

LE VRAI VISAGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE NON CANCÉREUSE



AU QUÉBEC, 20 % DE LA POPULATION DEVRA VIVRE, À UNE PÉRIODE PLUS OU MOINS LONGUE DE SA VIE, AVEC UNE DOULEUR CHRONIQUE NON CANCÉREUSE (DCNC), DES DOULEURS ATTRIBUABLES LE PLUS SOUVENT À UNE MALADIE, UN ACCIDENT DE LA ROUTE OU DU TRAVAIL OU, DANS CERTAINS CAS, DES SUITES D'UNE CHIRURGIE. OR, LA FORMATION DES MÉDECINS EN MATIÈRE DE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE SERAIT DÉFICIENTE ET LE NOMBRE DE CLINIQUES DE LA DOULEUR EST FAIBLE EN REGARD DES BESOINS. MAIS LA SITUATION EST APPELÉE À S'AMÉLIORER GRANDEMENT. UN RÉSEAU PROVINCIAL DE CLINIQUES DE LA DOULEUR VERRA LE JOUR D'ICI DEUX ANS ET LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR FERA L'OBJET D'UNE SOUS-SPECIALITÉ DE L'ANESTHÉSIOLOGIE DANS LES FACULTÉS DE MÉDECINE. NOTRE JOURNALISTE A AUSSI ASSISTÉ AU RÉCENT SYMPOSIUM SUR LA DOULEUR AUQUEL A CONTRIBUÉ LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE LA DOULEUR.

LE DR CHRISTIAN CLOUTIER, PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE LA DOULEUR Un neurochirurgien consacré à la douleur

DEPUIS L'AN DERNIER, C'EST UN NEUROCHIRURGIEN DE SHERBROOKE, LE DR CHRISTIAN CLOUTIER, QUI EST LE PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE LA DOULEUR. IL A SUCCÉDÉ À UNE ANESTHÉSIOLOGISTE, LA DRE ALINE BOULANGER.

Ces deux médecins spécialistes ont quelque chose en commun : les deux sont responsables d'une clinique de traitement de la douleur chronique, la Dre Boulanger, celle du CHUM à Montréal, et le Dr Cloutier, la clinique multidisciplinaire de douleur du CHUS.

Depuis 15 ans, le Dr Cloutier se consacre totalement au traitement de la douleur chronique en troisième ligne. Il y est venu par une voie détournée et y est resté.

« J'ai commencé par installer des neurostimulateurs, relate-t-il. On m'a défini comme un médecin qui fait de la douleur. J'ai été débordé très rapidement. » Attaché à cette pratique et à ses patients, il n'a jamais pensé à les abandonner.

Comme il n'existe pas encore de formation officielle en traitement

de la douleur au Canada, il a mis au point une expertise hors de la neurochirurgie, une formation « sur le tas », comme il le dit. Aujourd'hui membre de l'association des « pain directors » du Canada, il a 1500 visites de patients par an à sa clinique multidisciplinaire, dont il est le seul médecin à temps plein.

« Beaucoup de patients en douleur vont dans des cliniques de la douleur de type anesthésique pour avoir des infiltrations. Ici, on essaie d'avoir une approche globale. On offre une évaluation autant physique, psychologique et pharmacologique que des interventions dans le but d'offrir le meilleur traitement. »

À sa clinique, il peut à tout le moins compter sur des collaborateurs du CHUS, à savoir, un physiatre pour le locomoteur, deux rhumatologues pour les bursites et les tendinites, deux anesthésiologistes qui font une journée d'infiltrations par semaine, deux gériatres pour les patients très âgés, une pédiatre, un gastroentérologue et un pelvipérinéologue, ainsi qu'une psychologue et des infirmières cliniciennes.



Le Dr Christian Cloutier vérifie une pompe intrathécale qu'il a installée sur un patient.

Lancement d'un réseau

Tout en donnant des soins, le Dr Christian Cloutier travaille avec acharnement depuis 2003 à la mise au point d'un réseau de cliniques de traitement de la douleur chronique partout dans la province. Mieux que quiconque, il sait l'importance

de tels sites pour ceux qui souffrent de façon permanente. Le temps d'attente à sa propre clinique pour les cas qui ne sont pas prioritaires est de trois ans. Des gens viennent de partout en Estrie, mais aussi de Gaspé, de Montréal, de Sept-Îles et même d'Europe pour le consulter.

« Il y a un gros manque. Au total, 4 % de la population souffre de fibromyalgie. Il faut que ces patients soient encadrés. Un tel réseau de cliniques est devenu une nécessité », commente-t-il.

Démarches et résultats

Dans le cadre de ses démarches, il a rencontré récemment le président du Collège des médecins du Québec, le Dr Charles Bernard, et celui de l'Institut national en santé et en services sociaux (INESSS), le Dr Roberto Iglesias. Le Dr Cloutier a un allié de taille dans ce dossier au Ministère, à savoir le Dr Pierre Fréchette, président de la Table intersectorielle des RUIS sur la douleur chronique. Les deux travaillent dans la même direction. Ses efforts et sa patience ont été récompensés : un réseau hiérarchisé de première, deuxième et troisième lignes de cliniques de la douleur chronique devrait voir le jour au Québec d'ici mi-2013 (voir autre texte). ◀

Voir autres textes en page 12 ▶

« CE SONT MES HÉROS »

— DR CHRISTIAN CLOUTIER

MARDI 10 MAI, CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE DE LA DOULEUR DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE (CHUS), DIRIGÉE PAR LE NEUROCHIRURGIEN CHRISTIAN CLOUTIER. UNE JOURNÉE IMPORTANTE POUR LES PATIENTS QUI VONT REVOIR OU RENCONTRER CE MÉDECIN POUR LA PREMIÈRE FOIS AINSI QUE LES MEMBRES DE SON ÉQUIPE, DONT L'INFIRMIÈRE CLINICIENNE ANNE BÉRARD ET LA PSYCHOLOGUE SPÉCIALISÉE EN DOULEUR, SYLVIE LAMOUREUX. UNE RENCONTRE PORTEUSE D'ESPOIR DONC. CELUI D'UNE RÉVISION DE LA MÉDICAMENTATION, DE L'ADMINISTRATION D'UNE NOUVELLE MOLÉCULE OU D'UNE OFFRE DE TRAITEMENT QUI AURA POUR EFFET DE RÉDUIRE OU D'ATTÉNUER LEUR DOULEUR AU QUOTIDIEN. CES PATIENTS QUI SOUFFRENT DE DOULEURS CHRONIQUES NON CANCÉREUSES SONT EN QUELQUE SORTE LES OUBLIÉS DU SYSTÈME. QUI MARCHE POUR EUX, QUI MÈNE DES CAMPAGNES MÉDIATIQUES EN LEUR NOM ? QUI S'EN PRÉOCCUPE, HORMIS LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ QUI SE CONSACRENT À AMÉLIORER LEUR QUALITÉ DE VIE ? C'EST POUR LEUR DONNER UN VISAGE QUE LE DR CLOUTIER A INVITÉ L'ACTUALITÉ MÉDICALE À ASSISTER À SON TRAVAIL ET À LES RENCONTRER. LOIN DE SE PLAINDRE, TOUS CEUX QUE NOUS AVONS RENCONTRÉS CONTINUENT À MORDRE DANS LA VIE AVEC UNE RAGE ET UNE RÉSILIENCE PEU COMMUNES. « CE SONT MES HÉROS », COMMENTE LE DR CLOUTIER. EN VOICI QUELQUES-UNS.



