



# FOND DE L'HISTOIRE<sup>MD</sup>

MAI 2018



**LA DOULEUR CHRONIQUE A DES RÉPERCUSSIONS  
TOUT AUTOUR DE NOUS...  
Y COMPRIS EN MILIEU DE TRAVAIL**

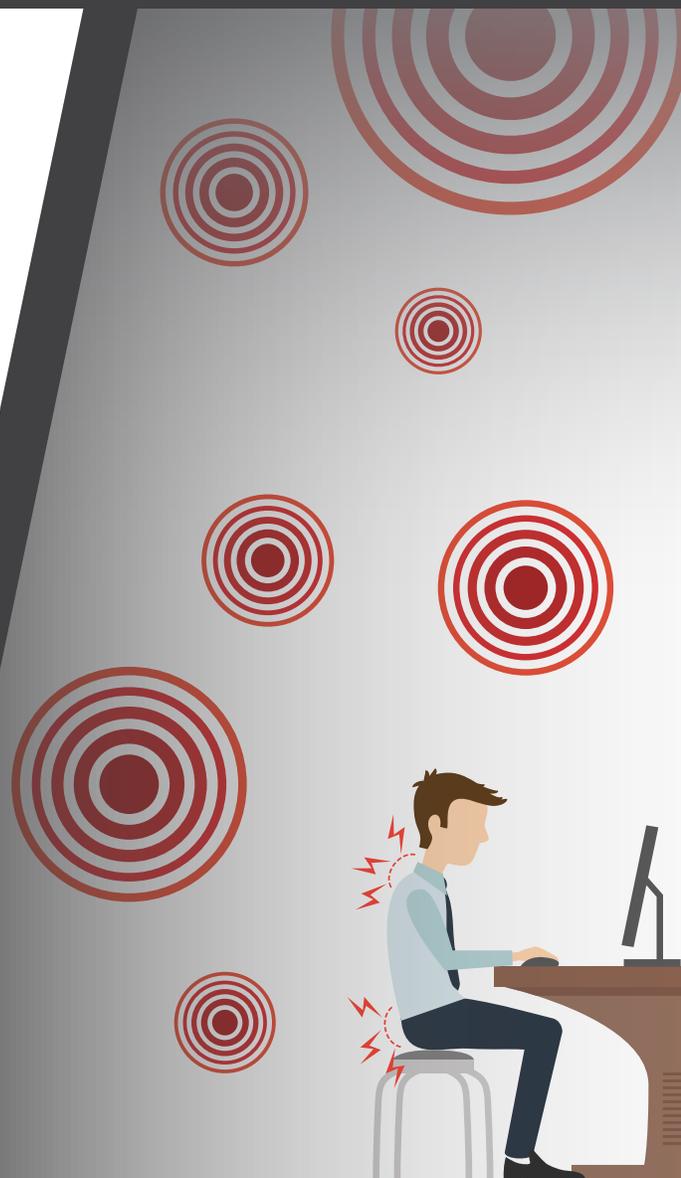
**PAGE 2**

## **NOUVEAUTÉS**

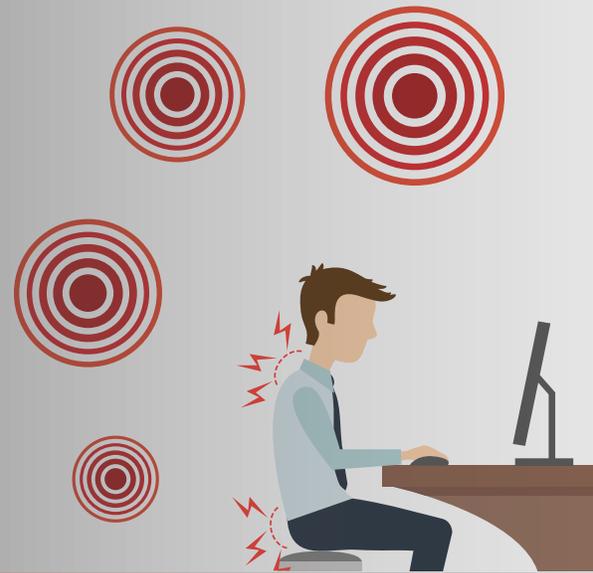
Un comité fédéral recommande la création  
d'un régime d'assurance médicaments national

Un rapport recommande des changements  
aux organisations pancanadiennes de la santé

