

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

Réduire le rôle des opioïdes dans la gestion de la douleur

Novembre 2017

Préface

Ce rapport provisoire est le fruit d'une collaboration, d'une motivation et d'un engagement importants de la part des membres de la Coalition pour la gestion sûre et efficace de la douleur. Un rapport complet sera publié à la fin de l'hiver 2018. Pour en savoir plus, visitez le site csepm.ca.

Michael Heitshu, président de la Coalition pour la gestion sûre et efficace de la douleur, directeur des Affaires publiques de l'Association chiropratique canadienne



CANADIAN
NURSES
ASSOCIATION



ASSOCIATION DES
INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS DU CANADA

CANADIAN
PSYCHOLOGICAL
ASSOCIATION



SOCIÉTÉ
CANADIENNE
DE PSYCHOLOGIE



Canadian
Physiotherapy
Association

Association
canadienne de
physiothérapie

Association
chiropratique
canadienne



Canadian
Chiropractic
Association



Messages clés

- La Coalition pour la gestion sûre et efficace de la douleur (la Coalition) s'est unie afin de faire entendre une voix forte et de participer à l'élaboration d'une meilleure approche de gestion de la douleur au Canada.
- Chargée de comprendre pourquoi les opioïdes sont prescrits en remontant à la source du problème, la Coalition s'est intéressée à l'aspect préventif de la crise des opioïdes.
- 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 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 utilisateurs d'opioïdes actuels ou futurs.
- Comme il est expliqué dans ce rapport provisoire, une meilleure approche de gestion de la douleur au Canada implique que la gestion de la douleur non pharmacologique soit intégrée aux soins de santé de base, que les patients comme les personnes autorisées à délivrer des ordonnances aient la possibilité de faire des choix sécuritaires en matière de gestion de la douleur, que d'autres approches soient intégrées aux traitements de première ligne et que toutes les personnes vivant au Canada y aient accès en temps opportun.
- Il faut se reporter aux quatre orientations stratégiques et aux six priorités de mise en œuvre pour obtenir plus de détails sur la façon dont nous voyons la transformation de la gestion de la douleur au Canada.
- Ce rapport provisoire sera suivi de la publication d'un rapport complet à l'hiver 2018. Pour en savoir plus ou pour faire des commentaires, visitez notre site Web : csepm.ca.
- Un résumé des recommandations de la Coalition se trouve à l'Annexe A.

Introduction

De nombreux facteurs contribuent à la crise des opioïdes actuelle 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, être interprétées de la même façon dans le contexte canadien. Une recension récente suggère que 8 à 12 % des personnes qui commencent un traitement à base d'opioïdes pour la douleur chronique développent une dépendance¹. 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 ont à l'origine utilisé des analgésiques sur ordonnance³. 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 légitime, il faut nécessairement concentrer « en amont » une partie des efforts visant à réduire l'importance de la crise afin de déterminer pourquoi les traitements aux opioïdes sont prescrits au départ. Les opioïdes sur ordonnance 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 d'autres effets indésirables dus 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 à un prix abordable autres que les analgésiques dans le système de santé canadien contribue 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 a signé la Déclaration canadienne conjointe sur les mesures visant à remédier à la crise des opioïdes. Elle a été formée en février 2017 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 fondée sur des données probantes qui soit collaborative, empathique et axée sur le patient. Un rapport complet sera publié à la suite de ce rapport provisoire, à l'hiver 2018.

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. La Coalition cherche 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.

Les membres de la Coalition, formée en février 2017, sont notamment l'Association canadienne des ergothérapeutes, le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances, l'Association chiropratique canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, la Société canadienne de la douleur, l'Institut canadien pour la sécurité des patients, l'Association canadienne de physiothérapie, la Société canadienne de psychologie, l'Association canadienne d'orthopédie, l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada et les Patients pour la sécurité des patients du Canada. Ce groupe rassemble des experts du système de santé, des associations de professionnels de la santé et des organisations de patients qui jouent un rôle important dans l'orientation des patients ou dans la prestation de traitements physiques et psychologiques autres que les opioïdes dans les milieux de soins primaires. En mars 2017, la Coalition s'est ajoutée aux autres signataires de la Déclaration conjointe sur les mesures visant à remédier à la crise des opioïdes du gouvernement fédéral.

