

**Coalition pour la gestion
sûre et efficace de la
douleur
(CSEPM)**

**Réduire le rôle des opioïdes
dans la gestion de la
douleur**

RAPPORT FINAL
Juin 2019

Préface

Ce rapport est le fruit d'une collaboration, d'une motivation et d'un engagement très grands de la part des membres de la Coalition pour la gestion sûre et efficace de la douleur. Il représente l'aboutissement des travaux de la Coalition et doit être considéré comme définitif. Il est possible que d'autres documents ou rapports soient publiés à l'avenir, au fur et à mesure que la Coalition s'emploiera à mettre en œuvre ses recommandations. Pour en savoir plus, visitez le site csepm.ca.

Alison Dantas, directrice générale, Association chiropratique canadienne et présidente de la Coalition pour la gestion sûre et efficace de la douleur



Messages clés

- La Coalition pour la gestion sûre et efficace de la douleur (la Coalition) a été formée afin de faire entendre une voix forte dans le débat sur la gestion de la douleur au Canada. L'objectif de la Coalition est de contribuer à l'élaboration d'une meilleure approche pour gérer cette crise nationale dans le domaine de la santé. Il est essentiel, pour parvenir à une telle approche, de donner l'accès plus tôt à un éventail de traitements fondés sur des données probantes, au lieu ou en plus de prescrire des médicaments, pour gérer la douleur chronique non cancéreuse.
- Chargée de regarder en amont pour comprendre pourquoi les opioïdes sont prescrits comme première ligne de traitement, la Coalition a examiné l'aspect prévention de la crise des opioïdes (c'est-à-dire la réduction du nombre de personnes à qui on prescrit des opioïdes pour la première fois afin de soulager leur douleur).
- L'objectif des recommandations de la Coalition est de réduire le nombre d'ordonnances d'opioïdes en optimisant les approches de gestion de la douleur non pharmacologiques en amont au Canada.
- Les recommandations de la Coalition s'appuient sur une approche interprofessionnelle de gestion de la douleur fondée sur des données probantes et centrée sur le patient. Cette approche incite à faire preuve de compassion envers ceux qui souffrent et ne stigmatise pas les personnes qui prennent actuellement des opioïdes ou qui en prendront un jour.
- La CSEPM recommande les quatre orientations stratégiques suivantes pour parvenir à une meilleure approche de la gestion de la douleur au Canada :
 - la gestion non pharmacologique de la douleur fait partie intégrante des soins de santé essentiels au Canada;
 - les patients et les personnes autorisées à délivrer des ordonnances ont la possibilité de faire des choix sécuritaires en matière de gestion de la douleur;
 - d'autres approches sont intégrées aux traitements de première ligne;
 - toutes les personnes vivant au Canada y ont accès en temps opportun.

Ces orientations stratégiques correspondent à des changements systémiques qui contribueront à transformer les approches de gestion de la douleur au Canada et, au bout du compte, à réduire les effets néfastes des opioïdes.

- De plus, la CSEPM a cerné six priorités pour la mise en œuvre. Ces priorités établissent des changements concrets à l'appui d'une ou de plusieurs des orientations stratégiques.

Introduction

De nombreux facteurs contribuent à la crise des opioïdes au Canada, et il est essentiel de déployer des efforts dans de nombreux domaines pour en réduire l'importance et les

conséquences négatives. Ce qui est certain, c'est que la première prise d'opioïdes, qu'elle vise à traiter des douleurs aiguës ou chroniques, crée un risque.

Bien que les recherches sur la prescription d'opioïdes soient limitées au Canada, celles menées aux États-Unis peuvent, pour la plupart, être extrapolées et, globalement, interprétées de la même façon dans le contexte canadien. Une recension récente indique que 8 à 12 pour cent des personnes qui commencent un traitement à base d'opioïdes pour la douleur chronique développent des troubles liés aux opioïdes¹. La possibilité que les opioïdes soient utilisés à long terme augmente après seulement trois à cinq jours de traitement sur ordonnance². Un grand nombre de personnes qui prennent des opioïdes illégalement les ont d'abord pris parce qu'ils leur avaient été prescrits³. Et un patient sur 550 ayant suivi un traitement aux opioïdes meurt d'une cause liée aux opioïdes dans un délai médian de 2,6 ans après la première prescription⁴.

**« Le Canada fait face à une crise que chaque communauté va devoir gérer. »
– D^r David Milne⁵**

Étant donné que la première exposition survient généralement par suite d'une prescription, il faut nécessairement concentrer « en amont » une partie des efforts visant à réduire l'importance de la crise et déterminer pourquoi les traitements aux opioïdes sont prescrits au départ. Les opioïdes sur ordonnance occupent une place légitime dans les soins de santé et sont précieux pour traiter les douleurs intenses liées aux interventions chirurgicales, aux blessures et aux maladies comme le cancer.

La prescription d'opioïdes a considérablement augmenté au début des années 1990, lorsqu'on a encouragé leur utilisation pour le traitement à long terme de la douleur liée à une grande variété d'affections chroniques, comme la lombalgie. Non seulement aucune preuve n'est venue justifier cette pratique, mais un lien a été établi entre la prescription d'opioïdes pour le traitement de douleurs chroniques et une augmentation importante des décès liés aux opioïdes, un risque élevé de dépendance et de troubles liés aux opioïdes, ainsi que d'autres effets indésirables associés à la consommation à long terme d'opioïdes⁶. Nous comprenons maintenant mieux que les avantages des opioïdes diminuent au fil du temps et que ces médicaments ne permettent souvent pas de traiter les causes sous-jacentes de la douleur, voire les aggravent.

Il est important de ne pas laisser les gens souffrir ou penser que rien ne peut les soulager. L'absence de solutions abordables autres que les médicaments dans le système de santé canadien contribue toutefois à la prescription excessive d'opioïdes comme traitement de première ligne. Bien que la crise des opioïdes soit complexe, une partie de la solution consiste à réduire le nombre de personnes à qui l'on prescrit des opioïdes pour la première fois en repensant le rôle des approches non pharmacologiques de gestion de la douleur ainsi que l'accès à ces approches.

La Coalition pour la gestion sûre et efficace de la douleur (la Coalition ou CSEPM) a signé la [Déclaration canadienne conjointe sur les mesures visant à remédier à la crise des opioïdes](#). Elle

a été formée afin d'établir des recommandations consensuelles qui permettent de réduire le nombre d'ordonnances d'opioïdes au Canada en privilégiant une approche de gestion non pharmacologique de la douleur interprofessionnelle et fondée sur des données probantes qui soit collaborative, empathique et axée sur le patient.

