

Réponse de l'AMC

CONSULTATION DE SANTÉ CANADA
AU SUJET DE LA STRATÉGIE
CANADIENNE SUR LES DROGUES ET
AUTRES SUBSTANCES

Le 4 décembre 2018

L'Association médicale canadienne (AMC) est le porte-parole national des médecins du Canada. Fondée en 1867, l'AMC a pour mission de donner le pouvoir aux patients et de les soigner, et pour vision, de soutenir une profession dynamique et une population en santé.

L'AMC joue un vaste éventail de rôles pour ses quelque 85 000 membres, ainsi que pour la population canadienne. Ses rôles clés consistent notamment à mettre de l'avant des politiques et des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies et des blessures, à promouvoir l'accès à des soins de santé de qualité, à faciliter le changement au sein de la profession médicale et à guider et orienter les médecins pour les aider à agir sur les changements de la prestation des soins de santé, à les gérer et à s'y adapter.

L'AMC est une organisation professionnelle à participation volontaire qui représente la majorité des médecins du Canada et regroupe 12 associations médicales provinciales et territoriales et plus de 60 organisations médicales nationales.

L'Association médicale canadienne (AMC) est heureuse de présenter ce mémoire en réponse à la consultation menée par Santé Canada au sujet d'idées nouvelles et novatrices sur la façon de renforcer davantage, par l'entremise de la Stratégie canadienne sur les drogues et autres substances (SCDAS)¹, l'approche du gouvernement fédéral axée sur la santé face aux enjeux liés à la consommation de substances psychotropes.

Question 1

Selon vous, quelles circonstances observées dans vos réseaux, collectivités ou dans la société contribuent à la consommation problématique de substances?

De multiples facteurs contribuent à la consommation problématique de substances psychotropes. Il s'agit d'un problème médical grave, chronique et récurrent pour lequel il existe des traitements efficaces. La plupart des efforts de promotion de la santé et de prévention des maladies se déroulent toutefois en dehors des services traditionnels de santé et de soins médicaux étant donné qu'ils reposent sur le cadre des déterminants sociaux².

Beaucoup de Canadiens et Canadiennes font face, dans leur environnement physique, social et économique, à des obstacles qui peuvent contribuer à la consommation problématique de substances psychotropes, et c'est pourquoi certains groupes sont plus à risque. Par exemple, la petite enfance constitue une période cruciale du développement social, affectif, cognitif et physique. Les expériences vécues tôt dans la vie peuvent être « internalisées » et modifier les modalités d'expression des gènes. Les vécus négatifs comme la pauvreté ou la violence familiale ou parentale peuvent avoir des effets lourds dans cette période importante du développement³.

Ce qu'il faut, c'est un effort coordonné entre les secteurs gouvernementaux pour que toutes les décisions stratégiques servent à accroître les possibilités reliées à la santé. Tous les gouvernements du Canada devraient viser globalement à réduire les iniquités et à améliorer la santé de la population.

Question 2

Avez-vous vu ou connu des programmes, des pratiques ou des modèles à l'échelle locale ou régionale qui pourraient être élargis ou mis en œuvre à plus grande échelle pour améliorer les circonstances ou les déterminants sociaux de la santé qui influent sur la consommation de substances?

Le revenu joue un rôle crucial dans la santé d'une personne et est étroitement lié à beaucoup d'autres déterminants sociaux de la santé, notamment l'éducation, l'emploi, le développement dans la petite enfance, le logement, l'exclusion sociale et l'environnement physique⁴. Il faut dûment tenir compte des déterminants socioéconomiques de la santé, soit des facteurs, comme le revenu et le logement, qui ont un effet majeur sur l'évolution de l'état de santé. Une des grandes priorités devrait consister à réduire au minimum la pauvreté.

En 2015, l'AMC a adopté une résolution pour approuver le concept d'un revenu de base garanti, c'est-à-dire le transfert d'un montant alloué par le gouvernement à la population qui n'est pas lié à l'activité sur le marché du travail⁵. Ce transfert assure un revenu suffisant pour répondre aux besoins fondamentaux et vivre dans la dignité, sans égard à la situation d'emploi. Un revenu de base garanti pourrait atténuer, voire éliminer la pauvreté. Il pourrait réduire les conséquences sociales importantes et de longue durée associées à la pauvreté telles que les taux accrus de criminalité et d'échec dans le milieu scolaire.