JEAN-PHILIPPE BOURASSA : « Quand je me suis porté volontaire pour aller en Croatie, je savais que je pourrais en revenir blessé ou mort, mais jamais avec une maladie qui allait hypothéquer mon avenir... », murmure Jean-Philippe Bourassa, un ancien réserviste qui a servi comme casque bleu.

Un mois après son arrivée en Croatie, en 1993, il a commencé à ressentir de graves problèmes digestifs, puis de violents maux de ventre. On a d'abord cru qu'il était contaminé par un parasite ou un virus. Des examens poussés ont montré qu'il était atteint de la maladie de Crohn. Encore aujourd'hui, il pense que cette maladie résulte des vaccins reçus avant son départ, même si aucune preuve scientifique ne l'a jamais démontré.

Depuis, sa vie n'est plus que souffrance. À ce jour, il a subi huit opérations et, en décembre dernier, il a failli mourir d'une péritonite. Parfois, son ventre devient aussi gros que celui d'une femme enceinte et il souffre tellement qu'il est incapable de prendre sa fille dans ses bras. Il prend une quantité impressionnante de médicaments, dont une cinquantaine de Dilodide par semaine quand il va au plus mal. « Quand tu as mal, tu essaies tout », dit-il.

Chassé de l'armée canadienne, qui lui a expédié une médaille par la poste, il parvient parfois à exercer son métier d'élagueur lors des périodes de rémission. Il vient de s'acheter une moto et espère en profiter tant que la vie le lui permet encore.

MAURICE LACHANCE : En 2002, un accident de chasse a changé le cours de sa vie. Une balle lui a traversé le corps et rompu la colonne vertébrale. Depuis, il est paraplégique et ressent des douleurs permanentes aux jambes et au bassin. La première fois qu'il a rencontré le Dr Christian Cloutier, à l'urgence du CHUS, il hurlait de douleur. Il a empoigné le médecin par le collet et lui a crié : « Fais quelque chose ! » Depuis 2002, il a essayé une foule de médicaments pour réduire ses douleurs neuropathiques. La meilleure solution est venue d'une pompe d'administration intrathécale qu'on lui a implantée en 2007, puis changée en mars dernier. Toutes les cinq semaines, il retourne au CHUS pour faire le plein de médicaments au moyen d'une seringue. Cette pompe a changé sa vie. Elle lui a permis de réduire ses douleurs de 75 % et de profiter de la vie. Malgré sa paralysie, il va encore à la chasse, à la pêche et fait toujours de la motoneige !

Voir autres textes en page 12 ▶

La rémunération, un frein à la prise en charge des douleurs chroniques



PHOTOS: DENIS MÉTHOT

Le neurochirurgien Christian Cloutier, qui reçoit un patient fortement affecté par des douleurs aux jambes, est le seul médecin à temps plein de la clinique multidisciplinaire de la douleur du CHUS.

LA RÉMUNÉRATION ACTUELLE FREINE L'INTÉRÊT DES MÉDECINS À EXERCER DANS UNE CLINIQUE DE LA DOULEUR, ESTIME LE PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE LA DOULEUR, LE DR CHRISTIAN CLOUTIER.

Neurochirurgien, le Dr Cloutier est le seul médecin à exercer à temps plein à la clinique de la douleur multidisciplinaire du CHUS, à Sherbrooke. Il y traite environ 1500 patients par an. Il tient le fort avec une psychologue et des infirmières cliniciennes. Il adresse des patients à plusieurs de ses collègues spécialistes de l'hôpital, mais ce sont des collaborateurs.

Le Dr Cloutier aimerait recruter d'autres médecins à temps plein, mais il constate que la rémunération actuelle n'encourage pas cet engagement dans la douleur chronique. Rencontrer un patient pour la première fois exige parfois jusqu'à une heure.

« Les médecins ne sont pas intéressés à faire de la douleur chronique, car ce n'est vraiment pas payant, déplore-t-il. Le nerf de la guerre, c'est la rémunération. Si on pouvait offrir une rémunération honnête et adéquate pour ne pas pénaliser les médecins qui font de la douleur chronique, alors, on intéresserait plein de gens. »

Le cas des anesthésiologistes

Une exception : les anesthésiologistes, qui ont obtenu une rémunération particulière pour exercer dans les 15 cliniques de la douleur actuellement reconnues. Ils ont fait l'objet, en novembre 2009, d'une entente particulière, l'annexe 41, qui leur confère un forfait quotidien de 800 \$ ainsi qu'un forfait de prise en charge de 100 \$ pour l'évaluation initiale du patient et de 50 \$ pour les visites subséquentes. Certains actes peuvent être rémunérés en sus selon un certain nombre d'unités à 50 \$ chacune et on ne peut en réclamer plus de 30 dans une même journée.

Le Dr Christian Cloutier estime que tous les médecins qui acceptent d'exercer dans une clinique de la douleur devraient toucher la même rémunération que les anesthésiologistes.

Sans aller aussi loin, le président de la Table intersectorielle des RUIS sur la douleur chronique, le Dr Pierre Fréchette, s'est également dit, lors d'une entrevue à *L'actualité médicale*, en faveur d'une amélioration de la rémunération des médecins qui veulent travailler dans ce domaine. L'une des façons d'y parvenir serait de faire reconnaître la douleur chronique comme une maladie chronique, ce qui donnerait droit à des forfaits.

« Ce serait un pas important, dit le Dr Fréchette. Ça ne pénalisera pas financièrement les médecins qui voudraient travailler en douleur chronique. »

Ce médecin croit que cette question relève des négociations entre les fédérations médicales et le ministère de la Santé. ◀

TRAITEMENT DES DOULEURS CHRONIQUES

Un réseau hiérarchisé de cliniques verra le jour en 2013

LE QUÉBEC COMPTE 15 CLINIQUES DE LA DOULEUR, MAIS ELLES OPÈRENT EN SILO. LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX VEUT METTRE FIN À CET ISOLEMENT. IL PLANCHE ACTUELLEMENT SUR UN PROJET D'ORGANISATION DES SERVICES VISANT À METTRE EN PLACE, D'ICI LE MILIEU DE L'ANNÉE 2013, TOUT UN RÉSEAU HIÉRARCHISÉ DE CLINIQUES DE LA DOULEUR DANS LA PROVINCE, A DÉVOILÉ LE PRÉSIDENT DE LA TABLE INTERSECTORIELLE DES RUIS SUR LA DOULEUR CHRONIQUE, LE DR PIERRE FRÉCHETTE, LORS D'UNE ENTREVUE À L'ACTUALITÉ MÉDICALE.

