

## » Services pharmaceutiques – Revue de l'année 2016

Je vous souhaite la bienvenue à notre table ronde, qui regroupe des membres de l'Équipe de services pharmaceutiques de Green Shield Canada, soit **Sal Cimino**, **Ned Pojskic**, **Leila Mandlsohn**, ainsi que **David Willows**, notre vice-président, Solutions de marché stratégique.

**David :** En 2015, nous avons écrit beaucoup de choses sur les médicaments contre l'hépatite C, qui ont entraîné une explosion des coûts dans cette catégorie de médicaments. Que s'est-il passé avec les médicaments contre l'hépatite C en 2016?

**Sal :** J'examinais récemment les données concernant les promoteurs de régimes importants et j'ai noté une chute considérable du nombre de demandes de règlement et des coûts. Une bonne partie de ces effets avait été anticipée en raison des paramètres démographiques du régime. Les membres d'un régime qui faisaient partie de la « vague d'hépatite » en raison de leur âge ont été traités et ne présentent plus de demandes à ce sujet. Leila, avez-vous gardé un œil sur le reste de notre portefeuille d'affaires?

**Leila :** Oui! Globalement, la croissance des dépenses pour les médicaments de spécialité a ralenti comparativement à l'année 2015, qui a été très éprouvante sur ce plan. Les dépenses *continuent d'augmenter*, mais à un rythme moins inquiétant que l'année dernière. Étant donné qu'un nombre inférieur de membres de régime commencent désormais à prendre des médicaments contre l'hépatite C, la réduction est largement attribuable à une légère diminution de l'utilisation de ces médicaments. On note aussi une réduction du coût par demandeur pour les médicaments contre l'hépatite C.

**Ned :** On doit aussi souligner que les payeurs nous indiquent que 70 % des coûts de médicaments contre l'hépatite C sont maintenant réglés par les régimes publics, et que 30 % restent la responsabilité des régimes privés.

**David :** Si le taux d'utilisation et les coûts des médicaments contre l'hépatite C sont à la baisse, quel est l'avenir de ces médicaments?

**Leila :** À ma connaissance, certaines provinces qui ne payaient jusqu'à maintenant que pour les cas les plus graves pourraient assouplir leurs critères pour les cas moins graves. L'objectif est d'éradiquer cette maladie, purement et simplement.

En ce qui concerne l'avenir de ces médicaments, nous assisterons en général à une réduction lente, mais constante du nombre de demandes de règlement, parce que nous allons maintenant traiter un groupe de patients différent. Les coûts vont donc continuer de diminuer, mais les médicaments contre l'hépatite C demeureront l'une des catégories de médicaments les plus dispendieuses. Les nouveaux médicaments contre l'hépatite C qui seront lancés sur le marché devront être proposés à prix concurrentiels et offrir des durées de traitement encore plus brèves.

**David :** Très bien. Si 2015 a été l'année de l'hépatite C, quel sera le sujet principal en 2016?

**Sal :** La situation sur le plan des coûts demeurera sensiblement la même. Je ne pense pas que cela soit une surprise, mais les dépenses générales pour les médicaments ont considérablement augmenté au cours des quelques dernières années. La phase d'expiration des brevets est terminée et on prévoit qu'un moins grand nombre de médicaments génériques seront lancés pour compenser les coûts de tous les nouveaux médicaments à coût élevé qui entrent sur le marché.

**Leila :** Au cours des cinq dernières années, le coût moyen par demande de règlement pour des médicaments biologiques a augmenté de 25 % comparativement à celui des médicaments non biologiques, pour lesquels le coût moyen par demande de règlement a diminué de 2 %, ce qui est compréhensible. Alors, pour ajouter aux propos de Sal, mentionnons qu'il y a une réduction du nombre de médicaments génériques et de médicaments non biologiques lancés sur le marché.

