Formation croisée

Équipe de recherche
Michel Perreault

Troubles liés à l'usage d'opioïdes et douleur

Douglas
CENTRE DE RECHERCHE
RESEARCH CENTRE

Quels sont les enjeux pour les personnes aux prises avec la double problématique?

Perspective de la sociologue
Lise Dassieu
(PH.D, Centre de recherche du CHUM)
À partir de ses travaux de recherche

Synthèse réalisée par Julien Thibault Lévesque
et révisée par Lise Dassieu

La douleur chronique chez les personnes aux prises avec un trouble lié à l'usage d'opioïdes

La prévalence de la douleur chronique est de 2 à 3 fois plus élevée chez les personnes utilisatrices de drogues que dans la population générale[1-2] . Ces douleurs se sont souvent développées à la suite de complications de l'utilisation de drogues (par exemple : surdoses, complications liées à l'injection), de difficultés liées à l'itinérance (par exemple : dormir dans la rue l'hiver pendant plusieurs années), ou de travail dans des conditions précaires (par exemple : travail manuel physique, travail du sexe) . Elles s'ajoutent à d'autres difficultés déjà présentes sur le plan psychosocial[3].

Les personnes aux prises avec un trouble d'usage des opioïdes (TUO) peuvent être contraintes d'accorder davantage d'importance à des besoins de base non répondus (tels le logement et l'alimentation), ou à d'autres problèmes santé connexes (tels le VIH, l'hépatite C), plutôt qu'à leurs douleurs chroniques. Plusieurs attendront jusqu'au dernier moment pour reconnaître qu'ils/elles sont en douleur et pour recourir à des services de soins. Les personnes utilisatrices de drogues abordent rarement le sujet de leurs douleurs avec leur entourage, par crainte de renvoyer une image de faiblesse, jugée stigmatisante. Les personnes ne veulent pas être étiquetées comme « lâches » ou « simulatrices ».

Les personnes aux prises avec ces difficultés font face à une double stigmatisation : celle liée à la consommation de substances et celle liée à la douleur chronique.

De plus, les douleurs des personnes utilisatrices de drogues sont généralement sous-estimées et insuffisamment traitées par les professionnels de la santé[4-5-6] , qui considèrent souvent que ces personnes sont avant tout en recherche de médicaments psychotropes. Au sein des services de santé, ces personnes ont de la difficulté à obtenir des soins spécifiques pour leurs différentes conditions[7].

De façon générale, les personnes utilisatrices de drogues ont peu accès aux médicaments pour traiter leurs douleurs chroniques. Lorsqu'elles abordent le sujet avec le personnel soignant, ces douleurs sont souvent discréditées et minimisées[8].

La « crise des opioïdes » et les personnes aux prises avec des trouble d'usage d'opioides et de douleur chronique

Derrière les États-Unis, le Canada est le deuxième plus grand prescripteur d'opioïdes au monde[9-10]. Les méfaits associés à leur utilisation (dépendance, surdoses, etc.) ont récemment mené les décideurs publics à réduire l'accès aux opioïdes pharmaceutiques[11]. Des recommandations ont notamment été émises à l'effet de ne pas prescrire d'opioïdes aux personnes avec des antécédents de troubles de l'utilisation de substances, y compris lorsqu'aucun autre traitement n'est efficace[12]. Ces directives laissent le personnel soignant démuni face à cette population.

Bien que cela soit souvent en dernier recours, l'absence d'une réponse adéquate à leurs douleurs (refus de médicaments ou absence d'alternatives non pharmacologiques) peut mener les personnes utilisatrices de drogues à se tourner vers la consommation d'opioïdes de rue (automédication par des produits non contrôlés). Dans le contexte de la crise des opioïdes de rue, ces personnes courent ainsi un risque accru de s'intoxiquer au fentanyl. Du côté des médecins, le manque ressources disponibles pour soulager efficacement la douleur rend difficile le travail avec cette population. Cette relation tendue participe à la stigmatisation des personnes portant la double étiquette « de toxicomane » et « de souffrant(e) de douleurs chroniques »[13].