**PAGE 9**



# LA DOULEUR CHRONIQUE A DES RÉPERCUSSIONS TOUT AUTOUR DE NOUS... Y COMPRIS EN MILIEU DE TRAVAIL

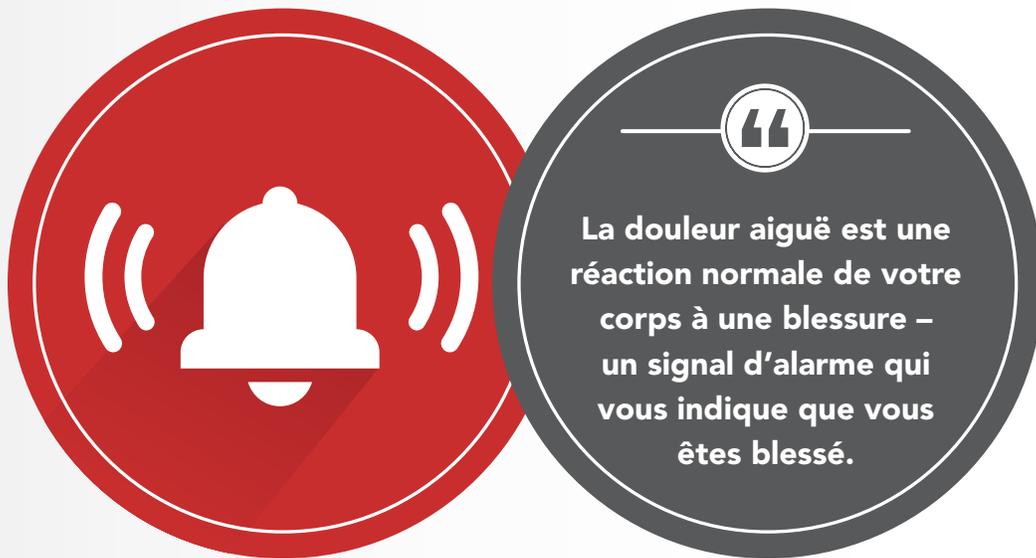


Comment se fait-il que certaines personnes puissent être gravement blessées ou malades, ou encore subir une chirurgie majeure, et ne ressentir que peu de douleur alors que d'autres souffrent terriblement – et *longtemps* – sans qu'il soit possible de déterminer la cause (physique ou autre) de cette douleur?

C'est là toute la complexité de la douleur chronique. Il s'agit d'une douleur non aiguë de longue durée extrêmement individualisée et très difficile à traiter. Toutefois, diverses options en matière de gestion de la douleur, appuyées par des données probantes, continuent de voir le jour, ce qui démontre que les traitements se diversifient pour faire face aux nombreuses formes de douleur chronique qui touchent les membres de votre régime. Mais voici d'abord un petit rappel sur la douleur chronique...

## LA DOULEUR CHRONIQUE PEUT ÊTRE DUE À :

- **Une maladie ou un problème de santé sous-jacent** : Le zona, par exemple, peut provoquer des poussées douloureuses et de longue durée, même après un traitement réussi; d'autre part, dans le cas de certaines maladies – notamment de nombreux types de cancer et le SIDA –, la douleur chronique peut s'intensifier au fur et à mesure que la maladie progresse;
- **L'inflammation** : Dans le cas de la polyarthrite rhumatoïde et de la goutte, par exemple, la douleur inflammatoire persiste tant que l'inflammation persiste dans les articulations;
- **Un traitement médical** : Par exemple, quand une douleur aiguë normale résultant d'une chirurgie se transforme en douleur chronique ou quand un nerf est endommagé durant la chirurgie;
- **Une blessure** : Dans le cas d'un « membre fantôme » ou d'une « dent fantôme » où la douleur persiste après l'amputation d'un membre ou l'extraction d'une dent;
- **Une douleur neuropathique** : Des maladies comme le diabète, ou un accident vasculaire cérébral (AVC) ou encore une lésion de la moelle épinière peuvent provoquer une maladie du système nerveux central ou périphérique en raison de dommages aux nerfs, à la moelle épinière ou au cerveau. Toutefois, dans certains cas, la douleur neuropathique n'a pas de cause identifiable;
- **Une cause inconnue** : Les personnes atteintes de maux de tête chroniques, de fibromyalgie, du syndrome du côlon irritable ou de problèmes temporomandibulaires souffrent souvent de douleur chronique sans qu'on puisse en identifier précisément la cause.



## La douleur comme signal d’alarme

Voici l’une des définitions les plus courantes de la douleur : « la douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en ces termes »<sup>1</sup>. La douleur peut donc résulter de lésions aux tissus tels que les muscles, les ligaments, les nerfs, les tendons et les vaisseaux sanguins, ou encore de la fracture d’un os et des lésions des tissus environnants qu’elle provoque. La douleur est généralement divisée en deux catégories : aiguë et chronique.

La douleur aiguë est définie comme une « douleur qui se manifeste rapidement, peut être intense, mais qui est de relativement courte durée »<sup>2</sup>. Pensez à ces fois où vous vous cognez la pointe du coude... la douleur dure quelques secondes, voire quelques minutes. La douleur aiguë est donc liée à un incident, une blessure ou une maladie en particulier et elle est de courte durée, puisque la majorité des blessures guérissent normalement en trois mois ou moins. La douleur aiguë est une réaction normale de votre corps à une blessure – un signal d’alarme qui vous indique que vous êtes blessé.

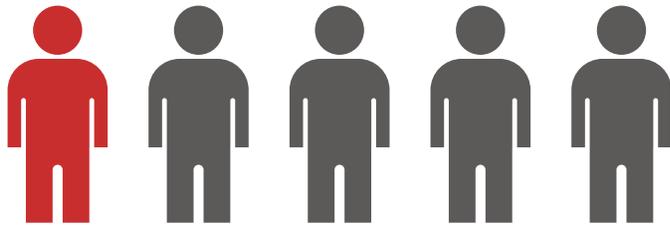
Habituellement, nous sommes capables de traiter bon nombre de douleurs aiguës par nous-mêmes à l’aide de médicaments en vente libre ou, à court terme, au moyen d’analgésiques plus puissants. Certains préfèrent éviter les médicaments et « endurent » la douleur. Lorsque la cause sous-jacente de la douleur aiguë s’estompe, la douleur disparaît progressivement.

À l’inverse, la douleur chronique est définie comme une « douleur durable ou récurrente persistant au-delà de la durée normale d’une maladie ou d’une blessure aiguë ou, généralement, plus de trois à six mois et nuisant au bien-être de la personne atteinte »<sup>3</sup>. Pour simplifier, une douleur chronique ou persistante est une « douleur qui dure alors qu’elle ne le devrait pas ». Bien que la douleur chronique soit une douleur durable, elle peut se manifester de façon intermittente, le jour ou la nuit, ou encore être persistante dans son intensité.

