

Association
chiropratique
canadienne



Canadian
Chiropractic
Association

Une meilleure approche de la gestion de la douleur au Canada

Répondre à la crise des opioïdes au Canada

Novembre 2016

UNE MEILLEURE APPROCHE DE LA GESTION DE LA DOULEUR AU CANADA

SOMMAIRE

Les opioïdes sont rapidement devenus l'un des principaux traitements de première ligne des douleurs chroniques non cancéreuses. Des études ont démontré que les douleurs dorsales et autres troubles musculosquelettiques s'inscrivaient parmi les principales causes de prescription d'opioïdes. En tant que principaux experts du traitement des troubles musculosquelettiques, les chiropraticiens canadiens et l'Association chiropratique canadienne (ACC) sont déterminés à prendre part au plan d'action destiné à réduire la consommation d'opioïdes.

La Conférence nationale sur les opioïdes tenue sous l'égide du ministère fédéral de la Santé a permis au gouvernement, aux professionnels de la santé et autres intéressés de se pencher sur une épidémie souvent silencieuse et souvent négligée : la douleur chronique non cancéreuse. L'enjeu consiste à attirer l'attention sur les traitements alternatifs aux opioïdes pour le traitement de la douleur et d'en assurer l'accès. La première étape d'une stratégie interprofessionnelle de gestion des douleurs au Canada pourrait consister en la mise en œuvre d'orientations probantes afin que les professions prescriptrices dirigent de manière adéquate les patients vers des soins alternatifs comme la chiropratique. Ensemble, nous pouvons soutenir des pratiques progressistes et novatrices qui contribueront non seulement à améliorer l'état de santé de la population, mais également à réduire la surutilisation des opioïdes comme intervention de première ligne.

Enjeux :

La douleur est un problème bien réel, complexe et difficile à traiter. La douleur chronique peut nuire à la capacité d'une personne à maintenir ses activités courantes, sa productivité et ses engagements familiaux. Dans les années 1990, les opioïdes sont rapidement devenus l'une des formes de traitement des douleurs chroniques non cancéreuses, en particulier pour les douleurs dorsales. Ce recours aux opioïdes s'est fait malgré des données probantes limitées sur leur efficacité à traiter efficacement les douleurs musculosquelettiques aiguës et chroniques. Les conséquences imprévues des opioïdes sont de plus en plus évidentes et constituent un problème de santé majeur. Des données démontrent que les risques associés au début de la prescription d'opioïdes pour des douleurs dorsales peuvent être dramatiques : dépendance, morbidité et même décès. Aussi, toute solution devrait viser la réduction de la pression en ce sens pour privilégier des approches alternatives à la gestion des douleurs. Tous les ans au Canada, plus de 2 000 personnes meurent d'une surdose d'opioïdes, ce qui correspond à 50 % de tous les décès liés aux drogues. Les conséquences sont encore plus graves au sein des populations vulnérables et marginalisées en raison de la prévalence plus élevée des douleurs lombaires et de la consommation d'opioïdes au sein de ces groupes.

Des études ont démontré l'efficacité pour traiter les douleurs dorsales d'approches alternatives comme la manipulation vertébrale (MV) prodiguée par les chiropraticiens. Or, les demandes de consultation auprès de professionnels de la santé de proximité sont rarement privilégiées dans le cas de troubles musculosquelettiques. Les soins conservateurs, notamment les thérapies manuelles pour soulager les douleurs dorsales et autres troubles musculosquelettiques, sont généralement prodigués en marge du système de santé public, ce qui rend leur accès difficile à plusieurs, en particulier aux populations

vulnérables et marginalisées. Les professionnels de la santé, notamment les médecins, ont l'impression qu'ils ont peu de choix de traitement ; ils sont aussi moins enclins à diriger leurs patients vers des soins conservateurs en l'absence d'assurances ou d'accès direct.

Solutions :

Pour véritablement s'attaquer aux troubles musculosquelettiques, tous les intéressés doivent mieux comprendre le fardeau que représentent ces problèmes. Il nous faut une stratégie globale interprofessionnelle de gestion des douleurs qui réduit le recours aux opioïdes et la pression exercée sur les professionnels de la santé pour les prescrire. Les approches alternatives probantes devraient être envisagées en premier, surtout à la lumière de l'évolution des guides de pratique clinique et des nouvelles études qui délaissent les opioïdes, en particulier pour le traitement des troubles chroniques. L'augmentation de l'accès et des demandes de consultation à des professionnels de la santé de proximité, notamment les chiropraticiens, et leur intégration au sein d'équipes de soins interprofessionnelles constituent en ce sens une excellente alternative.

Les approches fondées sur des équipes interprofessionnelles dotées d'une diversité de compétences en évaluation et en traitement de la douleur sont de plus en plus reconnues comme des solutions alternatives efficaces. Plusieurs modèles interprofessionnels novateurs font l'objet de programmes pilotes (le projet pilote ontarien de soins primaires de la lombalgie, par exemple) ou sont solidement implantés (la *St. Michael's Hospital Family Health Team* à Toronto, en Ontario, et la *Mount Carmel Clinic* à Winnipeg, au Manitoba). Ces modèles s'avèrent extrêmement prometteurs pour gérer efficacement les douleurs musculosquelettiques aiguës et chroniques et pour réduire la prescription d'opioïdes. Ces modèles se fondent sur l'intégration de professionnels de la santé de proximité et de chiropraticiens qui jouent un rôle central en prodiguant des soins conservateurs. Tous les ans, plus de 4,5 millions de Canadiens et de Canadiennes consultent en chiropratique pour prévenir et traiter des troubles musculosquelettiques. Toutefois, de nombreux autres ne connaissent pas cette option ou n'y ont pas accès. Pourtant, il a été démontré qu'un triage efficace des troubles de dorsalgie et qu'un accès aux soins adéquats réduisent les temps d'attente et les coûts inhérents à des services parfois inutiles, comme l'imagerie diagnostique et la consultation de spécialistes.

Recommandations :

L'ACC est convaincue que pour changer les choses et réduire le recours aux opioïdes, nous devons adopter une approche plus globale de la gestion de la douleur. Nous soutenons qu'une meilleure approche doit tenir compte des pratiques exemplaires et des modèles novateurs, notamment l'accès accru à des formes de soins conservateurs. Nous soutenons également que les thérapies manuelles, dont la chiropratique, devraient être des choix de première ligne pour le traitement de troubles musculosquelettiques au sein d'équipes de santé interprofessionnelles. Une telle approche constitue une alternative sûre, efficace, non effractive, coordonnée et efficiente aux opioïdes. C'est pourquoi nous formulons les recommandations suivantes :

- 1. Collaborer avec les gouvernements et autres décideurs pour promouvoir des pratiques novatrices qui améliorent la prestation de soins primaires alternatifs.**

2. Assurer à tous, mais en particulier aux groupes vulnérables, l'accès à des approches autres que les opioïdes, comme les traitements conservateurs. Ces approches doivent être généralisées et offertes dans le cadre d'équipes de soins interprofessionnelles à tous ceux et celles qui souffrent de troubles musculosquelettiques.
3. En partenariat avec des tiers payeurs, mieux définir la manière d'optimiser les résultats des soins dans le cadre financier actuel.
4. Investir dans la recherche pour mieux comprendre la gravité de la crise des opioïdes et le fardeau associé aux troubles musculosquelettiques, afin de favoriser l'émergence d'approches globales de gestion des douleurs chroniques non cancéreuses.

