurs familles ou le personnel de ces sites pour comprendre comment le bien-être des utilisateurs serait touché. Cela est particulièrement important dans certaines régions, comme le Nord de l'Ontario, où plus aucun service de consommation supervisée ne sera plus offert (voir la **section 4.2.2**).
- » **Les populations à risque élevé :** Comme il est mentionné à la **section 4.1.1**, les collectivités du Nord (qui ont tendance à avoir une population autochtone plus élevée) et les populations plus jeunes font partie des groupes disproportionnellement touchés par la crise des opioïdes. En l'absence de consultations officielles, les carrefours proposés pourraient ne pas répondre adéquatement aux besoins de ces populations mal desservies.
- » **Les collectivités :** Puisque les carrefours proposés ne fourniront pas certains services clés de réduction des méfaits, comme les services de consommation supervisée, le Ministère a indiqué qu'il existe un risque accru que les déchets liés au matériel de consommation de drogues se retrouvent dans les espaces publics. Cela pourrait créer des préoccupations en matière de sécurité communautaire, en particulier pour les enfants et les jeunes. Par conséquent, les entreprises locales et les membres de la collectivité pourraient en venir à ne plus soutenir le modèle des carrefours à long terme.
- » **Autres groupes :** Le Ministère a souligné que d'autres consultations doivent être menées auprès des francophones, des nouveaux arrivants et des femmes, ainsi qu'auprès des communautés 2ELGBTQQIA+, des populations vieillissantes (plus de 55 ans) et des populations rurales.

4.2.2 L'accès aux services de consommation supervisée dans les régions où les besoins sont élevés ou croissants a été réduit encore davantage sans analyse fondée sur des données probantes

Avant la décision du Ministère de déposer un projet de loi qui mènera à la fermeture de 10 sites de services de consommation supervisée, comme cela a été annoncé en août 2024, la disponibilité des services de consommation supervisée était déjà limitée dans les régions où les besoins étaient élevés ou croissants.

Au moment de sa création en 2018, le programme de SCT du Ministère avait approuvé un financement annuel de 31,3 millions de dollars pour établir jusqu'à 21 sites de SCT. Avant l'annonce du Ministère en août 2024, 17 sites de SCT étaient exploités dans 10 collectivités en Ontario.

Plusieurs collectivités avaient présenté des demandes de SCT, mais le processus d'approbation s'est avéré lent, puis a finalement été interrompu en octobre 2023 lorsque le Ministère a décidé de revoir le programme de SCT. Enfin, avec la décision annoncée en août 2024, le Ministère a confirmé que le processus de demande est maintenant terminé et que la province a décidé de n'approuver aucune demande de SCT en suspens.

Lors de l'examen des demandes de SCT qui étaient en suspens avant l'annonce du Ministère (voir la **figure 9**), nous avons constaté ce qui suit :

- » Certains demandeurs attendaient l'approbation du Ministère depuis plus de deux ans. De plus, en juin 2024, un demandeur (Barrie) a retiré sa demande, car il ne pouvait plus se permettre de payer l'emplacement qu'il louait dans l'espoir d'y établir un site de SSC.
- » Bien que les taux de décès liés aux opioïdes à Timmins (la circonscription sanitaire de Porcupine) et à Sudbury aient augmenté considérablement entre 2018 et 2023 (de 227 % à Timmins et de 184 % à Sudbury) et qu'ils étaient parmi les plus élevés de toutes les régions de l'Ontario (se classant respectivement aux deuxième et troisième rangs en 2023, comme le montre l'**annexe 1**), les demandes de ces deux villes pour un site de SCT étaient encore en attente de traitement. Dans l'attente d'une approbation de leurs demandes par le Ministère, elles comptaient sur un financement temporaire provenant de diverses sources et reçu à différents moments (par exemple, les administrations municipales, les hôpitaux locaux, les entreprises et les donateurs communautaires anonymes) pour mettre sur pied des sites de services de consommation supervisée afin de répondre aux besoins locaux. Les sites de Sudbury et de Timmins ont été fermés en mars 2024 et en juin 2024 respectivement, lorsque le financement temporaire a été épuisé.

Figure 9 : Demandes en suspens pour la mise sur pied de sites de SCT en date d'août 2024, et décès liés aux opioïdes dans la région sanitaire

Source des données : Ministère de la Santé et Santé publique Ontario

Application SCT			Décès liés aux opioïdes (pour 100 000 personnes)	
Ville	Date du rapport	État (au 31 août 2024)	Bureau de santé publique	2023*
Sudbury	Avril 2022	Non approuvé	Santé publique Sudbury et districts	46,0
Barrie	Mars 2022	Demande retirée en juin 2024	Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka	23,0
Windsor	Avril 2023	Non approuvé	Circonscription sanitaire du comté de Windsor-Essex	29,0
Timmins	Août 2023	Non approuvé	Circonscription sanitaire de Porcupine	50,0
Hamilton	Printemps 2023	Non approuvé	Services de santé publique de la Ville de Hamilton	24,3

* Voir l'[annexe 1](#) pour le classement du taux de décès imputables aux opioïdes (pour 100 000 personnes) par bureau de santé publique.

En raison de la décision prise par le Ministère en août 2024, les demandes de SCT de Sudbury et de Timmins, qui étaient toujours en suspens, ont été refusées. Et si la loi visant à interdire les services de consommation supervisée dans la zone tampon (voir la **section 4.2.1**) est adoptée, le seul site restant dans le Nord (à Thunder Bay, une région qui affichait le taux de mortalité lié aux opioïdes le plus élevé en 2023, comme le montre l'[annexe 1](#)) cessera également ses activités d'ici le 31 mars 2025, ce qui laissera les habitants du Nord de l'Ontario sans accès à des services de consommation supervisée à l'avenir.

Les sites de services de consommation supervisée dans le Nord de l'Ontario servent un nombre relativement élevé d'utilisateurs, notamment parmi les populations autochtones. Selon un rapport des Chefs de l'Ontario et de l'Ontario Drug Policy Research Network, publié en novembre 2023, les populations des Premières Nations affichaient, en 2021, un taux de décès lié aux opioïdes (11,4 décès par 10 000 personnes) qui est sept fois plus élevé que les non-membres des Premières Nations (1,6 décès pour 10 000 personnes).

Recommandation 2

Nous recommandons que le ministère de la Santé effectue tous les travaux de planification nécessaires avant de faire la transition vers les nouveaux carrefours d'aide aux sans-abri et de lutte contre les dépendances, notamment en :

- collaborant avec les fournisseurs pour soutenir les utilisateurs de SCT touchés par la fermeture d'un site de SCT et pour effectuer des analyses des répercussions, des risques et des finances;
- mobilisant tous les intervenants pertinents;
- élaborant un plan de mesure du rendement;
- déployant des mesures de santé publique dans les régions où les sites de services de consommation supervisée ferment leurs portes.

Pour consulter la réponse de l'entité auditée, voir [Recommandations et réponses de l'entité auditée.](#)

4.3 TAO

Le TAO est un traitement médicamenteux destiné aux personnes souffrant de dépendance aux opioïdes afin de réduire leur envie impérieuse de consommer des opioïdes et de prévenir les symptômes de sevrage. La norme de qualité relative au trouble de consommation d'opioïdes, publiée en 2018 par Qualité des services de santé Ontario (qui fait maintenant partie de Santé Ontario), indiquait que les personnes ayant un trouble lié à la consommation d'opioïdes ont plus de succès à poursuivre le traitement des dépendances, réduisent leur consommation de substances addictives, présentent des améliorations sur la plan de la santé et du fonctionnement en société, et affichent des taux de mortalité plus faibles que ceux qui ne reçoivent pas de TAO dans le cadre de leur traitement. Malgré ces avantages, le nombre d'utilisateurs du TAO n'a augmenté que d'environ 3 % de 2019 à 2023.

4.3.1 L'accès aux soins complets par l'entremise des fournisseurs de TAO était limité

Il est important d'offrir aux utilisateurs d'opioïdes l'accès à des soins complets (ou « services enveloppants »), car de nombreuses personnes qui ont besoin d'un TAO bénéficieraient également d'autres services (par exemple, des soins primaires, du counseling et du soutien social) pour répondre aux besoins concomitants en matière de santé mentale et de soins de santé. Comme seuls certains fournisseurs de TAO offrent ces services complémentaires, il existe des écarts entre les soins, qui ne sont donc pas toujours fournis selon les pratiques exemplaires.

Nous avons constaté que le TAO est principalement offert par des cliniques qui offrent des médicaments, comme la méthadone, mais où il n'y a pas d'autres services, ou très peu, principalement parce que ces cliniques fonctionnent selon un modèle de paiement à l'acte. Selon ce modèle, les médecins qui travaillent dans les cliniques de TAO présentent des demandes de remboursement au Régime d'assurance-santé de l'Ontario (RASO) pour les services rendus à chaque personne vue et servie, mais ces cliniques ne sont pas rémunérées par le RASO pour la prestation d'autres services sur place. Par exemple, les deux plus grandes chaînes de cliniques de TAO (comptant respectivement 73 et 123 emplacements distincts) fournissent principalement des médicaments à leurs patients et aucun des autres services.

Divers rapports et lignes directrices ont révélé que les personnes souffrant de dépendance aux opioïdes ont de meilleures chances de réussir le TAO lorsqu'elles ont accès à une vaste gamme de services qui vont au-delà du traitement médical. Voici des exemples :

- » Dans son rapport de 2016, le Comité consultatif du traitement à la méthadone et des soins, qui a éclairé la Stratégie relative aux opioïdes du Ministère, recommandait ce qui suit : [traduction] « En plus du traitement médical, les cliniques et les services doivent inclure une vaste gamme de services de soins de santé et de soutiens, y compris le counseling en santé mentale et en toxicomanie, et doivent mettre en place des plans, des protocoles et des échéanciers pour transférer les patients stables vers des soins appropriés pour une prise en charge continue ».

- » Selon la norme de qualité relative au trouble lié à la consommation d'opioïdes, publiée en 2018 par Qualité des services de santé Ontario, les fournisseurs de soins qui offrent un traitement à la méthadone ou à la suboxone dans des milieux cliniques spécialisés « devraient s'assurer que la santé physique, la santé mentale, les autres besoins en matière de traitement des dépendances et les besoins sociaux des personnes qui reçoivent un traitement aux agonistes des opioïdes sont satisfaits simultanément, soit dans une clinique spécialisée pour par d'autres fournisseurs de soins. Les fournisseurs de soins des milieux cliniques spécialisés devraient encourager et favoriser la transition des personnes qui suivent un traitement continu avec de la buprénorphine/naloxone vers des fournisseurs de soins primaires afin de s'assurer qu'elles reçoivent des soins primaires complets ».

Bien que le Ministère ait été mis au courant de ces préoccupations il y a maintenant huit ans dans le rapport de 2016 du Comité consultatif du traitement à la méthadone et des soins, il n'a pas donné suite. Plus précisément, le Ministère n'a pas évalué si le modèle de rémunération à l'acte qu'utilisent de nombreuses cliniques de TAO, qui se concentre principalement sur l'offre de médicaments, a livré des résultats positifs ou si des changements sont nécessaires pour s'assurer que les personnes ont accès à tous les services nécessaires (voir **section 4.6.5**).

4.3.2 L'amorce d'un TAO dans les établissements de soins primaires et les services d'urgence était peu fréquente, malgré les avantages

La disponibilité du TAO dans les établissements de soins primaires et les services des urgences est demeurée faible, en dépit du fait que les surdoses d'opioïdes ont souvent entraîné des visites dans ces milieux de soins. Divers rapports et lignes directrices ont révélé l'importance d'amorcer le TAO dans ces milieux. Voici des exemples :

- » Selon le rapport de 2016 du Comité consultatif du traitement à la méthadone et des soins, le Ministère devrait [traduction] « mandater les hôpitaux et les cliniques interprofessionnelles de soins primaires (y compris les équipes de santé familiale, les centres de santé communautaire et les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones) pour élaborer des programmes à l'appui de l'amorce du traitement par agonistes opioïdes chez les patients présentant une surdose d'opioïdes ou un trouble lié à la consommation d'opioïdes, en se fondant sur les lignes directrices relatives aux pratiques exemplaires de traitement ».
- » En 2020, l'Association canadienne des médecins d'urgence a recommandé que [traduction] « les services des urgences amorcent le traitement par agonistes opioïdes de première ligne chez les patients atteints d'un trouble lié à la consommation d'opioïdes » et que « les fournisseurs traitent sans attendre le sevrage des opioïdes, de façon agressive et avec compassion pour réduire le risque de surdose mortelle ».

Accès limité au TAO dans les milieux de soins primaires

Bien que nous ayons constaté que ConnexOntario (un organisme financé par la province qui tient un répertoire des services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances) ne fait pas le suivi des données de toutes les équipes de santé familiale, des centres de santé communautaire et des médecins, notre examen des données de 2024 déclarées par les fournisseurs de services à ConnexOntario a révélé une disponibilité limitée du TAO dans les milieux de soins primaires. Par exemple, parmi les fournisseurs de services qui ont déclaré des données à ConnexOntario, seulement 3 (soit 2 %) des 187 équipes de santé familiale (organismes de soins primaires qui fournissent des services à leur collectivité) et seulement 5 (soit 7 %) des 75 centres de santé communautaire (organismes sans but lucratif qui fournissent des soins primaires et d'autres services aux populations vulnérables) de l'Ontario ont été classés comme offrant des services de lutte contre les dépendances comme le TAO.

En outre, notre examen des données relatives aux ordonnances a révélé que sur les quelque 67 000 personnes ayant reçu un TAO en 2023-2024, près de 70 % n'avaient pas de médecin de famille ou de fournisseur de soins primaires, et devaient plutôt accéder à des soins primaires par d'autres voies (par exemple, cliniques sans rendez-vous ou centres de santé communautaire), ce qui indique que la majorité d'entre elles ne recevaient pas de soins complets et continus de la part de fournisseurs de soins primaires.

Accès limité au TAO dans les services des urgences

Outre le fait que le TAO est peu souvent amorcé dans les milieux de soins primaires, nous avons constaté qu'un certain nombre d'hôpitaux n'amorçait pas le TAO à leur service des urgences pour diverses raisons, notamment le manque de formation et les contraintes en matière de ressources. Voici des exemples :

- » Selon une étude publiée dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* en décembre 2023, seulement 1 patient sur 18 consommant des opioïdes en Ontario avait reçu un TAO dans les 7 jours suivant une visite au service des urgences ou après une admission à l'hôpital, même si ces patients auraient pu bénéficier du TAO. Cette fenêtre de sept jours est la période critique où le risque de mortalité est le plus élevé pour les patients.
- » Cela ne satisfait pas à la norme de qualité relative au trouble lié à la consommation d'opioïdes qu'a élaborée Qualité des services de santé Ontario en 2018, qui énonce que les patients devraient avoir accès au TAO dans un délai maximal de trois jours. L'étude a révélé que plusieurs autres études menées aux États-Unis entre 2020 et 2022 avaient montré que le manque de formation officielle, de même la connaissance limitée des ressources disponibles, des protocoles locaux et des options de suivi en consultation externe parmi les cliniciens, constituaient des obstacles potentiels à l'amorce du TAO dans les services des urgences.

- » Selon une proposition de 2020 soumise au Ministère par le Bureau de santé publique de Toronto et le Toronto Academic Health Sciences Network, les données fondées sur des essais et des études observationnelles au Canada et aux États-Unis ont montré que de nombreuses personnes qui s'étaient présentées au service des urgences en raison d'une surdose d'opioïdes, mais qui n'avaient pas reçu un TAO avant d'obtenir leur congé, étaient finalement décédées en raison d'une surdose.
- » Malgré cette proposition faite il y a quatre ans, certains hôpitaux que nous avons rencontrés ne disposaient toujours pas des ressources et de l'expertise nécessaires pour amorcer le TAO avant de donner congé aux patients. Par exemple, Quinte Health, qui exploite l'Hôpital général de Belleville, n'offre pas de services de médecine des toxicomanies. Cela signifie que les patients sont dirigés vers des cliniques communautaires pour obtenir le TAO.