Selon une théorie, la douleur chronique est provoquée par un « traitement » anormal de la douleur alors que la blessure ou la cause originale de la douleur aiguë a disparu – mais que la douleur persiste et devient chronique. Toujours selon cette théorie, la douleur chronique s’apparente à un signal d’alarme qui continuerait de résonner alors qu’il n’est plus nécessaire de signaler un préjudice physique<sup>4</sup>.

Étant donné que la douleur peut persister longtemps après que la maladie ou la blessure l’ayant provoquée ait été traitée ou soignée – ou en l’absence de cause clairement identifiable –, de nombreux médecins considèrent aujourd’hui la douleur chronique comme un problème en soi et non pas simplement comme le symptôme d’un autre pronostic<sup>5</sup>. C’est la raison pour laquelle il est entré à ce point dans notre vocabulaire.

# PRÈS D'UN CANADIEN SUR CINQ SOUFFRE DE DOULEUR CHRONIQUE



## PAYS DIFFÉRENTS, MÊMES RÉSULTATS

Des études réalisées dans différents pays du monde confirment que la douleur chronique a une incidence négative sur la productivité en milieu de travail. Par exemple :

- Au Canada, 72 % des personnes en attente de soins dans des cliniques antidouleur indiquent que la douleur interfère avec leur capacité de travailler normalement<sup>6</sup>.
- Le bas du dos a été identifié comme l'une des régions les plus touchées par la douleur chronique et les résultats d'études menées aux États-Unis montrent que les douleurs lombaires sont l'une des raisons médicales les plus souvent citées comme cause de perte de journées de travail, en particulier chez les 45 à 65 ans<sup>7</sup>.
- En Espagne, des recherches montrent que 24,4 % des personnes souffrant de douleur chronique ont demandé des congés de maladie l'année précédente et que 12 % ont perdu ou quitté leur emploi en raison d'une douleur chronique. En outre, entre 43 et 78 % des patients atteints de fibromyalgie étaient en congé de maladie, dont de 6,7 à 30 % avec un statut d'invalidité totale<sup>8</sup>.

## Une prévalence élevée de la douleur chronique au Canada

Les variables de recherche telles que les différences d'échantillons d'individus, les variantes dans la définition de la douleur chronique et la diversité des méthodes de recherche, rendent difficile une identification formelle de l'incidence de la douleur chronique au Canada. Toutefois, l'importance de cette incidence fait consensus : selon l'une des études les plus récentes menées au pays, près d'un Canadien sur cinq souffre de douleur chronique<sup>9</sup>.

De plus, près de la moitié des personnes atteintes de douleur chronique ont déclaré en souffrir depuis plus de 10 ans et ont évalué l'intensité de la douleur comme très élevée. Les participants ont identifié la région lombaire comme site de douleur chronique le plus courant et, lorsque la cause de la douleur était identifiée, il s'agissait le plus souvent de douleur arthritique, de douleur au dos ou à la colonne vertébrale, et de douleur résultant d'un traumatisme. Compte tenu du fait que cette étude est basée sur un échantillon représentatif d'adultes provenant de partout au Canada, il est préoccupant de constater qu'autant de personnes souffrent de douleur chronique – y compris parmi les membres de votre régime<sup>10</sup>.

Bien entendu, l'incidence élevée de la douleur chronique fait de ce problème une réalité dans le milieu de travail actuel. Quoique les recherches concernant l'incidence de la douleur chronique sur les milieux de travail au Canada soient limitées, les conclusions d'études réalisées ailleurs dans le monde montrent notamment que l'absentéisme, le présentéisme, les retraites prématurées et l'invalidité liés à la douleur chronique représentent un fardeau au moins aussi important que les maladies habituellement considérées comme des problèmes de santé publique et traitées comme tels<sup>11</sup>. À titre d'exemple, la douleur chronique est associée à la qualité de vie la plus faible comparativement à d'autres maladies chroniques telles que les maladies pulmonaires ou cardiaques chroniques<sup>12</sup>.



## Des conséquences considérables

En plus d'une dégradation de la qualité de vie, la douleur chronique peut entraîner d'autres problèmes. Une douleur non contrôlée, par exemple, nuit souvent aux fonctions immunitaires et à la guérison<sup>13</sup>. De plus, bien qu'il soit impossible de prédire de façon certaine qu'une personne souffrira de douleur chronique, les études indiquent que nous sommes plus enclins à développer une douleur chronique pendant ou suite à une période de stress ou d'insatisfaction<sup>14</sup>.

L'inverse est également vrai. Ainsi, il n'est pas surprenant de voir que de nombreuses personnes souffrant de douleur chronique deviennent dépressives ou développent d'autres problèmes de santé mentale. Plus de la moitié des patients des cliniques antidouleur canadiennes en attente de soins, par exemple, souffraient de dépression grave<sup>15</sup>. Selon une étude récente de GSC sur la santé, les analgésiques étaient les médicaments secondaires les plus prescrits aux personnes prenant des antidépresseurs. Une étude indique d'ailleurs que les personnes qui vivent avec la douleur ont deux fois plus de risque de se suicider comparativement aux personnes qui n'ont pas de douleur chronique<sup>16</sup>.

Manifestement, les effets de la douleur chronique sont considérables. Toutefois, diverses approches étayées par des preuves scientifiques gagnent en popularité et devraient aider les personnes souffrant de douleur chronique à améliorer leur qualité de vie, notamment en leur permettant de continuer à travailler et de rester productives. Cela est d'autant plus important qu'il est bien documenté par l'étude qu'un absentéisme de longue durée est associé à une rémission difficile, sans retour plus rapide au travail ni bienfaits accrus sur le plan de la santé<sup>17</sup>, et ces conclusions englobent les patients sous opioïdes : selon une étude récente, les travailleurs souffrant de blessures dans le bas du dos qui prennent des opioïdes sous ordonnance à long terme mettent nettement plus longtemps à reprendre le travail que ceux qui n'en prennent pas<sup>18</sup>.

