



RAPPORT SUR  
**L'ÉCHANGE  
MEILLEURS  
CERVEAUX**

---

Traitement de la  
*douleur chronique*  
et des *troubles*  
*complexes concomitants*  
*de santé mentale*  
et de *consommation*  
*de substances*



Santé  
Canada

Health  
Canada

Canada

**Santé Canada est le ministère fédéral responsable d'aider les Canadiennes et les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé.** Santé Canada s'est engagé à améliorer la vie de tous les Canadiens et à faire du Canada l'un des pays où les gens sont le plus en santé au monde, comme en témoignent la longévité, les habitudes de vie et l'utilisation efficace du système public de soins de santé.

Also available in English under the title:

*Best Brains Exchange Report: Treatment of Chronic Pain and Complex Concurrent Mental Health and Substance Use Conditions*

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Santé Canada

Indice de l'adresse 0900C2

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Tél. : 613-957-2991

Sans frais : 1-866-225-0709

Télec. : 613-941-5366

ATS : 1-800-465-7735

Courriel : [publications-publications@hc-sc.gc.ca](mailto:publications-publications@hc-sc.gc.ca)

© Sa Majesté le Roi du Chef du Canada, représenté par le ministre de la Santé, 2023

Date de publication : septembre 2023

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : H134-34/2023F-PDF | ISBN : 978-0-660-67969-3 | Pub. : 230416

# TABLE DE MATIÈRES

Résumé .....	1
Contexte .....	1
Résumé de la discussion .....	2
Principales conclusions et recommandations .....	2
Faits saillants .....	5
<b>1.0 Contexte</b> .....	<b>6</b>
1.1 Impact de la douleur chronique au Canada : Incidence, fardeau et comorbidité .....	6
<b>2.0 Objectifs et format de l'ÉMC</b> .....	<b>8</b>
2.1 JOUR 1 : Prévention et traitement des problèmes complexes concomitants .....	9
2.2 JOUR 2 : Mise en œuvre de stratégies efficaces .....	11
<b>3.0 Problèmes généraux</b> .....	<b>15</b>
3.1 Stigmatisation : Sources diverses, impacts complexes .....	15
3.2 Équité, intersectionnalité et personnes vivant avec la douleur .....	18
3.3 Accès aux services de traitement de la douleur et modèles efficaces de prise en charge de la douleur .....	22
3.4 Leadership et coordination au niveau national .....	28
3.5 Éducation, formation et perfectionnement professionnel continu avant et après l'obtention de l'autorisation d'exercer .....	30
3.6 Recherche et données .....	32
3.7 Défense des intérêts et sensibilisation : éducation du public .....	34
<b>4.0 Conclusions</b> .....	<b>36</b>
<b>Annexe A : Objectifs et contexte</b> .....	<b>37</b>
<b>Annexe B : Ressources et articles</b> .....	<b>40</b>
<b>Annexe C : Séance d'Échanges Meilleurs Cerveaux</b> .....	<b>44</b>
Annexe C-1 : Ordre du jour .....	44
Annexe C-2 : Notice biographique des présentateurs et de l'animatrice .....	47
Annexe C-3 : Participants .....	54



*Le programme Échange Meilleurs Cerveaux (EMC)* des IRSC est un programme de mobilisation des connaissances qui vise à créer des synergies entre les décideurs, les chercheurs, les experts en mise en œuvre et les principaux intervenants.

# RÉSUMÉ

## Contexte

**EN MARS 2019**, le gouvernement du Canada a créé le Groupe de travail canadien sur la douleur (GTCD, ou « le groupe de travail »), chargé de fournir des conseils et des renseignements afin de mieux comprendre et répondre aux besoins des Canadiens et Canadiennes vivant avec la douleur. En mars 2021, le groupe de travail a remis son rapport final à Santé Canada – un Plan d’action pour la douleur au Canada – qui comprenait plus de 150 recommandations pour des mesures prioritaires, y compris des mesures visant à soutenir une meilleure intégration des services de gestion de la douleur dans les services de traitement de la santé mentale et de la consommation de substances, et vice-versa.

**La santé mentale et la consommation de substances** figurent parmi les principales priorités en matière de santé à tous les ordres de gouvernement : fédéral, provincial et territorial. Les personnes qui vivent avec la douleur chronique et des troubles concomitants de santé mentale et de consommation de substances représentent une intersection complexe entre 2 domaines importants des politiques en matière de santé, en particulier à la suite de la réponse aux recommandations du groupe de travail et de la crise des surdoses qui se poursuit.

Une douleur non gérée a un impact économique considérable sur les individus et le pays. Elle se traduit également par des résultats médiocres pour les individus : 36 % déclarent que leur douleur les empêche d’effectuer la plupart ou une partie des activités de la vie quotidienne, ce qui affecte leur famille et leur communauté. Une douleur non gérée peut être à l’origine d’autres problèmes sociaux et de santé, notamment des troubles de santé mentale et de consommation de substances.

Les 27 et 28 février 2023, Santé Canada, en partenariat avec les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), a organisé un Échange Meilleurs Cerveaux (EMC) afin d’améliorer et de partager les connaissances relatives aux meilleures pratiques et aux options de traitement pour les personnes qui vivent avec la douleur chronique et un trouble concomitant de santé mentale ou d’utilisation de substances. Cet événement virtuel a permis aux participants de discuter des possibilités et des défis liés à la mise en œuvre efficace de ces meilleures pratiques. Les participants ont aussi discuté des mesures qui pourraient être entreprises pour fournir un accès équitable aux services pour les populations touchées de manière disproportionnée par la douleur (voir l’ordre du jour de la réunion). Il s’agit notamment :

- les populations autochtones
- les enfants et les jeunes
- les anciens combattants et le personnel militaire

Au cours de cet événement, plus de 50 experts (voir la [liste des participants](#)) issus de différents secteurs ont été réunis, notamment :

- des experts en la matière, tels que :
  - › des chercheurs
  - › des cliniciens
  - › des experts en mise en œuvre
- des personnes vivant avec la douleur
- des décideurs politiques et organismes professionnels, y compris des :
  - › représentants de 7 provinces et territoires
  - › représentants de 7 ministères et organismes fédéraux, comme :
    - Services aux Autochtones Canada
    - le ministère de la Défense nationale
    - Anciens Combattants Canada
    - le Service correctionnel du Canada
  - › représentants du [Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances](#)
  - › représentants de [l'Agence des médicaments et des technologies de la santé au Canada](#)

Les présentateurs et les participants se sont réunis pour améliorer et partager leurs connaissances sur les meilleures pratiques en matière de traitement de la douleur chronique et des troubles de comorbidité. Le EMC a également été l'occasion de dépasser les cloisonnements existants et de discuter de la manière de mettre en œuvre des stratégies efficaces pour répondre aux besoins des personnes vivant avec ces enjeux de santé complexes.

## Résumé de la discussion

Globalement, l'objectif de l'EMC était de hiérarchiser les stratégies et les modèles de soins les plus efficaces pour gérer la douleur chronique et les enjeux de santé complexes concomitants. L'accent a été mis sur l'innovation et les moyens d'adapter ou d'étendre certaines de ces meilleures pratiques. Il s'agissait également de réfléchir à l'expérience des personnes vivant avec une douleur chronique ainsi qu'à l'impact de la douleur chronique sur les populations touchées de manière disproportionnée.

Les participants ont discuté des obstacles nombreux et complexes à des soins optimaux, ainsi que des facteurs tout aussi complexes qui peuvent servir de facilitateurs ou de solutions. Comme indiqué tout au long de l'EMC, les solutions pour une gestion efficace de la douleur chronique et des enjeux de santé complexes concomitants nécessitent un leadership intersectoriel et interdisciplinaire, en particulier au niveau national, ainsi qu'une collaboration entre tous les intervenants.

## Principales conclusions et recommandations

### Réduire la stigmatisation et appliquer une optique d'équité

- L'impact de la stigmatisation a été un thème récurrent dans presque toutes les présentations, en particulier celles axées sur les populations touchées de manière disproportionnée par ces problèmes de santé concomitants



- Dans le domaine de l'éducation, les facteurs négatifs liés à la stigmatisation, à l'équité et à l'intersectionnalité peuvent être réduits en impliquant des personnes ayant une expérience vécue et actuelle de la douleur et des populations touchées de manière disproportionnée par la douleur dans l'élaboration :
  - › de politiques
  - › de programmes
  - › de recherches
  - › d'efforts de sensibilisation
- Pour prévenir la douleur à l'âge adulte, il faut donner la priorité à la douleur et la traiter dès le début du cycle de vie et soutenir la mise en œuvre efficace de la norme sur la gestion de la douleur pédiatrique
- Supprimer les obstacles aux soins pour les populations touchées de manière disproportionnée par la douleur et veiller à ce que les priorités en matière de santé et les engagements financiers reflètent les besoins de ces populations

### Accès aux services de traitement de la douleur et modèles efficaces de soins contre la douleur

- Intégrer le traitement de la douleur et des troubles concomitants de santé mentale et de consommation de substances dans la réforme du système et la santé dans toutes les politiques
- Réviser les normes et les lignes directrices pertinentes afin d'éliminer les obstacles à des soins équitables et efficaces, y compris l'accès aux services non pharmacologiques (comme la physiothérapie et les services de chiropraxie)
- S'éloigner de l'approche biomédicale pour adopter une approche biopsychosociale qui soutient un modèle de soins interdisciplinaire, impliquant les personnes vivant avec la douleur et leurs fournisseurs de soins primaires
- S'attaquer aux obstacles liés à l'accès aux soins en soutenant mieux les médecins et les spécialistes
- Pour favoriser l'accès aux ressources virtuelles, y compris les programmes d'autogestion et de pair-à-pair, fournir un meilleur accès à Internet, soit en réduisant les coûts, soit en augmentant la disponibilité
- Garantir l'accès aux analgésiques, notamment en évitant une diminution rapide de la dose et en s'attaquant aux problèmes sous-jacents de la douleur non gérée en tant que facteur pouvant mener à la consommation de substances
- Renforcer les liens entre les soins primaires et les soins spécialisés
- Adopter des modèles de soins plus efficaces qui contribuent à améliorer les temps d'attente et l'accès aux services spécialisés

### Leadership et coordination au niveau national

- Renforcer les liens entre les soins primaires et les soins spécialisés
- Favoriser la collaboration nationale par le biais de partenariats permanents à tous les ordres de gouvernement afin de soutenir les efforts visant à faire de la douleur une priorité en matière de santé
- Il s'agit notamment de mettre en place une structure de gouvernance fédérale, provinciale et territoriale habilitée en matière de douleur chronique

- Fournir des ressources qui aident les fournisseurs et leurs patients à acquérir des connaissances plus globales et fondées sur des données probantes concernant la douleur chronique et les problèmes de santé concomitants
- Afin de permettre un changement positif et durable, accroître le soutien d'une série d'autres acteurs travaillant à l'intérieur et à l'extérieur du système de santé, qu'il s'agisse :
  - › de défenseurs des pairs
  - › d'organismes non gouvernementaux
  - › d'institutions universitaires
  - › d'assureurs
- Fournir des investissements suffisants pour évaluer et étendre les interventions à l'ensemble des juridictions

### Éducation, formation et perfectionnement professionnel continu

- Sensibiliser les intervenants à la manière de reconnaître et de réduire la stigmatisation, y compris la stigmatisation intériorisée par les patients et la stigmatisation au sein de la communauté médicale
- Améliorer la formation sur la douleur et les problèmes de santé complexes concomitants pour l'ensemble des cliniciens, en particulier les médecins de premier recours
- Veiller à ce que les renseignements soient fondés sur une approche biopsychosociale pour les fournisseurs interdisciplinaires
- Créer des ressources et des outils éducatifs à l'usage des fournisseurs de soins de santé et des patients

### Recherche et données

- Soutenir la poursuite de la recherche sur les aspects croisés de la douleur chronique et des troubles de santé mentale et de consommation de substances
- Accroître les preuves concernant la douleur elle-même et les traitements potentiels fondés sur une approche biopsychosociale, avec une équipe interdisciplinaire
- Repenser les preuves pour inclure la communauté autochtone et ses pratiques et médecines traditionnelles
  - › Réaliser davantage d'évaluations des meilleures pratiques au Canada et à l'étranger
- Associer les personnes vivant avec la douleur à toutes les étapes du processus de recherche

### Défense des intérêts et sensibilisation

- Développer et soutenir la défense des intérêts tant au niveau local que national
- S'appuyer sur l'expertise des personnes vivant avec la douleur et encourager et soutenir le partage de récits, de connaissances, de réseaux d'entraide, et de soutien par les pairs
- Sensibiliser davantage à l'impact de la douleur chronique sur les Canadiens et Canadiennes, en s'appuyant sur les récits et les expériences des personnes vivant avec la douleur
- La défense des intérêts et la sensibilisation devraient également soutenir les efforts visant à réduire la stigmatisation, ainsi que la sensibilisation accrue pour fixer des priorités avec les décideurs politiques afin d'augmenter le financement de la recherche et de la mise en œuvre des programmes





## Faits saillants

Les investissements et les mesures dans le domaine de la prévention et du traitement de la douleur peuvent réduire l'impact social, économique et sanitaire de la douleur chronique et améliorer les résultats pour les Canadiens et Canadiennes, ainsi que le système de santé en général. Bien qu'il soit nécessaire de disposer de davantage d'éléments probants dans ce domaine, un consensus se dégage sur ce qui fonctionne et sur les mesures à prendre pour mieux soutenir les Canadiens et Canadiennes qui vivent avec ces problèmes de santé concomitants complexes.

Dans l'ensemble, les présentateurs et les participants ont insisté sur la nécessité d'adopter les approches globales suivantes pour tous les rôles :

- Appliquer les optiques de l'équité et de l'intersectionnalité et être conscient des multiples niveaux et impacts de la stigmatisation
  - › Ces éléments sont essentiels pour comprendre la complexité des besoins, des obstacles et des solutions pour cette population de patients
- Viser une collaboration et une coordination optimales aux niveaux national, provincial et territorial afin d'aligner efficacement toutes les ressources disponibles et de créer les solutions les plus efficaces et les plus efficaces possibles

Veillez noter que l'EMC a utilisé les règles de Chatham House. Par conséquent, le rapport ne précise pas l'origine des commentaires ou des renseignements, à l'exception des présentateurs qui ont accepté d'être cités.

# 1.0 CONTEXTE

## 1.1 Impact de la douleur chronique au Canada : Incidence, fardeau et comorbidité

La [douleur chronique](#) est un grave problème de santé publique au Canada, qui touche environ 1 Canadien sur 5, soit 7,6 millions de personnes. La douleur chronique est souvent une maladie invisible qui peut toucher des personnes de tous âges, y compris des enfants et des adolescents. Elle est définie comme une douleur qui dure ou revient pendant plus de 3 mois. La douleur chronique est l'un des motifs les plus courants de recours aux soins de santé et il existe des liens importants entre la douleur chronique et d'autres priorités de santé et sociales.

### Troubles liés à la consommation de substances

- La douleur chronique est un facteur important
- En 2018, environ 44 % des personnes décédées d'une surdose de drogues illicites en Colombie-Britannique avaient demandé de l'aide pour des troubles liés à la douleur au cours de l'année précédant leur décès
- Plus de 50 % des personnes vivant avec une douleur chronique modérée ou sévère déclarent consommer des substances
- 31 % à 55 % des personnes qui consomment des drogues déclarent vivre avec la douleur chronique

### Santé mentale

- La douleur chronique entraîne souvent l'anxiété et la dépression et double presque le risque de suicide
- 28 % des personnes vivant avec une douleur chronique ont sérieusement envisagé le suicide

### Aide médicale à mourir (AMM)

- [Près de 60 % des Canadiens et Canadiennes qui ont reçu une AMM en 2021 ont cité le contrôle inadéquat de la douleur](#) (ou l'inquiétude liée à la douleur) comme raison ayant motivé leur demande

### COVID-19

- Les procédures médicales retardées résultant de la COVID-19 ont conduit certaines personnes à passer du stade de douleur aiguë à celui de la douleur chronique
- Il est de plus en plus évident que la douleur chronique est un symptôme courant de l'état post-COVID

## Facteurs aggravants

### Problèmes complexes et accès insuffisant aux soins

Bien qu'il existe des options et des approches thérapeutiques efficaces, la disponibilité et l'accessibilité des services de soins multidisciplinaires et interdisciplinaires posent problème. Notamment :

- longs délais d'attente
  - › Les délais d'attente moyens sont de 5,5 mois et peuvent aller jusqu'à 4 ans.
- accès limité dans les communautés rurales, éloignées et nordiques
- obstacles financiers pour les services de traitement de la douleur ou d'autres traitements spécialisés, comme :
  - › soutien psychologique
  - › physiothérapie



### **Manque de connaissances**

Il existe peu de conseils sur les meilleures pratiques pour le traitement de la douleur et des troubles concomitants de santé mentale et de consommation de substances.

### **Stigmatisation**

Les personnes vivant avec une douleur chronique sont souvent confrontées à la stigmatisation de la population en général, à la stigmatisation intériorisée par le patient lui-même ou la stigmatisation par la communauté médicale, ce qui augmente les difficultés d'accès à des services adéquats pour le traitement de leur douleur.

### **Fardeau**

La douleur non traitée a un impact significatif sur les individus et pour le pays. Elle se traduit par des résultats médiocres pour les individus : 36 % déclarent que leur douleur les empêche d'effectuer la plupart ou une partie des activités de la vie quotidienne. Elle affecte également leurs familles et leurs communautés.

Les populations touchées de manière disproportionnée par les inégalités sociales et la discrimination sont souvent confrontées à des difficultés accrues pour accéder à des services adéquats de prise en charge de la douleur.

En mars 2019, le gouvernement du Canada a créé le Groupe de travail canadien sur la douleur (GTCD) afin de fournir des conseils et des renseignements pour aider à comprendre et à répondre aux besoins des Canadiens et Canadiennes qui vivent avec la douleur. En mars 2021, le GTCD a sorti un Plan d'action pour la douleur au Canada qui comprenait plus de 150 recommandations pour des mesures prioritaires, afin que les personnes qui vivent avec la douleur soient reconnues et soutenues et que la douleur soit comprise, prévenue et traitée de manière efficace. Plusieurs recommandations reflètent les intersections significatives entre la douleur chronique, la santé mentale et la consommation de substances, ainsi que l'importance d'une meilleure intégration des services, en particulier pour les personnes vivant avec ces problèmes de santé complexes et concomitants.

## 2.0 OBJECTIFS ET FORMAT DE L'ÉMC

Le programme Échange Meilleurs Cerveaux (EMC) des IRSC est un programme de mobilisation des connaissances qui vise à créer des synergies entre les décideurs, les chercheurs, les experts en mise en œuvre et les principaux intervenants. Le programme vise également à répondre aux priorités urgentes en matière de santé, dans le but de soutenir l'intégration des résultats de la recherche dans les politiques et les pratiques.

En collaboration avec les IRSC, l'équipe des politiques sur la douleur chronique de Santé Canada a organisé un EMC virtuel les 27 et 28 février 2023. L'objectif de cet EMC était d'améliorer et de partager les connaissances relatives aux meilleures pratiques et aux options de traitement pour les personnes souffrant de douleur chronique et de problèmes concomitants liés à la santé mentale ou à la consommation de substances. Il a rassemblé des représentants de différents secteurs et expertises, notamment :

- des experts en recherche
- des spécialistes de la douleur
- des personnes vivant avec la douleur
- des représentants de 7 ministères et organismes fédéraux
- des représentants de 7 provinces et territoires
- des représentants de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS)
- des représentants du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS)

Comme l'a constaté le GTCD au cours de son mandat de 3 ans, il existe peu de connaissances et de ressources centralisées concernant les meilleures pratiques pour le traitement des personnes qui vivent avec la douleur chronique et un trouble complexe concomitant de santé mentale et/ou de consommation de substances. Cependant, les données générées par le groupe de travail suggèrent que la recherche, les chercheurs et les cliniciens spécialisés dans ce domaine existent – bien que des obstacles empêchent souvent la mise en œuvre des meilleures pratiques au-delà des frontières juridictionnelles ou professionnelles. Ainsi, l'organisation d'un EMC réunissant des experts dans ce domaine et des représentants fédéraux, provinciaux et territoriaux ainsi que des professionnels a permis de générer et de partager des connaissances pertinentes. Cet événement a également constitué une première étape dans la réponse aux recommandations formulées par le groupe de travail concernant l'accès équitable aux services pour un groupe de Canadiens touchés de manière disproportionnée par la douleur, à savoir les personnes vivant avec un trouble concomitant de santé mentale ou de consommation de substances.

