ACPM.
Pour l'avancement
des soins de santé

OPIOÏDES : Nous pouvons faire mieux

Les statistiques sur l'utilisation d'opioïdes au Canada sont troublantes. Seuls les États-Unis devancent le Canada en matière de consommation d'opioïdes d'ordonnance par habitant. De surcroît, l'utilisation d'opioïdes d'ordonnance en Amérique du Nord équivaut à plus du double de celle de l'Union européenne, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande[1]. Les décès liés aux opioïdes ont connu une hausse spectaculaire dans de nombreux endroits au Canada; certaines provinces et certains territoires ont même déclaré que les taux élevés de consommation d'opioïdes constituaient une urgence de santé publique.

PROBLÈMES ASSOCIÉS À L'ACCROISSEMENT DU RECOURS AUX OPIOÏDES

Les opioïdes peuvent atténuer la douleur, améliorer les capacités fonctionnelles d'un patient et susciter un sentiment de bien-être ou d'euphorie[2]. Les origines de la douleur sont cependant complexes. D'autres facteurs peuvent également exercer des effets considérables sur la souffrance et l'incapacité. Lorsque des facteurs psychosociaux ou des problèmes de santé mentale contribuent de façon importante à la détresse ressentie, le recours aux opioïdes pourrait ne pas s'avérer efficace.

Les opioïdes sont prescrits pour contrer la douleur aiguë (comme celle constatée en présence d'une fracture osseuse), la douleur cancéreuse et la douleur chronique associée à une gamme de troubles médicaux ou neurologiques. Leur utilisation dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse est particulièrement digne de mention, puisqu'une proportion considérable de la population canadienne connaît ce type de douleur[3]. Qui plus est, la recherche a établi que les patients atteints de dépression ou d'autres troubles de santé mentale, de maladies associées à l'alcoolisme ou à la toxicomanie ou ceux qui abusent déjà d'opioïdes ou qui en sont dépendants sont beaucoup plus susceptibles de se voir prescrire des opioïdes[4].

Parmi les effets indésirables courants des opioïdes, on trouve la sédation, l'étourdissement, la nausée, les vomissements, la constipation et la dépression respiratoire. La tolérance constitue également un phénomène relativement courant, et la dépendance physique est pratiquement universelle chez les patients qui prennent quotidiennement des opioïdes pendant plus que quelques semaines. Parmi les autres effets indésirables, on peut également trouver le retard de la vidange gastrique, le dysfonctionnement immunologique et hormonal, l'hypertonie et la myoclonie[5]. Une hyperalgésie pourrait se manifester et le patient pourrait alors chercher d'autres moyens de soulager ses douleurs. L'utilisation régulière d'opioïdes pendant la grossesse peut mener à un accouchement prématuré et à des symptômes de sevrage aux opioïdes chez les nouveau-nés[2]. De surcroît, les opioïdes peuvent entraîner la mort; le risque de décès est également potentialisé par l'utilisation concomitante d'autres sédatifs[6].

L'atténuation de la consommation d'opioïdes constitue un défi pour les patients et leurs médecins. Une atténuation rapide peut mener à toute une gamme de symptômes de sevrage; il existe toutefois des protocoles de diminution progressive de la posologie. Certains patients suivant un traitement de réduction des opioïdes signalent une amélioration de l'humeur et une atténuation de la douleur[7].

Le détournement de médicaments constitue un autre problème notable pour certains patients et certains médecins. Les amis et la famille d'un patient pourraient détourner des médicaments d'ordonnance pour en faire une consommation abusive. Certains pourraient être tentés de s'automédicamenter ou d'échanger ou vendre les médicaments subtilisés à leurs proches[8]. Les médecins devraient donc avoir, avec leurs patients, des discussions au sujet de la sécurité des médicaments et du risque de détournement.

MÉDECINS AU CŒUR DE LA TOURMENTE

Les médecins subissent des pressions considérables de la part des patients pour atténuer rapidement les douleurs, particulièrement dans le cas des douleurs chroniques non cancéreuses pour lesquelles l'acétaminophène et les AINS ne confèrent aucun soulagement. Les interactions difficiles avec des patients exigeants, agressifs ou même menaçants contribuent aux pressions qui sont exercées sur les médecins pour les pousser à prescrire des opioïdes ou à intensifier les posologies.