## Le modèle biopsychosocial de la douleur

En matière de recherche sur la douleur chronique, le modèle biopsychosocial de la douleur est en pleine émergence. Selon ce modèle, toutes les sphères de la vie d'une personne – biologique, psychologique et sociale – interagissent pour influencer sa perception de la douleur. Par conséquent, la douleur chronique n'est pas seulement la résultante de lésions aux tissus corporels, mais elle est plutôt associée aux lésions aux tissus corporels *réelles ou perçues combinées* à des composantes cognitives, sensorielles, émotionnelles et sociales.

Les personnes souffrant de douleur chronique peuvent par exemple être prisonnières d'un cercle vicieux, qu'on appelle souvent le cycle peur-évitement. Elles craignent de se blesser de nouveau ou d'aggraver la douleur, si bien qu'elles évitent certains mouvements ou certaines activités, y compris le travail, dans certains cas. L'inactivité peut mener à ce qu'on appelle le déconditionnement, qui se traduit par une perte de force et de mobilité. L'inactivité peut aussi entraîner une détérioration de la santé mentale telle que l'anxiété et la dépression, lorsque la peur s'intensifie et que l'évitement mène à un isolement plus profond. Certaines personnes atteintes de douleur chronique finissent par se focaliser entièrement sur leur souffrance et leur identité fait corps avec celle-ci.

Fait intéressant, on trouve parmi les facteurs de risque favorisant le passage d'une douleur aiguë à une douleur chronique et une invalidité à long terme des facteurs qui illustrent le modèle biopsychosocial de la douleur. La gravité de la blessure et les contraintes physiques liées à l'emploi, par exemple, ne semblent pas contribuer à ce passage autant que d'autres facteurs comme l'existence de problèmes physiques ou mentaux concomitants, l'usage de drogues, le manque de soutien, l'insatisfaction à l'égard d'un emploi et la présence du cycle peur-évitement<sup>19</sup>.

Le modèle biopsychosocial de la douleur postule que la douleur chronique persiste en raison de *multiples facteurs interreliés* et les preuves scientifiques continuent de s'accumuler pour recommander des *approches multiples interreliées* afin de gérer et de traiter la douleur chronique. Commençons par les médicaments...

## PRINCIPAUX MAUX TRAITÉS DES OPIOÏDES



Entre 8 et 12 % des personnes qui entament une thérapie à base d'opioïdes pour une douleur chronique développent une accoutumance.

## Le lien douleur-pilule

Bien qu'il n'existe pas de pilule magique pour faire disparaître la douleur, plusieurs choix pharmaceutiques existent pour traiter la douleur chronique. Par conséquent, avant de décider du ou des médicaments les plus appropriés, il est essentiel d'obtenir le bon diagnostic. Ainsi, nous nous assurons que le patient prend son médicament pour les bonnes raisons, qu'il est bien pris en charge par son médecin et que celui-ci s'assure que les bienfaits du médicament l'emportent sur les risques.

Certaines personnes atteintes d'arthrite, par exemple, prennent des anti-inflammatoires pour gérer leur douleur. Il existe également des traitements combinés – certaines personnes souffrant de douleur chronique éprouvent un soulagement accru lorsqu'on ajoute un antidépresseur à leur traitement. D'autres types de médicaments, comme les gabapentinoïdes et les blocages nerveux, peuvent également s'avérer utiles.

Ensuite, il y a les opioïdes...

Les recherches montrent que les opioïdes peuvent aider à soulager la douleur *aiguë* – comme celle provoquée par les plaies et les fractures – et à gérer la douleur chez les personnes atteintes d'un cancer ou en soins palliatifs<sup>20</sup>. Cependant, vous vous souviendrez peut-être que dans *Le fond de l'histoire* daté de novembre 2016, nous expliquions que la prescription d'opioïdes a été encouragée au début des années 1990 comme moyen de gérer la douleur et que son usage a fini par s'étendre au-delà des lésions, de la chirurgie ou des douleurs liées au cancer. Une étude canadienne réalisée auprès de patients ayant utilisé des opioïdes pendant plus de six mois pour des douleurs chroniques non liées au cancer, par exemple, a révélé que les principaux maux traités étaient des douleurs lombaires et cervicales chroniques, des maux de tête chroniques, ainsi que des fibromyalgies<sup>21</sup>.

La généralisation de ces pratiques de prescription a largement contribué à la crise des opioïdes que nous connaissons aujourd'hui, car le potentiel de prise d'opioïdes à long terme s'accroît après aussi peu que de trois à cinq jours de consommation<sup>22</sup>. La recherche suggère qu'entre 8 et 12 % des personnes qui entament une thérapie à base d'opioïdes pour une douleur chronique développent une accoutumance à cette famille de substances<sup>23</sup>.

Il est maintenant bien documenté que les opioïdes traitent uniquement la douleur comme un symptôme; ils masquent ou jugulent la douleur sans traiter ses causes sous-jacentes et peuvent rendre le traitement plus difficile<sup>24</sup>. Par conséquent, il est important que, dans la plupart des cas, les membres du régime souffrant de douleur chronique évitent les opioïdes. Ils doivent se renseigner sur les approches de gestion de la douleur dont l'efficacité est de plus en plus étayée par des preuves scientifiques et non pas nécessairement sur les approches pharmacologiques.