Nous avons constaté que certains hôpitaux avaient élaboré des stratégies pour améliorer l'accessibilité du TAO dans leur service des urgences. Ces stratégies, qui se sont avérées efficaces pour traiter les personnes souffrant de dépendance aux opioïdes, réduire le nombre de surdoses et prévenir les visites répétées à l'hôpital, pourraient être partagées avec d'autres hôpitaux aux fins de leur mise en œuvre. Voici des exemples :

- » En 2020, l'Hôpital de Timmins et du district a instauré un protocole à son service des urgences qui comprenait l'offre d'un TAO combiné à une admission rapide dans un programme de sevrage pour les patients hospitalisés à l'hôpital. Les données préliminaires concernant 90 patients ont démontré une réduction de 22 % du nombre de surdoses, de 78 % du nombre de visites au service des urgences et de 77 % du nombre d'admissions à l'hôpital.
- » En 2019, le Centre des sciences de la santé de Kingston a mis sur pied une équipe de traitement et de rétablissement de la toxicomanie, qui aide non seulement les patients des services des urgences et des unités d'hospitalisation, mais qui collabore également avec les patients du centre de désintoxication à proximité de l'hôpital pour amorcer le TAO avant leur congé de l'hôpital. Une évaluation a révélé que certains services fournis par cette équipe, comme le TAO, la réduction des méfaits et la gestion de la douleur, ont entraîné une réduction de la durée du séjour à l'hôpital ainsi qu'une réduction du nombre de réexamens et de réadmissions.

4.3.3 L'accessibilité aux différentes options de TAO varie et nécessite une évaluation

Le traitement par agonistes opioïdes (TAO) peut être offert avec différents médicaments, comme le montre la **figure 10**, et il existe des variations importantes quant à la mesure dans laquelle chaque médicament est utilisé. Bien qu'on s'attende à des variations, puisque les décisions de traitement dépendent de l'évaluation de l'état ou des besoins du patient par son médecin, ainsi que de la préférence du patient, il est important de s'assurer que de telles variations ne sont pas

également causées par un manque de choix ou d'autres obstacles. Nous avons constaté que le Ministère n'avait pas évalué la disponibilité de différents médicaments du TAO à l'échelle de la province pour déterminer si les patients se voient offrir les options qui répondent le mieux à leurs besoins.

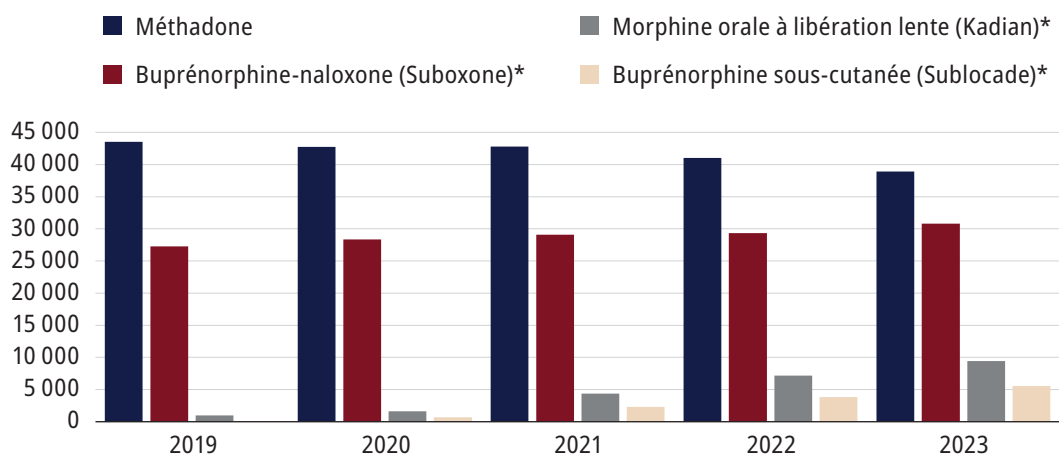
Utilisation de méthadone et de suboxone

La méthadone et la suboxone (une marque de commerce de la buprénorphine-naloxone) sont les options de médicaments les plus courantes pour le TAO. En 2016, le Comité consultatif du traitement à la méthadone et des soins a recommandé que les fournisseurs de TAO prescrivent la suboxone comme médicament de première intention – avant la méthadone – car elle est plus sécuritaire et accessible. Cette recommandation correspond à ce qu'indique la norme de qualité de 2018 sur les troubles liés à la consommation d'opioïdes élaborée par Qualité des services de santé Ontario, ainsi qu'aux lignes directrices d'autres provinces.

Notre examen des données sur le TAO de 2019 à 2023 a révélé que, malgré une augmentation du nombre de bénéficiaires d'un traitement à la suboxone (13 %) et une diminution correspondante du nombre de bénéficiaires d'un traitement à la méthadone (11 %), il y a eu, dans l'ensemble, un plus grand nombre de bénéficiaires de la méthadone que de la suboxone en 2023 (voir la **figure 10**). Un important fournisseur de TAO comptant plusieurs emplacements nous a également informés qu'environ 70 % des personnes qu'il traitait recevaient de la méthadone et seulement environ 25 % recevaient de la suboxone. Une autre grande clinique de TAO nous a également indiqué qu'environ 60 à 70 % de ses patients recevaient de la méthadone et que les 30 à 40 % restants recevaient de la suboxone.

Figure 10 : Nombre de bénéficiaires par principaux types de médicaments utilisés dans le TAO

Source des données : Ontario Drug Policy Research Network



Remarque : La morphine orale à libération lente et l'hydromorphone sont d'autres options de médicaments pour les personnes n'ayant pas bien réagi aux options plus conventionnelles (méthadone et suboxone). Ce chiffre n'inclut pas l'hydromorphone, qu'on utilise dans un traitement relativement nouveau appelé traitement par agonistes opioïdes injectable, ou TAOi (voir la **section 4.7.1**), pour lequel le nombre de bénéficiaires n'est pas disponible.

* Nom de marque du médicament entre parenthèses.

Selon ce qu'ont révélé notre discussion avec des experts et notre examen des études, on ne s'attend pas à ce que la suboxone remplace la méthadone, car des données probantes suggèrent que la méthadone pourrait être préférable pour les personnes qui reçoivent de la méthadone depuis longtemps et pour celles qui consomment des opioïdes à forte puissance comme le fentanyl. De plus, des études ont indiqué que les taux de poursuite du traitement chez les patients qui reçoivent de la méthadone sont plus élevés que chez ceux qui reçoivent de la suboxone. Étant donné que la suboxone est un médicament plus sûr, il est essentiel que toutes les personnes qui demandent un traitement par TAO aient accès à cette option. Nous avons constaté que le Ministère n'avait pas analysé les données sur la délivrance d'opioïdes pour repérer les prescripteurs dont l'utilisation de ce médicament est anormalement faible par rapport à celle de leurs pairs et déterminer si d'autres mesures (par exemple, le renforcement des normes, l'amélioration de la formation et de l'éducation) sont justifiées.

Utilisation de nouveaux médicaments

En 2018, Santé Canada a approuvé un médicament injectable à libération lente appelé Sublocade comme nouvelle option pour le TAO. Depuis que le Sublocade est disponible, nous avons constaté que le recours à ce médicament en Ontario a progressivement augmenté, ayant été utilisé pour plus de 5 500 bénéficiaires d'un TAO en 2023 (voir la **figure 10**).

L'un des principaux avantages du Sublocade est qu'il nécessite habituellement une seule visite par mois chez un fournisseur de TAO, comparativement à de multiples visites par semaine pour la méthadone ou la suboxone. Bien que le Sublocade soit relativement nouveau comparativement à la méthadone et à la suboxone, certains fournisseurs de TAO ont indiqué que son utilisation a connu du succès pour ce qui est de la poursuite du traitement et des résultats.

Malgré les résultats prometteurs du Sublocade, notre discussion avec des experts a permis de cerner plusieurs facteurs ayant pu freiner son utilisation à plus grande échelle. Voici des exemples :

- » Le Sublocade étant relativement nouveau, il est possible que les prescripteurs ne connaissent pas encore bien cette option.
- » Le Sublocade est une option injectable qui doit être administrée par un fournisseur de soins de santé en personne, car l'administration d'une substance par injection est un acte autorisé régi par la Loi sur les professions de la santé réglementées, tandis que la méthadone et la suboxone sont administrées par voie orale et peuvent être prises sous supervision dans une clinique ou une pharmacie, ou être auto-administrées à la maison.
- » Le Sublocade est assez coûteux (550 \$ la dose, qui dure environ un mois), de sorte qu'il pourrait être prohibitif pour une personne qui n'est pas admissible à la couverture du Programme de médicaments de l'Ontario ou à d'autres régimes d'assurance médicaments.

- » Le Sublocade est classé en Ontario comme un médicament à « usage limité », ce qui signifie qu'il sera seulement remboursé en fonction de conditions cliniques ou de critères précis, ce qui pourrait accroître la réticence des cliniciens à le prescrire. Les autres médicaments utilisés pour le TAO, comme la méthadone et la suboxone, sont classés dans la catégorie des « médicaments à prestations générales » et n'ont aucune restriction. Contrairement à l'Ontario, certaines provinces (comme l'Alberta et la Colombie-Britannique) classent le Sublocade comme offrant un « avantage général ».

Recommandation 3

Le ministère de la Santé devrait :

- collaborer avec les fournisseurs de TAO pour améliorer l'accès à des soins complets ou services enveloppants (p. ex. soins primaires, counseling en santé mentale et en toxicomanie et soutien social) en offrant ces services directement ou par l'entremise de partenariats avec d'autres fournisseurs de services communautaires;
- collaborer avec les hôpitaux, les médecins praticiens et les ordres de réglementation pour déterminer les pratiques exemplaires et les façons d'accroître la disponibilité du TAO auprès des fournisseurs de soins primaires et dans les services des urgences;
- collaborer avec des experts en recherche clinique et des médecins pour déterminer si toutes les options de médicament du TAO sont accessibles afin de s'assurer que les différents besoins sont satisfaits.

Pour consulter la réponse de l'entité auditée, voir [Recommandations et réponses de l'entité auditée](#).

4.4 Cliniques ARMD

Le Ministère a commencé à financer les cliniques ARMD en 2015. Les cliniques ARMD sont des cliniques sans rendez-vous conçues pour constituer une option à faible obstacle pour les personnes ayant tout problème de consommation de substances, fournissant un accès rapide à des services de traitement des dépendances, y compris à un traitement lié aux opioïdes comme le TAO (voir la **section 4.3**), sans qu'il soit nécessaire d'obtenir un aiguillage ou un rendez-vous.

Les cliniques ARMD diffèrent à l'échelle de la province en ce qui concerne les jours et les heures d'ouverture, les types de services offerts (par exemple, l'évaluation, le counseling, le traitement médicamenteux, l'aiguillage vers des programmes de traitement communautaire et des soutiens de groupe) et l'emplacement ou la structure organisationnelle (par exemple, dans un hôpital ou un centre de santé communautaire). Le nombre de cliniques ARMD à l'échelle de la province est passé de 11 en 2015 à 81 en 2024 au moment de notre audit. META:PHI est une communauté de pratique dirigée par des cliniciens qui aide les fournisseurs de soins de santé à offrir des soins uniformes fondés sur des données probantes dans l'ensemble des cliniques ARMD et d'autres milieux de soins de santé.

4.4.1 Le rendement des cliniques ARMD n'a pas été surveillé en raison d'un manque de données exactes et complètes

Notre examen des données relatives aux cliniques ARMD a révélé une absence de surveillance du rendement de ces cliniques, principalement en raison de lacunes touchant les informations recueillies et le processus de production de rapports, ainsi que de préoccupations concernant la qualité des données. Nous avons aussi noté l'absence de paramètres de qualité pouvant permettre de mesurer et de comparer le rendement de ces cliniques.

Nous avons constaté que le processus de collecte et de déclaration des renseignements est fragmenté et incohérent à l'échelle de la province. Le niveau de détail des renseignements recueillis varie d'une clinique ARMD à l'autre en raison de l'absence d'exigences et de normes provinciales en matière de collecte et de déclaration des données, ainsi que du manque de données exactes et complètes sur les résultats pour les patients. Outre les exigences en matière de rapports financiers et administratifs énoncées dans les ententes de responsabilisation conclues entre les cliniques ARMD et Santé Ontario, le Ministère n'a demandé ou recueilli aucune donnée sur le fonctionnement, le rendement ou les résultats pour les patients de ces cliniques.

Le programme META:PHI fait passer le seul sondage provincial auprès de toutes les cliniques ARMD pour recueillir des renseignements sur leurs activités. La majorité des cliniques ARMD ont répondu volontairement au sondage. Le programme META:PHI a indiqué ne pas avoir été en mesure de recueillir de données fiables au niveau des patients dans le cadre de cette enquête, car les cliniques ont dit ne pas pouvoir confirmer l'exhaustivité et l'exhaustivité des données en raison du fait que certains sites continuent d'utiliser un système papier pour consigner leurs données et certains n'ont pas la capacité ou les ressources d'extraire les données de leurs dossiers médicaux électroniques.

Nous avons également constaté que le manque de données exactes et complètes avait entravé la mise en œuvre de mesures de la qualité pour évaluer le rendement et l'efficacité des cliniques ARMD. Bien que META:PHI ait élaboré certaines mesures de la qualité, celles-ci sont uniquement communiquées aux cliniques ARMD aux fins d'examen pour leurs propres rapports internes. Aucune partie n'a utilisé ces mesures pour évaluer ou surveiller le rendement de l'ensemble des cliniques ARMD, car ces données ne sont pas fiables. Par conséquent, aucune évaluation à l'échelle de la province n'a jamais été effectuée pour déterminer si les cliniques ARMD répondent aux besoins et produisent les résultats escomptés, et si les pratiques et les modèles de certaines cliniques ARMD sont plus efficaces (par exemple, être situées dans un hôpital plutôt qu'un centre de santé communautaire ou avoir des heures d'ouverture plus longues par semaine).

Notre examen des mesures de la qualité élaborées par META:PHI a révélé que certaines d'entre elles auraient pu être utiles si elles avaient été utilisées de façon appropriée pour surveiller et évaluer le rendement des cliniques ARMD. Voici des exemples de ces mesures :

- » la disponibilité de services spécifiques, par exemple le soutien psychosocial et par les pairs;
- » la disponibilité de rendez-vous en personne, par téléphone, de façon virtuelle ou mobile;
- » les médicaments offerts par les cliniciens pour le trouble lié à la consommation d'opioïdes;
- » la satisfaction des utilisateurs tout au long du parcours de soins;
- » les mesures des résultats des utilisateurs des cliniques ARMD;
- » la mise en contact des utilisateurs n'ayant pas de fournisseur de soins primaires avec des ressources en soins primaires et en traitement de la toxicomanie.

Notre discussion avec les cliniques ARMD et d'autres fournisseurs de soins de santé a révélé des opinions divergentes, comme cela est illustré ci-dessous, sur l'efficacité de ces cliniques en fonction de leur structure organisationnelle et des heures d'ouverture. Par conséquent, il est important de surveiller et d'évaluer régulièrement le rendement des cliniques ARMD afin de cerner les pratiques exemplaires et les points à améliorer, ainsi que pour évaluer les résultats pour les patients.

- » Certains fournisseurs de services estiment que l'établissement d'une clinique ARMD dans un centre de santé communautaire permet la meilleure utilisation des ressources, car ces centres offrent habituellement déjà des soins complets (y compris des soins primaires, des soins de diététistes et du soutien social) aux populations vulnérables et aux toxicomanes qui ont besoin de ces services, en plus de ce que peut offrir une clinique ARMD.
- » D'autres fournisseurs de services estiment qu'il est préférable d'établir une clinique ARMD dans un hôpital, car les services des urgences sont souvent la première interaction des toxicomanes avec le système de soins de santé. Il est donc important qu'un

hôpital puisse amorcer des traitements de la dépendance comme le TAO (ce qui fait actuellement défaut, comme il est mentionné à la **section 4.3.2**). Certains fournisseurs de services considèrent la présence d'une clinique ARMD dans un hôpital comme un obstacle, car les populations vulnérables évitent généralement les hôpitaux et seraient plus susceptibles de chercher et de recevoir des traitements dans la collectivité.