Objectif de la Coalition : réduire le nombre d'ordonnances d'opioïdes en optimisant les approches non pharmacologiques de gestion de la douleur au Canada.

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. Le rôle de la Coalition est d'élaborer des stratégies pour les patients et les praticiens, ainsi qu'une meilleure approche globale de gestion de la douleur, en vue de réduire le nombre de

patients traités pour la première fois aux opioïdes et d'éviter que la crise des opioïdes s'aggrave au Canada. La Coalition s'occupe en particulier de la question de la prévention.

En raison de la complexité et de l'étendue de la crise des opioïdes au Canada, les recommandations de la Coalition doivent répondre à leur principal objectif : la prévention. De nombreux enjeux importants sortent de ce cadre; c'est pourquoi d'autres organisations doivent s'y attaquer. Néanmoins, la prévention est l'aspect du problème qui relève directement de la Coalition.

Les recommandations ne visent pas les patients qui utilisent déjà des opioïdes, ni ceux qui sont atteints d'un cancer ou reçoivent des soins palliatifs. 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 nombreuses autres formes de traitement qui favorisent la santé et le bien-être, 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 de la Coalition est de réduire l'utilisation des opioïdes en tant que traitement de première ligne pour la gestion de la douleur non aiguë et non cancéreuse ainsi que d'éviter 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 et pense 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 la gestion de la douleur dans les milieux de soins primaires contribue à la crise, qui est décrite comme « l'aboutissement de deux décennies de "pharmacothérapie" » de 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 qui réduit 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 voyons maintenant plus clairement comment la crise actuelle a vu le jour. Les opioïdes sont remboursés par tous les régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-médicaments ainsi que par la plupart des régimes d'assurance-maladie complémentaire, ce qui les rend très accessibles. 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 comme la psychologie, la chiropratique, l'ergothérapie et la physiothérapie, et même si elles le savent, elles ont souvent du mal à y accéder. Les traitements de gestion de la douleur offerts par ces professions 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. Ces traitements sont plus efficaces lorsqu'ils sont offerts dans le cadre d'une approche interprofessionnelle de gestion de la douleur centrée sur les besoins du patient.

Les coûts de la crise des opioïdes sont élevés, que ce soit les coûts humains ou les coûts financiers directs et indirects. Les analgésiques eux-mêmes ne sont pas dispendieux, mais les coûts liés aux complications et aux effets secondaires, notamment la dépendance, ont été estimés à environ 800 \$ US par nouvelle ordonnance d'opioïdes dans une étude américaine⁸.

Une meilleure approche de gestion de la douleur peut réduire les coûts énormes engagés par un système dont l'organisation n'est pas adaptée au traitement de la douleur. Elle peut également améliorer l'intégration des traitements non pharmacologiques et l'accès à ces traitements pour les patients du Canada, ce qui permettrait de réduire le besoin en opioïdes.

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

En cherchant des occasions de réduire le nombre de nouveaux utilisateurs d'opioïdes, il est important de reconnaître que les opioïdes ont leur place dans la gestion de la douleur. Les patients qui ont vraiment besoin d'opioïdes doivent pouvoir en obtenir. Les soins empathiques sont un aspect important de tout débat sur la douleur et la dépendance. Tous ceux qui demandent des soins au Canada méritent respect, bienveillance et compréhension.

La stigmatisation est une préoccupation importante 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 de la toxicomanie et de la dépendance. Suivre une approche de réduction des conséquences négatives, respecter les droits des toxicomanes et offrir un environnement de soins non oppressifs peut réduire les risques de la dépendance sur la santé. Traiter les gens avec bienveillance et compassion ne les prémunira pas contre les risques, mais cela pourrait aider beaucoup de personnes en difficulté⁹.

