

Le traitement inadéquat de la douleur : un fléau insidieux

par Manon Choinière

1

Sommes-nous à l'aube de changements importants dans le traitement de la douleur ? Des statistiques alarmantes témoignent que nous savons mal prendre en charge la douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique. Les problèmes de soulagement inadéquat de la douleur et leurs répercussions néfastes constituent un fléau insidieux, dont on commence à mesurer de plus en plus les conséquences dans notre société. Ces observations appellent non seulement une réforme dans les pratiques analgésiques, afin de diminuer les coûts exorbitants engendrés par les problèmes de douleur, mais également la constatation que le soulagement adéquat de la douleur est aussi une question de droit et d'éthique.

Le traitement de la douleur : des changements à l'horizon ?

- La Société québécoise de la douleur est actuellement en train de répertorier les services offerts au Québec pour traiter la douleur chronique, en vue de faire valoir l'urgence d'en augmenter le nombre et la qualité et de favoriser une meilleure organisation des ressources disponibles.
- La Société canadienne pour le traitement de la douleur entreprendra au cours de l'année prochaine une vaste campagne de sensibilisation pancanadienne, pour que le soulagement adéquat de la douleur soit reconnu non seulement comme un *droit* pour le patient, mais également comme une *obligation* morale et éthique pour les professionnels de la santé. Le congrès annuel de cette même société, qui a eu lieu en mai dernier à Toronto, avait pour thème *Pain : The Silent Epidemic*, dans le but de dénoncer les effets néfastes et insidieux qu'une douleur non traitée

Madame Manon Choinière, Ph.D., est chercheure boursière clinicienne senior du Fonds de la recherche en santé du Québec à l'Institut de cardiologie de Montréal et professeure agrégée au département d'anesthésiologie de la Faculté de Médecine de l'Université de Montréal.

ou insuffisamment soulagée peut avoir tant sur le plan humain que sur les plans social et économique.

● En 2001, le Congrès américain attribuait, pour la seconde fois de son histoire, une thématique prioritaire pour toute une décennie et adoptait un projet de loi qui proclamait la décennie 2001-2010 *The Decade of Pain Control and Research*.

Assistons-nous présentement au début d'une conscientisation sociétale quant à l'importance d'un soulagement adéquat des problèmes de douleur ?

Si oui, des changements majeurs doivent s'opérer dans les attitudes et les mentalités pour que l'on voit les pratiques analgésiques changer et pour que davantage de ressources soient allouées à la clinique et à la recherche. L'examen de quelques chiffres témoignent de la nécessité de procéder à de tels changements.

La prévalence de la douleur et de son traitement inadéquat : quelques chiffres

Quel que soit le type de douleur – aiguë, postchirurgicale, cancéreuse, chronique – le constat est alarmant, car même les études les plus récentes continuent de montrer que la douleur reste souvent non traitée ou insuffisamment soulagée.

45

Quel que soit le type de douleur – aiguë, postchirurgicale, cancéreuse, chronique – le constat est alarmant, car même les études les plus récentes continuent de montrer que la douleur reste souvent non traitée ou insuffisamment soulagée. Le Québec et le Canada n'échappent pas à cette règle.

Le Québec et le Canada n'échappent pas à cette règle. Lors du dernier congrès de l'*International Association for the Study of Pain*, tenu en 2002, Cogan et son équipe présentaient les résultats d'une enquête menée dans 11 hôpitaux de la région de Montréal, auprès de 544 patients ayant subi divers types d'intervention chirurgicale¹. Deux tiers des patients interviewés rapportaient des douleurs intenses durant la journée suivant l'opération, 27 % avaient encore des douleurs de modérées à sévères une semaine plus tard, alors que trois mois après la chirurgie, la douleur était toujours présente chez 16 % des patients.

Il n'est pas rare que des patients qui ont subi des chirurgies majeures manifestent des problèmes de douleur chronique, la littérature faisant état d'un taux de prévalence qui se situe entre 11 et 50 %. Plus de 20 % des consultations dans les cliniques de douleur spécialisées ont pour objet des problèmes de douleur postopératoire chronique et, selon certaines études, la gravité de la douleur à la suite d'une chirurgie ou une administration insuffisante d'analgésiques durant cette période pourrait peut-être prédire la survenue de douleurs chroniques dans les mois ou l'année qui suivent^{2,3}.