UNE MEILLEURE APPROCHE DE LA GESTION DE LA DOULEUR CHRONIQUE AU CANADA

INTRODUCTION

Les opioïdes sont rapidement devenus l'un des principaux traitements de première ligne des douleurs chroniques non cancéreuses. Or, on remarque une prise de conscience de plus en plus généralisée des risques associés aux opioïdes et de leur surprescription. De meilleures approches s'imposent pour gérer la douleur chronique au Canada et réduire le recours aux opioïdes comme intervention de première ligne.

Des études ont démontré que les douleurs dorsales et autres troubles musculosquelettiques s'inscrivaient parmi les principales causes de prescription d'opioïdes. En effet, une étude publiée récemment dans le [British Medical Journal](#) révèle que 50 % des ordonnances d'opioïdes aux États-Unis sont liés à des douleurs dorsales.¹

L'Association chiropratique canadienne (ACC)² est convaincue que la solution à la surconsommation d'opioïdes réside dans une meilleure compréhension de ses causes sous-jacentes. Notre approche doit explorer d'autres moyens de traiter les causes des douleurs et favoriser leur intégration accrue dans les soins de santé primaires, afin d'aider les personnes qui souffrent notamment de douleurs chroniques. En tant qu'experts en santé musculosquelettique, les 8 500 chiropraticiens canadiens peuvent jouer un rôle accru dans l'évaluation et le traitement des douleurs et dysfonctions de nature musculosquelettique grâce à des soins sûrs et efficaces.

Les chiropraticiens canadiens sont des experts des douleurs musculosquelettiques qui traitent tous les ans plus de 4,5 millions de Canadiens.

Pour l'ACC, il importe de mettre en place une stratégie globale de gestion des douleurs qui se fonde sur des approches novatrices de soins interprofessionnels dans le cadre des établissements de santé primaires. Cette stratégie pourrait inclure un meilleur accès à des traitements autres : chiropratique, physiothérapie et psychologie, notamment. À la lumière de l'énorme fardeau que représentent la surconsommation d'opioïdes et les troubles musculosquelettiques pour la société, en particulier pour les populations vulnérables et marginalisées, cette stratégie devrait également cibler de manière plus spécifique les besoins des personnes les plus à risque.

Ce document a pour but de favoriser l'élaboration d'une meilleure approche de la gestion des douleurs au Canada. Il souligne :

- La prévalence des troubles musculosquelettiques comme l'une des principales causes de douleurs non cancéreuses.
- Le recours excessif aux opioïdes pour traiter les douleurs chroniques non cancéreuses et les conséquences de ce choix sur les populations vulnérables.
- L'apport que pourrait constituer l'intégration au sein d'équipes interprofessionnelles d'autres formes de soins éprouvées comme la chiropratique pour réduire la dépendance à la pharmacothérapie et améliorer l'état de santé général de la population.
- Les quatre grandes recommandations de l'ACC pour le Plan d'action sur les opioïdes, qui pourraient aider les gouvernements à adopter une approche plus globale de la gestion des douleurs non cancéreuses, en particulier pour les populations canadiennes les plus vulnérables.

LES TROUBLES MUSCULOSQUELETTIQUES PARMIS LES PRINCIPALES CAUSES DE DOULEURS CHRONIQUES

Un Canadien sur cinq souffre de douleurs chroniques non cancéreuses^{3,4}, en particulier de douleurs dorsales. En réalité, le trouble de la dorsalgie chronique au Canada constitue une épidémie silencieuse. Trop souvent, les gens souffrent en silence et disposent de peu de recours. Tous les ans, plus de 11 millions de Canadiens et de Canadiennes souffrent de douleurs dorsales et d'autres troubles musculosquelettiques, dont l'arthrite⁵, un fardeau dont les coûts directs et indirects globaux rivalisent avec ceux des maladies cardiaques.⁶ Par ailleurs, les troubles musculosquelettiques nuisent considérablement à la productivité canadienne et affectent de manière disproportionnée la participation au marché du travail des Canadiens à faible revenu qui exercent des métiers physiquement plus exigeants. À l'échelle de la population, plus de 85 % de la main-d'œuvre souffriront de dorsalgie au moins une fois au cours de leur vie. De plus, il n'est pas rare que les douleurs dorsales reviennent ou deviennent chroniques.⁷ Au Canada, le coût des incapacités liées à ce problème s'élève à 15 milliards \$, un chiffre supérieur à toute autre maladie chronique.⁸ Plus de la moitié de l'absentéisme au travail pour cause de blessure est due à des troubles musculosquelettiques.⁹

Un Canadien sur cinq souffre de douleurs chroniques non cancéreuses, en particulier de douleurs dorsales.

À l'heure actuelle, le Canada est aux prises avec une véritable crise sur le plan de la gestion des douleurs. Cette crise a des conséquences importantes sur les patients et la société dans son ensemble, mais aussi sur le système de santé, y compris sur les prestataires de soins, les administrateurs et les assureurs. L'ACC est d'avis que la gestion des douleurs non cancéreuses, en particulier les douleurs de nature musculosquelettique, est déficiente au Canada, notamment en raison de l'accès limité à des traitements alternatifs.

SURUTILISATION DES OPIOÏDES POUR TRAITER LES DOULEURS CHRONIQUES

Le recours de plus en plus fréquent aux opioïdes comme traitement de première ligne des douleurs chroniques, au premier chef des douleurs dorsales mécaniques, est l'une des principales causes de l'augmentation de la consommation d'opioïdes au Canada.¹⁰ Depuis 1999, les ventes d'opioïdes d'ordonnance ont quadruplé.¹¹ Des données révèlent que la moitié des ordonnances d'opioïdes licites visent à soulager des douleurs dorsales et autres troubles musculosquelettiques.¹² Aux États-Unis, les opioïdes seraient la principale cause de décès involontaire par surdose, dépassant même les décès attribuables à la cocaïne et à l'héroïne combinées (voir les tableaux 1 et 2 ci-dessous).

