

**Prise en charge de la douleur
chronique (non cancéreuse)
Organisation des services de santé**

AGENCE D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES
ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ

Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse) Organisation des services de santé

Rapport préparé pour l'AETMIS par
Patricia L. Dobkin et Lucy J. Boothroyd

Mai 2006

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Ce document ainsi que sa version originale anglaise, intitulée *Management of Chronic (Non-Cancer) Pain: Organization of Health Services*, sont également offerts en format PDF dans le site Web de l'Agence.

Révision scientifique

Jean-Marie R. Lance, M. Sc., conseiller scientifique principal
D^{re} Véronique Déry, M. Sc., directrice générale et scientifique

Traduction

Brigitte Turmel, traductrice agréée

Révision linguistique

Suzie Toutant

Montage et coordination interne

Jocelyne Guillot

Correction d'épreuves

Frédérique Stephan
Suzie Toutant

Vérification bibliographique

Micheline Paquin
Denis Santerre

Coordination

Lise-Ann Davignon

Communications et diffusion

Diane Guilbaut
Richard Lavoie

Pour se renseigner sur cette publication ou toute autre activité de l'AETMIS, s'adresser à :

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
2021, avenue Union, bureau 1040
Montréal (Québec) H3A 2S9

Téléphone : (514) 873-2563
Télécopieur : (514) 873-1369
Courriel : aetmis@aetmis.gouv.qc.ca
www.aetmis.gouv.qc.ca

Comment citer ce document :

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse) : organisation des services de santé. Rapport préparé par Patricia L. Dobkin et Lucy J. Boothroyd (AETMIS 06-04). Montréal : AETMIS, 2006, xvii-97 p.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationale du Québec, 2006
Bibliothèque et Archives Canada, 2006
ISBN 2-550-46599-7 (version imprimée)
ISBN 2-550-46600-4 (PDF)

LA MISSION

L'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) a pour mission de contribuer à améliorer le système de santé québécois et de participer à la mise en œuvre de la politique scientifique du gouvernement du Québec. Pour ce faire, l'Agence conseille et appuie le ministre de la Santé et des Services sociaux ainsi que les décideurs du système de santé en matière d'évaluation des services et des technologies de la santé. L'Agence émet des avis basés sur des rapports scientifiques évaluant l'introduction, la diffusion et l'utilisation des technologies de la santé, incluant les aides techniques pour personnes handicapées, ainsi que les modalités de prestation et d'organisation des services. Les évaluations tiennent compte de multiples facteurs, dont l'efficacité, la sécurité et l'efficience ainsi que les enjeux éthiques, sociaux, organisationnels et économiques.

LA DIRECTION

D^r Luc Deschênes,
chirurgien oncologue, président-directeur général de l'AETMIS, Montréal, et président du Conseil médical du Québec, Québec

D^r Véronique Déry,
médecin spécialiste en santé publique, directrice générale et scientifique

D^r Reiner Banken,
médecin, directeur général adjoint au développement et aux partenariats

D^r Alicia Framarin,
médecin, directrice scientifique adjointe

M. Jean-Marie R. Lance,
économiste, conseiller scientifique principal

M^{me} Lucy Boothroyd,
épidémiologiste, conseillère scientifique

LE CONSEIL

D^r Jeffrey Barkun,
professeur agrégé, département de chirurgie, Faculté de médecine, Université McGill, et chirurgien, Hôpital Royal Victoria, CUSM, Montréal

D^r Marie-Dominique Beaulieu,
médecin en médecine familiale, titulaire de la Chaire Docteur Sadok Besroun en médecine familiale, CHUM, et chercheur, Unité de recherche évaluative, Pavillon Notre-Dame, CHUM, Montréal

D^r Suzanne Claveau,
médecin en microbiologie-infectiologie, Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec, CHUQ, Québec

M. Roger Jacob,
ingénieur biomédical, coordonnateur, Immobilisations et équipements médicaux, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Montréal

M^{me} Louise Montreuil,
directrice générale adjointe aux ententes de gestion, Direction générale de la coordination ministérielle des relations avec le réseau, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec

D^r Jean-Marie Moutquin,
médecin spécialiste en gynéco-obstétrique, directeur de la recherche et directeur du département d'obstétrique-gynécologie, CHUS, Sherbrooke

D^r Réginald Nadeau,
médecin spécialiste en cardiologie, Hôpital du Sacré-Cœur, Montréal, et membre du conseil d'administration du Conseil du médicament du Québec, Québec

M. Guy Rocher,
sociologue, professeur titulaire, département de sociologie, et chercheur, Centre de recherche en droit public, Université de Montréal, Montréal

M. Lee Soderstrom,
économiste, professeur, département des sciences économiques, Université McGill, Montréal

La douleur chronique s'apparente à un déversement toxique, dont les ravages s'étendent ensuite au-delà du site d'origine. Négliger ne serait-ce qu'un désastre local – une blessure au dos, une entorse du genou – et la douleur se propage. Toute nouvelle douleur empoisonne la joie et la vitalité d'une personne, dont les souffrances contaminent l'existence des membres de sa famille. La douleur peut détruire de nombreuses vies, de la même manière que la coupe à blanc peut effacer jusqu'au souvenir d'une forêt.

– Marni Jackson, auteure de *Pain: The Fifth Vital Sign* et victime de douleur chronique

La maladie est le plus écouté des médecins : à la bonté, au savoir on ne fait que promettre; on obéit à la souffrance.

– Marcel Proust

AVANT-PROPOS

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE (NON CANCÉREUSE) : ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Le présent rapport a été réalisé à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, qui souhaitait être mieux documenté sur les moyens d'améliorer la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique au Québec. Les chercheurs de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) ont travaillé de concert, mais parallèlement et de façon indépendante, avec un comité consultatif composé de représentants du gouvernement, d'universités, de cliniques de la douleur et de la Société québécoise de la douleur. Ce comité avait pour mandat de préparer un document sur la nécessité d'apporter des changements à l'organisation des services de santé destinés à cette population particulière de patients.

La douleur chronique est un problème de santé majeur, comme en témoignent sa prévalence, les incapacités qu'elle entraîne et la consommation intensive de services de santé qui en découle. Ses répercussions sur la vie des personnes atteintes et de leur famille peuvent être dévastatrices. Même si l'origine ou la nature de la douleur diffèrent d'un patient à l'autre, les modalités de traitement sont généralement similaires lorsqu'elle devient chronique, et les enjeux associés aux services de santé qu'elle mobilise franchissent les barrières disciplinaires.

Le rapport vise principalement à définir, selon l'approche d'évaluation des technologies de la santé, les composantes organisationnelles des soins destinés aux patients souffrant de douleur chronique ainsi que les modes d'intervention employés pour leur venir en aide, et non à évaluer des traitements spécifiques. Un cadre conceptuel a guidé l'organisation du contenu du rapport en thèmes utiles à la prise de décision, soit les structures, les processus et les résultats des soins et services. Sont également présentées des informations sur trois modèles de pays ou systèmes (France, Australie, et la Veterans Health Administration des États-Unis) qui ont choisi de donner priorité à la prise en charge de la douleur. Les études sur ces pays et d'autres régions, dont le Québec, ont également été analysées lorsqu'elles fournissaient des données pertinentes.

Une attention particulière a été accordée aux « pièces maîtresses » des systèmes les plus susceptibles de s'avérer utiles pour la réorganisation des structures et des processus de soins pour les patients souffrant de douleur chronique au Québec : « savoir-faire » professionnel, hiérarchie de services, soins interdisciplinaires et gestion de cas, évaluation des résultats cliniques et de la qualité des soins, et partenariat avec le patient. Les conclusions et recommandations reposent sur les résultats de la revue de la littérature scientifique, l'examen de l'expérience d'autres pays en matière de prise en charge de la douleur chronique et l'analyse de leurs implications pour le Québec.

L'AETMIS recommande que la douleur chronique soit reconnue comme un problème de santé chronique majeur et que des ressources y soient allouées en conséquence. La prestation des services destinés aux patients souffrant de douleur chronique au Québec devrait être encadrée par un modèle hiérarchique et intégré associant les principes de soins par paliers avec une approche interdisciplinaire à tous les niveaux de soins. Il faudrait élaborer et soutenir des stratégies de formation pour les professionnels de la santé afin de favoriser des pratiques fondées sur des données probantes pour l'évaluation, le diagnostic, le

traitement, la réadaptation et la prise en charge des personnes souffrant de douleur chronique, et mettre en place des mécanismes de suivi et d'assurance de la qualité des services. Enfin, l'AETMIS recommande que les organismes subventionnaires envisagent sérieusement de financer la recherche clinique ainsi que l'évaluation de l'implantation des programmes et des processus de prise en charge de la douleur chronique.

En soumettant ce rapport, l'AETMIS souhaite contribuer à améliorer la qualité des services destinés aux personnes souffrant de douleur chronique au Québec.

D^r Luc Deschênes

Président-directeur général

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été préparé à la demande de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé par **Patricia L. Dobkin**, Ph. D. (psychologie) (lors d'un congé sabbatique de la Faculté de médecine de l'Université McGill), et **Lucy J. Boothroyd**, M. Sc. (épidémiologie) et candidate au doctorat (épidémiologie), toutes deux chercheuses consultant à l'AETMIS.

L'AETMIS tient à remercier les lecteurs externes qui, grâce à leurs nombreux commentaires, ont permis d'améliorer la qualité et le contenu de ce rapport :

D^r Ted C. Braun

Responsable médical, Regional Pain Program, Calgary Health Region, Calgary (Alberta), Canada

D^r Robert Kerns

Chef du service de psychologie, VA Connecticut Healthcare System et Yale University, West Haven (Connecticut), États-Unis

D^r Patrick Loisel

Professeur, Université de Sherbrooke, Chaire de recherche en réadaptation au travail, Fondation J. Armand Bombardier, Pratt & Whitney Canada, Sherbrooke (Québec), Canada

D^r Michael Sullivan

Professeur agrégé, département de psychologie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal, Montréal (Québec), Canada

D^r Mark A. Ware

Professeur agrégé, départements de médecine familiale et d'anesthésie, Université McGill, Montréal (Québec), Canada

D^r Phil Wiffen

Rédacteur coordonnateur, Cochrane Pain, Palliative and Supportive Care Group, Churchill Hospital, Oxford, Royaume-Uni

Les chercheuses aimeraient également remercier les membres du comité consultatif québécois (M. Pierre Bouchard, M^{me} Cynthia Beaudoin, D^{re} Aline Boulanger, D^{re} Manon Choinière, D^r Christian Cloutier, D^r Dominique Dion, D^r Pierre Dolbec, D^r Roderick Finlayson, D^r Yves Veillette) pour les précieuses informations qu'ils leur ont fournies sur le contexte actuel des services de santé offerts aux patients souffrant de douleur chronique (alors qu'ils travaillaient au Projet de développement d'un programme national d'évaluation, de traitement et de gestion de la douleur chronique). Les D^{rs} Christian Cloutier et Aline Boulanger ont aussi fourni de nombreux commentaires sur les annexes C et D respectivement. Les chercheuses tiennent à exprimer tout particulièrement leur gratitude à M. Pierre Bouchard, du ministère de la Santé et des Services sociaux, pour ses commentaires sur la version préliminaire du rapport soumise à la lecture externe, qui ont été utiles à la validité contextuelle du rapport.

DIVULGATION DE CONFLITS D'INTÉRÊTS

Aucun conflit à signaler.

RÉSUMÉ

CONTEXTE

Le présent rapport a été réalisé à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, qui souhaitait être mieux documenté sur les moyens d'améliorer la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique au Québec. Les chercheurs de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) ont travaillé de concert, mais parallèlement et de façon indépendante, avec un comité consultatif composé de représentants du gouvernement, d'universités, de cliniques de la douleur et de la Société québécoise de la douleur. Ce comité avait pour mandat de préparer un document sur la nécessité d'apporter des changements à l'organisation des services de santé destinés à cette population particulière de patients. Le rapport de l'AETMIS vise principalement à définir, selon l'approche d'évaluation des technologies de la santé, les composantes organisationnelles des soins destinés aux patients souffrant de douleur chronique ainsi que les modes d'intervention employés pour leur venir en aide (équipes multidisciplinaires, par exemple), et non à évaluer des traitements spécifiques. L'analyse exclut la douleur chronique liée au cancer, puisqu'elle est abordée explicitement dans le cadre de la restructuration des services d'oncologie au Québec, qui est actuellement une priorité pour le MSSS.

Un traitement approprié, fondé sur des données probantes et administré en temps opportun aux patients souffrant de douleur chronique, constitue un défi qui interpelle de nombreux acteurs : les décideurs gouvernementaux, les gestionnaires des établissements de soins, les professionnels de la santé qui offrent des services et, surtout, les patients qui reçoivent

des soins et leurs proches qui partagent avec eux le fardeau de cette maladie. En outre, les groupes qui représentent les patients, comme l'Association québécoise de la douleur chronique, réclament une amélioration des services et un meilleur accès à des services qui sont actuellement sous-financés et manquent de cohérence et de continuité. Parmi les autres acteurs québécois susceptibles d'être interpellés, mentionnons les organismes d'indemnisation des victimes d'accidents du travail ou de la route¹, qui « achètent » des services de santé dans des cliniques antidouleur spécialisées pour ces personnes qui souffrent de douleur chronique à la suite des blessures subies.

Les définitions de la douleur chronique varient quant à la durée (trois ou six mois), au siège anatomique et à l'intensité. L'International Association for the Study of Pain (IASP) définit la douleur chronique comme une douleur persistant au-delà du délai normal de guérison des tissus, généralement fixé à trois mois. La douleur chronique peut être classée en grandes catégories, soit douleurs musculosquelettiques, douleurs neuropathiques, céphalées et « autres », qui comprennent toutes de nombreux sous-types : les catégories diagnostiques couvrent donc un vaste champ. Comme le type, l'intensité, la fréquence et le pronostic de la douleur chronique varient considérablement, les personnes qui en souffrent se retrouvent à tous les niveaux du système de soins et sont traitées par plusieurs professionnels de la santé différents. Il est important de souligner que même si l'origine ou la nature de la douleur diffèrent d'un patient à l'autre, les modalités de traitement sont généralement similaires lorsque

1. Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ).

la douleur devient chronique. Il est donc légitime d'envisager la prise en charge de la douleur chronique dans une perspective globale, car les enjeux associés aux services de santé qu'elle mobilise franchissent les barrières disciplinaires.

OBJECTIFS ET MÉTHODES

Le présent rapport aborde les questions suivantes :

- 1) Existe-t-il de la documentation sur l'expérience canadienne et étrangère en matière d'organisation, de prestation et de suivi des services de santé offerts aux personnes qui souffrent de douleur chronique ou privilégiant les expériences qui rendent compte des résultats cliniques obtenus ?
- 2) Y a-t-il des études portant sur les éléments organisationnels de la prise en charge de la douleur chronique (qui doit offrir des soins et quand, stratégies multimodales ou unimodales, formation des prestataires de soins, recours à des gestionnaires de cas, etc.) qui montrent l'effet de ces éléments sur des indicateurs de résultats comme l'état de santé du patient (douleur, fonctionnement physique ou psychologique, qualité de vie, etc.), sa satisfaction à l'égard des services ou les facteurs liés aux soins (délais d'attente, recours aux services de santé, efficacité des corridors de services, etc.) ?

Des recherches ont été effectuées dans la littérature publiée et dans la littérature « grise » pour recueillir des informations sur les composantes organisationnelles de la prise en charge de la douleur chronique en général, de même que sur les aspects propres au traitement de la dorsalgie chronique et du syndrome douloureux régional complexe. Ces deux problèmes particuliers serviront d'études de cas pour illustrer divers enjeux organisationnels. La documentation a été sélectionnée en fonction d'un certain nombre de critères : 1) contenu thématique; 2) utilité pour les décideurs; 3) niveau de preuve (priorité aux études contrôlées); 4) lieu géographique; et

5) date de publication (priorité aux informations récentes). Un cadre conceptuel a permis d'organiser le contenu en thèmes utiles à la prise de décision, soit les structures, les processus et les résultats. Nous articulons autour de ces thèmes des informations sur trois modèles de pays ou systèmes qui ont choisi de donner priorité à la prise en charge de la douleur. Nous passons aussi en revue les recherches pertinentes menées sur ces systèmes ou dans d'autres régions – dont le Québec – qui se rapportent à ces thèmes. Notre objectif de recueillir des données sur les liens entre les innovations dans la structure organisationnelle et (ou) les processus de soins et les résultats obtenus chez les patients souffrant de douleur chronique n'a été que partiellement atteint en raison du nombre restreint de documents établissant de tels liens de manière explicite.

RÉORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ POUR LES PATIENTS SOUFFRANT DE DOULEUR CHRONIQUE : UN BESOIN MANIFESTE

Selon une revue systématique réalisée par Ospina et Harstall en 2002, la prévalence de la douleur chronique dans la population générale adulte varierait entre 11,5 et 55,2 % dans le monde, la moyenne pondérée étant de 35,5 %. Ces auteurs ont également indiqué qu'une douleur chronique grave ou qui impose de fortes limitations pourrait toucher 11 % des adultes. Fait important, la prévalence augmente avec l'âge. Selon les données sur le Québec tirées d'une étude canadienne antérieure, la prévalence de la douleur chronique était de 20 % chez les hommes adultes et de 24 % chez les femmes adultes en 1996. Il est reconnu que la douleur chronique impose un lourd fardeau financier aux patients et à la société. Ses coûts directs sont liés au traitement et à la prestation des soins, alors que ses coûts indirects comprennent l'absentéisme au travail et la hausse des indemnités versées pour incapacité. Plusieurs études montrent qu'un recours fréquent aux

services de santé est associé à la douleur chronique. D'après l'Enquête nationale sur la santé de la population canadienne de 1994-1995, les personnes atteintes de douleur chronique grave avaient consulté un médecin plus souvent (moyenne : 12,9 *versus* 3,8 consultations) et avaient été hospitalisées plus longtemps (durée moyenne : 3,9 jours *versus* 0,7 jour) que celles qui ne souffraient pas de douleur chronique au cours de l'année précédente. La douleur chronique peut avoir un effet dévastateur sur la vie des personnes atteintes et de leur famille en affectant le fonctionnement, l'humeur, le sommeil, les rapports sociaux et la qualité de vie des patients. Ces données, ainsi que d'autres résultats présentés dans le présent rapport, confirment que la douleur chronique constitue un problème de santé chronique majeur.

Comme il est ressorti des analyses du comité consultatif, les services offerts aux patients québécois souffrant de douleur chronique sont fragmentés, et les délais d'attente sont longs à tous les niveaux du système de soins. Les quelques cliniques multidisciplinaires de la douleur (CMD) du Québec n'ont pas suffisamment de ressources pour dispenser des soins conformes aux modes d'intervention fondés sur des données probantes. L'accès aux services n'est pas équitable et varie selon les régions et en raison de la présence de tiers payeurs qui décident de l'endroit et des services admissibles au remboursement. Des problèmes similaires ont été relevés dans la plupart des autres systèmes de santé examinés dans le présent rapport.

MODÈLES DE PAYS ET SYSTÈMES AYANT FAIT DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE UNE PRIORITÉ

Trois modèles de pays ou de systèmes établis sur trois continents et ayant différents systèmes de santé ont été examinés en détail dans ce rapport. Plusieurs raisons justifient le choix de l'Australie, de la France et de la Veterans Health

Administration (VHA) des États-Unis comme modèles : 1) engagement clair à l'égard des services de santé affectés à la douleur chronique et du contrôle de leur qualité; 2) services fournis à tous les membres d'une région ou d'un groupe particulier; et 3) disponibilité d'une quantité suffisante d'informations sur leurs programmes respectifs pour justifier leur inclusion dans le rapport.