**Sal :** Il faut que nous discutons de nouveaux médicaments biologiques pour le contrôle du cholestérol.

**David :** Si je comprends bien, notre approche consiste à évaluer l'observance au traitement de première intention avant d'approuver l'accès à des médicaments biologiques plus coûteux?

**Sal :** Oui. Nous autorisons les demandes de règlement pour les inhibiteurs de PCSK9 [médicaments biologiques pour le contrôle du cholestérol] lorsque nous avons la preuve que le patient **n'a pas** atteint son objectif pour le cholestérol, même s'il suit sa thérapie à base de statines.

**Leila :** Nous faisons cela parce que les statines sont des médicaments très efficaces et que les patients peuvent souvent traiter avec succès leur hypercholestérolémie s'ils observent leurs directives thérapeutiques avec les statines, sans qu'on doive ajouter un médicament biologique dispendieux.

**Sal :** Exactement.

**David :** Les médecins sont-ils indisposés que nous n'approuvions pas certaines de ces demandes de règlement, même s'ils avaient prescrit le médicament biologique?

**Sal :** Non. Dans le cas de Repatha, plus spécifiquement, nous avons reçu plusieurs demandes de reprise de traitement d'ordonnances de la part de certains médecins, surtout parce qu'ils ne nous transmettent pas tous les renseignements dont nous avons besoin pour faire une évaluation adéquate de la couverture. Nous n'approuvons pas ces demandes de règlement avant d'avoir obtenu les renseignements nécessaires. D'autre part, les demandes de règlement portant sur Praluent, le dernier inhibiteur de PCSK9 qui a été mis sur le marché, sont beaucoup plus rationalisées et sont remplies de la façon appropriée. Nous n'avons reçu virtuellement aucune demande de reprise de traitement d'ordonnance pour ce produit.

**David :** Ceci nous amène au sujet de notre réseau de pharmacies privilégiées [RPP] pour les médicaments de spécialité, que nous avons mis sur pied il y a environ 18 mois. Quelles ont été sa croissance et sa progression? Quels commentaires avons-nous reçus à son sujet?

**Sal :** Je pense que les choses se sont déroulées sans accroc durant la première année. Les questions et les préoccupations que l'on nous a transmises ont été traitées très efficacement par HealthForward [notre partenaire RPP]. Les nouveaux clients de GSC participent et s'inscrivent rapidement, ce qui représente un succès pour nous.

**David :** Quels sont les pourcentages de participation?

**Ned :** Dans le cas de notre groupe de clients traditionnels, plus de 90 % de notre portefeuille d'affaires fait partie du RPP. Très peu de clients ont refusé de s'inscrire; faire partie du RPP est donc la norme.

**Sal :** Et certains promoteurs de régime ont établi leur propre RPP, qu'ils considèrent comme suffisant. Il s'agit de réseaux de pharmacies privilégiées pour tous les médicaments, et non seulement les médicaments de spécialité. Même sans les services supplémentaires fournis par HealthForward, il existe donc un niveau intégré de protection des coûts.

**David :** Nous pensons que nous prenons un risque en établissant un RPP « obligatoire ». Nous étions d'avis que demander aux membres de régime de changer de pharmacie pourrait soulever des problèmes, mais je n'ai pas eu connaissance de beaucoup de commentaires négatifs concernant l'expérience client.

**Ned :** Oui, la transition s'est faite sans heurt et les choses se passent bien. La moitié des membres d'un régime n'ont pas eu à changer de pharmacie, et ceux qui ont été obligés de le faire semblent satisfaits de leur nouvelle pharmacie et de l'expérience client qu'ils y vivent.