Tableau 1

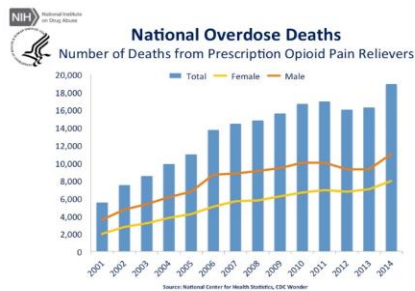
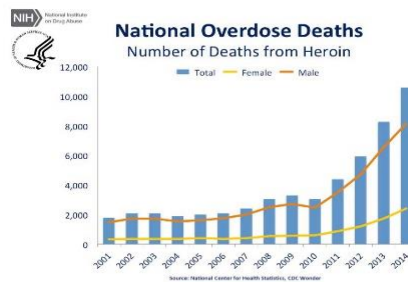


Tableau 2



Au Canada, on évalue à plus de 2 000 par année le nombre de décès liés à la prise d'opioïdes d'ordonnance.¹³ Le taux de décès liés aux opioïdes d'ordonnance a grimpé en flèche depuis l'émergence dans les années 1990 de nouveaux opioïdes, au point qu'ils représenteraient annuellement environ 50 % de tous les décès associés aux drogues.¹⁴

Tous les ans au Canada, environ 50 % des décès liés aux drogues sont attribuables à des opioïdes d'ordonnance.

Là où la situation devient encore plus problématique, c'est que la consommation d'opioïdes est plus élevée au sein des groupes les plus vulnérables et qui sont plus à risque de souffrir de douleurs dorsales : les aînés, les Autochtones et les personnes qui vivent dans la pauvreté. Ces mêmes groupes sont souvent confrontés à des obstacles dans l'accès aux soins, en particulier s'ils sont prodigués par des professionnels de la santé de proximité qui évoluent généralement en dehors du système de santé public.^{15, 16}

Cette montée des opioïdes et de ses conséquences sur les gens et sur la société rend urgente la mise en œuvre de stratégies de gestion de la douleur plus sûres et plus efficaces. Il faut mener davantage d'études pour mieux cerner l'usage adéquat des opioïdes dans le traitement de troubles musculosquelettiques. Or, les données recueillies à ce jour font de plus en plus clairement état de conséquences néfastes et démontrent que le recours à court terme aux opioïdes pour des troubles aigus n'apporte que des bienfaits limités.

LES OBSTACLES À L'ACCÈS À D'AUTRES SOLUTIONS CONTRIBUENT AU RECOURS AUX OPIOÏDES

Le problème de consommation d'opioïdes ne relève pas uniquement de l'usage abusif ou excessif d'un médicament, mais également d'une gestion déficiente des douleurs non cancéreuses qui entraîne la surconsommation. Le Canada affiche le second taux de consommation d'opioïdes au monde, derrière les États-Unis. Or, la plupart des utilisateurs ont commencé à consommer cette substance de manière licite, sur ordonnance.^{17, 18} Trop souvent, les opioïdes sont prescrits comme traitement de première ligne de douleurs dorsales et autres troubles musculosquelettiques.

On note que la plupart des utilisateurs d'opioïdes sur ordonnance qui ont développé une dépendance cherchaient dans ce produit non pas une solution à un problème de toxicomanie, mais un simple moyen de soulager leurs douleurs.¹⁹ Les médecins constatent également qu'ils sont limités dans leurs choix pour gérer efficacement la douleur, l'accès à des traitements alternatifs comme ceux que procurent d'autres professionnels de la santé de proximité étant restreint. Les opioïdes ont un rôle à jouer sur le plan clinique, mais ils ne sont pas la seule solution.

La plupart des utilisateurs d'opioïdes sur ordonnance qui ont développé une dépendance cherchaient dans ce produit non pas une solution à un problème de toxicomanie, mais un simple moyen de soulager leurs douleurs.

Les obstacles à l'accès à d'autres formes de traitement comme la chiropratique peuvent être multiples. Souvent, les médecins ne dirigent pas leurs patients vers d'autres professionnels de la santé tout simplement parce qu'ils ne veulent pas imposer un fardeau financier à des patients qui ne bénéficient peut-être pas d'une assurance maladie complémentaire dans le cadre de leur emploi. De plus, les patients peuvent rechercher dans la pharmacothérapie un soulagement immédiat de leurs douleurs, sans savoir qu'il existe d'autres formes de traitement. Il est vrai, cependant, que sans assurance complémentaire, l'accès à des services de santé complémentaires peut constituer un défi et comporter des délais importants.

DES SOLUTIONS POUR S'ATTAQUER AUX CAUSES DES DOULEURS DORSALES

Certaines provinces, notamment l'Ontario, ont déjà pris des mesures pour éliminer une partie de ces obstacles, dont l'accès. Ainsi, sa *Stratégie ontarienne d'excellence des soins pour tous*, qui découle de la *Loi sur l'excellence des soins pour tous* (2010), a identifié des priorités clés, assorties du financement nécessaire, pour faire en sorte que les professions de la santé complémentaires comme la chiropratique soient intégrées dans les équipes de soins de santé pour répondre de façon spécifique aux besoins des plus vulnérables. Aux États-Unis, l'*Affordable Care Act*, une loi sur les soins abordables, a été adoptée en 2010 pour favoriser un accès adéquat, juste et équitable aux soins de santé, y compris à des services de réadaptation. L'*Affordable Care Act* rembourse jusqu'à 30 consultations par année en physiothérapie, ergothérapie ou chiropratique. Même si le modèle américain comporte des restrictions, l'accès universel à des services de réadaptation pourrait servir d'exemple au Canada. En effet, des études^{20, 21} ont démontré le rôle que peuvent jouer les équipes interprofessionnelles dotées d'un large éventail de compétences en évaluation et en traitement pour mieux répondre aux besoins des Canadiens qui souffrent de douleurs liées entre autres à des troubles musculosquelettiques.

Bien qu'il y ait consensus sur l'importance de prioriser des traitements de première ligne autres que les opioïdes pour les douleurs non cancéreuses chroniques, le principal enjeu pour les personnes souffrantes réside dans une plus grande connaissance et une meilleure intégration de ces solutions alternatives. En général, les services non effrectifs éprouvés pour traiter les douleurs musculosquelettiques sont prodigués en dehors du système de santé public. Toutefois, environ 60 % de la population canadienne ont accès à une assurance maladie complémentaire dans le cadre de leur emploi. Dès lors, un processus de triage simplifié et adéquat pourrait optimiser le recours à ces avantages complémentaires et, de ce fait, s'avérer une solution clé au grave problème des opioïdes.²²

Un meilleur accès à des soins de proximité adéquats favoriserait également une diminution considérable des délais dans l'obtention d'une imagerie diagnostique et d'une consultation avec un spécialiste, qui s'avèrent souvent non indiquées.²³ Les guides de pratique clinique recommandent de diriger les patients qui souffrent de douleurs dorsales d'abord vers des thérapies d'essai, qui incluent des approches conservatrices²⁴ tels que les thérapies manuelles prodiguées par les chiropraticiens. En Ontario, par exemple, le modèle d'évaluation rapide des *Interprofessional Spine Assessment and Education Clinics* (ISAEC) a permis de réduire les délais d'attente et d'améliorer l'accès à des conseils aux patients souffrant de douleurs lombaires aiguës et chroniques. Ces résultats ont été obtenus par le recours à des chiropraticiens et à des physiothérapeutes en pratique avancée.

