

## SANTÉ

CAHIER  
G

## DOULEUR CHRONIQUE

LE DEVOIR

Frida Kahlo, *La colonna rota* (détail), 1944, Museo Dolores Olmedo Patiño, Mexico

SOURCE CHUM

# Un problème de santé encore méconnu

## Les cliniques de traitement de la douleur ne peuvent actuellement répondre à la demande

Imaginez. Vous avez mal tout le temps. Ça brûle, ça élance, vous avez l'impression de recevoir des coups de poignard. Évidemment, vous êtes déprimé et vous avez peur. Un tel cauchemar est le lot des personnes souffrant de douleur chronique.

CLAIRE HARVEY

**L**a douleur chronique, c'est une douleur qui s'établit à demeure pendant plus de trois mois, ou encore plus que le temps normal que prend une maladie ou une blessure pour guérir. Elle peut être constante ou intermittente et plus ou moins forte, selon le moment de la journée.

Ce problème de santé est très répandu. Selon diverses études, de 17 à 25 % de la population en serait affectée, en majorité des femmes. L'Association québécoise de la douleur chronique avance que près de 1,7 million de personnes seraient frappées par ce mal au Québec. Ce nombre est appelé à augmenter en raison du vieillissement de la population.

### Un problème de santé mal compris

La D<sup>re</sup> Aline Boulanger, directrice des cliniques de la douleur du CHUM et de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, signale que nos connaissances à ce propos sont relativement récentes. « On s'intéresse à la douleur chronique surtout depuis 1965, explique-t-elle. À l'époque, le D<sup>r</sup> Ronald Melzack, de l'Université McGill, et son collègue Patrick Wall ont élaboré la théorie du portillon sur la modulation de la douleur. En

vertu de cette théorie, certains mécanismes dans la moelle épinière bloqueraient la douleur. Auparavant, on croyait que cette dernière était le résultat d'une simple connexion entre le bout des orteils et le cerveau. »

Depuis, la science a fait des bonds importants. « On connaît les facteurs pouvant être à l'origine de la souffrance chronique, ajoute la D<sup>re</sup> Boulanger. Elle peut être attribuable à une maladie chronique, comme le diabète ou l'arthrose. Elle peut également être causée par une douleur aiguë mal soignée. Parfois, elle apparaît à la suite d'un accident, d'une blessure ou d'une chirurgie. » Selon elle, il reste toutefois divers points à élucider. « Pour une même pathologie, certaines personnes connaissent des douleurs chroniques, d'autres, non. Les mécanismes qui conduisent à la chronicité sont encore mal connus. »

### Ça se soigne

Bon nombre de spécialistes cherchent à soulager les personnes souffrant de douleur chronique. Évaluer l'ampleur du problème demeure toutefois complexe, car la tolérance à la douleur est quelque chose de très subjectif. Pour y parvenir, le médecin se renseignera sur les circonstances qui ont mené à l'apparition de la douleur, la forme qu'elle prend (décharge électrique, brûlure, etc.), son

intensité, son évolution dans le temps et ses conséquences sur la vie personnelle et professionnelle du malade. Parfois, il demandera aussi au patient de reproduire sur un schéma la topographie des zones douloureuses en indiquant si la douleur se situe en surface ou en profondeur, ainsi que la zone où elle est la plus intense.

Les médecins se servent aussi des échelles de douleur variant de 0 à 10. « Ces échelles nous guident dans le plan de traitement, note la D<sup>re</sup> Boulanger. Par exemple, si un patient a au départ une échelle de 7/10 et qu'après un traitement l'échelle diminue à 3/10, on sait que celui-ci est efficace. » Ces professionnels procèdent aussi à l'évaluation fonctionnelle du patient. « Beaucoup de patients sont habitués à vivre avec un certain seuil de douleur, ajoute-t-elle. Lorsqu'on les soulage, ils vont faire plus d'activités. Par conséquent, on pourrait croire que le traitement ne fonctionne pas parce que l'échelle de douleur est restée la même. En réalité, ils préfèrent avoir un peu plus mal et en faire plus. »

Quant au traitement, il varie d'une personne à l'autre. Dans certains cas, on utilise des médicaments, des infiltrations, la physiothérapie ou l'ergothérapie. Une personne qui souffre d'anxiété aura également besoin d'une thérapie psychologique. « Traiter la douleur chronique nécessite une démarche multidisciplinaire et globale qui inclut la prise en charge du patient par lui-même », indique le D<sup>r</sup> Christian Cloutier, directeur de la Clinique de douleur de l'Université de Sherbrooke.

### Des listes d'attente

Ce problème de santé peut gêner la vie des personnes qui en sont affligées. Dans le cadre du projet canadien STOP-PAIN, des chercheurs ont évalué le fardeau humain et économique que représente la douleur chronique des personnes se trouvant sur les listes d'attente des établissements pluridisciplinaires de traitement de la douleur. Près de 2/3 des 728 participants ont fait état d'une douleur grave qui entravait

**Pour une même pathologie, certaines personnes connaîtront des douleurs chroniques, d'autres, non**

considérablement divers aspects de leur vie quotidienne et de leur qualité de vie. La moitié d'entre eux souffraient de dépression, tandis que près de 35 % avaient des idées suicidaires. Cette étude a aussi révélé que, globalement, le coût mensuel moyen des soins était de 1462 \$.

Une situation qui inquiète le D<sup>r</sup> Cloutier. « Les cliniques de traitement de la douleur ne peuvent actuellement répondre à la demande, fait-il observer. Un patient peut se trouver sur une liste d'attente pendant trois ans avant d'être vu par un médecin spécialisé. Il risque d'être plus difficile à traiter à ce moment-là. Il faut investir davantage pour développer le traitement des patients en première ligne. »

Actuellement, bon nombre de généralistes sont mal outillés pour évaluer et soulager la douleur chronique. Une récente étude menée par Judy Watt-Watson, de l'Université de Toronto, in-

dique que les vétérinaires reçoivent en moyenne six fois plus de formation sur la douleur que les médecins. Mais la situation devrait s'améliorer. La D<sup>re</sup> Boulanger et ses collègues ont révisé le programme de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal afin d'y inclure l'évaluation et le traitement de la douleur. Un exercice similaire a lieu dans d'autres universités.

Parallèlement, le ministère de la Santé et des Services sociaux a pris des mesures pour accélérer la prise en charge des patients. Le printemps dernier, il a

nommé quatre centres d'expertise en douleur chronique associés aux Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) des quatre facultés de médecine, soit celles de l'Université de Montréal, de l'Université de Sherbrooke, de l'Université McGill et de l'Université Laval. « Ces centres d'expertise ont pour mandat de soutenir les cliniques régionales existantes et d'en développer de nouvelles, explique la D<sup>re</sup> Boulanger. Ils créeront également des liens entre ces cliniques afin que les patients aient rapidement accès aux soins dans leur région ou soient dirigés vers d'autres ressources. »

Si la volonté de raccourcir les temps d'attente paraît bien réelle, le manque de ressources dans le système de soins de santé est pour sa part... chronique. Le financement sera-t-il au rendez-vous?

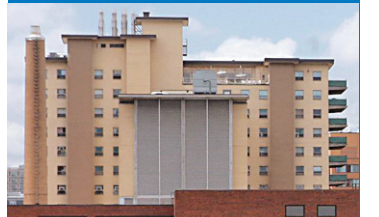
Collaboratrice du Devoir



JEFFREY MOGIL

Un chercheur de l'Université McGill est président du comité scientifique lors du 13<sup>e</sup> congrès de l'Association internationale pour l'étude de la douleur

Page 3



### QUÉBEC

Les quatre facultés de médecine sont mises à contribution

Page 4

### RÉSEAU QUÉBÉCOIS

« La douleur a toujours été le parent pauvre des hôpitaux »

Page 2

### ACCORD

Pour mieux traiter, il faut mieux évaluer les sources et les causes

Page 5

### UNIVERSITÉ MCGILL

« Le traitement de la douleur doit s'inscrire au cœur des préoccupations des soins de santé »

Page 6

### CENTRE ALAN-EDWARDS

Ils sont plus d'une centaine à œuvrer conjointement

Page 7

### SOULAGER

« Une mauvaise nuit de sommeil engendre une sensibilité accrue à la douleur »

Page 8

## SANTÉ

Réseau québécois de recherche sur la douleur chronique

# « La douleur a toujours été le parent pauvre des hôpitaux »

Une personne âgée sur deux souffre de façon récurrente

La douleur a longtemps été perçue comme un système d'alarme informant le cerveau qu'il y a un problème quelque part, une brûlure, une fracture, une maladie non évidente comme un cancer, le diabète, etc. Toutefois, depuis une vingtaine d'années, un changement de paradigme est survenu, alors qu'on a compris que la douleur pouvait aussi être une maladie en soi, qu'il fallait mieux la comprendre pour trouver des traitements et des médicaments qui lui soient spécifiques. Le Dr Yves de Koninck, fondateur et coordonnateur du Réseau québécois de recherche sur la douleur chronique (RQRD), explique.