Les participants à l'EMC ont été invités à se pencher sur les questions suivantes :

1. Sur la base des données actuelles, quelles sont les stratégies les plus efficaces pour la prévention et le traitement des problèmes de santé complexes concomitants de la douleur chronique et des maladies mentales et/ou des troubles liés à la consommation de substances?
2. Pour servir cette population complexe, quelles stratégies pourraient être mises en place pour soutenir la mise en œuvre de programmes et de pratiques efficaces qui ne sont pas nécessairement recommandés pour les personnes vivant uniquement de douleurs chroniques, de maladies mentales ou de troubles liés à la consommation de substances?

Des détails supplémentaires sur les objectifs de l'EMC figurent à [l'annexe A](#).



Le premier jour de la réunion a été consacré à l'identification des meilleures pratiques pour la prévention et le traitement des problèmes de santé complexes concomitants. Le deuxième jour s'est concentré sur les défis et les possibilités pour soutenir la mise en œuvre de ces meilleures pratiques, y compris une séance dédiée à l'identification des moyens de mieux soutenir les populations touchées de manière disproportionnée par ces intersections complexes.

## 2.1 JOUR 1 : Prévention et traitement des problèmes complexes concomitants

Les anciennes coprésidentes du groupe de travail, Fiona Campbell et Maria Hudspith, ont commencé l'EMC par une présentation qui a permis de situer le thème de l'EMC par rapport au contexte général de la douleur chronique au Canada et aux activités et conclusions du groupe de travail. Elles ont souligné la question de la bifurcation (par exemple, les critères d'orientation qui exigent que les troubles liés à la consommation de substances ou le diagnostic de santé mentale soient pris en charge avant de traiter la douleur dans une clinique tertiaire) et l'importance de soutenir les personnes qui vivent avec ces problèmes de santé complexes d'une manière holistique, plutôt que de « traiter les problèmes » séparément.

### Panéliste 1 : Dr Hance Clarke

Le premier panel de la journée a fourni des exemples de programmes efficaces, de modèles de soins et de meilleures pratiques pour traiter la douleur chronique quand et où elle se superpose à des problèmes de santé complexes concomitants. Le Dr Hance Clarke a présenté brièvement le [service de gestion de la douleur transitionnelle](#), un programme multidisciplinaire de traitement de la douleur destiné aux patients qui risquent de souffrir de douleurs post-chirurgicales chroniques et d'incapacités liées à la douleur. Ce programme a été initialement mis en place à l'hôpital général de Toronto en 2014 sous la forme d'un projet pilote, qui maintenait les troubles de santé mentale et de consommation de substances au cœur du traitement. Il s'est également éloigné de la guérison ou de la correction de la douleur chronique pour se concentrer sur l'adaptation et la « vie avec la douleur » en aidant les patients à améliorer leur fonctionnement quotidien et à se concentrer sur ce qui a du sens dans leur vie. Dans ce contexte, une intervention précoce avec des soins de transition permet d'éviter que la consommation d'opioïdes post-chirurgicaux n'évolue vers une consommation à plus haut risque ou une surdose. Aujourd'hui, plusieurs programmes de services de gestion de la douleur transitionnelle sont expérimentés et mis en place à travers le Canada. Outre la gestion de cette transition post-chirurgicale, le Dr Clarke a souligné qu'il existe de nombreux points de transition au sein du système de soins de santé qui doivent être gérés pour éviter une utilisation à haut risque des opioïdes, par exemple après un passage aux urgences ou un traumatisme.

### Panéliste 2 : Dr Rob Tanguay

Le Dr Rob Tanguay, qui a présenté des approches novatrices et intégratives pour le traitement de la douleur et des troubles d'utilisation de substances, a apporté une nuance supplémentaire en soulignant l'importance des soins interdisciplinaires. Il a fait part de son expérience selon laquelle l'équipe interdisciplinaire est plus importante que le fait qu'un patient reçoive des soins en milieu hospitalier ou ambulatoire. Si la pluridisciplinarité est une étape importante, l'interdisciplinarité exige une approche coordonnée avec différents cliniciens et personnel de soutien travaillant ensemble à l'élaboration d'un plan de traitement (plutôt que plusieurs spécialistes sous le même toit avec peu de coordination). Il a mis l'accent sur des initiatives spécifiques à l'Alberta, notamment l'Alberta Virtual Pain Program des services de santé de l'Alberta, le premier programme provincial sur la douleur au Canada. Ce programme comprendra un programme provincial virtuel de traitement de la douleur qui sera accessible à toute personne devant subir une intervention chirurgicale, dans le but de réduire ou

d'éliminer le recours aux opioïdes pour le traitement de la douleur post-chirurgicale et d'éviter le passage de la douleur aiguë à la douleur chronique. Au cours de sa présentation, le Dr Tanguay a souligné que, bien qu'il existe des modèles de soins efficaces, ces traitements fondés sur des données probantes seront d'une utilité limitée tant qu'ils ne seront pas bien financés et facilement accessibles aux personnes qui en ont besoin.

### **Panéliste 3 : Dre Patricia Poulin**

Les Drs Clark et Tanguay ont tous deux souligné le rôle essentiel des options de soins virtuels pour les patients, en particulier pour ceux qui vivent dans des zones rurales. Patricia Poulin a poursuivi sur ce thème en présentant le modèle de soins échelonnés 2.0 adapté et le portail [Surmonter sa douleur](#) récemment lancé. Ce programme a été créé pour résoudre le problème des longs délais d'attente plus de 2 ans pour accéder aux soins multidisciplinaires de traitement de la douleur à la clinique de la douleur de l'Hôpital d'Ottawa. Leur solution, les soins échelonnés 2.0, permet de rationaliser les patients en fonction de leur état de préparation, de leurs connaissances et de leurs objectifs, reflétant ainsi le fait que tous les patients n'ont pas besoin de commencer leur traitement au même endroit. Grâce à cette nouvelle structure, les délais d'accès aux soins spécialisés contre la douleur à Ottawa ont été considérablement réduits. Elle a souligné que le lancement du portail Surmonter sa douleur constituait un élément important du modèle de soins échelonnés 2.0, en fournissant aux patients des ressources fondées sur des données probantes, gratuites et moins coûteuses. Elle a souligné l'importance de cet outil pour permettre aux personnes vivant avec la douleur d'accéder immédiatement aux ressources en la matière, et pour initier ces personnes au concept de la douleur afin d'aider les patients à comprendre et à prendre le contrôle de leur douleur par le biais, par exemple, de stratégies d'autogestion.

### **Remarques**

Ce panel a été suivi par les remarques de Keith Meldrum, membre du [Comité consultatif national de Douleur Canada](#). Il a fait part de sa propre expérience pour refléter les défis auxquels sont confrontées les personnes vivant avec la douleur pour accéder à des services appropriés, ainsi que la nature et l'impact de l'accès à des soins efficaces. En plus de donner un aperçu de la cause et de la trajectoire de sa propre douleur chronique au cours des dernières décennies, il a mis l'accent sur les dommages qui peuvent résulter d'une focalisation excessive sur le modèle biomédical. D'après son expérience, une fois que les opérations chirurgicales et le temps ont « guéri » les blessures physiques, il y avait peu de soutien pour sa douleur persistante. Tout au long de sa présentation, il a suggéré une approche du traitement de la douleur axée sur la personne plutôt que sur la maladie, reflétant l'importance de comprendre les besoins de la personne plutôt que la maladie elle-même. Il a souligné que tant que l'on ne comprendra pas ce qui se passe dans la vie d'un individu, il sera difficile pour les fournisseurs de soins de santé de comprendre l'impact de la douleur sur la vie de leurs patients et, par conséquent, ils continueront à se heurter à des difficultés dans le traitement de la douleur.

En guise d'introduction à la deuxième journée, la dernière séance de la journée a consisté en une discussion animée entre tous les présentateurs et les participants sur les obstacles perçus et les solutions à la mise en œuvre de stratégies et de modèles de soins efficaces. Les détails et les résultats de cette discussion sont présentés dans la [section 3](#).



## 2.2 JOUR 2 : Mise en œuvre de stratégies efficaces

Comme le montrent les rapports du GTCD, la douleur chronique n'affecte pas la population canadienne de la même manière. Certaines populations sont touchées par la douleur de manière disproportionnée. Par conséquent, les ressources, les programmes et la mise en œuvre ne sont pas toujours les mêmes pour toutes les populations. La première séance de la journée s'est concentrée sur les défis, les solutions et la mise en œuvre de programmes pour certaines des populations touchées de manière disproportionnée par la douleur : les enfants et les jeunes, les autochtones et les anciens combattants.

### Panéliste 1 : Dre Katie Birnie

La Dre Katie Birnie a commencé le premier panel en mettant l'accent sur la douleur chez les enfants et les adolescents, y compris les défis spécifiques liés au traitement de la douleur dans les populations pédiatriques. Elle a souligné que les enfants hospitalisés subissent en moyenne 6 procédures douloureuses par 24 heures et jusqu'à 14 procédures dans l'unité de soins intensifs néonataux. Les douleurs qui apparaissent pendant l'enfance ont des répercussions à court et à long terme, notamment :

- des modifications du cerveau
- une sensibilité à la douleur
- une altération du fonctionnement :
  - › émotionnel
  - › physique
  - › social
  - › scolaire
  - › familial

À l'âge adulte, la douleur chronique durant l'enfance conduit souvent à :

- une douleur chronique
- des problèmes de santé mentale
- la consommation de substances
- des disparités socio-économiques

Les populations en quête d'équité sont touchées de manière disproportionnée par le racisme, l'oppression et les expériences négatives vécues pendant l'enfance. La douleur chronique est également un problème intergénérationnel; les parents qui vivent avec la douleur chronique augmentent le risque que leurs enfants vivent également avec la douleur chronique. Bien que le Canada soit un chef de file mondial dans la recherche sur la douleur chez l'enfant, ces connaissances ne sont pas toujours mises en pratique. Pour atténuer certaines de ces trajectoires, [Solutions pour la douleur chez les enfants](#) a récemment publié la première norme nationale de santé pour le traitement de la douleur pédiatrique dans le monde, en partenariat avec l'Organisation de normes en santé.

## Panéliste 2 : Dr Jaris Swidrovich

Outre son expérience de pharmacien et de professeur adjoint à l'Université de Toronto, le Dr Jaris Swidrovich était membre du GTCD. Sa présentation a porté sur les défis spécifiques que pose le traitement de la douleur chronique et des problèmes concomitants pour les populations autochtones. Le Dr Swidrovich a décrit le rôle des impacts passés et présents de la colonisation sur la santé émotionnelle, spirituelle, mentale et physique, ainsi que l'importance de l'équilibre et du bien-être dans *chaque sphère*. La stigmatisation est un obstacle particulièrement puissant car les autochtones sont souvent considérés comme dramatiques ou en quête de drogue lorsqu'ils tentent d'accéder à des soins pour leur douleur, leur santé mentale ou leur consommation de substances, ce qui s'ajoute à d'autres sources de stigmatisation. En conséquence, la stigmatisation et les inégalités sociales peuvent avoir un impact négatif sur leur capacité et leur volonté de rechercher et d'accéder aux soins. Les pratiques traditionnelles et les méthodes de guérison sont considérées et comprises comme très bénéfiques; cependant, les coûts associés ne sont généralement pas couverts par le système de santé. Les preuves résultant de la recherche sur l'utilisation et l'efficacité de ces méthodes sont souvent classées plus bas que d'autres sources de preuves ou ne font l'objet d'aucune recherche.

## Panéliste 3 : Dr Ramesh Zacharias

Le Dr. Ramesh Zacharias a conclu le panel en donnant un aperçu de l'impact de la douleur chronique sur les anciens combattants canadiens ainsi que des meilleures pratiques pour la gérer. La prévalence de la douleur chronique est significativement plus élevée chez les anciens combattants canadiens que dans la population générale, avec environ 40 % des anciens combattants vivant avec une douleur chronique contre 20 % dans la population générale. La douleur chronique est plus fréquente chez les femmes anciens combattants, dont 50 % souffrent de la douleur chronique. Il existe également un lien étroit entre la douleur chronique et les problèmes de santé mentale chez les anciens combattants : 63 % des anciens combattants qui vivent avec la douleur chronique ont des problèmes de santé mentale diagnostiqués et 62 % des anciens combattants ayant des problèmes de santé mentale diagnostiqués vivent avec la douleur chronique.

Anciens Combattants Canada a financé 3 centres de recherche, dont le [Centre d'excellence sur la douleur chronique pour les vétérans canadiens](#) qui a été récemment établi en 2020. Le Centre d'excellence sur la douleur chronique assure un leadership national pour la recherche qui a été conçue en collaboration avec les anciens combattants et leurs familles. Il soutient également la mise en œuvre de la recherche au sein d'un réseau national de cliniques afin d'aider les anciens combattants et leurs familles à gérer la douleur et à améliorer leur qualité de vie. Les anciens combattants sont confrontés à des obstacles considérables lorsqu'ils doivent faire face à la douleur et à des problèmes de santé mentale, en particulier lorsque ces problèmes ont un impact sur leur sentiment d'identité, sur la vie militaire et sur la communauté à laquelle ils appartenaient auparavant. Cependant, le Dr Zacharias a également souligné que les anciens combattants sont vraiment résilients et que, comme beaucoup d'autres populations, ils ont démontré les avantages réels d'une prise en charge interdisciplinaire.

## Panéliste 4 : Linda Wilhelm

La dernière séance de la journée était une discussion informelle axée sur la mise en pratique des données probantes, qui a débuté par 3 présentations suivies d'une discussion animée entre les panélistes, les autres présentateurs et les participants à l'EMC. Linda Wilhelm, qui vit avec une douleur chronique depuis plus de 40 ans après avoir été diagnostiquée avec une polyarthrite rhumatoïde, a axé sa présentation sur son expérience de la douleur chronique, sur les progrès qu'elle a constatés dans le traitement au cours des dernières années, ainsi que sur les défis qui restent à relever. Parmi les changements les plus positifs qu'elle a constatés, on peut citer l'inclusion de personnes ayant une expérience vécue dans la recherche et les discussions politiques, ainsi que le changement d'attitude





à l'égard des méthodes non pharmaceutiques comme la physiothérapie. Néanmoins, elle a noté que l'accessibilité aux traitements alternatifs reste un défi important, notamment en termes de coût et de couverture d'assurance.

L'évolution des pratiques de prescription des opioïdes depuis le début de la crise des surdoses a également constitué un défi. Elle a souligné le manque de disponibilité de certaines doses, ce qui a conduit à une diminution rapide au lieu d'une diminution progressive de ses médicaments opioïdes. En conclusion, elle a souligné le rôle que ses connaissances et sa participation à la communauté de la douleur chronique ont joué dans la trajectoire de son traitement. Cette base de connaissances et de soutien lui a permis de se défendre avec force et elle reconnaît que de nombreuses personnes vivant avec la douleur n'ont pas accès à ce soutien et à ces connaissances, ce qui peut rendre très difficile la recherche d'un traitement et la défense de leurs intérêts.

### **Panéliste 5 : Dr Daniel Buchman**

Lorsqu'il envisage de mettre en œuvre différentes stratégies en matière de politique et de pratique clinique, le Dr Daniel Buchman encourage les participants et les autres intervenants à garder à l'esprit l'éthique et la stigmatisation qui entourent la question de la santé mentale, de la consommation de substances et de la douleur chronique. Ces considérations nécessitent de se demander « quelle est la bonne chose à faire » et, par conséquent, d'identifier les valeurs et de les rendre applicables dans les pratiques cliniques et les décisions politiques. La stigmatisation est multiforme et il n'y a pas qu'un seul type de stigmatisation. La stigmatisation est également une question de justice – une cause fondamentale des inégalités en matière de santé de la population – et un obstacle à l'accès aux soins. Lorsque les stigmates de la santé mentale, de la consommation de substances et de la douleur chronique se croisent, ainsi que d'autres modèles de désavantage social, ils s'intensifient. La stigmatisation est largement structurelle, en particulier dans le contexte médicalisé où l'on se concentre sur les indicateurs objectifs de la maladie ou sur les marqueurs biologiques, car la pathologie (si elle est présente) peut ne pas être en corrélation avec le niveau de douleur. La douleur est considérée comme une expérience « invisible » et subjective.

Certaines recherches menées dans le domaine de la santé mentale suggèrent que le fait de s'appuyer sur des conceptions biologiques de la maladie mentale peut réduire certains aspects de la stigmatisation, mais qu'il peut aussi en accroître d'autres par inadvertance. Il a souligné que les preuves permettant de réduire la stigmatisation au niveau de la population dans le contexte de la douleur chronique et de la consommation de substances sont limitées, et qu'il ne faut donc pas nécessairement opter pour des messages fondés sur la biologie. Certains enseignements pourraient être tirés du travail effectué sur la stigmatisation du VIH et de la santé mentale et s'ils sont applicables aux stigmates liés à la douleur chronique.

### **Panéliste 6 : Dr Abhimanyu Sud**

Le Dr Abhimanyu Sud a poursuivi le thème des problèmes structurels plus larges en donnant un aperçu des possibilités et des défis liés à la mise en pratique des données probantes. Il a suggéré que l'adoption d'une approche de la douleur fondée sur la santé de la population serait un bon début. S'il existe des approches de santé publique pour la santé mentale et la consommation de substances, ce n'est souvent pas le cas pour la douleur chronique. Reprenant les commentaires formulés au cours des autres présentations, il a indiqué que le modèle biopsychosocial pouvait être un moyen d'envisager les approches de la douleur au niveau de la population. Dans le même ordre d'idées, le Dr Sud a également demandé aux participants de réfléchir à ce que serait un modèle biopsychosocial pour la santé et les problèmes de santé et aux implications que cela aurait pour la pratique clinique.

Il a également recommandé que de sérieux efforts soient consentis pour développer des évaluations économiques de la santé, qui seraient particulièrement utiles aux décideurs politiques afin de déterminer l'efficacité et l'efficacité des différentes options de traitement. Il s'agirait également d'investissements réels visant à évaluer et étendre les interventions dans les différentes juridictions sanitaires. À un niveau plus individuel et à plus court terme, le Dr Sud a rappelé aux participants et aux autres intervenants que près de 80 % des soins liés à la douleur sont prodigués au niveau primaire et que, par conséquent, les fournisseurs de soins primaires devraient être présents aux « réunions » et aux discussions des spécialistes. Il a également souligné l'importance de mieux former les fournisseurs de soins primaires et de leur fournir les ressources et le temps nécessaires pour traiter les patients souffrant de douleurs chroniques et de problèmes complexes concomitants de santé mentale et de consommation de substances.

## Remarques

À l'instar des panels précédents, la rencontre informelle a été suivie d'une discussion ouverte avec les participants, qui ont pu poser des questions ciblées aux présentateurs. En général, il s'agissait de questions de suivi concernant leurs conseils pour la mise en œuvre ainsi que les problèmes en suspens qu'ils n'avaient pas encore abordés dans leur présentation. Les sections suivantes donnent un aperçu des principaux thèmes, défis et solutions soulevés au cours de cet EMC.

## 3.0 PROBLÈMES GÉNÉRAUX

### 3.1 Stigmatisation : Sources diverses, impacts complexes

---

- La stigmatisation joue un rôle important en réduisant et/ou en compliquant l'accès à des soins appropriés à l'intersection de la douleur chronique, de la santé mentale et de la consommation de substances.
- La stigmatisation peut être minimisée lorsqu'il est acceptable de demander de l'aide et que celle-ci est disponible et accessible.
- Les suggestions visant à atténuer les problèmes liés à la stigmatisation tournent principalement autour de l'éducation et de la sensibilisation.

Les facteurs liés à la stigmatisation, à l'équité et à l'intersectionnalité concernant la douleur chronique et les troubles concomitants de santé mentale et de consommation de substances ont un impact sur tous les aspects de la création de solutions, de la politique à la mise en œuvre. L'impact de la stigmatisation a été un thème récurrent dans presque toutes les présentations, en particulier celles axées sur les populations touchées de manière disproportionnée par ces problèmes de santé concomitants.