L'Enquête nationale sur la santé de la population canadienne, menée en 1994-1995⁴, révélait que 15 % des Canadiens souffraient de douleurs ou de malaises chroniques, lesquels entraînent un nombre accru de visites chez le médecin et de jours d'hospitalisation par rapport à la moyenne canadienne. Selon une autre étude qui vient tout juste d'être publiée et qui portait exclusivement sur les problèmes de santé occasionnés par la douleur chronique au Canada⁵, le taux de prévalence était de 29 % au sein d'un échantillon aléatoire stratifié de 2012 adultes. Une enquête plus poussée auprès d'un sous-groupe de patients qui prenaient des analgésiques sur ordonnance, menée dans le cadre de cette même étude, a révélé que les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) continuent d'être les médicaments prescrits le plus souvent pour soulager la douleur, en dépit du fait qu'au Canada plus de 4000 hospitalisations et 400 décès par année sont attribuables à ce type de médicaments. Le pourcentage de patients auxquels on avait prescrit des opiacés pour contrer la douleur était de 22 % et, dans deux tiers des cas, il s'agissait de codéine, un médicament inefficace chez environ 10 % de la population caucasienne qui ne peut métaboliser cet agent et bénéficier ainsi de ses effets analgésiques. Chez un bon nombre de participants à l'étude, la douleur avait des effets délétères marqués sur le travail, la vie familiale et les activités so-

ciales. Les auteurs de cette étude concluent que la douleur est sous-traitée au Canada et que les opiacés puissants sont probablement sous-utilisés dans les cas de douleurs chroniques intenses.

Des résultats encore plus alarmants ont été mis en lumière par une enquête américaine menée en 1998 qui s'était concentrée uniquement sur les douleurs chroniques considérées comme modérées à sévères⁶. La fréquence moyenne de la douleur chez les 805 répondants admissibles à l'étude s'élevait à 5,7 jours par semaine. Pour 56 % d'entre eux, la douleur était présente depuis au moins cinq ans. Près des deux tiers des patients prenaient des médicaments sans ordonnance pour contrer leur douleur, la proportion de patients ayant reçu des AINS, des opiacés et (ou) des antidépresseurs sur ordonnance n'étant que de 29 %, de 16 % et de 9 %, respectivement. Selon cette même étude, le nombre moyen de visites chez un omnipraticien en raison d'une douleur non soulagée dépassait le chiffre 6 au cours de la dernière année, 14 % des répondants disaient aussi s'être présentés à l'urgence à cause de leurs douleurs alors que 11 % avaient dû être hospitalisés.

Au Canada, on estime que les coûts engendrés par la douleur chronique en termes de journées de travail perdues, de médicaments et de visites dans des cliniques ou à l'hôpital seraient d'environ 10 milliards de dollars par année⁴. À ces coûts s'ajoutent ceux que les patients encourent eux-mêmes lorsqu'ils se tournent vers d'autres types de thérapie (acupuncture, herbothérapie, par exemple). Les coûts engendrés par les douleurs chroniques, qu'ils soient directs ou indirects, ne peuvent plus être estimés lorsqu'on y ajoute ceux associés à la souffrance psychologique et à la détresse des patients qui doivent supporter ces douleurs.

Quelles sont les conséquences néfastes de la douleur ?

Qu'elles soient aiguës ou chroniques, des douleurs non soulagées ou mal soulagées ont de multiples conséquences physiques, psychologiques et sociales dont les effets peuvent être extrêmement dévastateurs^{7,8,13}. Un des points les plus intéressants, révélés par la littérature sur les effets néfastes de la douleur, est cette notion de *mémoire du système nerveux* voulant qu'une douleur ou un traumatisme laisse une sorte de *trace cellulaire* qui modifie la façon dont les neurones du système nerveux répondent à des stimulations ultérieures. Ainsi, diverses études récentes chez l'animal et chez l'humain ont montré qu'une décharge de stimuli douloureux entraîne des changements neuroplastiques

dans les systèmes nerveux périphérique et central, lesquels ont comme conséquences d'induire des phénomènes d'hyperalgésie, d'allodynie et de douleur spontanée, et d'accroître ainsi les besoins en analgésiques^{10,11}. Cette notion de mémoire du système nerveux appelle donc une prise de conscience qui doit entraîner des changements dans nos pratiques analgésiques, afin qu'on adopte non seulement une approche curative mais également préventive^{11,12}.

Y a-t-il une place pour la prévention de la douleur chronique ?