Les personnes aux prises avec la double problématique d'usage de drogues et de douleurs chroniques se situent alors à l'intersection de deux crises : celle des opioïdes de prescription et celle du fentanyl[14]. Cela rend cette population particulièrement en besoin de soins et de support sur le plan biopsychosocial.

Principaux enjeux dans la relation patient-professionnel

Plusieurs médecins craignent que leurs patient(e)s souffrant de douleur chronique ne développent des problèmes dépendance[15]. Certain(e)s craignent aussi de contribuer au comportement addictif ou aux surdoses chez les personnes utilisatrices de drogues[16]. Certain(e)s ont peur d'être manipulé(e)s et la légitimité des douleurs des patient(e)s est parfois remise en question. Bien que les personnes utilisatrices de drogues ne soient pas les seules à faire face à des difficultés de reconnaissance de la douleur, elles connaissent des difficultés particulières puisqu'elles sont l'objet de préjugés de la part du personnel soignant[13-17] . Elles vivent des refus fréquents de prescription d'analgésiques dans le traitement de leurs douleurs chroniques[18].

La méthadone est, dans certains cas, employée dans le traitement de la douleur des personnes avec un historique d'usage de substances. Ceux qui disposent déjà d'une prescription de méthadone pour le traitement de leur trouble d'usage d'opioïdes verront alors leur dose augmenter pour soulager leurs douleurs. Cette stratégie n'est cependant pas efficace et satisfaisante pour tou(te)s. Pour plusieurs, la méthadone ne parvient qu'imparfaitement à soulager la douleur. De plus, certaines personnes qui aimeraient diminuer progressivement leur dose de méthadone hésitent à le faire, par crainte de voir réapparaitre leur douleur sans pouvoir accéder à un autre analgésique prescrit. Les personnes n'ayant aucun historique de consommation d'opioïdes, ainsi que celles étant sevrées depuis longtemps, soulignent quant à elles les contraintes imposées par la méthadone. Le fait de devoir se présenter quotidiennement à la pharmacie et devoir se soumettre à des tests d'urine sont des contraintes ayant un impact significatif sur les conditions de vie et la possibilité de « tourner la page » de leur utilisation de drogues[19].

Des pistes de solution pour mieux intervenir auprès des personnes aux prises avec cette double problématique

Il semble essentiel de porter une attention spéciale au dépistage de la douleur chez les personnes utilisatrices de drogues. Améliorer l'accès aux traitements non pharmacologiques de la douleur s'inscrit aussi parmi les pistes de solution. Les traitements non pharmacologiques demeurent souvent inaccessibles car non abordables financièrement pour les personnes utilisatrices de drogues vivant dans des conditions socioéconomiques défavorisées. La physiothérapie et l'acuponcture, par exemple, sont très demandées par les personnes utilisatrices de drogues vivant

avec de la douleur chronique, en raison de leurs effets durables. Plusieurs rapportent que le traitement de la douleur par les opioïdes ne serait qu'une méthode de soulagement temporaire, donc insatisfaisante. Certaines personnes ont aussi peur de la dépendance et de la rechute que les opioïdes pourraient provoquer. Pour soulager leur douleur, quelques personnes utilisatrices de drogues se tournent aussi vers la prière/méditation et l'activité physique (tels les étirements)[20]. La stratégie d'auto-soulagement de la douleur la plus fréquente est cependant l'automédication au moyen de drogues illicites ou de médicaments obtenus dans la rue[21]. Cela met les individus à risque d'empoisonnement au fentanyl lorsqu'ils s'approvisionnent sur le marché noir[19].

Il est important de comprendre que les liens entre douleur chronique et consommation de drogues chez ces personnes sont complexes. Souvent, les consommations récréatives, le soulagement des symptômes de sevrage, de douleurs physiques, et de souffrances psychiques, s'entremêlent dans une même pratique de consommation. Les personnes font rarement la distinction entre ces raisons de consommer. Le soulagement de la douleur peut ainsi être vu comme un effet secondaire bienvenu d'une consommation que la personne considèrera comme avant tout récréative. Dans d'autres cas, le soulagement de la douleur peut contribuer à l'intensification de la consommation, ou au passage à de nouvelles substances, telles que les opioïdes[14]. Du point de vue de l'intervention, comprendre cette dynamique complexe de consommation est crucial afin d'offrir une réponse personnalisée et adaptée à la situation de chacun(e).