PIÈCES MAÎTRESSES DE LA RÉORGANISATION

Dans notre revue de la littérature, nous avons accordé une attention particulière aux « pièces maîtresses » des systèmes susceptibles de se révéler utiles pour la réorganisation des structures et des processus de soins destinés aux patients souffrant de douleur chronique au Québec.

« Savoir-faire » professionnel

Tous s'entendent pour dire que la formation professionnelle est l'une des composantes de base d'une prise en charge moderne de la douleur. Or, la formation des divers professionnels de la santé sur le diagnostic, le traitement et le suivi de la douleur chronique est souvent inadéquate. Les facultés de médecine et les écoles de formation paramédicale ne consacrent généralement pas beaucoup de temps à ce sujet dans leurs programmes, bien que la douleur soit l'un des principaux symptômes qui amènent un patient à demander des services de santé. Les modèles de systèmes retenus ici ont déployé des efforts pour combler une telle lacune. En France, une série de documents didactiques a été publiée dans Internet pour permettre au personnel des services de santé d'enrichir leurs connaissances sur la prise en charge de douleurs spécifiques telles que la dorsalgie. L'Australie et la Nouvelle-Zélande offrent une formation explicite et structurée en médecine de la douleur. La VHA est un site de formation pour les infirmières, les psychologues, les physiatres, les thérapeutes en réadaptation et les étudiants en médecine. La formation des

professionnels de la santé et la garantie des compétences cliniques sont des objectifs clés de la stratégie de prise en charge de la douleur de la VHA, notamment par un programme de résidence spécialisé et des activités de formation continue comme des conférences nationales. Un programme pilote récemment mis sur pied en Alberta, au Canada, s'annonce prometteur pour la diffusion de méthodes fondées sur des données probantes pour la prise en charge de la douleur en première ligne. De toute évidence, la formation professionnelle doit commencer avec les étudiants et être renforcée par des activités de formation continue pour tous les professionnels qui traitent les patients souffrant de douleur chronique. Une stratégie didactique qui mettrait l'accent sur le moment opportun pour établir le diagnostic et instaurer le traitement approprié avant que la chronicité s'installe et sur la reconnaissance des facteurs de risque de chronicité se révélerait vraisemblablement très fructueuse.

Il y a plusieurs guides de pratique clinique sur la douleur chronique. Ils s'adressent à des groupes de professionnels de la santé particuliers (médecins, infirmières), ou portent sur des types particuliers de services (pour patients hospitalisés, cliniques de la douleur), de maladies (dorsalgie) ou d'interventions (opioïdes). Toutefois, il est généralement difficile de savoir si ces guides sont appliqués ou non, et il semble que leur effet sur l'évolution de l'état des patients souffrant de douleur chronique a rarement été étudié de façon systématique.

Hierarchie de services

La majorité des patients souffrant de douleur chronique sont traités par des omnipraticiens, qui les orientent soit vers les spécialistes pertinents si la douleur est susceptible d'être due à une maladie grave, soit vers des spécialistes de la douleur (ou d'autres prestataires de soins), au besoin. Plusieurs études réalisées en première ligne (porte d'entrée dans le système de santé offrant des soins généraux) font état de résultats sous-optimaux (en ce qui concerne

le soulagement de la douleur, l'amélioration de la qualité de vie) pour de nombreux patients souffrant de douleur chronique. Les données probantes indiquent qu'il est nécessaire que les omnipraticiens qui traitent des patients qui risquent de devenir invalides – à cause d'une lombalgie persistante, par exemple – aient des liens directs avec les professionnels paramédicaux (physiothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, infirmières). Or, de tels liens sont plus ou moins forts d'une région à l'autre. L'importance d'intégrer la médecine du travail et l'ergothérapie pour les travailleurs blessés souffrant de dorsalgie a été démontrée par le « modèle de Sherbrooke », conçu et validé par Loisel et ses collègues dans un essai clinique randomisé populationnel mené au Québec. Au chapitre des soins spécialisés, les patients souffrant de douleur chronique pourraient être examinés et (ou) traités par divers types de médecins, comme des anesthésiologistes, des rhumatologues, des chirurgiens orthopédistes, des physiatres, des neurochirurgiens ou des neurologues.

Hiérarchie de services ne signifie pas cheminement unidirectionnel des patients dans le système de soins. En fait, il arrive que, au fil du temps, les patients souffrant de douleur chronique montent et descendent d'un niveau de services à l'autre. Sur le plan conceptuel, le modèle hiérarchique de services est relié au processus de *soins par paliers*, où les patients reçoivent progressivement des traitements plus complexes, plus spécialisés et, souvent, plus coûteux, en fonction de leurs besoins. Le rôle des professionnels de la santé s'intensifie à mesure que le patient passe d'un palier de soins à l'autre, et il est manifeste que l'évaluation et le traitement à chaque stade du processus doivent être guidés par des lignes directrices fondées sur des données probantes et que les services doivent être coordonnés entre les différents niveaux. Le modèle de Sherbrooke employait un ensemble intégré d'interventions ergothérapeutiques et cliniques. Ces dernières progressaient « par paliers », les soins multidisciplinaires intervenant lorsque

les patients n'avaient pas répondu au traitement (c'est-à-dire lorsqu'ils n'étaient pas retournés au travail après un certain délai).

Le terme *multidisciplinaire* s'applique aux soins offerts en parallèle à un patient par plusieurs professionnels de la santé de différentes disciplines (anesthésiologistes, spécialistes de la douleur, infirmières, psychologues, physiothérapeutes, etc.). Ces professionnels ne travaillent pas nécessairement au même endroit et n'ont pas nécessairement des dossiers de patients communs. Les membres du personnel soignant d'une clinique multidisciplinaire de la douleur (CMD) ont une formation spécialisée et de l'expérience dans différents aspects de la prise en charge. Le traitement ne vise pas seulement à réduire l'intensité de la douleur, mais aussi à améliorer le fonctionnement physique, psychologique, social et professionnel de même que la qualité de vie. Selon une synthèse récente de revues systématiques effectuée par Ospina et Harstall, le niveau de preuve de l'efficacité du traitement dans les CMD est élevé pour la lombalgie chronique, moyen pour la douleur pelvienne chronique, et faible pour la fibromyalgie ou la douleur généralisée ainsi que pour les douleurs au cou et à l'épaule. Ils ont trouvé peu de données sur le rapport coût-efficacité. Néanmoins, l'International Association for the Study of Pain (IASP) reconnaît que de nombreux patients souffrant de douleur chronique ont besoin de services multidisciplinaires.

Dans les trois modèles de systèmes illustrés dans le présent rapport, les services de lutte contre la douleur sont organisés en structure hiérarchique où la spécialisation – et la multidisciplinarité – augmente avec le niveau. Au Québec, une étude transversale réalisée auprès de tous les services d'anesthésiologie des hôpitaux de la province a montré que l'éventail de services offerts aux personnes souffrant de douleur chronique était restreint, et notamment qu'il y avait peu de centres comptant des équipes multidisciplinaires. Il existe quelques cliniques (publiques et privées) spécialisées

dans le traitement de la douleur au Québec, mais elles sont concentrées en milieu urbain et leur degré de multidisciplinarité est présentement inconnu. De plus, il semble qu'il n'y ait pas de données sur les résultats chez les patients. Enfin, notre analyse a fait ressortir qu'il est important d'adresser le bon patient au bon professionnel de la santé au bon moment.

Soins interdisciplinaires et gestion de cas

La prise en charge de la douleur dans une CMD se caractérise principalement par un processus complet d'évaluation et de traitement selon une approche d'équipe intégrée. Les *soins interdisciplinaires* se distinguent du traitement multidisciplinaire non seulement par le fait que des professionnels de la santé ayant différentes connaissances travaillent de concert, mais aussi par le fait qu'ils se rencontrent pour discuter des cas, qu'ils utilisent un système de dossiers unique et, surtout, qu'ils adoptent une approche uniforme de prise en charge du patient. Une approche de réadaptation offrant des soins de diverses disciplines est considérée comme l'intervention de « référence » pour les patients atteints d'une douleur chronique réfractaire à des traitements moins intensifs et est recommandée par l'IASP. Le modèle interdisciplinaire est considéré comme optimal dans les cliniques antidouleur et est privilégié dans les trois modèles de systèmes retenus. Les guides de pratique clinique canadiens préconisent les approches interdisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique par des équipes composées de médecins, de psychologues, de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes. Le modèle de Sherbrooke au Québec montre les effets positifs d'une approche intégrée alliant interventions ergothérapeutiques et interventions cliniques, de même que d'autres types de traitements multidisciplinaires pour les cas plus difficiles.

La prestation de services interdisciplinaires fait ressortir la nécessité d'une communication continue et d'une coordination des soins. Les trois modèles de systèmes retenus font des

efforts en ce sens. Dans le cadre d'un essai clinique randomisé réalisé au Québec, la gestion de cas dans un contexte d'interventions multimodales a facilité la prestation de soins interdisciplinaires à des travailleurs souffrant de lombalgie, et des améliorations significatives ont été observées dans plusieurs domaines dans le groupe affecté aux soins coordonnés, notamment sur le plan de l'intensité de la douleur, du fonctionnement et de l'état psychosocial. Le modèle d'intervenant pivot instauré en oncologie au Québec peut offrir une référence utile pour la coordination des services de différents professionnels de la santé, surtout pour les cas complexes de douleur chronique.

Évaluation de la qualité des soins et de leurs résultats chez les patients

Dans le contexte d'essais cliniques, Turk et ses collègues ont proposé des aspects clés à considérer pour évaluer l'efficacité du traitement contre la douleur. Ce sont entre autres la mesure de la douleur (intensité, soulagement), le fonctionnement affectif (dépression, anxiété), le fonctionnement physique lié à la douleur, le retour au travail, la qualité de vie et la satisfaction des patients à l'égard de la prise en charge. La VHA des États-Unis se démarque des modèles français et australien par ses efforts de suivi de l'évolution de l'état des patients. Elle utilise une trousse d'outils de mesure des résultats du traitement antidouleur (*Pain Outcomes Toolkit*) pour recueillir des données qui s'inscrivent dans une démarche d'amélioration de la performance faisant partie intégrante d'une vision globale de reddition de comptes. Fait digne de mention, la VHA est en train d'implanter un processus de suivi électronique de l'évaluation de la douleur et de l'efficacité des interventions. Le système de la VHA comprend des mesures de contrôle de la qualité de tous les services de prise en charge de la douleur, et notamment la consignation obligatoire au dossier de l'évaluation de la douleur, des plans de traitement antidouleur et de l'enseignement aux patients. En France, la plupart des efforts d'évaluation semblent avoir

été concentrés sur le suivi de l'implantation du programme national de lutte contre la douleur plutôt que sur le suivi de l'évolution de l'état des patients.

Partenariat avec le patient

Comme tous les patients atteints d'autres maladies chroniques, les personnes qui souffrent de douleurs persistantes doivent jouer un rôle dans leurs propres soins. Elles doivent être responsables des aspects du traitement sur lesquels elles ont de l'emprise, comme l'observance du traitement médicamenteux et les changements du mode de vie. Elles doivent apprendre des stratégies pour composer avec les contraintes qu'impose un problème de santé incurable. En France, l'une des démarches d'incitation à l'autoprise en charge a été la remise de documentation à tous les nouveaux patients hospitalisés (intervention en milieu hospitalier) afin de les informer de leurs droits et de leurs responsabilités. D'autres campagnes d'information publique ont été lancées en France sur la migraine ou la céphalée chronique, la douleur chez l'enfant et les services de traitement de la douleur chronique. L'un des objectifs de la stratégie nationale de prise en charge de la douleur de la VHA est d'amener les patients et les familles à participer activement au traitement. Les patients reçoivent du matériel didactique comme des cédéroms, des livres et des vidéocassettes. Nous avons trouvé d'autres exemples de documents destinés aux patients en Australie et au Royaume-Uni.

En plus d'illustrer les aspects précités, les études de cas sur la dorsalgie et le syndrome douloureux régional complexe font ressortir l'importance de diagnostiquer et d'orienter (au besoin) les patients avant que l'atteinte et l'invalidité s'aggravent.

Besoin de recherches

Des recherches sur la douleur chronique sont en cours, mais il y a relativement peu d'études appliquées sur des éléments comme les prédicteurs de résultats ou les effets de la

structure et (ou) des processus des services sur l'évolution de l'état des patients. Par conséquent, même si les connaissances sur la physiologie de la douleur ont progressé de façon impressionnante dans les dernières décennies, on a besoin de recherches de haute qualité pour orienter la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique. La VHA prône la recherche en tant que partie intégrante de sa vision de la prise en charge de la douleur. Les décideurs n'ont à peu près pas de données sur les délais d'attente acceptables pour les personnes souffrant de douleur chronique, sauf pour des problèmes spécifiques comme la dorsalgie et le syndrome douloureux régional complexe. L'efficacité et les implications financières de modes d'intervention et de traitements spécifiques pourraient être étudiées dans le cadre d'évaluations des technologies de la santé ou de recherches évaluatives.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

À la lumière des informations présentées dans le présent rapport, nous tirons les conclusions suivantes :

- En raison de l'ampleur de ce problème de santé dans la population générale, du fardeau qui y est associé et de la viabilité des modes d'intervention, la douleur chronique doit être considérée comme une priorité dans les systèmes de santé. Cette conclusion s'applique également au Québec.
- Des ressources adéquates sont nécessaires pour soutenir les structures et les processus intervenant dans une prise en charge de la douleur chronique fondée sur des données probantes et dans le suivi des résultats.
- Il faut établir une hiérarchie de services pour assurer que les patients seront traités par le bon professionnel de la santé, au bon moment. Cette structure facilite le processus de soins par paliers, qui consiste à fournir progressivement des soins plus complexes, plus spécialisés et, souvent, plus coûteux, en

fonction des besoins du patient, et ce, d'une manière coordonnée.

- Les structures et les services de première ligne doivent être organisés de façon à ce que le diagnostic et le traitement (pharmacothérapie, médecine de réadaptation et physiothérapie, thérapie comportementale, au besoin) de la douleur chronique puissent être établis à temps. Les services spécialisés et les cliniques multidisciplinaires de la douleur (CMD) doivent être réservés aux cas plus complexes de douleurs persistantes réfractaires. Les structures plus spécialisées comme les CMD peuvent offrir une gradation de services, et, dans le modèle le plus complet, ajouter aux soins offerts aux patients des activités de recherche et de formation.
- Une approche interdisciplinaire dans laquelle des professionnels de la santé de différentes disciplines dispensent les soins de façon concertée, en fonction des besoins individuels de chaque patient, est essentielle pour la prise en charge de la douleur chronique à tous les niveaux du système de santé. Cette approche suppose, notamment, des liens entre les médecins de première ligne et les physiatres ou les intervenants en réadaptation, de même qu'une collaboration entre tous les différents prestataires de soins dans les cliniques spécialisées. Le modèle interdisciplinaire de prise en charge des patients souffrant de douleur chronique est préconisé par les guides canadiens de pratique clinique.
- Les services doivent être intégrés et coordonnés pour assurer une prestation homogène des soins par les différents types de professionnels de la santé des divers domaines de spécialité et niveaux de soins.
- Il faut assurer la continuité des soins par le recours aux algorithmes de cheminement clinique et aux protocoles de congé.
- La formation des médecins et des professionnels paramédicaux à tous les niveaux du système de santé est essentielle pour optimiser le traitement des patients souffrant de douleur chronique.

- Les patients souffrant de douleur chronique doivent être considérés comme faisant partie de la solution, en ce sens qu'ils doivent recevoir un enseignement sur la douleur, dont des stratégies d'autoprise en charge.
- Il faut évaluer systématiquement les résultats des interventions chez les patients souffrant de douleur chronique afin d'assurer la qualité des soins.
- Les technologies de l'information et Internet sont essentiels au succès de tout programme de restructuration des services destinés aux patients souffrant de douleur chronique.
- Des recherches de haute qualité sont essentielles pour guider la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique. À titre d'exemple, on a besoin de données sur les résultats obtenus dans les CMD et sur le rapport coût-efficacité de ce type de service au Québec.

Les recommandations suivantes reposent sur les résultats de la revue de la littérature, l'examen de l'expérience d'autres pays ou systèmes en matière de prise en charge de la douleur chronique et l'analyse de leurs implications pour le Québec. L'AETMIS recommande :

- que les décideurs gouvernementaux, les gestionnaires des établissements de soins, les médecins et les autres professionnels de la santé de même que les directeurs des programmes de formation universitaire des secteurs de la santé reconnaissent que la douleur chronique constitue un problème de santé chronique majeur, et que des ressources y soient allouées en conséquence par les personnes ayant le pouvoir de le faire, et ce, de façon graduelle;
- que l'organisation et la prestation des services destinés aux patients souffrant de douleur chronique soient encadrées par un modèle hiérarchique et intégré associant les principes de soins par paliers;
- que l'organisation et la prestation des services de lutte contre la douleur chronique reposent sur une approche interdisciplinaire à tous les niveaux de soins;
- que soient élaborées et soutenues des stratégies de formation pour les médecins et les professionnels paramédicaux sur l'évaluation, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et la prise en charge des personnes souffrant de douleur chronique, et que l'adoption de pratiques fondées sur des données probantes soit favorisée, notamment par le recours à des guides de pratique clinique;
- que des mécanismes de suivi et d'assurance de la qualité des services de lutte contre la douleur chronique soient mis en place, notamment au chapitre des résultats des interventions chez les patients et de l'implantation des programmes;
- que les organismes subventionnaires envisagent sérieusement de financer la recherche sur les résultats des interventions cliniques ainsi que l'évaluation de l'implantation de programmes et de processus de prise en charge de la douleur chronique.