Il ne faut pas traiter la question de l'usage de drogues avec une approche pénale, qui nécessairement ne tient pas compte des déterminants de la consommation, n'élimine pas la dépendance et n'atténue pas les préjudices associés à l'usage des drogues. Il faut investir davantage dans la prévention, la réduction des préjudices causés par la consommation de drogues et le traitement, et garder les personnes concernées hors du système de justice pénale. La consommation de drogues constitue un enjeu complexe, et une collaboration est essentielle entre les professionnels de la santé et de la sécurité publique, d'une part, et

avec la société en général⁶.

Question 3

Que faut-il changer pour s'assurer que les médicaments opioïdes sont fournis et utilisés de façon appropriée, en fonction des besoins de chaque patient?

Les décideurs doivent reconnaître que les opioïdes sur ordonnance sont des outils essentiels pour soulager la douleur et la souffrance, surtout en soins palliatifs et dans le traitement du cancer⁷. Les médecins aident les patients à traiter la douleur aiguë et chronique de même que la consommation problématique de substances psychotropes, et c'est pourquoi les préjugés associés à l'utilisation des opioïdes les préoccupent depuis longtemps⁸.

Au Canada, les programmes et les services de traitement de la douleur et de la consommation problématique de substances psychotropes manquent cruellement de ressources. Des experts croient qu'améliorer l'accès à un traitement spécialisé contre la douleur pourrait réduire l'usage indu de médicaments contre celle-ci. Les pratiques exemplaires actuelles de prise en charge de la douleur comprennent des soins dispensés par une équipe interprofessionnelle pouvant inclure physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues et d'autres professionnels de la santé; des interventions non pharmaceutiques comme le traitement des traumatismes et de la douleur sociale, l'offre de soutiens sociaux et l'enseignement de stratégies d'adaptation; la prescription de médicaments appropriés couverts par les assurances provinciales; sans oublier une convergence sur la participation et la responsabilisation des patients¹⁵. L'accès à ces ressources essentielles et leur disponibilité varient selon les provinces et les territoires et d'une région à l'autre. Le gouvernement fédéral doit donner priorité à l'élargissement de ces services.

Il importe aussi d'appuyer les cliniciens dans l'exercice de leur profession. Il faut tenir à jour les lignes directrices de 2017 sur la prescription d'opioïdes en y affectant un financement soutenu⁹. Les médecins ont besoin d'outils, notamment pour faciliter la surveillance de l'efficacité et de la tolérance par un suivi de la douleur et des capacités fonctionnelles; le dépistage de la consommation antérieure et courante de substances psychotropes; le dépistage de la dépression; et le sevrage graduel des doses problématiques ou inefficaces¹⁰.

Question 4

Comment pouvons-nous garantir que les personnes qui ont besoin d'opioïdes sur ordonnance pour soulager leur douleur y ont accès sans jugement ni discrimination?

Les gouvernements doivent intégrer l'identification et l'élimination de la stigmatisation aux indicateurs de la qualité des soins dans le contexte de la surveillance continue du rendement du système de santé à tous les échelons¹¹. Ils doivent aussi mettre en œuvre et évaluer des stratégies nationales de sensibilisation et d'éducation du public afin de lutter contre la stigmatisation associée aux problèmes de consommation de substances psychotropes et d'appliquer la loi et les règlements pour protéger les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et de consommation contre la discrimination.

Les professionnels de la santé doivent avoir accès à des possibilités d'éducation sur la prise en charge de la douleur et le traitement de la consommation problématique de substances psychotropes et reconnaître que ces deux enjeux constituent de graves problèmes médicaux pour lesquels il existe des traitements efficaces¹².

Question 5

Quels types de messages permettraient le mieux aux Canadiens de comprendre les dommages graves que peut causer la stigmatisation liée à la consommation de drogues?