Les membres de la Coalition, formée en février 2017, sont notamment l'Association canadienne des ergothérapeutes, l'Association chiropratique canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Institut canadien pour la sécurité des patients, l'Association canadienne de physiothérapie, la Société canadienne de psychologie, l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada, les Patients pour la sécurité des patients du Canada, la Société de l'arthrite et l'Association canadienne des travailleurs sociaux. La Coalition regroupe un vaste éventail d'experts du système de santé, des associations de professionnels de la santé et des organisations de patients. Chaque organisation joue un rôle important dans l'orientation des patients ou la prestation de traitements physiques et psychologiques autres que les opioïdes dans les milieux de soins primaires. En mars 2017, la Coalition a été ajoutée aux signataires de la [Déclaration canadienne conjointe sur les mesures visant à remédier à la crise des opioïdes](#).

Le rôle de la Coalition dans la lutte contre la crise des opioïdes au Canada

La complexité de la crise des opioïdes au Canada demande des efforts collaboratifs à tous les niveaux. La Coalition se concentre sur la partie de la prévention qui est à la fois la plus simple et la plus difficile : réduire le nombre de patients à qui l'on prescrit des opioïdes pour la première fois au Canada. Elle a cherché à comprendre pourquoi les opioïdes sont prescrits en remontant à la source du problème afin de réduire le nombre d'ordonnances délivrées à ceux qui n'en prennent pas actuellement.

L'objectif de la Coalition est de réduire le nombre d'ordonnances d'opioïdes en optimisant les approches non pharmacologiques de gestion de la douleur au Canada, tout en reconnaissant l'importance et la nécessité des médicaments, ainsi que de la facilité d'accès, le cas échéant, aux interventions chirurgicales, pour gérer la douleur.

Portée des recommandations de la Coalition

Les recommandations de la Coalition appuient la mise en œuvre des [Lignes directrices canadiennes relatives à l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse, édition 2017, du National Pain Centre](#), qui préconisent d'opter pour des traitements autres que les opioïdes dans le cas de patients atteints de douleur chronique non cancéreuse. Au cours des deux dernières années, la Coalition s'est attachée à élaborer des stratégies pour les patients et les professionnels afin d'offrir une approche plus efficace de gestion de la douleur. Les recommandations contenues dans ce rapport visent à réduire le nombre de patients traités pour la première fois aux opioïdes afin d'éviter que la crise des opioïdes s'aggrave au Canada.

En raison de la complexité et de l'ampleur de la crise des opioïdes au Canada, il convient de noter que la Coalition s'est concentrée sur la prévention et que les recommandations doivent être lues sous cet angle. De nombreux enjeux importants sortent de ce cadre et devraient être examinés également; la prévention est néanmoins l'élément de la crise qui est étudié directement par la Coalition et qui s'inscrit dans ses travaux.

Les recommandations de ce rapport ne visent pas les personnes qui prennent actuellement des opioïdes ni celles qui sont atteintes d'un cancer ou reçoivent des soins palliatifs et à qui on prescrit des opioïdes pour la première fois. Certains facteurs socio-économiques et personnels augmentent les risques liés aux opioïdes et sortent du champ d'action de la Coalition. Il pourrait être nécessaire de mettre en place un processus distinct afin d'établir des recommandations à l'intention de groupes vulnérables et de populations particulières. La portée des recommandations de la Coalition exclut les opioïdes obtenus de manière illégale, les médicaments non opioïdes et le cannabis. En outre, bien qu'il existe de nombreux traitements pour assurer une gestion efficace de la douleur chronique, les recommandations se concentrent exclusivement sur l'ergothérapie, la physiothérapie, la psychologie et la chiropratique.

La Coalition sait que ses efforts seront appuyés par des initiatives axées sur ces domaines ainsi que sur d'autres aspects importants de la crise pour les personnes concernées. La priorité ultime de la Coalition est de réduire l'utilisation des opioïdes en tant que traitement de première ligne pour la gestion de la douleur chronique et non cancéreuse et d'éviter ainsi que la crise s'aggrave.

L'avancée du Canada vers la transformation

Une meilleure approche de gestion de la douleur

La Coalition mesure la complexité de la crise des opioïdes, mais estime que l'approche actuelle de gestion de la douleur au Canada empire la situation. Il y a maintenant un fort consensus sur

le fait que la prescription excessive d'opioïdes pour le traitement de la douleur contribue à la crise, qui est décrite comme « l'aboutissement de deux décennies de “pharmacothérapie” » dans la gestion de la douleur⁷. Néanmoins, la douleur est une raison essentielle de consultation médicale, et il n'est pas envisageable de ne pas la soulager.

Le Canada a besoin d'une meilleure approche de gestion de la douleur et doit réduire le nombre d'ordonnances d'opioïdes délivrées pour traiter la douleur aiguë et chronique. Une telle approche comprend l'amélioration de l'accès aux traitements non pharmacologiques et de leur intégration.

Nous comprenons maintenant plus clairement comment la crise actuelle a vu le jour. Nous comprenons désormais les caractéristiques de la dépendance aux opioïdes, la diminution de l'efficacité des opioïdes au fil du temps et la facilité à se les procurer.

Les opioïdes sont remboursés par tous les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments et ils sont accessibles dans la plupart des régimes d'assurance-maladie complémentaire. En outre, étant donné les nombreuses demandes déjà imposées au système de santé public canadien, il peut être difficile de trouver le temps et les ressources nécessaires pour prioriser les traitements non pharmacologiques. En fait, ces demandes peuvent expliquer l'évolution des opioïdes comme traitement de première ligne pour les patients souffrant de douleurs aiguës et chroniques dans les milieux de soins primaires, particulièrement pour les populations marginalisées et vulnérables, pour lesquelles l'incidence et la prévalence des douleurs chroniques sont plus élevées en raison de déterminants sociaux de la santé.

Peu de personnes résidant au Canada savent qu'il existe des traitements non pharmacologiques pour gérer la douleur et même si elles le savent, elles ont souvent du mal à y avoir accès. Ces traitements comprennent les interventions psychologiques, les soins chiropratiques, l'ergothérapie et la physiothérapie, et ils sont souvent administrés par des équipes interprofessionnelles centrées sur les besoins des patients. Les données probantes à l'appui des traitements non pharmacologiques de la douleur sont largement reconnues par un grand nombre de groupes qui dispensent des soins de santé et diffusées dans de nombreuses directives. Il s'agit en particulier du Lancet Low Back Working Group, qui préconise l'autogestion et les thérapies physiques et psychologiques⁸, et de l'American College of Physicians⁹, qui recommande que les traitements de première ligne pour la douleur lombaire chronique incluent notamment l'exercice, la réduction du stress fondée sur la pleine conscience, la thérapie cognitivo-comportementale et les manipulations vertébrales. Les approches des équipes interprofessionnelles pour gérer la douleur chronique sont aussi efficaces que les médicaments pour atténuer l'intensité de la douleur et plus efficaces pour réduire le recours aux médicaments, diminuer l'utilisation du système de santé, améliorer les activités fonctionnelles et l'humeur, et promouvoir le retour au travail¹⁰.

