

FICHE D'INFORMATION - LA DOULEUR AU CANADA

Novembre 2013

La prise en charge de la douleur est inadéquate au Canada

- Malgré nos connaissances et les moyens technologiques dont nous disposons, les Canadiens continuent de souffrir après une intervention chirurgicale et ce, même dans les meilleurs hôpitaux du pays.
- Seulement 30 % des médicaments prescrits sont administrés, 50 % des patients ayant des douleurs modérées ou graves ne reçoivent aucun analgésique après une intervention chirurgicale et la situation est loin de s'améliorer (Watt-Watson, Stevens et coll., 2004; Watt-Watson, Choinière et coll., 2010).
- Après une intervention chirurgicale courante (chirurgie d'une hernie inguinale, chirurgie mammaire ou thoracique, chirurgie du genou ou de la hanche), la douleur postopératoire aiguë est suivie d'une douleur persistante dans 10 à 50 % des cas. Cette douleur est intense dans 2 à 10 % des cas. La douleur postopératoire persistante constitue un problème grave, auquel on ne porte généralement pas attention. La gravité de la douleur postopératoire de départ est en corrélation avec l'apparition d'une douleur postopératoire persistante (Kehlet, Jensen et coll., 2006).
- 9,2 % des patients en attente d'un traitement dans une clinique antidouleur au Canada identifient la chirurgie comme la cause de leurs douleurs chroniques (Choinière, Dion et coll. 2010).
- Plus de 50 % des personnes en attente de soins dans une clinique antidouleur au Canada présentent une dépression grave; 34,6 % songent au suicide tandis que 72,9 % affirment que la douleur perturbent leur travail habituel (Choinière, Dion et coll., 2010).
- La douleur est le motif de consultation médicale le plus fréquent; elle compte pour jusqu'à 78 % des admissions aux services des urgences; les recherches actuelles continuent de mettre en évidence une douleur intense et un traitement de la douleur sous-optimal dans un vaste réseau multicentrique de services des urgences au Canada et aux États-Unis (Todd, Ducharme et coll. 2007).
- La douleur non maîtrisée compromet le fonctionnement du système immunitaire, favorise la croissance de tumeurs, empêche la cicatrisation et fait augmenter le taux de morbidité et de mortalité postchirurgicales (Liebeskind 1991).
- Un Canadien sur cinq souffre de douleurs chroniques (Moulin, Clark et coll. 2002; Schopfloch, Jovey et coll. 2011).
- Les enfants ne sont pas épargnés. Au Canada, un enfant sur cinq a des douleurs chaque semaine ou des douleurs chroniques fréquentes (le plus souvent des maux de tête, des troubles gastriques, des douleurs musculaires ou articulaires, ou des dorsalgies); on estime que de 5 à 8 % des enfants ou des adolescents présentent des douleurs chroniques assez intenses pour gêner leur travail à l'école, leur développement social et leur activités physiques (Huguet et Miro 2008; Chambers et coll. 2008; Ramage-Morin et Gilmore 2010; King, Chambers et coll. 2011; von Baeyer 2011).
- La prévalence de la douleur chronique augmente avec l'âge, étant aussi élevée que 65 % chez les personnes âgées vivant dans la collectivité et 80 % chez les personnes âgées vivant dans des établissements de soins de longue durée. Cette douleur est sous-estimée et insuffisamment traitée (Hadjistavropoulos, Marchildon et coll. 2009; Hadjistavropoulos, Gibson et coll. 2010).
- Bon nombre survivants du cancer ou du sida ont une piètre qualité de vie en raison de la douleur chronique causée par la maladie elle-même ou des traitements causant des lésions irréversibles au système nerveux (Levy, Chwistek et coll. 2008; Phillips, Cherry et coll. 2010).
- La douleur chronique est associée à une qualité de vie moindre que celle qui est reliée à des maladies chroniques, comme la maladie pulmonaire chronique ou la maladie cardiaque chronique (Choinière, Dion et coll. 2010).
- D'après des données américaines, le coût de la douleur chronique chez l'adulte, y compris les dépenses reliées aux soins de santé et la perte de productivité, représente entre 560 et 630 milliards de dollars annuellement. Selon ces données, on estime que le coût annuel de la douleur chronique au Canada se situe au moins entre 56 à 60 milliards de dollars (*Relieving Pain in America* (2011)).
- Chez les personnes souffrant de douleurs chroniques, le risque de suicide est deux fois plus élevé que chez celles qui n'en ont pas (Tang et Crane, 2006).
- Une étude récente sur des décès reliés à la prise d'opioïdes (analgésiques narcotiques) survenus en Ontario a révélé des faits troublants à savoir que le nombre de décès reliés à la prise d'analgésiques augmente, que la plupart des personnes décédées avaient consulté un médecin (dans une salle d'urgence ou un cabinet) au cours des 9 à 11 jours avant leur décès et que lors de la dernière consultation, le médecin avait diagnostiqué un trouble de santé mentale ou un syndrome douloureux. Dans presque le quart des cas, le coroner avait déclaré que le suicide avait été la cause du décès (Dhalla, Mamdani et coll., 2009).
- Les vétérinaires reçoivent 5 fois plus d'heures de formation sur la gestion de la douleur que les médecins (Watt-Watson, McGillion et coll., 2009).
- Au Canada, l'aide financière accordée à la recherche sur la douleur est nettement insuffisante, représentant moins de 1 % des subventions totales accordées par les Instituts de recherche en santé du Canada et seulement 0,25 % du financement total de la