La stigmatisation sous ses nombreuses formes joue un rôle important dans la réduction ou la complication de l'accès à des soins appropriés à l'intersection de la douleur chronique, de la santé mentale et de la consommation de substances. La complexité des sources et des impacts de la stigmatisation a des implications pour tous les aspects du traitement de la douleur. Certains participants ont déclaré qu'il est facile de comprendre pourquoi la trajectoire de la douleur chronique vers la santé mentale et la consommation de substances se produit. Dans le meilleur des cas, les patients ne sont pas suffisamment traités. Dans le pire des cas, les patients se sentent abandonnés et, par conséquent, ils développent des mécanismes d'adaptation pour tenir le coup, comme la consommation de substances.

De nombreux patients sont confrontés à des traumatismes intergénérationnels importants qui ne sont souvent pas suffisamment pris en compte dans les approches actuelles du traitement de la douleur, de la santé mentale et de la consommation de substances tout au long de la vie. Les participants et les intervenants ont fait remarquer que lorsque la stigmatisation s'applique à un aspect de la vie, elle s'applique souvent à d'autres et que la lutte contre la stigmatisation peut réduire un type de stigmatisation mais en augmenter un autre. Par exemple, l'adoption d'une approche biomédicale de la douleur peut conduire à ce que certains types de douleur soient mieux acceptés ou « crédibles » par les patients, les cliniciens et la population en général. Cependant, cette approche biomédicale peut ne pas être appropriée lorsque la douleur n'a pas d'explication physiologique, ce qui exacerbe la stigmatisation intériorisée et l'exclusion sociale. En outre, s'il n'existe pas d'aide claire pour le traitement de la douleur et si le patient ne pense pas qu'il sera cru, il peut hésiter à se faire soigner, surtout s'il est déjà confronté à la stigmatisation.

Au cours de l'EMC, les présentateurs et les participants ont mis en évidence et défini plusieurs types, sources et impacts différents de la stigmatisation.

## Populations spécifiques

Les populations touchées de manière disproportionnée par la douleur sont souvent plus touchées par la stigmatisation que les autres. Il s'agit notamment :

- les autochtones
- les personnes racialisées
- les personnes qui consomment des substances

## Stigmatisation intériorisée

La stigmatisation peut provenir d'un sentiment personnel de ne pas mériter les soins dont on a besoin. La honte et la stigmatisation empêchent les gens de s'exprimer et d'obtenir de l'aide.

## Stigmatisation par curiosité

Le fait d'être associé à une personne ou à une population stigmatisée peut entraîner une stigmatisation par courtoisie. Les cliniciens ou les membres de la famille peuvent en faire l'objet en raison de leur relation personnelle ou professionnelle avec une personne qui vit avec la douleur, de troubles liés à la consommation de substances ou de problèmes de santé mentale. Les contextes politiques et juridiques actuels pour les personnes qui vivent avec la douleur peuvent exacerber cette situation. La stigmatisation de la douleur, de la consommation de substances et de la santé mentale peut également empêcher les fournisseurs de soins de santé et les décideurs politiques de parler de leur propre expérience.

## Stigmatisation structurelle dans une perspective biomédicale

Les stigmates suivants peuvent conduire à des soins de mauvaise qualité.

### Accent sur les indicateurs biomédicaux

La stigmatisation structurelle découle d'un contexte médicalisé dans lequel les fournisseurs se concentrent sur des indicateurs biologiques objectifs de la maladie, tel que une fracture sur une radiographie) La stigmatisation résulte de l'absence de pathologie ou de l'absence de corrélation avec le niveau de douleur. Trop souvent, la douleur reste invisible pour le système de santé et certains patients se font dire que c'est « dans leur tête ».

### Préjugés à l'encontre de la consommation de substances

Compte tenu des préjugés concernant la douleur, les patients qui tentent de trouver un soulagement avec des médicaments opioïdes ou d'autres substances peuvent être considérés comme dramatiques et à la recherche de drogues. Ce type de stigmatisation peut être amplifié lorsque les personnes vivent avec des pathologies concomitantes telles que la santé mentale et exacerbé si le fournisseur de soins de santé a des positions morales contre la consommation de substances. Cela a conduit certaines personnes qui vivent avec de la douleur à se procurer des substances sur le marché légal ou illégal pour s'auto-médicament.

Le risque est le plus élevé lorsque les patients font face à la douleur en même temps qu'à des problèmes de santé mentale, comme l'anxiété, et qu'ils consomment des opioïdes. Lors des interactions avec les professionnels de la santé, ces patients sont évalués plus souvent afin de déterminer s'ils souffrent d'un trouble lié à la consommation de substances et s'ils consomment pour faire face à la situation ou pour soulager la douleur. Lorsque l'on aborde ces pathologies complexes, il convient en priorité de déterminer comment le patient se sent globalement du fait de sa consommation d'opioïdes, afin d'assurer une prise en charge complète du patient et d'éviter la stigmatisation.



### **Préjugés à l'encontre des savoirs traditionnels autochtones en tant que données probantes**

Pour être en bonne santé, les peuples autochtones cherchent à mener une vie équilibrée entre le bien-être mental, spirituel, émotionnel et physique, qui fait partie intégrante du bien-être autochtone. Cependant, les pratiques traditionnelles des populations autochtones, les méthodes de guérison et les conseils des aînés ne sont souvent pas reconnus comme des pratiques exemplaires par les professionnels de la santé et les assureurs. Ces pratiques sont souvent considérées comme des données probantes de mauvaise qualité dans de nombreux domaines de la communauté médicale, ce qui entraîne un manque de couverture et de services de médecine traditionnelle pour les populations autochtones.

### **Stigmatisation parmi les fournisseurs de soins de santé**

Étant donné que les problèmes de ressources humaines sont aggravés par la forte demande, de nombreux fournisseurs de soins primaires se sentent surchargés et surmenés. Cela peut parfois conduire à des décisions difficiles quant à l'emploi de leur temps. Par conséquent, ils peuvent être amenés à être sélectifs dans le choix des patients qu'ils prennent en charge, par exemple en ne prenant pas de nouveaux patients ayant des besoins de santé plus complexes – comme la douleur chronique, la santé mentale, et la consommation de substance – étant donné les difficultés à gérer ces problèmes complexes avec le temps dont ils disposent.

En l'absence d'options de traitement de la douleur claires et distinctes, comme des ailes pour la douleur chronique dans les hôpitaux, ainsi que d'une sensibilisation et d'une formation limitées aux soins de la douleur proposées aux médecins présentement, les médecins qui tentent de traiter la douleur chronique peuvent se heurter à des obstacles pour offrir un traitement approprié.

Certains des problèmes suivants ont été soulignés par les participants :

- Transition des médecins
  - › Les médecins peuvent avoir des patients qui sont restés stables avec des doses élevées d'opioïdes et qui peuvent travailler et gérer leur vie familiale
    - Toutefois, si le médecin doit quitter son poste – par exemple, pour prendre sa retraite – il peut être difficile d'orienter ces patients vers un autre médecin
- Préjugés de la communauté médicale à l'encontre du traitement par opioïdes
  - › Certains médecins peuvent avoir de forts préjugés contre l'utilisation des opioïdes en tant que traitement efficace de la douleur
    - Cela pourrait constituer un obstacle supplémentaire à l'accès aux soins appropriés pour certaines personnes qui vivent avec la douleur
    - Ces difficultés sont également exacerbées lorsqu'une personne prend une forte dose d'opioïdes
- Ces dernières années, certains organismes de réglementation ont mené des enquêtes sur les pratiques des médecins en matière de prescription d'opioïdes
  - › Cela a accru la réticence de certains médecins à prescrire des opioïdes à leurs patients
- Préjugés à l'encontre des traitements alternatifs
  - › De nombreux professionnels de la santé ont des préjugés très marqués à l'encontre de nombreuses formes de médecine alternative ou d'approches non pharmacologiques, tel que la chiropractie

### **Au sein des communautés stigmatisées**

Les personnes qui vivent avec la douleur peuvent stigmatiser celles qui consomment des substances, y compris des opioïdes, et les rendre responsables des changements intervenus dans la prescription des opioïdes.

## Solutions proposées pour lutter contre la stigmatisation

Le problème de la stigmatisation a imprégné toutes les autres questions soulevées lors des présentations et des discussions de cet EMC. Par conséquent, les solutions décrites sous d'autres thèmes abordés dans les sections ci-dessous contribueront également à minimiser les effets négatifs et les impacts de la stigmatisation. D'une manière générale, la stigmatisation peut être minimisée lorsqu'il est acceptable de demander de l'aide et que l'aide est disponible et accessible à tous. Les suggestions concrètes formulées par les participants pour atténuer les problèmes liés à la stigmatisation tournent principalement autour de l'éducation et de la sensibilisation.

Dans l'ensemble, il est nécessaire de s'assurer que les personnes qui vivent avec la douleur et les professionnels de la santé disposent des connaissances, des compétences et du soutien éducatif nécessaires pour évaluer et traiter la douleur de manière appropriée, en fonction des besoins de la population. Dans le domaine de l'éducation, il est nécessaire d'éliminer les facteurs négatifs liés à la stigmatisation, à l'équité et à l'intersectionnalité. Le développement de ces connaissances peut se faire en impliquant des personnes ayant une expérience vécue et actuelle de la douleur et les populations touchées de manière disproportionnée par la douleur dans l'élaboration de la formation et d'autres outils mis au point. Une optique d'équité et une approche inclusive doivent être intégrées dans la rédaction des cas et des documents de recherche, par exemple en mentionnant les pronoms et en reflétant l'appartenance ethnique de tous les auteurs. Une représentation adéquate des populations touchées de manière disproportionnée par la douleur, par exemple les populations autochtones, tout au long du processus doit être assurée. Dans les laboratoires de simulation, cela permet également de s'assurer que les étudiants ont des groupes divers avec lesquels interagir, comme des acteurs autochtones.

En ce qui concerne la sensibilisation et la défense des droits, il est nécessaire de soutenir et d'encourager davantage les personnes ayant une expérience vécue et actuelle de la douleur à partager leur histoire. La sensibilisation est un élément essentiel pour lutter contre la stigmatisation : les personnes qui vivent avec la douleurs hésiteront moins à demander de l'aide et l'accès à des soins appropriés sera plus probable. La sensibilisation peut également aider les décideurs politiques à accroître le financement des traitements, des programmes, des ressources et de l'éducation liés à la douleur.

## 3.2 Équité, intersectionnalité et personnes vivant avec la douleur

La douleur chronique a un impact disproportionné et différent sur plusieurs sous-populations au Canada, notamment les femmes, les enfants et les jeunes, les anciens combattants et les populations autochtones.

Les personnes vivant avec la douleur sont souvent membres d'identités multiples et croisées qui peuvent exacerber leur expérience de la douleur ainsi que les obstacles à l'accès aux soins.

L'équité et l'accès pourraient être améliorés en supprimant les obstacles aux services, en :

- élargissant la couverture médicale pour inclure une gamme plus large de services, comme la physiothérapie et les thérapies psychologiques
- soutenant les outils virtuels et soins virtuels
- mettant en œuvre un programme universel d'assurance-médicaments



Comme beaucoup d'autres problèmes médicaux, la douleur chronique n'est pas répartie de manière égale dans toutes les populations. Comme le soulignent les rapports du GTCD, la douleur chronique a un impact disproportionné et différent sur plusieurs sous-populations au Canada. Bien que l'EMC n'ait pas été en mesure d'inclure un contenu spécifique à chacun des groupes identifiés par le groupe de travail, il a inclus des séances axées sur les anciens combattants, les enfants et les jeunes, et les populations autochtones. La reconnaissance d'approches personnalisées pour le traitement de la douleur, qui reflètent les besoins de ces populations, a également été un thème transversal dans l'ensemble de l'EMC. Les présentateurs et les participants ont également souligné que les personnes vivant avec la douleur sont souvent membres d'identités multiples et croisées qui peuvent exacerber leur expérience de la douleur ainsi que les obstacles à l'accès aux soins. Les cliniciens, les chercheurs et les décideurs politiques devraient être conscients de la manière dont l'intersectionnalité peut avoir un effet cumulatif sur l'accès aux soins appropriés, ainsi que sur la volonté et la capacité d'y accéder.

### Premières nations, Inuits et Métis

De nombreux autochtones voient leur douleur ignorée par le public et les professionnels de la santé. Par exemple, certains membres des Premières nations vivant dans les réserves ont un « R » sur leur carte de santé provinciale, ce qui peut déclencher une réaction biaisée avant même que le patient ne soit examiné.

Les populations autochtones peuvent également être confrontées à l'impact des déplacements – par exemple, le déménagement dans ou hors des réserves, des zones rurales vers les zones urbaines – et à la barrière physique des zones rurales et éloignées. Par exemple, ils peuvent être transférés dans un centre de soins par une ambulance aérienne. À leur sortie, il se peut qu'on ne leur propose pas de transport et qu'ils doivent trouver eux-mêmes les moyens de rentrer chez eux. Cela entraîne souvent des difficultés importantes pour accéder aux soins de suivi nécessaires au traitement de la douleur.

*« Pour être en bonne santé, les peuples autochtones cherchent à mener une vie équilibrée entre le bien-être mental, spirituel, émotionnel et physique, mais le système de santé occidental ne tient généralement pas compte de ces quatre dimensions. Les populations autochtones souffrent et sont blessées dans toutes ces dimensions en raison d'un héritage colonial qui persiste dans les contextes politiques et de soins actuels ».*

(Latimer, 2020)

### Personnes racialisées

La stigmatisation, en particulier à l'intersection de la douleur chronique, de la santé mentale et de la consommation de substances, est encore plus exacerbée au sein de cette population. Les personnes de couleur voient souvent leur douleur rejetée par le public et les professionnels de la santé.

### Personnes qui consomment des substances

La stigmatisation, en particulier lorsqu'elle est liée à la douleur et aux problèmes de santé mentale, est encore plus exacerbée dans cette population. Les personnes qui ne peuvent se passer de médicaments ou de substances, qu'elles soit légales ou illégales, pour gérer leur douleur sont jugées plus sévèrement. Ensuite, cela aggrave la stigmatisation et l'isolement et entraîne une dégradation des soins.

## Enfants et adolescents

La douleur chez les enfants et les adolescents fait l'objet de nombreuses recherches. En fait, le Canada est d'ailleurs à l'avant-garde dans ce domaine. Toutefois, les résultats de ces recherches ne sont pas toujours mis en pratique.

### Le fardeau de la douleur chez les enfants et ses conséquences

- La douleur chez l'enfant est fréquente et a des conséquences négatives importantes sur les enfants et leurs familles
- Les enfants hospitalisés subissent en moyenne 6 procédures douloureuses par 24 heures et jusqu'à 14 procédures en soins intensifs néonataux
- Le fait qu'un parent vive avec une douleur chronique et une maladie mentale expose les enfants à un risque de douleur, ainsi qu'à :
  - › de moins bons résultats à la naissance, par exemple, poids inférieur à la naissance
  - › des problèmes psychologiques
  - › des problèmes au fonctionnement physique
  - › des problèmes au fonctionnement familial
  - › des problèmes à la compétence sociale.
- La douleur a des répercussions négatives sur la vie des enfants, notamment sur leur bien-être :
  - › émotionnel
  - › social
  - › physique
  - › familial
  - › scolaire
  - › sur leur sommeil
- Un mauvais traitement de la douleur pendant la petite enfance entraîne :
  - › une sensibilité accrue à la douleur
  - › des problèmes neurodéveloppementaux
  - › des problèmes socio-émotionnels
- Un mauvais traitement de la douleur pendant l'enfance contribue à l'évitement des soins médicaux plus tard dans la vie, ainsi qu'à l'hésitation à se faire vacciner
- À l'âge adulte, les enfants qui vivent avec la douleur chronique sont plus susceptibles de vivre avec :
  - › des douleurs chroniques
  - › les maladies mentales
  - › la consommation de substance
  - › de disparités socio-économiques
- Les populations en quête d'équité, comme les enfants de Premières nations et les jeunes Noirs, sont touchées de manière disproportionnée par :
  - › le racisme
  - › l'oppression
  - › les expériences négatives vécues pendant l'enfance





## Anciens combattants

Les anciens combattants sont confrontés à des défis uniques. Ils s'engagent généralement jeunes et évoluent dans un système très structuré. S'ils sont blessés (mentalement ou physiquement), ils peuvent être réformés pour des raisons médicales bien avant d'être prêts à changer de carrière. Ils passent à une vie avec beaucoup moins de structure et de soutien pour les choses ordinaires et encore moins pour le traitement de la douleur chronique et des problèmes de comorbidité. Cela entraîne des problèmes d'identité et une perte du sens de soi.

### Le fardeau de la douleur chez les anciens combattants canadiens

- Plus de 240 000 personnes souffrent d'un ou de plusieurs handicaps
  - › Parmi eux, 70 % vivent avec un handicap lié à la douleur
- 40 % des anciens combattants vivent avec la douleur chronique
  - › Ce taux est 2 fois plus que celui des Canadiens en général
- 50 % des femmes anciennes combattantes vivent avec une douleur chronique
- 63 % des anciens combattants vivant avec la douleur chronique ont des problèmes mentaux diagnostiqués
- 62 % des anciens combattants souffrant de problèmes mentaux diagnostiqués vivent avec la douleur chronique

## Remarques

Les participants ont soulevé de nombreux autres défis et limitations qui affectent grandement les populations touchées de manière disproportionnée par la douleur, notamment :

- pénurie de fournisseurs de soins de santé, par exemple :
  - › médecins de famille en général
  - › services psychologiques dans les zones rurales et éloignées
- longs délais d'attente pour accéder à des soins spécialisés contre la douleur
- accès inadéquat à l'Internet pour accéder aux ressources virtuelles, comme le portail Surmonter sa douleur
  - › Ceci soit en raison du coût, soit en raison du manque de bande passante dans les zones rurales et éloignées
- le coût des médicaments et des thérapies non pharmacologiques et leur absence de couverture par les polices d'assurance ou le système de santé publique
  - › Ceci entraînent souvent des dépenses onéreuses, créant ainsi un obstacle supplémentaire pour les personnes dans le besoin

Il a également été souligné que de nombreux groupes en quête d'équité ont dû faire face à des traumatismes intergénérationnels importants. Les participants ont indiqué qu'en raison de nos approches cloisonnées des traitements de la douleur, de la santé mentale et de la consommation de substances tout au long de la vie des patients, le système de santé actuel ne traite pas suffisamment les traumatismes intergénérationnels, en particulier pour les enfants qui vivent avec la douleur.

## Solutions proposées pour mieux prendre en compte l'équité et l'intersectionnalité dans la prise en charge de la douleur

Il est évident qu'assurer un accès opportun à des soins et des traitements appropriés est un élément clé pour améliorer l'équité dans les soins. Toutefois, ce faisant, les participants ont souligné l'importance d'adopter une approche inclusive et intégrée afin d'éviter de créer par inadvertance davantage de cloisonnements dans le système de soins de santé. Les participants ont souligné la possibilité de s'appuyer sur la réussite des normes sur la gestion de la douleur pédiatrique récemment élaborées pour soutenir le développement. Elle peut soutenir la mise en œuvre de nouvelles normes nationales pour un traitement équitable et de qualité de la douleur dans d'autres domaines de la gestion de la douleur, comme pour les soins primaires ou pour les adultes. Les participants ont également souligné l'importance d'accorder la priorité au traitement de la douleur dès le début du cycle de vie afin de prévenir la douleur à l'âge adulte et d'améliorer la santé de tous les Canadiens au fil du temps.

Les participants ont également souligné l'importance d'éliminer les obstacles aux services en élargissant la couverture médicale pour inclure une gamme plus large de services de traitement de la douleur : par exemple, physiothérapie, et thérapies psychologiques, ainsi que la mise en œuvre d'un programme universel d'assurance-médicaments. Ils ont également souligné l'importance de veiller à ce que les Canadiens aient accès aux services Internet, afin que les personnes touchées de manière disproportionnée par la douleur puissent accéder aux ressources virtuelles disponibles pour les aider à faire face à la situation. Les participants ont également insisté sur la nécessité de veiller à ce que les priorités en matière de santé et les engagements financiers reflètent les besoins de ces populations, en tenant compte des problèmes d'équité et d'intersectionnalité dans le traitement de la douleur.