Les traitements pour gérer la douleur offerts par les professionnels de la santé autres que les médecins sont rarement remboursés par le système de santé public, contrairement à ce qui se fait dans d'autres pays développés qui disposent de systèmes plus intégrés. Une meilleure

approche de gestion de la douleur réduirait les coûts énormes engagés par un système dont l'organisation n'est pas efficace pour traiter la douleur et elle améliorerait l'intégration des traitements non pharmacologiques et l'accès à ces traitements pour les patients du Canada. L'optimisation des traitements non pharmacologiques réduirait ainsi le recours excessif aux opioïdes, considérés comme le traitement par défaut de la douleur chronique non cancéreuse.

Une approche empathique de la douleur et de l'utilisation des opioïdes

En cherchant des occasions de réduire le nombre de personnes qui commencent à prendre des opioïdes, il est important de reconnaître que les opioïdes ont une place légitime et appropriée dans la gestion de la douleur. Les patients qui ont vraiment besoin d'opioïdes doivent pouvoir en obtenir. Il est important aussi de souligner que les soins empathiques sont un aspect crucial de tout débat sur la douleur et les troubles liés à la consommation d'une substance. Tous ceux qui demandent des soins au Canada méritent respect, bienveillance et compréhension.

La stigmatisation est un facteur important dans le traitement de la douleur, car elle a une incidence sur la façon dont les patients sont traités dans un contexte clinique. Elle est dangereuse et marginalise les individus ou les groupes sur lesquels pèsent des préjugés. Dans les débats sur les opioïdes, à tous les niveaux, les patients doivent être protégés contre la stigmatisation, et la prestation de soins de santé de qualité doit être assurée. Cela est particulièrement vrai pour le traitement des troubles liés à la consommation d'une substance. Le fait de suivre une approche de réduction des conséquences négatives, de respecter les droits des consommateurs de drogues et d'offrir un environnement de soins non oppressifs peut réduire les risques, pour la santé, des troubles liés à la consommation d'une substance. Le traitement des gens avec bienveillance et compassion ne les prémunira pas contre les risques, mais cela pourrait aider beaucoup de personnes en difficulté¹¹.

***« Les personnes souffrant de dépendance aux opioïdes ne sont pas seulement stigmatisées à cause de la maladie, elles le sont également à cause du traitement. »
– D^r Samuel Ball¹²***

La douleur est réelle

La douleur, notamment la douleur chronique, est l'une des raisons les plus courantes pour lesquelles on se fait soigner au Canada. Un Canadien sur cinq souffre de douleur chronique¹³. Cette douleur est associée à la qualité de vie la plus faible en comparaison des autres maladies chroniques.

Le Canada est le deuxième pays au monde qui prescrit le plus d'opioïdes¹⁴, bien qu'il n'y ait aucune différence avec les pays d'Europe en ce qui concerne les besoins et les résultats en matière de traitement de la douleur. L'utilisation d'opioïdes au Canada est peut-être excessive, mais il existe de très bonnes raisons d'en prescrire pour gérer une douleur soudaine ou de courte durée ou pour traiter une douleur d'origine cancéreuse ou, encore, dans un contexte de

soins palliatifs. Cependant, selon l'Institut canadien d'information sur la santé, malgré la diminution générale de la quantité d'opioïdes délivrés par ordonnance, le nombre d'ordonnances d'opioïdes est en hausse¹⁵. Les décès liés aux surdoses continuent d'augmenter et plus de 19 millions d'ordonnances d'opioïdes ont été exécutées au Canada en 2016, soit un nouveau record¹⁶. L'augmentation des prescriptions d'opioïdes est allée de pair avec celle du nombre de personnes recevant un traitement contre les troubles liés à la consommation d'une substance.

La douleur (en particulier la douleur persistante ou chronique) est un problème complexe. C'est une expérience pénible liée à des lésions aux tissus existantes ou perçues qui comportent des éléments sensoriels, émotionnels, cognitifs et sociaux¹⁷. La demande d'opioïdes est basée sur l'idée reçue que toute douleur, y compris la douleur chronique, peut être traitée à l'aide de médicaments. Si les causes d'une douleur aiguë sont plus facilement déterminées, l'origine d'une douleur chronique n'est pas forcément externe ni liée à un événement déclencheur. Les patients comme les praticiens cherchent à obtenir des renseignements à l'aide de l'imagerie médicale ou de tests de diagnostic; les études ont pourtant montré que ces examens sont souvent inutiles lorsque la douleur est le seul symptôme.

Pour compliquer les choses davantage, les patients peuvent souffrir à cause d'une blessure, ne pas souffrir alors qu'ils ont une blessure importante ou souffrir considérablement à cause d'une blessure minime. Ces résultats démontrent que la douleur comporte des facteurs multiples et qu'elle n'agit pas uniquement sur les tissus de l'organisme. Les émotions, les sensations, les processus cognitifs et les facteurs sociaux entrent en jeu dans la perception d'une douleur persistante, ce qui signifie que tous les aspects de la vie peuvent influencer sur la perception de la douleur. Cette approche est connue sous le nom de modèle *biopsychosocial* de la douleur : elle prend en compte la façon dont l'interaction des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux de la vie d'une personne influe sur la douleur. Les recommandations de la Coalition visent à promouvoir une meilleure approche pour aider les Canadiens à gérer la douleur grâce à l'intégration et à l'offre de diverses solutions de rechange aux ordonnances d'opioïdes, comme la psychothérapie, la chiropratique, la physiothérapie et l'ergothérapie.

Les conséquences néfastes, les risques et les limites d'efficacité des opioïdes

On comprend mieux les nombreux risques et conséquences néfastes des opioïdes, y compris les troubles liés à la consommation d'une substance, la dépression respiratoire potentiellement fatale, la dépression, la constipation chronique, l'ostéoporose, ainsi que l'augmentation du risque global de décès et, paradoxalement, de la douleur^{18, 19, 20, 21, 22, 23, 24}. Les données probantes concernant le traitement à long terme de la douleur chronique par les opioïdes sont très limitées, mais elles révèlent un risque accru d'effets nocifs graves qui doivent être soupesés par rapport aux bénéfices potentiels²⁵.