Bien que les médecins ne soient pas obligés de poursuivre un traitement ayant été mis en œuvre par un autre médecin, il est possible que des patients leur étant confiés prennent déjà de grandes quantités d'opioïdes en l'absence d'indications claires pour la poursuite du traitement. Les comportements de pharmacodépendance, l'obtention d'ordonnances multiples et la fraude en matière d'ordonnances sont tous des phénomènes bien réels qui peuvent être encore plus difficiles à encadrer dans les provinces et les territoires qui ne disposent pas de systèmes permettant d'assurer le suivi de la médication ou des opioïdes[9].

Les médecins subissent des pressions considérables de la part des patients pour atténuer rapidement les douleurs, particulièrement dans le cas des douleurs chroniques non cancéreuses pour lesquelles l'acétaminophène et les AINS ne confèrent aucun soulagement.

L'EXPÉRIENCE DE L'ACPM

La prescription d'opioïdes constitue, depuis un certain temps déjà, l'une des causes à l'origine des problèmes médico-légaux auxquels les membres de l'ACPM sont confrontés. De 2010 à 2015, 151 dossiers mettant en cause des allégations de préjudices pour le patient associés à la prescription et à l'administration d'opioïdes ont été recensés par l'ACPM. Ces dossiers portent principalement sur des opioïdes prescrits pour la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse.

Ces dossiers se répartissent comme suit :

Instances médico-légales	Nombre	%
Poursuites au civil	57	38,8
Plaintes aux organismes de réglementation de la médecine (Collèges)	90	59,6
Plaintes intrahospitalières	4	2,6

L'analyse de ces dossiers a permis à l'ACPM de cerner trois thèmes principaux :

- **Évaluation du patient :** Certains membres de l'ACPM ont fait l'objet de critiques pour ne pas avoir adéquatement évalué les indications du recours aux opioïdes dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse. Ces évaluations inadéquates avaient habituellement lieu au moment de la mise en œuvre du traitement aux opioïdes, du renouvellement d'un tel traitement et de l'augmentation de la posologie.
- **Prescription concomitante d'opioïdes et d'autres sédatifs :** Dans certains cas, le fait de prescrire des opioïdes en même temps que d'autres sédatifs (p. ex. benzodiazépines et psychotropes) a mené, chez le patient, à une sédation excessive, à une insuffisance respiratoire et à la mort.
- **Comportements de pharmacodépendance :** Dans certains cas, les médecins ont connu des difficultés au moment d'identifier les patients présentant une dépendance aux opioïdes et de prévenir que des médicaments inadéquats ne leur soient prescrits. L'analyse des dossiers a révélé que l'utilisation d'outils d'évaluation validés et d'accords de traitement n'avait pas été adoptée par tous les médecins. D'autres risques ont été associés à l'absence de mesures d'évaluation de l'adhésion au traitement (par exemple, tests d'urine visant à dépister l'utilisation abusive d'autres médicaments). Des cas où des patients ont fait du « magasinage d'ordonnances » ou consulté plus d'un médecin, ou encore ont menacé leurs médecins pour obtenir des ordonnances d'opioïdes, ont été relevés.

ABORDER LA QUESTION DE L'UTILISATION ET DE L'ABUS D'OPIOÏDES

Rôle du médecin : Prescrire adéquatement

Les médecins canadiens peuvent prendre des mesures additionnelles pour déterminer s'il est indiqué d'avoir recours aux opioïdes dans la prise en charge de la douleur aiguë et de la douleur chronique, et pour prévenir l'abus des opioïdes qu'ils prescrivent; la mise en œuvre de telles mesures leur permettrait d'améliorer la sécurité des patients et d'atténuer leurs propres risques médico-légaux.

L'ACPM a rédigé un document intitulé *Prescription d'opioïdes dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse* pour venir en aide aux médecins à ce chapitre.

Parmi les mesures de gestion des risques, on peut trouver ce qui suit : soumettre le patient à des évaluations rigoureuses; ne mettre en œuvre un traitement aux opioïdes qu'en présence d'indications claires; établir un plan de traitement bien défini; obtenir le consentement éclairé du patient; mener des analyses périodiques (surveillance); consulter d'autres médecins ou professionnels de la santé, au besoin; documenter tous les avertissements, toutes les discussions entourant le consentement éclairé et tous les accords de traitement dans le dossier médical; et respecter les lois et les règlements applicables[10].