« Les patients souffrant de douleurs chroniques sont déjà présents sur le terrain, ainsi que les personnes qui les soignent. Ce qu'il faut, a-t-il indiqué, c'est changer les façons de faire et définir des responsabilités en faveur d'une bonne organisation, comme nous l'avons fait avec succès en traumatologie. »

Ce réseau de cliniques de la douleur s'appuiera principalement sur la première ligne. Le gros du travail de prise en charge de la douleur chronique sera donc confié aux médecins de famille. Ceux qui accepteront de le faire seront soutenus dans cette entreprise. Des corridors de services très bien structurés permettront aux omnipraticiens de diriger les cas plus complexes vers des centres secondaires et, au besoin, vers des centres d'expertise de troisième ligne. De tels corridors n'existent pas actuellement dans le traitement de la douleur chronique.

Le nombre de cliniques de la douleur qui seront désignées n'est pas déterminé. Le Dr Fréchette ne s'attend pas à un modèle unique. Il variera selon les régions et les effectifs dans chacun de ces territoires. Une chose est certaine, chaque région du Québec devrait disposer d'une clinique de la douleur, ce qui n'est pas le cas actuellement, même si la douleur chronique est répandue partout.

Le Dr Fréchette, qui a fait sa marque dans le service ambulancier aérien, a observé beaucoup de carences dans la prise en charge et le traitement de la douleur chronique au Québec. « Nos professionnels manquent de formation et l'organisation des services est encore déficiente », juge-t-il.

Mais les choses bougent. À Québec, le centre d'expertise va offrir une première session de formation en octobre. Le Dr Fréchette s'attend à ce que d'autres activités de formation soient offertes ailleurs d'ici la fin de 2011.

Les piliers du réseau

Les piliers de ce futur réseau intégré ont vu le jour en février 2010 avec la reconnaissance de quatre centres d'expertise en douleur, rattachés à chacun des RUIS. Ces centres peuvent compter plusieurs sites. Dans chacun d'entre eux, on trouve au moins un hôpital universitaire et un centre de réadaptation. Leur personnel est formé d'équipes multidisciplinaires comprenant des médecins de famille, des médecins spécialistes et d'autres professionnels de la santé, comme des psychologues et des physiothérapeutes.

Chacun de ces centres est déjà au travail pour la deuxième étape en cours, soit la désignation des centres de deuxième et premier niveaux. Ils ont aussi pour mission de prendre en charge les cas les plus compliqués et les patients qui souffrent le plus. En outre, ils doivent s'occuper de la recherche en douleur, ainsi que de la formation.

Le Dr Fréchette souhaite la présence d'équipes multidisciplinaires œuvrant en deuxième et même en première ligne, sans y être rattachées à temps plein. De plus, des médecins spécialistes se grefferont aux équipes de deuxième ligne.

Prise en charge personnelle de la douleur

Les futures cliniques mettront l'accent sur la prise en charge de la douleur par les patients eux-mêmes. Des professionnels les aideront à y parvenir grâce à des ateliers d'apprentissage, à du soutien et à de l'éducation.

Budgets à venir

Pour l'instant, aucun budget n'est dévolu à ces futures cliniques de la douleur, mais le Dr Fréchette se dit convaincu qu'il y en aura dans l'avenir. « Il va falloir prendre des décisions pertinentes, comme on le fait pour d'autres clientèles et d'autres soins dans les hôpitaux et les agences, dit-il. Cela nécessitera peut-être l'ajout de certaines ressources dans certaines régions et certains établissements, mais exigera surtout une réorganisation du travail. » ◀



ISABELLE MOISAN : Un matin de 2004, Isabelle Moisan, une jeune mère de famille, se lève avec des douleurs « incroyables ». Elle saura plus tard qu'elle est atteinte de plexopathie brachiale, une maladie rare qui provoque d'intenses souffrances. En 2007, on lui confirme également qu'elle souffre d'un syndrome douloureux régional complexe. La moindre vibration trop forte la fait souffrir. Son niveau de douleurs se situe en moyenne à 7 sur 10, dans ses meilleures journées, à 5 sur 10. La médecine est impuissante à la soulager.

Les premières années, elle a souhaité mourir pour échapper à ses souffrances quotidiennes, mais la démarche d'acceptation qu'elle a entreprise avec la psychologue Sylvie Lamoureux, la relaxation musicale et un excellent soutien familial lui ont appris à composer avec son état. Elle insiste sur l'importance de la clinique de la douleur. « Je ne me sens pas abandonnée, dit-elle. Ici, on m'offre du suivi et on me propose les plus récents médicaments. »

Pour l'avenir, elle met tous ses espoirs dans la mise au point de nouvelles molécules qui diminueraient ou viendraient à bout de ses douleurs.

ATIVAN est utilisé pour le soulagement à court terme des manifestations d'anxiété excessive chez les patients souffrant de névrose d'angoisse. Il est aussi utile comme traitement d'appoint pour le soulagement de l'anxiété excessive pouvant survenir avant les interventions chirurgicales. L'anxiété et le stress associés aux tensions de la vie quotidienne ne nécessitent habituellement pas de traitement par anxiolytiques.

ATIVAN est contre-indiqué chez les patients souffrant de myasthénie grave ou de glaucome aigu à angle fermé et chez ceux ayant une hypersensibilité confirmée aux benzodiazépines.

Des réactions anaphylactiques ou anaphylactoïdes graves ont été signalées en rapport avec l'emploi de benzodiazépines. On a signalé des cas d'œdème de Quincke affectant la langue, la glotte ou le larynx chez des patients, après qu'ils aient pris la première dose ou des doses subséquentes de benzodiazépines. Certains patients ont aussi présenté de la dyspnée, une constriction de la gorge ou des nausées et des vomissements. Certains patients ont dû être admis au service des urgences pour recevoir un traitement médical. L'œdème de Quincke au niveau de la langue, de la glotte ou du larynx peut entraîner une obstruction des voies respiratoires et la mort. On ne devrait pas tenter d'administrer de nouveau une benzodiazépine à un patient qui a présenté un œdème de Quincke après un traitement avec ce type de médicament.

L'utilisation d'ATIVAN n'est pas recommandée en présence de névrose dépressive ou de réactions psychotiques. Faute de données cliniques suffisantes, l'administration de lorazépam n'est pas recommandée chez des patients âgés de moins de 18 ans. Comme ATIVAN a un effet dépressur sur le système nerveux central (SNC), il faut prévenir les patients traités par ce médicament de ne pas prendre simultanément d'autres médicaments dépressurs du SNC. Les patients doivent aussi s'abstenir de consommer de l'alcool pendant la durée du traitement par le lorazépam à cause des risques de potentialisation. On ne doit pas administrer ATIVAN pendant la grossesse. Étant donné que le lorazépam est aussi un dérivé de la benzodiazépine, son administration est rarement justifiée chez la femme en âge de procréer. ATIVAN ne doit pas être administré à la femme qui allaite, à moins que les bienfaits prévus pour la mère l'emportent sur les risques possibles pour le nourrisson.