4.4.2 Les cliniques ARMD n'étaient pas disponibles ni accessibles dans toutes les collectivités où les besoins en services sont les plus élevés

Notre examen a révélé que de nombreuses cliniques ARMD ont des heures d'ouverture limitées et que certaines collectivités n'ont pas accès à une clinique ARMD à proximité. Ces limites pourraient devenir des obstacles pour les personnes qui cherchent à obtenir ou à poursuivre un traitement des dépendances.

Notre examen des renseignements les plus récents recueillis par META:PHI dans le cadre d'un sondage auprès des cliniques ARMD a révélé d'importantes variations en ce qui concerne la disponibilité des services. Parmi les 71 cliniques ARMD qui ont répondu au sondage, nous avons constaté que 11 d'entre elles (ou plus de 15 %) offraient l'accès sur rendez-vous seulement, sans option d'accès sans rendez-vous. Parmi les 60 autres cliniques ARMD qui offraient un service sans rendez-vous (en personne ou virtuel), la majorité n'étaient pas ouvertes tous les jours et avaient des heures d'ouverture limitées tout au long de la semaine. Par exemple, près de 40 cliniques ARMD (soit plus de 60 %) étaient ouvertes 3 jours ou moins par semaine (voir la **figure 11**) et plus de 30 cliniques ARMD (soit environ 50 %) étaient ouvertes 10 heures ou moins par semaine (**figure 12**). Comme il en a été question à la **section 4.4.1**, aucune évaluation à l'échelle de la province n'a jamais été effectuée pour déterminer si les cliniques ARMD répondent suffisamment aux besoins.

Figure 11 : Nombre de cliniques ARMD par jours d'activités par semaine et par type de service offert, 2022

Source des données : META:PHI

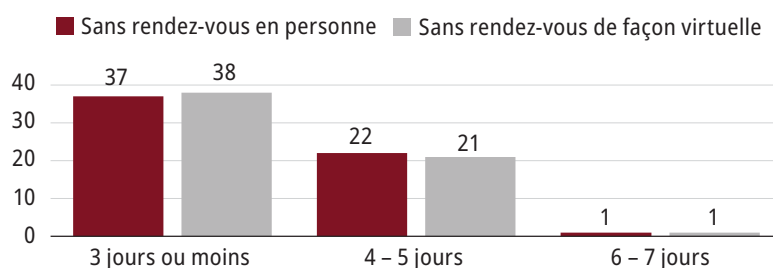
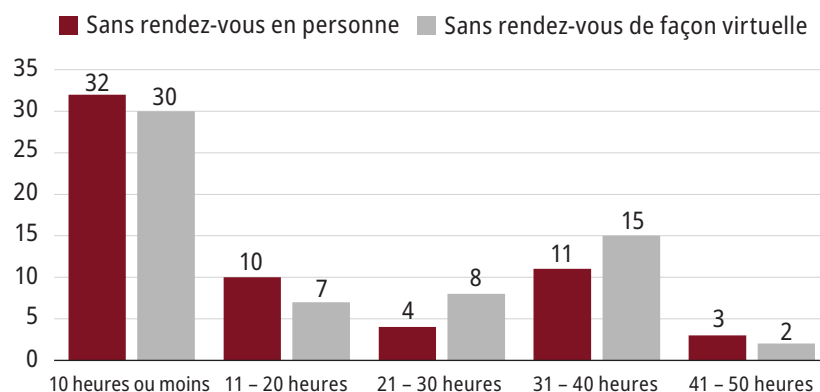


Figure 12 : Nombre de cliniques ARMD par heures d'activités par semaine et par type de service offert, 2022

Source des données : META:PHI



Notre discussion avec le personnel des cliniques ARMD et les médecins a révélé que les contraintes liées au financement et à la dotation limitaient leur capacité d'offrir plus de jours et d'heures de service par semaine. Ils reconnaissent que les services devraient idéalement être flexibles et disponibles tout au long de la semaine. Ils ont également soulevé l'importance des services sans rendez-vous dans les cliniques ARMD, car le désir d'un patient d'obtenir de l'aide est souvent éphémère et urgent. Si les patients ne reçoivent pas d'aide immédiate par l'entremise des services sans rendez-vous lorsqu'ils sont motivés à le faire, ils peuvent changer d'avis, oublier de se présenter à leurs rendez-vous ou recommencer à consommer de la drogue.

Notre examen de l'emplacement des cliniques ARMD a également révélé que les collectivités ayant des besoins élevés en matière de services n'avaient pas toutes accès à une clinique ARMD à proximité. Par exemple, Belleville, qui a décrété l'état d'urgence en raison d'une crise des opioïdes en février 2024, n'avaient pas de clinique ARMD. La clinique ARMD la plus proche était située au Centre de santé communautaire de Kingston, à environ une heure de route de Belleville. Le financement a été approuvé pour la mise sur pied d'une clinique ARMD à Belleville, qui a ouvert ses portes en août 2024.

Recommandation 4

Le ministère de la Santé devrait :

- effectuer une évaluation de la disponibilité, de l'efficacité et des résultats des cliniques ARMD;
- utiliser les résultats de l'évaluation pour cerner les points à améliorer et mettre en œuvre les changements nécessaires afin de s'assurer que les patients ont un accès approprié et rapide aux services dans les cliniques ARMD à l'échelle de la province;
- élaborer et mettre en œuvre des mesures normalisées de la qualité pour surveiller régulièrement le rendement et les résultats des cliniques ARMD.

Pour consulter la réponse de l'entité auditée, voir [Recommandations et réponses de l'entité auditée](#).

4.5 Programmes de distribution de la naloxone

La naloxone est un médicament à action rapide qui peut inverser temporairement les effets d'une surdose d'opioïdes. Elle aide à sauver des vies et est considérée comme un élément clé de la réduction des méfaits dans la réponse à la crise des opioïdes. En Ontario, la naloxone est offerte gratuitement et sans ordonnance aux personnes admissibles dans le cadre de deux programmes de base supervisés par le Ministère : le PODN, lancé en 2013, et le PODNP, lancé en 2016. Les populations cibles des programmes comprennent les personnes à risque de surdose d'opioïdes, ainsi que leurs amis, leur famille ou les personnes en mesure de s'occuper des personnes à risque. La **figure 13** présente les descriptions des programmes.

Au fil des ans, le Ministère a élargi la distribution de naloxone en modifiant le PODN et le PODNP, notamment en élargissant l'admissibilité au PODN pour inclure un plus grand nombre de types d'organismes, et en éliminant l'exigence du PODNP selon laquelle les bénéficiaires devaient présenter une carte d'assurance-maladie, qui constituait un obstacle à l'accès à la naloxone, et en rendant la naloxone disponible sous forme intranasale et injectable pour répondre à différentes préférences. Nous avons constaté qu'en raison de ces changements :

- » Le coût total de ces deux programmes a augmenté de 190 % (passant de 37 millions de dollars en 2019-2020 à 107 millions de dollars en 2023-2024). En 2023-2024, le PODNP représentait la majorité (environ 73 %) du coût total.

Figure 13 : Programmes de naloxone administrés par le ministère de la Santé

Source des données : Ministère de la Santé

	PODN	PODNP
Année de mise en œuvre	2013	2016
Sites de distribution	896 organismes communautaires participants ¹	4 263 pharmacies participantes ²
Processus d'approvisionnement	Le Ministère achète la naloxone et l'expédie à des sites qui servent de carrefours de distribution pour d'autres organismes communautaires participants.	Les pharmacies achètent la naloxone et soumettent des demandes de remboursement au Ministère après la distribution de la naloxone et la prestation de la formation (le cas échéant).
Coût en 2023-2024	29 M\$ ³	78 M\$ ⁴

1. Les organismes et programmes admissibles qui choisissent de participer au PODN au 31 mars 2024, notamment les bureaux de santé publique, les centres de santé communautaire, les programmes de sensibilisation, les refuges et les services d'urgence. En plus des 896 sites, le PODN fournit de la naloxone à 264 services de police, services d'incendie et aux directions d'Ambulance Saint-Jean participant au programme pour utilisation lors d'interventions d'urgence.

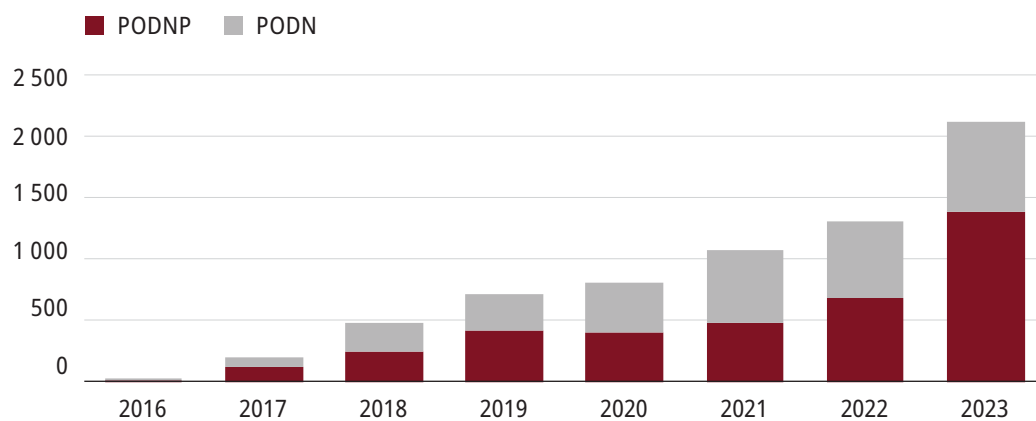
2. Les pharmacies qui ont distribué au moins une trousse de naloxone en 2023-2024.

3. Les coûts du PODN couvrent l'approvisionnement, l'entreposage et l'expédition de la naloxone.

4. Les coûts du PODN couvrent les taux standard payés aux pharmacies pour l'achat et la délivrance de naloxone, ainsi que pour la prestation d'une formation aux personnes qui reçoivent une trousse de naloxone injectable pour la première fois.

Figure 14 : Nombre de doses de naloxone fournies dans le cadre des deux programmes de naloxone de l'Ontario, 2016-2023 (en milliers)

Source des données : Ontario Drug Policy Research Network



Remarque : Les données sur le PODN et le PODNP représentent respectivement les doses expédiées aux organismes communautaires participants aux fins de distribution et les doses que les pharmacies ont soumises aux fins d'un remboursement.

- » Le nombre total de doses de naloxone fournies dans le cadre de ces deux programmes est passé de 430 en 2013 à environ 2,1 millions en 2023 (voir la **figure 14**). Parmi les deux programmes, le PODNP a affiché une croissance plus importante au cours des dernières années.

Bien que le Ministère ait atteint son objectif de rendre la naloxone plus accessible, nous avons constaté qu'il n'avait pas effectué une surveillance suffisante ou fourni des directives adéquates et en temps opportun aux participants au programme pour veiller à l'utilisation appropriée et optimale du financement.

4.5.1 Les demandes de remboursement des pharmacies liées à la naloxone n'ont pas fait l'objet d'un suivi adéquat afin de cerner les pratiques de facturation incohérentes et inappropriées

Contrairement à d'autres programmes provinciaux de remboursement des médicaments, les demandes de remboursement des pharmacies pour la naloxone n'exigent pas d'inclure les ordonnances ni les renseignements sur la carte d'assurance-maladie du bénéficiaire. Le fait qu'il y ait moins d'exigences contribue à réduire les obstacles à l'accès à la naloxone, mais augmente aussi le risque de demandes de remboursement inappropriées et nécessite un niveau accru de surveillance.

Comme l'illustre la **figure 15**, la majorité des pharmacies que nous avons sélectionnées pour nos visites avaient présenté d'importantes demandes de remboursement de la naloxone ou une augmentation importante du nombre de demandes au cours de la période de cinq ans allant de 2019-2020 à 2023-2024. Notre examen a révélé, parmi ces pharmacies, des pratiques

de facturation incohérentes qui allaient à l'encontre des politiques ou des directives du Ministère. Voici des exemples :

» **Processus de soumission des demandes de remboursement :**

Au lieu de présenter des demandes de remboursement le jour même où des trousse de naloxone et de la formation ont été fournies aux bénéficiaires, comme l'exige le programme, deux pharmacies ont indiqué qu'elles avaient parfois présenté des demandes plus tôt (c'est-à-dire lors de la réception des trousse de naloxone de leurs fournisseurs). Cela signifie que le Ministère pourrait rembourser les pharmacies (y compris pour les honoraires professionnels et les frais de formation qui s'appliquent) pour des trousse de naloxone qui n'ont pas réellement été distribués.

» **Documents à l'appui des demandes de remboursement :**

Le niveau de documentation que conservaient les pharmacies à l'appui des demandes de remboursement pour la naloxone variait d'une pharmacie à l'autre, alors que 9 pharmacies sur 10 n'étaient pas en mesure de fournir une documentation suffisante à l'appui de toutes les demandes de remboursement que nous avons échantillonnées. Bien que le PODNP soit un programme à faible obstacle et qu'il ne soit pas obligatoire de recueillir les renseignements d'identification des bénéficiaires de naloxone, certains renseignements (par exemple, les détails de la formation fournie) doivent tout de même être conservés conformément aux exigences du programme. Bien que le Ministère ait envoyé un avis aux pharmacies le 9 février 2024 pour clarifier les exigences en matière de documentation (voir la **section 4.5.2**), nous avons relevé des exceptions dans les demandes de remboursement échantillonnées pour les périodes précédant et suivant la date de l'avis.

Comme il en est question plus en détail à la **section 4.5.2**, le Ministère effectue une vérification après paiement des demandes de remboursement des pharmacies dans le cadre de son programme d'inspection. Deux des 10 pharmacies que nous avons visitées ont été inspectées par le Ministère au cours des 2 dernières années (2022 et 2023), et aucun recouvrement lié à la naloxone n'a été effectué à la suite de ces inspections.

Figure 15 : Demandes de remboursement de naloxone des pharmacies visitées, 2019-2020 et 2023-2024

Source des données : Ministère de la Santé

Pharmacie	2019-2020 (en dollars)	2023-2024 (en dollars)	Hausse (\$)
A	420	2 090 540	2 090 120
B	179 675	904 205	724 530
C*	s.o.*	676 185	s.o.
D	4 439	156 705	152 266
E	3 055	128 590	125 535
F	56 705	111 585	54 880
G	42 635	95 170	52 535
H*	s.o.*	87 405	s.o.
I	18 180	31 500	13 320
J	350	6 590	6 240

Remarque : Ces trois pharmacies ont soumis les demandes de remboursement de la naloxone les plus élevées en 2023-2024 parmi les pharmacies d'une même ville ou du même bureau de santé publique, à l'exception de la pharmacie J, qui se classait en dehors des 10 pharmacies dont la facturation était la plus élevée dans la même ville. Toutefois, des fluctuations des demandes de remboursement ont été relevées pour la pharmacie J au cours des cinq années examinées.

* Cette pharmacie n'était pas en activité cette année-là.

4.5.2 Les pratiques de distribution douteuses ou inhabituelles des pharmacies n'ont pas été traitées en temps opportun pour prévenir les abus potentiels dans le cadre du PODNP

Selon ce qu'ont révélé nos visites des pharmacies et nos rencontres avec les intervenants, certaines pharmacies auraient normalement dû intensifier leurs efforts pour distribuer les trousse de naloxone à leurs clients existants ayant une exposition connue aux opioïdes, mais elles ont distribué la naloxone de façons atypiques pouvant aller à l'encontre de l'intention du PODNP. À certaines occasions, elles semblaient profiter de la nature à faible obstacle du PODNP pour générer des revenus. Dans un sondage mené par l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario en mars 2024, environ le tiers des professionnels de la pharmacie y ayant répondu ont indiqué qu'ils avaient, dans leur milieu de travail, dû composer avec des [traduction] « directives ou des pressions pour distribuer un nombre fixe (pour l'équivalent d'un montant fixe) de trousse de naloxone ».