Afin de mieux prendre en compte les besoins de cette population, il semble nécessaire, tant dans l'intervention que dans la recherche et les décisions publiques, d'accorder de la valeur à l'expérience subjective des personnes. Il s'agit de comprendre le sens que les personnes donnent à leurs pratiques de consommations et de gestion de la douleur, en privilégiant la réduction des méfaits plutôt que le jugement négatif sur les consommations. De plus, le personnel soignant en contact avec des personnes utilisatrices de drogues vivant avec de la douleur chronique a tout intérêt à tenir compte de la complexité de leurs conditions de vie et de santé physique et psychologique, afin d'éviter au maximum toute réponse stigmatisante.

TRAVAUX DE LISE DASSIEU ET SES COLLABORATEURS

Dassieu, L., Kaboré, J. L., Choinière, M., Arruda, N., & Roy, É. (2019a). Chronic pain management among people who use drugs: A health policy challenge in the context of the opioid crisis. International Journal of Drug Policy, 71, 150–156. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.03.023

Dassieu, L., Kaboré, J. L., Choinière, M., Arruda, N., & Roy, É. (2019b). Understanding the link between substance use and chronic pain: A qualitative study among people who use illicit drugs in Montreal, Canada. Drug and Alcohol Dependence, 202(March), 50–55. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.07.004

Dassieu, L., Kaboré, J. L., Choinière, M., Arruda, N., & Roy, É. (2020). Painful lives: Chronic pain experience among people who use illicit drugs in Montreal (Canada). Social Science and Medicine, 246(July 2019), 1–8. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112734

Dassieu, L., & Roy, É. (2020). La douleur chez les personnes utilisatrices de drogues : état des connaissances et enjeux. Drogues, Santé et Société, 18(1), 69–99.

RÉFÉRENCES SECONDAIRES TIRÉES DES TEXTES DE LISE DASSIEU ET COLLABORATEURS

[1] Clark, M.R., Stoller, K.B., Brooner, R.K., 2008. Assessment and management of chronic pain in individuals seeking treatment for opioid dependence disorder. Can. J. Psychiatr. 53, 496–508.

[2] St. Marie, B. (2014). Health Care Experiences when Pain and Substance Use Disorder Coexist: « Just Because I'm an Addict Doesn't Mean I Don't Have Pain ». Pain Medicine, 15(12), 2075-2086.

[3] Dassieu, L., Kaboré, J. L., Choinière, M., Arruda, N., & Roy, É. (2020). Painful lives: Chronic pain experience among people who use illicit drugs in Montreal (Canada). Social Science and Medicine, 246(July 2019), 1–8. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112734

[4] Baldacchino, A., Gilchrist, G., Fleming, R. et Bannister, J. (2010). Guilty until proven innocent : A qualitative study of the management of chronic non-cancer pain among patients with a history of substance abuse. Addictive Behaviors, 35(3), 270-272.

[5] Berg, K. M., Arnsten, J. H., Sacajiu, G. et Karasz, A. (2009). Providers' Experiences Treating Chronic Pain Among Opioid-Dependent Drug Users. Journal of General Internal Medicine, 24(4), 482-488.

[6] Voon, P., Hayashi, K., Milloy, M. J., Nguyen, P., Wood, E., Montaner, J. et Kerr, T. (2015). Pain Among High-Risk Patients on Methadone Maintenance Treatment. The Journal of Pain: Official Journal of the American Pain Society, 16(9), 887-894.

[7] Dassieu, L., Kaboré, J. L., Choinière, M., Arruda, N., & Roy, É. (2019a). Chronic pain management among people who use drugs: A health policy challenge in the context of the opioid crisis. International Journal of Drug Policy, 71, 150–156. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.03.023

[8] Baldacchino, A., Gilchrist, G., Fleming, R., & Bannister, J. (2010). Guilty until proven innocent: A qualitative study of the management of chronic non-cancer pain among patients with a history of substance abuse.