Les chiropraticiens qui exercent au sein des ISAEC et de modèles similaires mettent déjà leurs compétences au service d'un nombre croissant de programmes de pointe axés sur la gestion des douleurs. Les chiropraticiens possèdent la formation nécessaire pour remplir ce rôle de manière exemplaire : au moins sept années d'études postsecondaires, dont quatre ou cinq en chiropratique, et plus de mille heures de formation théorique et clinique. Les chiropraticiens possèdent les connaissances et les compétences pour évaluer et diagnostiquer les causes sous-jacentes des douleurs musculoquelettiques. Ils ont également l'expertise pour élaborer un plan de traitement éprouvé pour soulager les douleurs et améliorer les fonctions, ainsi que pour diriger les patients vers d'autres professionnels au besoin.

PLAIDOYER EN FAVEUR DES SOINS CONSERVATEURS²⁵ – LE RÔLE DE LA CHIROPATIQUE

*« ... si l'on tient compte à la fois de l'efficacité et des coûts, le traitement chiropratique de la lombalgie et de la cervicalgie est extrêmement efficient par rapport aux soins médicaux... »*²⁶

Il existe de meilleures approches que les opioïdes pour traiter les douleurs musculosquelettiques chroniques, notamment des approches conservatrices comme celles que pratiquent les chiropraticiens et d'autres professionnels de la santé. Ce constat, en plus de faire consensus, a été démontré scientifiquement. L'enjeu consiste à rendre ces soins conservateurs plus accessibles à ceux et celles qui souffrent en favorisant une meilleure orientation des patients entre les milieux de soins primaires et les professionnels de proximité.

Comme nous l'avons indiqué, les chiropraticiens sont formés pour évaluer et traiter un large éventail de troubles musculosquelettiques. Ils utilisent généralement des thérapies manuelles, la manipulation vertébrale par exemple, pour aider à soulager la douleur et à améliorer la mobilité. L'efficacité de la manipulation vertébrale (MV) a d'ailleurs été démontrée dans des cas de lombalgie aiguë, subaiguë et

chronique.^{27,28} De manière plus spécifique, les études attestent que le traitement de la lombalgie par manipulation vertébrale est statistiquement efficace sur le plan du soulagement des douleurs et de l'amélioration des fonctions.²⁹ Selon les données, la prescription d'opioïdes pourrait en fait retarder le retour au travail des employés blessés et procurer des bienfaits limités sur le plan des fonctions.³⁰ De nombreux guides de pratique clinique, notamment ceux du *U.S. Department of Veterans Affairs*, du groupe de travail de la Décennie des os et des articulations, de l'*American College of Physicians*, de l'*American Pain Society* et du *Britain's National Institute of Health and Care Excellence*, recommandent également la manipulation vertébrale comme intervention primaire pour les douleurs lombaires. La revue spécialisée *Spine* rapporte que des traitements éprouvés comme la manipulation vertébrale dans des cas de lombalgie mécanique aiguë ont permis « une amélioration nettement supérieure » sur le plan des fonctions.³¹

La manipulation est souvent complétée par d'autres thérapies et techniques manuelles, de même que par des approches de réadaptation et des exercices. En fait, la manipulation vertébrale combinée à des exercices de musculation a des effets comparables à la prescription d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et d'exercices pour le soulagement des douleurs, tant à court terme qu'à long terme.³² Une étude révèle que l'exercice conjugué à la manipulation peut accélérer le rétablissement et améliorer les résultats tout en réduisant les risques de récurrence de la blessure.³³

Par ailleurs, on a démontré que l'ajout d'une thérapie manuelle comme la manipulation vertébrale au traitement médical courant constitue une approche clinique éprouvée, durable et non effractive pour le traitement de douleurs et de dysfonctions de nature musculosquelettique.³⁴ Ainsi, dans le cadre d'une étude préliminaire, la clinique publique Mount Carmel à Winnipeg, au Manitoba, a démontré que la principale source de demandes de consultation en chiropratique s'avérait les médecins de la clinique. Ces demandes de consultation portaient sur un éventail de troubles musculosquelettiques, dont le principal était la douleur dorsale. Parmi les patients traités par le chiropraticien de la clinique, on a constaté une diminution clinique importante des douleurs musculosquelettiques.³⁵

LES CHIROPRACTIENS RENFORCENT LES ÉQUIPES INTERPROFESSIONNELLES DE GESTION DE LA DOULEUR

« Il nous faut un changement de culture qui place le patient au cœur d'un modèle de soins autonomes et dirigés multidisciplinaire, intégré et personnalisé qui repose sur des traitements éprouvés qui soulagent les douleurs et améliorent les fonctions. »³⁶

La douleur est un problème très complexe qui peut se révéler extrêmement difficile à traiter. Pour les personnes souffrantes, la douleur est bien réelle et peut avoir des effets dévastateurs sur leur vie. Or, toutes ne réagissent pas de la même façon à un même traitement. La capacité pour le patient de prendre en main ses soins avec l'équipe de santé de son choix contribue grandement à son rétablissement. Pour ce faire, on doit favoriser la collaboration entre professionnels de la santé, afin d'assurer un accès rapide aux bons soins, au bon moment.

Pour endiguer la crise des opioïdes, il faut une meilleure compréhension de ses causes et une réévaluation du rôle que peuvent jouer tous les professionnels de la santé pour répondre adéquatement aux besoins des patients. L'intégration des professionnels de la santé complémentaire, notamment des

chiropraticiens, pourrait assurer de meilleurs soins, centrés sur le patient. L'évolution des soins de santé doit aller de pair avec l'évolution des besoins de la population. Or, les professionnels qui, au sein d'équipes de santé intégrées, peuvent mettre à profit l'ensemble de leur champ de compétences sont mieux à même de répondre à ces besoins. Dans le cas des troubles musculosquelettiques, la solution consiste à privilégier les traitements conservateurs non effractifs plutôt que la prescription d'opioïdes et d'autres médicaments pour soulager les douleurs chroniques. Les *U.S. Centers for Disease Control and Prevention* recommandent d'ailleurs un accès à des approches alternatives³⁷ qui s'inscrivent dans la collaboration interprofessionnelle. De fait, un programme pilote ontarien a confirmé que l'intégration de chiropraticiens dans les soins interprofessionnels réduisait le recours à la pharmacothérapie et améliorait l'état de santé global des patients. L'étude, réalisée en 2010 pour le compte du ministère ontarien de la Santé, a conclu que l'inclusion de la chiropratique à une équipe de soins avait permis de réduire l'utilisation de narcotiques de 57 %.³⁸

Tous les ans, des millions de Canadiens et de Canadiennes consultent en chiropratique pour traiter ou prévenir des troubles musculosquelettiques. Rappelons que la chiropratique est une profession régie par les lois provinciales et des organismes d'attribution du droit d'exercice. L'organisme de réglementation provincial, ou l'ordre professionnel, est responsable de l'attribution du droit d'exercice sur son territoire, de l'adoption de normes de pratique et de la protection du public. De façon générale, les chiropraticiens empruntent un processus méthodologique, appelé « parcours des soins ». Ce parcours, actuellement considéré comme une pratique exemplaire, oriente le processus de la consultation initiale, ainsi que des consultations subséquentes et de réévaluation. Vous trouverez davantage d'information sur ce sujet à l'Annexe 1.