**David :** Y a-t-il d'autres sujets concernant l'année 2016 dont nous devrions parler?

**Ned :** Nous continuons d'analyser l'impact du grand nombre de nouveaux médicaments pour maladies chroniques qui émergent sur le marché. Plus précisément, presque chaque catégorie de maladies chroniques pourra être traitée à l'aide d'un médicament de spécialité à coût élevé. Et ces médicaments commencent à peine à être prescrits. Ce sera une intéressante histoire à suivre. Que ferons-nous pour convaincre les patients de continuer à prendre les médicaments moins coûteux qui sont encore efficaces? Notre approche concernant les inhibiteurs de PCSK9 prend encore plus d'importance. Est-elle applicable à d'autres médicaments pour des maladies comme l'asthme ou le diabète? Allons-nous continuer d'invoquer la responsabilité personnelle et de refuser des demandes de règlement dans les cas où l'observance des thérapies à l'aide de médicaments classiques moins coûteux, mais moins efficace, est faible? Nous allons devoir continuer de creuser ces questions et en parler à des conseillers et à des promoteurs de régime au début de la nouvelle année.

## Revue des médicaments chez GSC

Afin de vous donner un aperçu des médicaments qui pourraient bientôt entraîner des modifications à votre régime, *Perspective sur les prescriptions* traite chaque trimestre de certains médicaments ayant récemment fait l'objet d'une révision par le Comité de pharmacologie et de thérapeutique de GSC.

CATÉGORIES DE GSC <sup>1</sup>	NOUVEAU MÉDICAMENT <sup>2</sup>	RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX	COÛT <sup>3</sup>	DÉTAILS SUR LA COUVERTURE <sup>4</sup>
<b>MALADIES RHUMATISMALES</b>				
Coût élevé; Spécialité (palier 5)	Brenzys <sup>MC</sup> (étanercept)	<p>Le facteur de nécrose tumorale est une substance chimique produite par le système immunitaire de l'organisme et qui entraîne de l'inflammation. Les inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale forment une catégorie de médicaments utilisés pour traiter des états inflammatoires comme l'arthrite rhumatoïde (AR) et la spondylarthrite ankylosante (SA).</p> <p>Brenzys est le deuxième produit biologique ultérieur (PBU) inhibiteur du facteur de nécrose tumorale qui a été lancé au Canada, à la suite de l'approbation d'Inflectra<sup>MD</sup> en 2014.</p> <p>En raison de sa similarité au produit de référence, Enbrel<sup>MD</sup>, Santé Canada a approuvé l'utilisation de Brenzys pour deux des cinq indications d'Enbrel, l'AR et la SA.</p> <p>Brenzys, qui est administré par injection une fois par semaine, offre une option plus abordable aux patients souffrant d'AR et de SA, qui génèrent 49 % des utilisations d'Enbrel<sup>5</sup>.</p>	<p><b>\$\$\$\$</b></p> <p>Environ 15 860 \$ par année</p> <p>Représente une réduction de 25 % comparativement à Enbrel, le médicament biologique d'origine</p>	<p>→ RPP pour les médicaments de spécialité</p> <p>→ Autorisation préalable requise</p>
Coût élevé; Spécialité (palier 5)	Simponi <sup>MC</sup> (golimumab)	<p>La spondylarthrite est un nom général pour une famille de maladies rhumatismales inflammatoires qui causent l'arthrite. La spondylarthrite affecte les sites où les ligaments et les tendons sont fixés aux os. Elle peut être catégorisée comme axiale (forme affectant principalement les articulations de la colonne vertébrale et du pelvis) ou comme périphérique (forme affectant principalement les bras et les jambes). Un autre sous-type de spondylarthrite, la spondylarthrite axiale non radiographique (nr-axSpA), est caractérisé par l'absence de changements spécifiques aux articulations sacro-iliaques (articulations reliant le sacrum, l'os triangulaire situé à l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale, au pelvis)<sup>6</sup>.</p> <p>À l'heure actuelle, Simponi est le seul médicament biologique approuvé au Canada pour le traitement de la nr-axSpA. Simponi offre maintenant de nouvelles options thérapeutiques pour une catégorie relativement nouvelle de patients souffrant de nr-axSpA et dont la maladie demeure active, même après avoir été traitée à l'aide d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Simponi est administré par injection une fois par mois.</p>	<p><b>\$\$\$\$</b></p> <p>Environ 18 662 \$ par année</p>	<p>→ RPP pour les médicaments de spécialité</p> <p>→ Autorisation préalable requise</p>