L'administration de benzodiazépines, y compris le lorazépam, peut entraîner une dépression respiratoire susceptible d'être fatale.


Des cas de sédation excessive ont été observés avec le lorazépam administré à des doses thérapeutiques normales. Chez les personnes âgées ou affaiblies et en présence d'insuffisance hépatique grave, il faut ajuster soigneusement la posologie selon la réponse du patient.

La somnolence est la réaction indésirable signalée le plus souvent chez les personnes qui prennent ATIVAN. Consulter les renseignements thérapeutiques pour obtenir l'information complète sur les effets indésirables.

Il faut prescrire ATIVAN à la dose efficace la plus faible et pendant la plus brève durée possible. Le risque d'un phénomène de retrait et de rebond est plus grand après un arrêt brusque; il faut donc interrompre le médicament graduellement. Les symptômes de retrait (p. ex., insomnie de rebond) peuvent se manifester à la suite de l'arrêt d'un traitement d'aussi peu qu'une semaine aux doses recommandées. Après un traitement prolongé, il faut éviter l'arrêt brusque du lorazépam et adopter un schéma de réduction graduelle de la posologie.

Ne pas administrer ATIVAN aux personnes portées à faire une consommation abusive de médicaments. Le lorazépam peut faire l'objet d'un usage abusif, en particulier chez les patients ayant des antécédents d'alcoolisme ou d'abus de médicaments.

Référence : 1. Monographie d'ATIVAN. Pfizer Canada inc., septembre 2010.

 Ensemble, vers un monde en meilleure santé™

© 2011 Pfizer Canada inc. M.C. de Pfizer Inc. utilisée sous licence
Kirkland (Québec) ATIVAN™, Wyeth LLC
HJ1 2M5 Pfizer Canada inc., licencié

Voir autres textes en page 14 ▶

LES 15 CLINIQUES DE LA DOULEUR EN OPÉRATION

LE QUÉBEC DISPOSE DE 15 CLINIQUES DE LA DOULEUR EN MILIEU HOSPITALIER OFFICIELLEMENT RECONNUES AUX FINS DE LA RÉMUNÉRATION DES ANESTHÉSIOLOGISTES QUI Y EXERCENT. QUINZE CLINIQUES POUR FAIRE FACE À L'AFFLUX DE PATIENTS QUI SOUFFRENT DE DOULEUR CHRONIQUE NON CANCÉREUSE, C'EST PEU. EN OUTRE, PRÈS DES DEUX TIERS SE TROUVENT DANS LA CEINTURE DE MONTRÉAL. C'EST DIRE QUE PLUSIEURS RÉGIONS EN SONT DÉPOURVUES.

Cette carence est toutefois appelée à être comblée d'ici deux ans, car un réseau hiérarchisé de cliniques de la douleur de première, de deuxième et de troisième lignes verra le jour à travers la province. Voici un inventaire des cliniques actuellement en opération et une description rapide de leurs effectifs médicaux et professionnels :

► Clinique antidouleur de l'Hôtel-Dieu du CHUM : 11 médecins collaborateurs, dont 5 anesthésiologistes, 4 omnipraticiens, 1 psychiatre et 1 neurochirurgien.

Deux médecins participent aussi à des projets de recherche en douleur.

► Clinique antidouleur de Sainte-Justine : cinq anesthésiologistes, deux pédiatres, deux pédopsychiatres, deux physiatres, un oncologue, deux pharmaciennes et deux physiothérapeutes ainsi qu'une auxiliaire de recherche.

► Clinique antidouleur de Maisonneuve-Rosemont : quatre médecins, deux médecins associés, deux psychologues, un physiothérapeute et trois inhalothérapeutes ainsi qu'une infirmière.

► Hôpital du Sacré-Cœur : cinq médecins, une psychologue et une ergothérapeute.

► Institut de cardiologie de Montréal : une chercheuse en douleur.

► Clinique de la douleur de l'Hôpital Victoria : information non disponible au moment de mettre sous presse.

► Clinique de la douleur de l'Hôpital Juif : information non disponible au moment de mettre sous presse.

► Clinique de la douleur du Centre hospitalier McGill : information non disponible au moment de mettre sous presse.

► Clinique de la douleur du Centre hospitalier ambulatoire régional de Laval : information non disponible au moment de mettre sous presse.

► Clinique de gestion de la douleur de l'Hôpital Charles-Lemoyne : les 14 anesthésiologistes de l'hôpital y collaborent, en plus d'une infirmière à temps plein et une psychologue sur demande.

► Centre antidouleur de l'Hôtel-Dieu de Lévis : huit anesthésiologistes, trois médecins de famille, deux infirmières, une psychologue, un physiothérapeute, un ergothérapeute, un inhalothérapeute, un technicien en radiologie.

► Clinique de gestion de la douleur du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières : dirigée par le chef du département d'anesthésiologie, le Dr Dominic Danserau, cette clinique est engagée dans un projet de rehaussement pour en faire une clinique multidisciplinaire à laquelle participeraient les psychologues, pharmaciens, ergothérapeutes, physiothérapeutes et kinésologues. Neuf anesthésiologistes du centre hospitalier participent à cette clinique.

► Clinique de neurochirurgie fonctionnelle de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, à Québec : deux neurochirurgiens y participent ainsi qu'une infirmière et une psychologue. Cette clinique, en plein développement, fait partie du Consortium de la douleur chronique de la Capitale nationale.

► Clinique de la douleur du CHUL, à Québec : 10 anesthésiologistes spécialisés en traitement de la douleur, 2 omnipraticiens, 2 psychiatres, 2 psychologues, 2 pharmaciens, 2 ergothérapeutes, 2 physiothérapeutes, 1 infirmière clinicienne et 2 infirmières.

► Clinique multidisciplinaire du CHUS, à Sherbrooke : un neurochirurgien à temps plein, qui peut adresser des cas à d'autres spécialistes de l'hôpital, une infirmière clinicienne et une psychologue. Au CHUS, on assiste à la création d'un Service de la douleur rattaché au département d'anesthésiologie qui regroupera tous les médecins de l'hôpital qui travaillent en douleur. ◀

FORMATION OFFERTE À COMPTER DE 2013

La douleur reconnue comme une sous-spécialité en anesthésiologie

Aussi curieux que cela puisse paraître, s'étonne le président de la Table intersectorielle des RUIS sur la douleur chronique, le Dr Pierre Fréchette, les facultés de médecine au Canada consacrent beaucoup moins de temps à enseigner la prise en charge de la douleur que les écoles de médecine vétérinaire. Cette situation est toutefois appelée à changer au cours des prochaines années. En octobre 2010, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada a reconnu la douleur comme une sous-spécialité de l'anesthésiologie et celle-ci fera l'objet d'une formation dans les facultés de médecine canadiennes à compter de 2013.