### 3.3 Accès aux services de traitement de la douleur et modèles efficaces de prise en charge de la douleur

Les longs délais d'attente pour les services spécialisés et la pénurie de fournisseurs de soins primaires sont des obstacles importants à l'accès à des soins de la douleur adéquats et en temps voulu au Canada.

Un modèle biopsychosocial de soins, par opposition à une approche biomédicale, est le plus approprié lorsqu'il s'agit de traiter des problèmes de santé complexes concomitants de douleur chronique, de santé mentale et de consommation de substances.

Il n'existe pas d'approche unique pour traiter ces problèmes de santé complexes, d'où l'importance de proposer une gamme complète de services et d'options pour répondre aux besoins des patients là où ils en sont dans leur parcours.

Les participants ont souligné l'importance de s'éloigner de la perspective consistant à « essayer de réparer » les patients en tant qu'état final, pour adopter une approche axée sur l'adaptation, dans laquelle les fournisseurs de soins de santé accompagnent leurs patients tout au long de leur parcours.

Au Canada, l'accès aux services de traitement de la douleur dans le cadre des soins primaires est actuellement inconsistant et limité, et les délais d'attente pour accéder à ces services dans le cadre des soins tertiaires sont longs. Cette situation est aggravée par la pénurie de fournisseurs de soins primaires et de spécialistes de la douleur. Bien que les outils virtuels soient de plus en plus répandus, de nombreuses personnes n'ont toujours pas accès à l'Internet ou n'ont pas les moyens de se l'offrir. Même les personnes qui vivent avec la douleur qui ont été bien connectées avec des groupes et des ressources sur la douleur ont remarqué qu'elles avaient des problèmes pour accéder à des soins appropriés.



Comme l'indiquent les rapports du GTCD et les présentations et discussions de l'EMC, il est évident que l'accès au traitement de la douleur doit être un large éventail d'options adaptées aux besoins uniques de chaque individu, y compris :

- l'autogestion
- les soins primaires
- les programmes axés sur le bien-être
- les soins de proximité
- les services spécialisés
- les soins interprofessionnels

Les présentateurs et les participants ont fait état de différents obstacles à l'accès à des modèles cohérents de traitement de la douleur centrés sur la personne dans le cadre du système de soins de santé actuel.

### **Accent mis sur le modèle biomédical plutôt que sur les approches biopsychosociales des soins**

Bien que tous les participants aient reconnu que le système de soins de santé avait évolué ces dernières années, le modèle biomédical reste le modèle prédominant adopté par les fournisseurs de soins de santé. Ce modèle s'articule autour du concept selon lequel les maladies sont attribuables à un dysfonctionnement physiologique spécifique. De plus, l'esprit et le corps sont des entités séparées qui n'ont pas de relations entre elles. Cette approche ne cherche pas à prendre en compte les déterminants sociaux de la santé. Comme l'ont exprimé les participants, il est nécessaire de s'éloigner du modèle biomédical de soins, qui cherche des explications physiologiques aux problèmes de santé. Les traumatismes médicaux dans les domaines de la santé mentale, de la douleur et de la consommation de substances sont également fréquents, ce qui justifie encore davantage la nécessité d'une approche biopsychosociale.

Les personnes vivant avec la douleur ont souligné les effets néfastes de l'attention portée par les professionnels de la santé aux indicateurs objectifs de la maladie et à la recherche d'une explication biomédicale de la douleur. Par exemple, ils ont indiqué que cette expérience pouvait être très stigmatisante. S'ils ne peuvent pas la voir et que la physiologie a été corrigée, l'hypothèse est que la douleur doit être dans la tête : c'est-à-dire, « on ne peut pas la voir, donc on ne peut pas la traiter ». L'impact de l'exclusion sociale lorsque la douleur a ou n'a pas d'explication médicale est difficile à comprendre. Les personnes vivant avec la douleur ont également souligné l'importance de l'acceptation dans leur parcours de la douleur et la nécessité de s'éloigner du traitement et de la guérison de la douleur chronique pour passer à un système qui soutient l'adaptation et l'apprentissage de la vie avec la douleur. Ils ont également souligné la nécessité de se concentrer sur ce qui les aide à fonctionner et sur ce qui a du sens dans leur vie afin d'améliorer leur qualité de vie. En outre, lorsque les patients réalisent que leur douleur peut être de longue durée, ils peuvent faire le deuil de leur ancien statut de personne sans douleur et potentiellement perdre leur identité. Actuellement, le système de santé ne reconnaît ni ne soutient ce type de deuil ou de traitement.

### **Comprendre les modèles de soins**

Dans l'ensemble, les participants ont reconnu qu'il existe un manque de compréhension et de sensibilisation à la douleur chronique tant pour les patients que pour les médecins, ainsi que des modèles de soins efficaces pour le traitement de la douleur qui sont centrés sur la personne. De nombreuses personnes viennent ou sont orientées vers des programmes spécialisés sans avoir de connaissances de base sur la douleur. Chaque perspective unique ou modèle conceptuel (par exemple, le modèle biomédical) peut être trop étroit.

Il a été souligné que les systèmes de santé ne soutiennent pas systématiquement la prise en compte de la douleur dans une optique intersectionnelle globale. Par exemple, les fournisseurs de soins de santé sont susceptibles de traiter la consommation de substances avant de traiter la douleur. Les participants ont fait remarquer que cette approche peut avoir pour effet d'exclure des personnes du système. Un consensus s'est dégagé sur le fait que le modèle biopsychosocial est un modèle de référence, mais qu'il est encore largement incompris ou inutilisé.

### Limitation des voies et outils de soins transitoires

Les participants ont indiqué qu'il existe actuellement une approche cloisonnée de la gestion de la douleur. Il existe également une lacune clinique dans la prestation de services de traitement transitoire de la douleur, ainsi que du modèle de services de soins échelonnés 2.0.

### Collaboration interdisciplinaire

Il est nécessaire d'intégrer la prise en charge de la douleur et des problèmes de comorbidité dans les soins primaires. Le traitement des patients qui vivent avec la douleur et des problèmes concomitants nécessite souvent des ressources plus importantes. Cependant, les cloisonnements organisationnels au sein des soins de santé favorisent l'absence d'intégration des soins. Par exemple, il existe des cloisonnements entre ceux qui prescrivent les médicaments et ceux qui les délivrent. En outre, les fournisseurs de soins primaires orientent les patients, mais ceux-ci bénéficieraient réellement d'un programme de transition en attendant d'être admis dans une clinique spécialisée dans le traitement de la douleur. Les fournisseurs de soins de santé ont tendance à être réticents à orienter les patients vers d'autres traitements, tels que :

- physiothérapie
- acupuncture
- diététiciens
- psychologues

Les soins ne sont pas bien coordonnés : il y a trop peu de soins centralisés. En outre, certains programmes spécialisés doivent fournir des soins de base contre la douleur. Avec la domination de la biomédecine dans les soins de santé, les modèles de paiement renforcent le traitement fondé sur la biomédecine. Par exemple, une personne peut être couverte pour ses médicaments, mais pas pour sa physiothérapie.

### Absence de lignes directrices appropriées en matière de soins

L'absence de normes et de lignes directrices appropriées sur l'approche factuelle du traitement de la douleur a souvent entraîné des hésitations, des réticences ainsi qu'un manque de sensibilisation au sein du système pour répondre aux besoins de ces personnes. Le manque de volonté n'est peut-être pas le problème, mais plutôt la peur de l'inconnu quant à la manière de fournir des niveaux de soins « alternatifs » et plus holistiques, en particulier dans une optique d'équité et de diversité.

### Approches pharmaceutiques du traitement de la douleur

Les règles de prescription existantes et le manque de connaissances sur les lignes directrices fondées sur des données probantes concernant l'utilisation d'opioïdes pour le traitement de la douleur peuvent avoir des conséquences négatives pour les patients. Certains peuvent avoir des difficultés à accéder à leurs médicaments opioïdes pour traiter leur douleur, tandis que d'autres peuvent avoir vu leur dose d'opioïdes diminuer rapidement ou être complètement interrompue. D'autres ont peut-être été contraints de reprendre des opioïdes. Les preuves suggèrent que le cannabis peut être bénéfique



pour traiter la douleur, mais le manque de données probantes et de produits de cannabis de qualité pharmaceutique fait en sorte qu'il est difficile pour les fournisseurs et les patients de prendre une décision éclairée sur l'utilisation appropriée du cannabis pour le traitement de la douleur.

### Impact émotionnel sur les médecins

Les problèmes actuels de ressources humaines dans le domaine de la santé et le manque de fournisseurs de soins primaires, aggravé par la forte demande et les besoins, créent une pression énorme sur les fournisseurs de soins de santé. Ceci est dû à :

- une diminution de la réserve émotionnelle
- une fatigue de la compassion
- un épuisement professionnel, en particulier lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins des patients ayant des besoins plus complexes en matière de santé

Ces défis ont été notés comme des facteurs potentiels contribuant à l'incapacité de certains fournisseurs à traiter la personne dans sa globalité et pas seulement ses symptômes.

### Des solutions pour mettre en œuvre des modèles efficaces de prise en charge de la douleur

Tout au long des présentations et des discussions de l'EMC, il est apparu clairement qu'un accès équitable et cohérent à un continuum de soins et de soutien de la douleur en temps opportuns, fondés sur des données probantes et centrés sur la personne dans toutes les juridictions constituerait le modèle de soins idéal pour tous les Canadiens. La connaissance et les avantages du modèle biopsychosocial en tant que modèle de soins efficace pour le traitement de la douleur et d'autres problèmes de santé plus générales doivent être améliorés pour les patients et les fournisseurs de soins de santé. Une mise en œuvre coordonnée et intégrée des services de prise en charge de la douleur est également nécessaire pour éviter les silos et la duplication des efforts.

En ce qui concerne les patients, en particulier ceux qui souffrent d'une comorbidité de douleur chronique, de consommation de substances et de santé mentale, les participants ont noté que l'approche biopsychosociale est cruciale pour soutenir ces 3 enjeux de santé. Les participants ont souligné l'importance de considérer et de traiter le patient en tant que personne de manière plus globale, et pas seulement en fonction de ses symptômes. Les participants vivant avec la douleur ont souligné la nécessité d'aider les patients à modifier leur mode de vie pour s'adapter à la vie avec la douleur et de soutenir les aspects psychologiques – par exemple, le chagrin, le stress, ou les autres émotions qu'ils peuvent ressentir – et sociaux. Changer leur relation à la douleur peut aider à changer leur expérience de la douleur. Les modèles de soins pour ces problèmes complexes devraient être intégrés. Les approches alternatives et les problèmes concomitants ne doivent pas être traités séparément – par exemple, la psychothérapie peut être combinée à la physiothérapie. Les participants ont reconnu que les parcours de soins sont diversifiés et que les fournisseurs devraient s'efforcer d'aider les patients à déterminer les meilleurs soins possibles qui répondent aux besoins uniques de leurs patients. Bien que les interventions fondées sur des données probantes aient été considérées comme idéales, les participants ont souligné qu'il ne fallait pas négliger de trouver un moyen d'inclure n'importe quel type de soins, même si les données sont moins probantes, comme le soutien par les pairs, et la méditation.

Le modèle de soins échelonnés 2.0 a été cité par les participants comme une approche prometteuse pour garantir que les personnes qui vivent avec la douleur chronique bénéficient d'un accès plus rapide aux bonnes ressources et aux bons soins au bon moment. Ce modèle offre un accès immédiat à une variété de services pour différents niveaux de besoins, encourageant la responsabilisation et le choix du patient, et permettant le suivi des résultats afin de déterminer le niveau de soins adéquat. Le modèle de soins échelonnés 2.0 utilise une approche axée sur le rétablissement pour fournir un accès le jour

même à des ressources flexibles en matière de bien-être et de santé mentale, telles que des applications de santé mentale en ligne et des services en ligne et en personne. Il s'agit d'une approche fondée sur des données probantes qui structure les soins en fonction des options les moins intensives et les plus efficaces, offrant aux utilisateurs de services la plus grande probabilité d'amélioration. L'intensité du traitement peut être augmentée ou diminuée en fonction des préférences de la personne.

Les participants ont également souligné l'importance d'identifier les populations vulnérables à chaque étape du processus afin d'essayer de les éloigner de la voie de la consommation de substances à haut risque. À cette fin, ils ont souligné la nécessité de développer des parcours de soins de transition, comme les stratégies et outils pédagogiques, pour l'ensemble des points de contact avec le système de soins de santé :

- post-chirurgie
- post-traumatisme
- après des visites au service des urgences
- pendant les services ambulatoires

Cette triade de soins et le traitement tenant compte des traumatismes ont été notés comme comblant une lacune importante dans les soins cliniques.

L'accès à des ressources virtuelles fondées sur des données probantes et la possibilité de s'auto-éduquer ont également été mentionnés par les participants comme étant essentiels pour les patients. Parmi les exemples de ressources virtuelles, citons le portail *Surmonter sa douleur* et un outil de psychologie en ligne à l'appui du Service de gestion de la douleur transitionnelle. Les participants ont également noté qu'il serait très bénéfique d'offrir un soutien par les pairs et un engagement significatif avec les personnes vivant avec la douleur dans le cadre de ces outils virtuels d'auto-assistance. En outre, les participants ont indiqué que des réseaux virtuels pourraient également être créés pour éduquer et soutenir les fournisseurs de soins de santé. Cette approche pourrait favoriser une approche d'équipe et de communauté pour établir des liens et soutenir les fournisseurs de soins dans tous les secteurs et toutes les juridictions. Par exemple, le projet ECHO en tant que réseau de mentorat médical adaptatif a été cité comme une meilleure pratique. L'intégration de la technologie en ligne – c'est-à-dire des consultations électroniques – et de la technologie mobile dans les parcours de soins cliniques a également été mentionnée comme une solution pour améliorer l'accès aux soins.

D'un point de vue politique, les participants ont indiqué la nécessité d'examiner stratégiquement la manière dont la douleur s'intègre dans d'autres initiatives et de veiller à ce qu'elle soit reflétée et reconnue comme une priorité à tous les ordres de gouvernement. Ce faisant, les participants ont également déclaré qu'il était nécessaire de veiller à ce que la stigmatisation n'affecte pas négativement le niveau de financement des services liés à la douleur par rapport à d'autres problèmes ou priorités de santé. De même, du point de vue du système de soins de santé, il est nécessaire d'examiner comment intégrer la douleur dans les modèles de traitement existants et ne pas créer de nouveaux silos.

Les participants ont suggéré de modifier La loi canadienne sur la santé afin de permettre aux Canadiens de bénéficier de services de traitement de la douleur appropriés et opportuns, y compris des services qui ne sont peut-être pas couverts par les régimes de soins de santé provinciaux. Cela devrait refléter ce qui est nécessaire pour des soins fondés sur des données probantes dans leur totalité, y compris une perspective bioéthique. Des discussions ont eu lieu sur la nécessité d'élaborer des lignes directrices concernant le traitement de la douleur afin d'aider les patients et les fournisseurs de soins de santé primaires.



Les participants ont souligné la complexité et le temps nécessaire aux médecins pour répondre aux besoins de leurs patients vivant avec ces problèmes de santé complexes et des recommandations ont été faites pour ajuster la rémunération des médecins qui s'occupent de ces personnes. Par exemple, adopter des codes de facturation qui permettent aux fournisseurs de passer plus de temps avec les patients afin de leur fournir des soins holistiques. Permettre également la couverture politique et le paiement d'options non pharmaceutiques pour le traitement de la douleur et des problèmes de comorbidité en suivant l'approche biopsychosociale.

En outre, il a été suggéré que les équipes interdisciplinaires ou les orientations devraient inclure un éventail complet de fournisseurs de soins de santé au bon moment et pour la bonne durée. Un effort coordonné pour créer des synergies et apprendre les uns des autres. Les fournisseurs de soins primaires doivent s'assurer que des options de prise en charge de la douleur sont disponibles dès la première visite. Des programmes de moindre intensité devraient être disponibles pour la grande majorité de ceux qui en ont besoin, puis ils devraient être orientés vers des spécialistes qui peuvent se concentrer sur les domaines qui nécessitent leurs connaissances et leur expertise spécifiques.

Les éléments suivants ont été notés comme des composantes des soins centrés sur la personne qui peuvent couvrir des aspects de la santé mentale et physique :

- Conseils concernant l'exercice
- La médiation
- Le régime alimentaire
- Les groupes de soutien
- Les applications d'autosoins
- Les médicaments, y compris le cannabis à des fins médicales pour :
  - › le sommeil
  - › intégrer la réduction des risques dans les soins hospitaliers, pour éviter la diminution ou l'arrêt rapide des opioïdes en milieu hospitalier
- Les traitements ou les orientations pour :
  - › la physiothérapie
  - › la psychologie
  - › l'acupuncture
  - › l'ergothérapie
  - › les diététiciens
- La guérison traditionnelle
- Les ergothérapeutes

Les participants ont également souligné la nécessité d'adopter des approches fondées sur des données probantes en matière de prescription d'opioïdes et de réviser les politiques relatives à l'utilisation du cannabis à des fins médicales. Une approche fondée sur la polyconsommation de substances est de plus en plus souvent adoptée et les patients et leurs fournisseurs ont besoin de plus de renseignements et de conseils.

En outre, les participants ont souligné que des changements dans la perspective doivent intervenir au sein du système pour mieux soutenir les fournisseurs de soins de santé dans l'adoption d'approches de soins centrées sur la personne. Il s'agit notamment en s'éloignant de la perspective consistant à « essayer de réparer » les patients en tant qu'état final, pour adopter une approche axée sur l'adaptation dans laquelle les fournisseurs de soins de santé accompagnent leurs patients dans leur cheminement

tout au long de leur vie. Par exemple, un certain nombre de participants ont fait la promotion de ressources telles que la [Classe de maître de Gabor Maté sur la recherche de la compassion](#) (en anglais seulement).

### 3.4 Leadership et coordination au niveau national

---

Bien qu'il s'agisse d'un problème courant qui touche presque tous les domaines des soins de santé, la douleur chronique reste largement méconnue en tant que priorité de santé publique.

Cette situation est encore aggravée par un manque de coordination, de planification et de mise en œuvre au sein des juridictions fédéral, provincial et territorial, et entre elles, ainsi que par l'absence d'un financement durable et prévisible permettant aux projets pilotes de mûrir et de se généraliser.

Le traitement de la douleur chronique nécessite des approches multiples et variées, allant des politiques et des réglementations aux changements de programmes, de pratiques et d'attitudes.

Un engagement plus large, de la persévérance, de la collaboration, de la détermination, du leadership et des ressources sont également nécessaires.

Au cours de cet EMC, un consensus s'est dégagé sur le fait que la douleur chronique est un problème complexe qui existe actuellement partout et qui n'a sa place nulle part. Considérée comme une affection très répandue, les participants ont souligné que la douleur touche pratiquement tous les domaines des soins de santé et que, si elle n'est pas prise en charge, elle a des conséquences néfastes importantes pour les personnes et le système de soins de santé dans son ensemble. Malgré cela, il a été noté que la douleur chronique reste un problème qui n'est pas reconnu comme une priorité de santé publique.

#### Absence de coordination de la planification et de la mise en œuvre entre les juridictions fédérales, provinciales et territoriales

Bien que les participants aient reconnu que des progrès ont été réalisés ces dernières années, ils ont été unanimes à dire que la coordination des mesures entre les différentes juridictions pour garantir une approche cohérente de la douleur dans l'ensemble du Canada fait toujours défaut. Plus précisément, ils ont noté l'absence de planification et de mise en œuvre coordonnées entre les juridictions fédérales, provinciales et territoriales en ce qui concerne les ressources et le financement consacrés au traitement de la douleur. Dans certains cas, des solutions peuvent être lancées ou financées par un mécanisme national, mais le financement provincial et territorial n'est pas toujours disponible pour une mise en œuvre complète. Inversement, lorsque le financement est disponible, il y a souvent duplication des efforts, ce qui crée des silos et des inefficacités au sein du système.