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES

AAMM	Australian Association of Musculoskeletal Medicine
ADRLSSSS	Agence de développement de réseaux locaux, de services de santé et de services sociaux
AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
AHFMR	Alberta Heritage Foundation for Medical Research
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (devenue en janvier 2005 la Haute Autorité de santé)
ANZCA	Australian and New Zealand College of Anaesthetists
APS	Australian Pain Society
ARHRA	Agence régionale de l'hospitalisation Rhône-Alpes (France)
AVAQ	Année de vie ajustée par la qualité
CARF	Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities
CCPMDM	Canadian Consortium on Pain Mechanisms, Diagnosis and Management
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CMD	Clinique multidisciplinaire de la douleur
CMQ	Collège des médecins du Québec
CNRD	Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur
CPRP	<i>Chronic Pain Rehabilitation Program</i>
CORE	<i>COordination of primary health caRE</i>
CSAG	<i>Clinical Standards Advisory Group</i> (Royaume-Uni)
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
DIHTA	Danish Institute for Health Technology Assessment
ETS	Évaluation des technologies de la santé
IASP	International Association for the Study of Pain
IC	Intervalle de confiance

ICA	International Chiropractors Association
ICSI	Institute for Clinical Systems Improvement
IMMPACT	<i>Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trial</i>
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ISQ	Institut de la statistique du Québec
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
MPC	Médecine parallèle ou complémentaire
MSFPH	Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées (France)
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICS	National Institute of Clinical Studies
NPC	National Pharmaceutical Council
OCCETS	Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (devenu le 3 avril 2006 l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé)
OMS	Organisation mondiale de la santé
PIB	Produit intérieur brut
PRÉVICAP	PRÉVention du handICAP au travail
RC	Rapport de cotes
RNAO	Registered Nurses Association of Ontario
RRSSS	Régie régionale de la santé et de services sociaux
RRTQ	Réseau en réadaptation au travail du Québec
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SDRC	Syndrome douloureux régional complexe
TEAMS	<i>Targeted early access to musculoskeletal services</i>
TENS	<i>Transcutaneous electrical nerve stimulation</i>
UMHS	University of Michigan Health System
VHA	Veterans Health Administration
VISN	Veterans Integrated Service Networks

TABLE DES MATIÈRES

LA MISSION	i
AVANT-PROPOS.....	iii
REMERCIEMENTS.....	v
RÉSUMÉ	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	xiv
1 CONTEXTE	1
1.1 Introduction et contexte décisionnel.....	1
1.2 Autres enjeux décisionnels	2
1.3 La douleur chronique	3
1.3.1 Définition, types et prévalence	3
1.3.2 Fardeau et coûts pour les personnes atteintes, leur famille et la société	5
1.3.3 Prise en charge clinique de la douleur chronique.....	6
2 OBJECTIFS ET MÉTHODES	10
2.1 Questions examinées dans ce rapport	10
2.2 Méthodes	10
2.2.1 Recherche documentaire	10
2.2.2 Sélection de la documentation.....	11
3 ASPECTS ORGANISATIONNELS	13
3.1 Cadre conceptuel d'analyse	13
3.2 Résultats de la prise en charge de la douleur chronique	14
3.2.1 Mesure des résultats chez les patients	14
3.2.2 Satisfaction à l'égard du traitement	14
3.3 Brève description des systèmes et pays ayant fait de la prise en charge de la douleur une priorité	15
3.3.1 France	15
3.3.2 Australie	16
3.3.3 La Veterans Health Administration des États-Unis	16
3.4 Structure des services de santé	17
3.4.1 Hiérarchie de services	17
3.4.2 Rôles et responsabilités des divers professionnels de la santé	25
3.4.3 Formation des professionnels de la santé	29

3.5	Processus	31
3.5.1	Communication entre les disciplines et entre les niveaux de soins	31
3.5.2	Coordination des soins et « soins par paliers »	32
3.5.3	Délais et listes d'attente.....	34
3.5.4	Processus d'orientation.....	36
3.5.5	Rôle des lignes directrices cliniques	37
3.5.6	Plans de congé et de continuité des soins	39
3.6	Suivi des résultats chez les patients	39
3.7	Contrôle de la qualité	40
3.7.1	Mise en œuvre du programme	41
3.7.2	Évaluation des processus	41
3.8	Partenariat avec le patient souffrant de douleur chronique	43
3.9	Innovations organisationnelles	44
3.9.1	Internet et technologies de l'information	44
3.9.2	Télésanté.....	44
4	DEUX ÉTUDES DE CAS	46
4.1	Dorsalgie	46
4.2	Syndrome douloureux régional complexe	49
5	DISCUSSION ET CONCLUSIONS	50
5.1	Discussion	50
5.2	Conclusions.....	53
6	RECOMMANDATIONS.....	55
ANNEXE A	DROITS DES PATIENTS	58
ANNEXE B	ALGORITHME D'ORIENTATION VERS UNE CLINIQUE DE LA DOULEUR	60
ANNEXE C	ÉTUDE DE CAS N° 1 : DORSALGIE	61
ANNEXE D	ÉTUDE DE CAS N° 2 : SYNDROME DOULOUREUX RÉGIONAL COMPLEXE	76
RÉFÉRENCES		82

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1	Types de douleur chronique (non cancéreuse).....	3
Tableau 2	Structure des soins contre la douleur chronique dans les modèles de pays ou de systèmes retenus	18
Figure 1	Cadre conceptuel d'analyse des aspects organisationnels.....	13

1.1 INTRODUCTION ET CONTEXTE DÉCISIONNEL

Il est reconnu que la prévalence et les coûts (directs et indirects) de la douleur chronique ont atteint des proportions telles que les décideurs doivent s'attaquer au problème [Collett, 2004; Dr Foster², 2003; Fricker, 2003; Phillips, 2003; Turk, 2002]. Au Québec, les services offerts aux patients souffrant de douleur chronique sont fragmentés, et les délais d'attente sont longs à tous les niveaux du système de soins [Comité aviseur ministériel du projet de développement d'un programme national d'évaluation, de traitement et de gestion de la douleur chronique³, 2005]. Les quelques cliniques multidisciplinaires de la douleur (CMD) n'ont pas suffisamment de ressources pour dispenser des soins conformes aux modes d'intervention fondés sur des données probantes [Comité aviseur, 2005]. L'accès aux services n'est pas équitable et varie selon les régions (les CMD, par exemple, sont concentrées en milieu urbain) et en raison de la présence de tiers payeurs⁴ qui décident de l'endroit et des services admissibles au remboursement [Comité aviseur, 2005]. De plus, la prise en charge des cas de douleur chronique par les tiers payeurs au Québec repose sur un cadre actuariel plutôt que médical⁵. Des problèmes similaires ont été relevés dans la plupart des autres systèmes de santé examinés dans le présent rapport.

En septembre 2003, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) mettait sur pied un comité consultatif composé de cliniciens, de chercheurs et de représentants des patients, et lui donnait le mandat d'élaborer une vision d'un « programme national » d'évaluation, de traitement et de prise en charge de la douleur chronique. Jusqu'en avril 2005, ce comité s'est surtout consacré à la préparation d'un document portant sur la nécessité d'apporter des changements dans l'organisation des services de santé offerts aux patients souffrant de ce problème. En janvier 2004, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) était invitée à participer au processus afin d'informer le comité sur des expériences étrangères de prise en charge de la douleur chronique. Le mandat de l'AETMIS a été élargi à l'automne 2004, et d'autres sujets ont été ajoutés à la demande d'évaluation. Les chercheurs de l'AETMIS ont collaboré avec un représentant du ministère afin de classer ces sujets par ordre de priorité et de traduire les questions décisionnelles en questions d'évaluation sur lesquelles des réponses pourraient être dégagées de l'analyse de la documentation disponible. Le désir de s'attaquer à ce problème est particulièrement opportun dans le contexte des changements en cours dans l'organisation des services de santé et de services sociaux du Québec, qui portent notamment sur leur restructuration.

Le rapport de l'AETMIS vise donc à informer le MSSS sur les moyens d'améliorer la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique au Québec à partir de l'examen de l'expérience d'autres pays et en se fondant sur une revue de la littérature publiée et de la littérature « grise » (sites Web, documents gouvernementaux). L'analyse exclut la douleur chronique liée au cancer, puisqu'elle est abordée

2. « Dr Foster » désigne une entreprise de recherche du Royaume-Uni et non un chercheur individuel.

3. Dans la suite du document, le rapport de ce comité sera cité par la mention Comité aviseur, 2005.

4. Par exemple, les compagnies d'assurances privées, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ).

5. D^r P. Loisel, communication personnelle, 22 août 2005.

explicitement dans le cadre de la restructuration des services d'oncologie au Québec, actuellement une priorité pour le MSSS. L'équipe de recherche de l'AETMIS et le comité consultatif ont travaillé de concert, mais parallèlement et de façon indépendante, de façon à produire des documents complémentaires. Le présent rapport entend principalement définir, selon l'approche d'évaluation des technologies de la santé et à partir d'une revue de la littérature et, surtout, de l'étude de l'expérience d'autres systèmes de soins, les composantes organisationnelles des soins destinés aux patients souffrant de douleur chronique ainsi que les modes d'intervention employés pour leur venir en aide (équipes multidisciplinaires, par exemple), et non à évaluer des traitements médicaux spécifiques comme la pharmacothérapie, les blocs nerveux, la neurostimulation ou la chirurgie.

Le contexte décisionnel dans lequel s'inscrit ce rapport sera d'abord présenté. Il sera suivi d'une brève synthèse de la douleur chronique, qui servira d'introduction au sujet en plus d'aider le lecteur à saisir la nature et l'ampleur de ce problème de santé dans la population et à mieux comprendre où et comment les services sont reçus actuellement. Le chapitre 2 présentera les questions abordées dans le rapport et un résumé de la méthode de recherche utilisée. Le chapitre 3 est le cœur du rapport. Dans ce chapitre, nous utilisons un cadre conceptuel, fondé sur l'approche d'évaluation de la qualité des soins et de recherche sur les services de santé de Donabedian [1966], pour organiser le contenu en thèmes utiles à la prise de décision, soit les structures, les processus et les résultats. Nous articulons autour de ces thèmes des informations sur trois modèles de pays ou systèmes qui ont choisi de donner priorité à la prise en charge de la douleur. Nous passons aussi en revue les recherches menées sur ces systèmes ou dans d'autres régions se rapportant à ces thèmes. Les données pertinentes sont intégrées au texte dans les sections appropriées. Il n'a pas toujours été possible de départager les données sur les résultats en fonction des structures ou des processus (lorsque plus d'un

de ces éléments étaient modifiés et évalués simultanément), et dans de tels cas, nous avons déterminé la section en fonction des objectifs de la recherche. Le chapitre 3 se termine par le contrôle de la qualité, le rôle du patient en tant que partenaire dans les soins et par des exemples d'innovations organisationnelles fondées sur les technologies de l'information et la télésanté. Le chapitre 4 décrira les faits saillants des deux « études de cas » examinées aux annexes C et D. Dans ces études de cas, la dorsalgie et le syndrome douloureux régional complexe sont présentés comme des exemples particuliers de douleur chronique illustrant les diverses questions organisationnelles soulevées au chapitre 3. Le chapitre 5 contiendra l'analyse, les conclusions et la mise en contexte de notre synthèse, suivies, au chapitre 6, de recommandations visant l'amélioration des services destinées aux décideurs du Québec.

Il est important de souligner que même si l'origine ou la nature de la douleur diffèrent d'un patient à l'autre (douleur neuropathique, céphalées, arthrite, par exemple), les modalités de traitement sont généralement similaires lorsque la douleur devient chronique. Il est donc légitime d'envisager la prise en charge des divers types de douleur chronique dans une perspective globale, car les enjeux associés aux services de santé qu'elle mobilise franchissent les barrières disciplinaires.

1.2 AUTRES ENJEUX DÉCISIONNELS

Un traitement approprié, fondé sur des données probantes et administré en temps opportun aux patients souffrant de douleur chronique constitue un défi qui interpelle de nombreux acteurs : les décideurs gouvernementaux, les gestionnaires des établissements de soins, les professionnels de la santé qui offrent des services et, surtout, les patients qui reçoivent des soins et leurs proches qui partagent avec eux le fardeau de cette maladie. En outre, les groupes qui représentent les patients, comme l'Association québécoise de la douleur chronique, réclament une amélioration des services et un meilleur

accès à des services qui sont actuellement sous-financés et manquent de cohérence et de continuité [Comité avisé, 2005]. Parmi les autres acteurs québécois susceptibles d'être interpellés, mentionnons les organismes d'indemnisation des victimes d'accidents du travail ou de la route comme la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), deux organismes gouvernementaux qui « achètent » des services de santé dans des cliniques antidouleur spécialisées pour ces personnes qui souffrent de douleur chronique à la suite des blessures subies.

La demande de services de traitement de la douleur chronique augmentera certainement avec le vieillissement de la population [Alberta Health and Wellness, 2003]. Par ailleurs, il ne fait plus de doute que l'attente de ces services peut jouer un rôle important dans la transformation d'une douleur aiguë en douleur chronique, la prise en charge de cette dernière étant plus difficile et plus coûteuse [Bond et Breivik, 2004]. La difficulté d'accès aux médecins de première ligne et aux spécialistes, pour diverses raisons, et les retards d'accès à des services comme les cliniques antidouleur pour les patients qui en ont besoin contribuent à la souffrance et aux incapacités causées par la douleur chronique. La douleur chronique doit donc être considérée comme une maladie à part entière plutôt que comme un problème dû à

une autre maladie. Lorsqu'elle est devenue une maladie chronique, la douleur réduit la qualité de vie d'une personne de même que sa capacité d'être un membre bien portant et productif de la société.

1.3 LA DOULEUR CHRONIQUE

1.3.1 Définition, types et prévalence

L'une des définitions les plus citées de la douleur chronique est celle de l'International Association for the Study of Pain (IASP), qui tient compte à la fois de la durée et de la perception clinique de la douleur. L'IASP définit la douleur chronique comme « une douleur persistant au-delà du délai normal de guérison des tissus, généralement fixé à trois mois » (trad.) [Ospina et Harstall, 2002, p. 2]. La douleur chronique est définie par Santé Canada comme une douleur qui « persiste [au-delà] du délai normal de guérison, est associée à une maladie prolongée ou est un symptôme assez grave d'une affection récurrente » (trad.) qui dure trois mois ou plus [Ospina et Harstall, 2002, p. 2]. Les définitions de la douleur chronique varient quant à la durée (trois ou six mois), au siège anatomique et à l'intensité. Comme l'illustre le tableau 1, la douleur chronique peut être classée en grandes catégories, soit douleurs musculosquelettiques, douleurs neuropathiques, céphalées et « autres », qui comprennent toutes de nombreux sous-types.

TABEAU 1

Types de douleur chronique (non cancéreuse)

MUSCULOSQUELETTIQUE	NEUROPATHIQUE	CÉPHALÉES	AUTRES
Dorsalgie	Zona/névralgie postherpétique	Migraine	Anémie falciforme (drépanocytose)
Arthrite*	Douleur du membre fantôme	Céphalée de tension	Hémophilie
Douleur temporomandibulaire	Neuropathie diabétique	Céphalée vasculaire de Horton	Syndrome du côlon irritable
Fibromyalgie	Syndrome du canal carpien		
Douleur myofasciale	Syndrome douloureux régional complexe		

* Polyarthrite rhumatoïde ou arthrose.

Remarque : Cette liste n'est pas exhaustive; il s'agit d'un aperçu général visant à donner des exemples au lecteur et à illustrer l'étendue des catégories diagnostiques qu'englobe la douleur chronique.

La douleur chronique est une maladie « orpheline » de la médecine. L'anesthésiologie est depuis longtemps au « centre » du traitement, mais les variations considérables quant au type de douleur chronique, à son intensité, à sa fréquence et au pronostic font en sorte que les patients se retrouvent à tous les niveaux du système de soins et sont traités par plusieurs professionnels de la santé différents. La prise en charge des patients souffrant de douleur chronique a été négligée dans les milieux médicaux pour une multitude de raisons [Glajchen, 2001; Phillips, 2000; Teasell et Merskey, 1997]. En premier lieu, et surtout, la douleur chronique est généralement perçue comme un symptôme plutôt que comme une maladie. En deuxième lieu, comme il y a peu de formation sur sa prise en charge dans la plupart des facultés de médecine, bon nombre de médecins n'ont pas les connaissances nécessaires pour offrir à leurs patients des soins fondés sur des données probantes. Par exemple, même s'il existe un modèle biopsychosocial de prise en charge reconnu [CSAG, 2000], peu de médecins fondent leur pratique sur ses principes. Se fiant à un modèle biomédical, les médecins ont tendance à traiter la douleur chronique selon un modèle de soins de courte durée plutôt que comme une maladie chronique, fragmentant ainsi la prestation des services entre les niveaux de soins. En troisième lieu, malgré l'existence de méthodes d'auto-évaluation validées, il n'y a aucune mesure objective de la douleur et les déclarations des patients sont parfois mises en doute, surtout si l'incapacité semble disproportionnée par rapport aux indices physiologiques de maladie (fibromyalgie ou lombalgie, par exemple). En quatrième lieu, des facteurs culturels ou sociaux peuvent intervenir dans la façon d'aborder ce problème, tant chez les patients que chez les prestataires de soins. En cinquième lieu, les médecins hésitent à prescrire des narcotiques pour traiter la douleur en raison des obstacles institutionnels qui y sont associés et s'inquiètent également des effets secondaires possibles, dont la dépendance. Enfin, en raison de la complexité de la douleur chronique, du

temps qu'exige son traitement et de la nature des politiques de remboursement, les médecins peuvent être réticents à accepter ces patients dans leur pratique [Comité aviseur, 2005].

Au Canada, Birse et Lander [1998] ont réalisé une enquête téléphonique transversale par système d'appel aléatoire auprès d'adultes d'Edmonton, en Alberta. Avec un taux de réponse de 69 % ($n = 410$), la prévalence de la douleur chronique (d'une durée d'au moins six mois) était de 44,4 %. Les femmes étaient plus susceptibles d'en souffrir que les hommes ($p = 0,05$). Moulin et ses collègues [2002] ont noté, lors d'une enquête téléphonique réalisée en 2001, que 29 % des participants d'un échantillon aléatoire stratifié de 2 012 adultes canadiens ont dit souffrir de douleur chronique depuis six mois ou plus. Le taux de réponse n'était toutefois que de 19,1 %. Millar [1996] s'est servi des données d'une enquête de Statistique Canada pour estimer la prévalence de la douleur chronique (d'une durée minimale de six mois) dans différentes provinces, et a observé qu'elle variait selon les régions : chez les hommes de 65 ans et plus, par exemple, la plus forte prévalence était enregistrée au Québec, soit 39 %. Chez les femmes âgées, les taux étaient plus élevés au Québec (38 %) et en Ontario (37 %). Au Québec, 20 % des hommes et 24 % des femmes ont dit souffrir de douleur chronique; pour les deux sexes, la prévalence augmentait avec l'âge. La prévalence globale au Canada était de 17 %.

Ospina et Harstall ont effectué une revue systématique de la littérature sur la prévalence de la douleur chronique à partir de 14 études menées entre 1991 et 2002 au Royaume-Uni, en Australie, au Canada, en France, en Israël, aux Pays-Bas, en Écosse, en Espagne et en Suède, et d'une étude multinationale menée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La prévalence de la douleur chronique chez les adultes variait entre 11,5 et 55,2 %, la moyenne pondérée étant de 35,5 % dans les quatre études où la douleur chronique avait été définie selon les critères de l'IASP (durée de plus de trois mois). La prévalence moyenne pondérée de la douleur chronique généralisée, d'après les

données de trois études, était de 11,8 %. Ce rapport de l'Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR) mentionnait aussi qu'une douleur chronique grave ou qui impose de fortes limitations pourrait affecter 11 % des adultes dans la population générale, d'après les résultats de cinq études qui avaient utilisé la définition de l'IASP et diverses classifications de la gravité⁶ de la douleur chronique [Ospina et Harstall, 2002].

À partir des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population canadienne de 1999 (n = 17 244), Rapoport et ses collègues [2004] ont relevé des taux de prévalence de maladies liées à une douleur chronique de l'ordre de 12 % (chez les personnes de moins de 60 ans) et de 46 % (chez les personnes de 60 ans et plus) pour les affections arthritiques ou rhumatismales; de 15 % (moins de 60 ans) et de 18 % (60 ans et plus) pour les maux de dos; et de 10 % (moins de 60 ans) et de 4 % (60 ans et plus) pour les migraines. La grande variabilité des taux de prévalence estimés peut être attribuée à l'hétérogénéité des populations étudiées, à l'absence de consensus sur les critères utilisés pour définir la douleur chronique (durée, gravité, moment) et aux différentes méthodes de collecte des données (entrevue téléphonique, enquête postale) [Van den Kerkhof *et al.*, 2003].

Malgré la variabilité des taux de prévalence, il ressort clairement de la littérature que la douleur chronique est un problème important dans la population, que sa prévalence augmente avec l'âge [Elliott *et al.*, 1999] et qu'elle touche plus de femmes que d'hommes [Blyth *et al.*, 2001; Buskila *et al.*, 2000]. Selon une enquête internationale, les trois types les plus fréquents sont les dorsalgies, les céphalées et les arthralgies [Gureje *et al.*, 1998].