## CANCER

<p>Coût élevé; Spécialité (palier 5)</p>	<p>Imbruvica<sup>MD</sup> (ibrutinib)</p>	<p>Le lymphome se produit lorsque les lymphocytes (un type de globules blancs) se développent de façon incontrôlée. Il s'agit du type de cancer du sang le plus courant et se présente sous deux formes : la maladie de Hodgkin et le lymphome non hodgkinien. Le lymphome à cellules du manteau (LCM) est un sous-type rare, agressif et incurable du lymphome non hodgkinien qui est souvent diagnostiqué à un stade avancé. Les patients qui souffrent de LCM répondent généralement au traitement initial, mais font une rechute après quelques années<sup>7</sup>. On compte environ 500 nouveaux cas de LCM chaque année. La maladie affecte le plus souvent des hommes adultes de plus de 60 ans<sup>8</sup>.</p> <p>Imbruvica, le premier traitement de sa classe, est administré une fois par jour par voie orale. À l'heure actuelle, il n'existe pas de soins habituels pour les patients souffrant de LCM qui font une rechute (réapparition de la maladie après une réaction positive à un traitement initial) ou sont réfractaires (absence de réaction) au traitement initial. Les traitements offerts sont peu nombreux en raison de leur efficacité limitée et de leurs graves effets secondaires. Imbruvica offre une nouvelle option de traitement qui comble un besoin insatisfait chez les patients souffrant de LCM qui font une rechute ou sont réfractaires à d'autres thérapies.</p>	<p><b>\$\$\$\$\$</b></p> <p>Environ 132 349 \$ par année</p>	<p>→ RPP pour les médicaments de spécialité</p> <p>→ Autorisation préalable requise</p>
--	---	---	--	---

## HÉPATITE C

<p>Coût élevé; Spécialité (palier 5)</p>	<p>Epclusa<sup>MC</sup> (sofosbuvir/ velpatasvir)</p>	<p>De nouveaux traitements contre l'hépatite C continuent d'être lancés sur le marché. Epclusa est une nouvelle option thérapeutique qui traite tous les génotypes d'hépatite C, offre des taux de guérison élevés (de 91 à 100 %), est bien tolérée et permet d'établir un schéma thérapeutique simplifié sans égard au génotype, au stade d'évolution de la maladie du foie ou à l'expérience de traitement antérieure.</p> <p>Contrairement aux thérapies offertes à l'heure actuelle, Epclusa peut offrir des régimes de traitement abrégés sans administration de ribavirine et comble un besoin insatisfait pour le traitement de certains génotypes (p. ex. G5/6), pour lesquels il n'existe pas d'option thérapeutique à l'heure actuelle.</p> <p>Epclusa est administré sous la forme d'un comprimé pris quotidiennement pendant 12 semaines. Les patients qui présentent des complications liées à la présence de tissus cicatriciels associés à une maladie du foie de stade avancé (cirrhose décompensée) doivent prendre de la ribavirine (RBV) en plus d'Epclusa.</p>	<p><b>\$\$\$\$\$</b></p> <p>Environ 60 000 \$ par année</p>	<p>→ RPP pour les médicaments de spécialité</p> <p>→ Autorisation préalable requise</p>
--	---	---	---	---

### Remarques :

<sup>1</sup> « Coût élevé » renvoie aux médicaments assujettis aux politiques de GSC relatives aux médicaments à coût élevé; « Spécialité (palier 5) » renvoie aux médicaments associés à un coût de traitement prévu de 10 000 \$ ou plus par année (certains médicaments dont le coût avoisine ce seuil peuvent également faire partie de cette catégorie si des preuves cliniques le justifient).