Il existe des risques moins connus liés aux opioïdes en dehors du décès et des troubles liés à la consommation d'une substance. L'efficacité de ce type d'analgésiques est limitée sur le plan de

l'atténuation de la douleur et de l'amélioration des fonctions lorsqu'on la compare à celle d'autres formes de traitement²⁶. Les opioïdes traitent la douleur en tant que symptôme, mais ne s'attaquent pas à sa cause ou à l'affection sous-jacente. En outre, leur incidence sur la santé est faible sur le plan du rétablissement des fonctions, du retour au travail et de l'amélioration de la qualité de vie²⁷. L'efficacité des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique au-delà de 12 semaines n'a pas été établie d'une manière fiable²⁸. Par exemple, une étude récente a démontré que les personnes à qui l'on prescrivait des opioïdes peu après la manifestation de douleurs lombaires aiguës étaient moins susceptibles de retourner au travail que les autres²⁹. De plus, il existe une forte corrélation entre l'augmentation de la durée d'utilisation des opioïdes pour les patients souffrant de douleurs dorsales et l'augmentation de la prévalence des maladies mentales³⁰.

Certaines personnes risquent davantage de faire un mauvais usage des opioïdes, comme celles présentant des antécédents de toxicomanie, de détresse psychologique, de tabagisme et d'obésité. Pour ce type de patients, il est nettement plus sûr de limiter les premières prescriptions.

Une prescription excessive peut également engendrer des restes de médicaments, ce qui peut être une source majeure de mauvaise utilisation³¹. Les pilules restantes constituent une réserve qui peut être détournée à des fins de vente ou d'utilisation illégale. Les patients à qui on prescrit des opioïdes pour de longues périodes développent une dépendance physiologique et certains d'entre eux se tournent vers de nouvelles sources, parfois illégales et dangereuses, pour s'en procurer.

Le soulagement limité de la douleur apporté à court terme par les opioïdes a un prix³². En comparaison, les autres approches de gestion de la douleur offrent des avantages similaires, sans présenter de risques importants. La plupart des Canadiens éprouvent une certaine forme de douleur au cours de leur vie. Il faut prescrire les opioïdes avec circonspection et adopter une approche plus cohérente et plus globale de gestion de la douleur en s'attaquant aux causes sous-jacentes. L'approche la plus sécuritaire consiste sans aucun doute à réduire le nombre de personnes initialement exposées aux opioïdes, étant donné le grand nombre de conséquences néfastes et de risques éventuels associés à ces analgésiques.

Il convient de noter une fois de plus que la Coalition fait référence à des patients qui souffrent de douleur non liée au cancer, à des traitements chirurgicaux ou à des soins palliatifs.

Pourquoi prescrit-on des opioïdes?

Compte tenu des effets dévastateurs de la crise des opioïdes, y compris pour les personnes qui en prennent pour la première fois par suite d'une prescription, il est étonnant de constater qu'il existe peu de preuves et de publications sur les pratiques de prescription des opioïdes au Canada. Il faudrait faire plus de recherches dans ce domaine.

Selon certaines indications, avoir recours aux opioïdes pour traiter des conditions pouvant devenir chroniques présente un risque plus élevé. Une étude canadienne auprès de patients prenant des opioïdes depuis plus de six mois pour une douleur chronique non cancéreuse a révélé que les principales conditions cliniques traitées étaient la lombalgie chronique, la cervicologie chronique, la fibromyalgie et les maux de tête chroniques³³.

Aux États-Unis, pays qui a enregistré la plus forte hausse de prescriptions d'opioïdes, il a été déterminé que la majorité des ordonnances visaient le traitement de la douleur chronique non cancéreuse^{34, 35}. Les résultats d'une étude ont montré que la lombalgie était le diagnostic le plus répandu pour lequel des opioïdes sont prescrits; les autres diagnostics comprennent l'arthrose, les migraines, les affections dégénératives des articulations et la fibromyalgie³⁶.

Les données canadiennes sont limitées, mais la douleur aiguë ou chronique représente près des deux tiers des visites aux urgences aux États-Unis^{37, 38}. La prescription d'opioïdes lors de visites aux urgences de patients éprouvant des douleurs s'est accrue au fil des ans, tandis que la prescription d'analgésiques non opioïdes est restée inchangée³⁹.

« Tant qu'il n'y aura pas de stratégie réaliste qui révolutionne le traitement de la douleur chronique non cancéreuse, les médecins continueront de recourir au seul outil pratique qu'ils ont sous la main : leur bloc d'ordonnances. »

– D^s Andrea Furlan et Owen Williamson⁴⁰

Il est impératif que des recherches plus poussées soient menées sur les motifs sous-tendant la prescription d'opioïdes ainsi que sur les solutions de rechange plus sûres susceptibles de réduire le nombre d'ordonnances et de prévenir de futurs problèmes. Souvent, les médecins ne voient pas d'autres options pour les personnes qui n'ont pas d'assurance, qui ont un revenu peu élevé ou qui sont en congé d'invalidité. Les opioïdes sont couverts par le régime public, mais les interventions non pharmacologiques ne le sont pas. De plus, la conviction qu'une pilule a le pouvoir d'éliminer la douleur sans répercussions doit être remise en question. Une sensibilisation du public et des personnes qui prescrivent les médicaments contribuera à faire évoluer cette attitude préexistante et à redéfinir des stratégies de gestion de la douleur fondées sur des données probantes.

Solutions de rechange non pharmacologiques fondées sur des données probantes

Les membres de la Coalition comprennent des professionnels de la santé de première ligne ayant recours à des solutions de traitement de la douleur non pharmacologiques qui jouent déjà un rôle important dans la gestion de la douleur multidisciplinaire. Ces professionnels sont des psychologues, des physiothérapeutes, des chiropraticiens et des ergothérapeutes. Dans le cadre de la Coalition, de nombreux membres ont préparé des « aperçus des données

probantes » pour faire mieux comprendre les meilleures données actuelles dans leurs approches cliniques respectives. La Coalition a aussi collaboré avec l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS), organisation canadienne sans but lucratif qui se consacre à l'évaluation des données probantes sur la santé et des approches non pharmacologiques du traitement de la douleur. La Coalition n'a pas évalué les données probantes sous-tendant les solutions non pharmacologiques autres que celles qu'offrent ses membres.

Les membres de la Coalition estiment qu'il est crucial de disposer de meilleures preuves du caractère sécuritaire et des résultats positifs sur la santé des solutions de rechange non pharmacologiques aux opioïdes pour gérer la douleur. Cette position est conforme à la [nouvelle directive canadienne sur la prescription d'opioïdes](#) qui recommande d'avoir recours le plus souvent possible aux solutions fondées sur des données probantes plutôt que de se tourner vers les opioïdes.