Les médecins peuvent également consulter le document intitulé *Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain*[7]. Ces lignes directrices recommandent des précautions à prendre pour contrer la fraude en matière d'ordonnances, ainsi que des approches pour la mise en œuvre et le suivi du traitement aux opioïdes, pour la prise en charge de la dépendance aux opioïdes et de leur mésusage, et pour la collaboration avec les pharmaciens. L'utilisation, au point d'intervention, de l'outil connu sous le nom de *The Opioid Manager*[11], qui a été conçu par l'Université McMaster et qui résume l'essentiel des renseignements et des conseils qu'offrent les lignes directrices susmentionnées, pourrait également s'avérer utile.

Les recommandations quant à l'utilisation des opioïdes dans la prise en charge de la douleur chronique dans des contextes autres que ceux du traitement actif du cancer, des soins palliatifs et des soins de fin de vie qui ont été formulées par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) américains, en 2016, constituent une autre ressource potentiellement utile[12].

De nombreux organismes de réglementation de la médecine (Collèges) offrent également des modèles de feuille de surveillance des patients recevant des narcotiques et d'accord de traitement, des mises à jour sur les programmes de médicaments et des ressources traitant de la sélection des opioïdes, et de l'évaluation et du suivi des patients.

Selon la nature de leurs préoccupations, les médecins qui se questionnent au sujet de la prescription d'opioïdes ou de la gestion des médicaments peuvent également consulter des systèmes en ligne de surveillance des ordonnances (le cas échéant) ou encore communiquer avec leur Collège, un pharmacien ou l'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments du Canada (ISMP Canada). Les membres de l'ACPM qui ont des questions d'ordre médico-légal devraient communiquer avec l'Association pour consulter un médecin-conseil.

Rôle des autres intervenants

Bien que les médecins fassent partie intégrante de la solution pour contrer l'abus d'opioïdes au Canada, d'autres intervenants y ont également d'importants rôles à jouer.

Les systèmes électroniques de surveillance (prescription électronique, programme de surveillance des ordonnances, systèmes de surveillance des narcotiques, etc.) constituent des outils importants. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont un rôle à jouer dans le soutien de la mise en œuvre de ces outils. Des données anonymisées d'envergure nationale sur les traitements associés aux médicaments d'ordonnance s'avéreraient également utiles pour l'amélioration des soins à l'avenir. Les gouvernements pourraient financer la poursuite de la recherche sur l'abus d'opioïdes d'ordonnance et modifier les lois et les règlements concernant les médicaments utilisés pour la prise en charge des surdoses d'opioïdes dans des situations d'urgence. Ils pourraient également sensibiliser davantage le public à la dépendance aux opioïdes et aux conséquences du mésusage de ces médicaments sur la santé publique, en plus de chercher à accroître l'accès aux ressources communautaires qui pourraient prévenir une telle utilisation abusive des opioïdes au Canada.

La Fédération des ordres des médecins du Canada a intensifié ses efforts ciblant la prescription et le détournement des médicaments qui font l'objet d'une consommation abusive à grande échelle. Ces efforts visent la formulation de recommandations pour la mise en œuvre de règlements, d'audits de pratique ou d'évaluations des modalités de prescription, ainsi que pour l'attribution de possibles conséquences aux médecins dont les ordonnances ne sont pas rédigées conformément aux bonnes pratiques à ce chapitre. Nous prévoyons que les médecins tireront avantage de l'obtention de données et de commentaires au sujet de leurs tendances en matière de prescription, et qu'ils s'en inspireront.

Les facultés de médecine et les programmes de développement professionnel continu devraient offrir plus de formation sur le traitement de la douleur, les pratiques sécuritaires en matière de prescription d'opioïdes et l'abus de ces médicaments.

Les pharmaciens doivent également continuer d'assurer une gestion rigoureuse des ordonnances d'opioïdes et de dispenser ces médicaments de façon sécuritaire. Une communication efficace entre les pharmaciens, les médecins et les patients revêt une importance cruciale. Les pharmaciens jouent un rôle de premier plan pour ce qui est du dépistage des comportements d'abus ou de mésusage d'opioïdes[13]. Dans la mesure du possible, les médecins devraient chercher à rester en contact avec les pharmaciens de leur collectivité.