#### Définition de la douleur chronique

Certains participants ont fait remarquer que la norme actuelle de définition de la douleur chronique peut créer des obstacles à l'accès à des soins en temps opportun. La douleur chronique est définie comme une douleur qui persiste pendant 3 mois ou plus. Toutefois, les participants ont également expliqué que les patients et leurs fournisseurs de soins de santé devraient tenir compte des besoins et des expériences uniques de chaque personne vivant avec la douleur et qu'un traitement devrait être proposé avant que la douleur ne soit officiellement considérée comme chronique. Dans le cas contraire, les patients risquent de ne pas bénéficier des conseils et du soutien dont ils ont besoin entre-temps.



## Durabilité du financement

Les participants ont également noté qu'il existe plusieurs programmes pilotes efficaces pour répondre aux besoins des personnes vivant avec la douleur chronique et de troubles concomitants de santé mentale et de consommation de substances. Toutefois, le manque de financement permanent de ces programmes les empêche souvent de devenir permanents. Le financement à court terme fourni par des programmes tels que le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS) de Santé Canada signifie que certains projets produisant d'excellents résultats risquent de ne pas pouvoir être poursuivis une fois le financement terminé. Par conséquent, les participants ont souligné la nécessité pour les programmes d'obtenir un financement continu afin de maintenir le niveau de soins et de ressources et de poursuivre les progrès dans ces domaines pour soutenir les patients.

## Champ d'application de la Loi canadienne sur la santé

Comme indiqué précédemment dans le cadre des modèles de soins efficaces, les participants ont indiqué que le champ d'application de la *Loi canadienne sur la santé* est trop étroit car il se concentre principalement sur les soins hospitaliers et moins sur une approche des soins centrée sur le patient. Les besoins de la population canadienne en matière de soins de santé ont évolué au fil des décennies et la *Loi canadienne sur la santé* doit en tenir compte.

## Solutions pour un leadership et une coordination au niveau national

Les participants ont convenu que le traitement de la douleur chronique nécessitait des approches multiples et diverses, allant des politiques et des réglementations aux changements de programmes, de pratiques et d'attitudes. Cela nécessite également un engagement général, et ils ont également noté l'importance :

- de la persévérance
- de la collaboration
- de la détermination
- du leadership
- des ressources

Un leadership national, soutenu par des ressources, est nécessaire pour continuer à mettre en œuvre les recommandations énoncées dans le Plan d'action pour la douleur au Canada, ainsi que d'autres obstacles discutés lors de cet EMC. Les participants ont exprimé le souhait que Santé Canada et le gouvernement du Canada continuent à montrer la voie en encourageant le partenariat permanent avec les provinces et les territoires et avec tous les ordres de gouvernement pour soutenir les efforts visant à faire de la douleur une priorité en matière de santé.

Les participants ont fait remarquer qu'une discussion au niveau FPT plus autonome sur la douleur chronique pourrait contribuer :

- à des approches plus coordonnées
- au partage des ressources
- à l'identification des priorités en matière de douleur
- à l'identification des lacunes en matière de douleur qui pourraient être abordées dans le cadre des nouveaux accords sur la santé

Les efforts déployés pour traiter la douleur doivent également bénéficier du soutien d'une série d'autres acteurs travaillant à l'intérieur et à l'extérieur du système de santé afin de permettre un changement positif et durable, notamment :

- de défenseurs des pairs
- d'organismes non gouvernementaux
- d'institutions universitaires
- d'assureurs

Les événements et conférences de l'EMC ont également été considérés comme des meilleures pratiques pour continuer à offrir des possibilités de créer de nouvelles synergies entre les partenaires, y compris les décideurs politiques.

Les participants ont noté que des politiques devraient être créées pour soutenir un financement stable et à long terme afin de s'assurer que les projets mis en œuvre sont durables, en s'appuyant sur les leçons tirées des juridictions qui ont réussi à obtenir un soutien et un financement pour les services de prise en charge de la douleur.

Les participants ont également souligné l'importance de faire le point sur ce qui fonctionne et sur les lacunes qui subsistent afin de mieux soutenir la mise en œuvre de ressources et de programmes efficaces. En outre, les approches en matière de santé de la population – par exemple, l'intervention précoce et la prévention axée sur la transmission intergénérationnelle – doivent être intégrées dans l'élaboration et la mise en œuvre des stratégies du système de santé. En tant que thème prédominant discuté tout au long de l'EMC, les participants ont à nouveau souligné qu'environ 80 % des douleurs chroniques sont traitées dans le cadre des soins primaires, ce qui nécessite davantage d'investissements en matière de santé publique et d'éducation sur la douleur à ce niveau.

Les discussions ont également mis en évidence la nécessité de continuer à encourager les mesures conjointes entre les communautés concernées à la stigmatisation, la consommation de substances, la douleur chronique, afin de mieux coordonner les efforts et de réduire les silos dans les soins. Les participants ont indiqué que les conseils ou comités travaillant sur ces problèmes devraient utiliser les approches ou les optiques suivantes pour aider les patients à rechercher et à recevoir un traitement optimal : approche fondée sur la [stigmatisation](#), [l'équité](#), [l'intersectionnalité](#) et [la violence](#). Comme indiqué précédemment dans le cadre des modèles de soins efficaces, les participants ont unanimement soutenu l'élaboration de normes nationales plus nombreuses en matière de traitement de la douleur.

Dans l'ensemble, de nombreux organismes et intervenants ont un rôle à jouer. Une coordination est nécessaire pour favoriser la collaboration et créer des synergies afin d'apprendre les uns des autres, de réduire la duplication des efforts et de s'assurer que les résultats sont atteints au fil du temps.

### 3.5 Éducation, formation et perfectionnement professionnel continu avant et après l'obtention de l'autorisation d'exercer

La douleur chronique et le modèle biopsychosocial de soins restent mal compris par la communauté médicale.

Les personnes qui vivent avec la douleur et les professionnels de la santé doivent avoir accès à des connaissances, des compétences et un soutien éducatif accrus afin d'évaluer et de traiter la douleur de manière appropriée en fonction des besoins de la population.

Bien que le traitement de la douleur, en particulier en cas de comorbidité, puisse être complexe, les participants ont reconnu qu'il existait des options. Il fallait encore travailler pour s'assurer que ces options soient enseignées et connues des fournisseurs de soins primaires et d'autres fournisseurs de soins interdisciplinaires.

Malgré la richesse des connaissances disponibles sur de nombreux aspects de la douleur chronique, les participants et les présentateurs ont noté que la douleur chronique et le modèle de soins biopsychosocial restent mal compris par la communauté médicale. Les participants ont souligné l'importance de donner suite aux recommandations du GTCD afin de garantir que les personnes qui vivent avec la douleur et les professionnels de la santé aient accès à davantage de connaissances, de compétences et de soutien éducatif pour évaluer et traiter la douleur de manière appropriée, en fonction des besoins de la population. Comme le montrent le rapport du GTCD et les discussions de l'EMC, tout le monde s'accorde à dire que la communauté médicale doit mieux comprendre la douleur comme un problème biopsychosocial légitime afin de réduire la stigmatisation et de garantir des niveaux de soins plus appropriés pour les personnes qui vivent avec la douleur. Bien que des progrès aient été reconnus, les participants à l'EMC ont noté que des lacunes importantes subsistent en termes d'éducation et de formation à la douleur, ce qui empêche souvent les personnes vivant avec la douleur d'accéder à des soins adéquats.

### **Manque de temps et d'attention spécifiquement consacrés à la douleur**

Actuellement, dans les facultés de médecine canadiennes, l'enseignement sur la douleur ne représente que 8 à 24 heures du temps total alloué. Les participants ont souligné que ce temps était tout simplement insuffisant pour couvrir les principes fondamentaux d'un problème complexe comme la douleur, sans parler de ses interactions avec des problèmes de santé complexes concomitants.

### **Contenu de l'enseignement sur la douleur**

Les participants ont également noté que l'enseignement sur la douleur devrait couvrir et expliquer les aspects biopsychosociaux de la douleur et ne pas se concentrer uniquement sur les voies biomédicales pour l'expliquer. Ils ont également noté que les patients ont besoin de stratégies pour apprendre à vivre avec la douleur. En outre, les participants ont souligné le manque de collaboration intersectorielle et le fait que de nombreuses disciplines ne reçoivent pas une formation adéquate en ce qui concerne la douleur et les problèmes de santé concomitants.

### **Connaissance de la douleur et de la complexité du traitement**

Les participants ont noté que les professionnels de la santé peuvent ne pas avoir les connaissances et les compétences requises aux différents points de contact fondamentaux du système de soins de santé pour traiter correctement la douleur chronique de manière holistique ou offrir le niveau de soins approprié requis. Cela est particulièrement important pour les fournisseurs de soins primaires, car ils sont susceptibles d'être le premier point de contact pour la plupart des patients. Ces défis sont exacerbés lorsque les patients vivent avec des problèmes de santé concomitants, c'est-à-dire la santé mentale ou la consommation de substances. La complexité du traitement requis peut ne pas être bien comprise par les dispensateurs de soins médicaux. Si elle est associée à un manque de connaissance des ressources disponibles pour des traitements appropriés de la douleur, les participants ont noté les impacts négatifs importants que cela peut avoir sur les patients.

### **Solutions pour améliorer l'enseignement sur la douleur**

Par-dessus tout, les participants ont indiqué qu'il fallait davantage d'éducation et de formation concernant le diagnostic et le traitement de la douleur chronique. Bien que le traitement de la douleur, en particulier en cas de comorbidité, puisse être complexe, les participants ont reconnu qu'il existait des options. Il fallait encore travailler pour s'assurer que ces options soient enseignées et connues des fournisseurs de soins primaires et d'autres fournisseurs de soins interdisciplinaires.

Comme indiqué précédemment dans la section relative à l'équité et la diversité, les personnes vivant avec la douleur sont davantage impliquées dans l'élaboration des programmes d'enseignement. Les personnes vivant avec la douleur ont accueilli favorablement ce changement et ont apprécié d'être incluses dans ces discussions. Les participants à l'EMC ont convenu qu'il s'agit d'une meilleure pratique intégrale qui devrait continuer à être adoptée pour améliorer l'éducation et la formation.

Les participants ont également souligné la nécessité d'intégrer l'enseignement sur la douleur dans tous les domaines et secteurs des soins de santé. Comme indiqué précédemment dans la section consacrée aux modèles de soins efficaces, les participants ont souligné l'importance d'une meilleure compréhension du modèle biopsychosocial de soins lorsqu'il s'agit d'aborder l'origine et le traitement de la douleur. Par conséquent, les participants ont souligné la nécessité d'inclure l'approche biopsychosociale dans les modèles d'éducation et de formation des professionnels de la santé. Les personnes vivant avec la douleur ont souligné l'importance pour les fournisseurs de soins de santé d'être formés et sensibilisés à la diversité des besoins des personnes et de leurs parcours de soins, et à la nécessité d'adapter les approches thérapeutiques en conséquence.

Les participants ont indiqué que les professionnels de la santé devaient également être formés à des approches de soins moins fragmentées et à la nécessité d'interventions précoces. Il est également nécessaire d'améliorer les compétences de base pour comprendre la douleur et en parler; cela concerne :

- les fournisseurs de soins de santé,
- les patients
- les aidants familiaux
- le public
- les enseignants

Les participants ont insisté sur le fait que l'éducation est un pouvoir et que le développement de ressources au niveau national pouvait réellement aider à soutenir tous les groupes de population touchés par la douleur.

### 3.6 Recherche et données

---

Une augmentation de la production, de la disponibilité et des types de données et de preuves permettrait un suivi et un traitement plus efficaces de la douleur, et faciliterait l'amélioration du système de santé dans son ensemble.

Les lacunes en matière de données sont particulièrement importantes dans les domaines des :

- traitements non conventionnels, comme le cannabis
- sources de données probantes, par exemple, les autochtones et les jeunes
- l'évaluation économique de la santé

Une première étape essentielle pour combler les lacunes en matière de données consiste à utiliser les systèmes de données disponibles afin de comprendre et de faire le point sur le paysage actuel du système de santé canadien. Il existe également des possibilités de développer et d'exploiter les connaissances entre les différentes juridictions.



Tout au long de l'EMC, les participants ont noté qu'une augmentation des données et des preuves permettrait un suivi et un traitement plus efficaces de la douleur, et faciliterait l'amélioration de la qualité du système de santé dans son ensemble. Bien que les participants aient convenu que des investissements ont été réalisés dans la recherche et la mobilisation des connaissances, ils ont souligné que de nombreuses lacunes persistent et que des stratégies visant à stimuler la découverte, et à encourager l'innovation et la mobilisation des connaissances restent nécessaires.

### **Manque de données concernant la consommation sûre des opioïdes, du cannabis et des psychédéliques**

Les participants ont noté que le manque de données probantes concernant la consommation efficace de ces substances (et les pratiques efficaces de réduction progressive) est un obstacle majeur à l'offre d'options de traitement sûres pour la prise en charge de la douleur pour les personnes vivant avec des problèmes complexes concomitants de douleur chronique, de santé mentale et de troubles de consommation de substances. En outre, ces lacunes contribuent à accroître la stigmatisation associée à la consommation de ces médicaments pour les patients, ainsi que l'hésitation des fournisseurs de soins de santé à les prescrire.

### **Acceptation des sources de données probantes non conventionnelles et des experts en la matière**

Les participants ont souligné l'importance de reconnaître et de considérer les « connaissances traditionnelles » comme une source légitime de données probantes. Les connaissances traditionnelles sont souvent considérées comme étant de qualité médiocre (catégorie D) et des obstacles importants subsistent pour que les connaissances traditionnelles soient considérées comme des services légitimes pour les personnes souffrant de douleur. Par exemple, les dépenses liées aux pratiques des connaissances traditionnelles ne sont pas actuellement couvertes par les régimes d'assurance-maladie. De même, les participants ont souligné l'importance pour les personnes vivant avec la douleur d'être impliquées en tant qu'experts en la matière tout au long du processus de recherche. Leurs points de vue devraient être inclus et reconnus en tant qu'experts de leurs propres expériences, considérés comme des données probantes au même titre que d'autres avis d'experts en la matière.

### **Évaluation économique de la santé**

Les participants ont suggéré que l'évaluation économique de la santé (le coût-efficacité) des soins dans l'ensemble des provinces et territoires est encore insuffisante. Tout au long de l'EMC, ils ont souvent fait référence à l'importance des résultats de la recherche sur la douleur et des résultats découlant des évaluations des services de santé actuels, qui font partie intégrante de la mise en œuvre des changements de pratiques et de politiques visant à accroître l'efficacité et l'efficacité des soins dans l'ensemble des disciplines et des juridictions.

### **Financement durable de la recherche**

Les participants ont souligné le manque de ressources consacrées à la recherche sur la douleur, compte tenu des nombreux agendas et priorités concurrents. Avec une conscience limitée que la douleur est une maladie à part entière, elle n'est souvent pas considérée comme une priorité dans les décisions de financement de la recherche. Par conséquent, cela a un impact sur l'étendue des options de traitement disponibles ou reconnues par les fournisseurs de soins de santé comme étant des options de traitement efficaces pour la prise en charge de la douleur.

## Données probantes fondées sur la pratique

Il est difficile pour les comités d'évaluation par les pairs d'examiner les problèmes relatifs à la douleur, étant donné la nature interdisciplinaire de cette dernière. Compte tenu des problèmes actuels de ressources humaines dans le secteur de la santé, qui entraînent une pénurie de fournisseurs de soins de santé, les chercheurs et les fournisseurs de soins de santé ont également du mal à consacrer beaucoup de temps aux comités d'évaluation de la recherche.

## Solutions pour augmenter les données fondées sur des preuves

Selon les participants, il est nécessaire d'utiliser les systèmes de données disponibles pour comprendre et faire le point sur le paysage actuel du système de santé canadien. Il existe des possibilités de développer et d'exploiter les connaissances dans les différentes juridictions afin d'identifier des modèles de soins efficaces qui pourraient être mis en œuvre et généralisés. Les participants ont souligné l'importance d'étudier la manière d'échelonner les interventions contre la douleur et de pouvoir les transférer à d'autres disciplines de soins de santé qui s'occupent également de la douleur ou de problèmes concomitants. Ils ont également souligné l'importance de tirer parti des connaissances de nos pairs internationaux.

Les participants ont discuté de la manière dont les chercheurs – ainsi que les décideurs politiques, les assureurs, et les autres – doivent repenser la manière de caractériser les « données probantes ». Comme indiqué précédemment, les participants ont noté que la médecine et les pratiques traditionnelles efficaces pour la prise en charge et le traitement de la douleur et des problèmes de santé concomitants devraient être considérées comme des données probantes de bonne qualité. En outre, l'inclusion de personnes vivant avec la douleur tout au long du processus de recherche devrait être considérée comme l'étalon de référence. Les participants ont indiqué que les données fondées sur la pratique devraient être considérées comme des preuves solides et être intégrées dans le cadre de la recherche sur la douleur et les problèmes concomitants. Cela permettrait de mieux soutenir la façon dont le système de soins de santé et les décideurs politiques peuvent adapter ou élargir les options de traitement.

Il est évident que davantage d'investissements dans la recherche sur la douleur seraient les bienvenus, mais les participants ont insisté sur le fait que cette recherche devait inclure une perspective bioéthique et être guidée par les besoins et les lacunes identifiés par la communauté des personnes vivant avec la douleur. Les participants ont unanimement soutenu l'idée que les Instituts de recherche en santé du Canada envisagent la création d'un comité sur la douleur qui pourrait se consacrer à la planification de la recherche sur la douleur et à la coordination de la recherche à l'échelle nationale afin de réduire la duplication des efforts.

## 3.7 Défense des intérêts et sensibilisation : éducation du public

Les participants ont souligné l'importance d'accroître la sensibilisation comme première étape pour que la douleur chronique soit considérée comme une priorité de santé publique, au même titre que d'autres problèmes de santé ou maladies.

Légitimer la douleur dans le système de soins de santé, sur le lieu de travail et dans l'éducation, et dans la société en général, contribuerait de manière significative à la sensibilisation et à la réduction de la stigmatisation.

Il est également essentiel de s'appuyer sur l'expertise des personnes qui vivent avec la douleur et d'encourager et de soutenir le partage des connaissances, les réseaux d'entraide, le soutien par les pairs et les récits des personnes qui vivent avec la douleur et des problèmes de santé concomitants.

Un obstacle majeur identifié par les participants, transversal à tous les autres problèmes mentionnés, découle du manque de sensibilisation à la douleur chronique en tant que problème légitime, à la fois dans le système de soins de santé et au sein de la population en général. Les participants ont souligné l'importance d'accroître la sensibilisation comme première étape pour que la douleur chronique soit considérée comme une priorité de santé publique, au même titre que d'autres problèmes de santé ou maladies. Par exemple, il n'existe pas de « marche à suivre pour la guérison » ou d'aile de traitement spécifique à la douleur chronique, comme c'est le cas pour d'autres problèmes, tels que la santé mentale ou le cancer par exemple. En comparaison, les problèmes de comorbidité liés à la douleur, tels que la consommation de substances et les problèmes de santé mentale, ont connu un succès significatif dans leurs efforts de sensibilisation et dans l'obtention d'alliés solidaires à des niveaux qui n'ont pas encore été observés dans le domaine de la douleur chronique.

### **Solutions pour renforcer la défense des intérêts et la sensibilisation à la douleur pour l'éducation du public**

Les participants ont surtout souligné l'importance de légitimer la douleur dans le système de soins de santé, sur le lieu de travail et dans l'enseignement, ainsi que dans la société en général. Ils ont souligné l'importance d'un engagement fort des personnes vivant avec la douleur pour lutter contre la stigmatisation et améliorer la qualité de vie des Canadiens vivant avec la douleur. De nombreux participants ont décrit la sensibilisation accrue aux problèmes de la douleur en général comme le catalyseur requis pour les changements nécessaires dans les politiques et les systèmes de soins de santé. Il a été jugé crucial de s'appuyer sur l'expertise des personnes qui vivent avec la douleur et d'encourager et de soutenir le partage des connaissances, les réseaux d'entraide, le soutien par les pairs et les récits des personnes qui vivent avec la douleur et des problèmes de comorbidité. Ces récits devraient être considérés comme une forme de donnée probantes pour aider à guider les fournisseurs de soins de santé.