Les chiropraticiens jouent souvent un rôle de prestataires de soins primaires. À ce titre, ils évaluent, diagnostiquent et traitent les troubles musculosquelettiques de manière conservatrice au moyen de thérapies manuelles non effractives et non pharmacologiques (manipulation et mobilisation articulaire, thérapie des tissus mous et autres approches complétées par des programmes d'exercice et de réadaptation, par exemple). Bien que d'autres professionnels de la santé soient également formés à la manipulation vertébrale, il s'agit de l'un des domaines d'expertise clinique des chiropraticiens, dont la formation est axée sur les approches manuelles qui ciblent tout particulièrement la colonne vertébrale.

Au Canada, les réticences actuelles à assurer une meilleure coordination entre le secteur public et les services de proximité entravent considérablement l'accès juste et équitable à tous, en particulier aux groupes vulnérables, aux services qui répondent à leurs besoins. Heureusement, quelques programmes, fondés sur des structures organisationnelles propices aux soins collaboratifs, ont été mis en place au Canada. Vous trouverez ci-dessous trois exemples de modèles de soins efficaces qui ont intégré des chiropraticiens aux équipes de soins pour aider à gérer les douleurs de nature musculosquelettique :

Exemple 1 : Faciliter le triage

En Ontario, deux programmes pilotes de traitement de la lombalgie, financés par le gouvernement de la province, ont fait appel à des chiropraticiens et à des physiothérapeutes en pratique avancée pour aider au triage et au traitement des patients qui présentent des douleurs lombaires aiguës et chroniques. Le premier, l'[*Inter-professional Spine Assessment and Education Clinics \(ISAEC\)*](#)³⁹, a démontré que le recours à des chiropraticiens pour l'évaluation et le cotraitement de la lombalgie avait contribué à

réduire les imageries diagnostiques et les consultations de spécialistes, et les coûts qu'elles entraînent.⁴⁰ Autre programme toujours en cours : le projet pilote de soins primaires de la lombalgie. Ce programme vise à démontrer les avantages d'une approche interprofessionnelle du traitement des troubles musculosquelettiques qui intègre dans les équipes de soins des chiropraticiens et des physiothérapeutes. Les résultats empiriques démontrent une diminution du recours à l'imagerie, aux spécialistes et aux opioïdes, de même qu'une amélioration des fonctions et de la mobilité des patients.

Exemple 2 : Intégration dans une équipe de santé familiale

En 2012, le Conseil de la fédération a désigné le modèle de soins intégrés de la *St. Michael's Hospital Family Health Team* à Toronto parmi les [quatre centres d'excellence](#)⁴¹. Ce modèle d'équipe réunit neuf groupes de professionnels de la santé, notamment des médecins, des infirmières praticiennes, des infirmières et des chiropraticiens. Depuis la création du programme, la liste d'attente pour une évaluation musculosquelettique n'a cessé de s'allonger de manière exponentielle en raison de son efficacité à traiter les douleurs chroniques. Les troubles musculosquelettiques font maintenant partie du processus de soins primaires et sont rapidement dirigés vers des internes en chiropratique qui travaillent sous la supervision de cliniciens. Le programme continue de répondre aussi efficacement aux besoins des patients et de l'ensemble de la collectivité.

La simplification du triage et l'intégration de chiropraticiens et d'autres professionnels de proximité dans les équipes de soins primaires favorisent l'accès rapide aux soins, la diminution du recours aux opioïdes et l'amélioration de l'état de santé général des patients.

Exemple 3 : Répondre aux besoins des groupes vulnérables

En 2011, le Manitoba a lancé un programme pilote pour permettre à la *Mount Carmel Clinic*, une clinique qui dessert un quartier défavorisé de Winnipeg, d'assurer l'accès public aux soins chiropratiques. Les services sont maintenant entièrement intégrés et financés par la province. Les résultats préliminaires du programme font état d'une baisse considérable des douleurs musculosquelettiques et d'une amélioration importante des fonctions des patients dirigés vers les services chiropratiques.⁴² L'intégration de la chiropratique en milieu hospitalier⁴³ et au sein d'équipes de santé au service des militaires et des anciens combattants⁴⁴ a permis d'obtenir des résultats similaires. Un triage efficace qui permet de s'éloigner des services coûteux et inutiles s'est révélé efficient et viable.

Ce ne sont là que trois exemples du rôle que les chiropraticiens peuvent jouer au sein de modèles et de programmes interprofessionnels de soins musculosquelettiques au Canada.

PARTENARIAT STRATÉGIQUE AVEC DES TIERS PAYEURS ET LE SECTEUR PRIVÉ

Bien qu'une grande partie des services médicaux soient financés par l'État, environ 30 % des services de santé font l'objet d'un financement privé par le biais d'assurances privées ou de déboursés directs.⁴⁵ On estime que 60 % des Canadiens bénéficient d'une assurance maladie complémentaire dans le cadre de leur emploi, qui permet à bon nombre d'entre eux de se prévaloir de services optométriques, dentaires, pharmaceutiques et paramédicaux.⁴⁶ En donnant ainsi à des millions de personnes l'accès à des services

de santé, l'industrie de l'assurance et les tiers payeurs jouent un rôle clé dans les politiques en matière de santé. C'est pourquoi les gouvernements, les décideurs et les consommateurs canadiens se tournent de plus en plus vers le secteur de l'assurance pour proposer des solutions qui amélioreront l'accès aux soins afin d'assurer la productivité et la prospérité économique. Malheureusement, les conséquences des maladies chroniques continuent de mettre en péril la viabilité du secteur public comme du secteur privé, notamment en raison de la hausse du coût des médicaments d'ordonnance. Il est clair qu'un partage de la responsabilité entre le public et le privé est nécessaire au Canada pour assurer un accès viable et à long terme à des services de santé adéquats.

Les tiers payeurs ont le potentiel de devenir des joueurs clés en soutenant des pratiques novatrices qui amélioreraient l'accès aux services de proximité. À cet égard, le Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé⁴⁷ recommande de combler le fossé qui sépare les secteurs public et privé, afin de favoriser une meilleure intégration des professionnels de la santé de proximité. Cette évolution devrait nous éloigner de l'approche axée sur la prestation

Les tiers payeurs ont le potentiel de devenir des joueurs clés en soutenant des pratiques novatrices qui amélioreraient l'accès aux services locaux.

de services pour nous rapprocher d'une approche axée sur les besoins, ce qui permettrait d'obtenir de meilleurs résultats à moindre coût. À l'heure actuelle, les Canadiens qui bénéficient d'une protection complémentaire ont souvent un meilleur accès, plus rapide, aux bons soins prodigués par le bon professionnel. Les partenaires du secteur privé et les partenariats stratégiques font partie de la solution pour créer des ponts entre les établissements de soins primaires et les services de proximité. Un tel partenariat stratégique contribuerait à améliorer les résultats, l'efficacité et l'efficience de notre système. Il serait dans l'intérêt de tous, population, gouvernements et partenaires privés, de travailler de concert dans le but de mettre en place des approches multidisciplinaires pour la gestion de problèmes tels que les douleurs dorsales. En effet, en plus d'être la première cause d'usage des opioïdes, ces douleurs constituent la principale cause d'invalidités à l'échelle mondiale.⁴⁸ L'augmentation de l'accès et des demandes de consultation pour des soins conservateurs pourrait contribuer à réduire le recours aux opioïdes et la pression qu'exerce sur les employeurs et le système de santé la hausse constante des coûts des pharmacothérapies.