Les patients et les familles peuvent également influer sur l'utilisation (normale ou abusive) des opioïdes. Les professionnels de la santé devraient inciter les patients qui envisagent l'utilisation d'opioïdes à poser des questions et à se renseigner sur ces médicaments afin d'en connaître les avantages, les risques et les solutions de rechange, le cas échéant. Les patients, pour leur part, ont les obligations suivantes : bien connaître les dangers associés au détournement de médicaments et être en mesure d'expliquer comment ils s'y prendront pour éviter une telle pratique; être capables d'expliquer les mesures qu'ils prendront pour éviter le mésusage de ces médicaments; et s'assurer de savoir à qui s'adresser s'ils en viennent à avoir des questions au sujet de leurs médicaments d'ordonnance.

1. Silversides A. Backgrounder: Canada's prescription opioid crisis. EvidenceNetwork.ca [En ligne]. Winnipeg (MB): University of Manitoba; le 31 juillet 2014 [cité le 4 mars 2016]. http://umanitoba.ca/outreach/evidencenetwork/archives/19635
2. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. Opioïdes d'ordonnance. Sommaire canadien sur la drogue [En ligne]. Juillet 2015 [cité le 4 avril 2016]. http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Prescription-Opioids-2015-fr.pdf
3. Fischer B, Argento E. Prescription opioid related misuse, harms, diversion and interventions in Canada: A review. Pain Physician [En ligne]. 2012 [cité le 8 avril 2016];15: ES191-ES203. http://painphysicianjournal.com/2012/july/2012;15;ES191-ES203.pdf
4. Edlund M, Martin B, Devries A, Fan M, Braden J, Sullivan M. Trends in use of opioids for chronic noncancer pain among individuals with mental health and substance use disorders: the TROUP study. Clin J Pain 2010 Jan; 26(1):1-8.
5. Benyamin R, Trescot A, Datta S, Buenaventura R, Adlaka R, Sehgal N, Glaser S, Vallejo R. Opioid complications and side effects. Pain Physician 2008 Mar; 11;2 Suppl:S105-20.
6. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Injury Prevention and Control, Division of Unintentional Injury Prevention. Opioid overdose: prescription opioids page [En ligne]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; mis à jour le 16 mars 2016; [cité le 22 avril 2016]. http://www.cdc.gov/drugoverdose/opioids/prescribed.html
7. National Opioid Use Guideline Group, Michael G. DeGroote National Pain Centre. Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic non-cancer pain [En ligne]. Hamilton (ON); McMaster University; Avril 2010 [cité le 7 mars 2016]. 126 p. http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/opioid_guideline_part_b_v5_6.pdf
8. Shehnaz S, Agarwal A, Khan N. A systematic review of self-medication practices among adolescents. Journal of Adolescent Health [En ligne]. Le 1er juillet 2014 [cité le 7 mars 2016]; 55(4):467-83. http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(14)00276-6/pdf doi:.10.1016/j.jadohealth.2014.07.001
9. Association canadienne de protection médicale. Prévenir le mésusage des opioïdes. Perspective ACPM [En ligne]. Juin 2015 [cité le 25 avril 2016];5-7. https://www.cmpa-acpm.ca/fr/safety/-/asset_publisher/N6oEDMrzRbCC/content/preventing-the-misuse-of-opioids
10. Toombs, J. Commonsense opioid risk management in chronic non-cancer pain. Practical pain management [En ligne]. 2008 [cité le 7 mars 2016]; 8(3). http://www.practicalpainmanagement.com/treatments/pharmacological/opioids/commonsense-opioid-risk-management-chronic-non-cancer-pain
11. Opioid Manager [En ligne]. Hamilton (ON); McMaster University Michael G. DeGroote National Pain Centre; 2010 [cité le 26 avril 2016]. http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioidmanager/
12. Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for prescribing opioids for chronic pain — United States, 2016. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR);65:1–49 [En ligne]. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention. Mars 2016 [cité le 25 avril 2016]; DOI: doi.org/10.15585/mmwr.rr6501e1
13. University of Massachusetts Medical School NOW [En ligne]. Worcester (MA): University of Massachusetts Medical School; le 5 juin 2014. [vidéo], Key role for pharmacists in stemming opioid abuse crisis; le 5 juin 2014 [cité le 7 mars 2016], 3 min 43 s. http://www.umassmed.edu/news/news-archives/2014/06/Key-role-for-pharmacists-in-stemming-opiate-abuse-crisis/

L'Association canadienne de protection médicale

www.cmpa-acpm.ca

C.P. 8225, Succursale T, Ottawa ON K1G 3H7 | 613-725-2000, 1-800-267-6522 | 613-725-1300, 1-877-763-1300

© ACPM 2016 08/16

ACPM.
Pour l'avancement des soins de santé

Prescription d'opioïdes dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse

L'Association canadienne de protection médicale (ACPM) offre les renseignements suivants sur la gestion des risques aux médecins qui prescrivent des opioïdes dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse. Il s'agit d'un résumé des suggestions fondées sur les opinions des experts consultés dans les dossiers médico-légaux de l'ACPM et la littérature médicale publiée.