CLAUDE TURCOTTE

« Au Québec, on a toujours eu une grande force grâce à des pionniers, en particulier Ronald Melzack qui, en 1965, a formulé une nouvelle théorie de la douleur qui a ouvert la porte à des recherches systématiques, ce qui a permis de former plusieurs chercheurs. Le Canada est une superpuissance en ce domaine et il y a au Québec une masse critique, une force dont il faut se servir pour mieux avancer. Cela a des impacts au plan clinique, car la douleur a toujours été le parent pauvre des hôpitaux », mentionne le Dr de Koninck.

Cette masse critique a pour noyau central 50 chercheurs, qui ont chacun une équipe de recherche qui comprend de 10 à 15 personnes, dont des étudiants au postdoc, des infirmières spécialisées en recherche, des coordonnateurs. Ces chercheurs sont rattachés à quatre grandes universités, l'Université Laval à Québec, l'Université de Sherbrooke et deux autres dans la métropole, soit l'Université de Montréal et l'Université McGill. L'objet des travaux de recherche va de la molécule jusqu'au patient lui-même et peut être de nature fondamentale, clinique ou évolutive, c'est-à-dire porter sur les soins appropriés à donner aux patients, selon leur condition propre.

Mais ce n'est pas tout. Il y a aussi une associa-

tion de patients comptant plus de 3000 membres, qui sont évidemment une source inestimable d'informations, d'autant plus que l'existence au Québec d'un système de santé public fait en sorte que tout le monde est géré de la même façon, ce qui rend plus crédibles les comparaisons entre patients. On a d'ailleurs créé un registre de patients dans lequel on peut plus facilement regrouper ceux qui souffrent d'un même syndrome. Plusieurs chercheurs s'engagent par ailleurs sur le plan social, ce qui leur permet de voir de près l'effet des soins à diverses étapes.

## Comprendre

Un grand projet du RQRD consiste à déchiffrer les différents types de douleur. Les médecins se sont depuis toujours posé une question: comment peut-on traiter quelque chose qu'on ne peut pas mesurer? La douleur est évidemment fort complexe, souvent subjective, voire émotive, et plus ou moins intense, selon les personnes. Il y a même des douleurs fantômes, notamment celle que vit un amputé, qui ressent une douleur dans la jambe qu'il n'a plus. Ce phénomène confirme, comme le dit le Dr de Koninck, que la douleur se situe dans le cerveau.

Au demeurant, des chercheurs montréalais, en ayant recours à l'imagerie par résonance magnétique nucléaire fonctionnelle et à la tomographie par émission de positrons, ont réussi, d'une part, à cerner beaucoup plus précisément les centres nerveux du cerveau responsables de la perception de la douleur et, d'autre part, à comprendre comment l'activation cérébrale est modifiée par des situations pathologiques. Étonnamment, la douleur chronique provoque « des lésions physiques concrètes » dans le cerveau lui-même.

Pour sa part, Yves de Koninck a découvert, il y a plus de cinq ans, un mécanisme de la moelle épinière qui peut expliquer la douleur chez certains individus qui ne possèdent pas, contrairement aux gens normaux, des mécanismes naturels (portillon ou *gate control*) qui atténuent la transmission des messages de douleur vers le cerveau. Le Dr de Koninck a non seulement identifié des cellules susceptibles de



YURIKO NAKAO REUTERS

La prévalence de la douleur chronique croît avec l'âge.

perturber ce portillon et de le rendre inactif, mais il a décidé de passer à l'action: « C'est un mécanisme différent de tous ceux que les gens ont décrits jusqu'à présent. Cela ouvre de nouvelles avenues pharmaceutiques. L'arsenal principal qu'on a pour combattre les douleurs chroniques, ce sont les fameux opiacés, les dérivés de la morphine, mais leur efficacité est assez mitigée et ils viennent avec un paquet d'effets secondaires néfastes. Avec ce qu'on avait découvert, on s'est dit qu'on pouvait développer une nouvelle classe de médicaments qui vont pouvoir pallier ce déficit ». Il a alors suscité la création d'une entreprise, Chlorion Pharma, dans laquelle sont engagés les chercheurs Martin Gagnon et Jeffrey Coull, qui se sont mis à développer de nouveaux mé-

dicaments à partir des mécanismes identifiés au Centre hospitalier Robert-Giffard.

## Diagnostiquer

Le RQRD est une organisation encore bien jeune qui s'attaque à des problématiques ayant été négligées fort longtemps. Il reste donc encore beaucoup à faire pour raffiner les outils de diagnostic, mais on sait désormais qu'on peut faire des mesures objectives de la sensibilité à la douleur. Le RQRD a pris forme à la fin des années 1990 grâce à des subventions fédérales et à un soutien au démarrage de Valorisation-Recherche Québec. À partir de 2005, le Fonds de recherche en santé du Québec a pris la relève. Le RQRD fonctionne avec un budget annuel de 1,2 million, provenant du Fonds et du ministère de la Santé du Québec, qui donne 400 000 \$ pour soutenir le registre des patients. Il y a aussi deux sociétés pharmaceutiques qui versent un peu plus de deux millions sur une période de cinq ans, sans aucune condition.

Yves de Koninck est de son côté un homme à plusieurs chapeaux. Il est directeur du RQRD, directeur de la division de neurobiologie cellulaire à l'hôpital Robert-Giffard et professeur associé à l'Université McGill. Il participe enfin à un programme fédéral concernant l'imagerie, la neurophotonique et les nanotechnologies, dans le but de développer de nouvelles technologies applicables en biologie. « Un des enjeux importants, dit-il, est de pouvoir sonder le tissu vivant sans l'endommager. Nous souhaitons utiliser la lumière pour aller voir la cellule sans avoir à l'ouvrir ».

Pour la société dans son ensemble, ces travaux de recherche peuvent avoir un impact considérable, comme il le souligne: « Quand on parle de douleur chronique, les chiffres sont colossaux. De 20 à 30 % de la population va développer à un moment donné une douleur chronique. Et la prévalence croît avec l'âge. Chez les personnes âgées, cela peut atteindre 50 %. C'est un problème majeur sur le plan socio-économique qui va augmenter avec le vieillissement de la population et dont on ne s'occupe pas assez ».

Collaborateur du Devoir



**Société  
Québécoise  
de la douleur**

Fondée en 1993, la Société Québécoise de la douleur est un regroupement de professionnels de la santé provenant de multiple spécialités qui veulent améliorer le traitement de la douleur chronique au Québec.

En autres, les **BUTS** de la Société sont de :

- Favoriser la multidisciplinarité dans les cliniques de la douleur
- Favoriser la formation continue
- Créer des curriculums de formation
- Promouvoir le support politique et financier pour les centres de traitement de la douleur

## DEVENIR MEMBRE?

Tout professionnel de la santé, ou chercheur en milieu académique ou hospitalier résidant au Québec et s'intéressant à la gestion de la douleur (chronique mais inclue aussi la douleur aiguë ou cancéreuse), peut devenir membre de la Société lorsqu'il s'inscrit au congrès annuel.

**CONGRÈS ANNUEL**  
**25 et 26 novembre 2010**  
à Montréal

## SANTÉ

13<sup>e</sup> congrès sur la douleur de l'IASP

# Un fléau plus répandu que le cancer, les maladies cardiovasculaires et le diabète combinés !

« La recherche sur la douleur est incroyablement sous-financée à travers le monde »

Du 29 août au 2 septembre prochain, Montréal sera l'hôte du 13<sup>e</sup> congrès sur la douleur organisé par l'Association internationale pour l'étude de la douleur (en anglais, International Association for the Study of Pain ou IASP). Pour l'occasion, près de 6000 experts de renommée internationale se réuniront au Palais des congrès. Aux dires du président du Comité du programme scientifique, le professeur Jeffrey Mogil, l'événement s'annonce particulièrement instructif.

ÉMILIE CORRIVEAU

Dans le cadre de la 13<sup>e</sup> rencontre de l'IASP, près de 80 ateliers et colloques, ainsi qu'une quinzaine de conférences plénières portant sur divers sujets d'actualité, seront tenus à Montréal. Pendant cinq jours, les participants auront l'occasion de parfaire leurs connaissances et d'échanger sur des thèmes aussi variés que la douleur chronique, la pratique clinique et la pharmacologie.

Enthousiaste, Jeffrey Mogil, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en génétique de la douleur et professeur titulaire de la Chaire en études sur la douleur E. P. Taylor de l'Université McGill, souligne qu'il s'agit d'un événement dont l'importance est capitale.

« Le congrès permet à des milliers de gens qui traitent la douleur, que ce soient des médecins,

des dentistes ou des chercheurs, de se rencontrer, de mettre à jour leurs connaissances sur la douleur et de s'informer sur les plus récentes avancées. Ça ne se produit pas fréquemment et je suis très content que l'événement ait lieu à Montréal cette année », affirme-t-il.