Les facultés de médecine du Canada devraient offrir, à compter de l'automne 2013, une sous-spécialité en anesthésiologie consacrée au traitement de la douleur chronique.

Les normes d'évaluation de ce futur programme sont en cours d'établissement et elles seront finales en juillet 2013, indique-t-on au Collège royal. Cette sous-spécialisation sera offerte dès l'automne qui suivra. La nouvelle formation aura une durée de deux ans. Les premiers diplômés sortiront des facultés en 2015. À des fins d'harmonisation, le Collège des médecins du Québec s'est déjà engagé à reconnaître les programmes approuvés par le Collège royal du Canada. C'est dire que cette future formation devrait aussi être offerte dans les facultés de médecine du Québec.

Une porte-parole de la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec a déclaré à *L'actualité médicale* que cet organisme (CREPUQ) n'avait pas encore été saisi d'une demande de création d'un programme de sous-spécialisation en douleur. De plus, elle a rappelé que les facultés de médecine de la province étaient autonomes. Ce sera à chacune d'elles de décider si elle l'offrira ou pas.

Le président de la Société québécoise de la douleur, le Dr Christian Cloutier, mise beaucoup sur l'implantation d'une sous-spécialité pour faire avancer le traitement de la douleur chronique au Québec. Même si cette formation sera offerte en anesthésiologie, il souhaite qu'elle soit accessible à tous les médecins, quelle que soit leur spécialité, y compris la médecine familiale.

Mais déjà, les choses bougent dans les milieux universitaires. À compter de juillet 2011, le département d'anesthésiologie de la faculté de médecine de l'Université Laval offrira un *fellowship* en traitement des douleurs chroniques d'une durée d'un an. Cette formation s'adressera à des médecins ayant terminé une formation en anesthésiologie.

Par ailleurs, le projet d'une sous-spécialité de deux ans est à l'étude à Laval. De son côté, la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke propose un microprogramme multidisciplinaire de 2e cycle en gestion de la douleur de 15 crédits. Il est offert à Sherbrooke et par visioconférence pour les gens de l'extérieur. ◀

Action Sport Physio

Médecine sportive



Paule Dontigny
pht, © Cert. Physio. Sport.
Graduée de l'Université d'Ottawa en 2007, Paule travaille depuis dans le réseau Action Sport Physio (Valleyfield et Vaudreuil). Elle travaille avec une clientèle orthopédique, s'intéressant aux problèmes musculo-squelettiques chez les athlètes.

Comme avant!^{MD}

QUELLE CHAUSSURE DE COURSE FAUT-IL PORTER ?

Avec l'arrivée du beau temps, plusieurs de vos patients vous approcheront avec des questions à propos de la course à pied. Une interrogation fréquemment soulevée concerne le choix de chaussures appropriées.

Il a longtemps été véhiculé qu'une chaussure de course devait offrir un support optimal au pied ainsi qu'une absorption maximale. Cependant, plus on se penche sur la question, moins cette affirmation nous semble juste... Au cours des 30 dernières années, nous avons noté une évolution considérable dans la conception de la chaussure de course. Les différentes compagnies se relancent tour à tour avec des technologies offrant un meilleur support au niveau de la pronation, une absorption optimale ou tout autre ajout visant à protéger le pied du coureur. Cependant, au cours de ces années, la quantité de blessures reliées à la course à pied a augmenté en flèche... De plus, paradoxalement, ces blessures sont beaucoup plus fréquentes chez les populations occidentales (qui courent avec des chaussures à la fine pointe de la technologie) comparativement aux populations africaines (qui courent habituellement pieds nus). Cette observation nous amène à nous questionner sur l'utilité de toute cette protection. Différentes études biomécaniques se sont penchées sur la question.

Un coureur pieds nus adoptera un patron de course où la pose du pied se fera à l'avant-pied ou sous la plante, mais très rarement au niveau du talon. À l'opposé, un coureur chaussé d'une chaussure moderne aura tendance à attaquer majoritairement avec l'arrière-pied (75% à 80% des coureurs de distance). Ce patron se trouve favorisé par une chaussure ayant une semelle coussinée plus épaisse à l'arrière rendant l'impact du talon plus confortable. Cette attaque du talon aura pour effet d'augmenter le temps de contact au sol, la quantité de déplacement vertical et le coût énergétique de la course, en plus d'augmenter la vitesse de la force de réaction du sol transmise aux articulations proximales (associée au développement de fractures de stress, Zapdor 2010) et de faire subir des forces de décélération importantes au corps en raison de l'arrêt brusque provoqué par la pose du pied. Le coureur aura tendance à prendre de plus grandes enjambées et ainsi réduire sa cadence.

Heiderscheit et al (2010) ont étudié l'effet d'ajuster la cadence des foulées sur les forces d'impact absorbées par les articulations proximales. Une légère augmentation de la cadence (5% à 10%) entraîne une diminution notable de la charge absorbée par la hanche et le genou; l'amplitude de l'adduction à la hanche est réduite, ainsi que les moments de force d'une adduction et de rotation interne (souvent associés à différentes pathologies telles le syndrome fémoro-patellaire).

On voudra ainsi se diriger vers une chaussure offrant le moins d'interférence possible entre le pied du coureur et le sol, donc un soulier de type *racer*. Cependant, comme ce dernier exige un plus grand travail musculaire, une transition *très progressive* vers une chaussure minimaliste est primordiale pour éviter de développer des blessures. Dans ce contexte, il est important que le coureur soit encadré par des professionnels compétents et spécialisés dans le domaine de la course à pieds afin de profiter pleinement de la belle saison sans se blesser.

RÉFÉRENCES

- Dubois B. Nouveautés dans la prévention des blessures en course à pied. 2011
- Heiderscheit BC et al. Effects of Step Rate Manipulation on Joints Mechanics during Running. Med Sci Sports Exerc. Published Ahead of Print (2010).
- Lieberman DE et al. Footstrike and collision patterns in habitually barefoot versus shod runners. Nature. 463, 531-536 (2010).
- Zapdor AA, Nikooyan, AA. The Relationship between Lower-Extremity Stress Fractures and the Ground Reaction Force : A systematic Review. Clinical Biomechanics. 26, 23-28 (2011).