Prévenir la douleur qui engendre la douleur est un concept crucial, car il est au cœur de nombreux problèmes de douleur que l'on a laissés indûment se « chroniciser ». Dans la littérature scientifique, la douleur chronique est de plus en plus reconnue comme une maladie du système nerveux plutôt que comme un symptôme de quelque autre désordre. Compte tenu du précepte qu'il est beaucoup plus facile et efficace de prévenir la maladie que de la traiter une fois qu'elle est présente, pourquoi en serait-il autrement pour les problèmes de douleur ? Non seulement les médecins et les autres membres du personnel soignant doivent-ils être sensibilisés à cet égard, mais les patients eux-mêmes doivent l'être tout autant.

Dans l'enquête américaine menée auprès de patients souffrant d'importants problèmes de douleur chronique à laquelle nous faisons référence précédemment⁶, il est particulièrement intéressant de noter que 41 % d'entre eux disaient avoir attendu entre six mois et un an avant d'aller consulter un médecin. Dix-huit pour cent ont déclaré avoir attendu plus d'un an. Fait également intéressant à noter, près de la moitié des patients interviewés lors de cette enquête affirmaient avoir changé au mois une fois de médecin depuis l'apparition de leurs douleurs, 13 % l'avaient fait deux fois et 22 % plus de trois fois. Les raisons invoquées le plus souvent étaient la persistance de la douleur (42 % des cas) et l'impression que le médecin ne prenait pas le problème au sérieux ou n'écoutait pas (51 % des cas).

Au Québec, il n'est pas rare que des patients souffrant de

douleurs chroniques aient à attendre plusieurs mois avant d'obtenir un rendez-vous dans une clinique spécialisée dans le traitement de la douleur. Dans certaines de ces cliniques, le délai d'attente peut aller d'un à deux ans (Société québécoise de la douleur, données non publiées). Considérant, d'une part, que la plupart de ces patients se sont souvent « promenés » d'un médecin à l'autre avant d'être orientés vers un tel centre spécialisé et que, d'autre part, leurs douleurs n'étaient pas soulagées pendant tout cet intervalle, le temps a non seulement permis que des changements neuroplastiques s'opèrent et laissent leurs traces dans le circuit neuronal, mais aussi que se crée toute une série de séquelles psychologiques et émotionnelles qui ne font qu'aggraver encore davantage les souffrances de ces patients. Qu'encore en 2003, des patients songent à se suicider (et certains le font) parce qu'ils n'en peuvent tout simplement plus d'endurer leurs douleurs est non seulement inadmissible mais aussi scandaleux. Ceci est d'autant plus inadmissible que ces douleurs peuvent être traitées, mais qu'elles ne le sont que de façon sous-optimale et ce, en dépit de l'arsenal thérapeutique dont nous disposons et des connaissances que nous avons sur la physio-psycho-pathologie de la douleur.

Que la douleur soit aiguë ou chronique, l'adoption précoce de stratégies efficaces de soulagement¹¹⁻¹³ devrait non seulement favoriser une meilleure maîtrise de la douleur, mais aussi prévenir ou, au moins, minimiser le risque de « chronicité », de même que les limitations fonctionnelles et les incapacités qui en résultent. L'emploi de stratégies vigoureuses de traitement d'une douleur en voie de devenir chronique pouvant inclure, entre autres, l'usage d'opiacés associés à d'autres modalités thérapeutiques de type pharmacologique, psychologique et de réadaptation, constitue très certainement une solution de rechange plus humaine que le non-traitement ou une approche plus invasive, comme la chirurgie^{9,14}. Dans un tel contexte, les objectifs thérapeutiques sont de :

- maîtriser la douleur à un niveau tel que le patient sera plus fonctionnel sur les plans physique et psychosocial ;
- réduire la mauvaise utilisation des médicaments et des

Que la douleur soit aiguë ou chronique, l'adoption précoce de stratégies efficaces de soulagement devrait non seulement favoriser une meilleure maîtrise de la douleur, mais aussi prévenir ou, au moins, minimiser le risque de « chronicité », de même que les limitations fonctionnelles et les incapacités qui en résultent.

interventions invasives ;

- minimiser les coûts de traitement par le biais d'une meilleure gestion de la douleur¹⁴.