1.3.2 Fardeau et coûts pour les personnes atteintes, leur famille et la société

Il est reconnu 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 de services de santé, alors que les coûts indirects comprennent les pertes de productivité découlant de l'absence du travail, la baisse des recettes fiscales et la hausse des montants versés en indemnités d'invalidité [Turk, 2002]. Il est manifeste que l'incapacité due à la douleur chronique représente la plus grande partie des coûts économiques⁷. Les coûts directs et indirects combinés de la douleur chronique, tous types confondus, ne semblent pas avoir été calculés, sauf dans une estimation approximative selon laquelle ils dépasseraient les 125 milliards de dollars par année aux États-Unis⁸ [Turk *et al.*, 1999]. Selon les estimations, les coûts annuels moyens des soins de santé pour un patient atteint de douleur chronique aux États-Unis vont de quelque 13 000 \$ à plus de 18 000 \$⁹ [Turk, 2002]. À l'heure actuelle, il n'existe pas de données semblables sur les coûts globaux de la douleur chronique au Canada (les données canadiennes sur les troubles du dos et de la colonne vertébrale sont présentées à l'annexe C).

De nombreuses données indiquent qu'un recours fréquent aux services de santé est associé à la douleur chronique [Blyth *et al.*, 2003; Mantyselka *et al.*, 2001; Buskila *et al.*, 2000]. D'après l'Enquête nationale sur la santé de la population canadienne de 1994-1995, les personnes atteintes de douleur chronique grave avaient consulté un médecin plus souvent (moyenne : 12,9 *versus* 3,8 consultations) et avaient été hospitalisées plus longtemps (durée moyenne : 3,9 jours *versus* 0,7 jour) que celles qui ne souffraient pas de douleur chronique au cours de l'année précédente [Millar, 1996]. D'autres rapports [Schopflocher, 2003; Turk, 2002] confirment l'existence d'un lien entre la gravité de la douleur et l'utilisation des ressources en soins de santé (prise d'analgésiques, consultations de professionnels

6. Selon l'intensité, le degré de limitation fonctionnelle et (ou) les incapacités.

7. D^r P. Loisel, communication personnelle, 22 août 2005.

8. Estimations basées sur les données de 1986 et mises à jour à l'aide d'autres données de 1997 sur les variations du coût des soins médicaux et des hospitalisations.

9. En dollars américains, de 1988 à 1997.

médicaux, hospitalisations, par exemple). Plus récemment au Canada, Rapoport et ses collègues [2004] ont, à partir des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1999, établi un classement de l'utilisation des ressources pour plusieurs maladies chroniques, dont la douleur. Les maladies associées au plus fort taux d'utilisation des ressources globales (déterminé par le nombre de visites chez un médecin et de jours d'hospitalisation) au Canada ont été les dorsalgies, les affections arthritiques ou rhumatismales, l'hypertension et la migraine chez les personnes de moins de 60 ans, et les affections arthritiques ou rhumatismales et l'hypertension chez les personnes de 60 ans et plus.

La douleur chronique peut avoir un effet dévastateur sur la vie des personnes atteintes et de leur famille, en affectant le fonctionnement, l'humeur, le sommeil, les rapports sociaux et la qualité de vie des patients [Eriksen *et al.*, 2003; McWilliams *et al.*, 2003; Wilson *et al.*, 2002; Ashburn et Staats, 1999; Gureje *et al.*, 1998]. Plusieurs études ont révélé que la douleur chronique est liée à une prévalence accrue d'anxiété ou de troubles dépressifs [McWilliams *et al.*, 2003; Blyth *et al.*, 2001; Gureje *et al.*, 2001; 1998], surtout lorsqu'elle limite de façon importante les activités quotidiennes. Dans une enquête de l'OMS réalisée auprès d'environ 26 000 patients adultes recourant à des soins de première ligne en Asie, en Afrique, en Europe et dans les Amériques, les patients ayant souffert de douleurs persistantes (pendant au moins six mois au cours de l'année précédente) étaient quatre fois plus susceptibles de souffrir d'anxiété ou de trouble dépressif (rapport de cotes [RC] : 4,14; intervalle de confiance [IC] à 95 % : de 3,52 à 4,86) que ceux qui n'avaient pas de douleur persistante [Gureje *et al.*, 1998]. Ces résultats vont dans le même sens que ceux de l'enquête d'Ohayon et Schatzberg [2003], réalisée auprès d'environ 20 000 personnes représentatives de la population générale (âgées de 15 ou 18 ans et plus) de cinq pays européens, selon lesquels la prévalence des troubles dépressifs majeurs était de 10,2 % chez

des sujets souffrant d'une maladie physique chronique douloureuse pendant au moins six mois (comparativement à 2,7 % chez les sujets exempts de telles maladies, $p < 0,001$).

Les données sur l'Alberta issues de l'Enquête nationale sur la santé de la population canadienne de 1996 ($n = 15\,535$) montrent qu'il existe un lien entre l'intensité de la douleur et la probabilité de détresse psychologique et de dépression clinique : plus explicitement, la dépression a été diagnostiquée par un psychiatre chez 4 % des patients ne ressentant aucune douleur, comparativement à 25 % des patients souffrant de douleurs graves [Schopflocher, 2003]. Ces données indiquent aussi que les sujets ayant des douleurs modérées ou graves limitent davantage leurs activités que ceux qui ressentent une douleur légère (une restriction des activités générales étant signalée par 85 % des sujets atteints de douleurs graves), et comptent plus de jours d'invalidité (6,19 jours dans les deux semaines précédant l'enquête chez les personnes souffrant de douleurs graves *versus* 1,15 jour chez les personnes ayant des douleurs légères).

1.3.3 Prise en charge clinique de la douleur chronique

La présente sous-section fournit un bref aperçu des types de professionnels de la santé et de services auxquels recourent les personnes souffrant de douleur chronique. Un certain nombre d'études ont indiqué que la prise en charge clinique des diverses affections non cancéreuses causant des douleurs chroniques demeure insatisfaisante [Jensen *et al.*, 2003; CSAG, 2000]. En raison de ses conséquences nocives sur le fonctionnement physique et psychosocial des patients, la douleur n'est qu'un des nombreux aspects à considérer dans la prise en charge de ces patients [Veillette *et al.*, 2005; Ashburn et Staats, 1999]. Les effets biopsychosociaux de la douleur chronique (dorsalgies, céphalées, arthrite, fibromyalgie, par exemple) amènent souvent les patients à se tourner vers des médecines complémentaires

ou parallèles (MCP) telles que l'acupuncture, le massage, les techniques de relaxation, la rétroaction biologique, l'hypnose, la méditation et le yoga, pour n'en nommer que quelques-unes [Fisher *et al.*, 2004; Wolsko *et al.*, 2004; Astin *et al.*, 2003; Fautrel *et al.*, 2002], afin d'atténuer leur souffrance. Les MCP ne seront toutefois pas traitées dans le présent rapport parce qu'elles constituent un sujet en soi et ne sont actuellement pas couvertes par le régime public d'assurance maladie du Québec.

Les services de santé que les patients souffrant de douleur chronique utilisent peuvent être offerts dans un contexte unidisciplinaire ou multidisciplinaire. Dans chacun de ces contextes, les professionnels de la santé peuvent adopter différents « modèles de soins », comme les approches biomédicales, psychosociales ou axées sur la réadaptation. La plupart des patients souffrant de douleur chronique sont traités en première ligne¹⁰ par des omnipraticiens. Ceux-ci exercent souvent « en solo », et leurs méthodes de traitement de la douleur chronique comprennent des interventions médicamenteuses (anti-inflammatoires non stéroïdiens, inhibiteurs de la COX-2, antidépresseurs, anticonvulsivants, opioïdes) et des conseils (perte pondérale, exercice). Les omnipraticiens peuvent diriger les patients vers un professionnel paramédical (un physiothérapeute, par exemple) ou un médecin spécialiste.

Les professionnels paramédicaux qui peuvent participer au traitement des patients atteints de douleur chronique (physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, etc.) travaillent dans des milieux de soins de première ligne (par exemple cabinets privés de médecins, cliniques médicales) et des établissements institutionnels comme les centres de réadaptation et les hôpitaux. Ils peuvent aussi exercer leurs fonctions dans des cliniques antidouleur spécialisées dans un contexte de soins multidisciplinaires (bien que les cliniques de la douleur puissent également être unidisciplinaires). Les hôpitaux dispensent

généralement des soins paramédicaux, mais ceux-ci sont souvent réservés aux patients hospitalisés. Après leur sortie de l'hôpital, les patients qui ont encore besoin de soins paramédicaux doivent donc recourir à des services privés. De façon générale, les physiothérapeutes aident les patients à recouvrer leurs capacités fonctionnelles, les ergothérapeutes facilitent leur retour au travail ainsi que l'adaptation environnementale et comportementale à la maison et au travail, et les psychologues leur enseignent des moyens de composer avec la douleur, de réduire la détresse psychologique (notamment l'anxiété et la dépression), de suivre les directives médicales et d'améliorer leur qualité de vie. De nombreux patients atteints de douleur chronique, notamment ceux qui souffrent de douleurs dorsales et cervicales, consultent des chiropraticiens¹¹ qui manipulent manuellement des parties du corps comme la colonne vertébrale.

Les patients atteints de douleur chronique peuvent être examinés et (ou) traités par différents spécialistes, comme des anesthésiologistes, des spécialistes de la douleur, des rhumatologues, des neurochirurgiens, des chirurgiens orthopédistes, des chirurgiens généralistes, des physiatres ou des neurologues. Par exemple, les anesthésiologistes peuvent moduler l'aspect sensoriel de la douleur par des blocs nerveux, des injections et des dispositifs implantables. Dans les cas d'atteinte spinale, l'orientation vers un chirurgien est absolument nécessaire lors d'une « perte motrice soudaine ou graduelle ou d'un déficit neurologique » (trad.), tandis que chez les patients souffrant de « douleurs radiculaires persistantes » (trad.), elle peut être indiquée après un programme d'intervention ou de réadaptation [Wisconsin Medical Society Task Force on Pain Management, 2004, p. 29].

La principale caractéristique de la prise en charge de la douleur dans une clinique

10. La hiérarchie des services de santé est discutée de façon plus détaillée à la section 3.4.1.

11. Les chiropraticiens ne font pas partie du système de soins universel au Québec et, par conséquent, leurs honoraires ne sont pas remboursés par le régime public d'assurance maladie.

multidisciplinaire de la douleur (CMD) est le processus global d'évaluation et de traitement réalisé par une équipe fonctionnant selon une approche intégrée. Les CMD sont souvent situées dans les hôpitaux, mais il existe également des cliniques privées au Québec (et ailleurs). L'équipe d'une CMD est composée de professionnels de diverses disciplines, ayant chacun une formation spécialisée et de l'expérience dans différents aspects du traitement de la douleur, comme des anesthésiologistes, des chirurgiens, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des psychologues et autres. Les objectifs du traitement ne se limitent pas au soulagement de la douleur et vont jusqu'à la réduction de l'incapacité et à l'amélioration du fonctionnement physique, psychologique, social et professionnel et de la qualité de vie liée à la santé [Ashburn et Staats, 1999]. Le patient joue un rôle actif dans son traitement et est encouragé à assumer une grande part de responsabilité dans le processus de réadaptation. Le traitement peut aussi comprendre des médicaments, des techniques interventionnelles, une thérapie cognitivo-comportementale, des services d'orientation professionnelle et la physiothérapie.

Il est important de clarifier la nuance subtile, mais fondamentale, entre deux termes souvent employés de manière interchangeable dans le domaine de la douleur chronique : multidisciplinaire et interdisciplinaire [Ospina et Harstall, 2003]. D'une part, le terme *multidisciplinaire* s'applique aux soins offerts en parallèle à un patient par plusieurs professionnels de la santé de différentes disciplines (un médecin et un physiothérapeute, par exemple). Ces professionnels peuvent travailler ou non au même endroit (dans le même hôpital, par exemple) et avoir ou non des dossiers de patients communs (exercer tous deux en pratique privée et avoir une clientèle distincte). D'autre part, le terme *interdisciplinaire* signifie que des professionnels

de la santé ayant différentes compétences travaillent non seulement de façon concertée, mais aussi qu'ils se rencontrent pour discuter des cas, qu'ils utilisent un seul système d'enregistrement des informations (notes sur les patients versées dans un même dossier) et, surtout, qu'ils adoptent une approche uniforme de prise en charge du patient. De toute évidence, le patient est traité par des membres d'une équipe qui ont des objectifs similaires et qui ajustent le traitement en fonction des réponses du patient à toutes les interventions. Cette approche de travail synchronisée peut exiger une formation spécialisée de sorte que les membres de l'équipe comprennent les rôles et responsabilités de chacun et agissent en conséquence. Bien qu'un modèle de réadaptation fondé sur des soins de diverses disciplines soit considéré comme la « référence » pour les patients atteints d'une douleur chronique réfractaire à un traitement moins intensif (et qu'il soit recommandé par l'IASP : voir la section 3.4.1), l'approche interdisciplinaire est considérée comme optimale dans les cliniques antidouleur [Veillette, 2004]. Dans ce rapport, le terme « multidisciplinaire » est utilisé lorsqu'il l'est dans le document de référence cité.

Le besoin de faire reconnaître la douleur en tant que problème de santé majeur est mis en évidence dans le document *Pain Care Bill of Rights* (Déclaration sur les droits au soulagement de la douleur) préparé par l'American Pain Foundation à l'intention des patients et dans le Manifeste de la douleur chez le patient de la Société canadienne de la douleur (voir l'annexe A). Le manifeste canadien a été conçu sous forme de signet et d'affiche qui définissent le droit du patient à un traitement antidouleur et l'obligation du personnel hospitalier d'évaluer la douleur et de fournir les meilleurs traitements possibles. En 1995, l'American Pain Society a forgé l'expression *Pain as a 5th Vital Sign* (la douleur comme 5^e signe vital) et encouragé

les médecins et les infirmières à évaluer la douleur aussi régulièrement que la fréquence cardiaque, la tension artérielle et les autres signes vitaux¹². Une telle initiative a été adoptée dans tous les établissements de la Veterans Health Administration (VHA) aux États-Unis¹³, à l'Hôpital Sainte-Anne (Sainte-Anne-de-Bellevue, Québec, un établissement rattaché aux Affaires des Anciens Combattants du Canada¹⁴), et est devenue une pratique imposée par la loi dans l'État du New Jersey, par exemple, en 2000¹⁵.

12. American Pain Society. Pain: The Fifth Vital Sign™. Disponible à : <http://www.ampainsoc.org/advocacy/fifth.htm> (consulté le 31 août 2005).

13. Veterans Health Administration (VHA). Pain as the 5th Vital Sign: Take 5. Section 2: An overview of the VHA National Pain Management Strategy. Disponible à : <http://www.va.gov/oaa/pocketcard/Section2.asp> (consulté le 31 août 2005).

14. Veterans Affairs Canada. Pain as the 5th Vital Sign. Disponible à : http://www.vac-acc.gc.ca/clients/sub.cfm?source=steannes/pub_research/msavoie_02 (consulté le 5 septembre 2005).

15. New Jersey State Nurses Association – New Jersey Nursing Legislation. Fifth Vital Sign. Disponible à : <http://www.njsna.org/fifthVitalSignLaw.html> (consulté le 31 août 2005).

2.1 QUESTIONS EXAMINÉES DANS CE RAPPORT

- 1) Existe-t-il de la documentation sur l'expérience canadienne et étrangère en matière d'organisation, de prestation et de suivi des services de santé offerts aux personnes qui souffrent de douleur chronique ou privilégiant les expériences qui rendent compte des résultats cliniques obtenus ?
- 2) Y a-t-il des études portant sur les éléments organisationnels de la prise en charge de la douleur chronique (qui doit offrir des soins et quand, stratégies multimodales ou unimodales, formation des prestataires de soins, recours à des gestionnaires de cas, etc.) qui montrent l'effet de ces éléments sur des indicateurs de résultats comme l'état de santé du patient (douleur, fonctionnement physique ou psychologique, qualité de vie, etc.), sa satisfaction à l'égard des services ou les facteurs liés aux soins (délais d'attente, recours aux services de santé, efficacité des corridors de services, etc.) ?

2.2 MÉTHODES

2.2.1 Recherche documentaire

Pour l'information présentée au chapitre 3 et dans les annexes, des recherches ont été effectuées dans la littérature publiée et la littérature « grise » portant sur des composantes organisationnelles de la prise en charge de la douleur chronique en général, et sur les aspects propres au traitement de la dorsalgie chronique et du syndrome douloureux régional complexe (deux études de cas). Les bases de données électroniques suivantes ont été interrogées :

PubMed, Cochrane Library et ses sous-bases (Systematic Reviews, DARE, HTA, NHS-Economic Evaluation, CENTRAL), REHAbdata et catalogues bibliographiques pour l'Amérique du Nord (dont Locator plus, National Library of Medicine), le Royaume-Uni et la France. Le réseau Internet a été scruté au moyen de moteurs de recherche (Google, AltaVista, HotBot, Lycos, Teoma, Incy Wincy, Scirus). Des rapports pertinents ont été recherchés dans les bases de données sur l'évaluation des technologies de la santé (ETS) et dans les sites Web d'agences d'ETS. Les références citées dans les articles et rapports retenus ont été examinées afin d'en extraire toute source d'information pertinente.

Des mots clés (ayant différentes terminaisons désignées par *) liés à la douleur chronique (ou *chronic disease AND pain*; douleur chronique), *back pain* [douleur dorsale] (ou *back ache*; *lumbago*; *dorsalg**; *lombalg**) et *complex regional pain syndrome* [syndrome douloureux régional complexe] (ou *reflex sympathetic dystrophy* ou divers autres termes connexes tels que *causalgia* [causalgie] ont été combinés aux types suivants de termes « organisationnels » : *program*, *model*, *multidisciplinary*, *interdisciplinary*, *multimodel*, *pain clinics*, *pathways*, *referral*, *consultation*, *continuity of patient care*, *critical pathways*, *organization*, *service*, *setup*, *structure*, *management*, *administration*, *delivery of health care* et « *prevention and control* ». Des recherches ciblées sur des composantes organisationnelles particulières ont été réalisées au moyen des mots clés suivants :

- *case management* (*care manage**, *care coordinator*, *case manage**, *case coordinator*, *patient care management*);

- *professional training (education*, education [nursing], education [continuing], education [professional], teaching, training, curriculum, course, workshop AND nurs*, physician*, physiotherapy*, profession*, physical, therapy*, medical staff);*
- *clinical practice guidelines (guideline*, practice guidelines, health planning guidelines, guideline adherence);*
- *information technology et telemedicine (remote consultation, information technology, telerehabilitation*, telemedicine, medical informatics, telecommunication*, computer systems, computer communication, information service, information systems, information management, computer communication networks).*

Nous avons surtout recherché des informations permettant de relier une structure organisationnelle et (ou) des éléments de processus de prise en charge de la douleur chronique aux résultats chez les patients ou les prestataires de soins (le cadre conceptuel de ce rapport est décrit de façon plus détaillée à la section 3.1). Les mots clés liés aux résultats étaient les suivants : *treatment outcome, evaluation, outcome assessment, outcome and process assessment, evaluation studies, program evaluation, efficiency (organizational), quality assurance (health care), quality control, follow-up studies, effective*, efficac* et health status*. Pour répondre au premier objectif, nous avons choisi trois modèles de pays et de systèmes qui ont fait preuve d'un esprit innovateur dans la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique (les critères de sélection précis sont énoncés à la section 3.3). Une fois ces modèles choisis, l'accent a été mis sur une recherche plus poussée de documentation émanant de ces pays et systèmes. Une recherche ciblée a aussi été effectuée pour compléter toute l'information provenant du Québec ou d'autres provinces ou territoires du Canada. De plus, une recherche complémentaire a été effectuée dans PubMed, EMBASE, Pascal, NLM Gateway, Psycinfo, Science Citation Index, Social Science Citation,

Wilson Social Science Abstracts et Sociological Abstracts pour recueillir des données sur la satisfaction des patients à l'égard du traitement de la douleur chronique. Certains sujets abordés au chapitre 1 (coûts, par exemple) ont fait l'objet de recherches plus spécifiques. PubMed a été la principale source d'information dans de tels cas.