Un récent rapport du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) et de Sécurité publique Canada considère la stigmatisation comme « un obstacle important aux personnes qui souhaitent obtenir et suivre un traitement¹³ ». Même si l'on reconnaît en général que nous vivons une crise de santé publique, la Stratégie nationale antidrogue du gouvernement fédéral était jusqu'à tout récemment axée avant tout sur une approche pénale plutôt que sur la santé publique et mettait l'accent sur l'application de la loi plutôt que sur la prévention, le traitement et la réduction des préjudices⁸. Cette orientation a de sérieuses répercussions sur la façon dont la société considère les personnes qui font usage de drogues. Comme on le signale dans le rapport du CCDUS et de Sécurité publique Canada, « Le langage compte. Il faut parler des personnes d'abord, avec compassion et respect¹³. »

Les activités du gouvernement fédéral doivent pivoter avant tout sur une stratégie d'atténuation de la stigmatisation¹⁴. La stigmatisation met en cause des réflexions, des émotions et des comportements, et c'est pourquoi une approche intégrée comporte des interventions visant chacune de ces dimensions à l'échelon à la fois de la personne et de la population. La stratégie devrait toucher aux activités suivantes :

- * Sensibilisation et éducation du public, pour faire comprendre l'importance du diagnostic précoce, du traitement, du rétablissement et de la prévention;
- * Amélioration de l'éducation des fournisseurs et des étudiants et de l'appui qui leur est fourni;
- * Analyse des politiques et modification des lois discriminatoires;
- * Soutien à un solide secteur bénévole, pour faire connaître les préoccupations des patients et des membres de leur famille;
- * Exposition à des porte-parole positifs (p. ex., Canadiens éminents) qui vivent avec une maladie mentale ou une dépendance, afin de souligner les cas de réussite;
- * Recherche sur la stigmatisation.

Question 6

Comment pouvons-nous optimiser la réduction de la stigmatisation à l'échelle du pays?

En mobilisant des personnes qui font usage de drogues afin de les aider à raconter leur histoire et leur vécu face à la stigmatisation au public.

Question 7

Que recommanderiez-vous pour améliorer les services de traitement de la consommation problématique de substances au Canada?

Pour relever ce défi, une solution complexe et à facettes multiples s'impose. Le Canada doit se doter d'une stratégie nationale intégrée de lutte contre les préjudices associés aux drogues psychotropes, qu'elles soient illicites ou prescrites au Canada, qui complétera les stratégies existantes de lutte contre les préjudices associés à deux drogues légales, soit l'alcool et le tabac¹⁵. Il faut opter pour une approche intégrée puisque les mesures isolées peuvent avoir des conséquences inattendues, comme la médication insuffisante de personnes qui ont besoin d'un traitement médical ou la recherche de drogues illicites lorsque les médicaments résistent à l'altération. Un des principes fondamentaux des soins de santé, c'est qu'ils doivent être axés sur les patients¹¹. L'AMC définit ainsi les soins axés sur les patients : « accès transparent au continuum des soins, en temps opportun [...] en tenant compte des besoins et des préférences du patient et des membres de sa famille, et traite le patient avec respect et dignité ».

Il est essentiel que les patients fassent partie intégrante de l'équipe de soins de santé et collaborent avec les fournisseurs de soins de santé pour que leurs besoins, préférences et aspirations soient pris en considération et pour qu'ils trouvent leur propre voie vers le mieux-être. Les médecins et les autres professionnels de la santé peuvent aider les patients à faire des choix thérapeutiques et fournir de l'information et de l'aide aux patients et aux membres de leur famille qui cherchent à s'adapter aux effets de la consommation problématique et à mener une vie fonctionnelle. Les professionnels de la santé ont besoin d'outils pour contribuer à atténuer la stigmatisation et à améliorer l'accès aux ressources et à des environnements favorables.

Question 8

Quels sont les obstacles ou les barrières à l'accès aux traitements au Canada?

Les obstacles aux traitements comprennent le manque de centres publics de traitement, l'accès restreint aux établissements dans les régions éloignées, le nombre limité de lits disponibles, le coût des traitements privés (absence d'assurance) et la stigmatisation. L'AMC appuie l'amélioration de l'accès aux possibilités de traitement qui répondent à des besoins différents¹⁵. Les programmes de traitement doivent être coordonnés et axés sur les patients, et tenir compte de leur situation physique, psychologique, sociale et spirituelle. Par exemple, il importe que les programmes de traitement soient culturellement adaptés aux communautés autochtones.

Question 10

Outre les initiatives actuelles de réduction des méfaits, comme les sites de consommation supervisée et les programmes d'échange de seringues, quels autres services de réduction des méfaits les gouvernements devraient-ils envisager de mettre en œuvre au Canada?