L'objectif de la gestion de la douleur est de procurer au patient plus d'avantages que d'inconvénients et de lui fournir des options de traitement sûres et efficaces. Pour faciliter le processus décisionnel, il est nécessaire de mener d'autres études afin de comparer le caractère sécuritaire et les résultats des opioïdes (et d'autres approches pharmacologiques) avec les solutions non pharmacologiques à court et à long terme. Il faudrait que ces études portent sur la sécurité, les effets secondaires et d'autres risques, ainsi que sur les fonctions et la qualité de vie, sans oublier les avantages pour l'évaluation de la douleur.

Section 2 : Orientations stratégiques et priorités pour la mise en œuvre

Orientation stratégique 1 : Faire de la gestion non pharmacologique de la douleur une partie intégrante des soins de santé essentiels au Canada.

La douleur est la première cause de consultation médicale, mais le recours excessif aux opioïdes pour la traiter cause du tort aux patients, a des effets non voulus et entraîne des conséquences néfastes⁴¹. Les opioïdes sont des outils cliniques importants, et il est primordial de faire preuve de compassion envers les personnes qui souffrent. Il apparaît toutefois évident que le Canada doit améliorer son approche de gestion de la douleur pour optimiser les traitements non pharmacologiques.

Pour réduire le recours aux opioïdes, la Coalition recommande que la prévention et la gestion de la douleur fassent partie intégrante des soins de santé au Canada et qu'elles soient soutenues par une stratégie exhaustive visant à favoriser l'intégration des traitements non pharmacologiques interprofessionnels et fondés sur des données probantes et à en faciliter

l'accès pour tous. Cet aspect est particulièrement important, car les médicaments sont l'un des seuls outils de gestion de la douleur financés par le système de santé public canadien – une différence notable par rapport aux autres pays industrialisés où la couverture du régime public est plus étendue. En intégrant des traitements non pharmacologiques, les personnes autorisées à prescrire des médicaments pourront facilement offrir d'autres solutions qu'une simple ordonnance. L'intégration des traitements non pharmacologiques aux soins de santé primaires et l'accès accru à ces solutions contribueront à atténuer la pression pour les personnes autorisées à prescrire des médicaments.

Les changements qui optimisent les traitements non pharmacologiques appuient aussi directement la mise en œuvre de la nouvelle directive canadienne sur la prescription d'opioïdes. Pour mener à bien la transformation de son approche en matière de gestion de la douleur, le Canada peut s'inspirer des efforts déployés pour améliorer l'intégration des soins de santé mentale et l'accès à ces soins, efforts qui ont été couronnés de succès au pays.

Les traitements contre la douleur et les troubles liés à la consommation d'opioïdes coûtent cher et contribuent grandement à alourdir le fardeau financier qui pèse sur le système de santé canadien. Les nombreuses possibilités de réduire les coûts à long terme pour le système de santé, notamment grâce à l'étude d'options de traitement autres que les opioïdes, permettront de réaliser des économies qui serviront à financer une meilleure approche de gestion de la douleur.

L'un des obstacles à la résolution de ce problème réside dans le caractère très limité des recherches sur la gestion non pharmacologique de la douleur au Canada, y compris des études visant à comparer l'efficacité et le caractère sécuritaire des opioïdes avec les solutions non pharmacologiques. Cela complique la prise de décisions fondées sur des données probantes et constitue une lacune importante qui doit être corrigée. Il faut mener davantage d'études pour bien comprendre la corrélation entre première exposition et usage à long terme.

Orientation stratégique 2 : Aider les patients et les professionnels autorisés à prescrire des médicaments à faire des choix sûrs pour la gestion de la douleur.

L'un des principaux efforts de prévention à mettre de l'avant pour contrer la crise des opioïdes consiste à sensibiliser les patients et les professionnels autorisés à délivrer des ordonnances et à leur donner les moyens de faire de meilleurs choix pour la gestion de la douleur, ce qui passe notamment par les traitements non pharmacologiques. Une sensibilisation accrue aux divers traitements et options aura pour effet de favoriser la collaboration tout en améliorant la prise de décisions conjointes des patients et des cliniciens.

Une approche de santé publique visant à maximiser les bienfaits pour le plus grand nombre de personnes possible permettrait de sensibiliser davantage la population aux risques associés aux opioïdes et de faire connaître les autres options de traitement offertes. En plus

d'encourager un dialogue plus soutenu et fondé sur de meilleures informations entre les professionnels de la santé et les patients ainsi que de permettre une discussion plus éclairée sur les risques et les avantages des opioïdes et des traitements non pharmacologiques, cette approche offrirait une excellente occasion d'améliorer la sécurité des patients et de réduire les possibles effets indésirables de la consommation d'opioïdes. Tout cela s'inscrit également dans une approche de soins centrée sur le patient, qui vise à faire en sorte que les préférences et les valeurs des patients orientent les décisions cliniques.

Au cours des années 1990, on conseillait aux médecins de traiter la douleur comme un problème médical grave, ce qui s'appuyait sur l'idée que la douleur constitue le « cinquième signe vital », concept adopté par la Veterans Health Administration (VHA) des États-Unis. Même si cette approche avait la noble intention de réduire les souffrances liées à la douleur, elle a entraîné des conséquences non souhaitées, surtout lorsque le concept de « cinquième signe vital » était utilisé dans des situations où la douleur n'était pas aiguë.

Pour que les cliniciens cessent de considérer la douleur comme le « cinquième signe vital », qu'ils soient davantage sensibilisés et qu'ils acquièrent les compétences nécessaires pour intégrer les solutions de rechange aux opioïdes à leur pratique, une formation sur la gestion de la douleur doit leur être offerte de façon systématique. Les opioïdes soulagent la douleur, certes, mais ils peuvent aussi simplement la masquer, sans régler entièrement le problème sous-jacent. Il faut accorder une plus grande importance aux fonctions, plutôt que de limiter la douleur à un chiffre sur une échelle.

***« Notre enfant avait mal et nous voulions qu'il soit soulagé.
Nous ignorions tout des dangers que cela représentait. » – Emily Walden⁴²***

Le personnel infirmier, les pharmaciens et les autres professionnels de la santé de première ligne peuvent jouer un rôle essentiel auprès des patients en les aidant à s'y retrouver dans les nombreuses options à leur disposition pour gérer la douleur. Pour cela, une formation continue est nécessaire afin que les professionnels de la santé de première ligne comprennent et puissent appuyer le recours à d'autres formes de traitement. Les mécanismes de soutien, comme les ressources pratiques et les outils de recommandation, aident les cliniciens à se tenir à jour afin d'optimiser la sécurité des patients et d'intégrer des formes efficaces de traitements non pharmacologiques à leur pratique.

Orientation stratégique 3 : Intégrer la gestion non pharmacologique de la douleur dans les milieux de soins primaires.