La recherche générale a couvert la période allant de 1990 jusqu'au début de 2005, mais la recherche d'information sur la dorsalgie chronique et le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) a été limitée à la littérature publiée depuis 2000. Les données portant uniquement sur la douleur due au cancer ont été exclues, tout comme celles qui ne s'appliquent qu'en pédiatrie.

2.2.2 Sélection de la documentation

La sélection de la documentation s'est effectuée en deux temps. Le premier auteur a d'abord analysé la documentation (littérature grise essentiellement) sur les aspects organisationnels de la prise en charge de la douleur chronique et les résultats de la recherche dans Internet afin de sélectionner trois modèles de systèmes faisant preuve d'un engagement particulier envers la prise en charge de la douleur chronique et d'obtenir une vue d'ensemble des enjeux pertinents. Cette vue d'ensemble et une ébauche des données provisoires, ainsi qu'une participation au comité consultatif précité (Comité aviseur), ont servi de base à l'élaboration de la structure thématique du rapport. Dans un deuxième temps, la littérature publiée et la littérature grise portant sur l'organisation des services de prise en charge de la douleur chronique ont été sélectionnées par le premier auteur selon un certain nombre de critères : 1) contenu thématique; 2) utilité pour les décideurs (données ayant au moins une certaine pertinence dans le contexte de soins du Québec et provenant de recherches appliquées, si possible); 3) niveau de preuve (priorité aux études contrôlées); 4) lieu géographique; 5) date de publication (priorité aux informations récentes); et 6) type de douleur chronique (priorité à la douleur chronique en général, à la

dorsalgie chronique et au syndrome douloureux régional complexe). En raison de l'étendue des activités de prise en charge de la douleur chronique et pour des questions de faisabilité et d'échéances, les auteurs n'ont pas tenté de faire une revue systématique complète. Leur objectif a plutôt été d'apporter un complément à l'information recueillie sur les modèles retenus en y ajoutant les données de recherche les plus probantes sur des aspects organisationnels particuliers.

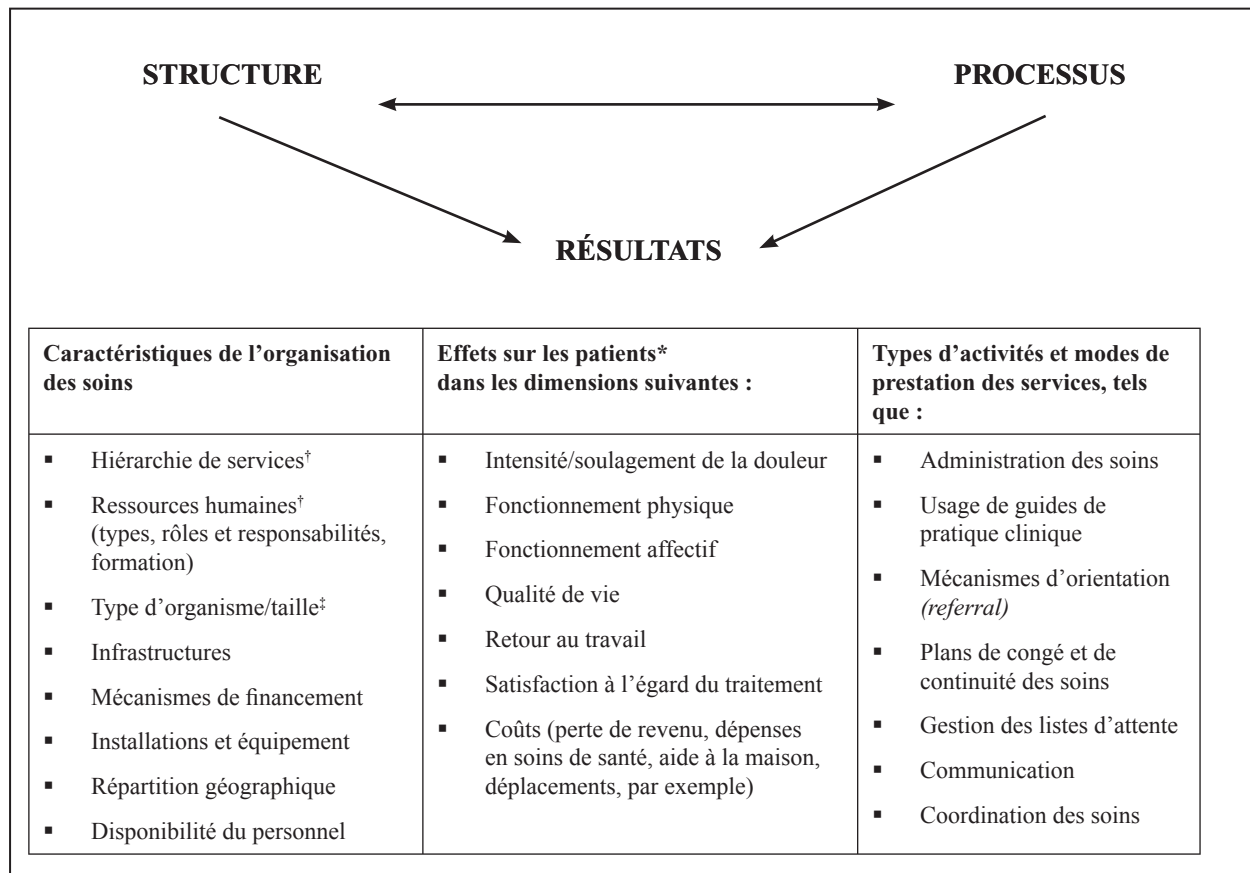
3.1 CADRE CONCEPTUEL D'ANALYSE

Dans le présent chapitre, nous examinons les aspects organisationnels de la prise en charge de la douleur chronique au moyen du cadre conceptuel illustré à la figure 1. Nous suivrons ce cadre dans le document en divisant le contenu principal en deux sections, structure et processus, et en présentant toutes les informations sur les résultats qui y sont associés

dans la section la plus appropriée. Par exemple, les recherches sur une composante structurelle des soins contre la douleur chronique sont passées en revue dans la section sur la structure. Si la structure et les processus ont tous deux été évalués, nous présentons l'étude dans les deux sections, si possible, ou décidons dans quelle section seront placés les résultats cliniques en fonction des objectifs de la recherche.

FIGURE 1

Cadre conceptuel d'analyse des aspects organisationnels



* Lorsqu'ils sont disponibles, les résultats pour les prestataires de soins sont aussi présentés dans notre rapport (satisfaction au travail, usage de guides de pratique clinique, consignation de l'information dans les dossiers médicaux).

[†] Ces deux éléments de structure font l'objet d'une analyse au chapitre 3 en fonction de la disponibilité et de la pertinence des informations pour le présent rapport. Dans le cas des autres éléments de structure, la recherche a été infructueuse (aucune information n'a été trouvée) ou a fourni des informations jugées insuffisantes pour être présentées.

[‡] Par exemple, cabinet privé, clinique, hôpital, centre de réadaptation.

Tout au long du chapitre 3, nous présenterons des informations descriptives sur trois modèles de pays et de systèmes (le processus de sélection de ces modèles est décrit à la section 3.3) et passerons aussi en revue les données publiées sur ces systèmes ou ceux d'autres régions, dont le Québec. Une partie de l'information descriptive est également propre au Québec. Certaines questions ont été mieux étudiées que d'autres, ce qui se reflète dans la couverture des différents thèmes dans le rapport¹⁶. Notre objectif de recueillir des données permettant de faire le lien entre les innovations dans la structure organisationnelle et (ou) les processus et les résultats obtenus chez les patients souffrant de douleur chronique n'a été que partiellement atteint en raison du nombre restreint de documents où de tels liens étaient établis de manière explicite.

3.2 RÉSULTATS DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Du point de vue du patient, un certain nombre de résultats sont des indicateurs importants de l'effet des éléments de structure et de processus sur la prise en charge de la douleur chronique. L'efficacité pratique ou théorique d'une composante de prise en charge – comme le traitement par un mode d'intervention donné – peut donc être définie dans un sens large afin d'englober des éléments liés à la douleur (intensité, fréquence, etc.), au fonctionnement (incapacité physique, psychologique et sociale), à la qualité de vie et aux coûts économiques, par exemple. Dans ce rapport, ces types de résultats sont présentés lorsque l'information émanait des modèles de pays et de systèmes retenus ou faisait partie des résultats d'études publiées. Les types de résultats considérés, de même que les outils employés pour les mesurer, diffèrent bien sûr d'une étude à l'autre.

16. Par exemple, de nombreux travaux ont été menés en vue de déterminer si les omnipraticiens utilisent les guides de pratique clinique sur la dorsalgie, alors que nous avons trouvé relativement peu de publications contenant de l'information sur les cheminement thérapeutiques pour la douleur chronique.

3.2.1 Mesure des résultats chez les patients

Le suivi des résultats chez les patients atteints de douleur est devenu un sujet de grand intérêt depuis quelques années, comme en témoigne le groupe IMMPACT, un consortium de spécialistes de la douleur qui se consacrent aux questions et aux méthodes de mesure essentielles pour la recherche et les travaux cliniques sur la douleur¹⁷. Turk et ses collègues [2003] ont proposé des aspects clés à prendre en considération pour déterminer si le traitement de la douleur est efficace (dans le contexte des essais cliniques). Ces aspects comprennent des mesures de la douleur (intensité de la douleur; soulagement de la douleur, etc.), le fonctionnement physique lié à la douleur, le fonctionnement affectif (dépression, anxiété, etc.), la qualité de vie, le retour au travail et la satisfaction du patient à l'égard de la prise en charge de la douleur. En plus des paramètres à mesurer, le moment où l'indicateur choisi devrait être évalué est aussi précisé dans ces recommandations. La marche à suivre dépend de nombreux facteurs, comme le type de traitement employé, les ressources disponibles pour la consignation et l'analyse des données ainsi que le but de l'évaluation. Au minimum, une évaluation doit être effectuée avant et après le traitement, et la persistance des effets de ce dernier doit être vérifiée par un suivi à plus long terme.

3.2.2 Satisfaction à l'égard du traitement

La satisfaction à l'égard du traitement est un concept complexe qui peut être modulé par la façon dont le malade ressent la maladie, par ses attentes à l'égard du traitement, par les résultats liés (ou considérés comme étant liés) au traitement, par sa perception de la qualité des soins reçus de même que par sa santé psychologique et physique au moment de la mesure. En plus de méthodes d'évaluation globale de la satisfaction à l'égard du traitement, il existe des échelles multidimensionnelles permettant d'intégrer les résultats liés à la santé

17. Voir le site Web : www.IMMPACT.org.

et d'autres éléments tels que les compétences des prestataires de soins, l'accès au traitement et la coordination des soins [National VA Pain, 2003; Bidaut-Russell *et al.*, 2002; Hudak et Wright, 2000; Sitzia et Wood, 1997]. Nous avons cherché dans la littérature des informations sur la satisfaction du patient relativement aux composantes d'organisation et de services pour le traitement de la douleur chronique. Dans divers contextes, des thèmes similaires sont ressortis en tant qu'éléments importants de la satisfaction à l'égard du traitement : enseignement sur la douleur [Brown, 2004; Chapman *et al.*, 2000; May, 2000], apprentissage de l'autoprise en charge [Brown, 2004; Hertzman-Miller *et al.*, 2002; Chapman *et al.*, 2000; May, 2000; Nyiendo *et al.*, 2000] ou participation du patient à son traitement [Brekke *et al.*, 2001; May, 2000], et explication du traitement [Hertzman-Miller *et al.*, 2002; McCracken *et al.*, 2002; May, 2000]. Parmi les autres facteurs liés aux services qui influaient sur la satisfaction des patients, mentionnons les caractéristiques des prestataires de soins (empathie, cordialité, compétence, exhaustivité de l'évaluation diagnostique) [Wickizer *et al.*, 2004; Evans *et al.*, 2003; McCracken *et al.*, 2002; May, 2000; Nyiendo *et al.*, 2000], la confiance à l'égard des traitements [Hertzman-Miller *et al.*, 2002; Nyiendo *et al.*, 2000], et les éléments de structure et de processus des soins (durée suffisante des rendez-vous ou consultations plus longues, accès, coordination des soins, souplesse pour les rendez-vous) [Wickizer *et al.*, 2004; Evans *et al.*, 2003; Hertzman-Miller *et al.*, 2002; May, 2000; Nyiendo *et al.*, 2000].

3.3 BRÈVE DESCRIPTION DES SYSTÈMES ET PAYS AYANT FAIT DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR UNE PRIORITÉ

Dans cette section, nous décrirons brièvement l'engagement d'améliorer la prise en charge de la douleur des trois modèles de pays et de systèmes sur lesquels nous avons choisi de

nous pencher. Ces modèles ont été retenus pour plusieurs raisons : 1) engagement clair à l'égard des services de santé affectés à la douleur chronique et du contrôle de leur qualité; 2) services fournis à tous les membres d'une région donnée ou d'un groupe; et 3) disponibilité d'une quantité suffisante d'information sur leurs programmes respectifs pour qu'on puisse les inclure dans ce rapport. Aux sections 3.4 et 3.5, nous présenterons les informations sur la structure, les processus et les résultats de ces trois modèles¹⁸ chaque fois qu'elles sont pertinentes, en prêtant une attention particulière à toute similitude entre les modèles. Il faut retenir que le chapitre 3 fournit de l'information sur d'autres régions et systèmes de soins, car nous présentons aussi les données sur la structure, les processus et les résultats publiées dans des études pertinentes. Ces autres régions et systèmes de soins n'ont toutefois pas été considérés comme des modèles, car ils ne répondaient pas aux trois critères précités. En outre, les informations et les données de recherche recueillies au Québec, le cas échéant, seront présentées tout au long du rapport.

3.3.1 France

Au cours des 10 dernières années, la douleur, et plus particulièrement la douleur chronique « rebelle », ont été une priorité nationale pour la France [MSFPH, 2002]. Le ministre de la Santé s'est engagé à améliorer la prise en charge globale et le traitement de la douleur chronique, tant pour les soins offerts en établissement qu'en mode ambulatoire, en lançant la Phase I (1998-2000) d'un « Programme national de lutte contre la douleur » [MSFPH, 2002]. Le ministère a financé la mise en place, à l'échelle nationale, de structures multidisciplinaires pour l'évaluation et le traitement de la douleur chronique persistante, quoique surtout dans le secteur des soins de troisième ligne. En 2002, une deuxième phase (2002-2005) du programme

18. Ces informations sont extraites des sites Web mentionnés, à moins d'indication contraire. Pour les données sur un modèle de pays ou de système, chaque référence bibliographique s'applique en tant que source de documentation jusqu'à la référence suivante.

national a été amorcée. Cette fois, en plus des objectifs de la première phase, la stratégie cible également trois domaines précis : douleur chez l'enfant, migraine et douleur postopératoire. Une structure hiérarchique de services a été mise en place. Des comités de la douleur ont été formés dans des hôpitaux. Ils sont chargés, notamment, de la formation continue des professionnels de la santé, de la promotion du développement de réseaux hôpital-hôpital et ville-hôpital et de la coordination des services de lutte contre la douleur [ARHRA, 1998; CNRD, 1998]. Un guide méthodologique sur l'organisation des services de prise en charge de la douleur dans les établissements de soins a été publié en 2002 à l'intention des cliniciens et des décideurs [MSFPH, 2002]. En France, Internet est beaucoup utilisé pour la diffusion de politiques et procédures, y compris des documents destinés aux patients et aux professionnels (guides de pratique clinique, par exemple).

3.3.2 Australie

Des services de prise en charge de la douleur sont offerts en Australie depuis le milieu des années 1960, et sont devenus mieux connus à la fin des années 1970 [Faculty of Pain Medicine, 2003]. À cette époque, des ressources multidisciplinaires ont été mises en place pour la prise en charge de la douleur rebelle grave d'origine cancéreuse et non cancéreuse. De plus, des « programmes de prise en charge de la douleur aiguë » sont en place depuis le début des années 1980. Au cours des 20 dernières années, un nouvel équilibre s'est installé entre la prise en charge des cas courants par les champs de spécialité appropriés et l'orientation des cas plus difficiles vers des services spécialisés de traitement de la douleur. L'accent a été mis sur l'amélioration globale de la prise en charge de la douleur par les initiatives suivantes : programmes de formation pour les médecins débutants; élaboration de protocoles et procédures afin d'améliorer l'efficacité et la sécurité des traitements et de faciliter la prise en charge par les médecins généralistes et le personnel infirmier; promotion d'échanges

fréquents entre le personnel des cliniques multidisciplinaires de la douleur (CMD) et les spécialistes qui orientent les patients, se traduisant par un processus d'apprentissage mutuellement avantageux; lancement à grande échelle de programmes de traitement de la douleur aiguë, qui sont généralement offerts conjointement avec les CMD ou qui en font partie.

3.3.3 La Veterans Health Administration des États-Unis

La Veterans Health Administration (VHA) est l'organisme responsable des soins offerts au personnel militaire partout aux États-Unis, et offre des services à quelque 25 millions de personnes. En 1998, la VHA, en collaboration avec l'Institute for Healthcare Improvement [Cleeland *et al.*, 2003], a entrepris la préparation d'une stratégie nationale de prise en charge de la douleur (*VHA National Pain Management Strategy*) [VHA, 1998]. L'objectif global de la VHA était l'élaboration d'une approche de prise en charge de la douleur globale, uniformisée, multiculturelle, intégrée, bien suivie dans son application et utilisée dans tous ses établissements pour les anciens combattants souffrant de douleur aiguë et chronique. Un comité de coordination a été mis sur pied et chargé de l'organisation structurelle de la mise en œuvre de la stratégie [Craine et Kerns, 2003]. Ce comité est composé d'un président, d'un coordonnateur du programme national et d'un groupe multidisciplinaire d'experts exerçant dans les établissements de la VHA et ayant des compétences dans le domaine de la prise en charge de la douleur, de la formation, de la recherche et des technologies de l'information. Il y a également plusieurs groupes de travail, dirigés par des membres du comité. Chaque groupe est responsable d'un aspect essentiel à l'atteinte des objectifs de la stratégie (élaboration de lignes directrices cliniques, lignes directrices destinées aux pharmaciens, mesure des résultats, recherche, formation). Un point de contact est désigné pour chacun des 21 réseaux de services intégrés pour anciens combattants (Veterans

Integrated Service Networks [VISN]) au sein de la VHA pour assurer la liaison entre le comité et les établissements des VISN, qui dispensent des services tant à des patients hospitalisés qu'ambulatoires.

La VHA a mis en place des structures et des processus qui permettent aux patients souffrant de douleur de recevoir des soins à divers niveaux du système, selon le type de douleur et la durée du problème [VHA, 1998; Clark, 2004a]. Des cliniques ont été ouvertes, des équipes multidisciplinaires ont été formées et l'accès à des soins spécialisés contre la douleur a été élargi [Craine et Kerns, 2003]. Des représentants des services de formation de tous les VISN participent à la préparation et à la diffusion du matériel éducatif destiné aux établissements [Craine et Kerns, 2003], de sorte qu'une pratique standard est établie dans l'ensemble du système. Le perfectionnement des compétences cliniques et l'amélioration des connaissances sur la prise en charge de la douleur sont des objectifs clés, et ciblent tant les patients et leur famille que le personnel. La prise en charge interdisciplinaire de la douleur est encouragée [Kerns, 2003]. Fait important, la VHA a investi dans une plateforme de technologies de l'information afin de rendre accessibles des modèles informatisés d'évaluation de la douleur et de faciliter le suivi systématique des résultats chez les patients et l'évaluation de la qualité des services offerts dans l'ensemble de son système [Craine et Kerns, 2003]. Au sein de la VHA, la recherche est prônée en tant que partie intégrante de la vision de prise en charge de la douleur [Kerns, 2003].

