

RÉPONSE DE L'AFMC À LA CRISE DES OPIOÏDES: DÉVELOPPEMENT PROFESSORAL



4 588
DÉCÈS LIÉS
AUX OPIOÏDES¹



13 320
SURDOSES
SUSPECTÉES D'ÊTRE
LIÉES AUX OPIOÏDES¹



5 349
HOSPITALISATIONS
POUR INTOXICATION
AUX OPIOÏDES¹

CONTEXTE

La crise des opioïdes ne cesse de prendre de l'ampleur au niveau national. Outre les chiffres inquiétants figurant ci-dessus, on constate que les populations vulnérables sont touchées de manière disproportionnée par la crise des opioïdes. Dans l'optique des soins de santé axés sur l'équité, les populations qui ont subi les effets néfastes des déterminants sociaux de la santé, des traumatismes et de l'oppression sont davantage à risque de subir un événement indésirable.² Toutefois, il existe un écart flagrant entre le nombre croissant de dommages liés aux opioïdes et la formation médicale offerte sur la prescription d'opioïdes et la douleur chronique non cancéreuse. Selon une enquête menée auprès des nouveaux résidents, environ 63,5 % (n = 273) n'étaient pas du tout à l'aise avec la prise en charge d'un traitement aux opioïdes.³ Il est grand temps d'aborder la crise des opioïdes au niveau de l'enseignement, de mieux informer les intervenants, notamment les enseignants, les précepteurs, les résidents et les étudiants en médecine, sur les opioïdes, leur utilisation appropriée et la manière de réagir en cas de mauvais usage.

INCIDENCE SUR LA FORMATION MÉDICALE

En 2019, l'AFMC a réalisé une analyse contextuelle de haut niveau portant sur les programmes nationaux et internationaux de lutte à la crise des opioïdes. Cette analyse a permis d'orienter l'élaboration de programmes éducatifs nationaux normalisés destinés aux étudiants de niveau prédoctoral et portant sur l'utilisation thérapeutique d'opioïdes et la prise en charge des troubles liés à l'utilisation d'opioïdes.⁴ Dix modules interactifs et bilingues (voir ci-dessous) ont été créés pour que les enseignants et les apprenants puissent avoir accès à du matériel normalisé à des fins d'enseignement et d'apprentissage. Apprenants et enseignants peuvent y accéder à l'adresse <http://opioids.afmc.ca/>. Ils contiennent du matériel normalisé sur la douleur chronique – son importance, son évaluation et sa prise en charge – et sur les modalités de traitement, notamment les analgésiques narcotiques.

PRINCIPAUX MODULES

Formation à la prise en charge de la douleur, à la gestion des opioïdes et aux troubles de l'usage d'une substance, fondée sur les meilleures données probantes et destinée à la prochaine génération de médecins canadiens.

Les thèmes :

1. Point de vue de la santé publique
2. Concepts de base de la douleur
3. Concepts fondamentaux de la prise en charge de la douleur chronique
4. Pathophysiologie de la douleur et pharmacologie des opioïdes
5. Prescription d'opioïdes
6. Gestion des opioïdes dans les soins palliatifs
7. Entreposage sécuritaire et élimination correcte des opioïdes
8. Reconnaître les troubles d'utilisation d'opioïdes
9. Gestion des troubles d'utilisation d'opioïdes
10. Considérations culturelles, aspects juridiques et renforcement des compétences

LES ÉDUCATEURS POURRONT CHOISIR D'APPROFONDIR DAVANTAGE LES DIFFÉRENTS THÈMES AU MOYEN DES ÉLÉMENTS SUIVANTS

1. Discussions entourant les cas
2. Conférences didactiques et évaluation formative
3. Projets d'AQ
4. Conception de programmes normalisée



PROGRAMME PERLES À L'INTENTION DES ENSEIGNANTS QUI SUPERVISENT LES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE ET LES RÉSIDENTS : APPROCHE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT DE DOULEURS NON CANCÉREUSES ET NON PALLIATIVES, DÉJÀ SOUS TRAITEMENT OPIOÏDE

Dans le milieu médical, la douleur chronique est une maladie couramment prise en charge. La douleur chronique a été intégrée comme un sujet prioritaire au sein de la médecine familiale et neuf caractéristiques clés ont été définies sur le sujet. Dans le contexte de la crise actuelle des opioïdes et compte tenu des options pharmacologiques limitées pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse et non palliative, il est primordial de développer une base de connaissances solides et une approche fiable en matière de gestion des opioïdes, y compris en ce qui a trait à un processus de prescription approprié.