GINO MONTY : En 1995, la motocyclette que conduisait Gino Monty a dérapé sur une plaque de glace. Il a subi de graves blessures aux deux jambes, l'une ayant perdu neuf pouces de muscles. Il a été opéré à neuf reprises. Aujourd'hui, il souffre de douleurs permanentes aux jambes et depuis quelque temps, au dos. Les médicaments, dont des timbres, ne viennent jamais totalement à bout de ses douleurs, même s'il parvient à s'y résoudre. Recommandé par son médecin de famille à la clinique multidisciplinaire de la douleur du CHUS, il a rencontré le Dr Cloutier le 10 mai pour la première fois. Ce dernier a évoqué l'installation d'un neurostimulateur et a demandé divers examens avant d'approfondir son cas. « À la première visite, on ne fait jamais de miracle », l'a prévenu le Dr Cloutier. « Je n'attends plus de miracle », lui a répondu M. Monty, réaliste. Ils doivent se revoir le mois prochain.

Voir autres textes en page 16 ▶



ORFORD SYMPOSIUM 2011 SUR LA DOULEUR

PRÈS DE 250 PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ INTÉRESSÉS PAR LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR CHRONIQUE NON CANCÉREUSE (DCNC), TELS QUE MÉDECINS OMNIPRATICIENS ET SPÉCIALISTES, INFIRMIÈRES, PHYSIOTHÉRAPEUTES, ERGOTHÉRAPEUTES ET CHERCHEURS, ONT ASSISTÉ AU SYMPOSIUM 2011 SUR LA DOULEUR, QUI S'EST TENU IL Y A QUELQUES SEMAINES À ORFORD. ORGANISÉ PAR LE CENTRE DE FORMATION CONTINUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE, EN COLLABORATION AVEC LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE LA DOULEUR, CE SYMPOSIUM PORTAIT PRINCIPALEMENT SUR L'USAGE DES NARCOTIQUES.

Cinq médecins experts en douleurs ou en opioïdes ont présenté des conférences sur le thème de la journée, à savoir : le neurochirurgien Christian Cloutier, du CHUS à Sherbrooke, président de la Société québécoise de la douleur (« L'hyper-algésie induite par les opioïdes »), l'anesthésiologiste Alain Béland, de Roberval (« L'utilisation des opioïdes aujourd'hui et demain ») et « La douleur aiguë et l'utilisation des opioïdes :

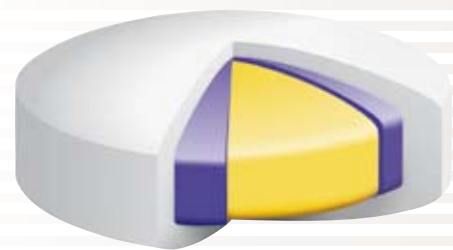
la gestion par protocole », l'anesthésiologiste et spécialiste en douleur Aline Boulanger, du CHUM, à Montréal (« Les lignes directrices québécoises et canadiennes »), la Dre Elise Roy, titulaire de la chaire de toxicomanie à l'Université de Sherbrooke, (« L'utilisation non médicale des opioïdes médicamenteux ») et le Dr William J. Barakett, du département de médecine familiale de l'Université McGill (« Que faire avec un toxicomane ? »)

Une pharmacienne clinicienne de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, experte dans l'utilisation des opioïdes, Mme Andrée Néron, a parlé de « La pharmacologie appliquée des opioïdes ». Deux autres pharmaciennes, Ghaya Jouini et Lyne Lalonde, également de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, ont fait un portrait de la douleur chronique non cancéreuse en première ligne, tiré du Programme ACCORD (Application concertée

des connaissances et ressources en douleur), en cours. Le Symposium a pris fin avec un exposé du chercheur Louis Gendron, qui a présenté « Les récepteurs delta... une cible d'avenir ».

La Société québécoise de la douleur présentera sa prochaine conférence scientifique le 25 novembre prochain à l'hôtel Crowne Plaza, de l'aéroport de Montréal, sur le thème « La douleur à travers les âges ». ◀

À GAUCHE : Près de 250 professionnels de la santé intéressés par le traitement de la douleur chronique ont participé au récent Symposium sur la douleur. À DROITE : Dans l'ordre : du CHUS, le président de la Société québécoise de la douleur, le neurochirurgien Christian Cloutier; de Roberval; l'anesthésiologiste Alain Béland; du CHUM, l'anesthésiologiste Aline Boulanger; du département de médecine familiale de l'Université McGill, le Dr William J. Barakett.



Comprimés de diclofénac sodique à 50 et à 75 mg et de misoprostol **ARTHROTEC^{MD}**

Le traitement par **ARTHROTEC^{MD}** (comprimés de diclofénac sodique à 50 et à 75 mg et de misoprostol), un AINS associé à un agent cytoprotecteur, comporte des contre-indications et s'associe à des mises en garde et à des précautions.

Veuillez consulter les *Renseignements thérapeutiques* sur le site ARTHROTECMD.ca, ou la monographie, fournie sur demande.



Ensemble, vers un monde en meilleure santé™

©2011
Pfizer Canada inc.
Kirkland (Québec)
H9J 2M5

M.C. de Pfizer Inc, utilisée sous licence
ARTHROTEC^{MD}, G.D. Searle LLC /
Pfizer Canada inc., licencié



Visitez dès maintenant le **nouveau** site ARTHROTECMD.ca
pour obtenir de plus amples renseignements sur le produit et la remise d'échantillons.

PRESCRIRE DES OPIOÏDES

Même démarche que pour un patient hypertendu

AU CANADA, LA CONSOMMATION D'OPIOÏDES PER CAPITA A AUGMENTÉ DE 50 % ENTRE 2000 ET 2004. CE SONT CES MÉDICAMENTS QUI FONT LE PLUS L'OBJET D'ABUS DE SUBSTANCES. POUR CETTE RAISON, CERTAINS CLINIENS SONT RÉBARBATIFS À LES PRESCRIRE POUR TRAITER LA DOULEUR CHRONIQUE NON CANCÉREUSE (DCNC). MAIS CE N'EST PAS PARCE QUE DES PATIENTS EN ABUSENT OU EN SONT DÉPENDANTS QU'IL FAUT LES PRIVER D'UNE ANALGÉSIE EFFICACE, A SOUTENU L'ANESTHÉSIOLOGISTE ALAIN BÉLAND LORS D'UNE PRÉSENTATION CONSEIL DESTINÉE AUX MÉDECINS DE CABINETS PRIVÉS.

Avant de les prescrire, dit-il, la première chose à vous demander est quelles sortes de DCNC répondent aux opioïdes. Elles ne répondent pas toutes aux opioïdes. Pour certains patients, l'opioïde ne serait pas un bon choix initial (voir le tableau). Si l'opioïde semble approprié, la démarche est la même que pour un patient hypertendu, a-t-il indiqué lors de sa conférence.

traitement des DCNC, mais il ne faut pas les écarter pour autant.

« Nous n'avons pas de bons outils pour soigner les gens qui ont mal au quotidien, admet le Dr Béland. On utilise les opioïdes quand même. Ils parviennent à améliorer l'état de santé de plusieurs patients. Si les

Suite à la page 18 ►

Efficacité des opioïdes pour des douleurs chroniques non cancéreuses

Exemples de conditions de douleur chronique non cancéreuse (DCNC) et l'efficacité des opioïdes dans des études contrôlées par placebo.