Surveillance limitée par le Ministère des pratiques de distribution de naloxone des pharmacies

Notre examen des données sur les demandes de remboursement du PODNP de 2019-2020 à 2023-2024 a révélé que la pharmacie qui avait distribué le plus de trousse de naloxone avait accumulé près de 40 millions de dollars en demandes de remboursement pour la naloxone, ce qui représente plus de 20 % des dépenses totales du PODNP au cours de la période de cinq ans. Depuis 2017, le Ministère avait reçu des plaintes au sujet d'un professionnel de cette pharmacie, car il avait fourni gratuitement des trousse de naloxone à l'extérieur des locaux de la pharmacie et avait recueilli les renseignements personnels des bénéficiaires afin de présenter des demandes de paiement au Ministère.

Le Ministère a effectué des inspections de cette pharmacie en décembre 2019 et en janvier 2023, mais les inspections n'ont donné lieu qu'à de faibles recouvrements (dont environ 33 500 \$ en 2019 pour les écarts dans les demandes de remboursement de naloxone), car les pratiques de distribution des trousse de naloxone ne faisaient pas partie du programme d'inspection. Les constatations relevées lors de l'inspection de décembre 2019 ont été renvoyées à l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario. L'Ordre a enquêté sur la conduite du pharmacien impliqué et a pris certaines mesures disciplinaires contre lui pour avoir enfreint les règles de l'Ordre.

En plus de cette pharmacie, nous avons relevé d'autres méthodes de distribution douteuses ou inhabituelles parmi les 10 pharmacies que nous avons visitées, comme l'indique la **figure 15**. Par exemple, au moyen d'observations, d'entrevues ou d'examen de dossiers, nous avons constaté ce qui suit :

- » Certaines pharmacies que nous avons visitées ont distribué la majorité des trousse de naloxone dans le cadre d'activités de sensibilisation communautaire qui ont eu lieu à l'extérieur de la pharmacie. Ces activités de sensibilisation ont notamment eu lieu dans des festivals, des stations de ski, des terrains de golf, des refuges et des conférences.

Nous avons également relevé des pratiques de sensibilisation agressives, comme la distribution de trousse de naloxone par sollicitation directe auprès d'entreprises locales.

- » Certaines pharmacies laissaient des trousse de naloxone dans des paniers pour que quiconque puisse les récupérer, bien que la naloxone soit un médicament inscrit à l'annexe II, devant être directement obtenu du pharmacien et dont on doit restreindre l'accès public (c'est-à-dire non disponible à la libre-sélection).
- » L'une des pharmacies que nous avons visitées gérait un site Web où les gens pouvaient commander des trousse de naloxone simplement en fournissant une adresse postale, sans aucune demande de suivi.

Bien que ces activités et pratiques puissent avoir accru la distribution de naloxone, nous remettons en question la pertinence de telles méthodes. Plus particulièrement :

- » Comme l'a confirmé le Ministère, l'intention du PODNP a toujours été de distribuer des trousse de naloxone principalement dans les emplacements physiques des pharmacies.
- » Les activités de sensibilisation pourraient ne pas atteindre la bonne population et se chevaucher aux activités de l'autre programme provincial de naloxone, qui utilise déjà les refuges comme site de distribution de naloxone (voir la **section 4.5.3**).
- » Pour les pharmacies qui utilisent un site Web pour prendre des commandes de naloxone ou qui offrent les trousse gratuites sous forme de paniers à ramasser, aucune formation en temps réel n'aura été offerte aux bénéficiaires sur la façon d'utiliser les trousse et de réagir en cas de surdoses d'opioïdes. De plus, en l'absence d'interactions personnelles, les pharmaciens ne seraient pas en mesure de dire si les bénéficiaires des trousse comprenaient réellement l'utilité de la naloxone et s'ils en avaient besoin.

Nous avons constaté que le Ministère n'avait pas élaboré de mécanisme pour examiner l'efficacité du PODNP. Il n'avait pas mis en place de système pour s'assurer que les pharmacies n'abusent pas du programme et que les trousse de naloxone financées atteignent la population visée (c.-à-d. les personnes à risque de surdose d'opioïdes et celles en mesure de prendre soin de ces personnes) au moyen de méthodes de distribution appropriées.

Retards dans la clarification de l'intention et des exigences du programme à l'intention des pharmacies

Le Ministère a envoyé un avis aux pharmacies le 9 février 2024, suivi d'un second avis le 24 juillet 2024, pour clarifier l'intention et les exigences du PODNP afin de normaliser les pratiques de distribution et de corriger les pratiques inhabituelles susmentionnées. Ces deux avis ont été émis alors que le présent audit était déjà en cours. Voici les principales mises à jour fournies au sujet du programme :

- » La fourniture de trousse de naloxone doit se faire sur place dans les locaux physiques de la pharmacie. La seule exemption à cette règle est lorsqu'une personne qui reçoit déjà des soins de la pharmacie n'est pas en mesure de se présenter physiquement à la pharmacie pour obtenir la trousse (par exemple, parce qu'elle est confinée à la maison). Dans un tel cas, la pharmacie peut livrer la trousse de naloxone à une adresse en Ontario.
- » La formation offerte aux personnes qui reçoivent des trousse de naloxone doit être fournie individuellement et en temps réel, soit en personne ou virtuellement, et non en groupe. La formation se limitant à des vidéos pédagogiques ou à du contenu sur le Web n'est pas autorisée.
- » Les pharmacies doivent tenir un minimum de dossiers sur les services fournis, notamment pour consigner le type de trousse de naloxone fournie, les détails de la formation donnée, la date du service, le nom et l'adresse de la pharmacie et la signature du personnel de la pharmacie qui a fourni la trousse (voir la **section 4.5.1** concernant les préoccupations en matière de documentation).

Bien que les avis du Ministère aient clarifié l'intention et les exigences du PODNP, nous avons constaté que ces avis ont été tardifs. Le premier avis n'a été émis qu'en février 2024, soit près de sept ans après que des plaintes du public aient informé le Ministère de pratiques inhabituelles ou douteuses (semblables à celles susmentionnées).

Nous avons également obtenu de la correspondance par courriel de 2019 dans laquelle le personnel du Ministère informait une pharmacie que la distribution de naloxone à l'extérieur de la pharmacie [traduction] « pourrait être hors de la portée du PODNP », et conseillait à la pharmacie [traduction] « de cesser d'offrir des trousse financées par le PODNP dans le cadre du programme en ligne avant que l'examen du PODNP soit finalisé et que des décisions stratégiques soient annoncées concernant tout changement apporté au programme ». Une telle attente n'avait pas été communiquée à toutes les pharmacies à cette époque. Ces décisions stratégiques ont plutôt seulement été clarifiées dans les avis émis à toutes les pharmacies en 2024.

À la suite des avis, certaines des pratiques susmentionnées, comme la sensibilisation communautaire et l'utilisation de paniers pour fournir des trousse gratuites à ramasser avaient cessé au moment où nous avons commencé à visiter les pharmacies en juin 2024. L'une des pharmacies que nous avons visitées distribuait des trousse de naloxone par l'intermédiaire d'un site Web. Nous avons constaté que cette pharmacie continuait de prendre des commandes de naloxone en ligne des personnes qui lui fourniraient une adresse postale au moment où nous avons terminé notre travail sur le terrain en août 2024. Cela allait à l'encontre de l'exigence mise à jour du Ministère, qui permet uniquement la distribution de trousse de naloxone à l'extérieur des locaux physiques d'une pharmacie si la personne reçoit déjà des soins de la pharmacie et n'est pas en mesure de s'y présenter physiquement.

4.5.3 Une collaboration accrue entre les programmes de naloxone sera nécessaire pour améliorer la distribution

Les deux programmes de naloxone administrés par le Ministère, le PODN et le PODNP, sont des programmes complémentaires qui utilisent différents canaux de distribution (respectivement les organismes communautaires et les pharmacies) pour maximiser l'accès à la naloxone pour les personnes à risque de surdose d'opioïdes, les membres de leur famille et leurs amis. D'autres personnes en mesure de prendre soin de personnes à risque peuvent également être admissibles dans le cadre du PODNP. Les activités douteuses ou inhabituelles des pharmacies mentionnées à la **section 4.5.2** ont montré qu'il serait avantageux que ces deux programmes de travailler de façon plus collaborative pour rejoindre la population cible de manière plus coordonnée. Voici des exemples :

- » Au lieu de distribuer de la naloxone aux refuges au moyen d'activités de sensibilisation ponctuelles menées par les pharmacies participant au PODNP, on devrait encourager les refuges à participer au PODN et deviennent des sites de distribution pour s'assurer que les personnes dans les refuges, une population dont on sait qu'elle est à risque de surdose d'opioïdes, aient un accès continu à la naloxone. D'après la rétroaction des participants à l'un ou l'autre des programmes, ces deux programmes pourraient aussi collaborer pour identifier les collectivités et les populations qui profiteraient le plus des activités de sensibilisation, et coordonner les efforts en vue de maximiser l'accessibilité à la naloxone et la sensibilisation de ces groupes.
- » Plutôt que de demander aux pharmacies de gérer leurs propres sites Web pour les commandes de naloxone afin de répondre aux besoins des personnes qui ne sont pas en mesure d'obtenir physiquement des trousseaux auprès des pharmacies (par exemple, parce qu'elles sont confinées à la maison), le PODN et le PODNP pourraient mieux se coordonner pour répondre aux besoins de cette population. Par exemple, certains organismes participant au PNG offrent déjà des services de distribution mobile pour offrir des trousseaux de naloxone et de la formation connexe aux personnes de leurs collectivités, en particulier chez les personnes sans abri, dans le cadre de leurs programmes de sensibilisation. L'élargissement de ce service à une plus grande population pourrait être utile à d'autres personnes qui utilisent actuellement des sites Web qu'exploitent les pharmacies.

Recommandation 5

Le ministère de la Santé devrait :

- surveiller régulièrement les demandes de remboursement de naloxone (ou de produits pharmaceutiques similaires à l'avenir) que présentent les pharmacies afin de repérer les indicateurs ou les risques de facturation inappropriée qui justifient un examen plus approfondi et des mesures correctives afin de prévenir et de décourager les récidives;
- cerner et corriger régulièrement les pratiques déraisonnables ou inhabituelles de distribution de naloxone par les pharmacies et assurer un suivi en temps opportun afin de s'assurer que ces dernières respectent l'intention du programme;
- renforcer la collaboration entre le PODN et le PODNP afin de maximiser l'accès à la naloxone pour les personnes qui en ont besoin grâce à une approche plus coordonnée.

Pour consulter la réponse de l'entité auditée, voir [Recommandations et réponses de l'entité auditée](#).

4.6 Surveillance des ordonnances et de la facturation des médecins

4.6.1 Les activités de prescription et de délivrance d'opioïdes n'ont pas fait l'objet d'une surveillance adéquate pour cerner les tendances préoccupantes

En 2012, le Ministère a mis sur pied le Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées (ci-après le « Système de surveillance »), qui a pour objet de recueillir des données sur la délivrance de tout médicament surveillé dans les pharmacies communautaires, y compris les opioïdes. Les données recueillies sont notamment l'identification du prescripteur et de la pharmacie, ainsi que la date d'exécution, le nom du médicament, la concentration, la quantité et le nombre estimatif de jours d'approvisionnement des médicaments délivrés. Le Ministère avait l'intention d'utiliser les données du Système de surveillance pour cerner les tendances d'utilisation des médicaments, détecter les activités inhabituelles, améliorer les pratiques de prescription et de délivrance, et intervenir en cas de pratiques potentiellement inappropriées. Malgré ces avantages possibles, nous avons constaté que les données du Système de surveillance étaient sous-utilisées.

Bien que le Ministère ait donné accès au Système de surveillance à un plus grand nombre de professionnels de la santé (voir la **section 4.6.3**) et qu'il ait utilisé les données du Système de surveillance pour produire des rapports de pratique à l'intention des médecins (voir la **section 4.6.4**), l'utilisation des données de ce système aux fins d'une réelle surveillance ou supervision était limitée. Outre la déclaration des tendances en matière de délivrance d'opioïdes à l'échelle du système, le Ministère n'a pas analysé régulièrement les données du Système de surveillance pour cerner de façon proactive les tendances préoccupantes en matière de prescription ou de délivrance, ou toute autre tendance pouvant justifier un examen plus approfondi et la prise de mesures.

Nos analyses des données du Système de surveillance de 2019-2020 à 2023-2024, ainsi que nos rencontres avec les parties prenantes, ont permis de cerner certaines tendances en matière de prescription ou de délivrance d'opioïdes qui mériteraient une attention supplémentaire. Les résultats de ces analyses sont résumés ci-dessous.

Augmentation importante du nombre de fortes doses d'opioïdes délivrées

Bien que le nombre de doses d'opioïdes délivrées soit demeuré stable au cours des cinq dernières années, nous avons constaté une hausse du nombre de fortes doses d'opioïdes délivrées (c'est-à-dire une dose quotidienne égale ou supérieure à 200 milligrammes d'équivalent morphine [MEM]), qui a augmenté d'environ 147 % entre 2019-2020 et 2023-2024. Nous avons constaté une tendance semblable chez les nouveaux utilisateurs d'opioïdes, avec une augmentation de 31 % du nombre estimatif de fortes doses d'opioïdes délivrées au cours de la même période (voir la **figure 16**). À titre de référence, les normes de qualité relatives à la prescription d'opioïdes de Qualité des services de santé Ontario recommandent qu'une ordonnance initiale d'opioïdes pour le traitement de la douleur ne dépasse pas 50 MEM par jour. Bien que cette tendance ne permette pas à elle seule de brosser un tableau complet des pratiques de prescription d'opioïdes, le Ministère n'a pas effectué d'analyses pour en comprendre la tendance et en déterminer la pertinence.

Figure 16 : Opioïdes délivrés à l'ensemble des utilisateurs et aux nouveaux utilisateurs, par dose quotidienne et variation en pourcentage, 2019-2020 à 2023-2024

Source des données : Ministère de la Santé

Dose quotidienne (MEM) ¹	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2022-2023	2023-2024	Variation en %
Opioïdes délivrés à l'ensemble des utilisateurs						
≥ 50	5 593 289	5 420 682	5 388 419	5 366 296	5 323 842	(5)
> 50 mais < 200	1 631 607	1 535 571	1 511 012	1 464 219	1 419 627	(13)
≥ 200	341 031	412 515	550 752	681 582	842 689	147
Opioïdes délivrés aux nouveaux utilisateurs²						
≥ 50	739 224	688 142	728 657	765 905	775 593	5
> 50 mais < 200	123 850	101 695	95 690	97 672	94 822	(23)
≥ 200	1 153	1 224	972	1 168	1 506	31

Remarque : La figure exclut les opioïdes délivrés pour le traitement par TAO, ainsi que certaines formes d'opioïdes (par exemple, injectables et suppositoires) qui ne présentent pas de facteurs de conversion valides en milligrammes d'équivalent morphine. Les opioïdes délivrés pour le traitement par TAO ont été déterminés à l'aide de critères que nous avons élaborés à partir de la recherche et des commentaires d'un expert en la matière, mais pourraient avoir été surévalués ou sous-évalués en raison des limites de données.

- MEM signifie « milligramme d'équivalent morphine », qui est une mesure normalisée de la quantité totale d'opioïdes délivrés dans une seule ordonnance. Selon les normes de qualité, la prescription d'opioïdes pour traiter la douleur chronique devrait commencer à la dose quotidienne efficace la plus faible, de préférence inférieure à 50 MEM. Pour la douleur aiguë (par exemple, traitement postopératoire), une dose orale quotidienne maximale de 50 MEM est recommandée. Dans certains cas, la dose quotidienne peut être ajustée jusqu'à 90 MEM par jour si une personne est informée du risque de préjudice accru.
- Nous définissons les nouveaux utilisateurs d'opioïdes comme étant ceux n'ayant pas reçu d'opioïdes au cours des 12 mois précédents.