Il est urgent de s'attaquer à la réduction des préjudices causés par la consommation de drogues dans les prisons. Déjà en 2005, l'AMC a recommandé au Service correctionnel du Canada d'établir, d'appliquer et d'évaluer un programme pilote d'échange de seringues dans les prisons relevant de sa compétence. Ces services ne sont pas répandus ni accessibles dans les populations carcérales. Au Canada, les personnes détenues courent un risque beaucoup plus important d'infection par le VIH et le virus de l'hépatite C parce qu'elles n'ont pas accès à du matériel d'injection stérile.

Les hôpitaux doivent eux aussi adopter des stratégies de réduction des préjudices pour que les personnes qui consomment de la drogue puissent accéder à des services de santé des plus nécessaires.

Question 12

Comment pouvons-nous encore mieux allier santé publique et application de la loi pour explorer des façons de briser le cycle de démêlés avec la justice pénale des personnes qui consomment des substances?

Il est essentiel de former les policiers et les autres travailleurs de première ligne des services correctionnels et de justice pénale sur la façon d'interagir avec des personnes qui ont des problèmes de consommation. L'AMC croit que le gouvernement doit adopter une stratégie axée sur la santé publique générale. Les changements au droit pénal liés au cannabis ne doivent pas promouvoir la normalisation de sa consommation, et il faut les conjuguer à une stratégie nationale sur les drogues qui favorise la sensibilisation et la prévention et qui prévoit des traitements intégrés¹³.

L'AMC reconnaît que l'interdiction totale de la possession chez les adolescents et les jeunes adultes ne refléterait pas la réalité courante ni une stratégie de réduction des préjudices. Le fait que les jeunes puissent avoir un casier judiciaire durant toute leur vie en raison d'une consommation occasionnelle ou d'une possession de faibles quantités de cannabis pour usage personnel peut entraîner des préjudices sociaux et économiques à long terme disproportionnés par rapport aux préjudices physiologiques causés par la consommation de cette drogue¹⁶.

Question 13

Quelles autres mesures le gouvernement fédéral peut-il prendre pour mieux répondre aux priorités actuelles en matière de réglementation et d'application de la loi, comme lutter contre le crime organisé et l'introduction de drogues illégales dangereuses comme le fentanyl au Canada?

Pour aborder cet enjeu, le gouvernement fédéral doit continuer de collaborer de près avec la GRC, les services policiers locaux et provinciaux, Postes Canada, l'Agence des services frontaliers du Canada, les procureurs de la Couronne et les Forces armées canadiennes, ainsi qu'avec des dirigeants de la santé et des organismes d'application de la loi de l'étranger. Le récent rapport du CCDUS et de Sécurité publique Canada traite d'ailleurs de la question¹⁰.

Question 14

En tenant compte des droits et de l'autodétermination des Autochtones, comment tous les gouvernements peuvent-ils travailler ensemble pour s'attaquer aux taux élevés de consommation problématique de substances dans certaines communautés autochtones?

Les problèmes d'accès sont particulièrement importants chez les peuples autochtones du Canada¹⁷. Beaucoup vivent dans des communautés qui ont un accès limité à des services de soins de santé et doivent parfois parcourir des centaines de kilomètres pour avoir accès à des soins. Il y a aussi des conflits de territoire de compétence : beaucoup d'Autochtones tombent dans les mailles du filet entre les systèmes de santé provinciaux et fédéral.

La géographie constitue certes un obstacle important pour les peuples autochtones, mais ce n'est pas le seul. Les Autochtones vivant dans les centres urbains du Canada ont aussi des difficultés. La pauvreté, l'exclusion sociale et la discrimination peuvent les empêcher d'avoir accès à des soins de santé nécessaires. Sur le total des dépenses fédérales versées aux programmes et aux services pour les Autochtones, 10 % seulement sont affectés aux Autochtones vivant en milieu urbain, ce qui signifie que ces derniers ne peuvent pas bénéficier de programmes comme le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones ou de services de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies auxquels ils auraient accès s'ils vivaient dans une réserve. De plus, même lorsque les soins sont disponibles, ceux-ci ne sont pas toujours adaptés sur le plan culturel.

Les Autochtones du Canada ont tendance à être surreprésentés dans les groupes qui courent le plus grand risque et qui ont le plus besoin de soins, et c'est pourquoi le manque d'accès constitue un grave problème pour leur état de santé. Il importe que les programmes de lutte contre la consommation problématique de substances psychotropes soient culturellement adaptés pour les communautés autochtones.