RENSEIGNEMENTS ET CONNAISSANCES

- Actualisez régulièrement vos connaissances au sujet des options médicamenteuses ou non en matière de soulagement de la douleur (indications du traitement, contre-indications, interactions médicamenteuses et effets indésirables, entre autres)[1].
- Déterminez si votre pratique respecte les guides de pratique clinique reconnus.

ÉVALUATION, CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ ET GESTION DES ATTENTES DU PATIENT

- Évaluez soigneusement les symptômes et les capacités fonctionnelles du patient. Cherchez d'abord à établir si la mise en œuvre d'options analgésiques non médicamenteuses s'avère appropriée (ou si ces options peuvent être utilisées à titre de traitement d'appoint) et si la prescription d'analgésiques non opioïdes est plutôt à privilégier[2]. Lorsque vous envisagez d'avoir recours à des opioïdes, assurez-vous de tenir compte des autres médicaments que prend le patient et de ses antécédents en matière d'abus d'opioïdes ou d'autres substances, le cas échéant; assurez-vous également de tenir compte des problèmes de santé mentale peu reconnus ou mal traités que ce patient pourrait présenter.
- Obtenez le consentement éclairé du patient avant la mise en œuvre d'un traitement aux opioïdes. Les avantages escomptés (soulagement de la douleur et amélioration du fonctionnement) devraient l'emporter sur les facteurs de risque du patient en matière de préjudices attribuables aux opioïdes[1]. Offrez au patient des explications quant aux modifications affectant les ordonnances et à la possibilité de voir les risques se poursuivre.
- Tenez compte de l'origine et de la nature de la douleur. Gérez les attentes du patient en ce qui concerne le soulagement de la douleur[3].
- Envisagez d'offrir au patient des opioïdes à titre d'essai et d'établir une stratégie visant l'abandon du traitement en l'absence d'une atténuation de la douleur[4].
- Envisagez l'utilisation d'une échelle validée d'évaluation de la douleur et tenez compte de l'âge du patient, de sa taille, de ses facteurs de risque de mésusage et de dépendance, et de sa possible naïveté aux opioïdes[5].
- Entendez-vous avec le patient quant à vos et à ses responsabilités en ce qui a trait à la gestion du traitement aux opioïdes. Faites clairement part au patient des politiques en matière d'utilisation d'opioïdes et de renouvellement d'ordonnance. Établissez des limites et des attentes claires en matière de comportement. Envisagez l'utilisation d'accords de traitement[6]. Lorsque vous utilisez un accord de traitement, assurez-vous que le patient le comprend et l'accepte.
- Avisez les patients d'éviter de conduire des véhicules et d'utiliser des machines[7], et documentez cette intervention dans le dossier médical.

SUIVI DU PATIENT ET APPROVISIONNEMENT EN OPIOÏDES

- Effectuez le suivi des patients auxquels vous avez remis une ordonnance d'opioïdes, ce suivi devant comprendre une réévaluation périodique des avantages et des risques de la poursuite du traitement aux opioïdes[1]. Certaines provinces et certains territoires disposent de programmes utiles de surveillance des médicaments d'ordonnance. Passez en revue les objectifs du patient, le traitement global de la douleur, les effets indésirables et les autres options de traitement.

- Prescrivez des quantités exactes de médicaments, établies en fonction des besoins prévus du patient jusqu'au rendez-vous suivant[1], et envisagez d'avoir recours à des rendez-vous moins espacés dans le temps.

CONSULTATION, DOCUMENTATION ET SÉCURITÉ

- Consultez vos collègues, des pharmaciens ou d'autres experts (comme des médecins spécialisés en toxicomanie, ou en traitement de la douleur), au besoin[1].
- Envisagez de procéder au dépistage de la toxicomanie et de la dépendance chez vos patients, et de les diriger (le cas échéant) vers des ressources traitant de l'abus de substances ou de créer pour eux un plan de diminution progressive de la posologie[6].
- Documentez toutes les discussions associées aux médicaments (y compris les discussions portant sur le consentement éclairé) et toutes les décisions quant au traitement dans le dossier médical[1]. Assurez-vous de verser, dans ce dossier, une copie de tous les accords de traitement signés par le patient. N'oubliez pas d'entreposer vos blocs d'ordonnances et vos réserves de médicaments de façon sécuritaire[8].
- Discutez avec le patient de l'importance de conserver les médicaments dans un endroit sécuritaire à la maison et des risques de détournement de ces médicaments[1].