SUPERVISION DES APPRENANTS EN MÉDECINE : Faisant fond sur les 10 modules élaborés dans le cadre du projet de réponse de l'AFMC à la crise des opioïdes, les domaines d'intérêt suivants s'articulent autour des rôles CanMEDS et des objectifs d'apprentissage dégagés dans le cadre du projet de réponse de l'AFMC à la crise des opioïdes. Ces objectifs peuvent être utilisés lors de l'examen de la présentation clinique faite par un étudiant en médecine sur un patient souffrant de douleurs non cancéreuses et non palliatives. Il faut toutefois garder à l'esprit que le niveau de compétence prévu variera en fonction du niveau de formation.

1. Utiliser des techniques d'entrevue centrées sur les besoins du patient afin d'obtenir l'information pertinente sur les plans biomédical et psychosocial. (OA 11) (Expert médical, communicateur)
2. Procéder à une évaluation clinique centrée sur les besoins du patient et établir un plan de soin pour les patients présentant des douleurs chroniques. (OA 12) (Expert médical)
3. Mettre en oeuvre un plan de soins centré sur les besoins du patient et qui assure la continuité des soins et un suivi de l'investigation, de la réponse au traitement et des autres consultations. (OA18) (Expert médical)
4. Définir les procédures, les traitements ou les interventions les plus appropriées pour gérer la douleur chronique (Expert médical)
5. Appliquer les connaissances des sciences cliniques et biomédicales pour prescrire en toute sécurité des opioïdes et d'autres traitements non opioïdes lorsque la situation le justifie. (OA 41, 39) (Expert médical)
6. Reconnaître et réfléchir aux préjugés personnels et systémiques, lorsque les valeurs, les préjugés ou les perspectives des patients, des médecins ou d'autres professionnels de la santé ont un impact sur la qualité des soins et influent sur l'approche envers le patient. (Professionnel)
7. Reconnaître et savoir intégrer les rôles des autres médecins et collègues professionnels de la santé pour soutenir un plan de soins axé sur une relation de collaboration. (Collaborateur).

SUPERVISION DES RÉSIDENTS POSTDOCTORAUX : Les notes prises sur le terrain ou les évaluations formatives écrites doivent être offertes en temps utile, sur la base du rendement observé en ce qui a trait aux compétences essentielles. Elles portent idéalement sur un message clair à retenir, visant à poursuivre dans cette voie ou à apporter des modifications. Cette approche à message unique ne surcharge ni l'apprenant ni le précepteur/superviseur. Le retour d'information vise à stimuler l'auto-évaluation (auto-réflexion) et à soutenir l'apprentissage. L'utilisation de ces axes permet aux précepteurs d'identifier ce que les résidents doivent *faire de manière critique, d'identifier ce qu'ils trouvent difficile ou les domaines où ils présentent fréquemment des lacunes et qui peuvent avoir un impact sur la sécurité des patients et la qualité des soins*. Comme les précepteurs apprennent souvent avec leurs résidents, ces axes peuvent également être utilisés comme des domaines d'apprentissage autodirigé pour les précepteurs qui perfectionnent leurs propres compétences en matière de prescription d'opioïdes et de démarches de sevrage.

Songez à fournir une évaluation formative écrite ou des notes prises sur le terrain pour un résident de 1^{ère} année dans les quatre premiers mois de sa formation en fonction de l'approche de l'apprenant face à un patient souffrant de douleur chronique et suivant un traitement opioïde. Utilisez les points suivants à inclure dans l'évaluation et discutez-en avec le résident.

1. ÉTABLIR UN DIAGNOSTIC EXACT ET PRÉCIS DANS LA MESURE DU POSSIBLE

- a. Déterminer et revoir périodiquement l'étiologie de la douleur (c'est-à-dire quel est le générateur de douleur et quel est le type de douleur) (**raisonnement clinique, sélectivité**)
- b. Éduquer le patient sur les bases de la douleur chronique afin d'améliorer sa capacité d'autogestion face à la maladie (**communication, approche centrée sur le patient**)
- c. Procéder périodiquement au dépistage des comorbidités ou complications potentielles, telles que les maladies mentales et les troubles liés à la consommation de substances, y compris les troubles non opioïdes (**raisonnement clinique**)
- d. Envisager d'autres explications (par exemple, malignité, hyperalgésie, toxicomanie, diversion) pour une augmentation de la douleur, plutôt que de supposer que la cause initiale de la douleur est la raison de l'exacerbation (**raisonnement clinique**)
- e. Ne pas attribuer les demandes croissantes de médicaments à un trouble lié à la consommation de substances sans songer d'abord à un diagnostic différentiel suffisamment large (**raisonnement clinique, sélectivité**)