<sup>2</sup> De marque (générique)

<sup>3</sup> D'après la liste des prix courants du fabricant. Exclut la marge bénéficiaire des pharmacies et les frais d'exécution. \$ : < 1 000 \$; \$\$ : 1 000 à 4 999 \$; \$\$\$ : 5 000 à 9 999 \$; \$\$\$\$ : 10 000 à 49 999 \$; \$\$\$\$\$ : ≥ 50 000 \$ \*\*\*\*

<sup>4</sup> S'applique à tous les formulaires de médicaments, à moins d'indication contraire. RPP désigne le réseau de pharmacies privilégiées de GSC.

<sup>5</sup> D'après le portefeuille d'affaires de GSC en 2015.

<sup>6</sup> Spondyloarthritis, American College of Rheumatology, <http://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Spondyloarthritis>

<sup>7</sup> Mantle Cell Lymphoma: Relapsed/Refractory, [http://www.lymphoma.org/atf/cf/%7BAAF3B4E5-2C43-404C-AFE5-FD903C87B254%7D/LRF\\_FACTSHEET\\_MCL\\_RR\\_2013.PD-F?aid=12730367](http://www.lymphoma.org/atf/cf/%7BAAF3B4E5-2C43-404C-AFE5-FD903C87B254%7D/LRF_FACTSHEET_MCL_RR_2013.PD-F?aid=12730367)

<sup>8</sup> Santé Canada approuve ibrutinib pour lymphome à cellules du manteau, <http://www.lymphoma.ca/fr/recherche/sante-canada-approuve-ibrutinib-pour-lymphome-cellules-du-manteau>

# DERRIÈRE LE COMPTOIR



Le numéro de novembre 2016 du *Fond de l'histoire* a brossé un tableau de la crise des opioïdes qui sévit actuellement au Canada et de son contexte. Afin d'obtenir des renseignements provenant du terrain, nous avons discuté avec Chris Leung, pharmacien de GSC, pour en savoir plus sur les raisons pour lesquelles on prescrit et on utilise des opioïdes.

**Perspective sur les prescriptions :** Chris, merci de vous joindre à nous. Les médias présentent tous les jours des reportages sur les opioïdes. Selon votre expérience, à qui les médecins prescrivent-ils des opioïdes?

**Chris :** Le principal groupe de patients qui me consulte pour faire remplir des ordonnances pour des opioïdes est formé de personnes qui souffrent de douleurs à la suite d'événements comme des blessures au travail ou des accidents d'automobile. Les personnes qui éprouvent des douleurs moins aiguës, comme les douleurs aux dents, prennent des opioïdes moins puissants, tels que Tylenol 2 ou 3.

**PSLP :** La situation actuelle concernant les opioïdes, aussi visible qu'inquiétante, n'est pas survenue du jour au lendemain. Comment en sommes-nous arrivés là?

**Chris :** Cela s'est produit parce que les opioïdes n'ont jamais été destinés à un aussi large éventail de traitements antidouleur. Les médicaments puissants ont été initialement utilisés pour soulager les soldats qui étaient gravement blessés sur le champ de bataille. Plus tard, avec l'avènement de la médecine moderne, on a commencé à mettre au point des opioïdes d'origine végétale et des opioïdes synthétiques. Comme ils souhaitaient réaliser un rendement sur le capital qu'ils avaient investi, les fabricants de produits pharmaceutiques ont commercialisé ces médicaments pour une gamme plus étendue d'indications de contrôle de la douleur, comme le cancer, les soins palliatifs et les blessures au travail, des états pour lesquels on considérait que les médicaments existants n'étaient pas suffisamment puissants pour soulager certains patients.