Risque de délivrance d'opioïdes conjointement à des benzodiazépines

La prise conjointe de benzodiazépines (substances souvent utilisées comme sédatifs et tranquillisants) et d'opioïdes peut causer de graves problèmes respiratoires, augmenter le risque de surdose, et même causer la mort. La norme de qualité de 2018 sur les troubles liés à la consommation d'opioïdes élaborée par Qualité des services de santé Ontario soulignait ce risque et indiquait que la distribution conjointe de ces deux médicaments devrait être évitée dans la mesure du possible.

Ce risque a également été souligné dans une étude publiée en mars 2024 par Santé publique Ontario et l'Ontario Drug Policy Research Network. Parmi les 783 décès attribuables à une intoxication liée aux benzodiazépines survenus entre le 1^{er} janvier 2018 et le 30 juin 2022, la grande majorité (98 %) de ces décès impliquaient aussi d'autres substances, le plus souvent des opioïdes.

D'après notre analyse des données sur les médicaments, nous avons estimé que dans près de 20 % des cas où des benzodiazépines ont été délivrées entre 2019-2020 et 2023-2024, un opioïde (avec indication pour le traitement de la douleur) avait aussi été délivré à la même personne au moins une fois dans les sept jours avant ou après la délivrance de benzodiazépine. Dans certains cas, nous avons constaté que plus de cinq ordonnances distinctes d'opioïdes avaient été délivrées au cours d'une période de deux semaines.

Autres facteurs de risque déterminés par les intervenants

Outre nos analyses susmentionnées, l'information que nous avons obtenue des parties prenantes a également démontré la nécessité d'une surveillance régulière des activités de prescription et de délivrance d'opioïdes afin de cerner et de traiter les tendances posant un risque. Voici des exemples :

- » Bien qu'une proportion croissante de décès liés aux opioïdes au cours des dernières années ait impliqué des opioïdes non pharmaceutiques (voir la **figure 5** de la **section 4.1.1**), les parties prenantes nous ont appris que certaines personnes sont d'abord exposées aux opioïdes par ordonnance, avant de passer à l'approvisionnement d'opioïdes illicites plus puissants et mortels. Par conséquent, il est important d'assurer une surveillance des ordonnances d'opioïdes et de traiter en temps opportun toute tendance possiblement anormale. Une analyse du Bureau du coroner en chef de l'Ontario sur les décès liés aux opioïdes a révélé que près de la moitié des personnes décédées d'une intoxication liée aux opioïdes en 2019 avaient reçu des opioïdes de façon légale, par ordonnance, dans les deux années ayant précédé leur décès.
- » Contrairement à la prescription excessive, certaines parties prenantes ont plutôt noté un « effet dissuasif » chez certains médecins qui sont devenus hésitants à prescrire des opioïdes, et qui ont même cessé de les prescrire entièrement ou ont réduit les doses, sans plan de réduction approprié, afin d'éviter de faire l'objet d'un examen minutieux des autorités (par exemple, du Ministère ou des ordres de réglementation). Un tel effet dissuasif, s'il n'est pas cerné et traité de façon précoce et proactive, pourrait entraîner d'autres enjeux au fil du temps.

4.6.2 Les renseignements sur les activités de prescription et de délivrance d'opioïdes n'ont pas été communiqués régulièrement aux ordres de réglementation à l'appui de leurs travaux d'application de la loi

Les ordres de réglementation ont pour mandat de réglementer leurs professions respectives des soins de santé (par exemple, médecins, dentistes, pharmaciens). À titre de propriétaire des données, le Ministère omet de leur fournir de façon proactive des renseignements complets à l'appui de leurs efforts visant à orienter la conduite professionnelle et à maintenir des soins de qualité au sein de leurs professions. À l'heure actuelle, le Ministère ne fournit aux ordres de réglementation que des données limitées du Système de surveillance à des fins d'enquête et sur demande.

Par le passé, le Ministère a mis en œuvre diverses initiatives pour mobiliser les ordres de réglementation en ce qui a trait à la surveillance des ordonnances, mais ces initiatives ont été abandonnées. Par exemple, en 2017, le Ministère a formé la Prescription Monitoring Leadership Roundtable (table ronde de leadership pour la surveillance des médicaments), qui comprenait des représentants de divers ordres de réglementation, pour s'assurer que les données du Système de surveillance étaient utilisées de manière efficace, uniforme et fondée sur des éléments probants.

Cette table ronde a proposé la mise en œuvre d'un système provincial de surveillance des ordonnances permettant de répondre aux demandes d'analyse des données, d'établir des définitions et des indicateurs communs, et de fournir des rapports à des fins allant de l'amélioration de la qualité à l'assurance de la qualité et à l'application de la loi. Aucune réunion de la table ronde n'a été organisée depuis le changement de gouvernement provincial en 2018. Il n'y a donc eu aucune tribune régulière permettant aux ordres de réglementation et aux autres parties prenantes d'échanger des idées et d'explorer des façons d'optimiser l'utilisation des données du Système de surveillance.

Les enquêtes antérieures fondées sur les données du Système de surveillance avaient potentiellement contribué à « l'effet paralysant » (voir la **section 4.6.1**). Cependant, compte tenu du risque associé à la consommation inappropriée d'opioïdes, le Ministère et les ordres de réglementation doivent collaborer pour détecter activement les tendances anormales en matière de prescription afin de dissuader les professionnels de la santé de prescrire ou de délivrer des opioïdes de façon inappropriée.

Nous avons constaté que les gouvernements de certaines autres provinces, comme la Colombie-Britannique et la Saskatchewan, avaient financé des programmes de surveillance des ordonnances qui analysent régulièrement les données relatives aux ordonnances d'opioïdes. Ces analyses servent à cerner les activités inhabituelles au niveau des praticiens et à en faire le suivi, ou à signaler les tendances préoccupantes au niveau du système pour appuyer les activités d'évaluation de la qualité et d'enquête des ordres de réglementation.

4.6.3 Les prescripteurs et les distributeurs n'avaient pas tous accès en temps réel aux données sur la délivrance des médicaments

Il est important que les professionnels de la santé (par exemple, les médecins, les dentistes, les pharmaciens) aient accès aux données du Système de surveillance en temps réel à partir du point de service. Cet accès peut les aider à évaluer les risques et à prendre des décisions éclairées lorsqu'ils prescrivent ou délivrent des opioïdes, ce qui peut réduire le risque d'ordonnances en double, d'interactions nocives avec les médicaments et de détournements (lorsqu'une personne vend un opioïde prescrit sur le marché illégal). Notre analyse des données du Système de surveillance de 2023-2024 a fait ressortir toute l'importance de l'accès à ces données, car nous avons estimé que près de 22 % des personnes ont obtenu des opioïdes pour le traitement de la douleur auprès de plus d'un prescripteur, certaines ayant obtenu des ordonnances auprès de plus de 20 prescripteurs au cours de l'année.

Les données du Système de surveillance sont mises à la disposition des utilisateurs par l'entremise du Répertoire numérique des médicaments (RNM), qui est financé par le Ministère et exploité par Santé Ontario. En général, l'accès est accordé aux professionnels de la santé ou aux organismes intéressés qui font partie de l'un des groupes admissibles de dépositaires de renseignements sur la santé (par exemple, hôpitaux, centres de santé communautaire, cabinets de médecins et organismes de santé familiale).

Bien que des progrès aient été réalisés au cours des dernières années pour étendre l'accès au RNM à un plus grand nombre d'utilisateurs, nous avons constaté que cet accès demeure insuffisant pour les prescripteurs et distributeurs d'opioïdes. Il s'agit d'un enjeu que nous avons soulevé, il y a cinq ans, dans notre audit de 2019 sur les programmes de traitement des dépendances.

Prescripteurs d'opioïdes

Les opioïdes sont principalement prescrits par les médecins et les dentistes.

- » **Médecins** : Bien que les médecins soient admissibles à l'accès au RNM, ils ne s'y sont pas tous inscrits, car ce n'est pas obligatoire. Le Ministère n'est pas en mesure de déterminer le nombre de médecins qui ont (ou n'ont pas) accès au RNM, car certains pourraient y avoir accès par l'entremise d'organismes de soins de santé admissibles pour lesquels ils travaillent, et Santé Ontario ne recueille pas de renseignements sur les utilisateurs auprès de ces organismes.
- » **Dentistes** : Bien que les dentistes puissent prescrire des opioïdes pour le traitement de la douleur, ils ne relèvent pas, contrairement aux médecins, de l'un des groupes admissibles de dépositaires de renseignements sur la santé mentionnés précédemment. Par conséquent, les dentistes n'ont pas accès au RNM, à l'exception des dentistes qui travaillent pour un organisme admissible (par exemple, un hôpital). En revanche, d'autres provinces, comme la Colombie-Britannique et la Saskatchewan, ont mis leur répertoire provincial de données sur la dispensation de médicaments (qui compile les dossiers des pharmacies communautaires) à la disposition de tous les professionnels qui peuvent prescrire ou délivrer des opioïdes.

Distributeurs d'opioïdes

En 2021, Santé Ontario s'est associé à des intervenants clés (notamment l'Association des pharmaciens de l'Ontario, l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario et les grandes chaînes de pharmacies) pour lancer une campagne de communication à l'échelle des pharmacies dans le but de promouvoir l'adoption du « visualiseur clinique », un portail Web qui donne aux utilisateurs accès à des répertoires de données cliniques numériques, y compris le Répertoire numérique des médicaments (RNM). La campagne a contribué à accroître l'accès des pharmacies au RNM, mais puisque cet accès demeure non obligatoire, nous avons estimé qu'environ 3 000 pharmacies (61 %) n'utilisaient toujours pas le RNM en mai 2024.

4.6.4 Les prescripteurs d'opioïdes n'avaient pas tous accès aux rapports de pratique, ou n'en faisaient pas une pleine utilisation, pour améliorer leurs pratiques de prescription

Santé Ontario élabore des rapports de pratique (à partir de données provenant de diverses sources, y compris le RNM) pour certaines spécialités médicales afin de favoriser l'amélioration de la qualité des soins. Ces rapports fournissent des données et des indicateurs au niveau des médecins qui donnent un aperçu des pratiques d'un médecin, comme la prescription d'opioïdes, et fournissent des données provinciales ou régionales comparables pour aider les médecins à perfectionner leurs apprentissages et à évaluer leur pratique par rapport à celles de leurs pairs. Il n'est pas obligatoire pour les médecins de s'inscrire à ces rapports.

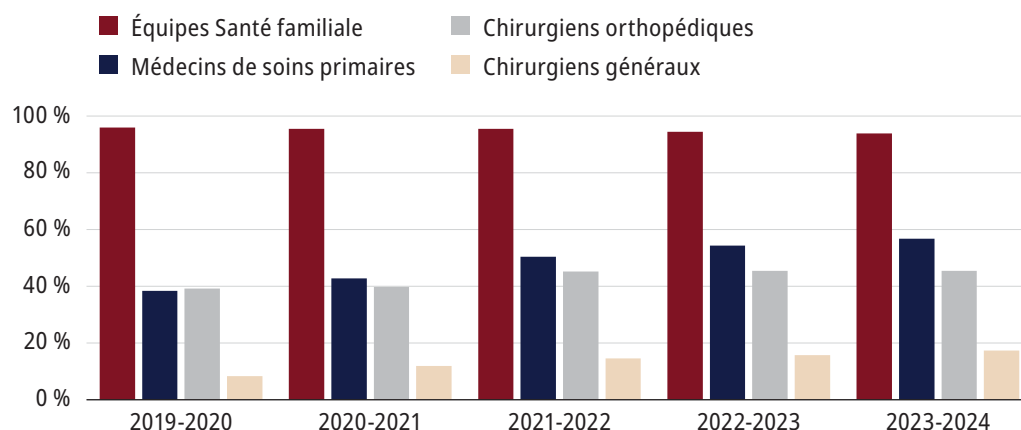
La première série de rapports de pratique a été élaborée à l'intention des médecins de soins primaires en 2013 par Qualité des services de santé Ontario (qui fait maintenant partie de Santé Ontario). Lorsque le Ministère a publié la Stratégie relative aux opioïdes, en 2016, il avait décidé de tirer parti de ces rapports de pratique pour fournir des renseignements qui aideraient les médecins à perfectionner leurs apprentissages et à améliorer leurs pratiques de prescription d'opioïdes. En 2017, on a élargi le rapport de pratique à l'intention des médecins de soins primaires (y compris les équipes de santé familiale) pour y inclure des indicateurs liés aux opioïdes, notamment sur les nouveaux utilisateurs d'opioïdes, la consommation chronique d'opioïdes, les doses élevées délivrées et la délivrance d'opioïdes conjointement à des benzodiazépines. Depuis, des rapports de pratique ont été élaborés pour d'autres groupes de spécialités médicales, y compris la chirurgie orthopédique (2019) et la chirurgie générale (2020), en se concentrant sur les tendances de prescription d'opioïdes postopératoires.

Bien que les rapports de pratique fournissent de précieux renseignements sur les pratiques de prescription d'opioïdes d'un médecin, nous avons constaté que bon nombre de prescripteurs au sein de groupes de spécialités admissibles à ces rapports ne les utilisaient pas. Notre analyse a révélé que les taux d'utilisation des rapports de pratique ont généralement augmenté au cours des cinq dernières années, mais qu'ils varient considérablement d'un groupe de spécialités médicales à l'autre (voir la **figure 17**). Au 31 mars 2024, le taux de participation était le plus élevé parmi les équipes de santé familiale (94 %), suivi des médecins de soins primaires (57 %), des chirurgiens orthopédistes (45 %) et, enfin, des chirurgiens généraux (17 %).

Les rapports de pratique ne sont pas disponibles pour tous les professionnels de la santé qui sont autorisés à prescrire des opioïdes. Par exemple, aucun rapport de pratique n'a été élaboré pour les dentistes, qui ont pourtant prescrit des opioïdes à environ 17 % des nouveaux utilisateurs d'opioïdes (pour le traitement de la douleur) en 2023-2024. Santé Ontario indique qu'il n'est actuellement pas prévu d'élaborer un rapport de pratique pour le secteur de la dentisterie, car il ne s'agit pas d'un secteur avec lequel interagit habituellement Santé Ontario. Selon des représentants du Royal College of Dental Surgeons of Ontario avec qui nous avons discuté, les rapports de pratique, ou d'autres ressources semblables, pourraient être des outils utiles pour aider les dentistes à mieux comprendre et évaluer les comportements et les tendances en matière de prescription d'opioïdes.

Figure 17 : Pourcentage de médecins recevant des rapports de pratique par groupe de spécialité médicale, 2019-2020 à 2023-2024

Source des données : Santé Ontario



4.6.5 La surveillance des factures des médecins pour des services médicaux liés à la toxicomanie a continué de faire défaut

Comme il est indiqué à la **section 4.3.1**, les médecins qui offrent un TAO sont généralement rémunérés à l'acte, facturant directement le RASO pour chaque personne vue et servie. Les personnes qui reçoivent un TAO doivent généralement consulter des médecins en personne ou en ligne pour obtenir les services connexes, y compris une évaluation, une prescription de médicaments (principalement de la méthadone ou de la suboxone) ou un test d'urine pour détecter la consommation de substances. Les médecins présentent ensuite leurs demandes de remboursement au titre du RASO pour les services fournis. Or, un tel modèle de rémunération à l'acte pourrait inciter les médecins à voir les patients plus souvent que ce qui est nécessaire pour gagner plus d'argent. Le fait que les médecins voient un grand nombre de patients par jour soulève également des préoccupations sur le plan de la qualité et de l'exhaustivité des soins que fournissent les cliniques de TAO, compte tenu du temps limité que les médecins pourraient consacrer à chaque patient.

Les experts en toxicomanie que nous avons rencontrés ont exprimé des préoccupations à l'égard du risque que des médecins procèdent à un nombre excessif de visites de patients et d'analyses d'urine pour augmenter leur facturation. Une grande chaîne privée de cliniques de TAO a également soulevé cette préoccupation dans son mémoire au Ministère en 2020, indiquant qu'il y avait des preuves de « mauvais acteurs » ayant utilisé à mauvais escient le modèle de rémunération à l'acte. De plus, les préoccupations continuent d'augmenter, alors que les soins virtuels sont en hausse et qu'un plus grand nombre de médecins offrent des services de traitement des dépendances par vidéo ou téléphone afin d'améliorer l'accès et d'accroître l'efficacité. Il s'agit d'un problème que nous avons soulevé dans notre audit de 2020 sur les soins virtuels : Utilisation des technologies de communication pour les soins aux patients.