3.4 STRUCTURE DES SERVICES DE SANTÉ

Nous présenterons dans cette partie des informations sur les structures de soins des trois modèles retenus et d'autres régions et systèmes, dont le Québec, lorsque des études pertinentes pour les sujets couverts ont été repérées. Nous

discuterons de la hiérarchie des services de santé (section 3.4.1), des rôles et responsabilités des divers types de professionnels de la santé (section 3.4.2) et de la formation (section 3.4.3), car ces aspects sont liés à la prise en charge de la douleur chronique. Soulignons que nous n'avons trouvé aucun document où étaient précisées la taille et la composition que devraient avoir les équipes pour pouvoir traiter chaque année, dans un contexte particulier, un certain nombre de patients souffrant de douleur chronique.

3.4.1. Hiérarchie de services

Les systèmes de santé sont généralement structurés en niveaux hiérarchisés de prestation des soins. Ces niveaux peuvent être classés dans la hiérarchie par ordre de spécialisation croissante sur le plan des ressources humaines, des installations et de l'équipement (et possiblement d'intensité croissante des services donnés). D'ordinaire, plus le niveau hiérarchique est élevé, plus les cas sont complexes, et plus la proportion de personnes concernées dans la population générale est faible. Une hiérarchie de services ne signifie toutefois pas que les cheminements des patients sont unidirectionnels – en fait, il arrive que, au fil du temps, les patients montent et descendent d'un niveau de services à l'autre – ni qu'un niveau est plus important qu'un autre. Idéalement, des protocoles d'orientation doivent être établis pour coordonner le cheminement des patients entre les niveaux de soins. Parmi les termes souvent employés pour désigner ces niveaux, les soins « de première ligne » – premier niveau de la hiérarchie et « porte d'entrée » dans le système de soins – peuvent s'appliquer aux soins dispensés par des médecins généralistes (c'est-à-dire non spécialisés), comme des médecins de famille exerçant dans des cliniques ou des cabinets privés. Les hôpitaux non universitaires et les centres de réadaptation peuvent être considérés comme des établissements de soins « de deuxième ligne ». Les spécialistes offrent aussi des soins dits de deuxième ligne, car seuls

les patients orientés vers eux par un médecin de première ligne peuvent les consulter. Le terme soins « de troisième ligne » peut être employé pour des centres très spécialisés, comme des hôpitaux universitaires, où sont également menées des activités de recherche et d'enseignement. Il est important de mentionner que les niveaux de soins sont définis et désignés de différentes façons d'un système de santé à l'autre. C'est pourquoi nous avons peu employé ces termes (surtout soins de « deuxième » et de « troisième » ligne) dans ce rapport.

Le tableau 2 présente les types de structures repérées dans la documentation que nous avons examinée pour les trois modèles retenus, et sert à organiser l'information sur la structure des services dispensés. Ces structures sont décrites de façon plus détaillée dans le texte qui suit.

Porte d'accès aux soins

Comme on l'a mentionné au chapitre 1, le point de contact initial pour la majorité, sinon la totalité des patients souffrant de douleur est l'omnipraticien. Dans certaines régions, ce premier niveau de la hiérarchie de services comprend aussi officiellement d'autres professionnels de la santé, comme des chiropraticiens et des physiothérapeutes (au Danemark, par exemple). Les autres professionnels de la santé qui traitent des patients souffrant de douleur chronique, comme les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les chiropraticiens et les psychologues, font partie du premier niveau de soins au Québec, mais peuvent aussi exercer à d'autres niveaux du système de santé (psychologues dans les cliniques multidisciplinaires de la douleur, par exemple)¹⁹.

TABEAU 2

Structure des soins contre la douleur chronique dans les modèles de pays ou de systèmes retenus

FRANCE	AUSTRALIE	VETERANS HEALTH ADMINISTRATION*
▪ Service de consultations[†] ▪ Unités antidouleur[†] ▪ Centres antidouleur[†]	▪ Spécialistes en médecine de la douleur ▪ Cliniques multidisciplinaires de la douleur*[†]	▪ Cliniques de soins ambulatoires axées sur une seule discipline ou modalité de traitement ▪ Équipes de consultation antidouleur[†] ▪ Cliniques multidisciplinaires (ou interdisciplinaires) de la douleur[†] ▪ Cliniques de soins ambulatoires[†] ▪ Programmes pour patients hospitalisés[†] ▪ Centres de la douleur[†]

* Modèles de programmes de traitement de la douleur proposés par Clark [2004b], à l'exception du terme « centres antidouleur » tiré de Clark [2004a]. Soulignons que les noms des catégories structurelles présentent certaines différences dans les documents de la VHA que nous avons examinés.

[†] Multidisciplinaires.

19. Ces services ne sont pas remboursés par le régime public d'assurance maladie du Québec; ils sont remboursés en partie par des régimes privés et, en l'absence de tout régime d'assurance, doivent être payés par les patients eux-mêmes.

Les documents français examinés contiennent peu d'information sur les services de premier niveau offerts aux patients souffrant de douleur chronique. Néanmoins, nous avons trouvé un ouvrage didactique [Hirszowski *et al.*, 2001] conçu pour renseigner les omnipraticiens français sur le diagnostic, le traitement et le processus d'orientation des patients souffrant de douleur chronique. En outre, plusieurs documents de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé²⁰ sont accessibles en ligne, dont « Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire » [ANAES, 1999] et des lignes directrices pour le traitement de la lombalgie chronique [ANAES, 2000].

Plusieurs études menées dans d'autres pays ont fourni des données pertinentes sur la prise en charge de la douleur chronique en première ligne. Stannard et Johnson [2003] ont réalisé une enquête transversale nationale auprès d'un échantillon représentatif d'omnipraticiens du Royaume-Uni pour vérifier ce que ces médecins pensaient de leur prise en charge des patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse modérée ou grave. Les médecins ayant participé à l'enquête (n = 504/569) traitaient en moyenne 187 patients souffrant de douleur, et 40 % d'entre eux souffraient de lombalgie. Les omnipraticiens ont estimé que la maîtrise des symptômes avait été optimale chez 46 % de leurs patients et avaient dirigé 14 % de leurs patients vers des hôpitaux pour le soulagement des symptômes. Au Royaume-Uni également, l'entreprise de recherche Dr Foster [2004] a constaté, dans une enquête transversale nationale auprès d'organismes de soins de première ligne (taux de réponse de 55 %), qu'en raison des fortes disparités dans le financement des soins de première ligne, il existait un risque réel d'inéquité d'accès aux services de traitement de la douleur chronique. Seuls 20 % des organismes ayant participé à l'enquête ont indiqué avoir un service officiel ou structuré de traitement de la douleur chronique.

Dans une vaste étude prospective internationale sur les soins de première ligne (dans 14 pays : Turquie, Grèce, Allemagne, Inde, Nigeria, Pays-Bas, Royaume-Uni, Japon, France, Brésil, Chili, États-Unis, Chine et Italie), Gureje et ses collègues [2001] ont noté que des 3 197 patients choisis au hasard dans des établissements de soins de première ligne, 1 083 souffraient de douleur persistante (depuis au moins six mois) au départ, et qu'environ la moitié d'entre eux (49,2 %) ne s'étaient pas rétablis un an plus tard. Pendant la période de suivi de 12 mois, l'incidence globale de nouveaux cas de douleur persistante a été de 8,8 %, les variations étant importantes d'un centre à l'autre (allant de 1,7 % à Athènes, en Grèce, à 18,7 % à Manchester, au Royaume-Uni).

Ces études attirent l'attention sur le risque de résultats sous-optimaux (sur le plan de la douleur, de la qualité de vie) pour de nombreux patients souffrant de douleur chronique qui reçoivent des soins de première ligne. Certains croient que ces résultats sous-optimaux pourraient s'expliquer par le fait que les démarches d'évaluation et de traitement reposent surtout sur un modèle biomédical [Dr Foster, 2004] qui peut faire intervenir tant la structure que les processus de soins. Comme on le verra dans l'étude de cas sur la dorsalgie (voir l'annexe C), nous avons relevé des exceptions à cette approche biomédicale lorsque des professionnels paramédicaux étaient intégrés au protocole de traitement [Pinnington *et al.*, 2004; Loisel *et al.*, 2003; Loisel *et al.*, 2002; Loisel *et al.*, 1997].

Soins spécialisés

Au Québec, les médecins spécialistes les plus concernés par le problème de la douleur chronique sont les neurologues, les rhumatologues, les physiatres, les neurochirurgiens, les chirurgiens orthopédistes et les anesthésiologistes. En France, ce niveau de soins est appelé « consultations », et les patients souffrant de douleur chronique rebelle y sont traités selon une approche multidisciplinaire [Auquier et Arthuis, 2000]. Ce niveau de soins en France

20. En janvier 2005, l'ANAES a été rebaptisée Haute Autorité de santé.

comprend aussi des unités antidouleur; ces dernières servent à l'évaluation et au traitement de la douleur [Richard, 2002]. En plus d'être organisée comme un service de consultations multidisciplinaire et de compter au moins trois médecins dans son personnel, une unité doit disposer de salles désignées pour les interventions, d'une salle pour la psychothérapie de groupe et d'espaces à bureaux pour le personnel de soutien et les soignants, et doit avoir accès à des lits d'hôpitaux (au moins quatre) ou à des places réservées dans des hôpitaux de jour [Richard, 2002; ARHRA, 1998]. En Australie, des « spécialistes en médecine de la douleur » ont reçu une formation particulière sur la douleur [Faculty of Pain Medicine, 2003]. Dans le système de la VHA, il existe deux grandes formes de services spécialisés de traitement de la douleur : les cliniques de soins ambulatoires unidisciplinaires, qui offrent un type spécifique de traitement (cliniques d'anesthésiologie pratiquant des blocs nerveux, par exemple), mais non une évaluation et une prise en charge complètes, et les cliniques multidisciplinaires de la douleur, dotées d'un personnel issu de deux disciplines ou plus [Clark, 2004a; 2004b]. Le système de la VHA comprend aussi des « équipes (multidisciplinaires) de consultation antidouleur », qui ont pour rôle de conseiller le médecin traitant ou d'aider à la gestion des cas, mais ne dispensent aucun traitement [Clark, 2004b].

Au Royaume-Uni, les spécialistes sont considérés comme faisant partie du niveau de soins de deuxième ligne. Selon une étude de Dr Foster, bien que les liens entre les soins de première et de deuxième ligne dispensés aux patients souffrant de douleur chronique semblent « bons », plus de la moitié (52 %) des organismes de soins de première ligne interrogés n'avaient aucun « protocole défini pour l'orientation » (trad.) vers des services tels que les cliniques antidouleur, la rhumatologie, l'orthopédie, la podiatrie ou les soins palliatifs [Dr Forster, 2004, p. 7].

Wilder-Smith et ses collègues [2001] ont réalisé une enquête transversale en Suisse dans laquelle ils ont comparé la prise en charge de tous les types de douleur chronique par différents médecins spécialistes. Le nombre de participants était de 229 (sur 500, soit un taux de réponse de 46 %), et les spécialistes représentés étaient les médecins rattachés aux cliniques antidouleur, les rhumatologues, les oncologues et les neurologues. De ce nombre, 72 % ont indiqué qu'ils ne traitaient pas leurs patients dans le cadre d'une équipe multidisciplinaire, même si près de la moitié étaient en lien avec un centre interdisciplinaire antidouleur. Parmi les participants, 51 % n'avaient pas de formation formelle sur la douleur, et 69 % étaient d'avis qu'une formation sur la douleur était leur « plus grand besoin ». Cette enquête a fait ressortir les aspects à améliorer, à savoir l'enseignement de même que le diagnostic et le traitement multidisciplinaires de la douleur chronique.

Il faut préciser ici que, comparativement à la prise en charge de la douleur chronique dans des établissements de soins de première ligne et des centres spécialisés comme les cliniques multidisciplinaires de la douleur (voir plus loin), la littérature examinée contenait moins d'informations sur les structures et les processus des services de santé spécialisés. Ce manque relatif d'information transparaît dans la couverture des sujets abordés dans les prochaines sections.

Les **centres de réadaptation** offrent parfois des programmes conçus spécialement pour les patients souffrant de douleur chronique. Il y a un certain nombre de centres différents au Québec. Ces centres recourent souvent à une équipe multidisciplinaire (dont des médecins du travail, des physiothérapeutes et des psychologues) et reçoivent des patients dirigés par des omnipraticiens et des spécialistes. Le problème de l'invalidité y est une priorité. À titre d'exemple, le *Chronic Pain Rehabilitation Program* (programme de réadaptation pour personnes souffrant de douleur chronique) d'Ottawa, en Ontario, fournit des services

ambulatoires dans des hôpitaux de jour ainsi que des services aux patients hospitalisés²¹. Ce programme est organisé de manière à permettre une évaluation et un traitement multidisciplinaires visant à améliorer les capacités fonctionnelles et la qualité de vie [Wilson *et al.*, 2002]. Le LifeMark Health Institute, un centre de réadaptation d'Edmonton, en Alberta, a récemment fait l'objet d'une restructuration dans le cadre d'un projet pilote [Alberta Health and Wellness, 2003]. L'institut allie un traitement médicamenteux, une thérapie psychosociale et des approches de réadaptation, les aspects de la prise en charge étant adaptés aux besoins des patients dans le cadre d'un programme interdisciplinaire privé [Alberta Health and Wellness, 2003, p. 292-316].

En matière de hiérarchie des services antidouleur au Royaume-Uni, une étude sur la structure organisationnelle a été menée au moyen d'une enquête transversale auprès de prestataires de soins de 12 établissements (représentant des hôpitaux universitaires et non universitaires), des résultats d'une enquête nationale réalisée auprès de directeurs de services antidouleur, d'une revue de la littérature et des lignes directrices cliniques sur la douleur et de contacts professionnels [CSAG, 2000]. Des méthodes quantitatives et qualitatives ont été combinées. Le champ de l'étude était très vaste, englobant la douleur aiguë et chronique, les soins palliatifs et la douleur chez l'enfant. Les services dispensés par des omnipraticiens, par des organismes communautaires et dans des hôpitaux ont été analysés. En général, le manque de ressources était si criant que bon nombre des services antidouleur ne répondaient pas aux besoins locaux, et les délais d'attente étaient souvent trop longs. Le nombre de séances de consultation était insuffisant, et seuls la moitié des services comptaient une infirmière spécialisée en douleur chronique. La pénurie de psychologues, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes et de pharmaciens spécialisés dans le traitement de la douleur chronique a

entravé l'approche multidisciplinaire. Selon les données, il ressort que la majorité des patients souffrant de douleur chronique ont été traités par des omnipraticiens et des intervenants communautaires, mais qu'au chapitre des processus, la plupart des omnipraticiens (84 %) ne connaissaient aucune ligne directrice sur la prise en charge de la douleur chronique.

Cliniques multidisciplinaires (ou interdisciplinaires) de la douleur

Les patients orientés vers les CMD sont généralement les cas les plus difficiles à traiter, car leur douleur n'a pas été soulagée adéquatement ailleurs dans le système de santé. Des CMD peuvent être mises sur pied dans des hôpitaux non universitaires et universitaires ou affiliés à une université; on en trouve aussi dans le secteur privé (en Australie et au Québec, par exemple).

En collaboration avec la Société québécoise de la douleur et l'Initiative québécoise de recherche sur la douleur, Veillette et ses collègues [2005] ont évalué les services spécialisés dans le traitement de la douleur chronique au Québec par une enquête transversale auprès de tous les services d'anesthésiologie des hôpitaux de la province (taux de réponse de 100 %). Des 69 services, 50 (73 %) fournissaient certains types de services pour le traitement de la douleur chronique, mais l'éventail offert était souvent très limité. Même si 26 % des services ont répondu qu'ils offraient certaines formes d'évaluations et de traitements multidisciplinaires, seuls trois centres disposaient d'une équipe de base formée d'un médecin spécialiste de la douleur (un anesthésiologiste dans ce cas), d'une infirmière, d'un psychologue et d'un physiothérapeute. Aucun hôpital n'avait d'ergothérapeute ni de travailleur social au sein de son équipe. Cette étude ne dresse pas une liste explicite des services associés à des cliniques multidisciplinaires. Une étude pancanadienne, en cours au moment de la rédaction du présent rapport, est censée fournir des données de

21. The Rehabilitation Centre. Focusing on abilities. Disponible à : www.ottawahospital.on.ca/rehabcentre (consulté le 18 mars 2004).

cette nature pour le Québec²². Il existe un petit nombre de cliniques spécialisées dans le traitement de la douleur au Québec, concentrées en milieu urbain.

Selon le Consortium canadien sur les mécanismes, le diagnostic et le traitement de la douleur²³, peu de villes canadiennes comptent des cliniques antidouleur offrant les services d'une équipe intégrée de spécialistes [Ospina et Harstall, 2003]. De nouvelles cliniques verront bientôt le jour (l'Integrated Pain Treatment Centre à Toronto/Mississauga, en Ontario, par exemple). Il y a plusieurs années, le Calgary Chronic Pain Centre a été ouvert dans le cadre d'un projet pilote financé par l'Alberta Health and Wellness et la Calgary Health Region et appuyé par l'Alberta Medical Association [Taenzer *et al.*, 2005; Alberta Health and Wellness, 2003]. Le centre de Calgary utilise une approche interdisciplinaire pour l'évaluation et le traitement de la douleur chronique chez les patients souffrant de douleurs musculosquelettiques, de douleurs pelviennes gynécologiques ou de céphalées quotidiennes [Ospina et Harstall, 2003]. Ce centre est l'un des 30 établissements offrant des services en milieu urbain et rural en Alberta pour le traitement de la douleur chronique²⁴, chacun ayant son propre fonctionnement pour ce qui est du personnel, du financement et des modalités d'accès. Les autres sont notamment le LifeMark Health Institute précité, l'University of Alberta Multidisciplinary Pain Centre et les établissements de la commission des accidents du travail.

En France, les centres antidouleur sont établis dans des hôpitaux universitaires ou des hôpitaux affiliés à une université, et ont trois missions : traitement, recherche et formation [Richard,

2002]. Le nombre total de ces centres et des unités mentionnées précédemment a augmenté avec l'instauration du programme national de lutte contre la douleur [Annequin, 2004]. Un centre compte des cliniciens spécialisés à plein temps, comme deux médecins ayant reçu une formation spécifique sur la douleur (l'un des deux étant un neurologue) et des intervenants en santé mentale (psychologues ou psychiatres). La stratégie de prise en charge de la douleur du centre doit être multidisciplinaire [Richard, 2002; ARHRA, 1998]. L'équipe facilite l'atteinte de l'objectif du centre, qui est de simultanément traiter la douleur des patients, former les médecins et autres professionnels de la santé et faire avancer la recherche médicale. Un centre doit comprendre des bureaux de consultation, des laboratoires et un secteur réservé dans un hôpital afin d'avoir accès à des lits d'hôpitaux permanents pour le traitement et l'évaluation des patients souffrant de douleur²⁵.

En 2002, l'Australian Pain Society (APS) a produit un document intitulé *Pain Management Programmes for Chronic, Persistent, or Long Lasting Pain*, qui décrit comment un « programme multidisciplinaire de traitement de la douleur » doit être structuré [APS, 2002a]. D'après l'APS, un tel programme doit comprendre quatre éléments : 1) thérapie cognitivo-comportementale; 2) activité graduelle; 3) enseignement; et 4) changements du mode de vie (le document est basé sur les travaux de Guzmàn et ses collègues [2002]). En Australie, des CMD sont établies dans tous les États²⁶. L'APS a défini des critères d'orientation des patients vers des programmes multidisciplinaires de prise en charge de la douleur; ces programmes sont jugés appropriés dans les cas suivants : 1) échec du traitement

22. D^{re} M. Choinière, communication personnelle, 28 avril 2005.

23. Canadian Consortium on Pain Mechanisms, Diagnosis and Management. Disponible à : <http://www.curepain.ca> (consulté le 19 mars 2005).