[9] Addictive Behaviors, 35(3), 270–272. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2009.10.008.

[10] Fischer, B., Jones, W. et Rehm, J. (2014). Trends and changes in prescription opioid analgesic dis- pensing in Canada 2005-2012: an update with a focus on recent interventions. BMC Health Services Research, 14(1), 90.

[11] Fischer, B. (2015). Prescription opioid use, harms and interventions in Canada: A review update of new developments and findings since 2010. Pain physician, 18, E605-E614

[12] Knight, K. R., Kushel, M., Chang, J. S., Zamora, K., Ceasar, R., Hurstak, E. et Miaskowski, C. (2017). Opioid pharmacovigilance: A clinical-social history of the changes in opioid prescribing for patients with co-occurring chronic non-cancer pain and substance use. Social Science & Medicine, 186, 87-95.

[13] Busse J. et coll. (2017). Recommandations canadiennes 2017 sur l'utilisation des opioïdes pour le traitement de la douleur chronique non cancéreuse. Hamilton, Ontario : McMaster University National Pain Center.

[14] Dassieu, L., & Roy, É. (2020). La douleur chez les personnes utilisatrices de drogues : état des connaissances et enjeux. Drogues, Santé et Société, 18(1), 69–99.

[15] Dassieu, L., Kaboré, J. L., Choinière, M., Arruda, N., & Roy, É. (2019b). Understanding the link between substance use and chronic pain: A qualitative study among people who use illicit drugs in Montreal, Canada. Drug and Alcohol Dependence, 202(March), 50–55. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.07.004

[16] Allen, M. J. M., Asbridge, M. M., Macdougall, P. C., Furlan, A. D. et Tugalev, O. (2013). Self-reported practices in opioid management of chronic noncancer pain : a survey of Canadian family physicians. Pain Research & Management, 18(4), 177-184.

[17] Roy, É., Thibault, C., Dubé, P.-A., Hamel, D., Labesse, M.-E. et Coté, R. (2016, octobre). Opioid abuse and dependence among patients with chronic non-cancer pain : a training challenge in pain management for Quebec family physicians. Communication présentée au Joint ISAM & CSAM-SMCA meeting, Montréal.

[18] Merril, J. O., Rhodes, L. M., Deyo, R. A., Marlott, G. A. et Bradley, K. A. (2002). Mutual mistrust in the medical care of drug users. The key to the Narc Cabinet. Journal of General Internal Medicine, 17, 327-333.

[19] McNeil, R., Small, W., Wood, E. et Kerr, T. (2014). Hospitals as a 'risk environment': An ethno- epidemiological study of voluntary and involuntary discharge from hospital against medical advice among people who inject drugs. Social Science & Medicine, 105, 59-66.

[20] Dassieu, L., Kaboré, J. L., Choinière, M., Arruda, N., & Roy, É. (2019). Chronic pain management among people who use drugs: A health policy challenge in the context of the opioid crisis. International Journal of Drug Policy, 71, 150–156. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.03.023

[21] Barry, D. T., Savant, J. D., Beitel, M., Cutter, C. J., Moore, B. A., Schottenfeld, R. S. et Fiellin, D. A. (2012). Use of conventional, complementary, and alternative treatments for pain among individuals seeking primary care treatment with buprenorphine-naloxone. Journal of addiction medicine, 6(4), 274-279.

[22] Voon, P., Callon, C., Nguyen, P., Dobrer, S., Montaner, J., Wood, E. et Kerr, T. (2014). Self-management of pain among people who inject drugs in Vancouver. Pain Management, 4(1), 27-35.

Reconnaissance

Avec la participation de :
Santé Canada
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Institut universitaire sur les dépendances (CIUSSS du Centre-Sud de l'Île de Montréal)

Mentions

« Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada. »
« Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles du ministère de la Santé et des Services sociaux. »
« Les vues exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles du CIUSSS du Centre-Sud de l'Île de Montréal. »