« La plupart des traitements actuels utilisés pour soulager la douleur sont semblables à ceux qui étaient en usage il y a cent ans »

Si certaines conférences s'annoncent particulièrement ciblées, la grande variété des sujets abordés pendant l'événement permettra à tous les spécialistes d'y trouver leur compte. « Il y en aura vraiment pour tous », soutient M. Mogil. Pour sa part, il y a plusieurs ateliers et conférences auxquels j'ai hâte d'assister. Par exemple, il y aura une plénière sur les liens entre la douleur, l'alimentation et l'obésité. C'est très rare qu'on parle de ce sujet. Il y aura aussi une conférence sur l'acupuncture offerte par Ji-Sheng Han, de l'Université de Pékin, qui me paraît vraiment intéressante et est d'actualité. Je

pourrais en nommer plusieurs comme ça. »

## Progrès

Depuis la fondation de l'IASP en 1973, la communauté scientifique a beaucoup amélioré sa compréhension des mécanismes de la douleur. Selon M. Mogil, de grands progrès ont été réalisés, particulièrement au cours des deux dernières décennies.

« Il n'y a pas si longtemps, dans le domaine de la douleur, les chercheurs s'intéressaient à une vingtaine de molécules. Aujourd'hui, on en étudie des centaines. On commence aussi à s'intéresser au cerveau et à toutes ses composantes complexes. Les traitements sont plus diversifiés et on a désormais toutes sortes d'options pharmacologiques, chirurgicales, etc. », explique-t-il.

Bien qu'optimiste, le spécialiste ne peut s'empêcher de souligner qu'il reste encore beaucoup à faire. Il rappelle que, au Canada, la douleur chronique affecte de 20 à 25 % de la population et qu'on dispose toujours de peu de moyens efficaces pour soulager les souffrants.

« La plupart des traitements actuels utilisés pour soulager la douleur sont semblables à ceux qui étaient en usage il y a cent ans. La différence, c'est qu'aujourd'hui on comprend mieux pourquoi ils fonctionnent et on est aussi capable de limiter les effets secondaires! On a beaucoup entendu parler des traitements individualisés, mais, dans le domaine de la douleur,



SOURCE UNIVERSITÉ MCGILL  
Jeffrey Mogil, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en génétique de la douleur

c'est encore loin d'être une réalité. On n'en connaît pas encore assez sur tous les gènes qui peuvent jouer un rôle! D'après moi, ça prendra encore quelques décennies et pas mal de recherches avant de pouvoir administrer des traitements sur mesure », explique le chercheur.

## Sous-financement

Au Canada comme ailleurs dans le monde, la recherche sur la douleur souffre d'un sous-financement. En 2008, afin de déterminer l'état de la situation, la Société canadienne de la douleur a procédé à un sondage et s'est aperçue que, sur 79 chercheurs travaillant activement à des projets reliés à la douleur, 65 avaient reçu un financement au cours des cinq années ayant précédé l'enquête, pour un total

d'environ 80,9 millions de dollars, ce qui équivaut à moins de 1 % du financement global accordé par les Instituts de recherche en santé du Canada.

« La recherche sur la douleur est incroyablement sous-financée à travers le monde », précise M. Mogil. Par exemple, il y a deux ans, aux États-Unis, la recherche pour le cancer a reçu 50 fois plus de fonds de la part du National Institute of Health que la recherche sur la douleur. Pourtant, la douleur chronique est le problème médical le plus répandu. Elle est plus fréquente que le cancer, les maladies cardiovasculaires et le diabète combinés. Oui, la recherche sur le cancer est certainement importante, mais l'est-elle 50 fois plus que la recherche sur la douleur? »

Aux dires de M. Mogil, ce sous-financement se perçoit concrètement dans les laboratoires. Par exemple, le scientifique s'est récemment intéressé aux expressions faciales des souris qui, semble-t-il, s'apparentent beaucoup aux mimiques humaines. Grâce à ses recherches, il a réussi à développer une échelle de niveaux de grimaces qui pourrait être utilisée pour améliorer les traitements de la douleur humaine.

« On a découvert que les souris assujetties à un stimulus de douleur modérée présentaient des signes d'inconfort par le biais d'expressions faciales, et ce, de la même manière que l'humain. À mon avis, on cerne beaucoup mieux la douleur lorsqu'on mesure l'expressivité des rongeurs que

lorsqu'on utilise des méthodes traditionnelles. Le seul problème, c'est que des tests de ce genre sont plus compliqués à effectuer et plus dispendieux. Alors, même si l'échelle de niveaux de grimaces est plus efficace, beaucoup de chercheurs risquent de continuer à utiliser les méthodes traditionnelles. C'est un cercle vicieux. On manque d'argent, on avance moins vite! »

Avec le vieillissement de la population, alors qu'on prévoit une augmentation considérable des cas de douleur chronique dans les années à venir, la question du financement devient de plus en plus préoccupante. Annuellement, la douleur chronique coûte plus de six milliards de dollars aux contribuables canadiens. D'ici 2025, ces coûts pourraient atteindre plus de dix milliards par année.

« Nous faisons beaucoup de sensibilisation à ce sujet, affirme M. Mogil. À l'heure actuelle, la douleur chronique n'est pas reconnue comme une maladie en soi alors qu'elle devrait l'être. Il faut arrêter de croire que la douleur n'est qu'un symptôme, c'est beaucoup plus complexe que ça. Si on ne s'y attarde pas plus, si on ne consacre pas plus de fonds à la recherche, on sera bientôt aux prises avec un problème de taille! »

Collaboratrice du Devoir

■ Pour plus de détails sur le 13<sup>e</sup> congrès sur la douleur de l'IASP, on peut consulter le site [www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org).

AQDC

Cliniques de la douleur  
affiliées à l'UdeMLa Société Québécoise  
de la douleurLe réseau québécois de  
recherche sur la douleurProgramme  
ACCORDThe Alan Edwards Centre  
for Research on PainASSOCIATION QUÉBÉCOISE  
DE LA DOULEUR CHRONIQUE

*Nous sommes là pour vous!*

## SOUFFREZ-VOUS DE DOULEUR CHRONIQUE ?

Êtes-vous un aidant naturel ? Êtes-vous simplement intéressé par la douleur chronique ?

Plus de 1 500 000 personnes sont atteintes  
de douleur chronique au Québec

[www.douleurchronique.org](http://www.douleurchronique.org)

Devenez membre ! C'est **gratuit** !

## SANTÉ

Le Québec à l'heure de la douleur chronique

## Les quatre facultés de médecine sont mises à contribution

«L'homme est un apprenti, la douleur est son maître». Cette citation d'Alfred de Musset pourrait-elle coiffer le 13<sup>e</sup> congrès mondial sur la douleur, qui se tiendra à Montréal à la fin d'août? Chose certaine, en matière de douleur chronique, le réseau québécois de la santé a, depuis 2006, pris ce dossier à bras-le-corps. Entrevue avec le Dr Louis R. Dufresne, directeur des affaires universitaires à la Direction générale du ministère de la Santé et des Services sociaux.

THIERRY HAROUN

Le 13<sup>e</sup> congrès mondial sur la douleur est considéré comme un événement majeur par le Dr Louis R. Dufresne. «C'est un événement très important qui accueillera des gens de partout dans le monde. Ce sera d'ailleurs une occasion d'échanges — ou, si vous voulez, de "fertilisation croisée" — entre les différents groupes d'intérêts à l'échelle internationale, nationale et même locale. Cela ne fait aucun doute. Il y aura une ébullition d'idées, ce qui sera important pour la suite des choses.»

## Québec intervient en 2006

Va pour la suite des choses, mais qu'en est-il concrètement au Québec sur le plan de la recherche, des soins et de la connaissance? Quels sont les champs d'intérêt sur la ou les douleurs chroniques? Que fait-on au Québec et qu'a-t-on accompli à ce jour? Sommes-nous en avance sur cette question par rapport à d'autres provinces canadiennes? Ce sont là quelques-unes des questions que *Le Devoir* a soumises à l'examen du Dr Dufresne.

«En fait, je vous dirais que c'est en 2006 que le ministère de

la Santé a — disons, de manière organisée — mené des activités dans le domaine de la douleur chronique. Devant l'importance du problème et de la question de la douleur chronique auxquels le ministère a été sensibilisé par les cliniciens et les représentants de patients souffrant de douleur chronique, le ministère a demandé cette année-là à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) de nous soumettre des recommandations en vue d'une meilleure organisation des services pour ce secteur.»

Le rapport de l'AETMIS, datant de 2006, est intitulé *Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse): organisation des services de santé*. Le communiqué qui accompagnait ce rapport notait «que la douleur chronique impose un lourd fardeau financier au patient et à la société. Les coûts directs sont liés au traitement et à la prestation des soins, alors que les coûts indirects comprennent l'absentéisme au travail et la hausse des montants versés pour invalidité.»

L'AETMIS soulignait de plus qu'au Québec, «comme dans plusieurs autres régimes, les services offerts aux patients québécois souffrant de douleur chronique sont



Le Centre hospitalier de l'Université de Montréal, dont on voit ici une projection des futurs édifices sur le site de l'hôpital Saint-Luc, est une des quatre facultés de médecine faisant partie du Réseau universitaire intégré de santé.

fragmentés et les délais d'attente sont longs à tous les niveaux du système de soins. Les quelques cliniques multidisciplinaires de la douleur du Québec n'ont pas suffisamment de ressources pour dispenser les soins appropriés. L'accès aux services varie selon les régions et dans la mesure où les patients y sont dirigés par un tiers payeur (notamment, la Commission de la santé et de la sécurité du travail et la Société de l'assurance automobile du Québec.)