UNE MEILLEURE APPROCHE DE LA GESTION DES DOULEURS – NOS RECOMMANDATIONS

Nous pouvons faire mieux dans la gestion des douleurs, à commencer par délaisser les opioïdes et autres pharmacothérapies hautement toxicomano-gènes comme traitement de première ligne, pour privilégier l'accès à d'autres approches plus indiquées pour le traitement des douleurs. La gestion adéquate de la douleur doit devenir une priorité. Le *CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain 2016* insiste fortement sur le recours à des thérapies non pharmacologiques pour le traitement des douleurs chroniques. De même, la *U.S. National Pain Strategy* reconnaît spécifiquement l'avantage de la chiropratique dans la gestion de la douleur.⁴⁹

Il nous faut adopter une approche fondée sur une meilleure compréhension des raisons pour lesquelles on prescrit des opioïdes dans le cas de douleurs non cancéreuses, une approche qui tient compte des pratiques exemplaires et qui favorise un accès accru à des soins conservateurs, notamment à ceux qui sont généralement prodigués en marge du système de santé public. Il a clairement été démontré que les thérapies manuelles, dont la chiropratique, devraient être des choix de première ligne pour le

traitement de troubles musculosquelettiques comme les douleurs dorsales aiguës et chroniques. Pour la population canadienne, le traitement chiropratique dispensé dans le cadre d'une équipe de soins interprofessionnelle constitue une alternative sûre, efficace, non effractive, coordonnée et efficiente aux opioïdes.

L'ACC présente ici quatre recommandations clés qui, à notre avis, contribueraient grandement à réduire le recours aux opioïdes et à optimiser la gestion des douleurs musculosquelettiques au Canada. Ces recommandations visent également à améliorer l'état de santé général des plus vulnérables comme de l'ensemble de la population.

1. Collaborer avec les gouvernements et autres décideurs pour promouvoir des pratiques novatrices qui améliorent la prestation de soins primaires alternatifs.

L'ACC a déjà commencé à s'associer à d'autres groupes intéressés pour mettre en œuvre une approche plus globale de la gestion des troubles musculosquelettiques. Son objectif premier est de promouvoir des orientations probantes afin que les professions prescriptrices dirigent de manière adéquate les patients vers des soins chiropratiques. La chiropratique constitue une alternative de choix aux opioïdes pour le traitement de douleurs dorsales et de nombreux autres troubles musculosquelettiques. L'ACC est convaincue qu'une approche plus large est nécessaire et que les pratiques novatrices passent par une plus grande collaboration et des partenariats avec les gouvernements, les décideurs, les assureurs, les équipes de soins primaires, les organismes de réglementation, les associations professionnelles, les patients et toute autre partie intéressée. Cette approche est essentielle à une meilleure compréhension du rôle des prestataires de santé de proximité, notamment les chiropraticiens, pour assurer des soins centrés sur le patient et une gestion globale de la douleur.

2. Assurer à tous, mais en particulier aux groupes vulnérables, l'accès à des approches autres que les opioïdes, comme les traitements conservateurs. Ces approches doivent être généralisées et offertes dans le cadre d'équipes de soins interprofessionnelles à tous ceux et celles qui souffrent de troubles musculosquelettiques.

Les données scientifiques démontrent clairement les avantages majeurs d'une véritable intégration des approches alternatives pour la réduction du fardeau que représentent les douleurs musculosquelettiques chroniques et le recours aux opioïdes. L'ACC recommande l'élargissement des modèles actuels et l'exploration de nouveaux modèles, en particulier pour les populations les plus vulnérables. Ces modèles doivent inclure des options de soins conservateurs prodigués par des praticiens au sein des collectivités, notamment des chiropraticiens, pour faire en sorte que les patients reçoivent les bons soins, au bon moment, prodigués par le bon professionnel. Par ailleurs, il importe de poursuivre des études et évaluations des modèles actuels et nouveaux, afin de promouvoir les pratiques exemplaires, de partager les connaissances et de favoriser la multiplication des modèles qui s'avèrent efficaces.

3. En partenariat avec des tiers payeurs, mieux définir la manière d’optimiser les résultats des soins dans le cadre financier actuel.

En raison du fardeau que représentent les maladies chroniques et de leurs conséquences pour la viabilité des secteurs public et privé, il est crucial que tous les intéressés – assureurs, professionnels de la santé, associations, gouvernements et autres décideurs – travaillent ensemble pour trouver des solutions qui améliorent l’accès aux soins tout en s’inscrivant dans le cadre financier actuel.

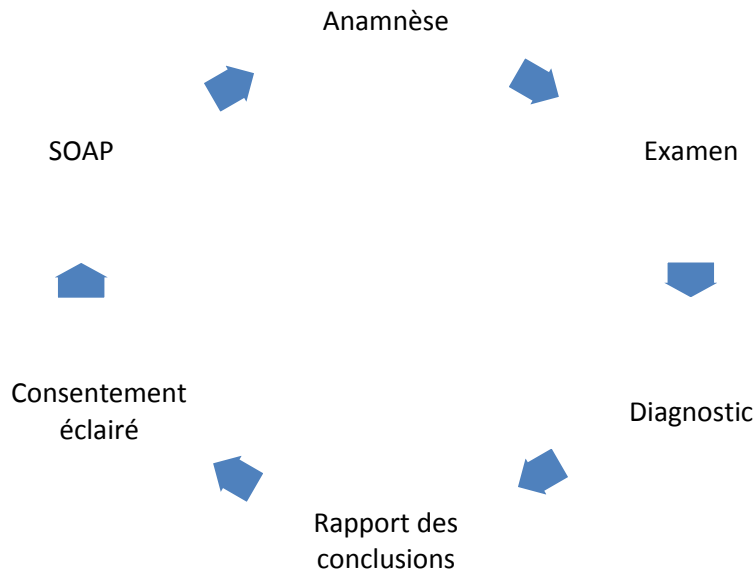
4. Investir dans la recherche pour mieux comprendre la gravité de la crise des opioïdes et le fardeau associé aux troubles musculosquelettiques, afin de favoriser l’émergence d’approches globales de gestion des douleurs chroniques non cancéreuses.