Efficacité démontrée	Efficacité non démontrée ou non étudiée
Neuropathie diabétique	Céphalée, migraine
Neuropathie périphérique	Côlon irritable
Néuralgie post-herpétique	Douleur pelvienne
Douleur du membre fantôme	Dysfonction temporo-mandibulaire
Douleur neuropathique post-traumatisme médullaire	Douleur faciale atypique
Radiculopathie lombaire	Entorses répétées
Arthrose	Douleur thoracique non cardiaque
Arthrite rhumatoïde	Maladie de Lyme
Lombalgie	Whiplash
Cervicalgie	
Fibromyalgie (Tramadol seulement)	

Source : Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain, 2010

TD Canada Trust

Nous avons maintenant une ordonnance pour votre cabinet.

- ✓ Des solutions de crédit souples
- ✓ Un gestionnaire des Services bancaires aux petites entreprises exclusif
- ✓ Une ligne de crédit pouvant atteindre 250 000 \$

Le forfait bancaire TD Canada Trust destiné aux médecins favorise la santé financière de votre cabinet.

En tant que médecin, vous êtes un professionnel unique. Voilà pourquoi votre forfait bancaire doit être unique. Le forfait bancaire destiné aux médecins est conçu pour répondre à vos besoins particuliers. Nous mettons à votre disposition des gestionnaires des Services bancaires aux petites entreprises expérimentés, une Ligne de crédit Affaires maximale de 250 000 \$, assortie de taux réduits jusqu'au taux préférentiel TD¹, ainsi qu'un financement allant jusqu'à 100 % du coût d'établissement ou d'expansion de votre cabinet². Nos solutions de crédit souples vous permettent de reporter le paiement du capital de votre prêt commercial pendant une période maximale d'un an pour établir et agrandir votre cabinet, ou de prendre un congé pour obligations familiales admissibles³. De plus, nous annulerons les frais annuels d'une nouvelle carte Visa TD Voyages Affaires la première année⁴. Laissez TD Canada Trust vous aider à atteindre vos objectifs personnels et professionnels.

Communiquez avec David Shilton, par téléphone, au 1-888-679-4808, ou par courriel, à david.shilton@td.com, ou encore, visitez le site Web www.tdcanadatrust.com/medecins pour obtenir plus de détails.



Des services bancaires confortables



1. Le « taux préférentiel TD » désigne le taux d'intérêt annuel que TD Canada Trust établit et transmet à la Banque du Canada de temps à autre, à titre de taux d'intérêt de référence, dans l'établissement des taux d'intérêt qu'elle impute aux clients de niveaux de solvabilité divers au Canada, à l'égard de prêts en dollars canadiens qu'elle accorde. 2. Sous réserve du respect des politiques et des critères en matière de crédit de TD Canada Trust, y compris la confirmation d'antécédents de crédit personnel adéquats. Certains documents d'entreprise sont requis. D'autres conditions peuvent s'appliquer. 3. Les congés pour obligations familiales admissibles désignent des congés parentaux ou des absences du travail en raison de la maladie du médecin, de son (sa) conjoint(e) ou de ses enfants. L'admissibilité est établie au seul gré de La Banque Toronto-Dominion. 4. Des frais annuels d'inscription au Programme de primes-voyages Visa TD (le « programme ») de 99 \$ s'appliquent par carte. Les frais annuels de 50 \$ sont annulés la première année, pour chaque carte assortie du programme, jusqu'à un maximum de dix cartes. Tous les autres frais et coûts applicables continuent de s'appliquer. ^{MD} / Le logo TD et les autres marques de commerce sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion ou d'une filiale en propriété exclusive au Canada et/ou dans d'autres pays.



« Ce n'est pas parce que des patients abusent des opiacés ou en sont dépendants qu'il faut les priver d'une analgésie efficace », a soutenu l'anesthésiologiste Alain Béland.

« Vous cherchez les causes, vous faites un examen clinique. Si vous prescrivez un médicament, vous déterminez les risques. Puis, on fait un essai thérapeutique. On essaie une molécule, on mesure à nouveau la tension artérielle, on observe les effets secondaires et on décide si le patient poursuit ou non avec ce médicament. Avec les opioïdes, c'est exactement la même façon de procéder. Il faut être capable de cesser et d'en essayer un autre quand le patient n'atteint pas les résultats attendus. »

Efficacité limitée

Malgré leurs vertus, les opioïdes ont une efficacité limitée dans le

UNE SEULE MOLÉCULE NE SUFFIT PAS L'IMPORTANCE DE LA MULTIMODALITÉ POUR TRAITER LA DOULEUR AIGÜE

L'ACCÈS AUX TRAITEMENTS CONTRE LA DOULEUR EST CONSIDÉRÉ COMME UN DROIT HUMAIN. AU QUÉBEC, DÉPLORE LE DR ALAIN BÉLAND, ANESTHÉSIOLOGISTE À L'HÔTEL-DIEU DE ROBERVAL, LES RESSOURCES POUR TRAITER LA DOULEUR VIENNENT EN DERNIER.

« Une des raisons pour lesquelles la douleur chronique est si prévalente, croit-il, c'est que la prise en charge de la douleur aiguë n'est pas adéquate. L'autre raison, c'est qu'avec la douleur aiguë non traitée, il s'installe un phénomène de sensibilisation centrale et d'hyperalgésie qui conduisent à des changements neuro-anatomiques menant à la douleur chronique. »

Lors du Symposium sur la douleur tenu à Orford, le Dr Béland a insisté sur l'importance de traiter la douleur avant qu'elle ne se chronicise et du recours à la multimodalité pour traiter la douleur chronique.



PHOTOS: DENIS MÉTHOT

AVEC LA DOULEUR AIGÜE NON TRAITÉE S'INSTALLE UN PHÉNOMÈNE DE SENSIBILISATION CENTRALE ET D'HYPERALGÉSIE QUI CONDUISSENT À DES CHANGEMENTS NEURO-ANATOMIQUES MENANT À LA DOULEUR CHRONIQUE.

« La douleur aiguë est une source probable de morbidité à court et à moyen termes, souligne-t-il. Des changements s'installent quand on ne traite pas la douleur anatomique de façon énergique et qu'on laisse la sensibilisation centrale se mettre en place. Le traitement unimodal, c'est-à-dire une seule classe thérapeutique, n'est cependant pas suffisant pour traiter une douleur aiguë adéquatement et il ne s'adresse pas à la douleur légère à modérée. Selon la littérature médicale, on devrait faire de la multimodalité quand on prend la douleur en charge. »

Intervenir tôt présente un avantage majeur, dit-il. « Traiter la douleur légère à modérée chez vos patients qui viennent en cabinet ou à l'urgence vous permet de diminuer la dose d'opioïdes. »

Description de la multimodalité

En multimodalité, explique le Dr Béland, on combine des anesthésistes opioïdes, non opioïdes et des adjuvants.