«Ce que l'AETMIS avait principalement recommandé, note le Dr Dufresne, c'était de mettre sur pied un réseau québécois ou des réseaux devant se consacrer à la douleur par l'entremise de réseaux interdisciplinaires et hiérarchisés.» Ce qui a été fait depuis, rappelle-t-il. «Les premiers maillons de cette chaîne ont été créés; ce sont des centres d'expertise en douleur chronique. Il y en a en fait quatre, soit un par Réseau

universitaire intégré de santé (RUIS).»

## Le réseau

Lancés il y a quelques années afin de favoriser la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche des établissements de santé, les RUIS sont des territoires rattachés aux quatre facultés de médecine (Université McGill, Université de Montréal,

Université de Sherbrooke et Université Laval). Un RUIS est composé, à la base, d'un centre hospitalier universitaire, de centres hospitaliers affiliés universitaires et d'instituts universitaires. Enfin, d'autres établissements peuvent y être ajoutés à la discrétion de chaque RUIS.

Ces nouveaux centres répondent-ils à un besoin criant présentement? «Ces centres sont actuellement très sollicités, que ce soit sur le plan du traitement, de l'évaluation, de l'enseignement et de la recherche. Ils ont principalement pour mission de s'occuper des cas complexes. Ils sont en lien avec le reste de la chaîne, qui est constituée de centres régionaux et locaux.»

En ce qui concerne la clientèle, «elle est de tous âges. J'ajouterais aussi que, au Québec, la prévalence de la douleur chronique chez les hommes adultes est de 20 % et de 24 % chez les femmes. De plus, le vieillissement de la population est un facteur important. Et les types de douleur chronique les plus souvent observés sont à caractère musculo-squelettique; pensons aux maux de dos ou encore à l'ostéoporose, particulièrement chez les femmes. Il y a aussi les douleurs neuropathiques, c'est-à-dire reliées au système nerveux périphérique; pensons aux polyneuropathies diabétiques, par exemple.»

En conclusion, le Dr Dufresne fait remarquer que, «d'après ce qu'on entend concernant le domaine de la douleur chronique, on serait en avance sur les autres provinces canadiennes et on ferait des envieux.»

Collaborateur du Devoir

Association québécoise sur la douleur chronique

## Le temps d'attente en clinique spécialisée peut être de deux ans

L'Association québécoise sur la douleur chronique (AQDC) estime que 20 % de la population du Québec, soit environ un million et demi de personnes, éprouvent des difficultés en présence de ce handicap physique et psychologique. Elle travaille sur les solutions susceptibles de soulager ces victimes d'un mal encore trop méconnu.

RÉGINALD HARVEY

Victime lui-même d'une telle maladie, Jacques Laliberté profite d'une semi-retraite pour servir à l'avancement de la cause de la douleur chronique à titre de président et directeur général bénévole de l'AQDC: «Je suis moi-même un patient qui a subi une intervention chirurgicale appelée "épidurale cervicale" au moment où les gens des cliniques de la douleur cherchaient à regrouper des gens pour former une association de personnes atteintes de cette maladie. Mon médecin m'a informé d'une telle démarche en me demandant si j'étais intéressé à représenter la clinique de l'hôpital Charles-Lemoyne au sein de ce mouvement. Je lui ai dit: "Si vous me guérissez, vous allez m'avoir pour la vie".» Il a par la suite accédé à la présidence de l'association.

Il précise, dans un premier temps, le problème majeur rencontré pour ce type de pathologie: «Nous sommes des patients impatients parce qu'il est évident que la problématique des attentes en clinique n'est pas réglée. Dans le réseau de la santé, les médecins de première ligne n'ont pas reçu suffisamment de formation en douleur chronique, dans bien des cas; ils n'ont pas nécessairement le réflexe de chercher à trouver ce qui se passe, parce c'est très long et que ce n'est pas très agréable d'avoir devant eux un patient durant une demi-heure, voire trois quarts d'heure.» Il en découle cette situation déplorable: «Ils dirigent donc les gens vers des cliniques de la douleur qui sont débordées et où les temps d'attente peuvent être de six mois à deux ans; il faut vraiment changer cette façon de faire.»

## L'AQDC s'en mêle

L'association a réagi à ce problème sérieux: «On a toujours voulu faire la différence en participant à la solution de celui-ci. Dans ce but, nous sommes devenus les défenseurs de la cause auprès de tous les intervenants; nous travaillons avec le ministère et avec la table sectorielle sur la douleur chronique qui a été montée. À partir de là, le ministre a signé en janvier dernier des lettres de désignation (ententes) afin que le Réseau universitaire intégré en santé (RUIS) prenne en main ce dossier et soit en mesure d'établir des centres d'expertise voués à une meilleure hiérarchisation de la problématique; il sera ainsi possible d'apporter de l'aide aux médecins de famille en les formant mieux et en leur fournissant les moyens de faire leurs propres consultations. À la suite de cette mesure, on espère réussir à désengorger le réseau par l'offre d'un

meilleur service continu; on veut en même temps qu'on s'occupe des patients dès le départ, sans délais interminables, et qu'on découvre plus rapidement leur chronicité.»

Il décrit plus en détail les interventions de l'organisme qu'il préside: «On a voulu faire une différence à long terme et être partie prenante de la solution plutôt que de se lancer dans des revendications; cela a nécessité un énorme engagement de notre conseil d'administration, qui est composé à 75 % de personnes souffrant de douleur chronique. Actuellement, nous comptons 4500 membres, et j'insiste toujours pour dire que plus nous serons nombreux, plus nos travaux auront un impact. Voilà pourquoi j'invite tous les patients à rejoindre nos rangs gratuitement.»

Après avoir identifié tous les partenaires avec lesquels l'AQDC conjugue ses efforts, le président tient ces propos: «On prend toutes les possibilités médiatiques qui nous sont offertes pour faire parler de la douleur chronique; celle-ci n'est pas sexy et il faut la faire reconnaître comme une maladie.»

## Le soutien apporté d'aujourd'hui à demain

Jacques Laliberté cerne d'autres interventions vers lesquelles se tournera l'association: «On veut développer au cours des prochains mois un programme de soutien aux patients partout où il existe des cliniques de la douleur au Québec. On veut également donner de la formation un peu plus approfondie pour certains patients désireux de suivre un cours. Tout cela sera disponible, on l'espère, au premier trimestre 2011.» Il dresse l'inventaire de l'information disponible actuellement: «On participe de différentes façons à la diffusion des connaissances sur la douleur: on a des dépliants publicitaires et des brochures; on donne des conférences; on possède de plus un site Internet important qui renferme une vidéothèque de plus de 20 vidéos et une encyclopédie virtuelle selon le type de douleur. On utilise tous ces moyens pour briser l'isolement des gens et là réside notre mission.» Il insiste: «Notre choix stratégique a été de faire partie de la solution, ce qui prend un peu plus de temps mais, en bout de ligne, on croit que les résultats peuvent être meilleurs.»

Finalement, il salue la venue du congrès international à Montréal: «Nous serons là avec grand plaisir. L'AQDC fait partie du comité local des arrangements de cet événement. Quand vous entendez parler des spécialistes en recherche fondamentale ou clinique aussi bien que de tous les autres intervenants pour cette question, nous, on travaille avec eux; on favorise évidemment la recherche en fournissant des sujets ou des personnes qui servent de ressources pour cette dernière.» Il ajoute: «On est associé à cette manifestation et on aura un kiosque sur place. C'est un événement majeur auquel assisteront 6000 scientifiques, je pense.» Lui-même sera étroitement associé à la cérémonie d'ouverture.

Collaborateur du Devoir



La recherche en médecine dentaire...

pour faire avancer les connaissances sur la douleur

Les chercheurs, professeurs et cliniciens de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal participent activement à l'enseignement et à la recherche sur la douleur.

- Florin Amzica, Ing., Ph. D.
- Arlette Kofa, Ph. D.
- Pierre Blanchet, M.D., Ph. D.
- Benoit Lalonde, D.M.D., M. Sc.
- Anne Charbonneau, D.M.D., Ph. D.
- Gilles Lavigne, D.M.D., Ph. D.
- Pierre De Grandmont, D.M.D., M. Sc.
- Pierre Rainville, Ph. D.
- Gary Duncan, D.M.D., Ph. D.
- Nathalie Rei, D.M.D., M. Sc.
- Nelly Huynh, Ph. D.