***« 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 Ball¹⁰***

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 chronique¹¹. 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'opioïdes¹², 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 de prescrire ce type d'analgésiques lorsque les patients sont aux prises avec la douleur. Il a été prouvé que les opioïdes apportent des bienfaits pour le soulagement de douleurs soudaines et de courte durée dues à des blessures, comme des brûlures, des plaies et des fractures, ou pour le soulagement des personnes atteintes d'un cancer ou recevant des soins palliatifs. Cependant, malgré une sensibilisation accrue au recours excessif aux opioïdes, leur utilisation continue d'augmenter, tout comme les décès liés aux surdoses. Plus de 19 millions d'ordonnances d'opioïdes ont été exécutées au Canada en 2016, soit un nouveau record¹³. L'augmentation des prescriptions d'opioïdes est allée de pair avec celle du nombre de personnes recevant un traitement contre la dépendance.

La douleur (en particulier la douleur persistante ou chronique) est un problème complexe. La douleur est une expérience pénible liée à des lésions aux tissus existantes ou perçues qui comportent des éléments sensoriels, émotionnels, cognitifs et sociaux¹⁴. 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 a des origines multifactorielles qui ne se limitent pas aux 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 sa douleur. La Coalition se concentre sur une approche améliorée permettant d'aider les patients au Canada à gérer la douleur par l'intégration de traitements autres que les opioïdes et par l'accès à ces traitements.

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

On comprend de mieux en mieux les nombreux risques et conséquences néfastes des opioïdes, y compris la dépendance, 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^{15,16,17,18,19,20,21}. Certaines études indiquent que jusqu'à 26 % des patients prenant des opioïdes deviendront dépendants à ces analgésiques après une première prescription²².

Il existe des risques moins connus liés aux opioïdes en dehors du décès et de la dépendance. L'efficacité de ce type d'analgésiques est limitée sur le plan de l'amélioration de la douleur et des fonctions lorsqu'on la compare à celle d'autres formes de traitement²³. 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 vie²⁴. L'efficacité de ces analgésiques pour le traitement de la douleur chronique au-delà de 12 semaines n'a pas été établie d'une manière fiable²⁵. 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 autres²⁶. 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 mentales²⁷.

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 utilisation²⁸. Les pilules restantes constituent une réserve dont l'utilisation peut être détournée à des fins de vente ou d'utilisation illégale. En raison de la pression croissante exercée sur les médecins pour réduire la quantité d'opioïdes prescrits aux patients ayant développé une dépendance, certaines personnes commencent à chercher de nouvelles sources d'analgésiques, qui sont souvent illégales et dangereuses.

Le soulagement limité de la douleur apporté à court terme par les opioïdes a un prix²⁹. En comparaison, les autres approches de gestion de la douleur offrent des avantages similaires, sans présenter de risques importants. La plupart des gens éprouvent une certaine forme de douleur au cours de leur vie. Il faut prescrire les opioïdes avec circonspection et adopter une approche plus globale de gestion de la douleur afin de s'attaquer aux causes sous-jacentes. Il est sans aucun doute plus sécuritaire de 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.

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 légitime, 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. La multiplication rapide des ordonnances d'opioïdes est associée à une utilisation accrue de ces produits pour des conditions autres que les interventions chirurgicales, les blessures et la douleur cancéreuse, et le recours aux opioïdes peut se faire aux stades aigu, subaigu ou chronique.

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 cervicalgie chronique, la fibromyalgie et les maux de tête chroniques³⁰.

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^{31,32}. 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 fibromyalgie³³.

Les données canadiennes sont limitées, mais la douleur aiguë ou chronique représente près des deux tiers des visites aux urgences aux États-Unis^{34,35}. 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 inchangée³⁶.

« 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^{rs} Andrea Furlan et Owen Williamson³⁷

Il est impératif que des recherches plus poussées soient menées sur les motifs sous-tendant la prescription d'opioïdes et 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'assurances, qui ont un revenu peu élevé ou qui sont en congé d'invalidité. Les opioïdes sont couverts par le régime public, mais les thérapies complémentaires 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 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.

Les membres de la Coalition comprennent les professionnels de la santé de première ligne ayant recours à des solutions de traitement de la douleur non pharmacologiques fondées sur des données probantes qui se penchent sur les principaux motifs expliquant la prescription d'opioïdes dans les environnements de soins de première ligne et 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), une 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.