\*Pendant plus de six mois pour des douleurs chroniques non liées au cancer

## EXEMPLES DE DIRECTIVES CLINIQUES

Le virage en faveur d'approches non pharmacologiques dans le traitement de la douleur chronique se manifeste dans :

- la nouvelle directive canadienne en matière de prescription d'opioïdes, qui recommande d'optimiser les alternatives basées sur des données probantes avant d'envisager le recours aux opioïdes;
- les recommandations du National Pain Centre du Canada, qui prône l'utilisation d'alternatives aux opioïdes pour le traitement des patients souffrant de douleurs chroniques non liées au cancer.

## Comme toujours, fiez-vous aux preuves scientifiques

Diverses approches non pharmacologiques ont démontré leur efficacité et leur innocuité dans le traitement de la douleur chronique. Par exemple, une revue des lignes directrices de pratique clinique pour les personnes souffrant de douleur lombaire sans cause connue (aussi appelée douleur lombaire non spécifique) révèle que, partout dans le monde, des directives recommandent désormais des interventions non pharmacologiques comme traitement de première ligne, les traitements pharmacologiques ne devant être utilisés qu'en cas de réponse inadéquate aux interventions non pharmacologiques<sup>25</sup>. Et contrairement à l'ancienne théorie voulant que les patients restent alités pour récupérer, ces directives recommandent également que les personnes souffrant de douleur lombaire demeurent actives et poursuivent leurs activités habituelles – y compris leurs activités professionnelles. Les programmes d'exercice, ainsi que les autres approches non pharmacologiques comme la physiothérapie doivent être encouragés, de même que les psychothérapies comme la thérapie cognitivo-comportementale et les programmes de pleine conscience<sup>26</sup>.

Ce type d'approches gagne du terrain dans le traitement d'un large éventail de types de douleurs chroniques. Manifestement, pour faire une différence dans l'état de santé des membres du régime concernés et leur permettre de continuer à travailler, il est important que ceux-ci soient informés des approches non pharmacologiques émergentes. Cela est d'autant plus vrai que leur médecin pourrait ne pas avoir entendu parler de ces approches. Idéalement, le traitement de la douleur chronique devrait s'appuyer sur les meilleures données probantes disponibles, mais certains médecins ont encore recours aux seuls traitements pharmacologiques. Et bon nombre d'entre eux continuent à donner des conseils dépassés en recommandant de limiter l'activité physique quotidienne, y compris l'exercice et le travail<sup>28</sup>.

Pourquoi un tel écart? De nombreux facteurs peuvent expliquer cette situation. À la base, le problème de la complexité de la douleur chronique se pose. Les médecins sont généralement formés dans le cadre d'un modèle médical axé sur la physiologie et sur ce qui est habituellement – et commodément – à leur portée : les médicaments.

Le recours aux ordonnances peut aussi être influencé par la couverture médicale. Les régimes de remboursement des médicaments provinciaux et territoriaux, ainsi que la plupart des régimes d'assurance-maladie complémentaire couvrent les opioïdes. À l'inverse, les régimes publics ne prennent généralement pas en charge les interventions non pharmacologiques et les régimes privés n'offrent pas de couvertures suffisamment généreuses<sup>29</sup>. Et, comme nous l'avons vu pour d'autres problèmes de santé « invisibles » comme la santé mentale, l'accès ou le coût des soins peuvent constituer des obstacles aux options non pharmacologiques et se manifestent notamment par de longues listes d'attente pour consulter un professionnel de la santé mentale et des frais qui dépassent les maximums fixés par la couverture médicale.

## LES APPROCHES NON PHARMACOLOGIQUES EN ACTION

Les données probantes en faveur des approches non pharmacologiques s'accumulent, notamment :

- L'information et la sensibilisation
- Le maintien d'activités normales
- L'exercice, y compris l'aquaforme, le yoga et le taï-chi
- La physiothérapie
- Les étirements musculaires
- Les services chiropratiques
- Les conseils nutritionnels
- L'acupuncture
- La gestion du stress
- La thérapie cognitivo-comportementale
- Les programmes de pleine conscience

La **physiothérapie et l'exercice**, par exemple, ont démontré leur capacité à réduire la douleur en contribuant à augmenter le mouvement, l'amplitude des mouvements et la force musculaire. D'autre part, l'**ergothérapie** peut aider les personnes qui souffrent de douleur chronique à apprendre comment poursuivre leurs activités quotidiennes, même lorsque la douleur est présente. Comme toujours, un **régime alimentaire sain** peut aussi favoriser un meilleur état de santé; les personnes souffrant de douleur lombaire chronique ou de douleur chronique au genou qui perdent du poids constatent souvent une diminution de la douleur. La **thérapie cognitivo-comportementale** peut permettre de traiter certains des problèmes psychologiques qui accompagnent souvent la douleur, comme la peur d'une nouvelle blessure ou la peur d'arrêter les analgésiques. Les essais cliniques ont également démontré que la **méditation en pleine conscience** peut réduire de 57 % la douleur chronique; certains pratiquants expérimentés peuvent même constater une réduction de la douleur dépassant les 90 %<sup>27</sup>.



## NOUVELLE APPLI GÉRER LA DOULEUR

Pour aider les membres de votre régime à prendre le contrôle de leur santé et à passer à l'action, nous proposerons bientôt une nouvelle appli appelée *Gérer la douleur*. Cette appli aide les personnes touchées à prendre les choses en main en leur permettant de suivre et d'analyser leur douleur de façon simple et efficace (imaginez une appli Fitbit pour la gestion de la douleur). Elle permet aussi à son utilisateur de créer des rapports de façon à pouvoir agir à partir des données partagées avec son médecin.