« Ce n'est pas illogique, juge-t-il. Si on utilise un seul médiateur, on ne bloque pas tous les signaux qui atteignent le système nerveux et on n'empêche pas la sensibilisation centrale. C'est comme si vous vouliez empêcher le trafic sur le boulevard Décarie à 17 heures en fermant uniquement cette voie. Les gens en prendront une autre. C'est la même chose avec votre organisme. »

« Il faut donc combiner les analgésiques et avoir une approche *step-wise* et *balanced*, ajoute le Dr Béland. C'est l'approche de l'Organisation mondiale de la santé : douleur faible, une classe, douleur modérée, une autre classe, douleur forte, une autre classe, on les combine et on les associe pour faire l'analgésie multimodale. À l'Université de Montréal, le groupe de Pierre Beaulieu et Josée Guindon a publié une étude à l'effet que le traitement de la douleur devrait être multimodal, associer des molécules afin de bloquer des voies différentes, ce qui améliore l'analgésie et diminue les effets secondaires. »

À L'HÔTEL-DIEU DE ROBERVAL

Mise au point d'un protocole pour traiter la douleur aiguë

ÉTABLIR UN TRAITEMENT MULTIMODAL POUR CHAQUE CAS PEUT S'AVÉRER COMPLIQUÉ. L'HÔPITAL DE ROBERVAL, OÙ EXERCE L'ANESTHÉSIOLOGISTE ALAIN BÉLAND, A RÉSOULU LA QUESTION SANS ATTENDRE DE DIRECTIVES EXTÉRIEURES. UN GROUPE COMPRENANT NOTAMMENT DES GÉRIATRES, DES ANESTHÉSISTES, DES PHARMACIENS ET DES INFIRMIÈRES S'EST DÉPLACÉ À QUÉBEC, MONTRÉAL ET SHERBROOKE ET IL A REVU LA LITTÉRATURE MÉDICALE EN VUE D'ACQUIESCER D'UN PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR AIGÜE, TEL QUE DEMANDÉ PAR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ. TOUTES LES ÉQUIPES CHIRURGICALES DE L'HÔPITAL DE ROBERVAL ONT ÉTÉ FORMÉES À CE PROTOCOLE, EN PLACE DEPUIS TROIS ANS.

Fonctionnement

Il faut réduire la douleur quand elle est de légère à modérée et traiter les pointes de douleurs intenses, conseille le Dr Béland. La seule façon d'y arriver, dit-il, c'est de mettre des composés dès le début : A, B, C, qui bloqueront plusieurs voies neuraceutives, de façon à ce que cette douleur fluctuante soit à un niveau plus bas.

Si vous traitez la douleur légère à modérée, vous aurez à utiliser beaucoup moins d'opioïdes, dit le Dr Béland. Il y aura moins d'effets secondaires, moins de risques de sensibilisation centrale et de chronicisation de la douleur. L'acétaminophène devrait être ajouté au jus d'orange des patients qui ont de la douleur, car il permet de diminuer la consommation des opioïdes d'environ 40 % et augmente l'efficacité des anti-inflammatoires.

Si la douleur est plus intense, on ajoutera les médicaments de palier 2, comme le Tramadol. Au ni-



Vue aérienne de l'Hôtel-Dieu de Roberval.

veau 3, on recourt à des opioïdes classiques. L'équipe de Roberval a choisi la morphine et on a conçu un protocole hydromorphone pour la clientèle gériatrique quand il y a un problème d'allergie avec la morphine. Le protocole de Roberval ne contient pas d'adjuvants.

Quand un patient arrive à l'hôpital, une infirmière du triage stratifie le risque, avec anti-inflammatoires ou sans risques anti-inflammatoires. On fait les combinaisons d'analgésiques en conséquence.

En Angleterre, signale le Dr Alain Béland, le protocole de Myles, publié dans *The Lancet* en 2007, est exactement le même : acétaminophène, anti-inflammatoires, Tramadol, opioïdes forts. Récemment, un groupe de San Francisco a publié le même protocole.

À l'Hôtel-Dieu de Roberval, l'impact a été très positif sur les patients et les infirmières, qui font moins d'injections et se sentent plus valorisées dans leurs tâches. Le protocole a également entraîné une économie de coûts. ◀

AUSSI À LIRE SUR LE WEB

- ▶ TRAITEMENT DES DOULEURS CHRONIQUES : LES OUTILS DU NOUVEAU GUIDE CANADIEN BIENTÔT DISPONIBLES EN FRANÇAIS
- ▶ COMPLICATIONS INDUITES PAR LES ANALGÉSISQUES NARCOTIQUES : HYPERALGÉSIE ET HYPOGONADISME

ProfessionSanté.ca
médecins/actualités/dossiers

▶ Suite de la page 17

complications ou les effets secondaires sont plus importants que les bénéfices, il faut savoir arrêter. »

Des patients prennent des opioïdes à long terme sans jamais que soit évalué l'impact sur la fonctionnalité et la douleur, déplore l'anesthésiologiste. Des gens sont somnolents, constipés, ils ressentent des effets à long terme et souvent les opioïdes ne sont jamais retirés. En contrepartie, pour d'autres patients, ces molécules changent complètement leur vie. Ils enlèvent la douleur, rendent les gens fonctionnels et améliorent leur qualité de vie.

Opioïdes et fibromyalgie

Devrait-on utiliser des opioïdes dans le traitement de la fibromyalgie ? Une controverse existe à ce

sujet. Il n'y a pas de données qui appuient l'utilisation des opioïdes autres que le Tramadol, a indiqué le Dr Béland.

Effets à long terme

À long terme, beaucoup de patients abandonnent les opioïdes en raison de leurs effets secondaires et parce qu'ils sont peu soulagés. Ils n'obtiennent que de 10 % à 20 % de variations de la douleur. Comment faire en sorte que ces molécules entraînent moins d'effets secondaires et soient plus efficaces ? C'est ce que tente de faire l'industrie pharmaceutique. Ces dernières années, elle a lancé ou s'apprête à lancer des opioïdes qui répondent à ces objectifs. En voici une liste :

▶ **Tapentadol** : molécule synthétique classée narcotique deux à trois fois moins puissante que

la morphine pour les douleurs modérées à modérément graves. Analgésie efficace avec moins d'effets secondaires classiques. Même efficacité que l'Oxycontin à doses équivalentes en douleur neuroceptive et douleur neuropathique.

▶ **Targin** : indiqué pour le soulagement de la constipation causée par les opiacés. Pas de variation sur l'analgésie. Moins d'abandons pour effets indésirables à long terme.

▶ **Butrans** : disponible sous forme de timbre d'une durée de sept jours. Pour douleur persistante modérée. Efficacité reconnue pour douleur neuropathique et douleur nociceptive.

▶ **Jurnista** : de l'hydromorphone libérée pendant 24 heures. Patients plus soulagés et plus fonctionnels. ◀