**PSLP :** C'est donc pour cette raison que l'utilisation des opioïdes s'est accrue à ce point?

**Chris :** Quand vous commencez à administrer des traitements contre la douleur à un patient, vous lui prescrivez d'abord les posologies les plus faibles, et cela produit généralement de bons résultats. Mais à mesure que l'organisme s'habitue à un médicament, ses effets disparaissent plus rapidement. Par conséquent, pour le même degré de douleur, on doit augmenter constamment la posologie.

Une fois qu'on a commencé à prescrire couramment des opioïdes, un changement s'est opéré dans l'état d'esprit des gens. À mesure qu'on mettait au point un plus grand nombre d'opioïdes, et des opioïdes plus puissants, et que les patients exigeaient qu'on leur en prescrive, l'objectif de la médication n'était plus simplement de contrôler la douleur. Un nombre croissant de patients exigeaient de *ne plus ressentir de douleur*. Les patients ne voulaient plus ressentir quelque douleur que ce soit. C'est ainsi qu'au début des années 2000, on a vu une augmentation des posologies d'opioïdes afin de combler cette exigence.

**PSLP : N’y avait-il toutefois pas des limites aux quantités de médicaments qu’un médecin pouvait prescrire à un patient?**

*Chris :* À l’époque, il n’y avait pas de lignes directrices officielles pour la posologie maximale. L’augmentation de la posologie s’est donc poursuivie. Ces patients ne ressentaient plus de douleur, mais étaient littéralement drogués et ne pouvaient mener une vie normale. Ils avaient de la difficulté à exécuter toute tâche exigeant de la concentration.

De nos jours, des lignes directrices ont été adoptées afin que les opioïdes soient prescrits avec plus de retenue. Ces règles précisent les doses maximales qui doivent être prescrites aux patients. Ceux-ci reçoivent aussi des conseils sur d’autres méthodes de contrôle de la douleur, comme l’acupuncture, la physiothérapie, l’ergothérapie, la massothérapie et la psychothérapie. Elles sont orientées sur le traitement holistique de la personne. Les gens peuvent apprendre à composer avec la douleur.

---

**PSLP : D’accord. Ces produits ont donc été prescrits à tort ou en concentrations trop élevées, parce que les patients ne peuvent pas obtenir le soulagement complet qu’ils souhaitent. Ils voudraient ne plus ressentir aucune douleur, mais c’est irréaliste dans plusieurs cas. Selon vous, notre société a-t-elle atteint un point où ces médicaments sont utilisés dans des applications pour lesquelles on n’aurait jamais dû les envisager?**

*Chris :* Oui, je pense qu’on peut raisonnablement l’affirmer.

---

**PSLP : Ne devrions-nous pas nous attendre des médecins qu’ils sachent comment utiliser ces médicaments?**

*Chris :* Les médecins n’ont pas tous reçu une formation en traitement de la douleur. Historiquement, il ne s’agit pas d’un sujet qui a été enseigné en profondeur dans les facultés de médecine. Les médecins spécialisés en maîtrise de la douleur ont bénéficié d’une formation plus étendue. Ils comprennent mieux l’état des patients et les traitements potentiels. Les patients qui ont besoin de conseils et de soutien pour prendre en charge leur inconfort peuvent être dirigés vers des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des services de consultation, etc. Bien entendu, les pharmaciens peuvent aussi les aider. Tous ces praticiens participent à ce que j’appelle le « cercle de soins ». Lorsque tous les intervenants font leur part dans le cercle de soins, le patient est mieux en mesure de composer avec son état. De plus, il comprend qu’il peut en arriver à maîtriser sa douleur sans nécessairement l’éliminer.