### La douleur chronique est peut-être invisible... mais les patients qui en souffrent doivent se faire voir

Bien que les données probantes démontrant les bienfaits des approches non pharmacologiques s'accumulent, d'autres preuves et une sensibilisation accrue sont nécessaires. Alors, passez le mot aux membres de votre régime! Encouragez-les à travailler avec leur médecin afin de bénéficier d'une approche globale et attentionnée – une approche qui ne repose pas uniquement sur le traitement pharmacologique, mais qui intègre une combinaison de thérapies physique, cognitive et émotionnelle. L'approche pharmacologique « universelle » est révolue.

#### Sources :

- <sup>1</sup> « Classification of Chronic Pain, Second Edition (Revised) », International Association for the Study of Pain (IASP), IASP Terminology Working Group, 2011. Consulté en avril 2018 : <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/Content.aspx?ItemNumber=1673>.
- <sup>2,4</sup> « Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research. » Institute of Medicine (É.-U.) Committee on Advancing Pain Research, Care, and Education. US National Library of Medicine – National Institutes of Health, 2011. Consulté en avril 2018 : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22553896>.
- <sup>5</sup> « Pain as a disease: an overview », William Raffaelli, Elisa Arnaudo, US National Library of Medicine – National Institutes of Health, 2017. Consulté en avril 2018 : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3100856/>.
- <sup>9,10,21</sup> « The prevalence of chronic pain in Canada », Donald Schopflocher, Paul Taenzer, Roman Jovey, US National Library of Medicine – National Institutes of Health, 2011. Consulté en avril 2018 : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3100856/>.
- <sup>6,15</sup> « One in five Canadians suffer from chronic pain », John Chipman, CBC News, 2014. Consulté en avril 2018 : [www.cbc.ca/news/health/chronic-pain-poorly-understood-costing-canada-billions-1.2681223](http://www.cbc.ca/news/health/chronic-pain-poorly-understood-costing-canada-billions-1.2681223).
- <sup>7,8,11</sup> « A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system », María Dueñas, Begoña Ojeda, Alejandro Salazar, Juan Antonio Mico, Inmaculada Failde, US National Library of Medicine – National Institutes of Health, 2016. Consulté en avril 2018 : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4935027/>.
- <sup>12,23,24,29</sup> « Réduire le rôle des opioïdes dans la gestion de la douleur », La Coalition pour la gestion sûre et efficace de la douleur, 2017. Consulté en avril 2018 : [https://www.chiropractic.ca/wp-content/uploads/2017/11/Interim-Report\\_FR\\_FINAL.pdf](https://www.chiropractic.ca/wp-content/uploads/2017/11/Interim-Report_FR_FINAL.pdf).
- <sup>13,16</sup> « The need for a Canadian pain strategy », Mary E Lynch, US National Library of Medicine – National Institutes of Health, 2011. Consulté en avril 2018 : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3084407/>.
- <sup>14</sup> « Chronic Pain », site Web de NHS Inform. Consulté en avril 2018 : <https://www.nhsinform.scot/illnesses-and-conditions/brain-nerves-and-spinal-cord/chronic-pain>.
- <sup>17</sup> « Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews », Carol Cancelliere, James Donovan, Mette Jensen Stochkendahl, Melissa Biscardi, Carlo Ammendolia, Corrie Myburgh et J. David Cassidy, 2016. Consulté en 2018 : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5015229/>.
- <sup>18</sup> « Long-term opioid use significantly delays return to work, workers' comp study shows », site Web de Safety and Health. Consulté en avril 2018 : [www.safetyandhealthmagazine.com/articles/16877-long-term-opioid-use-significantly-delays-return-to-work-workers-comp-study-shows](http://www.safetyandhealthmagazine.com/articles/16877-long-term-opioid-use-significantly-delays-return-to-work-workers-comp-study-shows).

<sup>19</sup> « Addiction, chronic pain in the workplace: Part 2 », Elizabeth Garel, *Benefits Canada*, 2011. Consulté en avril 2018 : [www.benefitscanada.com/benefits/disability-management/addiction-and-chronic-pain-in-the-workplace-part-2-19712](http://www.benefitscanada.com/benefits/disability-management/addiction-and-chronic-pain-in-the-workplace-part-2-19712).

<sup>20</sup> « Opioids and the Treatment of Chronic Pain: Controversies, Current Status, and Future Directions », Andrew Rosenblum, Lisa A. Marsch, Herman Joseph et Russell K. Portenoy, 2009, US National Library of Medicine – National Institutes of Health, 2008. Consulté en avril 2018 : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2711509/>.

<sup>22</sup> « Certain Prescribing Patterns Lead to Long-term Opioid Use », *JAMA*, 2017. Consulté en avril 2018 : <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2620100?redirect=true>.

<sup>25, 26, 28</sup> « Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions », Nadine E Foster, Johannes R Anema, Dan Cherkin, Roger Chou, Steven P Cohen, Douglas P Gross, Paulo H Ferreira, Julie M Fritz, Bart W Koes, Wilco Peul, Judith A Turner, Chris G Maher, *The Lancet*, 2018. Consulté en avril 2018 : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)30489-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)30489-6/fulltext).

<sup>27</sup> « Chronic Pain: Treat it With Mindfulness Meditation, Not Opioids », Vernon Williams, U.S News, 2018. Consulté en avril 2018 : <https://health.usnews.com/health-care/for-better/articles/2018-04-13/chronic-pain-treat-it-with-mindfulness-meditation-not-opioids> et « Can Mindfulness Meditation Really Reduce Pain and Suffering? » Danny Penman, *Psychology Today*, 2015. Consulté en avril 2018 : <https://www.psychologytoday.com/us/blog/mindfulness-in-frantic-world/201501/can-mindfulness-meditation-really-reduce-pain-and-suffering>.