Les participants étaient conscients qu'il reste beaucoup à apprendre sur la manière dont la défense des intérêts s'applique aux patients vivant avec la douleur. Les participants ont souligné que l'élaboration de campagnes de sensibilisation à la santé publique serait une action intégrale et concrète qui pourrait contribuer à accroître la prise de conscience. Ils ont souligné l'importance pour ces campagnes de mettre en avant des histoires vraies de personnes vivant avec la douleur, y compris des histoires de réussite, afin de s'assurer que les messages sur la douleur sont partagés pour aider les autres, et peut-être inciter d'autres personnes à partager également leur message. Les campagnes doivent également se concentrer sur l'éducation à la douleur afin d'aider le public, les fournisseurs de soins de santé et les décideurs politiques à comprendre que la douleur chronique est un problème biopsychosocial légitime. Identifier la douleur comme une maladie est une étape importante, mais la sensibilisation pourrait permettre d'obtenir l'adhésion et le soutien nécessaires pour organiser des actions telles que des marches pour la douleur ou Bell Cause pour la cause, comme c'est le cas pour la santé mentale. La sensibilisation serait également bénéfique pour soutenir les efforts visant à réduire la stigmatisation, ainsi que pour permettre aux décideurs politiques d'établir des priorités afin d'accroître le financement de la recherche et de la mise en œuvre des programmes.

## 4.0 CONCLUSIONS

La douleur chronique et ses conséquences peuvent être réduites. Comme l'ont montré pendant l'EMC, un consensus émerge sur ce qui fonctionne et sur ce qui est nécessaire pour un changement significatif. Une meilleure approche de la prévention et du traitement de la douleur, en particulier pour les personnes qui vivent avec un trouble concomitant de santé mentale ou de consommation de substances, pourrait améliorer les résultats en matière de santé pour les Canadiens et le système de santé du Canada de manière plus générale.

Les présentateurs et les participants se sont réunis pour améliorer et partager leurs connaissances sur les meilleures pratiques en matière de traitement de la douleur chronique et des problèmes de santé concomitants. Cet EMC a également été l'occasion de dépasser les cloisonnements existants et de discuter de la manière de mettre en œuvre des stratégies efficaces pour répondre aux besoins des personnes qui vivent avec la douleur chronique et un trouble concomitant liés à la santé mentale ou à la consommation de substances.

Alors que les intervenants et les participants ont souligné les nombreux défis auxquels sont confrontées les personnes vivant avec ces problèmes de santé complexes concomitants, des solutions ont également été proposées pour y faire face.

Dans l'ensemble, les présentateurs et les participants ont insisté sur la nécessité d'adopter les approches globales suivantes :

- Collaboration et coordination au niveau national
  - › Nécessité de coordonner les efforts afin d'utiliser efficacement les ressources et de créer les solutions les plus efficaces et les plus efficaces
- Application de trois optiques : la stigmatisation, l'équité et l'intersectionnalité
  - › Ces éléments sont essentiels pour comprendre la complexité des besoins et des solutions

La prise en charge des conséquences importantes de la douleur chronique sur les Canadiens nécessitera une collaboration à l'échelle nationale. Les données probantes générées par cet EMC fournissent une vue d'ensemble détaillée des mesures requises pour mieux répondre aux besoins des Canadiens vivant avec une douleur chronique et des troubles complexes concomitants de santé mentale et de consommation de substances. Santé Canada se réjouit de poursuivre ses efforts et de collaborer avec les personnes vivant avec la douleur, les spécialistes de la douleur, et d'autres intervenants dans le but de soutenir les mesures prioritaires identifiées tout au long de cet EMC.





# ANNEXE A : OBJECTIFS ET CONTEXTE

## Échange Meilleurs cerveaux – Objectifs et contexte

Traitement de la douleur chronique et des troubles concomitants de santé mentale et d'utilisation de substances

**Séance A** : Le lundi 27 février 2023, 11 h à 14 h (HE)

**Séance B** : Le mardi 28 février 2023, 11 h à 14 h 20 (HE)

Les Instituts de recherche en santé du Canada en collaboration avec l'équipe des politiques sur la douleur chronique de Santé Canada

## Objectifs

Cette séance d'échange Meilleurs cerveaux (EMC) réunira des partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux, des chercheurs, des cliniciens, des associations professionnelles, des spécialistes de la mise en œuvre et des personnes ayant un vécu expérientiel afin d'enrichir et de mettre en commun les connaissances sur les meilleures pratiques et options thérapeutiques pour les personnes qui vivent avec la douleur chronique et un trouble concomitant de santé mentale ou d'utilisation de substances.

Les discussions porteront précisément sur les questions suivantes :

1. À la lumière des données existantes, quelles sont les stratégies les plus efficaces de prévention et de gestion de la douleur chronique et de trouble concomitant de santé mentale ou d'utilisation de substances?
2. Afin de soutenir cette population complexe, quelles stratégies pourrait-on appliquer pour soutenir la mise en œuvre de programmes et de pratiques efficaces pouvant différer de ce qu'on recommande habituellement pour les personnes vivant uniquement de douleur chronique, de problèmes de santé mentale ou de troubles d'utilisation de substances?

## Contexte

En mars 2019, le gouvernement du Canada a mis sur pied le Groupe de travail canadien sur la douleur (GTCD) afin d'obtenir des conseils et de l'information pour mieux comprendre et combler les besoins des Canadiens vivant avec la douleur. En mars 2021, le GTCD a présenté à Santé Canada son rapport final, lequel contenait plus de 150 mesures prioritaires recommandées, dont une meilleure intégration des services de gestion de la douleur aux services de traitement des problèmes de santé mentale et d'utilisation de substances, et vice-versa. Les troubles de santé mentale et d'utilisation de substances figurent parmi les priorités de tous les ordres de gouvernement (fédéral, provincial et territorial) en matière de santé.

Les personnes qui vivent avec la douleur chronique et de problèmes de santé concomitants se situent au croisement de deux populations et de deux enjeux stratégiques d'importance, en particulier dans le sillage de la réponse aux recommandations du GTCD et de la présente crise des surdoses.

La séance offre une occasion d'enrichir et de mettre en commun les connaissances sur les meilleures pratiques et options thérapeutiques pour les personnes qui vivent avec la douleur chronique et un trouble concomitant de santé mentale ou d'utilisation de substances. Elle permettra aussi aux participants de discuter des possibilités et des défis associés à l'introduction efficace de ces meilleures pratiques. Enfin, la séance donne suite aux recommandations du GTCD liées à l'équité d'accès aux services pour un groupe de Canadiens disproportionnellement affligé par la douleur, notamment ceux vivant avec un trouble de santé mentale ou de consommation de substances.

## Besoin de données probantes

Les gens qui vivent avec la douleur chronique courent un risque accru de problème de santé concomitant, y compris un trouble de santé mentale ou d'utilisation de substances.<sup>1-3</sup> La douleur chronique mal gérée a été identifiée comme un facteur menant à la consommation d'opioïdes et d'autres substances psychoactives : plus de 50 % des personnes vivant avec une douleur modérée à sévère déclarent consommer des substances, et 31 à 55 % des consommateurs de drogues déclarent vivre avec une douleur chronique.<sup>4-8</sup> Les données existantes semblent indiquer que 19 à 45 % des personnes décédées à la suite d'une surdose d'opioïdes ou d'autres drogues au Canada vivaient avec la douleur chronique.<sup>9-11</sup>

Une revue rapide effectuée par le Réseau sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments (RIEM) pour guider le travail du GTCD a révélé qu'il existait peu de lignes directrices de haute qualité comportant des recommandations spécifiques et constantes relatives à la gestion de la douleur chronique dans le contexte d'un trouble concomitant de santé mentale ou d'utilisation de substances.<sup>12-14</sup> Le rapport recommande en outre que pour le traitement des personnes qui vivent avec la douleur chronique et de troubles concomitants de santé mentale et/ou d'utilisation de substances, « les priorités des recherches à venir doivent faire en sorte que les études n'excluent pas cette population complexe ».

Comme noté par le GTCD au cours de son mandat de trois ans, il existe peu de données et de ressources sur les meilleures pratiques de traitement des personnes qui vivent avec la douleur chronique et de problèmes de santé concomitants complexes, comme les troubles de santé mentale et d'utilisation de substances. Pourtant, nous savons qu'il existe des recherches, des chercheurs et des cliniciens spécialisés dans ce domaine – même si des barrières empêchent souvent la mise en œuvre des meilleures pratiques dans les provinces et territoires et certains ordres professionnels. C'est pourquoi l'organisation d'une séance d'échange Meilleurs cerveaux réunissant des experts du domaine et des représentants de différents gouvernements et ordres professionnels permettrait la création et la mise en commun de connaissances pertinentes pour faire face aux défis décrits ci-haut.

## Résultats attendus

La séance permettra aux participants de faire ce qui suit :

- Déterminer les stratégies efficaces pour prévenir et gérer les problèmes concomitants complexes incluant la douleur chronique et les troubles de santé mentale ou d'utilisation de substances
- Concevoir des stratégies pour aider à mettre en œuvre des programmes et des pratiques efficaces pour le traitement de problèmes de santé concomitants complexes incluant la douleur chronique et les problèmes de santé mentale ou d'utilisation de substances
- Créer des contacts entre chercheurs, professionnels de la santé, responsables de politiques et décideurs en appui à la diffusion des pratiques exemplaires pour cette population
- Déterminer des domaines de recherche futurs qui enrichiront les connaissances sur le traitement des problèmes de santé concomitants complexes incluant la douleur chronique et les troubles de santé mentale ou d'utilisation de substances



## Références

1. RUSH et coll. (2008). « Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population ». *Canadian Journal of Psychiatry*, 53: 800-9.
2. DE OLIVEIRA et coll. (2016). « Patients with high mental health costs incur over 30% more costs than other high-cost patients ». *Health Affairs*, 35: 36-43.
3. Institute of Medicine. (2011). « Relieving pain in America: A blueprint for transforming prevention, care, education, and research ». *The National Academies Press*.
4. HEIMER, R., ZHAN, W., & GRAU, L. E. (2015). « Prevalence and experience of chronic pain in suburban drug injectors ». *Drug and alcohol dependence*, 151, 92-100.
5. ALFORD, D. P., GERMAN, J. S., SAMET, J. H., CHENG, D. M., LLOYD-TRAVAGLINI, C. A., & SAITZ, R. (2016). « Primary Care Patients with Drug Use Report Chronic Pain and Self-Medicating with Alcohol and Other Drugs ». *Journal of General Internal Medicine*, 31(5), 486-491.
6. VOON, P., CALLON, C., NGUYEN, P., DOBRER, S., MONTANER, J. S., WOOD, E., & KERR, T. (2015). « Denial of prescription analgesia among people who inject drugs in a Canadian setting ». *Drug and Alcohol Review*, 34(2), 221-228.
7. DUNN, K. E., FINAN, P. H., TOMPKINS, D. A., FINGERHOOD, M., & STRAIN, E. C. (2015). « Characterizing pain and associated coping strategies in methadone and buprenorphine-maintained patients ». *Drug and alcohol dependence*, 157, 143-149.
8. PELES, E., SCHREIBER, S., GORDON, J., & ADELSON, M. (2005). « Significantly higher methadone dose for methadone maintenance treatment (MMT) patients with chronic pain ». *Pain*, 113(3), 340-346.
9. Ministère de la Sécurité publique et du Solliciteur général de la Colombie-Britannique. (2018). « Illicit Drug Overdose Deaths in BC: Findings of Coroners' Investigations ». Disponible à <https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/birth-adoption-death-marriage-and-divorce/deaths/coroners-service/statistical/illlicitdrugoverdosedeadthsinbc-findingsofcoronersinvestigations-final.pdf>. Consulté le 8 juin 2020.
10. Gouvernement de l'Alberta (2019). « Opioid-related deaths in Alberta in 2017: Review of medical examiner data ». Disponible à <https://open.alberta.ca/dataset/f9912915-bd4f-4b57-93bf-2a963cb99038/resource/a2857fb6-6663-491c-b9df-686e348bb456/download/070519-me-chart-review-final.pdf>. Consulté le 8 juin 2020.
11. Santé publique Ontario (2019). « Rapport sur la surveillance de la mortalité liée aux opioïdes : analyse des décès associés aux opioïdes en Ontario de juillet 2017 à juin 2018 ». Disponible à <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/O/2019/opioid-mortality-surveillance-report.pdf>. Consulté le 8 juin 2020.
12. Santé Canada (2019). Gouvernement du Canada. « La douleur chronique au Canada : jeter les bases d'un programme d'action ». Ottawa (ON). Disponible à [www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/groupe-travail-douleur-chronique/rapport-2019.html](http://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/groupe-travail-douleur-chronique/rapport-2019.html). Consulté le 25 juillet 2022.
13. Santé Canada. (2020). Gouvernement du Canada. « Ce que nous avons entendu : Travailler ensemble pour mieux comprendre, prévenir et gérer la douleur chronique ». Ottawa (ON). Disponible à [www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/groupe-travail-douleur-chronique/rapport-2020.html](http://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/groupe-travail-douleur-chronique/rapport-2020.html). Consulté le 25 juillet 2022.
14. Santé Canada (2021). Gouvernement du Canada. « Un plan d'action pour la douleur au Canada ». Ottawa (ON). Disponible à [www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/groupe-travail-douleur-chronique/rapport-2021.html](http://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/mobilisation-publique/organismes-consultatifs-externes/groupe-travail-douleur-chronique/rapport-2021.html). Consulté le 25 juillet 2022.

## ANNEXE B : RESSOURCES ET ARTICLES

Les ressources suivantes peuvent être utiles afin de répondre à de nombreuses actions identifiées à la section 3 du présent rapport.

### Articles et informations générales

Bell et al. (2020) Implementation of The Ottawa Hospital Pain Clinic stepped care program: A preliminary report. *Canadian Journal of Pain*, 4(1), 168-178.

Bell, L., Cornish, P., Gauthier, R., Kargus, C., Rash, J., Robbins, R., ... & Poulin, P. A. (2020). Implementation of the Ottawa Hospital Pain Clinic stepped care program: a preliminary report. *Canadian Journal of Pain*, 4(1), 168-178. <https://doi.org/10.1080/24740527.2020.1768059>

Birnie, K. A., Dib, K., Ouellette, C., Dib, M. A., Nelson, K., Pahtayken, D., ... & Stinson, J. (2019). Partnering for pain: a priority setting partnership to identify patient-oriented research priorities for pediatric chronic pain in Canada. *Canadian Medical Association Open Access Journal*, 7(4), E654-E664. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20190060>

Birnie, K. A., Ouellette, C., Do Amaral, T., & Stinson, J. N. (2020). Mapping the evidence and gaps of interventions for pediatric chronic pain to inform policy, research, and practice: a systematic review and quality assessment of systematic reviews. *Canadian Journal of Pain*, 4(1), 129-148. <https://doi.org/10.1080/24740527.2020.1757384>

Buchman, D. Z., Ho, A., & Illes, J. (2016). You present like a drug addict: patient and clinician perspectives on trust and trustworthiness in chronic pain management. *Pain Medicine*, 17(8), 1394-1406. <https://doi.org/10.1093/pm/pnv083>

CBC/Radio Canada. (2022, November 11). Veterans Affairs Canada | CBC News. CBCnews. Veterans Affairs Canada has been overestimating the number of veterans for decades. [www.cbc.ca/news/politics/veterans-affairs-canada-counting-census-1.6647864#:~:text=According%20to%20the%202021%20census.military%20members%20projected%20by%20VAC](http://www.cbc.ca/news/politics/veterans-affairs-canada-counting-census-1.6647864#:~:text=According%20to%20the%202021%20census.military%20members%20projected%20by%20VAC)

Clarke H, Weinrib A, Kotteeswaran Y, Katz J, Yu A, Tanguay R. Remote buprenorphine-naloxone initiation as an essential service for people with chronic pain and opioid dependence during the COVID-19 pandemic: Case reports, clinical pathways, and implications for the future. *Can J Pain*. 2020 Sep 15;4(1):224-235. Doi: 10.1080/24740527.2020.1795634. PMID: 33987501; PMCID: PMC7951165. [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7951165](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7951165)

Dunn, K. E., Finan, P. H., Tompkins, D. A., Fingerhood, M., & Strain, E. C. (2015). Characterizing pain and associated coping strategies in methadone and buprenorphine-maintained patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 157, 143-149. Retrieved March 29, 2023 from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26518253>

Eccleston, C., Fisher, E., Howard, R. F., Slater, R., Forgeron, P., Palermo, T. M., ... & Wood, C. (2021). Delivering transformative action in paediatric pain: a Lancet Child & Adolescent Health Commission. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 5(1), 47-87. [www.thelancet.com/article/S2352-4642\(20\)30277-7/fulltext](http://www.thelancet.com/article/S2352-4642(20)30277-7/fulltext)

Gomes T., Kolla G., McCormack D., Sereda A., Kitchen S., and Antoniou T. Clinical outcomes and health care costs among people entering a safer opioid supply program in Ontario. *CMAJ* September 19, 2022 194 (36) E1233-E1242; DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.220892>

Gouvernement du Canada, Statistique Canada. (8 novembre 2019). Les anciens combattants canadiens ayant des incapacités, 2017. Gouvernement du Canada, Statistique Canada. Les anciens combattants canadiens ayant des incapacités, 2017 ([statcan.gc.ca](http://statcan.gc.ca))

Gouvernement du Canada, Anciens Combattants Canada. Well-being of Canadian Regular Force Veterans, Findings from LASS 2016 Survey. (n.d.). [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2017/acc-vac/V32-340-2017-eng.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2017/acc-vac/V32-340-2017-eng.pdf)

Gouvernement du Canada, Anciens Combattants Canada. Well-being of Canadian Regular Force Veterans, Findings from LASS 2019 Survey. (n.d.). [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2020/acc-vac/V3-1-7-2020-eng.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2020/acc-vac/V3-1-7-2020-eng.pdf)

Santé Canada. (2019). Gouvernement du Canada. La douleur chronique au Canada : jeter les bases d'un programme d'action Ottawa (ON). Rapport du Groupe de travail canadien sur la douleur : juin 2019 - [Canada.ca](http://Canada.ca)

Santé Canada. (2020). Gouvernement du Canada. Ce que nous avons entendu : Travailler ensemble pour mieux comprendre, prévenir et gérer la douleur chronique Ottawa (ON). Rapport du groupe de travail canadien sur la douleur : septembre 2020 - [Canada.ca](http://Canada.ca)

Santé Canada. (2021). Gouvernement du Canada. Un plan d'action pour la douleur au Canada Ottawa (ON). Rapport du groupe de travail canadien sur la douleur : Mars 2021 - [Canada.ca](http://Canada.ca)

Kooijman, NI, Willegers, T, Reuser, A, Mulleners, WM, Kramers, C, Vissers, KCP, et al. Are psychedelics the answer to chronic pain: A review of current literature. *Pain Practice*. 2023; 00 : 1- 12. <https://doi.org/10.1111/papr.13203>

Latimer, M, Sylliboy, JR, Francis, J, et al. Co-creating better health care experiences for First Nations children and youth: The FIRST approach emerges from Two-Eyed seeing. *Paediatr Neonatal Pain*. 2020; 2: 104-112. <https://doi.org/10.1002/pne2.12024>

McCadden, M. D., Vasileva, D., Orchanian-Cheff, A., & Buchman, D. Z. (2019). Ambiguous identities of drugs and people: a scoping review of opioid-related stigma. *International Journal of Drug Policy*, 74, 205-215. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31671303>

Commission de la santé mentale du Canada (2019). Projet de démonstration sur le Modèle de soins par paliers 2.0 de Terre-Neuve-et-Labrador - Rapport final. [emmental\\_health\\_report\\_fr\\_0.pdf](http://emmental_health_report_fr_0.pdf) ([commissionsantementale.ca](http://commissionsantementale.ca))

Nelson, S., Miller, J. V., Timmers, I., Simons, L. E., Meldrum, K., & Noel, M. (2022). Paediatric chronic pain as a catalyst for toxic stress. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 6(10), 671-672. [www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(22\)00187-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(22)00187-0/fulltext)

Salima S. J. Ladak, Gonzalo Sapisochin, P. Maxwell Slepian & Hance Clarke (2021) The intersection of harm reduction and postoperative care for an illicit fentanyl consumer after major surgery: A case report, *Canadian Journal of Pain*, 5:1, 166-171, DOI: 10.1080/24740527.2021.1952066 [www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/24740527.2021.1952066](http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/24740527.2021.1952066)

Stilwell, P. & Harman, K., (2019). An enactive approach to pain: beyond the biopsychosocial model. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*. 18. 10.1007/s11097-019-09624-7. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11097-019-09624-7> - research on enactivism as it relates to the BPS framework of pain.