Figure 18 : Exemples de praticiens en médecine des toxicomanies dont la facturation et le nombre de consultations quotidiennes sont élevés, 2023-2024

Préparée par le Bureau du vérificateur général de l'Ontario

Médecin	Facturation totale (000 \$)	Nombre de visites de patients (par jour)*			
		Moyenne		Nombre maximal	
		En personne	Virtuel	En personne	Virtuel
A	1 766	113	74	304	191
B	1 328	112	29	253	116
C	1 326	63	51	181	152
D	1 242	96	27	171	88
E	928	63	59	152	148
F	839	64	45	143	131

Remarque : Le total des factures et des visites aux patients est lié aux services de médecine des toxicomanies fournis par ces médecins en 2023-2024.

* La majorité des visites en personne concernaient des tests d'urine, tandis que la majorité des visites virtuelles concernaient l'évaluation ou la prescription de médicaments. Il est possible qu'un patient ait eu des visites en personne et virtuelles le même jour (par exemple, le patient a eu une visite virtuelle avant de faire une visite en personne pour un test d'urine).

Nous avons recensé les 150 médecins ayant présenté les factures les plus élevées pour des services de médecine de la toxicomanie au cours des cinq dernières années, et avons examiné le nombre moyen et maximal de visites de patients de ces médecins au cours d'une seule journée afin d'évaluer le caractère raisonnable de ces chiffres par rapport aux montants facturés. Dans le cas de ces 150 médecins dont la facturation était la plus élevée pour des services de médecine des toxicomanies, nous avons constaté que 50 d'entre eux avaient facturé 700 000 \$ ou plus au cours des cinq dernières années, et que seulement 10 % de ces derniers (5 sur 50) avaient fait l'objet d'un examen du Ministère. En 2023-2024, le médecin dont la facturation était la plus élevée aurait vu en moyenne 113 patients en personne et 74 virtuellement par jour pour des services de médecine des dépendances (c'est-à-dire environ 2,5 minutes par patient au cours d'une journée de travail de 8 heures), et avait facturé près de 1,8 million de dollars pour la prestation de ces services.

La **figure 18** donne des exemples anonymisés de médecins dont la facturation était considérablement élevée et dont le nombre déclaré de visites de patients pour des services de médecine des toxicomanies était élevé en 2023-2024. Comme ces médecins fournissaient également d'autres services non liés aux toxicomanies, leur facturation totale et le nombre de visites de patients étaient encore plus élevés que les chiffres présentés.

Parmi les médecins présentés à la **figure 18**, nous avons constaté que seulement deux avaient l'objet d'un examen du Ministère, et que ces examens n'avaient pas été effectués en temps opportun ou ne s'étaient pas avérés efficaces, car ces deux médecins ont continué d'afficher une facturation et un nombre de visites élevés après l'examen du Ministère. Voici des exemples :

- » En février 2019, le Comité des enquêtes, des plaintes et des rapports (CEPR) de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) a mis en garde un médecin (le « médecin F ») à la suite de deux plaintes de patients portant sur des questions comme le fait de ne jamais voir le médecin, mais seulement l'adjoint du médecin pour recevoir une ordonnance. L'OMCO n'avait trouvé aucun élément probant attestant du fait que ce médecin passait en revue le travail de son adjoint. Le Ministère a examiné la facturation de ce médecin en 2022, soit trois ans après la mise en garde de l'OMCO, et a relevé d'autres préoccupations comme la facturation d'un nombre excessif de tests d'urine pour des patients dans un état stable, et l'incapacité de prouver que les services facturés étaient fournis personnellement aux patients. Bien que le Ministère ait fourni à ce médecin une formation sur la facturation, nous avons constaté que la facturation du médecin demeurait élevée après l'examen du Ministère en 2022. Par exemple, en 2023-2024, en plus des factures liées aux services de médecine des toxicomanies s'élevant à environ 839 000 \$, comme l'indique la **figure 18**, ce médecin avait soumis des factures non liées aux toxicomanies s'élevant à environ 1,5 million de dollars.
- » Dans un examen du Ministère visant un autre médecin (le « médecin E ») en 2020, on a relevé une facturation élevée et des cas de factures pour des services virtuels comptant plus de 160 visites de patients virtuels par jour. Malgré cette constatation, aucune mesure n'avait été prise contre ce médecin. Nous avons constaté que ce médecin a continué de facturer un nombre élevé de visites de patients après l'examen du Ministère, ayant vu jusqu'à 152 patients en personne et 148 patients virtuellement au cours d'une seule journée en 2023-2024, comme le montre la **figure 18**.

Outre les exemples présentés à la **figure 18**, nous avons relevé un autre cas où, en 2017, le CEPR de l'OMCO avait ordonné à un médecin de suivre une formation continue en raison de préoccupations découlant de la pratique du médecin, y compris des « visites rapides » avec les patients.

Une étude menée en 2017 par des chercheurs et des cliniciens avait également révélé que la majorité des patients consommant des opioïdes en Ontario recevaient des services de TAO de la part d'un petit nombre de médecins qui prenaient en charge un volume élevé de patients par jour, cela soulevant des préoccupations quant à la qualité des soins fournis par ces médecins. Cette étude suggérait que de futures recherches soient menées pour examiner la qualité des services fournis aux patients qui recevaient un TAO en Ontario, ainsi que les répercussions ayant trait aux résultats cliniques.

Recommandation 6

Le ministère de la Santé devrait :

- effectuer des analyses et un suivi réguliers des cas inhabituels ou des tendances relatives aux activités de prescription et de délivrance d'opioïdes;
- échanger régulièrement des informations sur les cas inhabituels ou les tendances relatives aux activités de prescription et de délivrance d'opioïdes, le cas échéant, avec les ordres de réglementation afin de faciliter leurs activités d'amélioration de la qualité et d'application de la loi;
- promouvoir activement l'inscription des professionnels de la santé au RNM afin de pouvoir accéder aux données du Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées, et évaluer si cet accès devrait être obligatoire chez les personnes qui prescrivent ou délivrent fréquemment des opioïdes, y compris les médecins, les dentistes et les pharmaciens;
- collaborer avec Santé Ontario pour accroître l'utilisation des rapports de pratique, en sensibilisant et en encourageant l'adoption de ces rapports chez les médecins admissibles, et élaborer des rapports de pratique à l'intention des professionnels de la santé qui n'y sont pas admissibles à l'heure actuelle, mais qui prescrivent fréquemment des opioïdes (par exemple, les dentistes);
- effectuer un examen exhaustif des factures des médecins pour des soins liés aux opioïdes afin de repérer les cas aberrants où la facturation et le volume de patients sont déraisonnables, et renvoyer les cas qui justifient une enquête plus approfondie à l'OMCO.

Pour consulter la réponse de l'entité auditée, voir [Recommandations et réponses de l'entité auditée](#).

4.7 Pratiques émergentes

4.7.1 Des pratiques émergentes existent en vase clos et doivent être évaluées

Bien que la méthadone, la suboxone et le Sublocade soient considérés comme les principaux médicaments utilisés pour le TAO en Ontario (voir la **section 4.3**), nous avons constaté que les fournisseurs de services de l'Ontario et d'autres provinces ont commencé à offrir d'autres formes de traitement dont l'efficacité et les résultats n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation complète.

Approvisionnement plus sécuritaire en opioïdes

L'approche de réduction des méfaits approvisionnement plus sécuritaire en opioïdes (SOS) vise à prescrire aux utilisateurs certains types d'opioïdes comme solution de rechange plus sûre aux opioïdes illicites, afin de les dissuader de s'approvisionner auprès de sources illégales. Habituellement, l'approche SOS consiste à prescrire de l'hydromorphone, un opioïde puissant qui est généralement prescrit comme analgésique pour traiter la douleur liée au cancer ou la douleur aiguë dans des situations cliniques particulières (par exemple, après une chirurgie). À l'heure actuelle, il existe certains programmes SOS en Ontario. Ils sont financés par Santé Canada, et le Ministère fournit un financement indirect au moyen de paiements aux médecins ou organismes (par exemple, des centres de santé communautaires) où des médecins ou des infirmières praticiennes fournissent les services liés à cette approche.

À la suite de discussions avec des fournisseurs de services et des experts cliniques, nous avons constaté d'importantes divergences d'opinions concernant l'utilisation de l'approche SOS dans le traitement de la dépendance aux opioïdes. Plus particulièrement :

- » Certains fournisseurs de services se sont fermement opposés à l'utilisation de l'approche SOS, qu'ils estiment ne pas être aussi efficace que le TAO en tant que traitement. Ces fournisseurs de services ont également soulevé des préoccupations quant au risque de détournement des substances, car de nombreux fournisseurs de l'approche SOS permettent aux utilisateurs d'emporter à la maison des comprimés qui risquent ensuite d'être revendus sur le marché illégal. Par exemple, le Service de police de London a saisi des comprimés de huit milligrammes de Dilaudid (un nom de marque de l'hydromorphone), dont certains avaient été prescrits dans le cadre de l'approche SOS avant d'être revendus illégalement dans la collectivité. Selon un mémoire soumis en novembre 2023 par un groupe de cliniciens en toxicomanie de l'Ontario à Santé Canada, qui finance certains programmes de SOS en Ontario, des données probantes indiquent que les comprimés d'hydromorphone sont fréquemment détournés de cette façon. Selon ce mémoire et l'un des auteurs de ce mémoire que nous avons rencontré, l'approche SOS a une valeur de traitement dans certains cas, mais il faudrait s'assurer que la consommation soit supervisée afin d'éviter que les comprimés soient revendus.

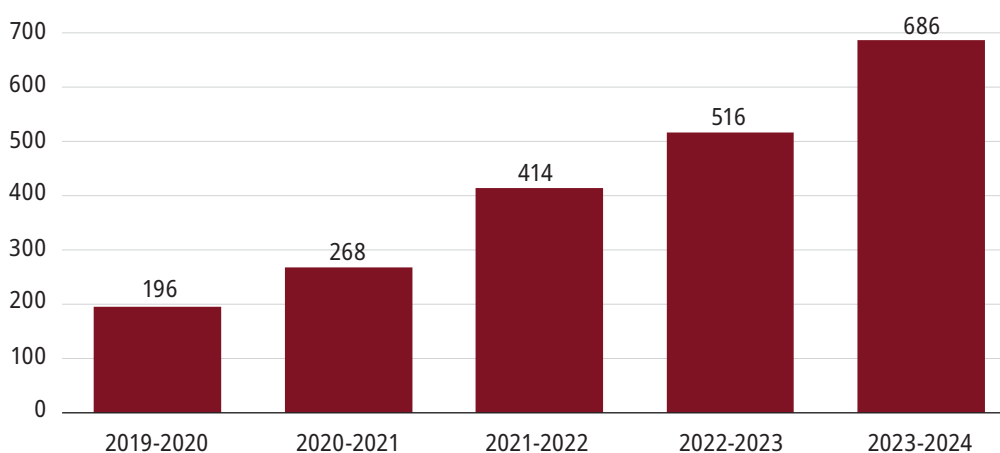
- » D'autres fournisseurs de services croyaient fermement en la valeur de l'approche SOS pour éviter que les utilisateurs se procurent des opioïdes sur le marché illégal. L'approche SOS aide également à freiner la consommation illégale de drogues chez les personnes qui se retrouvent dans une situation où des traitements traditionnels comme le TAO à eux seuls ne pourraient pas fonctionner.

D'après notre analyse des données, nous avons estimé que la distribution d'hydromorphone dans le cadre de l'approche SOS a augmenté de 251 % entre 2019-2020 et 2023-2024 (voir la **figure 19**). Malgré la prévalence croissante de l'approche SOS en Ontario, le Ministère n'a pris aucune mesure pour évaluer l'ampleur de l'adoption de cette approche, ainsi que son efficacité et ses résultats, afin de déterminer le rôle qu'elle pourrait jouer dans l'intervention de la province dans la lutte contre la crise des opioïdes à l'avenir. De plus, étant donné que les programmes existants de SOS en Ontario ne sont pas financés par la province, le Ministère n'a publié aucune politique ou ligne directrice pour atténuer le risque de revente de ces opioïdes sur le marché illégal.

Notre examen comparatif avec d'autres administrations a révélé qu'en mars 2024, la vérificatrice générale de la Colombie-Britannique a publié un rapport indiquant que cette province avait mis en œuvre un programme d'approvisionnement plus sécuritaire de médicaments prescrits, et avait recueilli des données sur l'utilisation des services, les résultats des programmes et les répercussions à l'échelle de la population. La Colombie-Britannique a également entrepris une évaluation de ce programme, mais les résultats de cette évaluation n'étaient pas encore disponibles au moment de notre audit.

Figure 19 : Nombre estimatif de doses d'hydromorphone délivrées comme approvisionnement plus sûr en opioïdes, 2019-2020 à 2023-2024 (en milliers)

Source des données : Ministère de la Santé



Remarque : Le Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées du Ministère ne précise pas si l'hydromorphone a été distribuée dans le cadre de l'approche SOS ou pour la gestion de la douleur. Les données présentées dans la figure comprennent l'hydromorphone, qui était le plus probablement le médicament utilisé dans l'approche SOS (comprimés d'hydromorphone de quatre ou huit milligrammes) selon nos recherches et de l'avis d'un expert en la matière, mais elles pourraient être surestimées ou sous-identifiées en raison de cette limite de données.

Traitement par agonistes opioïdes injectables

Le traitement par agonistes opioïdes injectable (TAOi) offre une solution de rechange aux personnes pour qui les formes courantes de TAO avec un médicament oral (c.-à-d. la méthadone ou suboxone) ne se sont pas avérées efficaces, comme l'indique la **section 4.3**. À l'instar de l'approche SOS, le TAOi utilise habituellement de l'hydromorphone, qui est toutefois administrée sous forme injectable et sous supervision. Comme pour l'approche SOS, le Ministère ne finance pas le TAOi, et les fournisseurs de TAOi dépendent du financement de Santé Canada ou d'autres sources pour exécuter leur programme. Santé Canada nous a dit qu'il accordait actuellement du financement à un seul site de TAOi à Toronto. Les praticiens en médecine des toxicomanies ont également informé le Ministère qu'il existe un autre programme de TAOi à Ottawa.

Le mémoire susmentionné d'un groupe de cliniciens en toxicomanie de l'Ontario à l'intention de Santé Canada, en novembre 2023, recommandait que le TAOi soit priorisé plutôt que l'approche SOS, principalement en raison du fait que la nature supervisée du TAOi réduit le risque de détournement sur le marché illégal et le risque d'infections liées aux injections. Ce mémoire indiquait également que Santé Canada devrait envisager d'élargir le TAOi en établissant des partenariats avec les provinces pour couvrir les coûts. Nous avons rencontré le fournisseur d'un programme de TAOi à Toronto. Bien que le programme ait obtenu des résultats positifs (par exemple, 60 % des personnes recevant un TAOi ont cessé d'utiliser du fentanyl provenant du marché illégal), il devra vraisemblablement cesser ses activités une fois que le financement fédéral temporaire prendra fin en 2024-2025, car la province n'a toujours pas indiqué si elle prendra en charge le financement.

Notre examen comparatif avec d'autres administrations a révélé que le TAOi a été utilisé dans d'autres provinces (par exemple la Colombie-Britannique et l'Alberta) et dans des pays européens (par exemple la Suisse, les Pays-Bas et le Royaume-Uni).

Recommandation 7

Nous recommandons que le ministère de la Santé collabore avec des experts en recherche clinique pour effectuer des évaluations exhaustives des pratiques émergentes qui sont mises en œuvre dans d'autres administrations (par exemple, l'approche SOS et le programme TAOi) afin d'évaluer leur efficacité et de prendre des décisions qui seront éclairées par des données probantes sur la question de savoir si ces pratiques devraient être mises en œuvre en Ontario.