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 de 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 traiter la douleur cause du tort aux patients et entraîne des conséquences néfastes³⁸. Les opioïdes sont des outils cliniques importants, et ceux qui les prescrivent doivent absolument 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.

La Coalition croit que, pour réduire le recours aux opioïdes, la prévention et la gestion de la douleur doivent être considérées comme des composantes cruciales des soins de santé au Canada et être incluses dans une stratégie exhaustive visant à favoriser l'intégration des traitements non pharmacologiques de la douleur interprofessionnels et fondés sur des données probantes et à en favoriser 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. Par conséquent, si la gestion non pharmacologique de la douleur fait partie intégrante des soins de santé, les professionnels autorisés à prescrire des médicaments pourront facilement offrir des solutions de rechange aux opioïdes et ne se sentiront plus nécessairement obligés de délivrer des ordonnances.

Les changements qui optimisent les traitements non pharmacologiques appuient 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.

Les traitements contre la douleur et la dépendance aux opioïdes coûtent cher et contribuent grandement à alourdir le fardeau financier qui repose sur le système de santé. 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 stratégie 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 aura pour effet de favoriser la collaboration entre patients et cliniciens lors de la prise de décisions.

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 approfondi entre les professionnels de la santé et les patients 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 dans une approche centrée sur le patient, qui vise à faire en sorte que les préférences et les valeurs des patients orientent les décisions cliniques.

Pour que les cliniciens cessent de considérer la douleur comme le « cinquième signe vital » 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. Un recours excessif aux opioïdes peut masquer temporairement la douleur sans

en régler la cause sous-jacente. 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 Walden³⁹**

Les infirmières, 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, ainsi qu'en soutenant le recours à des traitements autres que les opioïdes. Pour ce faire, ils doivent continuellement mettre à jour leurs compétences et leurs connaissances. 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 nouveaux utilisateurs d'opioïdes que si les professionnels de la santé ne ressentent plus autant le besoin d'en prescrire. S'ils ont la possibilité d'offrir des traitements non pharmacologiques à leurs patients qui éprouvent de la douleur, cette pression 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 refléteront 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 en créant des procédures standards pour le traitement de la douleur.

Orientation stratégique 4 : Favoriser l'accès 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 financé par l'État. 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 les formes non pharmacologiques de traitement contre la douleur ne sont pas financées par le système 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 ont des listes d'attente de plus d'un an, et des Canadiens qui résident dans de vastes régions du territoire n'ont pas accès à des soins appropriés⁴⁰. Des méthodes de triage doivent être mises en place pour offrir à ces personnes d'autres options de traitement.

Au Canada, 75 % 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.

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, ultimement, 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 a cerné six priorités pour la mise en œuvre.

Priorité 1 : Chaque province et 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 2 : Campagne de santé publique pour aider les personnes souffrantes à comprendre les risques liés aux opioïdes et 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 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 consommateurs d'opioïdes actuels et éviter de stigmatiser l'utilisation légitime d'opioïdes.

Priorité 3 : Tous les professionnels autorisés à prescrire des médicaments doivent comprendre 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.

Priorité 4 : 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 5 : 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 6 : 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 autres⁴¹. 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.

Section 3 : Prochaines étapes

Le rapport complet de la Coalition est en cours de rédaction et devrait être publié à la fin de l'hiver 2018.

Le Canada doit améliorer son approche de gestion de la douleur pour réduire le nombre de Canadiens qui sont exposés aux opioïdes d'ordonnance. Nous devons remonter à la source du problème et nous pencher sur les raisons qui amènent les professionnels à prescrire des opioïdes, afin d'apporter des changements à notre système de santé et de réduire le nombre d'ordonnances d'opioïdes au Canada en privilégiant une approche de gestion non pharmacologique de la douleur interprofessionnelle fondée sur des données probantes qui soit collaborative, empathique et axée sur le patient.