## Merci

Aux partenaires qui soutiennent la recherche en médecine dentaire

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) • Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine • Faculté de médecine (sciences neurologiques) • Faculté des arts et des sciences (psychologie) • Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

Aux organismes subventionnaires

Chaire de recherche du Canada • Fondation canadienne pour l'innovation (FCI) • Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) • Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM) • Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)

Faculté de médecine dentaire

Université de Montréal



## SANTÉ

Échange et application de connaissances

## « On veut que les patients se sentent moins isolés »

Le programme ACCORD vise à améliorer le traitement de la douleur chronique au Québec

Dans le but d'améliorer l'évaluation et le traitement de la douleur chronique au Québec, une équipe formée de chercheurs, et aussi de patients, de cliniciens et de gestionnaires, a mis sur pied le programme ACCORD (Application concertée des connaissances et ressources en douleur).

BRIGITTE SAINT-PIERRE

cherche pour les Canadiens». Ils ont accordé un financement de 2,5 millions de dollars au programme ACCORD.

## Divers partenaires

L'équipe du programme ACCORD souhaite documenter les écarts entre les meilleurs soins possibles et ceux qui sont actuellement prodigués au Québec pour soulager les patients souffrant de douleur chronique. «On veut aussi évidemment combler ces écarts en utilisant des stratégies novatrices et efficaces d'échange et d'application des connaissances», explique l'investigatrice principale administrative du programme, Manon Choinière, chercheuse au Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

Lancé en 2008, le programme ACCORD se poursuivra jusqu'en 2013. En 2006, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont annoncé leur intention d'accorder un financement pour soutenir la création de partenariats entre des équipes de recherche et des organismes communautaires, qui favoriseraient des «recherches de haute qualité» ainsi que l'échange et l'application des connaissances (EAC) sur la douleur. Ils ont alors précisé que l'EAC impliquait des échanges entre chercheurs et utilisateurs et visait à «accélérer la concrétisation des avantages de la re-

Ce programme réunit divers partenaires, y compris l'Association québécoise de la douleur chronique, la Fédération de l'âge d'or du Québec, des cliniciens, des experts en douleur, des directeurs de programmes universitaires de développement professionnel continu, des ordres professionnels, des dirigeants dans le domaine de la santé et 14 chercheurs issus de différentes disciplines.

La chercheuse Manon Choinière, détentric d'un doctorat en psychologie et professeure titulaire au Département d'anesthésiologie de l'Université de Montréal, précise que les partenaires prennent part aux différentes étapes du programme, dont sa conception, la définition des priorités et la diffusion des résultats.

Outre la subvention des IRSC, le programme ACCORD a reçu un financement de deux réseaux soutenus par le Fonds de la recherche en santé du Québec ainsi que de la société Pfizer Canada. L'entreprise pharmaceutique AstraZeneca Canada a pour sa part versé de l'argent aux IRSC pour ce programme d'alliances communautaires.



Environ une personne sur cinq souffrirait de douleur chronique.

## La douleur persistante

Mme Choinière explique qu'une douleur chronique est une douleur qui est présente durant plus de trois mois ou «qui persiste au-delà du délai normal de guérison d'une blessure, d'une fracture ou d'une maladie». Parfois, une maladie, comme l'arthrite ou la fibromyalgie, est à l'origine de la douleur.

«La douleur chronique, ce n'est pas juste un symptôme, c'est une maladie. Ça devient comme une maladie du système nerveux», indique la chercheuse. Environ une personne sur cinq souffrirait de douleur chronique. La prévalence augmente avec l'âge.

La chercheuse Manon Choinière souligne que la douleur est une sensation subjective, au même titre que la faim ou la soif. Elle mentionne qu'il existe des échelles mesurant son intensité, en fonction de

ce que rapporte le patient, ainsi que son impact, par exemple sur le travail, le sommeil, les activités sociales ainsi que l'humeur et le bien-être de la personne.

## La cartographie et l'amélioration des soins

Dans le cadre du premier volet du programme ACCORD, un atlas québécois sur la douleur chronique et les ressources de soins est en préparation, sous la direction du D<sup>r</sup> Alain Vanasse, de l'Université de Sherbrooke. «Les syndromes qu'on regarde, ce sont la migraine, la fibromyalgie, les douleurs articulaires et les maux de dos. Et on veut faire un atlas géographique montrant comment ils sont distribués dans les différentes régions du Québec et quelles ressources on a pour les soigner», mentionne Mme Choinière.

Le deuxième volet vise

l'amélioration des soins, par un meilleur outillage des professionnels de la santé en première ligne. Piloté par la chercheuse Lyne Lalonde, de l'Université de Montréal, le premier projet de ce volet a trait aux soins de première ligne. Une équipe a mené une étude dans ce cadre auprès de médecins de famille, de pharmaciens et de patients. De plus, divers acteurs ont pris part à un atelier d'une journée pour déterminer des priorités d'action. La deuxième phase du projet consistera à mettre au point un programme d'éducation et d'intervention auprès de professionnels de la santé qui travaillent au sein de groupes de médecine de famille pour améliorer le soulagement de la douleur chez les patients. Son efficacité sera évaluée sur les plans clinique, social et économique et le programme sera implanté à différents endroits.

Le deuxième projet de ce volet concerne la prise en charge de la douleur chronique chez les personnes âgées dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Une équipe a effectué une analyse des besoins. Un programme d'intervention pour mieux outiller le personnel sera ensuite implanté dans des CHSLD. Les chefs d'équipe de ce projet sont le chercheur Michel Tousignant, de l'Université de Sherbrooke, et le D<sup>r</sup> David Lussier, de l'Université McGill.

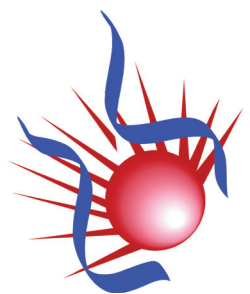
## L'éducation et la sensibilisation

Le troisième volet est orienté vers les patients et le grand

public. Sous la direction des chercheurs Patricia Bourgault et Serge Marchand, de l'Université de Sherbrooke, un premier projet consiste à implanter et à évaluer des «écoles interactionnelles» pour des patients atteints de fibromyalgie et de maux de dos. «Les patients se réunissent par groupes, avec deux professionnels de la santé. Ça s'échelonne sur une période de neuf semaines. On prône beaucoup la notion de patient comme partenaire actif. Et puis on essaie de mieux outiller les patients en matière de techniques d'autogestion de la douleur, sur la façon de bien prendre ses médicaments, sur des techniques d'hygiène du sommeil, etc.», explique Mme Choinière.

Un autre projet consiste à effectuer une campagne de sensibilisation et d'éducation sur une période de cinq ans, qui cible le grand public, les patients et les proches. «C'est pour corriger certaines croyances, des attitudes erronées qu'on a au sujet de la douleur et de son traitement et pour promouvoir encore une fois la notion d'autonomie du patient», indique Manon Choinière. Cette dernière est l'une des responsables de ce projet, avec la D<sup>re</sup> Dominique Dion et Jacques Laliberté, président de l'Association québécoise de la douleur chronique. «On veut vraiment rendre la douleur plus visible, que ce soit mieux connu du grand public et que les patients se sentent moins isolés», indique-t-elle.

Collaboratrice du Devoir



Réseau québécois de recherche sur la douleur  
Quebec Pain Research Network

[www.rqrd.ca](http://www.rqrd.ca) | [www.qprn.ca](http://www.qprn.ca)

- La douleur chronique touche plus de 20% de la population.
- Plus de 1.5 millions de québécois et québécoises souffrent de douleur chronique sous différentes formes avec des conséquences dramatiques pour eux-mêmes, leur famille et notre société.
- Le fardeau socio-économique des douleurs chroniques est énorme ne serait-ce qu'en termes de coûts directement reliés aux soins de santé et en perte de productivité au travail.

Pour s'attaquer à ce problème majeur de santé publique, il faut mieux comprendre le problème et transférer plus efficacement les résultats de la recherche vers la pratique clinique.

À cette fin, le Réseau Québécois de Recherche sur la Douleur (RQRD) rassemble un vaste groupe de chercheurs québécois de renommée internationale (55 équipes et plus de 200 stagiaires de recherche) autour d'un programme multidisciplinaire de recherche concertée pour s'attaquer aux défis que présente la douleur sous ses multiples facettes, allant d'une connaissance plus approfondie des mécanismes fondamentaux de sa transmission à l'amélioration de son évaluation et de son traitement.

Le RQRD a pour mission de contribuer, par le biais de la recherche fondamentale, clinique, évaluative et épidémiologique, à l'amélioration de la qualité de vie des québécois qui souffrent de douleur.

Pour ce faire, le réseau a mis en place:

- Un **Registre national de la douleur**, construit à partir des données recueillies dans les centres d'expertises des Réseaux Universitaires Intégrés de Santé (RUIS) du Québec. Ce nouvel outil, unique en son genre, a déjà permis de dresser un meilleur tableau de la situation de la douleur chronique au Québec et d'améliorer les pratiques cliniques au sein des centres d'expertise. Il ouvre également la voie à de nombreuses possibilités d'études cliniques pour mieux comprendre et mieux traiter les différents syndromes de douleur chronique.
- Plusieurs **Plateformes cliniques et précliniques** visant à établir des nouveaux standards d'évaluation de la douleur. Ceci est essentiel pour permettre de mieux identifier les types de douleurs, de mieux en cerner les causes, d'effectuer des études multi-centriques et d'établir des diagnostics plus précis des différents syndromes de douleur chronique pour développer de meilleures stratégies de médecine personnalisée.
- Un **Programme d'échange de connaissances** visant à améliorer la formation des intervenants en santé sur la gestion de la douleur et à faire tomber les tabous entourant la douleur chronique au sein de notre société.