# NOUVEAUTÉS

## UN COMITÉ FÉDÉRAL RECOMMANDE LA CRÉATION D'UN RÉGIME D'ASSURANCE MÉDICAMENTS NATIONAL

Le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a récemment publié un rapport intitulé *Un régime d'assurance médicaments universel pour tous les Canadiens : une nécessité*. Ce rapport recommande la création d'un régime public universel d'assurance médicaments à payeur unique pour tous les Canadiens. Pour ce faire, les auteurs du rapport recommandent la création d'un formulaire pharmaceutique national commun, la modification de la *Loi canadienne sur la santé* afin d'inclure dans la définition de « services de santé assurés » les médicaments sur ordonnance délivrés ailleurs qu'en milieu hospitalier, ainsi que le partage des coûts entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

Ce rapport a été produit à partir des auditions du Comité, qui se sont étendues sur deux ans et durant lesquelles deux options en matière de régime d'assurance médicaments ont été évaluées. La première – celle qui a été retenue – était un régime d'assurance médicaments universel à payeur unique. La seconde option consistait à réformer le système actuel afin d'assurer une meilleure couverture en comblant les lacunes entre les régimes d'assurance médicaments public et privé.

Le rapport indique également que, selon le Bureau du directeur parlementaire du budget, l'option retenue présente un potentiel d'économies de 4,2 milliards de dollars par année. Ces économies découleraient de l'adoption du formulaire pharmaceutique national, qui permettrait d'uniformiser le remboursement des médicaments et favoriserait une meilleure négociation du prix des médicaments. Cependant, pour réaliser ces économies, le rapport mentionne que les gouvernements devraient préalablement absorber les coûts pris en charge par les régimes d'assurance privés, qui s'élèvent à quelque 10,7 milliards de dollars. Pour financer cette prise en charge, le rapport recommande que les coûts soient partagés entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux, sans donner d'autres détails.

Quelle est la réponse du secteur de l'assurance? Bien que l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes reconnaisse qu'il existe un consensus en ce qui concerne la nécessité d'un changement, elle considère que cette réforme devrait être faite de façon à protéger les contribuables et à ne pas mettre en péril les régimes d'assurance santé. L'Association s'inquiète plus particulièrement du fait que les recommandations du rapport représentent une approche coûteuse pour régler la question de l'accès aux médicaments et pourraient finir par nuire à la qualité des régimes de soins de santé offerts aux Canadiens.

Pour plus de renseignements et consulter le rapport, visitez <https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/42-1/HESA/rapport-14>.

## UN RAPPORT RECOMMANDE DES CHANGEMENTS AUX ORGANISATIONS PANCANADIENNES DE LA SANTÉ

Santé Canada a récemment publié un rapport intitulé *Ajustées à l'objectif : Observations et recommandations de l'examen externe des organisations pancanadiennes de la santé – Rapport de synthèse*. Ces organisations, que Santé Canada désigne par leur acronyme « OPS », sont « des organismes autonomes, sans but lucratif, où sont représentés les gouvernements, les experts et des intervenants du milieu ».

Les OPS ont été créées au cours des trois dernières décennies en vue de répondre à des besoins particuliers du système de santé canadien et de faire avancer les objectifs fédéraux et nationaux en matière de soins de santé. Les OPS ont établi leurs propres priorités, isolément et souvent sans tenir compte des priorités du gouvernement fédéral et des autres OPS. Le rôle actuel des OPS est insuffisant pour répondre aux défis actuels et futurs.

Ce rapport est le résultat d'un examen indépendant réalisé par des conseillers externes et fondé sur la participation d'un large éventail de représentants des secteurs public et privé. Ses recommandations concernent le rôle et l'impact des OPS dans leur contribution à l'atteinte des objectifs et des priorités du gouvernement fédéral et du Canada tout entier en matière de santé. De plus, le rapport émet des recommandations sur la façon dont les OPS devraient être réorganisées afin de répondre aux enjeux émergents dans le secteur de la santé et à la vision commune des soins de santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour le Canada.

Le rapport comprend dix recommandations qui, selon les auteurs, devraient être prises en considération, quelle que soit la façon dont les OPS seront réorganisées. On y indique par exemple que « Le gouvernement du Canada devrait mettre en place une infrastructure intégrée en soutien de sa politique sur les médicaments d'ordonnance, assurant la continuité entre les fonctions d'homologation, d'évaluation, de tarification, d'achat et de surveillance après la mise en marché. L'évaluation des technologies de la santé devrait être effectuée en tirant profit du réseau existant d'organismes qualifiés œuvrant au pays. »

### UN LARGE ÉVENTAIL DE PARTICIPANTS

Les conseillers externes nommés aux fins de la production du rapport ont mené des consultations et sollicité la rétroaction d'un large éventail de représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux, des organisations autochtones nationales, de groupes de patients, de fournisseurs de soins de santé, d'experts universitaires, de groupes du secteur privé, de dirigeants, chercheurs et experts issus du système de santé et de particuliers, ainsi que des huit OPS canadiennes :

- Le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances
- L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé
- L'Institut canadien d'information sur la santé
- La Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
- L'Inforoute Santé du Canada
- L'Institut canadien pour la sécurité des patients
- Le Partenariat canadien contre le cancer
- La Commission de la santé mentale du Canada

Sur la base de ces recommandations, le rapport présente quatre scénarios possibles pour l'avenir des OPS, en partant du principe que les éléments de chacun de ces scénarios pourraient aussi servir à la création d'autres scénarios. Le premier scénario offre des possibilités d'améliorations sans procéder à une restructuration fondamentale du groupe d'OPS, alors que les scénarios deux, trois et quatre reflètent une transformation plus profonde.

Nous vous tiendrons informés de toute mesure adoptée lorsque le gouvernement fédéral aura examiné ce rapport. Pour plus de renseignements et consulter le rapport, visitez <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/observations-recommandations-examen-externe-organisations-pancanadiennes-sante.html>.