Pour mieux cerner les conséquences de la crise des opioïdes, il est essentiel que les gouvernements, les tiers payeurs privés et autres investissent dans la recherche. La recherche doit contribuer à pousser plus loin les données probantes et les connaissances actuelles afin de prendre la pleine mesure de l’immense fardeau que constituent les troubles musculosquelettiques de manière générale (pour la population et le système), et plus spécifiquement pour les populations vulnérables. Des études doivent aussi être menées pour soutenir l’adoption d’approches globales de la gestion des douleurs non cancéreuses. Les résultats de toutes ces recherches devraient faire l’objet d’une large diffusion, y compris au sein de la population.

L’ACC travaille en partenariat avec d’autres groupes pour définir une meilleure approche de la gestion des troubles musculosquelettiques, à commencer par une collaboration avec les autres professionnels de la santé, afin de favoriser les demandes de consultation. Une meilleure compréhension du rôle des prestataires de la santé de proximité constitue une étape importante vers l’amélioration du rendement du système de santé. Toutefois, pour que ce travail soit pertinent, il faut avant tout reconnaître l’importance considérable des troubles musculosquelettiques dans la surconsommation actuelle d’opioïdes. Le Canada aurait avantage à adopter une meilleure approche de la gestion des douleurs chroniques non cancéreuses qui inclut l’intégration d’autres formes de soins, notamment la chiropratique, comme traitement de première ligne.

ANNEXE 1

Parcours des soins chiropratiques



Anamnèse – Analyse détaillée des problèmes de santé actuels et passés du patient : symptômes et détails de la blessure, médicaments actuellement consommés, traitements en cours, interventions chirurgicales subies et antécédents de santé familiaux.

Examen – Examen fondé sur l’information fournie par le patient.

Diagnostic – Diagnostic, notamment différentiel, fondé sur l’anamnèse et les conclusions de l’examen.

Rapport des conclusions – Rapport des conclusions au patient qui comprend le plan de traitement et les recommandations au patient. Il explique le diagnostic, le traitement recommandé, les risques et avantages de ce traitement et des formes de traitement autres. Le diagnostic différentiel devrait également être abordé. Cette discussion fait partie du processus de consentement éclairé. Le contenu de ce rapport doit s’appuyer sur l’anamnèse, l’examen, le diagnostic et le diagnostic différentiel.

Consentement éclairé – Le rapport des conclusions (étape précédente) englobe la partie orale du processus de consentement éclairé : discussion sur les risques et les avantages du traitement proposé au patient, solutions de rechange. À cette étape, le contenu des échanges est résumé dans un formulaire de consentement éclairé. Si le patient accepte les risques du traitement, il signe le formulaire sur lequel le praticien appose également sa signature à titre de témoin.

SOAP – Sommaire du traitement prodigué au patient et de sa réaction au traitement : S (symptômes subjectifs le jour du traitement), O (observations objectives du clinicien le jour du traitement), A (actions

ou mesures posées le jour du traitement, traitement et conseils) et P (plan pour la poursuite du traitement). Les notes SOAP doivent démontrer que le traitement prodigué s'inscrit dans les objectifs définis dans le plan de traitement. Si l'état du patient ne s'améliore pas, c'est le signe que le praticien doit retourner à la case départ et revoir l'anamnèse, l'examen et le diagnostic. Il faut peut-être modifier le traitement, procéder à des examens complémentaires ou réviser le diagnostic et le plan de traitement. Si une nouvelle forme de traitement est envisagée, il faut reprendre avec le patient le processus de consentement éclairé.

Références :

- ¹ Deyo R, Von Korff M, Duhkoop D. Opioids for low back pain. *BMJ*. 2015; 350: g6380.
- ² The Canadian Chiropractic Association is a national, voluntary association representing Canada's 8,500 licensed/registered doctors of chiropractic. The CCA advocates on behalf of members and their patients to advance the quality and accessibility of chiropractic care in Canada and to improve the effectiveness and efficiency of the healthcare system.
- ³ Schopflocher D, Taenzer P, Jovey R. The prevalence of chronic pain in Canada. *Pain Res Manag*. 2011; 16: 445-50.
- ⁴ Moulin D, Clark AJ, Speechly M, Morley-Forster P. Chronic pain in Canada, prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Res Manage*. 2002; 7: 179-84.
- ⁵ Building a Collective Policy Agenda for Musculoskeletal Health and Mobility; Canadian Orthopaedic Care Strategy Group backgrounder report. 2010.
- ⁶ Desjardins, D. Le fardeau de la maladie lié aux troubles musculosquelettiques au Canada. Prévention de l'incapacité au travail : un symposium pour favoriser l'action concertée. *Journées annuelles de la santé publique*. 2006.
- ⁷ Andersson G. The epidemiology of spinal disorders. In: Frymoyer JW, ed. *The adult spine: principles and practice*, 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997: 93-141.
- ⁸ Mirolla M. The Cost of Chronic Disease in Canada. 2004. Accessed from <http://www.gpiatlantic.org/pdf/health/chroniccanada.pdf>
- ⁹ Occupational Health and Safety Council of Ontario. MSD Prevention Guidelines for Ontario. Musculoskeletal Disorders. 2007.
- ¹⁰ Hudson TJ, Edlund MJ, Steffick DE, Tripathi SP, Sullivan MD. Epidemiology of regular prescribed opioid use: results from a national, population-based survey. *J Pain Symptom Manage*. 2008; 36(3): 280-288.
- ¹¹ Rudd RA, Aleshire N, Zibbell JE, Gladden RM. Increases in Drug and Opioid Overdose Deaths--United States, 2000-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2016; 64(50-51): 1378-82.
- ¹² Hudson TJ, Edlund MJ, Steffick DE, Tripathi SP, Sullivan MD. Epidemiology of regular prescribed opioid use: results from a national, population-based survey. *J Pain Symptom Manage*. 2008; 36(3): 280-288.
- ¹³ Picard, A. Opioid overuse is creating "lost generation", expert says. *Globe and Mail*. Accessed from <http://www.theglobeandmail.com/news/national/opioid-overuse-is-creating-lost-generation-expert-says/article31547148/>
- ¹⁴ Fischer, B. and Keates, A. Opioid drought', Canadian style? Potential implications of the 'natural experiment' of delisting Oxycontin in Canada. *International Journal of Drug Policy*. 2012; 23(6): 495-497.
- ¹⁵ Glazier R, Bradley EM, Gilbert JE, Rothman L. The nature of increased hospital use in poor neighbourhoods: findings from a Canadian Inner City. *Can J Public Health*. 2000; 91(4): 268-273.
- ¹⁶ Kopansky-Giles D, Vernon H, Boon H, Steiman I, Kelly M, Kachan N. Inclusion of a CAM therapy (chiropractic care) for the management of musculoskeletal pain in an integrative, inner city, hospital-based primary care setting. *Journal of Alternative Medicine Research*. 2010; 2(1): 61-74.
- ¹⁷ Fischer B, Jones W, Urbanoski K et al. Correlations between prescription opioid analgesic dispensing levels and related mortality and morbidity in Ontario, Canada, 2005-2011. *Drug Alcohol Rev*. 2014 ; 33(1) : 19-26.
- ¹⁸ Webber V. Opioid Use in Canada: Preventing Overdose with Education Programs & Naloxone Distribution. Montréal, Québec: National Collaborating Centre for Healthy Public Policy. 2016. Accessed from http://www.ncchpp.ca/docs/2016_OBNL_NGO_OverviewOpioides_En.pdf
- ¹⁹ Martin L, Laderman M. A System Approach Is the Only Way To Address The Opioid Crisis. *Health Affairs Blog*. 2016. Accessed from <http://healthaffairs.org/blog/2016/06/13/a-systems-approach-is-the-only-way-to-address-the-opioid-crisis/>
- ²⁰ Mior S, Gamble B, Barnsley J, Côté P, Côté E. Changes in primary care physician's management of low back pain in a model of interprofessional collaborative care: an uncontrolled before-after study. *Chiro Man Ther*. 2013; 21:6.
- ²¹ Canadian Medical Association. Achieving patient-centred collaborative care. 2008. Accessed from <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/PD08-02-e.pdf>.
- ²² Fraser Group. Canadians' Access to Prescription Medicines, Volume 2: The Un-Insured and Under-Insured. 2000. Access from http://www.frasergroup.com/downloads/volume_2.pdf
- ²³ ISAEC. 2012. Accessed from www.isaec.org.
- ²⁴ Wong JJ, Cote P, Sutton DA, Yu H, et al. Clinical practice guidelines for the noninvasive management of low back pain: A systematic review by the Ontario Protocol for Traffic Injury Management (OTIMa) Collaboration. *Eur J Pain*. 2016. doi: 10.1002/ejp.931.
- ²⁵ Conservative management is an approach to treating back pain, neck pain and related spinal conditions utilizing non-surgical and non-pharmacological treatment options.