---

**PSLP : Si les médecins ne sont pas formés, mais prescrivent néanmoins ces médicaments, quel rôle de surveillance le pharmacien doit-il jouer?**

*Chris :* Le pharmacien doit évaluer individuellement chaque patient. Dans certains cas, le médicament prescrit est approprié alors que dans d’autres, il peut être inadéquat. En pareil cas, il est important de se fier à la relation patient-pharmacien. Si la confiance existe, le pharmacien peut commencer son évaluation et formuler des recommandations concernant la maîtrise de la douleur pouvant comprendre des changements à la médication. Même si le patient ne semble pas disposé à écouter le message, il est possible qu’il réfléchisse à ce que son pharmacien lui a expliqué et revienne le consulter pour en savoir plus. On doit aussi espérer que le patient ne tardera pas à consulter son médecin afin de discuter des enjeux soulevés par le pharmacien.



## **PSLP : Est-il facile de détecter un problème de consommation d'opioïdes chez un patient?**

**Chris :** Je ne suis pas un expert en détection de problèmes d'utilisation d'opioïdes, mais d'autres pharmaciens peuvent posséder ce genre d'aptitudes, à la suite d'une formation plus poussée. Ça peut être le cas, par exemple, de pharmaciens qui travaillent dans des cliniques de lutte contre les toxicomanies.

Le corps peut réagir de façon étonnante et chaque personne est différente. Il est impossible de prédire qui développera une dépendance. Certaines personnes peuvent prendre ces médicaments et s'en sevrer ensuite assez facilement. D'autres sont plus susceptibles de développer une dépendance ou une accoutumance aux opioïdes. Un médecin spécialisé en traitement de la douleur est la personne la plus qualifiée pour déterminer les problèmes d'un patient à l'égard des opioïdes et lui apporter de l'aide.

---

## **PSLP : Quelle est la différence entre la dépendance et l'accoutumance?**

**Chris :** Les deux termes semblent être utilisés comme des synonymes, mais une personne dépendante éprouve un besoin physique de consommer le médicament. Elle peut présenter des symptômes de sevrage si on cesse de lui administrer la substance. Une personne accoutumée éprouve également une dépendance, mais affiche aussi des changements de comportement causés par les modifications au cerveau engendrées par une utilisation continue d'opioïdes. La consommation du médicament devient la priorité absolue de cette personne, sans égard au tort qu'elle pourrait causer aux autres ou à elle-même. C'est l'accoutumance qui mène aux comportements compulsifs et qui détruit des vies.

---

## **PSLP : S'agit-il vraiment d'un nouveau phénomène?**

**Chris :** Non, l'accoutumance n'a rien de neuf. Par contre, si la société décide de restreindre l'utilisation d'un opioïde, cela entraîne un changement dans la drogue de choix d'une partie de la population. Par exemple, quand OxyContin a été remplacé par OxyNEO, les gens sont passés au fentanyl.

---

## **PSLP : Le fentanyl a souvent défrayé la manchette. Ce médicament engendre-t-il autant de dépendance que certains autres opioïdes?**

**Chris :** Oui. C'est un narcotique synthétique beaucoup plus puissant et qui provoque une dépendance beaucoup plus forte que les autres opioïdes fournis sur ordonnance. Il se trafique aussi dans la rue des drogues extrêmement puissantes, comme le carfentanil, un tranquillisant pour animaux. Les trafiquants peuvent se procurer ce produit par la poste auprès de fournisseurs en Chine qui ne cherchent pas à savoir à qui ils vendent leurs produits.

---

## **PSLP : Finalement, si l'on tient compte de tous les cas d'utilisation inappropriée et d'effets néfastes, les opioïdes ont-ils vraiment leur place en médecine?**

**Chris :** Oui, mais comme pour toute chose, on doit les consommer avec modération. Les personnes qui prennent des opioïdes pour soigner une douleur chronique ne devraient recevoir qu'un approvisionnement d'un mois tout au plus, et non une quantité suffisante pour trois mois. Cela permettrait un suivi régulier et donnerait au médecin la possibilité d'évaluer chaque mois la maîtrise de la douleur chez son patient. En fournissant ces médicaments en plus petites quantités, nous éviterons aussi que des approvisionnements excédentaires aboutissent dans les mains de trafiquants.