On n'arrivera à réduire le nombre de personnes qui commencent à prendre des opioïdes que si les professionnels de la santé ne ressentent plus autant le besoin d'en prescrire. S'il est davantage possible et plus facile d'offrir des traitements non pharmacologiques aux patients qui éprouvent de la douleur, la pression pour les professionnels autorisés à prescrire des médicaments sera atténuée.

Comme la douleur est la principale cause de consultation, la Coalition estime que tous les établissements de soins de santé primaires où des opioïdes sont prescrits devraient se doter d'orientations en matière de gestion de la douleur. Ces orientations se refléteraient dans des protocoles établissant en bonne et due forme les moyens à prendre pour soulager la douleur associée aux affections les plus courantes autrement que par la prescription d'opioïdes. La définition de critères et d'interventions appropriés permettra d'optimiser les solutions de rechange aux opioïdes et de les offrir rapidement aux patients.

Dans les petits établissements, ces orientations peuvent être informelles et s'appuyer sur un réseau de recommandations. Les grands établissements de soins de santé primaires peuvent agrandir leur équipe interprofessionnelle de gestion de la douleur ou collaborer à la création de cliniques multidisciplinaires de traitement et de triage. Les services des urgences des hôpitaux pourraient réduire le nombre de patients qui sont exposés aux opioïdes pour la première fois en formant des équipes responsables du triage ou du traitement dont le rôle serait de promouvoir les traitements non pharmacologiques. Dans tous les cas, l'objectif est d'atténuer le besoin que ressentent les professionnels de prescrire des opioïdes en leur assurant, ainsi qu'à leurs patients, que d'autres formes de traitement sont offertes et justifiées par des procédures standards pour le traitement de la douleur.

Orientation stratégique 4 : Favoriser l'accès en temps opportun à des approches non pharmacologiques de gestion de la douleur pour tous les Canadiens.

Une meilleure intégration de la gestion non pharmacologique de la douleur passe par un meilleur accès aux soins. Cela dit, la plupart des traitements non pharmacologiques sont offerts en dehors du système de santé public du Canada. Pour être accessibles, les soins doivent être abordables et pouvoir être obtenus rapidement à distance raisonnable du lieu de résidence du patient.

Étant donné que la plupart des formes de traitement de la douleur non pharmacologiques ne sont pas financées par le système de santé public, les populations marginalisées et vulnérables doivent être ciblées en priorité pour l'accès aux soins interprofessionnels non pharmacologiques financés par l'État. Plus du tiers des cliniques de la douleur du système public au Canada ont des listes d'attente de plus d'un an, et dans de vastes régions du territoire, la population n'a pas accès à des soins appropriés⁴³. Des méthodes de triage doivent être mises en place pour offrir à ces personnes d'autres options de traitement.

Au Canada, 75 pour cent des résidents ont accès à des formes non pharmacologiques de gestion de la douleur par l'intermédiaire de régimes d'assurance-maladie complémentaires. Les fournisseurs de ces régimes ont la responsabilité d'assurer une couverture adéquate en matière de gestion de la douleur. Comme pour la santé mentale, les prestataires de soins primaires

doivent déterminer la disponibilité des solutions de rechange aux opioïdes pour la gestion de la douleur afin d'optimiser la couverture pour leurs patients.

Recommandations et priorités pour la mise en œuvre

D'importantes améliorations peuvent être apportées à la manière dont les soins de gestion de la douleur sont fournis au sein du système de santé canadien. Les orientations stratégiques définies ci-dessus correspondent à des changements systémiques qui contribueront à transformer les approches de gestion de la douleur au Canada et, au bout du compte, à réduire les effets néfastes des opioïdes. Les priorités pour la mise en œuvre établissent quant à elles des changements pratiques à l'appui d'une ou de plusieurs des orientations stratégiques. La Coalition recommande six priorités pour la mise en œuvre.

Priorité 1 : Encourager l'élaboration d'orientations de soins favorisant une prise en charge non pharmacologique de la douleur dans les points d'intervention où des opioïdes sont couramment prescrits.

Le gouvernement fédéral doit financer l'élaboration d'orientations de gestion de la douleur dans les établissements de soins primaires de petite, de moyenne et de grande taille. Les hôpitaux doivent définir des orientations de gestion de la douleur dans le cadre de leur mise en œuvre de la nouvelle directive canadienne sur la prescription d'opioïdes, en accordant une attention particulière aux services des urgences et aux conditions pour lesquelles le recours à des opioïdes n'est pas fondé sur des données probantes.

Priorité 2 : Les régimes d'assurance privée offrent une couverture efficace des traitements cliniques interprofessionnels pour la gestion non pharmacologique de la douleur.

La plupart des Canadiens qui reçoivent des traitements non pharmacologiques contre la douleur y ont accès par l'intermédiaire d'un régime d'assurance-maladie complémentaire. Une étude a démontré que les patients qui bénéficiaient d'un tel régime étaient moins susceptibles de consommer des opioïdes pour traiter les douleurs lombaires chroniques que les autres⁴⁴. Dans un effort de réduction de la prise d'opioïdes, les fournisseurs de régimes d'assurance-maladie complémentaires doivent convenir d'un niveau de couverture adéquat pour les traitements non pharmacologiques de la douleur efficaces sur le plan clinique afin d'atténuer le risque que les participants au régime recourent à un opioïde.

Priorité 3 : Prioriser les populations marginalisées, vulnérables et à risque pour favoriser un meilleur accès à une gestion interprofessionnelle non pharmacologique de la douleur.

Dans leurs stratégies axées sur la prévention, les provinces et les territoires doivent faciliter en priorité l'accès aux traitements non pharmacologiques de la douleur pour les populations marginalisées et vulnérables. Ils doivent d'abord s'employer à fournir du soutien aux cliniques desservant déjà ces populations afin qu'elles intègrent la gestion interprofessionnelle de la douleur en tant que stratégie de réduction du recours aux opioïdes.

Priorité 4 : Chaque province ou territoire élabore une stratégie de prévention pour optimiser les options de traitement possibles avant la première prescription d’opioïdes.

La Coalition estime que les provinces et les territoires doivent élaborer une stratégie axée sur la prévention pour montrer au public, aux professionnels de la santé et aux autres parties prenantes ce qu’ils comptent faire pour réduire le nombre de nouveaux utilisateurs d’opioïdes sur ordonnance. S’inscrivant dans la foulée des *Lignes directrices canadiennes relatives à l’utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse*, édition 2017, cette stratégie exhaustive doit être mise au point au moyen d’un processus public inclusif et décrire les mesures d’intégration des solutions de rechange non pharmacologiques aux opioïdes ainsi que les moyens d’y accéder.

Priorité 5 : Campagne de santé publique pour aider les personnes souffrantes à comprendre les risques liés aux opioïdes et pour optimiser l’accès à des formes de traitement non pharmacologiques.