# CHEZ VOUS ET AILLEURS... *Des événements à ne pas manquer*

## Health Outcomes Conference

Les 24 et 25 mai – Hôtel Four Seasons, Toronto (Ontario)

<http://www.benefitscanada.com/conferences/healthy-outcomes-conference>

**Peter Gove**, responsable de l'innovation en gestion de la santé de GSC, parlera de l'accessibilité du programme de gestion de la santé et du bien-être.

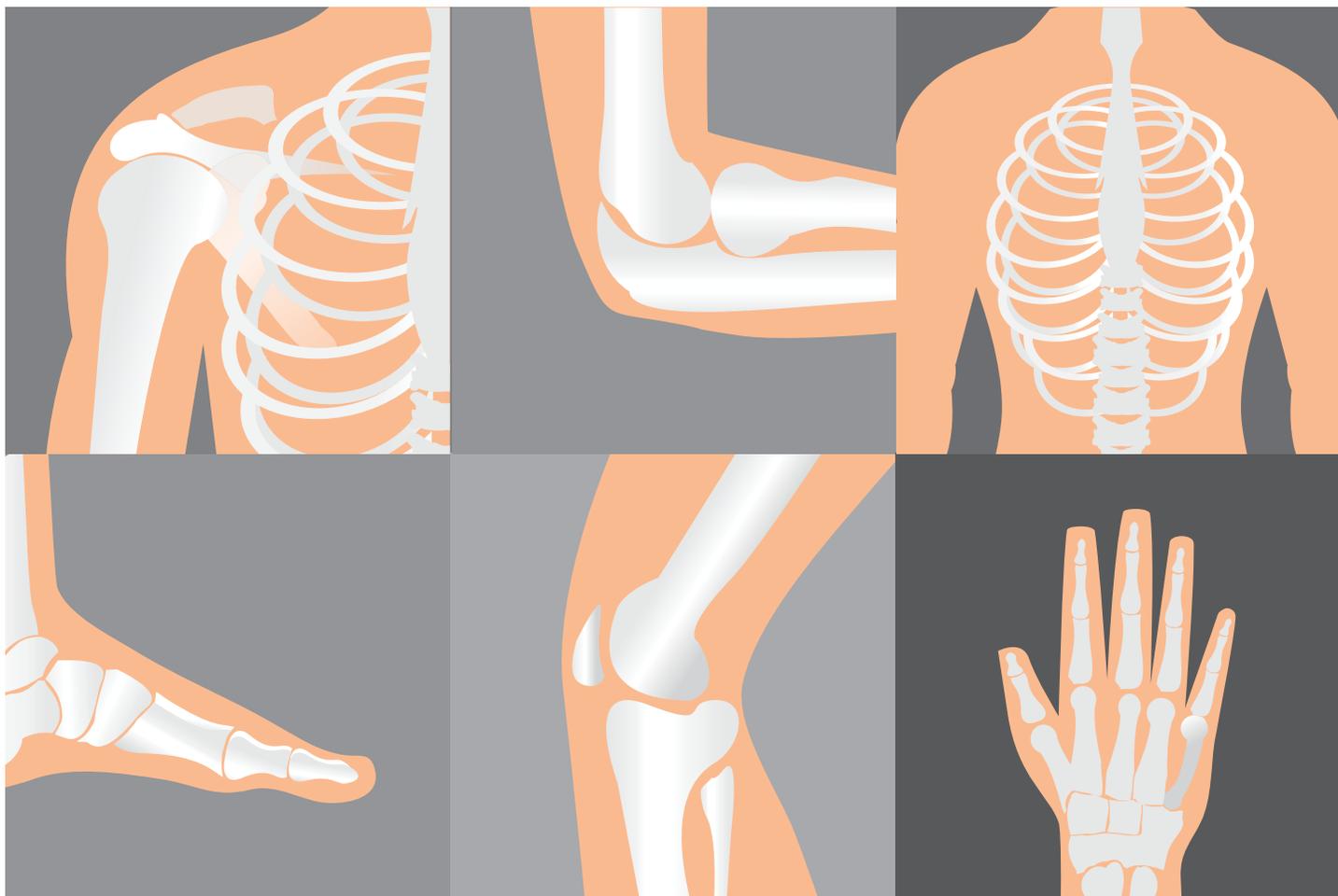
---

## Calgary Benefits Summit

Le 29 mai 2018 – Hôtel Fairmont Palliser, Calgary (Alberta)

[www.benefitscanada.com/conferences/calgary-benefits-summit](http://www.benefitscanada.com/conferences/calgary-benefits-summit)

**Andrea Staruch**, l'une des conseillères en services pharmaceutiques de GSC, parlera des biosimilaires et des preuves appuyant les programmes de transition pour les patients.



# GAGNANT DU TIRAGE D'UN FITBIT

Toutes nos félicitations à **M. PIPES, VICTORIA (COLOMBIE-BRITANNIQUE)**, gagnant de notre tirage mensuel d'un Fitbit.

Dans le cadre de ce concours, le nom d'un membre sera tiré au sort parmi les membres du régime qui se sont inscrits aux Services en ligne des membres du régime.

---

<b>Windsor</b>	1.800.265.5615	<b>Vancouver</b>	1.800.665.1494
<b>London</b>	1.800.265.4429	<b>Montréal</b>	1.855.789.9214
<b>Toronto</b>	1.800.268.6613	<b>Atlantique</b>	1.844.666.0667
<b>Calgary</b>	1.888.962.8533	<b>Service à la clientèle</b>	1.888.711.1119



[greenshield.ca](http://greenshield.ca)