COMPTÉ TENU DE NOS CONNAISSANCES sur le phénomène de la douleur et de l'arsenal thérapeutique dont nous disposons, il est inacceptable qu'un grand nombre de patients continue de souffrir indûment. Si on veut améliorer la qualité des pratiques analgésiques, il est clair que des programmes d'enseignement sur la psycho-physiopharmacologie de la douleur et sur les bienfaits d'une analgésie optimale doivent être intégrés dans le programme de médecine et d'autres disciplines paramédicales. Diverses associations font des pressions en ce sens. Une autre avenue qu'a choisie la Société canadienne pour le traitement de la douleur consiste à cibler les patients pour en constituer une sorte de lobby. L'objectif est de sensibiliser et de conscientiser les patients souffrants au fait qu'ils sont en droit de recevoir un traitement qui soulagera adéquatement leur douleur, tout en leur expliquant que certains types de douleurs persistantes sont plus difficiles à maîtriser. Les patients doivent savoir que la douleur peut – et doit – être traitée au même titre qu'une infection, le diabète ou une pression artérielle élevée. Non seulement les patients sont-ils en droit d'exiger qu'on soulage leurs douleurs de façon adéquate, mais, en plus, comme professionnels de la santé, nous avons l'obligation morale et éthique de le faire, compte tenu des conséquences néfastes de la douleur tant sur le plan humain que social. ❧

Date de réception : 3 mars 2003.

Date d'acceptation : 27 mars 2003.

Mots clés : douleur aiguë, douleur chronique, analgésie, épidémiologie.

Bibliographie

1. Cogan J, Velly A, Choinière M, Roy C, Robinson A, Ducruet T, et al. The Quebec POP-Man study* – Epidemiology of pain after different types of surgery (*Post-Operative Pain Management). Dans : Abstracts 10th World Congress on Pain; 17 au 22 août 2002 ; San Diego, Californie, E-U, San Diego. Seattle : IASP Press ; 2002 : 91.

S U M M A R Y

Inadequate treatment of pain: an insidious curse. Will we see important changes in the treatment of pain in a near future? Alarming statistics show that pain is poorly controlled whether it is acute or chronic. Problems of inadequate pain relief and their adverse consequences are more and more viewed as a silent epidemic in our society. These observations call not only for a reform of the current analgesic practices in order to decrease the tremendous cost of pain but also for the recognition of the fact that adequate pain control is a legitimate right and a question of ethics.

Key words: acute pain, chronic pain, analgesia, epidemiology.

2. Macrae WA. Chronic pain after surgery. *Br J Anesth* 2001 ; 87 : 88-98.
3. Perkins F, Kehlet H. Chronic pain as an outcome of surgery – A review of predictive factors. *Anesthesiology* 2000 ; 93 : 1123-33.
4. Statistique Canada. Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995. Catalogue 82-567.
5. Moulin DE, Clark AJ, Speechley M, Morley-Foster PK. Chronic pain in Canada – Prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Res Manag* 2002 ; 7 (4) :179-84.
6. American Pain Society. Chronic pain in America: Roadblocks to relief. www.ampainsoc.org
7. Pasero C, Paice JA, McCaffery M. Basic mechanisms underlying the causes and effects of pain. Dans: McCaffery M, Pasero C, rédacteurs. *Pain – Clinical manual* 2^e éd. St Louis : Mosby 1999 : 16-33.
8. Melzack R. The tragedy of needless suffering. *Scientif Amer* 1990 ; 262 : 27-33.
9. Watt-Watson JH, Clark AJ, Finley GA, Watson CPN. Canadian Pain Society position statement on pain relief. *Pain Res Manag* 1999 ; 4 (2) : 75-8.
10. Song SO, Carr DB. Pain and memory. *Pain – Clinical Updates – International Association for the Study of Pain* 1999 ; vii : 1-4.
11. Carr DB. Preempting the memory of pain. *JAMA* 1998 ; 279 : 1114-5.
12. Kehlet H, Holte K. Effect of postoperative analgesia on surgical outcome. *Br J Anaes* 2001 ; 87 : 62-72.
13. Kehlet H, Dahl JB. The value of <multimodal> or <balanced analgesia> in postoperative pain treatment. *Anesth Analg* 1993 ; 77 : 1048-56.
14. Société canadienne pour le traitement de la douleur. L'utilisation d'analgésiques opioïdes dans le traitement de la douleur chronique non cancéreuse – Déclaration de consensus et lignes directrices de la Société canadienne pour le traitement de la douleur. *Pain Res Manag* 1998 ; 3 (4) : 209-22.

Non seulement les patients sont-ils en droit d'exiger qu'on soulage leurs douleurs de façon adéquate, mais, en plus, comme professionnels de la santé, nous avons l'obligation morale et éthique de le faire, compte tenu des conséquences néfastes de la douleur tant sur le plan humain que social.