Les activités du réseau sont soutenues grâce au soutien financier des partenaires suivants:

Fonds de la recherche  
en santé

Québec



AstraZeneca

Santé  
et Services sociaux

Québec

## SANTÉ

Laboratoire sur la douleur de l'Université McGill

## Physique et... psychologique !

« Le traitement de la douleur doit s'inscrire au cœur des préoccupations des soins de santé »

« Il est curieux que, dans toutes les langues, il n'existe qu'un seul mot pour désigner la douleur. Pourtant, que vous vous cogniez un orteil, que vous ayez mal à la tête ou que vous souffriez d'une douleur chronique, vous vivez dans chaque cas quelque chose de différent. » Celle qui parle ainsi est une spécialiste de renommée mondiale de la douleur. Catherine Bushnell, du Centre de recherche Alan-Edwards sur la douleur de l'Université McGill, a consacré ses trente années de carrière à explorer les multiples facettes de ce phénomène étrange qu'on commence tout juste à comprendre.

CLAUDE LAFLEUR

Catherine Bushnell participera au congrès international sur la douleur qui se tiendra à la fin d'août au Palais des congrès de Montréal. Le plus important rassemblement de chercheurs dans le domaine marque un point tournant. « Jusqu'à présent, notre congrès se tenait tous les trois ans, indique la chercheuse. Mais, ces dernières années, nos connaissances progressent tellement qu'on sent désormais le besoin de se réunir tous les deux ans. » De surcroît, ajoute-t-elle, la douleur devient un sujet de plus en plus préoccupant, étant donné le vieillissement de la population. « La population prenant de l'âge et les traitements médicaux devenant sans cesse plus performants, il y a par conséquent davantage de gens qui souffrent de douleur chro-

nique, observe Catherine Bushnell. Le traitement de la douleur doit donc s'inscrire au cœur des préoccupations des soins de santé. »

## La psychologie de la douleur

La douleur intrigue énormément les chercheurs comme Mme Bushnell, puisque, tout à la fois, elle est vitale, elle comporte des volets physiques et psychologiques et elle peut même être agréable.

Durant ses études postdoctorales à l'Institut national de la santé (NIH) à Washington (D.C.), Mme Bushnell a été étonnée de constater à quel point les facteurs psychologiques jouent un rôle dans la perception qu'on a d'une douleur.

« La douleur est essentiellement un phénomène subjectif, dit-elle. Chacun la perçoit à sa façon. » Ainsi, l'intensité d'une douleur ne dépend pas tant de l'importance de la blessure — comme on l'a longtemps pensé — mais plutôt de la façon dont on la perçoit. « Chez des patients ou des sujets d'expérience qui décrivent les douleurs qu'ils ressentent, on observe deux composantes, explique Mme Bushnell. La première est la sensation physique. Lorsqu'on se brûle, par exemple, on ressent bien entendu une sensation de brûlure. » Mais à cette sensation s'ajoute une composante psychologique, c'est-à-dire à quel point la douleur incommodent. « Imaginons que vous ressentiez une douleur dans l'abdomen, suggère-t-elle. Le fait que celle-ci soit causée par une indigestion n'aura pas le même impact que si on



ROMEO RANOCO REUTERS

L'intensité d'une douleur ne dépend pas tant de l'importance de la blessure — comme on l'a longtemps pensé — mais plutôt de la façon dont on la perçoit.

vous diagnostique un cancer! » De même, la douleur causée par un mal de dent, si elle ne durait que quelques instants, serait peu dérangeante — ce qui est fort différent s'il s'agit d'une douleur chronique.

Au Laboratoire sur la douleur de l'Université McGill, les chercheurs observent très bien, à l'aide des techniques d'imagerie du cerveau, qu'il s'agit de deux composantes distinctes. « Nous voyons que ce sont des circuits différents du cerveau qui sont sollicités selon qu'il s'agit de la composante physique ou psychologique de la douleur », note-t-elle.

De même, des patients ayant perdu certaines fonctions du cerveau ne ressentent que l'effet psychologique de la douleur. « Si vous les pincez, relate Mme Bushnell, ceux-ci ne ressentiront pas au juste ce que vous leur faites. Par contre, ils ressentiront une sorte de malaise, une sensation d'inconfort, sans pouvoir dire ce qui se passe. »

La douleur est en outre essentielle à notre survie, puisqu'elle évite qu'on se blesse plus gravement. Mme Bushnell rapporte le cas de rares individus chez qui la sensation de douleur est absente. « Ces enfants développent de sérieux problèmes de jointure, comme de l'arthrite », dit-elle. Normalement, lorsqu'on est assis ou debout dans une position inconfortable, on ressent une certaine douleur qui invite à changer de position. Or les personnes privées de ce genre de sensation développent des problèmes d'articulation. Et, bien sûr, elles se blessent sans s'en rendre compte. Pour cette raison, il est impossible de faire disparaître la douleur, ce qui serait souhaitable dans le cas des douleurs chroniques.

C'est ainsi que les chercheurs ont mis au jour, ces dernières années, le fait qu'il n'existe pas de « centre de la douleur » dans le cerveau. À une certaine époque, on opérât des patients afin de supprimer chez eux l'endroit de

leur cerveau où se faisait sentir leur douleur chronique. L'opération produisait pendant un certain temps l'effet recherché mais, hélas, le cerveau finit toujours par se réorganiser afin de ressentir la douleur. Comme quoi on ne peut s'en passer!

Dans certaines circonstances, la douleur peut même être agréable, évoque Catherine Bushnell. C'est le cas d'un massage en profondeur, dit-elle. « Vous ressentez alors véritablement de la douleur, mais une douleur qui fait du bien, qui soulage, même. Vous ressentez alors une douleur physique mais, en même temps, c'est psychologiquement plaisant! »

## Un premier sommet sur la douleur

La composante psychologique de la douleur est si importante que les chercheurs ont constaté que le simple fait de se préoccuper de ce que ressentent les patients — faire tout bonnement preuve de

compassion pour eux — a pour effet d'abaisser l'intensité de leur malaise.

Voilà pourquoi la communauté des chercheurs insiste pour que nos systèmes de soins de santé se préoccupent activement de traiter la douleur.

Mme Bushnell rapporte d'ailleurs qu'à la suite du congrès de Montréal se tiendra le premier sommet mondial sur la douleur. « Ce sommet rassemblera des leaders et des dirigeants des gouvernements, de l'industrie, des chercheurs, etc., afin de faire en sorte que les législateurs et les responsables de nos systèmes de santé se préoccupent davantage de la douleur, énonce Mme Bushnell. C'est un sujet très préoccupant, vous savez, puisque nous vieillissons tous et que, à cet égard, nous risquons tous de souffrir un jour ou l'autre de douleur chronique... »

Collaborateur du Devoir



SOURCE MCGILL

Catherine Bushnell, du Centre de recherche Alan-Edwards sur la douleur de l'Université McGill

Sherbrooke et Abitibi-Témiscamingue

## « Que faire lorsque l'investigation médicale ne révèle pas de pathologie ? »

La recherche veut identifier le mécanisme qui régit la douleur

Depuis une quinzaine d'années, la recherche scientifique portant sur la douleur a beaucoup progressé. Serge Marchand, neurophysiologiste et titulaire de la Chaire de recherche conjointe sur la douleur de l'Université de Sherbrooke et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, est l'un des chercheurs qui ont contribué à cette évolution de la compréhension médicale de la douleur.