24. *CHR Regional Pain Program: Strategic Pain*, 2005/06; P. Taenzer, communication personnelle, 20 mars 2005.

25. Le site suivant contient une liste des unités et centres existant actuellement en France : www.cnrd.fr/article.php3?id_article=444 (consulté le 23 octobre 2005).

26. Le site suivant contient un répertoire des CMD : <http://www.apsoc.org.au/facility.html>.

médical et chirurgical; 2) perception d'une trop grande dépendance envers les médicaments et les traitements; 3) inactivité prononcée; 4) dépression ou anxiété importante; 5) perception d'une incapacité du patient à composer avec la situation; et 6) volonté du patient d'adopter une approche d'autoprise en charge et de participer à un tel programme [APS, 2002].

Dans le système de la VHA, des services de prise en charge de la douleur sont offerts aux patients atteints de syndromes douloureux chroniques (aux prises avec une douleur chronique et d'autres problèmes connexes dans leur quotidien) selon plusieurs modèles de prestation de soins multidisciplinaires [Clark, 2004a]. Ces structures, que l'on trouve principalement dans des contextes de soins ambulatoires, diffèrent quant aux services dispensés, aux ressources nécessaires et aux types de patients traités, et présentent une gradation dans la spécialisation et les activités autres que les soins aux patients :

1) Cliniques de soins ambulatoires multidisciplinaires [Clark, 2004b] :

- Cliniques de thérapie cognitivo-comportementale

Ces cliniques conviennent aux patients souffrant de syndromes douloureux chroniques légers. Leur but est d'enseigner des méthodes d'autoprise en charge de la douleur (exercices, relaxation, distraction, etc.) à des patients motivés.

- Cliniques multidisciplinaires axées sur des types particuliers de douleur

Ces cliniques sont des groupes multidisciplinaires centrés sur un type particulier de douleur chronique; elles peuvent traiter des patients souffrant de syndromes douloureux chroniques modérément graves (cliniques des

céphalées, de l'arthrite, de la lombalgie, etc.).

- Cliniques multidisciplinaires de la douleur

Il s'agit de programmes intensifs, structurés et multimodaux convenant dans tous les cas, sauf pour les formes les plus graves de syndromes douloureux chroniques ou lorsque des patients traités par des analgésiques narcotiques à fortes doses doivent être sevrés.

2) Programmes multidisciplinaires à l'intention des patients hospitalisés [Clark, 2004b] :

Ces programmes constituent le traitement le plus intensif offert aux patients; ils conviennent aux patients qui souffrent de syndromes douloureux chroniques modérés ou graves ou qui doivent faire l'objet d'une surveillance étroite pendant un traitement.

3) Centres multidisciplinaires (ou interdisciplinaires) de la douleur [Clark, 2004a] :

Ces centres sont le modèle le plus vaste et le plus complexe de traitement de la douleur et sont généralement rattachés à une faculté de médecine ou à un hôpital universitaire. Ils conviennent aux personnes atteintes de syndromes douloureux chroniques modérés ou graves, à celles qui présentent des syndromes moins graves mais des problèmes de douleur très complexes et réfractaires, ou à celles qui souffrent de douleur chronique et d'affections concomitantes. Ces centres antidouleur doivent aussi participer activement à la recherche sur la douleur et à la formation du personnel. Dans le système de la VHA, un seul programme répond aux critères de centre antidouleur et est agréé par la CARF (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities) : il s'agit du

*Chronic Pain Rehabilitation Program (CPRP) du James A. Haley Veterans Hospital (Tampa, Floride)*²⁷.

Nous terminerons cette section sur les CMD en répondant à la question suivante : le recours aux CMD dans le traitement de la douleur chronique est-il appuyé par des données probantes ? À partir d'une méta-analyse de 65 études contrôlées et non contrôlées (publiées entre 1966 et 1990), Flor et ses collègues [1992] ont conclu qu'un traitement multidisciplinaire²⁸ est plus efficace que l'absence de traitement, qu'un traitement témoin se limitant à l'inscription sur une liste d'attente et qu'un traitement unidisciplinaire (par exemple soins médicaux, physiothérapie) pour les lombalgies ou les douleurs hétérogènes chroniques. La modalité multidisciplinaire se traduisait par une utilisation moindre des services de santé et des médicaments, un taux accru d'activité et de retour au travail, le règlement des dossiers d'invalidité, une réduction de la détresse émotionnelle en plus d'une diminution de la douleur. De manière générale, les auteurs ont toutefois constaté la piètre qualité des études incluses dans cette méta-analyse quant aux plans d'étude, aux perdus de vue ou à la présentation des données. Becker et ses collègues [2000] ont réalisé un essai contrôlé randomisé au Danemark auprès de patients atteints de douleur chronique (divers sièges et différentes pathophysiologies) ayant été traités soit par un omnipraticien,

27. On peut consulter le manuel du CPRP à l'adresse suivante : www.vachronicpain.org/Downloads/CPRPMan2005%20for%20web.pdf (consulté le 22 octobre 2005). Ce manuel sert de modèle pour d'autres établissements qui veulent mettre sur pied un tel programme de prise en charge, et porte sur l'organisation, l'administration, les rôles du personnel clé, la couverture médicale, les interventions de détection dans le cadre du CPRP, la clientèle servie, les critères d'admission des patients hospitalisés au CPRP, les éléments du programme, la planification du congé, la politique de congés précoces, la continuité du traitement, d'autres services, de même que la gestion et l'amélioration de la qualité. Le CPRP consiste en un programme de traitement comprenant un séjour hospitalier de 19 jours, suivi de rendez-vous dans des cliniques externes d'évaluation et de traitement.

28. Selon Ospina et Harstall [2003], Flor et ses collègues [1992] définissent le traitement multidisciplinaire comme une approche interdisciplinaire dans une clinique multidisciplinaire de la douleur (privée ou située en milieu universitaire) offrant des services hospitaliers et ambulatoires.

avec l'ajout d'une seule consultation auprès d'un spécialiste de la douleur, soit dans une CMD. Ces deux groupes ont été comparés à des patients souffrant de douleur chronique en attente d'un traitement à la CMD (n = 63 dans chacun des trois groupes à l'étude). Après six mois, le traitement dans une CMD s'est soldé par une amélioration significative des résultats cliniques sur les plans de la diminution de la douleur et de l'amélioration du fonctionnement psychologique et physique et de la qualité du sommeil, alors qu'aucune amélioration n'a été notée chez les patients traités par un omnipraticien. Quant aux patients inscrits sur la liste d'attente, qui ont reçu les soins usuels de leur omnipraticien pendant six mois (c'est-à-dire aucun traitement particulier sauf le maintien des analgésiques déjà prescrits), leur fonctionnement psychosocial et leur état de santé se sont détériorés considérablement.

En 2003, Ospina et Harstall [2003] ont examiné les données probantes sur les CMD pour l'Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR). L'efficacité et les conséquences économiques du traitement de la douleur chronique non cancéreuse dans des CMD ont été analysées par une synthèse des résultats de revues systématiques (études publiées entre 1966 et 1998). Quatre des cinq revues systématiques utilisées par Ospina et Harstall provenaient de la base de données Cochrane; l'autre revue [Flor *et al.*, 1992] a été jugée plus faible sur le plan de la qualité méthodologique. Le niveau de preuve de l'efficacité du traitement dans les CMD était élevé pour la lombalgie chronique, moyen²⁹ pour la douleur pelvienne chronique, et faible³⁰ pour la fibromyalgie ou la douleur généralisée ainsi que pour les douleurs au cou et à l'épaule. Peu de données ont été trouvées sur le rapport coût-efficacité du traitement dans les CMD : une seule revue systématique [Thomsen *et al.*, 2001] répondait aux critères d'inclusion, mais aucune conclusion n'a pu en être tirée en raison

29. D'après un essai contrôlé randomisé de haute qualité.

30. Les résultats des différents essais contrôlés randomisés étaient contradictoires.

du manque d'uniformité dans la présentation des résultats, de l'insuffisance de données et de la piètre qualité des évaluations économiques [Ospina et Harstall, 2003]. Turk [2002] a estimé les économies liées au traitement dans une CMD en se basant sur le nombre de patients des CMD américaines et des données sur la réduction des coûts médicaux après traitement tirées d'autres sources, dont l'étude de Flor et ses collaborateurs [1992]. L'article de Turk n'a pas été retenu par Ospina et Harstall [2003], car il s'agit d'une revue narrative.

Néanmoins, une approche de réadaptation offrant des soins de diverses disciplines est considérée comme la « référence » lorsque la douleur chronique est réfractaire à un traitement moins intensif, et est recommandée par l'International Association for the Study of Pain (IASP) pour de nombreux patients. Un groupe de travail de l'IASP [1990] a produit un document dans lequel sont énumérées des « caractéristiques désirables » (c'est-à-dire des lignes directrices) pour faciliter l'organisation des établissements de traitement de la douleur, dont les centres et cliniques multidisciplinaires de la douleur, en vue d'un usage global dans un contexte d'adoption de normes et d'agrément [IASP, 1990]. Selon ce groupe de travail, « une approche multidisciplinaire de diagnostic et de traitement est la méthode privilégiée de prestation de soins aux patients souffrant de douleur chronique, quelle qu'en soit la cause. Les patients orientés vers un centre de traitement de la douleur n'ont pas tous besoin d'un diagnostic ou d'un traitement multidisciplinaire, mais le centre doit leur offrir de telles ressources lorsqu'elles sont appropriées » (trad.) [IASP, 1990, p. 4].

Comme on le verra plus en détail à la section 3.5.2, le modèle hiérarchique de services est relié conceptuellement au processus de *soins par paliers*, en vertu duquel les patients reçoivent progressivement des traitements plus complexes, plus spécialisés et, souvent, plus coûteux, selon leurs besoins. Le rôle des

professionnels de la santé s'accroît à mesure que le patient passe aux stades plus avancés du processus de soins [Von Korff *et al.*, 2002].

3.4.2 Rôles et responsabilités des divers professionnels de la santé

Omnipraticiens

Les omnipraticiens évaluent et traitent la plupart des patients souffrant de douleur chronique. Ils sont chargés du triage des patients qui ressentent une douleur pouvant être due à une maladie grave (cancer, maladie de Crohn, par exemple) et nécessiter l'intervention de certains spécialistes (oncologues, gastro-entérologues, par exemple) ou l'orientation vers un spécialiste de la douleur, au besoin. Bon nombre d'omnipraticiens ne sont pas en contact direct avec des professionnels paramédicaux. Le guide d'exercice « Traitement de la douleur : le point sur l'utilisation des narcotiques » rédigé en 1998 par le Collège des médecins du Québec (CMQ), indique clairement que les médecins de première ligne peuvent évaluer, traiter et suivre la majorité des patients atteints de douleur chronique au lieu de les orienter vers d'autres niveaux de soins [CMQ, 1998, p. 7], ce qui confirme le rôle clé de l'omnipraticien dans le traitement des patients souffrant de douleur chronique. Le guide reconnaît cependant que les omnipraticiens doivent parfois orienter les cas difficiles vers des spécialistes ou vers d'autres professionnels de la santé.

Dans une enquête transversale effectuée auprès de prestataires de soins de la Calgary Health Region, en Alberta, au Canada (63 omnipraticiens et 62 spécialistes), les médecins se sont dits « insatisfaits de la situation actuelle de la prise en charge de la douleur chronique » (trad.) dans leur région [Alberta Health and Wellness, 2003, p. 252]. Les médecins ont signalé un éventail de problèmes, allant du manque de matériel de base à la pénurie de spécialistes avec qui discuter. Ils estimaient que de telles contraintes entraînaient des « délais constants et de longues listes d'attente qui réduisaient la qualité de vie de leurs patients » (trad.). Pour pouvoir assumer

leurs rôles et responsabilités, la plupart des médecins jugeaient avoir besoin de formation continue sur les techniques de traitement de la douleur.

Médecins spécialistes

Les médecins spécialistes permettent de pousser plus loin le processus diagnostique pour les patients souffrant de douleur chronique (diagnostic de fibromyalgie posé par un rhumatologue, par exemple) et recommandent des traitements aux omnipraticiens qui les ont orientés. Le spécialiste continue parfois de suivre le patient pour le problème relevant de son champ de compétence (rhumatologue pour un patient atteint de polyarthrite rhumatoïde, par exemple), mais s'attend à ce que l'omnipraticien s'occupe des autres problèmes médicaux du patient. Les spécialistes peuvent à leur tour orienter les cas complexes vers une CMD, où travaillent généralement des anesthésiologistes et des spécialistes de la douleur, lorsque les tentatives de traitement demeurent vaines (douleur neuropathique chez un patient diabétique, par exemple). Certains spécialistes ne traitent que des patients ayant un type donné de douleur chronique (neurologues spécialisés dans le traitement de la migraine, par exemple) parce qu'ils ont acquis une expertise dans le domaine. La littérature semble toutefois indiquer que les structures et les processus nécessaires ne sont pas toujours en place pour que les spécialistes puissent remplir adéquatement leurs rôles. Une enquête suisse réalisée par Wilder-Smith et ses collègues [2001] a révélé que 59 % des spécialistes ne s'étaient jamais servi d'algorithmes de traitement ou n'y avaient recours que de temps à autre, que moins de la moitié (38 %) avaient recours aux interventions diagnostiques classiques de la douleur, et que seulement 20 % d'entre eux avaient mis sur pied un programme d'évaluation de la qualité du traitement antidouleur.

Pharmaciens

Puisque les médicaments sont le traitement de première ligne de la plupart des patients souffrant de douleur, les pharmaciens peuvent jouer un rôle important dans la prise en charge

de la douleur. Leur formation englobe les aspects physiologiques et pharmacologiques du traitement, de même que ses enjeux sociaux et éthiques. Les pharmaciens sont les experts dans le domaine des agents médicamenteux employés pour soulager la douleur (anti-inflammatoires non stéroïdiens, opioïdes, antidépresseurs, anticonvulsivants, agents topiques, etc.) et, surtout, des interactions médicamenteuses. Ils peuvent conseiller directement les patients à l'achat des médicaments, ou travailler avec les médecins prescripteurs à titre de consultants. Les pharmaciens doivent être conscients du risque de pharmacodépendance et connaître les signes comportementaux de toxicomanie. Ils font rarement partie de l'équipe de traitement d'une clinique antidouleur, mais le personnel d'une clinique peut communiquer avec les pharmaciens d'hôpitaux, notamment lorsque des médicaments sont prescrits dans un tel contexte.

Infirmières

En général, les infirmières collaborent aux interventions médicales, assurent l'enseignement aux patients, communiquent avec les familles et coordonnent les soins aux patients. En 2002, la Registered Nurses Association of Ontario (RNAO) a publié des lignes directrices sur le rôle de l'infirmière dans l'évaluation et la prise en charge de la douleur élaborées à partir d'une revue systématique des guides de pratique clinique et d'un consensus d'experts. Le document couvre la douleur aiguë et la douleur chronique, et comprend des directives pour des patients de tous âges et pour tous les milieux de soins [RNAO, 2002]. Ces lignes directrices fournissent des recommandations détaillées de pratique infirmière sur les aspects suivants : détection de la douleur, évaluation de divers paramètres de la douleur, réévaluation de la douleur à intervalles réguliers, instauration d'un plan de prise en charge de la douleur et travail en collaboration avec une équipe multidisciplinaire en cas de douleur chronique et réfractaire à d'autres modalités d'intervention. Ces recommandations vont dans le même sens que celles de l'IASP.

Aussi en 2002, la section britannique de l'IASP a publié des recommandations de pratique infirmière pour la prise en charge de la douleur (*Recommendations for Nursing Practice in Pain Management*). Son rapport fait état d'une enquête réalisée auprès d'infirmières affectées aux soins de la douleur aiguë et chronique afin de déterminer les pratiques actuelles et de fournir des descriptions détaillées des aptitudes et compétences nécessaires. L'enquête a révélé que les infirmières exerçant dans les deux domaines avaient des compétences similaires, mais les utilisaient dans des contextes différents (unité chirurgicale pour une douleur aiguë, clinique antidouleur pour une douleur chronique, par exemple). Les deux types d'infirmières doivent avoir une bonne capacité de communication et une bonne connaissance des médicaments utilisés pour traiter la douleur. Les infirmières chargées des cas de douleur chronique peuvent avoir une formation sur l'établissement des priorités sur la liste d'attente de la clinique et l'orientation des patients vers les membres qualifiés de l'équipe. Certaines infirmières ont une formation en stratégies comportementales de gestion du mode de vie, comme la thérapie de relaxation. Dans les cliniques antidouleur, les infirmières sont des personnes-ressources pour l'utilisation de dispositifs d'administration de médicaments comme les pompes pour perfusion épidurale à demeure, les injections intrathécales, les timbres transdermiques et l'anesthésie régionale (ou anesthésie de conduction).

En France, on a beaucoup mis sur l'accent sur les tâches dévolues aux infirmières, en tant que membres de l'équipe médicale, lors des interventions douloureuses (injections, examens diagnostiques, etc.) [MSFPH, 2001]. En fait, pendant la phase 2 du Programme national de lutte contre la douleur, les tâches confiées aux infirmières sont considérées comme prioritaires dans le cas de la douleur postopératoire [Annequin, 2004].

Aux États-Unis, au Royaume-Uni et dans certaines provinces canadiennes³¹ (Alberta, Ontario, Terre-Neuve-et-Labrador et régions nordiques), des infirmières praticiennes jouent un rôle important dans l'allègement du fardeau des omnipraticiens en première ligne. Dans le cadre du *Chronic Pain Rehabilitation Program* du James A. Haley Veterans Hospital (qui fait partie du réseau de la VHA), par exemple, une « clinique d'intervention précoce » (trad.) est offerte tous les jours par une infirmière praticienne et est accessible sans rendez-vous pour les patients ambulatoires qui ont besoin d'une évaluation de la douleur chronique, d'un traitement de courte durée ou de services d'orientation [CPRP, 2005]. L'infirmière travaille avec un médecin sur appel, qui peut intervenir au besoin.

Chiropraticiens

Certains patients atteints de douleur chronique consultent des chiropraticiens, surtout pour les douleurs dorsales et cervicales [Côté *et al.*, 2001]. Les chiropraticiens sont généralement payés à l'acte, et le remboursement de leurs services varie selon les régions. Par exemple, le coût des visites est partiellement couvert par le régime provincial d'assurance maladie en Alberta, mais ne l'est pas au Québec. Le remboursement a récemment été approuvé dans les établissements américains de la VHA³². De nombreux assureurs privés remboursent une partie des frais engagés par les patients. Même si l'assouplissement récent des régimes publics témoigne d'une acceptation croissante de cette discipline au sein des systèmes de santé, le rôle de la chiropratique dans le traitement de la douleur chronique comme autre modalité efficace reste controversé [Assendelft *et al.*, 2004; Bronfort *et al.*, 2004; Ernst *et al.*, 2003; AHFMR, 2002; Gross *et al.*, 2002].

31. Canadian Nurse Practitioner. Disponible à : <http://www.npcanada.ca/modules/news/>.

32. International Chiropractors Association (ICA). Chiropractic care program announced by US Department of Veterans Affairs. Disponible à : <http://www.chiropractic.org/index.php?p=news/vetsaffairs> (consulté le 17 janvier 2005).

