

FICHE D'INFORMATION - LA DOULEUR AU CANADA

Au Canada, le traitement de la douleur est inadéquat

- 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 p. 100 des médicaments prescrits sont administrés après une intervention, 50 p. 100 des patients ayant des douleurs d'intensité modérée à forte ne reçoivent aucun traitement contre la douleur et la situation est loin de s'améliorer (Watt-Watson, Stevens et coll., 2004; Watt-Watson, Choinière et coll., 2010).
- Il existe de plus en plus de preuves que de nombreuses interventions chirurgicales courantes causent des douleurs persistantes qui finissent par devenir chroniques (Kehlet, Jensen et coll., 2006).
- La douleur traitée inadéquatement compromet le fonctionnement du système immunitaire, favorise l'apparition de tumeurs, ralentit la guérison et fait augmenter le taux de morbidité et de mortalité post-chirurgicales (Liebeskind 1991).
- Un Canadien sur cinq souffre de douleur chronique, les enfants ne sont pas épargnés et la prévalence augmente avec l'âge (Moulin, Clark et coll., 2002; Schopflocher, Jovey et coll. 2010).
- De nombreux survivants du cancer ou du sida vivent plus longtemps; mais ils ont une piètre qualité de vie en raison des douleurs chroniques associées à la maladie et des traitements causant des lésions nerveuses irréversibles. (Levy, Chwistek et coll., 2008; Phillips, Cherry et coll., 2010).
- La qualité de vie chez les personnes souffrant de douleur chronique est nettement inférieure à celle des personnes atteintes d'autres affections chroniques, comme une maladie pulmonaire ou cardiaque (Schopflocher, Jovey et coll., 2010).
- Chez les personnes souffrant de douleur chronique, le risque de suicide est deux fois plus élevé que chez les personnes qui n'en ont pas (Tang et Crane, 2006).
- Une étude récente sur des décès survenus en Ontario et reliés à la prise d'agents opioïdes (analgésiques narcotiques) 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) dans les 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 a déclaré que le suicide avait été la cause du décès (Dhalla, Mamdani et coll., 2009).
- Les étudiants en médecine vétérinaire reçoivent trois fois plus d'heures de formation sur la douleur que les professionnels en santé humaine et cinq fois plus que les étudiants en médecine humaine (Watt-Watson, McGillion et coll., 2009).
- Au Canada, l'aide financière accordée à la recherche sur la douleur est insuffisante (Lynch, Schopflocher et coll., 2009).

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 al. (2010). Le projet canadien Stop-Pain – 1^{ère} partie : Qui sont les patients sur les listes d'attente pour les établissements pluridisciplinaires de traitement de la douleur ? Can J Anesth **57**: 539-548.

Dhalla, I. A., M. M. Mamdani, et al. (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 al. (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.

Kehlet, H., T. S. Jensen, et al. (2006). "Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention." Lancet **367**: 1618-1625.

Levy, M. H., M. Chwistek, et al. (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 al. (2009). "Research funding for pain in Canada." Pain Res Manage **14**: 113-115.

Moulin, D., A. J. Clark, et al. (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 al. (2010). "Painful HIV-associated sensory neuropathy." Pain Clinical Updates **XVIII** (3): 1-8.

Schopflocher, D., R. Jovey, et al. (2011). "The Burden of Pain in Canada." Pain Res Manage: In Press.

Stanford, E. A., C. T. Chambers, et al. (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 al. (2007). "Pain in the emergency department: results of the Pain and Emergency Medicine Initiative (PEMI) Multicentre Study." J Pain **8**: 460-466.

Watt-Watson, J., M. Choinière, et al. (2010). "Prevalence, characteristics and risk factors of persistent post-operative pain after cardiac surgery." Congrès mondial sur la douleur : résumé.

Watt-Watson, J., M. McGillion, et al. (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 al. (2004). "Impact of preoperative education on pain outcomes after coronary artery bypass graft surgery." Pain **109**: 73-85.