La crise des opioïdes est un problème de santé publique urgent qui a suscité une vive réaction des organismes de santé publique. Les efforts de prévention doivent être étendus pour inclure une vaste campagne de sensibilisation afin que l’ensemble du public et des professionnels autorisés à prescrire des médicaments soient bien informés des risques associés aux opioïdes. Pour que les patients fassent des choix sûrs en matière de gestion de la douleur, ils doivent absolument posséder des connaissances adéquates sur le sujet, ce qui cadre avec les stratégies de prévention. On doit par conséquent leur fournir des renseignements sur les options de traitement à leur disposition et les aider à comprendre les risques liés aux opioïdes. Il faut toutefois demeurer sensibles aux personnes qui prennent des opioïdes et éviter de stigmatiser l’utilisation légitime d’opioïdes.

Priorité 6 : Les professionnels autorisés à prescrire des médicaments doivent appuyer l’utilisation des modules et des protocoles éducatifs afin d’optimiser l’accès à des approches non pharmacologiques de gestion de la douleur.

Les organisations qui ont la responsabilité d’améliorer les pratiques de prescription ou qui souhaitent le faire doivent intensifier leurs efforts et promouvoir le renforcement des compétences pour favoriser l’intégration adéquate des approches non pharmacologiques dans la pratique. Elles doivent en outre appuyer la diffusion des ressources et des outils pour aider les professionnels autorisés à délivrer des ordonnances à optimiser les traitements autres que les opioïdes pour la gestion de la douleur.

Section 3 : Prochaines étapes

À la suite de la publication de son rapport final, la Coalition pour une gestion sûre et efficace de la douleur mettra en œuvre une campagne de sensibilisation visant à atteindre les principaux intervenants et décideurs afin d’encourager la mise en place de ces changements déterminants et avantageux sur le plan des coûts dans le secteur canadien des soins de santé.

Nous souhaitons recueillir vos commentaires sur ce rapport et les recommandations visant à transformer la gestion de la douleur au Canada. Pour commenter, partager vos observations ou demander des renseignements supplémentaires, veuillez visiter notre site Web : csepm.ca

Références :

- ¹ Vowles KE, McEntee ML, Julnes PS, Frohe T, Ney JP, van der Goes DN. Rates of opioid misuse, abuse, and addiction in chronic pain: a systematic review and data synthesis. *Pain*. Avril 2015;156(4):569-76.16
- ² Shah A, Hayes CJ, Martin BC. Characteristics of Initial Prescription Episodes and Likelihood of Long-Term Opioid Use — United States, 2006–2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2017;66:265–269. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6610a1>
- ³ Jones CM. Heroin use and heroin use risk behaviors among nonmedical users of prescription opioid pain relievers – United States, 2002-2004 and 2008-2010. *Drug Alcohol Depend*. 2013;132(1-2):95-100.
- ⁴ Kaplovitch E., Gomes T., Camacho X., Dhalla IA, Mamdani MM, Juurlink DN. Sex differences in dose escalation and overdose death during chronic opioid therapy: a population-based cohort study. *PloS one* 2015;10(8):e0134550
- ⁵ <http://www.cbc.ca/news/health/opioid-cma-1.4259178>
- ⁶ Deyo R, Von Korff M, Duhkoop D. Opioids for low back pain. *BMJ*. 2015;350(jan05 10):g6380-g6380. doi:10.1136/bmj.g6380.
- ⁷ Finestone HM, Juurlink DN, Power B, Gomes T, Pimlott N. La prescription d'opioïdes : un substitut au manque de ressources en contrôle de la douleur. *Médecin de famille canadien*. 2016;62(6):465-468.
- ⁸ Foster NE, Anema JR, Cherkin D, Chou R, Cohen SP, Gross DP, Ferreira PH, Fritz JM, Koes BW, Peul W, Turner JA, Maher CG; Lancet Low Back Pain Series Working Group. Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. *Lancet*. 9 juin 2018;391(10137):2368-2383.
- ⁹ Qaseem A, Wilt TJ, McLean RM, Forciea MA, pour le Clinical Guidelines Committee de l'American College of Physicians. Noninvasive Treatments for Acute, Subacute, and Chronic Low Back Pain: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med*. ;166:514–530. doi: 10.7326/M16-2367
- ¹⁰ Société canadienne de psychologie, Rubrique « La psychologie peut vous aider » : La douleur chronique, 2009 (version anglaise révisée en 2015) https://cpa.ca/docs/File/Publications/FactSheets/FS_douleurchronique_FR_janvier2009.pdf
- ¹¹ Bartlett R, Brown L, Shattell M, Wright T, Lewallen L. Harm Reduction: Compassionate Care Of Persons with Addictions. *Medsurg nursing : official journal of the Academy of Medical-Surgical Nurses*. 2013;22(6):349-358.
- ¹² Ball S. Social Media Perpetuates Stigma Surrounding the Opioid Epidemic. 2016. Accessible à l'adresse : <https://www.centeronaddiction.org/the-buzz-blog/social-media-perpetuates-stigma-surrounding-opioid-epidemic>. Consulté le 3 novembre 2017.
- ¹³ Schopflocher D, Taenzer P, Jovey R. The prevalence of chronic pain in Canada. *Pain Research & Management : The Journal of the Canadian Pain Society*. 2011;16(6):445-450.
- ¹⁴ Busse JW, Craigie S, Juurlink DN, Buckley DN, Wang L, Couban RJ, Agoritsas T, Akl EA, Carrasco-Labra A, Cooper L, Cull C, da Costa BR, Frank JW, Grant G, Iorio A, Persaud N, Stern S, Tugwell P, Vandvik PO, Guyatt GH. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *CMAJ*. 8 mai 2017;189(18):E659-E666.
- ¹⁵ Institut canadien d'information sur la santé. « Baisse de la quantité d'opioïdes délivrés au Canada et hausse du nombre d'ordonnances », juin 2018. <https://www.cihi.ca/fr/baisse-de-la-quantite-dopioïdes-delivres-au-canada-et-hausse-du-nombre-dordonnances>