PIERRE VALLÉE

« Longtemps, la douleur a été perçue comme le signal ou comme un signe secondaire d'une pathologie quelconque. Donc, en traitant la pathologie, on traitait aussi la douleur. » Cette démarche est toujours valide lorsqu'on connaît l'origine de la douleur, mais elle ne peut rien lorsque la cause de la douleur est introuvable. « Que faire lorsque l'investigation médicale ne révèle pas de pathologie? Ou que la pathologie a été complètement soignée mais que le patient ressent toujours de la douleur? Cette situation crée un malaise encore aujourd'hui. On évoque alors des composantes psychologiques, mais trop souvent la douleur retombe sur le dos du patient. »

Une situation inacceptable pour quiconque souffre sans cause pathologique apparente ou est atteint d'une douleur chronique, comme les personnes souffrant de fibromyalgie. « C'est pour répondre à ce problème qu'un nouveau concept est apparu dans la compréhension de la douleur. Il s'agit alors de voir la douleur comme une pathologie en soi et de la traiter comme telle. Par exemple, il existe dans le système nerveux des mécanismes de contrôle de la douleur, comme la production d'endorphines. Il existe aussi un système de freinage de la douleur qu'on peut observer chez des personnes blessées qui, malgré la blessure, ne ressentent aucune douleur. Il est donc possible que la production d'endorphines soit défectueuse ou que le système de freinage ne fonctionne pas et que le système s'em-



LUCAS JACKSON REUTERS

Les recherches démontrent que les femmes qui ont un seuil de la douleur moins élevé et une plus faible tolérance à la douleur.

balle. Dans ces cas, il faut aborder la douleur d'un autre angle, comme si c'était un problème du système nerveux. On parle alors de douleurs neuropathiques. Il faut donc découvrir le mécanisme derrière la douleur pour ensuite le réduire, le freiner ou le renverser. »

## Le traitement de la douleur

Les analgésiques, qui vont de l'aspirine aux opiacés, sont les remèdes les plus fréquemment utilisés contre la douleur. Bien qu'ils soient efficaces et permettent un soulagement, ils ne peuvent pas tout régler, en particulier dans le cas de douleurs chroniques. « Une pilule ne peut pas être l'unique réponse. Cette nouvelle conception de la douleur, qu'on peut qualifier d'holistique, exige un traitement à multiples facettes. Il faut tenir compte de la démarche mentale. Il y a l'exercice physique qui augmente la production d'endorphines. On pense aussi à la stimulation électrique des nerfs. Le massage et d'autres méthodes de relaxation ont aussi un effet bénéfique. C'est une médecine qui

doit s'adapter au patient, et cela, même en pharmacologie, puisqu'il faut ajuster le médicament et la dose au patient et à son mal. »

Ce qui exige du médecin traitant un examen et un questionnaire différents de la démarche traditionnelle. « Par exemple, si vous avez devant vous une personne qui souffre d'un mal de dos chronique et que vous lui demandez de dire dans quelle situation la douleur est la moindre, s'il vous répond: "C'est quand je vais sur le lac faire de la pêche", il y a une bonne chance que des méthodes de relaxation auront un certain succès auprès de ce patient. »

## Placebo et sexe

Parmi les nombreux sujets de recherche sur la douleur auxquels s'intéresse Serge Marchand, deux ont récemment retenu davantage son attention: l'effet analgésique des placebos et le rôle du sexe dans la douleur. Bien que courte, la définition la plus courante de l'effet placebo est celle de l'effet thérapeutique ressenti par un patient

qui croit prendre un médicament mais qui en réalité avale à son insu une substance neutre, c'est-à-dire un placebo. Les études ont démontré que la prise d'un placebo peut produire un effet analgésique.

« Si on donne à un patient un placebo en lui disant que c'est de l'aspirine, l'effet placebo fera en sorte qu'il réagira comme s'il avait pris de l'aspirine. » Idem si on lui dit qu'il a pris un opiacé. Mais, dans ce cas, ça se complique. « Si le patient croit qu'il a pris un opiacé, de la même manière qu'avec l'aspirine, il réagira comme s'il avait pris un opiacé. Mais si on lui donne ensuite du naloxone, qui est un inhibiteur des récepteurs des opiacés, eh bien, l'effet de l'opiacé disparaît de la même manière que l'effet aurait disparu s'il s'était agi d'un véritable opiacé. On peut donc penser que le système nerveux, à cause de l'effet placebo, a réussi à mimer la vraie molécule de l'opiacé. »

Le mythe est tenace: les hommes sont douilletés et les femmes, parce qu'elles accouchent, supportent mieux la douleur que les hommes. « En fait, toutes les études démontrent le contraire. Ce sont les femmes qui ont un seuil de la douleur moins élevé et une plus faible tolérance à la douleur. C'est peut-être la raison pour laquelle il y a plus de femmes que d'hommes qui souffrent de douleurs chroniques, comme dans le cas de la fibromyalgie, où on compte dix femmes pour un homme. »

Mais le seuil de la douleur féminin n'est pas invariable. « Plus une femme enceinte approche de l'accouchement, plus le seuil de la douleur s'élève. On en déduit que les hormones sexuelles ont un effet sur la douleur. De plus, on s'est aperçu que les femmes réagissent différemment que les hommes aux opiacés. On verra peut-être un jour des médicaments roses et bleus contre la douleur. »

Serge Marchand abordera ces deux sujets lors de conférences données dans le cadre du colloque mondial sur la douleur.

Collaborateur du Devoir

## SANTÉ

Centre de recherche sur la douleur Alan-Edwards

## Ils sont plus d'une centaine à œuvrer conjointement à l'Université McGill

Un questionnaire sur la douleur a été traduit en de multiples langues

C'est la première fois que l'International Association for the Study of Pain (IASP) se donne rendez-vous une deuxième fois dans une même ville en près de 40 ans d'histoire. La première visite à Montréal remonte à 1978. Ce n'est pas un hasard si la métropole jouit d'un statut particulier lorsqu'il est question de la recherche sur la douleur. L'importance du Centre Alan-Edwards, de l'Université McGill, et l'engagement de son directeur, le Dr Fernando Cerero, y sont pour beaucoup.

MARTINE LETARTE

«Le Centre de recherche sur la douleur Alan-Edwards est le plus grand du monde avec ses 150 chercheurs, mais il est aussi très ancien. Beaucoup de recherches sur la douleur se font à McGill depuis le milieu des années 70. C'est d'ailleurs à cette époque qu'on a créé le Questionnaire sur la douleur de McGill, qui est traduit dans plusieurs langues maintenant et utilisé partout dans le monde pour mesurer la douleur et la caractériser», indique le Dr Cerero.

Bien sûr, d'autres établissements font de la recherche sur la douleur au Québec. On a d'ailleurs créé en 2001 le Réseau québécois de recherche sur la douleur. Parmi les membres, on retrouve aussi l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université de Sherbrooke.

«Le Centre de recherche sur la douleur Alan-Edwards de l'Université McGill représente toutefois à lui seul 60 % du Réseau», précise le Dr Cerero, qui a récemment été élu président de l'IASP. Auparavant, il a été membre du conseil d'adminis-

tration pendant cinq ans et trésorier pendant six ans.

On attend près de 7000 personnes à Montréal pour le congrès qui commencera demain. «C'est très bon pour Montréal, pour McGill et pour les autres établissements où on fait de la recherche sur la douleur, parce que cela amène beaucoup de gens qui profitent de leur passage dans la ville pour visiter nos installations, pour discuter, et cela peut aboutir à des collaborations», croit Fernando Cerero.

## Un grand éventail de recherches

Le Dr Cerero est fier de la recherche qu'il dirige réalise des travaux de recherche aussi diversifiés. «Généralement, les centres sont beaucoup plus petits et ils travaillent sur un ou deux aspects de la douleur. Nous, nous travaillons autant sur des aspects très fondamentaux de la douleur, au niveau de la molécule et de la cellule, que sur des aspects très appliqués, dans le domaine social ou de la psychologie, par exemple.»

Pour y arriver, le Centre de recherche sur la douleur Alan-Ed-



Le directeur du Centre Alan-Edwards de l'Université McGill, le Dr Fernando Cerero

wards doit pouvoir compter sur une équipe multidisciplinaire.

«Nous réunissons en fait tous les chercheurs de l'Université McGill et des gens d'autres établissements de Montréal et d'ailleurs, que ce soient des médecins, des psychologues, des chercheurs ou autres, qui ont un intérêt pour la douleur, qui veulent en comprendre les mécanismes et développer des traitements», précise le directeur.

Le bassin de patients est aussi capital. Pour ses recherches

sur le traitement de la douleur, le centre peut compter sur l'Unité de traitement de la douleur du Centre universitaire de santé McGill, à l'Hôpital général de Montréal, où on reçoit en moyenne plus de 3000 patients par année.

«Nos patients sont généralement des cas très complexes qui ont des douleurs chroniques. Bien souvent, ils ont vu différents médecins et personne ne sait quoi faire pour les aider», explique le Dr Cerero.

Pour ce qui est de ses propres travaux de recherche, le directeur du centre se spécialise dans la douleur d'origine interne, gastro-intestinale entre autres. Il s'intéresse aussi, avec son équipe, à la relation entre les hormones et la perception de la douleur.

«Beaucoup de maladies de la douleur sont plus fréquentes chez les femmes, comme la fibromyalgie ou le côlon irritable. Nous travaillons donc sur les mécanismes cellulaires et moléculaires qui pourraient être responsables de la douleur lorsqu'on assiste à des changements hormonaux», explique le chercheur, qui collabore pour ses travaux avec d'autres chercheurs du centre et aussi avec des collègues à l'étranger, notamment à Zurich, en Suisse.

## Des avancées et des défis

Depuis quelques années, on entend davantage parler de la douleur, particulièrement des douleurs chroniques. Peut-on parler de grandes avancées?

«Une chose qui a changé, c'est qu'auparavant on parlait de la douleur seulement comme un symptôme d'une maladie, d'une lésion. Maintenant, on regarde la douleur comme une maladie en soi», remarque le Dr Cerero.