Pour consulter la réponse de l'entité audité, voir [Recommandations et réponses de l'entité audité](#).

Recommandations et réponses de l'entité auditée

Recommandation 1

Le ministère de la Santé devrait :

- élaborer une nouvelle stratégie globale comprenant toutes les pratiques exemplaires visant à s'attaquer aux facteurs actuels de la crise des opioïdes, réduire les méfaits liés aux opioïdes et prévenir la dépendance et les surdoses liés aux opioïdes;
- élaborer une structure claire en matière de gouvernance, de responsabilisation et de leadership afin d'encadrer les travaux liés aux réponses du secteur de la santé de l'Ontario à la crise des opioïdes;
- déterminer et mettre en œuvre des mesures du rendement axées sur les résultats pour évaluer l'avancement des travaux et des initiatives dans le cadre de la Stratégie relative aux opioïdes et en rendre compte annuellement;
- collaborer avec le Centre d'excellence en santé mentale et en lutte contre les dépendances afin d'améliorer les données provinciales sur la santé mentale et les dépendances dans le but de pouvoir mieux évaluer les besoins, la disponibilité et l'efficacité des services offerts aux personnes souffrant de dépendance aux opioïdes et de problèmes de santé mentale concomitants.

Réponse du ministère de la Santé

Le Ministère souscrit à cette recommandation.

L'approche du gouvernement consiste à élaborer un continuum complet de soins pour les troubles de santé mentale et de toxicomanie, y compris les dépendances aux opioïdes, grâce à des investissements historiques dans la feuille de route Vers le mieux-être et le Fonds pour les services de lutte contre les dépendances. Le Ministère évaluera cette approche, établira un continuum complet de soins et élaborera de nouvelles stratégies pour réduire les méfaits liés aux opioïdes, prévenir la dépendance et les surdoses et aider les personnes aux prises avec des dépendances à se faire traiter et à se rétablir.

Le Ministère examinera ses structures et processus de gouvernance existants, y compris son comité directeur, ainsi que sa coordination et sa surveillance avec les bureaux de santé publique et Santé Ontario. Le Ministère collaborera également avec le Centre d'excellence en santé mentale et en lutte contre les dépendances de Santé Ontario pour mieux harmoniser son modèle de surveillance du système de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances à la conception et à la surveillance futures du système, notamment ses comités consultatifs axés sur les troubles de toxicomanie.

Le Ministère reconnaît la nécessité de déterminer et de mettre en œuvre des mesures du rendement axées sur les résultats et continuera de collaborer avec le Centre d'excellence en santé mentale et en lutte contre les dépendances de Santé Ontario, qui dirige l'élaboration de la stratégie de données qui appuiera la prise de décisions fondées sur des données probantes et évaluera les progrès réalisés dans les programmes et les initiatives liés aux troubles de toxicomanie et aux problèmes concomitants de santé mentale.

Recommandation 2

Nous recommandons que le ministère de la Santé effectue tous les travaux de planification nécessaires avant de faire la transition vers les nouveaux carrefours d'aide aux sans-abri et de lutte contre les dépendances, notamment en :

- collaborant avec les fournisseurs pour soutenir les utilisateurs de SCT touchés par la fermeture d'un site de SCT et pour effectuer des analyses des répercussions, des risques et des finances;
- mobilisant tous les intervenants pertinents;
- élaborant un plan de mesure du rendement;
- déployant des mesures de santé publique dans les régions où les sites de services de consommation supervisée ferment leurs portes.

Réponse du ministère de la Santé

Le Ministère souscrit à cette recommandation.

Comme il l'avait annoncé, le gouvernement a déposé un projet de loi qui, s'il était adopté, entraînerait la fermeture des sites de SCT à l'intérieur de la zone tampon de 200 mètres. Tout site de SCT qui ferme ses portes a la possibilité de devenir un carrefour d'aide aux sans-abri et de lutte contre les dépendances.

Le Ministère s'est engagé à collaborer avec les fournisseurs pour soutenir les clients qui pourraient être touchés par la fermeture d'un site de SCT. À cette fin, il doit notamment faire ce qui suit :

- Collaborer avec les sites de SCT potentiellement touchés qui se situent dans la zone tampon de 200 mètres pour les aider à devenir des carrefours d'aide aux sans-abri et de lutte contre les dépendances. Les sites de SCT convertis en carrefours d'aide aux sans-abri et de lutte contre les dépendances seront admissibles à un financement supplémentaire et pourront offrir une série de services de santé mentale, de services de traitement des dépendances et d'autres services qu'ils ne pouvaient pas offrir auparavant en tant que SCT.

- Sensibiliser les bureaux de santé publique pour qu'ils mettent à jour leurs stratégies de réduction des méfaits afin d'améliorer les programmes et les partenariats qui permettraient de trouver des solutions de rechange aux services fournis précédemment par un site SCT qui fermera ses portes.
- Les sites de SCT qui prévoient se convertir en carrefours d'aide aux sans-abri et de lutte contre les dépendances d'ici le 31 mars 2025 doivent également élaborer des plans de cessation des activités qui décrivent les répercussions et les risques, et qui comprennent une analyse financière, des échéanciers, les communications avec les clients existants et un aiguillage vers d'autres services de santé.
- Pour les sites de SCT qui poursuivront leurs activités, une collecte de données et une production de rapports mensuels accrues faciliteront les évaluations des répercussions et la transition des services de consommation supervisée vers les services de carrefours d'aide aux sans-abri et de lutte contre les dépendances.

Dans le cadre du projet-pilote triennal de carrefours d'aide aux sans-abri et de lutte contre les dépendances, il y aura une évaluation par un tiers pour déterminer les résultats, les leçons apprises et les points à améliorer. Les résultats de l'évaluation éclaireront les décisions futures sur les services de santé mentale et de lutte contre les dépendances, y compris les carrefours d'aide aux sans-abri et de lutte contre les dépendances en Ontario. Le Ministère exigera que les carrefours d'aide aux sans-abri et de lutte contre les dépendances et d'autres fournisseurs de services de santé recueillent les données nécessaires à l'appui de l'évaluation.

Recommandation 3

Le ministère de la Santé devrait :

- collaborer avec les fournisseurs de TAO pour améliorer l'accès à des soins complets ou services enveloppants (p. ex. soins primaires, counseling en santé mentale et en toxicomanie et soutien social) en offrant ces services directement ou par l'entremise de partenariats avec d'autres fournisseurs de services communautaires;
- collaborer avec les hôpitaux, les médecins praticiens et les ordres de réglementation pour déterminer les pratiques exemplaires et les façons d'accroître la disponibilité du TAO auprès des fournisseurs de soins primaires et dans les services des urgences;
- collaborer avec des experts en recherche clinique et des médecins pour déterminer si toutes les options de médicament du TAO sont accessibles afin de s'assurer que les différents besoins sont satisfaits.

Réponse du ministère de la Santé

Le Ministère souscrit à cette recommandation.

Le Ministère reconnaît l'importance des modèles de soins intégrés. Il s'appuiera sur les travaux en cours, notamment les cliniques ARMD, les carrefours bien-être pour les jeunes et les carrefours d'aide aux sans-abri et de lutte contre les dépendances, et il mettra à profit les travaux dans les communautés de pratique existantes pour la médecine des toxicomanies. Le Ministère examinera les possibilités d'accroître l'accès aux soins complets pour les clients qui reçoivent un TAO, y compris dans les hôpitaux, les milieux de soins primaires et d'autres milieux de soins de santé.

Le Ministère collaborera avec des partenaires du secteur de la santé pour appuyer et mettre en œuvre un continuum de soins intégré et fondé sur des données probantes pour les troubles liés à l'usage de substances. Ce continuum comprend entre autres les soins primaires, les cliniques de TAO, les cliniques ARMD et les hôpitaux. Le Ministère reconnaît que le prix courant des médicaments est déterminé par les fabricants pharmaceutiques et qu'il est assujéti à la surveillance nationale du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés.

Recommandation 4

Le ministère de la Santé devrait :

- effectuer une évaluation de la disponibilité, de l'efficacité et des résultats des cliniques ARMD;
- utiliser les résultats de l'évaluation pour cerner les points à améliorer et mettre en œuvre les changements nécessaires pour fournir aux gens un accès approprié et rapide aux services dans les cliniques ARMD à l'échelle de la province;
- élaborer et mettre en œuvre des mesures normalisées de la qualité pour surveiller régulièrement le rendement et les résultats des cliniques ARMD.

Réponse du ministère de la Santé

Le Ministère souscrit à cette recommandation.

Le Ministère collabore avec le Centre d'excellence en santé mentale et en lutte contre les dépendances de Santé Ontario pour évaluer la disponibilité et l'efficacité des services communautaires de santé mentale et de lutte contre les dépendances, y compris les cliniques ARMD, ainsi que pour les normaliser et les surveiller. Ces travaux serviront à cerner les possibilités d'améliorer l'accès rapide aux services cliniques et à élaborer des paramètres de rendement.

Le Ministère collaborera également avec le Centre d'excellence en santé mentale et en lutte contre les dépendances pour veiller à ce que son plan systémique de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances pour la mise en œuvre de la feuille de route Vers le mieux-être, qui est en cours d'élaboration, intègre des plans pour un continuum de soins intégré et fondé sur des données probantes pour les troubles liés à l'usage de substances. Ce continuum comprend entre autres les soins primaires, les cliniques de TAO, les cliniques ARMD et les hôpitaux.

Le Centre d'excellence en santé mentale et en lutte contre les dépendances met en œuvre une stratégie de données qui comprend un ensemble de données provinciales pour la prise de décisions fondées sur des données probantes. Ces données permettront d'améliorer la planification, la gestion du rendement et la surveillance des résultats.

De plus, le Ministère collabore avec le Centre d'excellence en santé mentale et en lutte contre les dépendances et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour élargir le plan comptable du Système d'information financière et statistique sur les services de santé de l'Ontario (SIFSSSO) afin d'inclure un centre fonctionnel propre à l'ARMD, ce qui permettra une surveillance plus efficace du rendement.

Recommandation 5

Le ministère de la Santé devrait :

- surveiller régulièrement les demandes de remboursement de naloxone (ou de produits pharmaceutiques similaires à l'avenir) que présentent les pharmacies afin de repérer les indicateurs ou les risques de facturation inappropriée qui justifient un examen plus approfondi et des mesures correctives afin de prévenir et de décourager les récidives;
- cerner et corriger régulièrement les pratiques déraisonnables ou inhabituelles de distribution de naloxone par les pharmacies et assurer un suivi en temps opportun afin de s'assurer que ces dernières respectent l'intention du programme;
- renforcer la collaboration entre le PODN et le PODNP afin de maximiser l'accès à la naloxone pour les personnes qui en ont besoin grâce à une approche plus coordonnée.

Réponse du ministère de la Santé

Le Ministère souscrit à cette recommandation, qui correspond aux mesures qu'il a prises.

Les indicateurs et les risques de facturation inappropriée ainsi que les pratiques déraisonnables ou inhabituelles de distribution de naloxone par les pharmacies qui justifient d'autres mesures sont traités dans le cadre du processus d'inspection du Ministère et de l'examen des rapports trimestriels. Si le Ministère observe une facturation ou des pratiques inhabituelles au cours d'une inspection ou d'un examen des rapports trimestriels, un aiguillage vers les organismes de réglementation compétents (p. ex., l'Ordre des pharmaciens de l'Ontario, la Police provinciale de l'Ontario) peut être effectué au besoin.

En ce qui concerne les pratiques déraisonnables ou inhabituelles de distribution de naloxone par les pharmacies, le Ministère a fourni des précisions sur les exigences du PODNP dans des communications de l'administrateur en chef publiées le 9 février 2024 et le 24 juillet 2024, et il a depuis constaté une baisse des demandes de remboursement de naloxone en vertu du PODNP.

En ce qui concerne la collaboration entre le PODN et le PODNP, depuis 2016, ceux-ci travaillent ensemble pour répondre aux besoins des Ontariens. À l'avenir, le Ministère déterminera les possibilités de renforcer la coordination de ces deux programmes.

Recommandation 6

Le ministère de la Santé devrait :

- effectuer des analyses et un suivi réguliers des cas inhabituels ou des tendances relatives aux activités de prescription et de délivrance d'opioïdes;
- échanger régulièrement des informations sur les cas inhabituels ou les tendances relatives aux activités de prescription et de délivrance d'opioïdes, le cas échéant, avec les ordres de réglementation afin de faciliter leurs activités d'amélioration de la qualité et d'application de la loi;
- promouvoir activement l'inscription des professionnels de la santé aux Répertoire numérique des médicaments (RNM) afin de pouvoir accéder aux données du Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées, et évaluer si cet accès devrait être obligatoire chez les personnes qui prescrivent ou délivrent fréquemment des opioïdes, y compris les médecins, les dentistes et les pharmaciens;
- collaborer avec Santé Ontario pour accroître l'utilisation des rapports de pratique, en sensibilisant et en encourageant l'adoption de ces rapports chez les médecins admissibles, et élaborer des rapports de pratique à l'intention des professionnels de la santé qui n'y sont pas admissibles à l'heure actuelle, mais qui prescrivent fréquemment des opioïdes (par exemple, les dentistes);
- effectuer un examen exhaustif des factures des médecins pour des soins liés aux opioïdes afin de repérer les cas aberrants où la facturation et le volume de patients sont déraisonnables, et renvoyer les cas qui justifient une enquête plus approfondie à l'OMCO.

Réponse du ministère de la Santé

Le Ministère souscrit à cette recommandation.

Il existe un processus établi de partage des données du RNM et des demandes d'analyses des ordres de réglementation. Le Ministère s'est engagé à utiliser le RNM pour détecter et analyser les pratiques inhabituelles de prescription et de délivrance dans les limites des données sur les demandes de remboursement du RNM. Le Ministère convient de rencontrer les ordres de réglementation et de discuter de la façon d'améliorer la surveillance des pratiques de délivrance et de prescription au moyen des données du RNM.

Le Ministère s'efforcera d'élargir davantage l'accès aux données que contient le RNM. Cela comprend l'intégration directe pour les fournisseurs de soins de santé en milieu communautaire (à l'aide des dossiers médicaux électroniques certifiés par OntarioMD) et l'accès par l'entremise des visualisateurs cliniques provinciaux. Des efforts continus sont déployés pour accroître le

nombre de fournisseurs de soins de santé qui accèdent au RNM, y compris l'adoption continue des visionneuses cliniques dans les pharmacies. Le Ministère collaborera également avec des intervenants comme l'OMCO pour les sensibiliser à la disponibilité des données sur la délivrance par l'entremise du RNM.

Le Ministère, de concert avec Santé Ontario, s'efforcera d'accroître davantage l'utilisation des rapports de pratique, ce qui correspond aux mesures prises. Dans le cadre de diverses initiatives, Santé Ontario a collaboré avec l'OMCO pour inciter les médecins à accorder une attention accrue et à participer davantage au rapport MaPratique. Par exemple, Santé Ontario a récemment publié le rapport sur les soins primaires MaPratique Plus afin de consolider et de simplifier l'accès à de multiples rapports, et il a également élaboré une série de formations médicales continues accréditées pour appuyer l'adoption du rapport MaPratique et améliorer l'utilisation des données par les médecins de famille. La prochaine phase de l'initiative sera axée sur l'amélioration du nouveau rapport (au moyen d'une méthodologie et d'indicateurs nouveaux ou mis à jour) et sur l'adoption possible de celui-ci par des professionnels de la santé qui n'y sont actuellement pas admissibles (c.-à-d. les infirmières praticiennes).

Le Ministère surveillera régulièrement la facturation pour s'assurer qu'elle n'est pas inappropriée, ce qui suppose l'examen des médecins qui pourraient présenter des factures inappropriées pour des soins aux opioïdes. Si une préoccupation potentielle concernant la « facturation liée aux opioïdes » était partagée avec le Ministère, celui-ci ouvrirait un audit conformément au processus affiché sur son site Web. Ce processus comprend les mesures qui peuvent être prises et les moments auxquels des signalements sont faits auprès des ordres de réglementation.