-
- ¹⁶ Howlett K. Prescriptions for painkillers still rising in Canada despite opioid crisis. *The Globe and Mail*. <https://beta.theglobeandmail.com/news/national/prescriptions-for-painkillers-still-rising-in-canada-despite-opioidcrisis/article34431838/?ref=http://www.theglobeandmail.com&>. Publié en 2017. Consulté le 3 novembre 2017.
- ¹⁷ Lehman G. Recovery Strategies – Pain Guidebook.; 2017.
- ¹⁸ 9 millions d'ordonnances – Ce que l'on sait de l'utilisation des opioïdes prescrits par ordonnance en Ontario. 2017. Accessible à l'adresse : <http://opioidprescribing.hqontario.ca/9-millions-ordonnances/>. Consulté le 23 mai 2017.
- ¹⁹ Von Korff M, Kolodny A, Deyo RA, Chou R. Long-term opioid therapy reconsidered. *Annals of Internal Medicine*, 2011. 155(5):325–328. Accessible à l'adresse : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3280085/>
- ²⁰ Brush DE. Complications of Long-Term Opioid Therapy for Management of Chronic Pain: the Paradox of Opioid-Induced Hyperalgesia. *Journal of Medical Toxicology*. (2012) 8:387–392.
- ²¹ Yi P, Pryzbylowski, P. Opioid Induced Hyperalgesia. *Pain Medicine* 2015; 16: S32–S36.
- ²² Vuong C, Van Uum SH, O'Dell LE, Lutfy K, Friedman TC. The effects of opioids and opioid analogs on animal and human endocrine systems. *Endocrinology Review*, févr. 2010.31(1):98-132.
- ²³ Deyo R, Smith D, Johnson E et al. Opioids for Back Pain Patients: Primary Care Prescribing Patterns and Use of Services. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2011;24(6):717-727.
- ²⁴ Ray W, Chung C, Murray K, Hall K, Stein C. Prescription of Long-Acting Opioids and Mortality in Patients With Chronic Noncancer Pain. *JAMA*. 2016;315(22):2415.
- ²⁵ Chou, Roger, Judith A Turner, Emily B Devine, Ryan N Hansen, Sean D Sullivan, Ian Blazina, Tracy Dana, Christina Bougatsos, and Richard A Deyo. "The Effectiveness and Risks of Long-term Opioid Therapy for Chronic Pain: A Systematic Review for a National Institutes of Health Pathways to Prevention Workshop." *Annals of Internal Medicine* 162.4 (2015): 276-86.
- ²⁶ Busse, Jason W. et al. "Guideline For Opioid Therapy and Chronic Noncancer Pain." *Canadian Medical Association Journal* 189. 18 (2017): E659-E666. Web. 5 juillet 2017.
- ²⁷ Noble M, Treadwell JR, Tregear SJ, Coates VH, Wiffen PJ, Akafomo C, Schoelles KM. Long-term opioid management for chronic noncancer pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 20 janv. 2010; (1):CD006605.
- ²⁸ 9 millions d'ordonnances – Ce que l'on sait de l'utilisation des opioïdes prescrits par ordonnance en Ontario. 2017. Accessible à l'adresse : <http://opioidprescribing.hqontario.ca/9-millions-ordonnances/>. Consulté le 23 mai 2017
- ²⁹ Sullivan MD, Howe CQ. Opioid Therapy for Chronic Pain in the US: promises and perils. *Pain*. 2013;154(0 1):S94-100.
- ³⁰ Deyo RA, Smith DH., Johnson ES, et al. Opioids for Back Pain Patients: Primary Care Prescribing Patterns and Use of Services. *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM*. 2011;24(6):10.3122/jabfm.2011.06.100232. doi:10.3122/jabfm.2011.06.100232.
- ³¹ McCabe SE, West BT, Boyd CJ. Leftover prescription opioids and nonmedical use among high school seniors: a multi-cohort national study. *J Adolesc Health*. Avr. 2013;52(4):480-5.
- ³² Kirpalani, Dhiruj. "How To Maximize Patient Safety When Prescribing Opioids". *PM&R* 7. 11 (2015): S225-S235.
- ³³ Busse J, Mahmood H, Maqbool B et al. Characteristics of patients receiving long-term opioid therapy for chronic noncancer pain: a cross-sectional survey of patients attending the Pain Management Centre at Hamilton General Hospital, Hamilton, Ontario. *CMAJ Open*. 2015;3(3):E324-E330. doi:10.9778/cmajo.20140126.
- ³⁴ Deyo RA, Smith DH, Johnson ES, Donovan M, Tillotson CJ, Yang X, Petrik AF, Dobscha SK. Opioids for back pain patients: primary care prescribing patterns and use of services. *J Am Board Fam Med*. Nov.-déc. 2011;24(6):717-27.
- ³⁵ Bhamb B, Brown D, Hariharan J, Anderson J, Balousek S, Fleming MF. Survey of select practice behaviors by primary care physicians on the use of opioids for chronic pain. *Current medical research and opinion*. 2006;22(9):1859-1865.
- ³⁶ Bhamb B, Brown D, Hariharan J, Anderson J, Balousek S, Fleming MF. Survey of select practice behaviors by primary care physicians on the use of opioids for chronic pain. *Current medical research and opinion*. 2006;22(9):1859-1865.
- ³⁷ Pappa A. Prescribing And Dispensing Opioids In The Emergency Department. 1st ed. Emergency Medicine Patient Safety Foundation; 2013. Accessible à l'adresse :

<http://www.premiersafetyinstitute.org/wp-content/uploads/Prescribing-Dispensing-Opioids-ER-Hallam-Final.pdf>. Consulté le 17 mai 2017.

³⁸ Pletcher M, Kertesz S, Kohn M, Gonzales R. Trends in Opioid Prescribing by Race/Ethnicity for Patients Seeking Care in US Emergency Departments. *JAMA*. 2008;299(1).

³⁹ Mazer-Amirshahi M, Mullins P, Rasooly I, van den Anker J, Pines J. Rising Opioid Prescribing in Adult U.S. Emergency Department Visits: 2001-2010. *Academic Emergency Medicine*. 2014;21(3):236-243.

⁴⁰ Furlan A, Williamson O. New Canadian guidance on opioid use for chronic pain: necessary but not sufficient. *Canadian Medical Association Journal*. 2017;189(18):E650-E651. doi:10.1503/cmaj.170431.

⁴¹ Busse JW, Craigie S, Juurlink DN, Buckley DN, Wang L, Couban RJ, Agoritsas T, Akl EA, Carrasco-Labra A, Cooper L, Cull C, da Costa BR, Frank JW, Grant G, Iorio A, Persaud N, Stern S, Tugwell P, Vandvik PO, Guyatt GH. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. *CMAJ*. 8 mai 2017;189(18):E659-E666.

⁴² <https://www.theguardian.com/society/2017/sep/15/opioid-epidemic-america-drugs-fda>

⁴³ Peng P, Choiniere M, Dion D, Intrater H, Lefort S, Lynch M, Ong M, Rashedi S, Tkachuk G, Veillette Y; STOPPAIN Investigators Group. Challenges in accessing multidisciplinary pain treatment facilities in Canada. *Can J Anaesth*. Déc. 2007;54(12):977-84.

⁴⁴ Safo A, Holder S. Low back pain and physical function among different ethnicities. San Antonio: UT Health Science Centre, 2017.