De grands défis pour les chercheurs restent toutefois à relever. «Les douleurs neuropathiques en sont un bon exemple. Elles sont causées par une altération du système nerveux plutôt que par une lésion. Les mécanismes de ces dou-

leurs sont très difficiles à comprendre et, en fait, on en connaît encore très peu là-dessus. Une équipe de chercheurs du centre travaille d'ailleurs sur cette question à partir de modèles animaux», ajoute-t-il.

Bien que ces douleurs soient peu fréquentes dans la population, le Dr Cerero précise qu'elles sont comme une forme de torture pour les gens qui en souffrent.

«Il n'y a rien à faire pour les guérir, ces patients n'ont pas de lésion et on comprend peu ce qu'il leur arrive. Certaines douleurs neuropathiques sont peut-être des conséquences du diabète ou de l'herpès, ou encore elles font suite à une douleur postopératoire, mais tout ça demeure un mystère. Les douleurs neuropathiques sont donc un domaine de recherche qui sera particulièrement important dans les années à venir», affirme-t-il.

Ce qui allait devenir le Centre de recherche sur la douleur Alan-Edwards de l'Université McGill a été formellement constitué en 2002, mais ses origines remontent aux années 1970. En 2007, il a pris le nom de l'homme d'affaires et philanthrope Alan Edwards, en guise de reconnaissance pour son importante contribution. Plus d'une centaine de chercheurs de l'Université McGill y travaillent, en plus d'une cinquantaine d'autres provenant d'établissements affiliés.

Collaboratrice du Devoir



# Soulager fait partie du programme

Quelques thématiques de recherche :

- facteurs environnementaux et génétiques
- rôles des mécanismes endogènes de maîtrise de la douleur
- comorbidités (anxiété, dépression)
- prévention et réadaptation de l'incapacité au travail

De la molécule au patient, la recherche en douleur des partenaires en santé de Sherbrooke porte sur les mécanismes du développement, la persistance de la douleur, ainsi que sur les nouvelles avenues thérapeutiques pour mieux la soulager.

Parce que la douleur chronique constitue le 3<sup>e</sup> problème de santé chronique le plus important en Amérique et que 8 patients sur 10 consultent d'abord pour un problème de douleur, ce créneau de recherche attire des étudiants provenant de plusieurs disciplines : chimie, médecine, pharmacologie, physiologie, réadaptation, sciences cliniques, sciences infirmières, etc.

[www.crc.chus.qc.ca/recherche/douleur.php](http://www.crc.chus.qc.ca/recherche/douleur.php)

Les partenaires : le Centre des neurosciences de Sherbrooke, CAPRIT, l'Institut de pharmacologie de Sherbrooke, le Centre de recherche clinique Étienne-Le Bel, Centre de recherche de l'Hôpital Charles LeMoine et la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.



UNIVERSITÉ DE  
SHERBROOKE



Centre hospitalier  
universitaire de Sherbrooke

Centre de  
recherche clinique  
Étienne-Le Bel

Université de Montréal

# Le soulagement vient en dormant

« Une mauvaise nuit de sommeil engendre une sensibilité accrue à la douleur »

La douleur empêche de bien dormir. Une mauvaise nuit de sommeil accentue la sensibilité à la douleur, qui empêche à nouveau de bien dormir. La Chaire de recherche du Canada sur la douleur, le sommeil et les traumatismes crâniens s'efforce de trouver des moyens de briser ce cercle vicieux, qui devient un fardeau pour de nombreux patients souffrant de douleurs chroniques.

ÉTIENNE  
PLAMONDON ÉMOND

L'effet placebo persiste à soulager nos douleurs lorsqu'on dort. Cette récente découverte de la Chaire de recherche sur la douleur, le sommeil et les traumatismes crâniens de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, affiliée à l'Université de Montréal, vient de donner une nouvelle clé pour briser le cercle vicieux créé par la douleur chronique et la mauvaise qualité du sommeil.

À la suite d'expériences où l'on appliquait sur des patients des crèmes qu'on prétendait être «analgésiantes», les derniers travaux de Danièle Lavergne-Dupont sont arrivés à la conclusion que «le conditionnement à l'effet analgésique est actif pendant le sommeil», déclare Gilles Lavigne, doyen de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal et détenteur de la Chaire de recherche.

À son avis, il s'agit d'une bonne nouvelle pour les gens souffrant de douleurs chroniques, souvent coincés dans la «roue infernale» des troubles du sommeil. Cette découverte va possiblement renouveler les démarches concernant les théra-

pies cognitivo-comportementales qui ont pour objectif de modifier la perception de la douleur et son intensité.

«La raison pour laquelle on s'est mis à s'intéresser à la douleur et au sommeil, se rappelle Gilles Lavigne, c'est qu'en gros il y a près de deux patients sur trois souffrant de douleurs chroniques qui nous rapportent que la qualité de leur sommeil n'est pas satisfaisante.» Une proportion qui atteint 75 % chez les patients souffrant de douleurs chroniques musculaires, mieux connues sous le nom de



SOURCE UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL  
Gilles Lavigne, doyen de la Faculté de médecine dentaire de l'Université de Montréal

fibromyalgie. Pour ces derniers, Gilles Lavigne estime qu'ils «ont une perte de 40 % de leur sommeil à ondes lentes, soit le sommeil qui favorise la récupération».

Une «sentinelle» trop active

Chez plusieurs d'entre eux, le tronc cérébral est «suractif». Aussi nommé cerveau primitif, le tronc cérébral agit comme une «sentinelle» durant le sommeil et peut activer le réveil si une menace se présente. Il peut aller jusqu'à préparer les muscles pour une réaction de lutte ou de fuite. Géant des douleurs chroniques, le corps demeure dans un état de «semi-vigilance» qui l'empêche d'atteindre un sommeil profond et réparateur.

Ces activations cérébrales sont aussi fréquentes que chez les personnes souffrant d'insomnie. Par contre, elles aggravent le problème qui gênait déjà le sommeil. «Non seulement la douleur chronique empêche de dormir, mais la mauvaise nuit de sommeil engendre une sensibilité accrue à la douleur dans la journée suivante, résume Gilles Lavigne. Les études scientifiques ont plutôt tendance à montrer que la douleur n'est pas nécessairement plus forte, mais qu'elle est plus variable», précise-t-il.

«Il y a aussi l'aspect désagréable de la douleur, tient-il à rappeler. Tous les aspects émotifs. Plusieurs études ont suggéré que quelqu'un qui ne dort pas bien va se réveiller le matin [et] son humeur va être un peu moins bonne. On a moins de tolérance



PASCAL RATTÉ LE DEVOIR  
L'application d'électrodes permet d'enregistrer l'activité électrique du cerveau.

[...] à la pression sociale, aux bruits, aux situations qui peuvent créer de l'anxiété. On a plus

riabilité dans ses rapports avec la douleur.»

Près de deux patients sur trois souffrant de douleurs chroniques rapportent que la qualité de leur sommeil n'est pas satisfaisante

de difficulté à y faire face.»

Et une situation qui perdure est lourde de conséquences: «Si quelqu'un ne dort pas bien deux ou trois nuits, il va commencer à avoir plus de problèmes à faire face aux aléas de la vie, à la pression de la vie. Et, dans ce sens-là, les études ont montré que, s'il y a de la douleur par-dessus ça, la personne va avoir beaucoup de va-

tif qui reçoit un coup de coude sur le menton ou un automobiliste qui accuse un coup au visage à la suite d'un accident. Le patient se retrouve à l'urgence, «il n'est plus capable d'ouvrir la bouche et il se met à développer de grosses douleurs au niveau des tempes, au niveau de l'articulation près des oreilles. En trois à cinq jours, il se met à rapporter des troubles de sommeil.»

«Comme on se rend compte que la douleur a un effet délétère sur le sommeil, est-ce qu'on peut empêcher la création du cercle vicieux?», se demande Gilles Lavigne. «C'est ce qu'on est en train d'étudier présentement. Soit par des médicaments [...] ou [par] des démarches en hygiène de sommeil.» Cette deuxième démarche suggère, dès les premiers jours suivant un traumatisme, de conseiller les patients sur l'environnement où ils dorment, sur la régularité des heures de sommeil ainsi que sur les habitudes de vie.

«On est très actif pour comprendre ce que sont les mécanismes initiaux. Est-ce qu'on peut renverser ces mécanismes-là? Est-ce qu'il faut — dans les premières 24 heures [après un] traumatisme — commencer tout de suite à travailler sur le sommeil, pour prévenir l'apparition de la douleur? Ou faut-il prévenir la douleur pour empêcher que les troubles de sommeil n'apparaissent? [Ça] revient au cercle vicieux», souligne Gilles Lavigne, à propos des recherches qui visent à résoudre un problème digne du questionnement sur l'origine de l'œuf et de la poule.

Le Devoir


ACCORD  
Regroupement des forces pour  
gérer la douleur chronique

## La douleur, je m'en occupe!

Alliance communautaire des IRSC pour la recherche en santé et l'échange des connaissances sur la douleur

  
IRSC CIHR  
Instituts de recherche en santé du Canada Canadian Institutes of Health Research

  
REPAR FRSQ

  
Réseau québécois de recherche sur la douleur  
Quebec Pain Research Network