Recommandation 7

Nous recommandons que le ministère de la Santé collabore avec des experts en recherche clinique pour effectuer des évaluations exhaustives des pratiques émergentes qui sont mises en œuvre dans d'autres administrations (par exemple, l'approche SOS et le programme TAOI) afin d'évaluer leur efficacité et de prendre des décisions qui seront éclairées par des données probantes sur la question de savoir si ces pratiques devraient être mises en œuvre en Ontario.

Réponse du ministère de la Santé

Le Ministère souscrit à cette recommandation.

Le Ministère évaluera les possibilités d'entreprendre des évaluations ciblées des approches et stratégies prometteuses d'atténuation des effets négatifs des opioïdes utilisées dans d'autres administrations.

Le Ministère collaborera également avec Santé Ontario pour déterminer les pratiques prometteuses et déploiera des actifs de recherche (capacité interne et capacité des partenaires externes) au besoin pour évaluer la pertinence de mettre ces pratiques en œuvre en Ontario.

Critères d'audit

Dans la planification de ses travaux, le Bureau a déterminé les critères d'audit auxquels il aurait recours pour atteindre ses objectifs en la matière (indiqués à la **section 3**). Ces critères sont fondés sur un examen des lois, des politiques et des procédures applicables ainsi que sur des études internes et externes et des pratiques exemplaires. La haute direction du ministère de la Santé a passé en revue nos objectifs et les critères connexes suivants, et elle a convenu de leur pertinence :

1. Des structures de gouvernance efficaces établissant clairement les rôles et les responsabilités sont en place pour appuyer l'élaboration, la mise en œuvre et la surveillance de la stratégie et des initiatives relatives aux opioïdes.
2. L'accès aux services fondés sur des données probantes pour les personnes qui ont besoin de services liés aux opioïdes est inclusif, équitable et rapide à l'échelle de la province pour répondre aux besoins des Ontariens.
3. Une coordination et une intégration entre les fournisseurs de services permettent de diriger les personnes qui ont besoin de services liés aux opioïdes vers les autres services nécessaires afin d'améliorer la qualité et la continuité des soins.
4. Des processus et des systèmes de surveillance sont en place pour recueillir et tenir à jour des dossiers complets sur la délivrance des ordonnances d'opioïdes, et pour communiquer l'information avec les fournisseurs de services et les ordres de réglementation afin d'appuyer des pratiques appropriées en matière de prescription et de délivrance d'opioïdes et pour prendre des mesures correctives à l'égard de tout problème relevé.
5. Des mesures et des cibles de rendement appropriées et pertinentes sont établies pour la stratégie et les initiatives relatives aux opioïdes, font l'objet d'un suivi régulier par rapport aux résultats réels et font l'objet de rapports publics pour s'assurer que les résultats escomptés sont atteints et que des mesures correctives sont prises en temps opportun lorsque des problèmes sont cernés.

Approche d'audit

L'audit s'est déroulé de janvier 2024 à octobre 2024. Nous avons obtenu une déclaration écrite de la direction du ministère de la Santé (le Ministère) selon lesquelles, au 27 novembre 2024, le Ministère nous avait fourni toutes les informations dont il avait connaissance qui pourraient avoir une incidence importante sur les constatations ou les conclusions du présent rapport.

Dans le cadre de notre travail d'audit, nous avons :

- » interviewé des membres clés du personnel du Ministère et du Centre d'excellence en santé mentale et en lutte contre les dépendances de Santé Ontario;
- » examiné les lois et règlements pertinents, ainsi que la documentation se rapportant à la Stratégie relative aux opioïdes de 2016;
- » examiné les données et les rapports du Bureau du coroner en chef de l'Ontario et de Santé publique Ontario;
- » effectué des analyses de données sur les visites aux services des urgences et les décès liés aux opioïdes, ainsi que sur les activités d'ordonnance et de délivrance d'opioïdes et la facturation des médecins;
- » discuté, en personne ou non, avec des représentants et des experts en la matière, y compris des médecins d'urgence et des toxicomanies au sein des diverses entités ci-dessous :

- Association canadienne pour la santé mentale
- Chefs de l'Ontario
- ConnexOntario
- Dépendances et santé mentale Ontario
- Families for Addiction Recovery
- Health Sciences North Research Institute
- META:PHI
- Ontario Drug Policy Research Network
- Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Ordre des pharmaciens de l'Ontario
- Royal College of Dental Surgeons of Ontario
- Services médicaux d'urgence d'Essex-Windsor
- Services paramédicaux de Hastings-Quinte
- Services paramédicaux de Toronto

Approche d'audit (suite)

- » effectué des visites sur place ou rencontré des fournisseurs de services liés aux opioïdes ci-dessous :
 - Anishnawbe Health Toronto
 - Canadian Addiction Treatment Centres
 - Centre de santé communautaire Côte-de-Sable
 - Centre de santé communautaire de Kingston
 - Centre de santé communautaire Parkdale Queen West
 - Centre de santé intercommunautaire de London
 - Centres médicaux trueNorth
 - Clinique médicale Coderix
 - Hôpital de Timmins et du district
 - Hôpital général de Belleville
 - Hôpital St. Michael
 - Ottawa Inner City Health
 - Site de santé et sécurité à Timmins
 - The Works (Santé publique Toronto)
 - Unity Health Toronto

- » effectué des visites sur place et des tests dans un échantillon de pharmacies ayant participé aux programmes de distribution de naloxone;

- » effectué des analyses comparatives et des comparaisons avec d'autres administrations, le cas échéant.

Opinion d'audit

À Son Honneur le Président de l'Assemblée législative :

Nous avons réalisé nos travaux pour le présent audit et présenté les résultats de notre examen conformément à la Norme canadienne de missions de certification 3001 – Missions d'appréciation directe publiées par le Conseil des normes d'audit et de certification des Comptables professionnels agréés du Canada. Nous avons également obtenu un niveau d'assurance raisonnable.

Le Bureau du vérificateur général de l'Ontario applique les normes canadiennes de gestion de la qualité et, de ce fait, il maintient un système exhaustif de gestion de la qualité comprenant des politiques et des consignes documentées au sujet du respect des règles de conduite professionnelle, des normes professionnelles, ainsi que des critères législatifs et réglementaires applicables.

Nous nous sommes conformés aux exigences en matière d'indépendance et d'éthique du Code de déontologie de l'Institut des comptables agréés de l'Ontario, qui est fondé sur des principes fondamentaux d'intégrité, d'objectivité, de compétence professionnelle, de diligence raisonnable, de confidentialité et de conduite professionnelle.

Nous estimons que les éléments probants obtenus sont suffisants et appropriés pour fonder nos conclusions.

3 décembre 2024

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Spence', with a stylized flourish at the end.

Shelley Spence, FCPA, FCA, LPA

Vérificatrice générale

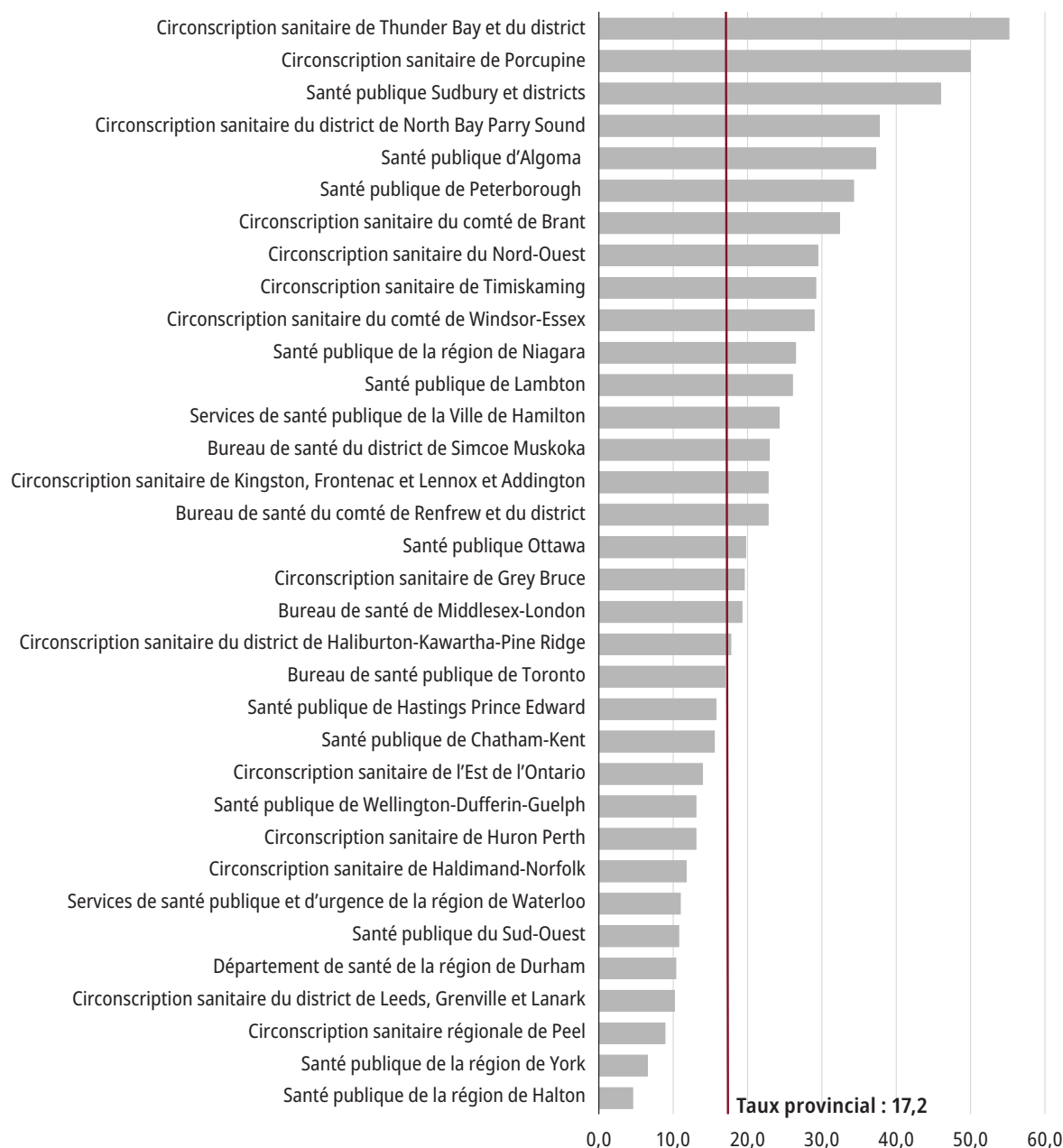
Toronto (Ontario)

Acronymes

Acronyme	Définition
2ELGBTQQIA+	Bispirituel, lesbienne, gai, bisexuel, transgenre, queer, en questionnement, intersexué ou asexuel
ARMD	Accès rapide aux médicaments contre la dépendance
CEPR	Comité des enquêtes, des plaintes et des rapports
HART	Carrefours d'aide aux sans-abri et de lutte contre les dépendances
MEM	Milligrammes d'équivalent morphine
META:PHI	Mentoring, Education, and Clinical Tools for Addiction: Partners in Health Integration
MHA CoE	Centre d'excellence en santé mentale et en lutte contre les dépendances
MHC	Médecin hygiéniste en chef
OMCO	Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
PMLR	Prescription Monitoring Leadership Roundtable
PODNP	Programme ontarien de distribution de naloxone en pharmacie
PODN	Programme ontarien de distribution de naloxone
RNM	Répertoire numérique des médicaments
SCT	Services de consommation et de traitement
SOS	Safer Opioid Supply (approvisionnement plus sécuritaire en opioïdes)
SSSSC	Système de surveillance des stupéfiants et des substances contrôlées
TAO	Traitement par agonistes opioïdes
TAOi	Traitement par agonistes opioïdes injectables

Annexe 1 : Taux de décès (pour 100 000 personnes) imputables aux opioïdes, par bureau de santé publique, 2023

Source des données : Santé publique Ontario



* Timmins relève de la circonscription sanitaire de Porcupine.

Annexe 2 : Indicateurs de rendement du ministère de la Santé pour la Stratégie relative aux opioïdes de 2016

Source des données : Ministère de la Santé

Indicateurs de rendement	Suivi constant
Résultats globaux¹	
1. Nombre et taux de visites aux services des urgences en raison d'une surdose d'opioïdes	✓
2. Nombre et taux d'hospitalisations en raison d'une surdose d'opioïdes	
3. Nombre et taux de décès liés aux opioïdes	✓
Pilier 1 : Prescription appropriée et gestion de la douleur	
4. Milligrammes d'équivalent morphine (MEM) en proportion de la population	
5. Pourcentage de personnes s'étant vu prescrire des opioïdes et qui ont développé une dépendance aux opioïdes	
6. Proportion de décès liés aux opioïdes où l'on a délivré des opioïdes au patient dans les sept jours précédents	
7. Nombre et taux de patients ayant récemment commencé à prendre des opioïdes (dans les six derniers mois)	
8. Nombre et taux de patients prenant des opioïdes depuis peu et dont la dose quotidienne est supérieure à 50 et à 90 MEM	
Pilier 2 : Traitement du trouble lié à la consommation d'opioïdes	
9. Nombre et proportion de patients qui ont été aiguillés à partir d'une clinique d'accès rapide aux médicaments contre la dépendance (ARMD) vers un établissement de soins primaires	
10. Temps d'attente pour accéder aux cliniques ARMD	✓
11. Proportion de visites à l'urgence en raison d'une surdose d'opioïdes où le patient avait reçu un TAO au cours des sept jours précédents	
12. Proportion de décès liés aux opioïdes où l'on a délivré des médicaments du TAO au patient dans les sept jours précédents	
13. Temps d'attente des patients des cliniques ARMD avant de consulter un spécialiste des dépendances ²	
Pilier 3 : Réduction des méfaits	
14. Nombre de trousse de naloxone et de recharges commandées par site participant au programme de distribution de naloxone ³	✓
15. Nombre de visites de clients aux SCT	

Indicateurs de rendement	Suivi constant
16. Nombre de clients des sites de SCT aiguillés vers des services de traitement, des services de santé et des services sociaux	
17. Nombre de déclarations (volontaires) d'administration de naloxone	
18. Nombre de surdoses neutralisées/traitées au moyen a) d'oxygène/d'une technique de respiration artificielle; b) de naloxone administrée aux sites de SCT	
19. Nombre de bureaux de santé publique et de régions correspondantes disposant de plans d'intervention relatifs aux opioïdes	✓
20. Nombre d'aiguilles/seringues distribuées ²	✓
21. Nombre de contacts établis entre les utilisateurs et les travailleurs des services de réduction des méfaits ²	✓
Pilier 4 : Surveillance	
22. Nombre de bureaux de santé publique et de régions correspondantes disposant de systèmes d'alerte rapide	✓
23. Nombre d'alertes émises par des bureaux de santé publique et des partenaires régionaux	✓
24. Rapports hebdomadaires sur les surdoses d'opioïdes dans les services des urgences ²	✓

Remarque : Ce tableau présente 24 indicateurs de rendement pertinents pour la Stratégie relative aux opioïdes de 2016. Cela comprend 20 indicateurs de rendement initialement fournis par le Ministère dans le cadre de notre audit de 2019 des programmes de traitement des dépendances, lesquels figurent à l'annexe 9 de ce rapport d'audit, ainsi que quatre nouveaux indicateurs qui ont été mis en œuvre par la suite.

1. Indicateurs transversaux qui s'appliquent à tous les piliers.
2. Nouvel indicateur mis en œuvre par le Ministère après notre audit de 2019.
3. Cet indicateur a été révisé en 2021 afin de ne plus examiner le nombre de trousses de naloxone et de recharges distribuées, mais plutôt le nombre de trousses de naloxone et de recharges commandées.



© 2024, Imprimeur du Roi pour l'Ontario
ISBN 978-1-4868-8488-9 (PDF)

Une version électronique du rapport est accessible sur Internet à l'adresse www.auditor.on.ca
This document is also available in English.

Photo : © iStockphoto.com, personnel du Bureau du vérificateur général de l'Ontario