Stilwell, P., Hudon, A., Meldrum, K., Pagé, M. G., & Wideman, T. H. (2022). What is pain- related suffering? Conceptual critiques, key attributes, and outstanding questions. *The Journal of Pain*, 23(5), 729-738. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2021.11.005>

Sud, A., Nelson, M. L., Cheng, D. K., Armas, A., Foat, K., Greiver, M., ... & Upshur, R. (2020). Sahaj Samadhi Meditation versus a Health Enhancement Program for depression in chronic pain: protocol for a randomized controlled trial and implementation evaluation. *Trials*, 21(1), 1-15. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04243-z>

Sutherland, A. M., Nicholls, J., Bao, J., & Clarke, H. (2018). Overlaps in pharmacology for the treatment of chronic pain and mental health disorders. *Progress in Neuro- Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 87, 290-297. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.07.017>

Weinrib, A. Z., Azam, M. A., Birnie, K. A., Burns, L. C., Clarke, H., & Katz, J. (2017). The psychology of chronic post-surgical pain: new frontiers in risk factor identification, prevention and management. *British Journal of Pain*, 11(4), 169-177. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29123661>

## Ressources – pertinentes pour les solutions/facilitateurs

Réseaux de mentorat adaptatif pour la douleur, la santé mentale et la consommation de substances (financé par le programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS) - Un exemple de soutien pour les soins primaires. Ils exercent leurs activités en [Colombie-Britannique](#), Canada atlantique et en Alberta, et prennent de l'expansion dans d'autres provinces.

[Réponse de l'Association des facultés de médecine du Canada \(AFMC\) à la crise des opioïdes](#) - 2 nouveaux programmes d'études sur les opioïdes et la douleur et la consommation de substances pour i) les étudiants du programme d'enseignement médical prédoctoral et ii) les professeurs.

Alberta Health Services. Pain Society of Alberta. (Oct 2019). Alberta Pain Strategy 2019-2024: Achieving Excellence in Pain Management. [www.albertahealthservices.ca/assets/about/scn/ahs-scn-alberta-pain-strategy-2019-24.pdf](http://www.albertahealthservices.ca/assets/about/scn/ahs-scn-alberta-pain-strategy-2019-24.pdf)

[Atlantic Mentorship Network: Pain and Addiction](#) - Une approche novatrice de la prestation de soins de santé aux personnes souffrant de douleur et de toxicomanie - offre une formation continue

[L'ACEPA](#) (association communautaire d'entraide des pairs contre les addictions) - est un organisme de bienfaisance de personnes touchées par un trouble lié à la consommation de substances basé à Ottawa, en Ontario; un leader national, qui fait de la sensibilisation et qui met l'accent sur la stigmatisation.

[Centre for Effective Practice](#) - Nouveaux programmes de mentorat

[Le Centre d'excellence sur la douleur chronique pour les vétérans canadiens](#) - [contact](#) : Pour plus d'informations, consultez nos coordonnées et utilisez notre formulaire

[Initiative Canadienne de Recherche en Abus de Substance](#) - Traduire la consommation de substances en pratique et en politiques.

[Dr. Andrea Furlan YouTube channel](#)

Gouvernement du Canada. Santé Canada. [Ressources pour les Canadiens vivants avec la douleur pendant la pandémie](#)

[Manage My Pain App](#)

[Avantages pour la santé mentale](#) - L'objectif de l'initiative est de soutenir la santé mentale des vétérans pendant le traitement de leur demande de prestations d'invalidité. La couverture durera deux ans à compter de la date de réception de la demande de prestations d'invalidité ou jusqu'à ce que le vétéran obtienne une décision favorable en matière de prestations d'invalidité.

[Le programme des services de santé non assurés \(SSNA\)](#) - offre une couverture pour les produits et les services médicaux nécessaires aux clients admissibles des Premières nations et des collectivités inuites

[Otn. Care.Connected](#), du Centre d'excellence en consultation électronique de l'Ontario la rémunération de 40 minutes de consultation n'est pas toujours adéquate

[Douleur Canada](#) - lancera une campagne publicitaire pluriannuelle au printemps 2023; contribue à changer le discours public et à sensibiliser et à combattre la stigmatisation.

[Peer Supporting Recovery from Substance Use Disorders](#) - program in AB with Recovery Coaches.

[Au-delà de la douleur](#) - Programme en ligne d'autogestion des maladies chroniques (ON, sources de financement multiples) - Peut aider à réduire les obstacles à l'accès dans les collectivités rurales.

Samhsa's Working Definition of Recovery: 10 Guiding Principles of Recovery.

<https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/pep12-recdef.pdf>

[L'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre plus](#) (ACSG Plus) - Santé Canada (2023).

Le Plan d'action permettra à renforcer l'intégration systématique par Santé Canada des considérations liées au sexe, au genre et à la diversité dans toutes les initiatives fédérales en matière de santé.

Réseaux cliniques stratégiques (voir [AB](#))

PUDS (Programme sur l'usage et les dépendance aux substances, Santé Canada) - [Projets actifs](#)

[Service de gestion de la douleur transitionnelle: Ensemble pour soulager la douleur](#)

[Warrior Health](#) courses. [Introduction to Trauma Exposed Professionals](#)



# ANNEXE C : SÉANCE D'ÉCHANGES MEILLEURS CERVEAUX

## Annexe C-1 : Ordre du jour

### Objectifs

Cette séance d'échanges Meilleurs Cerveaux réunira des partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux, des chercheurs, des cliniciens, des associations professionnelles, des spécialistes de la mise en œuvre et des personnes ayant une expérience vécue, afin d'enrichir et de mettre en commun les connaissances sur les meilleures pratiques et options thérapeutiques pour les personnes qui vivent avec la douleur chronique et un trouble concomitant de santé mentale ou d'utilisation de substances. Les discussions porteront précisément sur les questions suivantes :

1. À la lumière des données existantes, quelles sont **les stratégies les plus efficaces** de prévention et de gestion de la douleur chronique et de troubles concomitants de santé mentale ou d'utilisation de substances?
2. Afin de venir en aide à cette population complexe, **quelles stratégies pourrait-on appliquer** pour soutenir la mise en œuvre de programmes et de **pratiques efficaces pouvant différer de ce qu'on recommande habituellement** pour les personnes qui vivent uniquement avec la douleur chronique, un trouble de santé mentale ou d'utilisation de substances?

Heure	Points et questions de discussion	Intervenants et intervenantes
<b>JOUR 1 – Prévention et gestion des problèmes concomitants complexes</b>		
10 h 45–11 h	<b>Inscription</b>	
11 h–11 h 20	<b>Remarques préliminaires</b> Mot de bienvenue de l'animatrice et des organisateurs Reconnaissance du territoire Formule et directives techniques (points administratifs) Présentations à tour de rôle (dans le clavardage) Survol des objectifs de la séance	Animatrice – Christine Chambers
11 h 20–11 h 30	<b>Mise en situation :</b> <b>Pourquoi sommes-nous ici?</b> présentation de 10-minutes Objectif : Donner un aperçu du travail, des résultats et des recommandations du Groupe de travail canadien sur la douleur (GTCD)	Fiona Campbell, ancienne coprésidente du Groupe de travail canadien sur la douleur Maria Hudspith, ancienne coprésidente du Groupe de travail canadien sur la douleur <b>Sujet :</b> Aperçu du mandat, des conclusions et des recommandations pertinentes du Groupe de travail.



Heure	Points et questions de discussion	Intervenants et intervenantes
11 h 30-12 h 40	<p><b>Panel : Stratégies efficaces de prévention et de gestion des problèmes concomitants complexes</b></p> <p>Présentations instantanées de 10 minutes, suivies d'une période de questions et réponses facilitée de 30 minutes</p> <p>Objectif : Apprendre des stratégies efficaces pour répondre aux besoins des personnes vivant avec une douleur chronique et un trouble concomitant de santé mentale ou d'utilisation de substances</p>	<p><b>Hance Clarke</b> Sujet : Modèle de services de gestion de la douleur transitionnelle</p> <p><b>Rob Tanguay</b> Sujet : Approches novatrices et intégratives pour le traitement de la douleur et de la consommation de substances</p> <p><b>Patricia Poulin</b> Sujet : Modèle de soins par étapes adaptés 2.0 pour les soins de la douleur chronique au Canada</p>
12 h 40-13 h 10	<b>Dîner</b>	
13 h 10-13 h 25	<p><b>Établissement des bases – prise de parole</b></p> <p>Témoignage d'un patient</p> <p>Présentation vedette de 10 minutes suivie de la discussion animée</p>	<p><b>Keith Meldrum</b> Sujet : Défis auxquels font face les personnes vivant avec la douleur pour accéder à des services appropriés, et nature et impact de l'accès à des soins efficaces</p>
13 h 25-13 h 50	Discussion dirigée	<p><b>Animatrice – Christine Chambers</b> Sujet : Obstacles et facilitateurs à la mise en œuvre de stratégies et de modèles de soins efficaces pour répondre aux besoins des personnes vivant avec une douleur chronique et un trouble concomitant de santé mentale ou d'utilisation de substances.</p>
13 h 50-14 h	Récapitulatif de la séance A et aperçu de la séance B	<b>Animatrice – Christine Chambers</b>

Heure	Points et questions de discussion	Intervenants et intervenantes
<b>JOUR 2 – Mise en œuvre de stratégies efficaces</b>		
10 h 45-11 h	<b>Inscription</b>	
11 h-11 h 10	Remarques préliminaires et récapitulatif de la séance A	<b>Animatrice – Christine Chambers</b>
11 h-12 h	<p><b>Panel : Adaptation des services aux populations disproportionnellement touchées par la douleur</b></p> <p>Présentations instantanées de 10 minutes, suivies d'une période de questions et réponses facilitée de 20 minutes</p>	<p><b>Katie Birnie</b> Sujet : Solutions pour la douleur chez les enfants, pratiques exemplaires pour les enfants et les jeunes</p> <p><b>Jaris Swidrovich</b> Sujet : Défis particuliers et approches ciblées pour les populations autochtones</p> <p><b>Ramesh Zacharias</b> Sujet : Répercussions de la douleur chronique sur les vétérans canadiens et approches pour répondre aux besoins des vétérans en matière de douleur</p>
12 h-12 h 30	<b>Lunch Break</b>	
12 h 30-13 h 40	<p><b>Discussion informelle dirigée : Mise en pratique des données scientifiques</b></p> <p>Présentations de 5 minutes suivies de Questions-réponses/discussions animées</p>	<p><b>Animatrice – Christine Chambers (voir la biographie)</b></p> <p><b>Linda Wilhelm</b> Sujet : Progrès réalisés ces dernières années et défis restant à relever</p> <p><b>Daniel Buchman</b> Sujet : Questions éthiques et stigmatisation entourant la question de la santé mentale, l'utilisation de substances et de la douleur chronique</p> <p><b>Abhimanyu Sud</b> Sujet : Possibilités et défis pour traduire les données probantes en pratique</p>
13 h 40-1 h 45	<b>Évaluation de l'EMC (~5mins)</b>	
1 h 45-1 h 55	<p><b>Mot de la fin et levée de la séance</b></p> <p>Bref résumé/réflexion et remarques finales</p>	<p><b>Animatrice – Christine Chambers</b></p> <p><b>Jennifer Novak</b></p>

## Annexe C-2 : Notice biographique des présentateurs et de l'animatrice



### Fiona Campbell

**Directrice, Programme de douleur chronique,  
Anesthésie et médecine de la douleur Codirectrice,  
Centre sur la douleur, Hôpital pour enfants de Toronto  
Professeure, Université de Toronto  
Ancienne coprésidente du Groupe de travail canadien sur la douleur**

La Dre Fiona Campbell est professeure au Département d'anesthésiologie et de médecine de la douleur de l'Université de Toronto ainsi que directrice du programme de douleur chronique du service d'anesthésie et de médecine de la douleur à l'Hôpital pour enfants de Toronto, où elle est aussi codirectrice du Centre sur la douleur. En tant que première coprésidente du Réseau de douleur chronique de l'Ontario (section pédiatrique), en partenariat avec le ministère de la Santé de l'Ontario, elle a contribué à l'élaboration d'une stratégie provinciale visant à accroître l'accès à des services améliorés en matière de douleur chronique chez l'enfant. Elle a été présidente de la Société canadienne de la douleur et coprésidente du Groupe de travail canadien sur la douleur de Santé Canada, qui a publié en 2021 le rapport intitulé Un plan d'action pour la douleur au Canada. Elle a reçu en 2022 le prix d'ancienne émérite en sciences de son alma mater, l'Université McMaster, pour ses contributions à la pratique clinique, à la recherche, à la formation, à la défense des droits et aux politiques.



### Maria Hudspith

**Directrice générale, Pain BC  
Ancienne coprésidente du Groupe de travail canadien sur la douleur**

Maria est la directrice générale de Pain BC, un organisme de bienfaisance ayant pour mission d'améliorer la vie des personnes souffrant de douleur par l'autonomisation, les soins, l'éducation et l'innovation. Elle a coprésidé le Groupe de travail canadien sur la douleur, créé par la ministre fédérale de la Santé en 2019 pour évaluer les soins, l'éducation, la recherche et la surveillance dans le domaine de la douleur au Canada et recommander des mesures prioritaires afin de garantir que les personnes souffrant de douleur soient reconnues et soutenues et que la douleur soit comprise, prévenue et traitée efficacement partout au Canada. Maria est l'utilisatrice des connaissances principale du Réseau sur la douleur chronique financé par les IRSC, au sein duquel elle est coresponsable de la participation des personnes ayant un vécu expérientiel. Elle est également codirectrice du Partnership for the Engagement of Patients in Pain Research, une initiative pluriannuelle financée par le CRSH. L'essentiel du travail de Maria est axé sur l'équité, les changements dans les systèmes et la mobilisation communautaire en lien avec divers enjeux de santé, dont la consommation de substances psychoactives, le VIH et la santé des femmes et des hommes.



## Hance Clarke

**Directeur des Services de gestion de la douleur**

**Directeur de la clinique GoodHope Ehlers Danlos Syndrome Département d'anesthésie et de traitement de la douleur Hôpital général de Toronto, Réseau universitaire de santé Président désigné de la Société canadienne de la douleur**

**Professeur agrégé, Département d'anesthésiologie et de médecine de la douleur, Université de Toronto**

Hance Clarke est le directeur des Services de gestion de la douleur, à la clinique GoodHope Ehlers Danlos Syndrome et à l'Unité de recherche sur la douleur de l'Hôpital général de Toronto. Il est titulaire de la chaire d'application des connaissances du Centre d'études de la douleur de l'Université de Toronto, où il est aussi professeur agrégé au Département d'anesthésiologie et de médecine de la douleur. Il est cofondateur et directeur du premier service de gestion de la douleur passagère au monde, dont l'objectif est de prévenir la douleur chronique postopératoire. En tant que clinicien-chercheur, le Dr Clarke joue un rôle de premier plan dans la sensibilisation du public par rapport au traitement de la douleur et au besoin de plus amples études sur les effets bénéfiques et indésirables du cannabis. Il est un champion de la recherche de solutions factuelles contre la crise des opioïdes et un défenseur de l'idée d'une stratégie nationale contre la douleur et la dépendance aux substances. Il est l'auteur de plus de 150 publications évaluées par les pairs, et a été invité à faire une présentation sur la maîtrise de la douleur, le cannabis et la crise des opioïdes à la Chambre des communes à Ottawa ainsi qu'ailleurs dans le monde. Le Dr Clarke est aujourd'hui l'un des rares Canadiens à avoir l'honneur de siéger au Science & Policy Advisor Council du National Pain Advocacy Center des États-Unis. Depuis 2022, il est le président désigné de la Société canadienne de la douleur.



## Rob Tanguay

**Médecin-chef, Newly Institute**

**Professeur clinicien adjoint, départements de psychiatrie et de chirurgie, Université de Calgary**

**Coresponsable, stratégie albertaine de lutte contre la douleur, Services de santé de l'Alberta (AHS)**

**Fondateur et coresponsable, clinique communautaire d'accès rapide aux traitements des dépendances, Services de santé de l'Alberta (AHS)**

**Institut du cerveau Hotchkiss et Centre Mathison pour la recherche et l'éducation en santé mentale**

Psychiatre et professeur clinicien adjoint aux départements de psychiatrie et de chirurgie à l'École de médecine Cumming de l'Université de Calgary, le Dr Tanguay se spécialise en médecine des toxicomanies et en médecine de la douleur, domaines sur lesquels il s'est penché grâce à des bourses de recherche. Dernièrement, en plus d'y occuper le rôle de médecin-chef et de vice-président, le Dr Tanguay a contribué à la création du Newly Institute, un programme visant à fournir des interventions médicales et psychologiques, en combinant psychothérapie et psychédéliques, aux personnes aux prises avec des troubles de santé mentale complexes et résistants au traitement, comme le trouble de stress post-traumatique, la dépression, l'anxiété, la dépendance et la douleur chronique. Il était le médecin



responsable de la sensibilisation aux dépendances aux Services de santé de l'Alberta (AHS), où il a contribué à l'élaboration de programmes primés. Il est aujourd'hui le président de la Pain Society of Alberta, le coprésident de la stratégie albertaine de lutte contre la douleur, reconnue à l'échelle internationale, ainsi que le directeur régional représentant l'Alberta et les Territoires du Nord-Ouest à la Société médicale canadienne sur l'addiction (SMCA), où il siège au conseil d'administration. Il a fondé, de concert avec les Services de santé de l'Alberta, un programme de déprescription des opioïdes et une clinique communautaire d'accès rapide aux traitements des dépendances. Il a également mis en place une clinique dans le cadre du Transitional Outpatient Pain Program for Spine (TOPPS), qui vise à optimiser les résultats des chirurgies spinales en collaboration avec des chirurgiens spécialistes dans le domaine. De plus, il agit à titre de consultant à la Carewest Operational Stress Injury Clinic, qui a pour mission de traiter les blessures liées à un traumatisme des vétérans et des membres de la GRC. À titre de chercheur, il se penche sur les traumatismes, la dépendance, la douleur chronique, les opioïdes, le cannabis et les psychédéliques. Il est membre de l'Institut du cerveau Hotchkiss et du Centre Mathison pour la recherche et l'éducation en santé mentale à l'Université de Calgary.



### **Patricia Poulin**

**Psychologue clinicienne spécialisée en réadaptation,  
Clinique de la douleur de l'Hôpital d'Ottawa Scientifique associée,  
Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa  
Professeure adjointe, Département d'anesthésiologie et de médecine  
de la douleur, Université d'Ottawa  
Responsable de la recherche, St. Joseph Care Group – programme  
de gérance des opioïdes et de la douleur chronique du projet ECHO**

La Dre Patricia Poulin est psychologue clinicienne spécialisée en santé et en réadaptation à la Clinique de la douleur de l'Hôpital d'Ottawa, chercheuse associée à l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa et professeure adjointe au Département d'anesthésiologie et de médecine de la douleur de l'Université d'Ottawa. La Dre Poulin a été membre du Comité consultatif externe du Groupe de travail canadien sur la douleur; elle est l'une des candidates principales du Réseau sur la douleur chronique (réseau sur les maladies chroniques de la Stratégie de recherche axée sur le patient des IRSC) et elle codirige l'élaboration et la mise en œuvre du portail Power Over Pain. Elle possède un vécu expérientiel et est déterminée à améliorer l'accès aux soins pour tous les Canadiens souffrant de douleur chronique.



## Keith Meldrum

### Militant contre la douleur persistante, A Path Forward

Depuis un accident automobile survenu en août 1986 qui lui a presque coûté la vie, Keith vit avec une douleur neuropathique persistante, et ce, malgré de nombreuses chirurgies. On lui disait que « tout était dans sa tête ». En 2005, après plusieurs interventions inefficaces échelonnées sur 18 ans, on lui a implanté un stimulateur de moelle épinière, qui a été remplacé en 2021 par une technique de neuromodulation consistant à stimuler le ganglion spinal.