2. UTILISER UNE APPROCHE BIOPSYCHOSOCIALE POUR ÉTABLIR UN PLAN DE TRAITEMENT CENTRÉ SUR LE PATIENT

- a. Établir une relation efficace (**raisonnement clinique, approche centrée sur le patient**)
- b. Utiliser la prise de décision partagée pour établir ou préciser les objectifs du traitement (**raisonnement clinique, approche centrée sur le patient**)
- c. Mobiliser d'autres professionnels et communiquer avec eux dans le cadre du plan de traitement, selon les besoins et les possibilités (**raisonnement clinique, professionnalisme**)
- d. Entretenir une relation thérapeutique (par exemple, faire preuve d'empathie, minimiser le langage stigmatisant, gérer la frustration) (**professionnalisme, approche centrée sur le patient**)

3. INTÉGRER LES CONSIGNES DE SÉCURITÉ AU PLAN DE TRAITEMENT

- a. Documenter de manière exhaustive les détails de l'évaluation, du plan, des objectifs et des prescriptions, et veiller à ce que le plan soit accessible de manière appropriée (**communication, professionnalisme**)
- b. Utiliser un accord de traitement écrit avec des conséquences réalistes lors de la prescription d'opioïdes (**communication, professionnalisme**)
- c. Adopter des pratiques de prescription prudentes (par exemple, doses limitées/intervalles de distribution, vérification pour s'assurer d'éviter le cumul d'ordonnances, suivis fréquents) lors de la prescription d'opioïdes, notamment dans le cadre d'une relation limitée ou d'un dossier insuffisant, et adapter le plan de prise en charge en fonction des évolutions en cours (par exemple, polypharmacie sédatrice, rupture de l'accord de traitement) (**professionnalisme, sélectivité, raisonnement clinique**)

4. PLANIFIER ET PROCÉDER AU BESOIN À LA DIMINUTION PROGRESSIVE DES OPIOÏDES

- a. Chez un patient ne présentant aucun signe de trouble lié à l'utilisation d'opioïdes, explorer les risques et les avantages de la réduction progressive de l'utilisation d'opioïdes et établir un plan en fonction du stade de changement du patient (**raisonnement clinique, communication, approche centrée sur le patient**)
 - i. Si on en est à l'étape pré-contemplative, établir des limites appropriées pour une prescription sûre (c'est-à-dire accord sur le traitement, dépistage de drogues dans les urines, intervalles de distribution courts, réévaluation fréquente, accord pour maintenir mais non augmenter la dose)
 - ii. Si l'étape du changement est contemplative, utiliser des stratégies d'entrevue motivationnelle pour encourager le patient à envisager une réduction progressive et aider à le conforter dans sa décision de réduire la dose d'opioïdes.
 - iii. Si l'étape du changement correspond à la préparation, en partenariat avec le patient, établir un plan de réduction progressive en tenant compte de facteurs tels que la rapidité de la réduction, la substitution des opioïdes, le traitement des symptômes de sevrage ou de rebond et la fréquence du suivi.
- b. Réévaluer régulièrement un patient pendant une cure d'opioïdes pour déterminer si la cure a permis de démasquer les signes d'un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (**raisonnement clinique**)
- c. Lorsque le trouble lié à l'utilisation d'opioïdes est diagnostiqué ou suspecté, offrir une transition vers un traitement par agonistes opioïdes (par opposition à une diminution contrôlée si le TAO est refusé), ainsi que des approches de réduction des dommages, y compris une formation à l'utilisation de la naloxone à domicile (**raisonnement clinique, communication, sélectivité, approche centrée sur le patient**)

RÉFÉRENCES

1. Gouvernement du Canada. Méfaits associés aux opioïdes et aux stimulants au Canada, mars 2020. <https://sante-infobase.canada.ca/mefaits-associes-aux-substances/opioides-stimulants>
2. First Nations Health Authority. Overdose data and First Nations in BC: Preliminary Findings, août 2017.
3. Lim M, Klaiman M, Dowhos K, Dussault M, Lainé-Panet G, Rajasingham S. *Guide sur la prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse/non palliative) chez les patients qui suivent déjà une thérapie aux opioïdes*. Mississauga (ON): Collège des médecins de famille du Canada
4. AFMC 2019 Analyse contextuelle. Avril 2019. https://afmc.ca/sites/default/files/pdf/2019_Environmental_Scan_FR.pdf