Il est clair que les membres des Premières Nations et les Inuits du Canada souffrent plus que les autres Canadiens de maladies mentales, de consommation problématique de substances psychotropes et de problèmes de santé mentale¹⁴. Des facteurs individuels, communautaires et populationnels contribuent à cette situation, y compris le statut socioéconomique, l'environnement social, le développement dans l'enfance, la nutrition, la santé maternelle, la culture et l'accès aux services de santé. Il est urgent, pour la santé, le bien-être et l'avenir des Premières Nations et des Inuits, de collaborer avec ces communautés et de déterminer les structures et les interventions nécessaires pour alléger le fardeau imposé par les maladies mentales et la consommation de substances psychotropes.

Il faudrait renforcer la capacité fédérale par l'intermédiaire de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, soit par l'augmentation du financement et du soutien affectés aux stratégies portant sur la santé communautaire de ces groupes. Il est essentiel de mettre sur pied des groupes de travail qui rassembleraient des experts de la santé des Premières Nations et des Inuits et qui rendraient compte à leurs dirigeants pour que cette initiative porte ses fruits. Des conseils d'experts et des ressources de soutien sont essentiels pour faciliter et encourager la mise en place de stratégies et de programmes adaptés sur le plan culturel dans ces communautés.

Question 15

Quels enseignements pouvons-nous tirer des approches des Autochtones à l'égard de la consommation problématique de substances, comme l'utilisation de démarches holistiques, qui pourraient nous aider à

orienter les activités menées dans le cadre de la SCDAS?

Le gouvernement fédéral doit consulter les représentants des Premières Nations et des communautés inuites et métisses pour élaborer des programmes culturellement pertinents et appropriés.

Question 16

Comment les gouvernements et les secteurs de la santé, des affaires sociales et de l'application de la loi peuvent-ils concevoir des politiques et des programmes en matière de consommation de substances plus efficaces pour les populations à risque?

Le gouvernement doit recenser et consulter les communautés et les populations qui courent le plus grand risque, notamment en consultant des représentants des Premières Nations et des communautés inuites et métisses, des intervenants communautaires, des municipalités et des agents de santé publique locaux et provinciaux. Il est important de disposer de données sur les taux de consommation et les problèmes particuliers à chaque groupe à risque pour pouvoir mieux comprendre les besoins et y répondre.

Question 17

Quels politiques et programmes sont efficaces pour améliorer l'accès aux services de prévention, de traitement et de réduction des méfaits pour les populations à risque?

Il existe des façons novatrices de répondre aux besoins des grands utilisateurs et des populations à risque. Comme beaucoup de ces approches nécessitent une plus grande intégration entre le secteur communautaire et celui de la santé et obligent à accorder une plus grande attention aux aspects qui ne sont habituellement pas financés par les systèmes de paiements affectés aux soins de santé, il est essentiel de débloquer des fonds pour donner suite à ces innovations et les propager à la grandeur du pays¹⁸.

Une stratégie ciblée et intégrée visant à recenser les communautés dans le besoin s'impose et doit reposer sur des données communautaires fiables (c.-à-d. utilisation concrète des données sur les patients) qui peuvent servir à intégrer des ressources afin d'améliorer l'état de santé. Le Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires (RCSSSP), par exemple, est le premier système de consultation et de surveillance de dossiers médicaux électroniques (DME) portant sur de multiples maladies qui permet aux médecins de famille, aux épidémiologistes et aux chercheurs de toutes les régions du pays de mieux comprendre et prendre en charge les affections chroniques de leurs patients. L'information sur la santé tirée des DME tenus dans les bureaux des fournisseurs de soins primaires participants (p. ex., médecins de famille) vise à améliorer la qualité des soins pour les Canadiens qui ont des problèmes de santé chroniques ou de santé mentale, ou une des trois maladies neurologiques ciblées, dont la maladie d'Alzheimer et les démences apparentées. Le RCSSSP permet de réunir en toute sécurité de l'information vitale tirée des dossiers médicaux des Canadiens et d'en faire rapport pour améliorer la prise en charge de ces maladies chroniques et problèmes neurologiques (<http://rcsssp.ca/>).

Question 18

Quelles sont les lacunes urgentes liées à la consommation de substances (en termes de données, de surveillance ou de recherche) devant être comblées au Canada?