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AIGUË ET DE LA DOULEUR POST-OPÉRATOIRE

Les analgésiques ou les traitements non opioïdes pourraient ne pas offrir un soulagement adéquat; la gravité de la douleur pourrait donc justifier le recours aux opioïdes. Les antécédents du patient en matière de toxicomanie ou d'abus de substances devraient être pris en considération avant de prescrire un médicament. Il est important de faire preuve de rigueur dans la prescription des opioïdes. Assurez-vous de garder les éléments suivants à l'esprit :

- Expliquez les avantages possibles et les risques aux patients.
- Limitez le nombre de doses prescrites en fonction de la durée prévue de la douleur.
- Rappelez aux patients de remettre tous les opioïdes non utilisés à une pharmacie.
- Avisez les patients que les opioïdes ne peuvent être utilisés qu'à court terme.
- Avisez les patients d'éviter de conduire des véhicules ou d'utiliser des machines.
- Documentez, dans le dossier médical, le consentement du patient et les avertissements que vous lui avez remis.

1. Association canadienne de protection médicale. Prévenir le mésusage des opioïdes. Perspective ACPM [En ligne]. Juin 2015 [cité le 25 avril 2016];7(3):5-7. https://www.cmpa-acpm.ca/fr/safety/-/asset_publisher/N6oEDMrzRbCC/content/preventing-the-misuse-of-opioids
2. Schnitzer TJ. Non-NSAID pharmacological treatment options for the management of chronic pain. Am J Med [En ligne]. Le 27 juillet 1998 [cité le 26 avril 2016]:105(1B):45S-52S. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9715834
3. Chou R, Fanciullo G, Fine P, Adler J, Ballantyne J, Davies P, Donovan M, Fishbain D, Foley K, Fudin J, Gilson A, Kelter A, Mauskop A, O'Connor P, Passik S, Pasternak G, Portenoy R, Rich B, Roberts R, Todd K, Miaskowski C, American Pain Society-American Academy of Pain Medicine Opioids Guidelines Panel. Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy in chronic noncancer pain. J Pain [En ligne]. Février 2009 [cité le 26 avril 2016]; 10(2): 113-130. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4043401/ doi:10.1016/jpain.2008.10.008
4. Argoff C, Viscusi E. The use of opioid analgesics for chronic pain: Minimizing the risk for harm. Am J Gastroenterol Suppl [En ligne]. 2014 [cité le 26 avril 2016]; 2:3-8. http://www.nature.com/ajgsup/journal/v2/n1/full/ajgsup20143a.html doi:10.1038/ajgsup.2014.3 doi:10.1038/ajgsup.2014.3
5. Sehgal N, Manchikanti L, Smith H. Prescription opioid abuse in chronic pain: A review of opioid abuse predictors and strategies to curb opioid abuse. Pain Physician [En ligne]. 2012 [cité le 26 avril 2016]; 15:ES67-ES92. http://www.thblack.com/links/RSD/PainPhys2012_15_ES67_RxOpioidAbuseInChronPain-26p.pdf
6. National Opioid Use Guideline Group. Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic non-cancer pain [En ligne]. Hamilton (ON); McMaster University, Hamilton; avril 2010 [cité le 7 mars 2016]. 126 p. http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/documents/opioid_guideline_part_b_v5_6.pdf
7. Pain EDU, Improving pain through education, Articles [En ligne]. Zacharoff K. Chronic opioid therapy: driving and work safety. Newton (MA):Inflexxion; le 2 février 2010; [cité le 26 avril 2016]. https://www.painedu.org/articles_timely.asp?ArticleNumber=31
8. American College of Preventive Medicine [En ligne]. Use, abuse, misuse, and disposal of prescription pain medication, clinical reference. Washington (DC); 2011 [cité le 26 avril 2016]. http://www.acpm.org/?UseAbuseRxClinRef

C.P. 8225, Succursale T, Ottawa ON K1G 3H7 | 613-725-2000, 1-800-267-6522 | 613-725-1300, 1-877-763-1300

© ACPM 2016 08/16