Annexe A : Recommandations du rapport provisoire

Recommandations du rapport de la Coalition pour la gestion sûre et efficace de la douleur

Énoncés de principes :

- Appuyer une approche interprofessionnelle collaborative, empathique et axée sur le patient en matière de gestion de la douleur
- Appuyer une approche biopsychosociale éprouvée en matière de gestion de la douleur
- Appuyer la mise en œuvre des Recommandations canadiennes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse et d'autres lignes directrices fondées sur des données probantes

Réduire la prévalence de la prescription d'opioïdes en optimisant l'accès à des approches non pharmacologiques de gestion de la douleur au Canada

Orientation stratégique 1 :

Faire de la gestion non pharmacologique de la douleur une partie intégrante des soins de santé essentiels au Canada

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

Orientation stratégique 3 :

Intégrer la gestion non pharmacologique de la douleur dans les milieux de soins primaires

Orientation stratégique 4 :

Favoriser l'accès à des approches non pharmacologiques de gestion de la douleur pour tous les Canadiens

Priorités pour la mise en œuvre

1. Chaque province et territoire élabore une stratégie de prévention pour optimiser les options de traitement possibles avant la première prescription d'opioïdes.
2. Campagne de santé publique pour aider les personnes souffrantes à comprendre les risques liés aux opioïdes et optimiser l'accès à des formes de traitement non pharmacologiques.
3. Tous les professionnels autorisés à prescrire des médicaments doivent comprendre l'utilisation des modules et des protocoles éducatifs afin d'optimiser l'accès à des approches non pharmacologiques de gestion de la douleur.
4. 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.
5. Prioriser les populations marginalisées, vulnérables et à risque pour favoriser un meilleur accès à une gestion interprofessionnelle non pharmacologique de la douleur.
6. Les régimes d'assurance privée offrent une couverture efficace des traitements cliniques interprofessionnels pour la gestion non pharmacologique de la douleur.

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, Duhrkoop 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 Deyo RA, The Role of Spinal Manipulation in the Treatment of Low Back Pain. *JAMA*. 2017 314;14:1418.
- ⁹ 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.
- ¹⁰ 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.
- ¹¹ 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.
- ¹² Busse JW, Craigie S, Juurlink DN, Buckley DN, Wang L, Couban RJ, Agoritsas T, AKI 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.
- ¹³ 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.
- ¹⁴ Lehman G. Recovery Strategies - Pain Guidebook.; 2017.
- ¹⁵ 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
- ¹⁶ 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/>
- ¹⁷ 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.
- ¹⁸ Yi P, Pryzbylowski P. Opioid Induced Hyperalgesia. *Pain Medicine* 2015; 16: S32–S36.
- ¹⁹ 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.
- ²⁰ 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.
- ²¹ 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.
- ²² Doctor J, Menchine M. Tackling the opioid crisis with compassion, new ways to reduce use and treatment. *Brookings*. 2017. Accessible à l'adresse : <https://www.brookings.edu/blog/up->

front/2017/03/20/tackling-the-opioid-crisis-with-compassion-new-ways-to-reduce-use-and-treatment/. Consulté le 20 septembre 2017.

²³ 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.

²⁴ Noble M, Treadwell JR, Tregear SJ, Coates VH, Wiffen PJ, Akafofomo C, Schoelles KM. Long-term opioid management for chronic noncancer pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(1):CD006605.

²⁵ 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

²⁶ Sullivan MD, Howe CQ. Opioid Therapy for Chronic Pain in the US: promises and perils. *Pain*. 2013;154(0 1):S94-100.

²⁷ 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.

²⁸ 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.

²⁹ Kirpalani, Dhiruj. "How To Maximize Patient Safety When Prescribing Opioids". *PM&R* 7. 11 (2015): S225-S235.

³⁰ 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.

³¹ 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.

³² 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.

³³ 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.

³⁴ 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.

³⁵ 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).

³⁶ 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.

³⁷ 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.

³⁸ Busse JW, Craigie S, Juurlink DN, Buckley DN, Wang L, Couban RJ, Agoritsas T, AKI 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.

³⁹ <https://www.theguardian.com/society/2017/sep/15/opioid-epidemic-america-drugs-fda>

⁴⁰ Peng P, Choiniere M, Dion D, Intrater H, Lefort S, Lynch M, Ong M, Rashiq 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.

⁴¹ Safo A, Holder S. Low back pain and physical function among different ethnicities. San Antonio : UT Health Science Centre, 2017.