La collecte des données s'améliore au Canada, ce qui est essentiel si l'on veut évaluer les préjudices et suivre les tendances et les répercussions de la mise en œuvre de changements stratégiques¹⁵. Le gouvernement doit en outre continuer d'améliorer la capacité de l'Agence de la santé publique du Canada, de l'Institut canadien d'information sur la santé, des médecins légistes en chef du Canada et des organismes connexes à réunir des données, à les analyser et à en faire rapport.

Le système de surveillance des États-Unis appelé RADARS (*Researched Abuse, Diversion and*

Addiction-Related Surveillance System – système de surveillance et de recherche portant sur l’abus, les détournements et les dépendances) est un « système de surveillance réunissant des données particulières aux produits et aux lieux géographiques portant sur l’abus, le mauvais usage et le détournement de médicaments d’ordonnance¹⁹ ». Le système réunit des données sur les opioïdes provenant entre autres de centres antipoison et de programmes de traitement, ainsi que sur « l’acquisition ou la distribution illicites d’opioïdes sur ordonnance, de stimulants et d’autres médicaments d’intérêt provenant d’entités enquêtant sur des cas de détournement de drogue », notamment.

L’AMC a recommandé que tous les ordres de gouvernement collaborent entre eux et avec les organismes de réglementation des professionnels de la santé afin de concevoir un système national de contrôle et de surveillance en temps réel de l’abus des médicaments d’ordonnance²⁰. L’AMC recommande que l’on commence par établir des normes nationales uniformes sur la surveillance des ordonnances.

Les programmes de surveillance des ordonnances (PSO) devraient être compatibles avec les systèmes de dossiers médicaux et pharmaceutiques électroniques existants, ainsi qu’avec les bases de données pharmaceutiques des provinces. La participation à ces programmes ne devrait pas imposer de fardeau administratif onéreux aux fournisseurs de soins de santé. Les PSO ne devraient pas dissuader les médecins de prescrire des médicaments réglementés au besoin. De plus, les PSO constituent un moyen précieux d’aider à refermer les écarts qui ont trait à l’usage de substances psychotropes²¹.

Question 19

Comment peut-on se servir des outils de recherche pour cerner les nouveaux problèmes de consommation de substances le plus rapidement possible?

Voir la réponse ci-dessus à la question 18 – « RADARS ».

-
- ¹ Gouvernement du Canada. *Consultation sur le renforcement de l’approche du Canada à l’égard des enjeux liés à la consommation des substances*. Ottawa : Santé Canada. [En ligne] 2018. Accessible ici : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/programmes/consultation-renforcement-approche-canada-egard-questions-liees-consommation-substances.html> (consulté le 5 septembre 2018).
 - ² Association médicale canadienne (AMC). Résolution de politique PD15-10 – *La santé dans toutes les politiques*. Ottawa : Association médicale canadienne. (2015). Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD15-10f.pdf> (consulté le 26 nov. 2018).
 - ³ Association médicale canadienne (AMC). Résolution de politique PD15-03 – *Développement de la petite enfance*. Ottawa : Association médicale canadienne. (2015). Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD15-03f.pdf> (consulté le 26 nov. 2018).
 - ⁴ Association médicale canadienne (AMC). Résolution de politique PD15-03 – *Développement de la petite enfance*. Ottawa : Association médicale canadienne. (2015). Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD15-03f.pdf> (consulté le 26 nov. 2018).
 - ⁵ Association médicale canadienne (AMC). Mémoire. *Recommandations de l’AMC pour mettre en œuvre des stratégies de réduction de la pauvreté*. Ottawa : Association médicale canadienne. [En ligne] 2017. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Briefpdf/BR2017-04f.pdf> (consulté le 26 nov. 2018).
 - ⁶ Association médicale canadienne (AMC). Mémoire. *Projet de loi C-2 Loi modifiant la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (Loi sur le respect des collectivités)*. Ottawa : Association médicale canadienne. [En ligne] 2015. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Briefpdf/BR2015-11f.pdf> (consulté le 26 nov. 2018).
 - ⁷ Association médicale canadienne (AMC). *Déclaration d’ouverture*. Déclaration de l’AMC devant le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes sur la crise des opioïdes au Canada. Ottawa : Association médicale canadienne. [En ligne] 2016. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Briefpdf/BR2017-15f.pdf> (consulté le 26 nov. 2018).