-
- ²⁶ Choudhry N, Milstein A. Do Chiropractic Physician Services for Treatment of Low-Back and Neck Pain Improve the Value of Health Benefit Plans? An Evidence-Based Assessment of Incremental Impact on Population Health and Total Health Care Spending. Harvard Medical School, Boston, Mercer Health and Benefits .2009. Accessed from <http://www.f4cp.com/files/white-papers/do-chiro-services-improve-value-of-health-benefit-plans.pdf>
- ²⁷ Bronfort G, Haas M, Evans R et al. Effectiveness of manual therapies: the UK evidence report. *BMC Chiro & Osteo*. 2010; 18: 3.
- ²⁸ Dagenais S, Gay RE, Tricco AC et al. NASS Contemporary Concepts in Spine Care: Spinal manipulation therapy for acute low back pain. *Spine J*. 2010; 10: 918-940.
- ²⁹ van Tulder, M., Koes, B. & Malmivaara, A. Outcome of non-invasive treatment modalities on back pain: An evidence-based review. *European Spine Journal*. 2006: 15(1).
- ³⁰ Deyo R, Von Korff M, Durrkoop D. Opioids for low back pain. *BMJ*. 2015;350(jan05 10):g6380.
- ³¹ Bishop PB, Fisher CG, Dvorak MF, Quon JA, The Chiropractic Hospital-based Interventions Research Outcomes (CHIRO) Study. *Spine*. 2010; 10(12).
- ³² Bronfort G, Haas M, Evans R, Kawchuk G, Dagenais S. Evidence-informed management of chronic low back pain with spinal manipulation and mobilization. *Spine Journal*. 2008; 8(1): 213-225.
- ³³ Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG, Arnold LM, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. *Arthritis Rheum*. 2008; 58(1): 26-35.
- ³⁴ Goertz CM, Long CR, Hondras MA, et al. Adding chiropractic manipulative therapy to standard medical care for patients with acute low back pain: results of a pragmatic randomized comparative effectiveness study. *Spine*. 2013; 38(8): 627-34.
- ³⁵ Passmore SR, Toth A, Kanovsky J, Olin G. Initial integration of chiropractic services into a provincially funded inner city community health centre: a program description. *JCCA*. 2015; 59(4): 363-72.
- ³⁶ Gordon S, Sakallaris B. Chronic Pain Breakthrough Collaborative Webinar. Collaboratives of the Samueli Institute. Accessed from http://www.samueliinstitute.org/File%20Library/For%20Health%20Care%20and%20Hospitals/SI_ChronicPainWebinar.pdf
- ³⁷ CDC. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain. 2016. Accessed from www.cdc.gov/drugoverdose/prescribing/guideline.
- ³⁸ Mior S, Gamble B, Barnsley J, Côté P, Côté E. Changes in primary care physician's management of low back pain in a model of interprofessional collaborative care: an uncontrolled before-after study. *Chiropr Man Ther*. 2013; 21: 6.
- ³⁹ ISAAC. 2012. Accessed from www.isaac.org.
- ⁴⁰ ISAAC. 2012. Accessed from www.isaac.org.
- ⁴¹ Le Conseil De La Fédération. De l'innovation à l'action : premier rapport du Groupe de travail sur l'innovation en matière de santé. Accessed from http://www.pmprovinceterritoires.ca/phocadownload/publications/health_innovation_report_fr.pdf.
- ⁴² Passmore SR, Toth A, Kanovsky J, Olin G. Initial integration of chiropractic services into a provincially funded inner city community health centre: a program description. *JCCA*. 2015; 59(4): 363-72.
- ⁴³ Paskowski I, Schneider M, Stevans J, Ventura JM, Justice BD. A hospital-based standardized spine care pathway: report of a multidisciplinary, evidence-based process. *J Manipulative Physiol Ther*. 2011 Feb;34(2):98-106.
- ⁴⁴ Goertz CM, Long CR, Hondras MA, et al. Adding chiropractic manipulative therapy to standard medical care for patients with acute low back pain: results of a pragmatic randomized comparative effectiveness study. *Spine*. 2013; 38(8): 627-34.
- ⁴⁵ CIHI. National Health Expenditures: Where does Canada's health care money come from?. 2015. Accessed from <https://www.cihi.ca/en/spending-and-health-workforce/spending/national-health-expenditure-trends/nhex2015-topic5>
- ⁴⁶ Fraser Group. Canadians' Access to Prescription Medicines, Volume 2: The Un-Insured and Under-Insured. 2000. Access from http://www.frasergroup.com/downloads/volume_2.pdf
- ⁴⁷ Naylor D, Girard F, Jack Mintz J, Fraser N, Jenkins T, Power C. Unleashing Innovation: Excellent Healthcare for Canada. 2015. Accessed from <http://healthy Canadians.gc.ca/publications/health-system-systeme-sante/report-healthcare-innovation-rapport-soins/index-eng.php>.
- ⁴⁸ Vos T, Flaxman AD, Naghavi M et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; 380: 2163–96.
- ⁴⁹ CMA. Harms Associated with Opioids and the Other Psychoactive Prescription Drugs. *CMA Policy*. 2016 Accessed from <http://policybase.cma.ca/dbtw-wpd/Policypdf/PD15-06.pdf>