Compte tenu des obstacles rencontrés au cœur d'un système de santé mal préparé face à la complexité de la douleur chronique, Keith a tiré parti de son expérience pour amorcer des changements systémiques et aider d'autres personnes vivant avec de la douleur persistante. De 2011 à 2018, il a siégé au conseil d'administration de l'organisme Pain BC. Il s'est ensuite investi comme militant indépendant pour les personnes souffrant de douleur, ce qui lui a valu une invitation au World Congress on Pain de 2018 de l'International Association for the Study of Pain (IASP) à titre de conférencier ainsi qu'une nomination à la Global Alliance of Partners for Pain Advocacy, un groupe de travail de l'IASP.

Keith agit à titre de conférencier dans des rassemblements locaux, nationaux et internationaux et de conférencier invité dans des universités. Il est coauteur de deux articles publiés. Technologue en génie civil, Keith vit à Kelowna, en Colombie Britannique, avec sa femme Barb et leur labradoodle australien, Parker.



## Kathryn Birnie

**Professeure adjointe, Département d'anesthésiologie, de médecine périopératoire et de médecine de la douleur, Université de Calgary**  
**Directrice scientifique associée, Solutions pour la douleur chez les enfants**  
**Psychologue, Hôpital pour enfants de l'Alberta**

Kathryn (Katie) Birnie est psychologue clinicienne et professeure adjointe au Département d'anesthésiologie, de médecine périopératoire et de médecine de la douleur et au Département des sciences de la santé communautaire à l'Université de Calgary, où elle dirige le programme de recherche Partnering

For Pain. Elle est également directrice scientifique associée de Solutions pour la douleur chez les enfants, un réseau national de mobilisation de connaissances dont la mission est d'améliorer le traitement de la douleur chez les enfants en misant sur l'application de solutions fondées sur des données probantes de façon coordonnée et collaborative. La Dre Birnie est entrée à l'Hôpital pour enfants de l'Alberta en 2018 comme psychologue médicale. Elle continue à y prodiguer des soins cliniques dans le cadre du programme Vi Riddell pour le traitement de la douleur et la réadaptation chez les enfants. La Dre Birnie a publié plus de 80 articles scientifiques. Ses travaux ont été présentés notamment sur CBC News, CTV News, Global News et Radio Canada International ainsi que dans le Washington Post et le Globe and Mail. Elle est une ardente défenseuse de la participation des patients et des familles dans la recherche sur le traitement de la douleur, la prestation de soins de santé et la conception des systèmes de santé.





### **Jaris Swidrovich**

**Professeur adjoint, volet enseignement Faculté de pharmacie, Université de Toronto**

Le Dr Jaris Swidrovich est professeur adjoint, volet enseignement, à la Faculté de pharmacie Leslie-Dan de l'Université de Toronto. Le pharmacien, d'origine ukrainienne-saulteaux de la Première Nation de Yellow Quill, s'identifie comme queer et bispirituel. Dr Swidrovich est le premier et unique membre autochtone d'une faculté de pharmacie au Canada. Il a fait partie du Groupe de travail canadien sur la douleur et il est présentement membre du conseil d'administration de Solutions

pour la douleur chez les enfants, membre du Comité consultatif national de Douleur Canada et membre fondateur de Douleur Ontario, qui est en cours de création.

Il est détenteur d'un baccalauréat en pharmacie (BSP) de l'Université de la Saskatchewan et d'un doctorat en pharmacie (PharmD) de l'Université de Toronto. Les sujets de ses travaux et recherches comprennent la douleur, le VIH/sida, les troubles liés à la consommation de substances, la santé des personnes 2ELGBTQ+, la santé des Autochtones et la formation des professionnels de la santé. Dr Swidrovich est également candidat au doctorat en éducation à l'Université de la Saskatchewan, où il s'intéresse à l'expérience à la formation en pharmacie chez les peuples autochtones du Canada.



### **Ramesh Zacharias**

**Chef de la direction et directeur médical  
Centre d'excellence sur la douleur chronique pour les vétérans  
canadiens Professeur clinique adjoint, Département d'anesthésie  
Faculté des sciences de la santé, Centre médical de l'Université McMaster**

Le Dr Zacharias a obtenu son doctorat en médecine de l'Université Western en 1980 et a suivi sa formation en chirurgie générale à la même université entre 1981 et 1985. Après sa résidence, il a été chercheur-boursier principal au département de chirurgie vasculaire de l'Université de Washington de 1985 à 1987. De 1983 à 2009, il a été président-directeur général de

Med-Emerg International Inc., qu'il a fondé en 1983. Il a exercé la médecine d'urgence entre 1981 et 2005, puis a travaillé dans une clinique communautaire de 2005 à 2012, où il a concentré sa pratique sur les douleurs chroniques. En janvier 2012, il a rejoint le département d'anesthésie de l'Université McMaster en tant que professeur adjoint de clinique et a été nommé directeur médical de l'Unité de traitement des douleurs chroniques du Centre des sciences de la santé de Hamilton. En avril 2015, il est devenu le directeur médical de la Clinique de la douleur Michael G. DeGroote, la plus grande clinique interdisciplinaire sur la douleur au Canada.

En parallèle, le Dr Zacharias a été nommé coroner-enquêteur pour la province de l'Ontario en juin 2012. Durant son mandat, il a mené plus de 650 enquêtes sur des décès. En avril 2020, il devient président, chef de la direction et directeur médical du Centre d'excellence sur la douleur chronique pour les vétérans canadiens, un institut de recherche visant à améliorer la vie des vétérans souffrant de douleurs chroniques et de leur famille. Il continue à s'impliquer dans la gestion de ce type de douleur chez les vétérans et chez les personnes ayant des blessures liées au travail ou aux accidents de la route. Plus de 60 % de sa pratique clinique est consacrée au traitement des vétérans.



### **Linda Wilhelm**

**Présidente, Alliance canadienne des arthritiques**

Linda Wilhelm est atteinte de polyarthrite rhumatoïde depuis plus de 35 ans. Comme les médicaments prescrits pour traiter la maladie étaient inefficaces pour elle pendant une bonne partie de cette période, des lésions importantes et irréversibles ont été causées à la plupart de ses articulations. La douleur est pour elle une réalité quotidienne, notamment durant les périodes de convalescence consécutives aux 14 interventions chirurgicales reconstructives des articulations que Mme Wilhelm a subies. Mme Wilhelm est membre fondatrice de l'Alliance canadienne des arthritiques, un organisme bénévole national composé de patients qui travaille depuis 2002 à l'amélioration de la vie des personnes atteintes d'arthrite. Elle est aussi patiente partenaire au sein de plusieurs réseaux et de projets de recherche nationaux voués à la recherche et ancienne membre du Groupe de travail canadien sur la douleur.



### **Daniel Buchman**

**Bioéthicien et chercheur indépendant Centre de toxicomanie et de santé mentale**

**Professeur adjoint, École de santé publique Dalla Lana Centre conjoint de bioéthique**

**Université de Toronto**

Le Dr Daniel Buchman est bioéthicien et chercheur indépendant à l'Institut de recherche en santé mentale de la famille Campbell du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). Il dirige, au CAMH, le Everyday Ethics Lab dont le programme de recherche est axé sur des enjeux éthiques liés à la santé mentale, à la consommation de substances psychoactives et à la douleur chronique. Il est aussi professeur adjoint à l'École de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto, membre du Centre conjoint de bioéthique de l'Université de Toronto, et chercheur affilié à l'Institut de recherche Krembil du Réseau universitaire de santé. Enfin, il siège au conseil d'administration de la Société canadienne de bioéthique et au Comité permanent sur l'éthique des Instituts de recherche en santé du Canada.







### **Abhimanyu Sud**

**Titulaire de la chaire de recherche sur les soins primaires et les systèmes de santé des populations, Hôpital Humber River  
Professeur adjoint, Département de médecine familiale et communautaire  
Faculté de médecine Temerty de l'Université de Toronto**

Le Dr Abhimanyu Sud est médecin, professeur et chercheur dans le domaine des services de santé, dont les travaux portent sur le croisement de la douleur chronique, de la maladie mentale et de l'utilisation d'opioïdes. Il est professeur adjoint à la Faculté de médecine Temerty de l'Université de Toronto, titulaire de la première chaire de recherche sur les soins primaires

et les systèmes de santé des populations à l'Hôpital Humber River et scientifique en chef du Centre d'excellence sur la douleur chronique pour les vétérans canadiens. Le Dr Sud a dirigé l'élaboration, la prestation et l'évaluation de divers programmes de formation médicale axés sur la douleur chronique et la prescription d'opioïdes, avec une attention particulière aux effets réciproques de la maladie mentale. Il dirige le premier essai contrôlé randomisé national portant sur l'efficacité et la mise en œuvre d'une intervention de méditation virtuelle pour atténuer la dépression dans les cas de douleur chronique. Cet essai vise à combler d'importantes lacunes cernées dans une récente revue générale de toutes les interventions visant à atténuer la dépression chez les personnes atteintes de douleur chronique, dirigée par le Dr Sud, notamment en ce qui concerne la nécessité de relever les voies de collaboration entre cliniciens et spécialistes de la santé des populations pour traiter les problèmes de santé complexes et de syndémie comme les comorbidités de la maladie mentale et de la douleur chronique.



### **Animatrice : Christine Chambers**

**Directrice Scientifique, Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents (IDSEA), Instituts de recherche en santé du Canada**

La Dre Christine Chambers est directrice scientifique de l'Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents des IRSC (IDSEA des IRSC). Elle est titulaire d'une chaire de recherche du Canada (niveau 1) sur la douleur chez les enfants, professeure Killam au Département de pédiatrie et au Département de psychologie et de neurosciences de l'Université Dalhousie à Halifax, en Nouvelle-Écosse, en plus d'être

psychologue clinicienne. La Dre Chambers est également directrice scientifique de Solutions pour la douleur chez les enfants (SKIP), un réseau national de mobilisation des connaissances qui a pour mission d'améliorer la prise en charge de la douleur des enfants en mobilisant, par la coordination et la collaboration, des solutions fondées sur des données probantes. Elle a publié plus de 175 articles dans des revues à comité de lecture et ses travaux de recherche, menés au Centre de recherche sur la douleur pédiatrique du Centre de soins de santé IWK, visent à améliorer l'évaluation et la gestion de la douleur chez les enfants. Elle est membre du Collège de nouveaux chercheurs et créateurs en art et en science de la Société royale du Canada. Par ailleurs, la Dre Chambers a été nommée l'une des 100 femmes les plus influentes du Canada par le Réseau des femmes exécutives.

## Annexe C-3 : Participants

Les participants autres que l'animateur et les présentateurs n'avaient pas de rôle officiel de prise de parole. Nous avons plutôt recueilli leurs commentaires par clavardage et par des questions et commentaires verbaux.

<b>Équipe de planification Échange Meilleurs Cerveaux</b>		
Batten, Sarah	Analyste des politiques, Équipe des politiques sur la douleur chronique	Health Canada (Chargé de projet)
Danish, Alya	Conseillère principale, Stratégies de la mobilisation des connaissances, Direction générale des Politiques Scientifiques	Instituts de recherche en santé du Canada (Collaboratrice)
Lalonde, Janet	Agente des initiatives, Stratégies de la mobilisation des connaissances, Direction générale des Politiques Scientifiques	Instituts de recherche en santé du Canada (Collaboratrice)
Leroux, Jean-Francois	Gestionnaire, Équipe des politiques sur la douleur chronique	Santé Canada (Chargé de projet)
<b>Animatrice</b>		
Chambers, Christine	Directrice Scientifique, Institut du développement et de la santé des enfants et des adolescents	Instituts de recherche en santé du Canada
<b>Présentateurs</b>		
Birnie, Katie	Directrice scientifique associé	Solutions pour la douleur chez les enfants
Buchman, Daniel	Chercheur indépendant	Centre de toxicomanie et de santé mentale
Campbell, Fiona	Ancienne coprésidente, Professeure – Université de Toronto, Anesthésie et médecine de la douleur – Hôpital pour enfants de Toronto	Groupe de travail canadien sur la douleur
Clarke, Hance	Anesthésiste et Directeur des Services de gestion de la douleur	Toronto General Hospital
Hudspith, Maria	Ancienne coprésidente	CPTF
Meldrum, Keith	Militant contre la douleur persistante	Comité consultatif national Douleur Canada, représentant de l'IASP (Global Partners for Pain Advocacy)
Poulin, Patricia	Psychologue clinicienne spécialisée en réadaptation – Clinique de la douleur de l'Hôpital d'Ottawa Professeure adjointe Université d'Ottawa Co-responsable pour l'élaboration et la mise en œuvre du portail Power Over Pain	Clinique de la douleur de l'Hôpital d'Ottawa

Ramesh Zacharias	Chef de la direction et directeur medical	Centre d'excellence sur la douleur chronique pour les vétérans canadiens
Sud, Abhimanyu	Professeur adjoint, Département de médecine familiale et communautaire	l'Université de Toronto
Swidrovich, Jaris	Professeur adjoint, volet enseignement	Faculté de pharmacie, Université de Toronto
Tanguay, Rob	Médecin-chef	Newly Institute
Wilhelm, Linda	Présidente	Alliance canadienne des arthritiques

### Participants

Beauregard, Lucie	Conseillère, Continuum Douleur chronique; Coordinator Chronic Pain Continuum	Ministère de la Santé et des services sociaux (Québec)
Beauvais, Carole	Directrice, Division pour la santé mentale, Programmes de sante et initiatives stratégiques	Santé Canada
Beck, Ian	Directeur, Division pour la santé mentale	Défense nationale et les Forces armées canadiennes
Belair, Eric	Associate Assistant Deputy Minister, Strategic Policy Branch	Santé Canada
Besemann, Markus	Chef de la médecine de readaptation	Défense nationale et les Forces armées canadiennes
Boulanger, Aline	Directrice, Clinique antidouleur, Centre hospitalier de l'Université de Montréal	Ministère de la Santé et des services sociaux (Québec)
Carrese, Lina	Psychologue en chef, Santé mentale et planification stratégique	Anciens Combattants Canada
Cecchetto, Jo-Anne	Sous-ministre de la Santé et des Services Sociaux	Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest
Denning, Bryany	Conseillère principale, Consommation problématique de substances	Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest
Di Renna, Tania	Directrice médicale du Toronto Academic Pain Medicine Institute à l'Hôpital Women's College, Coprésidente du Réseau ontarien de la douleur chronique	Toronto Academic Pain Medicine Institute (TAPMI)
Dib, Katherine	Chef de programme principal	Excellence en Santé Canada
Drury, Julie	Directrice, Division de la santé mentale et des professionnels de la santé	Anciens Combattants Canada

Dunkley, Rosamund	Directrice, Division de la promotion de la santé mentale et du bien-être	Agence de la santé publique du Canada
Freake, Teara	Vice-présidente, Services cliniques aux patientes (Western Health); Présidente, Avis provincial sur la douleur	Ministère de la Santé et des Services communautaires, Terre-Neuve
Furlan, Andrea	Chef d'équipe de recherche	« Extension for Community Health Care Outcomes (ECHO) » visant la douleur chronique et le trouble lié à l'usage d'opioïdes au Canada
Hadjistavropoulos, Thomas	Professeur de psychologie, Chaire de recherche sur le vieillissement et la santé	Université de Régina
Joiner, Meghan	Médecin militaire, Direction de la santé mentale	Défense nationale et les Forces armées canadiennes
Khan, Karim	Directeur scientifique, Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite	Instituts de recherche en santé du Canada
Kirkconnell, Heather	Director, Workplace Mental Health, Substance Use Policy Division	Ministry of Mental Health and Addictions, BC
Kropp, Rhonda	Vice-recteur par intérim, Recherche - Système de santé apprenant	Instituts de recherche en santé du Canada
Lane, Therese	Partenaire de la perspective patient	Réseau sur la douleur chronique
MacDonald-Billard, Denise	Gestionnaire de projet, Direction générale des soins de santé primaires	Ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse
McIntyre, Virginia	Chef de la direction, People in Pain Network	People in Pain Network
Nix, Shannon	Sous-ministre adjointe délégué, Direction Générale des substances contrôlées et du cannabis	Santé Canada
Novak, Jennifer	Directrice Générale, Équipe d'intervention en matière d'opioïdes	Santé Canada
O'Keefe, Jonathan	Directeur, Planification stratégique et développement	Anciens Combattants Canada
Raymond, Vincent	Président, Comité Exécutif	l'Association Québécoise de la Douleur Chronique (AQDC)
Sharma, Supriya	Conseillère médicale en chef / Conseillère médicale principale, Direction Générale des produits de santé et des aliments	Santé Canada



Shaw, Krista	Sous-ministre adjointe de la santé mentale et de la toxicomania	Santé et bien-être (ministère de la Santé, Île-du-Prince-Édouard)
St-Aubin, Candice	Vice-président, Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques	Agence de la santé publique du Canada
Taha, Sheena	Directrice associée par intérim, Mobilisation des connaissances	Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances
Tupper, Susan	Consultante en stratégie pour l'amélioration de la qualité de la douleur et la recherche	Saskatchewan Health Authority
Viveky, Navita	Analyste principale des politiques de santé, Politiques et programmes de santé	Service correctionnel Canada
Wasylak, Tracy	Dirigeante principale des programmes	Alberta Health Services
Weeks, Laura	Directrice, Évaluation des technologies de la santé	Canada's Drug and Health Technology Agency (CADTH)
Wiebe, Patricia	Médecin spécialiste en santé mentale, Direction Générale de la santé des premières nations et des inuits, Direction de la santé de la population et des soins primaires, Division de la santé mentale	Services aux Autochtones Canada
Williams, Desmond	Représentant des personnes vivant avec la douleur	Comité consultatif national de douleur Canada
Wowk, Shannon	Responsable associée, Consommation de substances et toxicomanie, Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies	Instituts de recherche en santé du Canada
Yarrow, Lindsay	Patiente partenaire	Excellence en Santé Canada
<b>Observers</b>		
Alessi, Grace	Analyste, Stratégies de mobilisation des connaissances	Instituts de recherche en santé du Canada
Bourgon, Allison	Vice-président associé par intérim, Stratégie de recherche	Instituts de recherche en santé du Canada
Buckley, Norman	Professeur émérite, Anesthésie	Université McMaster
Caudarella, Alexander	Chef de la direction	Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances
Croxall, Lindsay	Analyste principale des politiques	Services aux Autochtones Canada

Crupi, Amanda	Gestionnaire, Stratégies de mobilisation des connaissances	Instituts de recherche en santé du Canada
Dana, Orgesa	Analyste des politiques et planificatrice	Santé et bien-être (ministère de la Santé, Île-du-Prince-Édouard)
Dastouri, Serenna	Conseiller principal en politiques, Politiques et relations gouvernementales	Instituts de recherche en santé du Canada
Downey, Maude	Consultante, rédacteur technique, Infirmière	Maude Downey Consulting
Hey, Brandon	Analyste de la recherche et des politiques	Commission de la santé mentale du Canada
Karine, Dorval	Membre	l'Association Québécoise de la Douleur Chronique
Lopatina, Elena	Stagiaire postdoctoral	Alberta Pain Strategy
May, Kayla	Coordonnatrice de la mobilisation des connaissances	Le Centre d'excellence sur la douleur chronique pour les vétérans canadiens
McKinnon, Lisa	Conseiller principal en politiques, Équipe des politiques sur la douleur chronique	Santé Canada
Mitchell, Steven	Directeur général par intérim, Politique scientifique	Instituts de recherche en santé du Canada
Twomey, Rosemary	Directrice scientifique associée, Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite	Instituts de recherche en santé du Canada
Weber, Kendal	Sous-ministre adjoint, CSCB	Santé Canada
White, Chelsea	Gestionnaire, Recherche et développement	Le Centre d'excellence sur la douleur chronique pour les vétérans canadiens
Willows, Tayte	Conseiller principal en santé mentale et toxicomania	Santé et bien-être (ministère de la Santé, Île-du-Prince-Édouard)
Wincentak, Joanne	Responsable, Partenariats et mobilisation des connaissances	Instituts de recherche en santé du Canada