recherche en santé consacré aux études sur la douleur, ce qui est particulièrement préoccupant compte tenu du fardeau que représente la douleur pour les Canadiens et l'économie canadienne (Lynch, Schopflocher et coll., 2009).

Références

- Institute of Medicine (2011). Relieving Pain in America: A blueprint for transforming prevention, care, education and research, Washington DC, National Academies Press.
- Choinière, M., D. Dion, et coll. (2010). "The Canadian STOP-PAIN Project - Part 1 : Who are the patients on the waitlists of multidisciplinary pain treatment facilities?" Can J Anesth **57**: 539-548.
- Dhalla, I. A., M. M. Mamdani, et coll. (2009). "Prescribing of opioid analgesics and related mortality before and after the introduction of long-acting oxycodone." CMAJ **181**: 891-896.
- Hadjistavropoulos, T., S. Gibson, et coll. (2010). Pain in older persons : a brief clinical guide. Chronic Pain Management: A Clinical Guide. M. E. Lynch, K. D. Craig and P. W. H. Peng. Oxford, UK, Wiley-Blackwell: 311-318.
- Huguet, A. and J. Miro (2008). "The severity of chronic pediatric pain: and epidemiological study." J Pain **9**: 226-236.
- Kehlet, H., T. S. Jensen, et coll. (2006). "Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention." Lancet **367**: 1618-1625.
- King, S., C. T. Chambers, et coll. (2011). "The epidemiology of pain in children and adolescents revisited; A systematic review." Pain **152**:2129-2138.
- Levy, M. H., M. Chwistek, et coll. (2008). "Management of chronic pain in cancer survivors." Cancer J **14**(6): 401-409.
- Liebeskind, J. C. (1991). "Pain can kill." Pain **44**: 3-4.
- Lynch, M. E., D. Schopflocher, et coll. (2009). "Research funding for pain in Canada." Pain Res Manage **14**: 113-115.
- Moulin, D., A. J. Clark, et coll. (2002). "Chronic pain in Canada, prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia." Pain Res Manage **7**: 179-184.
- Phillips, T. J. C., C. L. Cherry, et coll. (2010). "Painful HIV-associated sensory neuropathy." Pain Clinical Updates **XVIII** (3): 1-8.
- Ramage-Morin, P. I. et H. Gilmore (2010) Douleur chronique chez les personnes de 12 à 44 ans, Catalogue de Statistique Canada, Rapports sur la santé 21(4):1-10
- Schopflocher, D., R. Jovey, et coll. (2011). "The Prevalence of Chronic Pain in Canada." Pain Res Manage **16**(6): 445-450.
- Stanford, E. A., C. T. Chambers, et coll. (2008). "The frequency, trajectories and predictors of adolescent recurrent pain: A population based approach." Pain **138**: 11-21.
- Tang, N. and C. Crane (2006). "Suicidality in chronic pain: review of the prevalence, risk factors and psychological links." Psychol Med **36**: 575-586.
- Todd, K. H., J. Ducharme, et coll. (2007). "Pain in the emergency department: results of the Pain and Emergency Medicine Initiative (PEMI) Multicentre Study." J Pain **8**: 460-466.
- von Baeyer, C. (2011). "Interpreting the high prevalence of pediatric chronic pain revealed in the community surveys", Pain **152**:2683-2684,
- Watt-Watson, J., M. Choiniere, et coll. (2010). "Prevalence, characteristics and risk factors of persistent post-operative pain after cardiac surgery." Actes du 13^e congrès de l'Association internationale pour l'étude de la douleur, Montréal, Canada, 29 août au 2 septembre 2010, affiche 336.
- Watt-Watson, J., M. McGillion, et coll. (2009). "A survey of pre-licensure pain curricula in health science faculties in Canadian universities." Pain Res Manage **14**: 439-444.
- Watt-Watson, J., B. Stevens, et coll. (2004). "Impact of preoperative education on pain outcomes after coronary artery bypass graft surgery." Pain **109**: 73-85.