-
- ⁸ Association médicale canadienne (AMC). Mémoire. *Accès sans ordonnance aux produits contenant de la codéine à faible dose*. Ottawa : Association médicale canadienne. [En ligne] 2017. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Briefpdf/BR2018-04f.pdf> (consulté le 26 nov. 2018).
- ⁹ Association médicale canadienne (AMC). Mémoire. *Consultation de Santé Canada sur la restriction du marketing et de la publicité sur les opioïdes*. Ottawa : Association médicale canadienne. [En ligne] 2018. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Briefpdf/BR2018-13f.pdf> (consulté le 26 nov. 2018).
- ¹⁰ Association médicale canadienne (AMC). Résolution de politique PD15-06 – *Préjudices associés aux opioïdes et à d'autres médicaments d'ordonnance psychotropes*. Ottawa : Association médicale canadienne. (2015). Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD15-06f.pdf> (consulté le 26 nov. 2018).
- ¹¹ Association médicale canadienne (AMC). Résolution de politique PD16-04 – *Déclaration commune sur l'accès aux soins de santé mentale publiée par l'Association médicale canadienne et l'Association des psychiatres du Canada*. Ottawa : Association médicale canadienne. (2016). Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD16-04f.pdf> (consulté le 26 nov. 2018).
- ¹² Association médicale canadienne (AMC). *Déclaration d'ouverture*. Déclaration de l'AMC devant le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes sur la crise des opioïdes au Canada. Ottawa : Association médicale canadienne. [En ligne] 2017. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Briefpdf/BR2017-15f.pdf> (consulté le 26 nov. 2018).
- ¹³ Sécurité publique Canada, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. *Table ronde des organismes d'application de la loi concernant la crise des opioïdes 2018. Résumé de la rencontre*. Ottawa. [En ligne] 2018. Accessible ici : <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/lw-nfrcmnt-rndtbl-pd-crss-2018/lw-nfrcmnt-rndtbl-pd-crss-2018-fr.pdf> (consulté le 29 nov. 2018).
- ¹⁴ Association médicale canadienne (AMC). Mémoire. *Study on Mental Health, Mental Illness and Addiction in Canada: Supplementary Submission to the Senate Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology*. Ottawa : Association médicale canadienne. [En ligne] 2006. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/BriefPDF/BR2006-01.pdf> (consulté le 29 nov. 2018).
- ¹⁵ Association médicale canadienne (AMC). Résolution de politique PD15-06 – *Préjudices associés aux opioïdes et à d'autres médicaments d'ordonnance psychotropes*. Ottawa : Association médicale canadienne. (2015). Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD15-06f.pdf> (consulté en nov. 2018).
- ¹⁶ Association médicale canadienne (AMC). *Projet de loi C-45, Loi sur le cannabis*. Ottawa : Association médicale canadienne. [En ligne] 2017. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Briefpdf/BR2017-09f.pdf> (consulté le 28 nov. 2018).
- ¹⁷ Association médicale canadienne (AMC). Résolution de politique PD14-04 - *Assurer un accès équitable aux soins de santé : stratégies pour les gouvernements, les planificateurs de systèmes de santé et les médecins*. Ottawa : Association médicale canadienne. (2014). Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD14-04f.pdf> (consulté le 23 nov. 2018).
- ¹⁸ Association médicale canadienne (AMC). *Mémoire présenté au Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé*. Ottawa : Association médicale canadienne. [En ligne] 2014. Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Briefpdf/BR2015-06f.pdf> (consulté le 29 nov. 2018).
- ¹⁹ Radars System. 2018. [En ligne]. Accessible (en anglais) ici : <https://www.radars.org/> (consulté le 29 nov. 2018).
- ²⁰ Association médicale canadienne (AMC). Résolution de politique PD15-06 – *Préjudices associés aux opioïdes et à d'autres médicaments d'ordonnance psychotropes*. Ottawa : Association médicale canadienne. (2015). Accessible ici : <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD15-06f.pdf> (consulté le 4 déc. 2018).
- ²¹ Sproule, B. *Programmes de surveillance des ordonnances au Canada : examen des programmes et des pratiques exemplaires*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. [En ligne] 2015. Accessible ici : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Prescription-Monitoring-Programs-in-Canada-Report-2015-fr.pdf> (consulté le 4 déc. 2018).