Physiothérapeutes

Les physiothérapeutes évaluent et traitent la douleur selon une approche de réadaptation centrée sur le patient. Ils peuvent se joindre à une équipe de spécialistes de la douleur, travailler dans un centre de réadaptation ou un hôpital, ou exercer en pratique privée. Ces thérapeutes ont recours à des techniques comme l'exercice, les thérapies manuelles, la facilitation des mouvements, l'application d'agents électriques ou physiques à base d'énergie thermique, mécanique ou électrique (neurostimulation transcutanée, par exemple), ou la photothérapie [IASP, 1998]. Les physiothérapeutes s'efforcent de réduire la douleur et de rétablir les capacités fonctionnelles en enseignant aux patients comment adapter leur rythme d'activités et en fixant des objectifs réalistes dans trois domaines : physique, fonctionnel et social. Bien qu'ils travaillent souvent de façon indépendante, ils peuvent aussi faire partie d'une équipe de spécialistes de la douleur ou du personnel d'un hôpital.

Ergothérapeutes

Les ergothérapeutes, à l'instar des physiothérapeutes, aident également les patients à retrouver leurs capacités fonctionnelles, mais se concentrent sur le travail (rémunéré et non rémunéré, comme les tâches domestiques). Leur objectif global est de faciliter l'accomplissement de tâches valorisantes en aidant les patients à surmonter des limitations fonctionnelles dues à la maladie, à l'incapacité et (ou) à des barrières sociales ou environnementales³³. Les stratégies d'intervention comprennent l'usage d'appareils ou d'accessoires fonctionnels et de matériel adapté, des activités utiles ayant un but précis, une réadaptation professionnelle ou un conditionnement au travail pour améliorer l'endurance. Ces thérapeutes travaillent généralement dans des organismes communautaires ou sociaux, dans des établissements de soins comme des centres de réadaptation, des hôpitaux, des cliniques et des

établissements de soins de longue durée, ou comme consultants; ils sont parfois appelés à faire partie d'une équipe multidisciplinaire.

Psychologues

L'Australian Pain Society (APS) a publié un énoncé de position sur le rôle du psychologue dans la prise en charge de la douleur persistante intitulé *The Role of the Psychologist in the Management of Persistent Pain* [APS, 2002b]. D'après cet énoncé, le rôle du psychologue est d'évaluer les aspects psychosociaux de la douleur persistante en dressant le bilan des points suivants : 1) changements de comportement (sommeil, etc.); 2) facteurs cognitifs (attentes quant aux résultats du traitement, etc.); 3) état affectif (dépression, etc.); 4) facteurs prédisposants (antécédents de violence physique, syndrome de stress post-traumatique, le cas échéant, etc.); et 5) facteurs d'apprentissage (adoption d'un rôle de malade, etc.). Quand aux modalités de traitement, elles peuvent comprendre une thérapie cognitivo-comportementale, des interventions axées sur des stratégies d'adaptation de même que l'enseignement de stratégies de prise en charge (axées sur le sommeil, l'anxiété, la colère, etc.). La psychothérapie peut être individuelle ou de groupe. Bien que le rôle des psychologues dans le traitement de la douleur soit largement reconnu, la plupart des pays ou des systèmes ne peuvent offrir des services adéquats faute de psychologues qualifiés et de ressources suffisantes [Dr Foster, 2003, sur le Royaume-Uni; Laurent, 2002, sur la France].

Lorsqu'ils font partie d'une équipe, les psychologues font connaître les résultats de l'évaluation, donnent leur opinion sur la pertinence d'un programme de prise en charge de la douleur pour un patient et aident à résoudre les difficultés qui peuvent surgir pendant le traitement (non-observance du traitement médicamenteux, par exemple). Au chapitre des compétences, les psychologues qui travaillent dans des cliniques antidouleur possèdent habituellement une vaste expérience clinique générale et ont reçu une formation particulière sur la douleur.

33. Association canadienne des ergothérapeutes. Disponible à : <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1344> (consulté le 30 août 2005).

3.4.3 Formation des professionnels de la santé

Tous s'entendent pour dire que la formation professionnelle est une pièce maîtresse de la prise en charge de la douleur. Les pays et systèmes qui ont fait de la douleur une priorité (à savoir la France, l'Australie et la VHA) ont tous mis en œuvre des programmes de formation à l'intention de leurs professionnels de la santé, qui seront décrits brièvement ci-dessous. Dans cette section, nous présenterons aussi une importante initiative de l'Alberta, au Canada, qui constitue un modèle de formation professionnelle fondée sur des données probantes, et une étude publiée en Suède qui établit des liens entre un programme de formation et les résultats.

En France, les médecins apprennent les stratégies de prise en charge de la douleur à la faculté de médecine, et leur formation, en particulier celle des spécialistes, a été consolidée depuis l'instauration du Programme national de lutte contre la douleur³⁴. Un module sur la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs fait partie de la formation obligatoire à la faculté de médecine [MSFPH, 2001]. La formation des professionnels de la santé a été harmonisée par la création d'un diplôme interuniversitaire (« formation des professionnels de la santé à la prise en charge de la douleur »)³⁵. La formation d'autres professionnels de la santé sur la prise en charge de la douleur a été améliorée (pour les infirmières, les physiothérapeutes, les psychologues, par exemple), et l'accent a été mis sur la formation continue en milieu hospitalier [Richard, 2002]. De plus, une série de documents éducatifs a été publiée dans Internet pour permettre aux travailleurs de la

santé d'enrichir leurs connaissances sur la prise en charge de la douleur dans des domaines donnés (par exemple dorsalgie³⁶, migraine, douleur chez l'enfant) [MSFPH, 2001].

Le Pain Management and Research Institute de l'université de Sydney, à l'hôpital Royal North Shore en Australie, assure la formation de futurs spécialistes de la douleur³⁷. La Faculty of Pain Medicine offre un perfectionnement avancé aux médecins spécialistes de la douleur dans le site Web de l'Australian and New Zealand College of Anaesthetists (ANZCA)³⁸. La faculté indique que la formation explicite et structurée en médecine de la douleur dispensée sous ses auspices est unique en Australie et en Nouvelle-Zélande [Faculty of Pain Medicine, 2003]. Nos recherches ont toutefois révélé qu'en France, il existe de nombreux programmes universitaires menant à un diplôme et d'autres types de formations spécialisées sur la douleur³⁹. En Australie, de nombreux centres antidouleur offrent à l'intention des omnipraticiens des programmes de formation continue qui cadrent avec l'un des mandats des CMD, qui est de maintenir des communications étroites avec le médecin traitant de chaque patient [Faculty of Pain Medicine, 2003].

Le VHA Office of Academic Affiliations, en collaboration avec le National Pain Management Strategy Coordinating Committee, a mis sur pied une formation clinique avancée sur la prise en charge de la douleur [Craine et Kerns, 2003]. Un programme de résidence spécialisé sur la prise en charge de la douleur, comprenant des recherches cliniques, est offert en anesthésiologie, en psychiatrie, en

34. Sécurité sociale : le retour à l'équilibre. Une politique de santé publique renforcée : améliorer la prise en charge de la douleur. Disponible à : <http://www.social.gouv.fr/htm/actu/secu/980922ej.htm> (consulté le 18 novembre 2004).

35. Programme national de lutte contre la douleur : état d'avancement au 1^{er} février 2004. Disponible à : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog_douleur/suiviplan0104.pdf (consulté le 21 octobre 2005).

36. Roche A. Prise en charge du lombalgique en médecine générale. Disponible à : <http://www.univ-st-etienne.fr/facmed/finit/medgene/lomb.htm> (consulté le 15 décembre 2004).

37. Postgraduate education in pain management—Curriculum. Disponible à : <http://www.painmgmt.usyd.edu.au/html/dipcurriculum.htm> (consulté le 17 janvier 2005).

38. Faculty of Pain Medicine. Australian and New Zealand College of Anaesthetists. Disponible à : <http://www.fpm.anzca.edu.au/> (consulté le 17 janvier 2005).

39. Le site suivant contient une liste des diplômes universitaires : www.cnrd.fr/rubrique.php3?id_rubrique=133 (consulté le 21 octobre 2005).

physiatrie et en neurologie. Le personnel de la VHA est encouragé à participer à des activités de formation continue comme des conférences nationales sur la douleur, des émissions diffusées par satellite sur des chaînes nationales, des téléconférences dans l'ensemble du système et un infogroupe [Cleeland *et al.*, 2003; Kerns, 2003]. La VHA est un site de formation pour les infirmières, les psychologues, les physiatres, les thérapeutes en réadaptation et les étudiants en médecine. En Floride, le *Chronic Pain Rehabilitation Program* (CPRP) du James A. Haley Veterans Hospital offre une formation à des récipiendaires de bourses d'études sur la douleur (généralement des neurologues), à des résidents en psychologie de la douleur (niveau postdoctoral), à des internes en psychologie, à des résidents en physiatrie et en réadaptation, à des étudiants en médecine de même qu'à d'autres étudiants de divers domaines de la réadaptation^{40,41}, tant au personnel sur place qu'à celui d'établissements éloignés de la VHA [CPRP, 2005].

L'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS), devenu l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé le 3 avril 2006, a récemment financé un projet de un an par l'entremise de l'AHFMR en Alberta, au Canada, intitulé *Ambassador Program*. Ce programme fait appel à des « responsables cliniques respectés pour communiquer des données de recherche sur la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse aux professionnels de la santé dans le cadre d'ateliers organisés dans les régions sociosanitaires de l'Alberta⁴² » (trad.). Il vise à informer les professionnels de la santé et à encourager les cliniciens à intégrer les données probantes dans leur pratique auprès des patients souffrant de douleur chronique. Des outils didactiques d'une page, intitulés

Evidence in Brief, sont remis aux participants des ateliers et résument les données probantes de domaines tels que la thérapie comportementale, la rééducation par l'exercice, les opioïdes à action prolongée, les antidépresseurs, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, la manipulation vertébrale et les injections dans les zones gâchettes (ces résumés sont accessibles dans le site Web⁴³, qui fournit aussi un rapport détaillé sur les méthodes de préparation des résumés). Dans une période de trois mois à la fin de l'année 2004, 11 ateliers ont été offerts dans huit des neuf régions sociosanitaires provinciales à un total de 130 participants, dont des médecins, des infirmières, des ergothérapeutes, des pharmaciens, des psychologues et des travailleurs sociaux⁴⁴. Quatre-vingts participants (62 % du total) ont rempli un questionnaire avant les ateliers et six semaines plus tard. Selon les résultats préliminaires d'une évaluation indépendante, les ateliers ont permis aux professionnels de la santé d'être plus au fait des meilleures données probantes, les résumés des données probantes ont été considérés comme d'excellents outils de communication, et le programme a contribué à l'enrichissement des connaissances des cliniciens. Les évaluateurs ont conclu que les retombées du programme sur la pratique ne pouvaient être déterminées après si peu de temps. De plus, il a été admis que de nombreux facteurs, comme les contextes organisationnels et les ressources, peuvent intervenir et influencer sur ces résultats.

En Suède, Törnkvist et ses collègues [2003] ont effectué une intervention contrôlée où cinq infirmières de quartier travaillant dans des milieux de soins de première ligne ont reçu une formation de « conseillères en douleur », soit un cours de quatre jours et des réunions de réseau. La formation comprenait l'anamnèse sur la douleur, l'évaluation de la douleur de même que l'évaluation et la consignation

40. Physiothérapie, ergothérapie; thérapie par le travail, récréothérapie et kinésithérapie.

41. M. Clark, communication personnelle, 24 octobre 2005.

42. HTA Ambassador Program. Disponible à : <http://ahfmr.ab.ca/hta/ambassador/> (consulté le 5 février 2005).

43. HTA Ambassador Program. Evidence in brief summaries. Disponible à : http://ahfmr.ab.ca/hta/ambassador/intervention_summaries.php (consulté le 5 février 2005).

44. C. Harstall et P. Taenzer, communication personnelle, 8 mars 2005, et affiche présentée au congrès de l'OCCETS, 25 avril 2005.

au dossier de la maîtrise de la douleur. Les résultats ont été comparés à ceux d'une région témoin où des infirmières n'avaient pas suivi le cours ni participé régulièrement à des réunions avec le personnel de la région expérimentale. Des infirmières de la région expérimentale qui avaient rempli les questionnaires après le programme (n = 28), un plus grand nombre se disaient satisfaites des pratiques courantes globales dans leur cadre de travail, avaient utilisé une échelle visuelle analogue pour évaluer la douleur et le traitement, noté une meilleure maîtrise de la douleur chez des patients souffrant d'ulcères de jambe, et jugé qu'elles avaient plus facilement accès à des « informations ou politiques écrites » par rapport aux conditions qui prévalaient avant le programme. Aucune différence statistiquement significative n'a été signalée par les 25 infirmières du groupe témoin qui ont rempli les questionnaires. Les infirmières des deux groupes ont indiqué que la documentation s'était améliorée avec le temps. Aucune autre donnée liée aux patients n'a été mentionnée.

En conclusion, il est clair que la formation professionnelle sur la douleur chronique doit commencer dans les établissements où l'on enseigne diverses disciplines (médecine, pharmacie, physiothérapie, ergothérapie et psychologie, par exemple) et qu'une formation continue doit être offerte à mesure que les données sur les traitements évoluent. Le « savoir-faire », une pièce maîtresse d'une prise en charge efficace de la douleur chronique, doit comprendre à la fois les connaissances et leur application. Il s'agit d'une stratégie essentielle à tous les niveaux de soins, pour tous les professionnels de la santé qui s'occupent des patients souffrant de douleur chronique.

3.5 PROCESSUS

Comme la section 3.4, la partie qui suit contient de l'information provenant des modèles retenus et d'autres systèmes sur lesquels des données de recherche pertinentes ont été recueillies. Les éléments suivants des processus sont décrits :

activités de communication (section 3.5.1), coordination des soins et « soins par paliers » (section 3.5.2), délais et listes d'attente (section 3.5.3), processus d'orientation (section 3.5.4), rôle des lignes directrices cliniques (section 3.5.5) et plans de congé et de continuité des soins (section 3.5.6).

3.5.1 Communication entre les disciplines et entre les niveaux de soins

L'un des problèmes constants dans de nombreux systèmes de santé est le manque de communication entre les professionnels de la santé (omnipraticien et physiothérapeute, par exemple) et entre les niveaux de soins (omnipraticien et spécialiste, par exemple). Ce problème peut avoir un effet défavorable sur les résultats des interventions sur les patients si les résultats d'examen diagnostiques ne sont pas reçus à temps, ou si personne ne tient compte des différents professionnels qui ont rencontré le patient ni des traitements essayés lorsque des décisions sur l'orientation ou le traitement sont prises. Le manque de communication entre professionnels oblige les patients, qui souvent n'y sont pas préparés ou en sont incapables, à faire eux-mêmes le suivi des résultats de leurs examens, de leurs consultations avec différents professionnels de la santé, de leurs traitements, etc. Wiecha et Pollard [2004] ont proposé Internet comme plateforme logique pour soutenir le travail d'une équipe interdisciplinaire de cliniciens. Ils font remarquer que l'efficacité et l'efficience du fonctionnement des équipes de soins reposent sur deux facteurs : l'accès aux données sur le patient et la coordination des activités des membres de l'équipe, qui peuvent être assurés par des technologies de l'information dans les deux cas. Au sein du système de la VHA, l'information est retransmise au médecin traitant d'une polyclinique ou d'un centre de soins de première ligne lorsque des patients sont traités dans des cliniques multidisciplinaires ambulatoires [Clark, 2004b]. À la fin du traitement prescrit dans le cadre du *Chronic Pain Rehabilitation*

Program, une lettre sommaire est envoyée au médecin traitant pour le tenir au courant de l'état du patient, l'informer du congé et lui fournir des recommandations concernant les soins de suivi [CPRP, 2005].

En France, la communication entre les divers niveaux du système de santé est considérée comme indispensable au succès de la prise en charge de la douleur chronique [ARHRA, 1998]. En Australie, les CMD sont censées maintenir des communications étroites avec les omnipraticiens qui leur adressent des patients [Nicholas, 2004]. De plus, les CMD des régions métropolitaines d'Australie doivent rester en liaison avec les spécialistes de la douleur qui pratiquent dans les régions rurales ou éloignées⁴⁵. Au Royaume-Uni, le Clinical Standards Advisory Group recommandait en 1997 que les liaisons entre les services de soins de première ligne et les cliniques spécialisées de la douleur soient améliorées. Malgré cela, Dr Foster [2003] a observé que plus de 75 % des cliniques à petit budget et 40 % des cliniques à gros budget n'avaient amorcé aucune initiative à cet égard.

Nous avons repéré une étude prospective récente sur l'intégration de services spécialisés de psychiatrie aux soins de première ligne offerts par des omnipraticiens aux patients souffrant de douleur chronique qui prenaient des opioïdes ou pour qui on envisageait un tel traitement [Chelminski *et al.*, 2005]. Pour que ces patients puissent recevoir des services dispensés par diverses disciplines et à différents niveaux du système, une équipe multidisciplinaire a été mise sur pied. Elle comprenait l'omnipraticien, un pharmacien clinicien, un adjoint au programme ayant une formation sur les comportements liés à la santé, un psychiatre ayant une surspécialisation en médecine de la douleur et une infirmière responsable de l'étude. La quasi-totalité (93 %) des patients prenaient des opioïdes au début de l'étude; dans le modèle

de services, l'usage de lignes directrices fondées sur des données probantes était préconisé pour la gestion des médicaments sur ordonnance. Les patients souffrant de troubles psychiatriques concomitants (dépression, pharmacodépendance, trouble bipolaire) ont été soumis à une évaluation psychiatrique au sein de la structure multidisciplinaire. La communication entre les niveaux (c'est-à-dire entre l'omnipraticien et un spécialiste) s'est faite à l'aide d'une base de données électronique dans laquelle étaient inscrites les rencontres avec les patients, les médicaments prescrits, les résultats cliniques et les modifications du traitement. Un comité composé de représentants de toutes les disciplines discutait des cas soupçonnés d'usage abusif d'opioïdes par courrier électronique sécurisé. Un suivi de trois mois a été effectué auprès des patients afin de vérifier si l'intégration des soins et l'échange d'information au moyen de dossiers médicaux électroniques avaient permis de réduire la douleur et d'améliorer les capacités fonctionnelles et les résultats psychiatriques chez 85 participants à l'étude. Des améliorations de ces trois paramètres ont été notées à partir des données recueillies après trois mois (73 % de l'échantillon initial). Bien qu'il ne s'agisse pas d'un essai randomisé ni d'une étude contrôlée, les résultats semblent indiquer que les équipes de prise en charge de la douleur peuvent travailler de façon intégrée même dans les cas « difficiles » caractérisés par la dépression et des tendances à la pharmacodépendance qui prennent des opioïdes prescrits (et supervisés).

3.5.2 Coordination des soins et « soins par paliers »

Puisque la douleur chronique exige souvent l'intervention de différents professionnels de la santé, il convient de vérifier si le recours à des gestionnaires de cas, chargés de suivre le cheminement d'un patient dans le système de santé, peut améliorer l'intégration des services offerts par plusieurs prestataires de soins. Au Québec, le gestionnaire de cas, qu'on appelle intervenant pivot, est souvent une infirmière. Ce

45. La Faculty of Pain Medicine de l'Australian and New Zealand College of Anaesthetists a décidé de promouvoir de telles liaisons, notamment par la rotation des stagiaires dans des centres régionaux [Faculty of Pain Medicine, 2003].

modèle est actuellement prôné par les autorités sanitaires, en particulier dans le domaine des soins contre le cancer. Lors d'un essai contrôlé randomisé mené au Québec, Rossignol et ses collègues [2000] ont évalué les répercussions de la gestion de cas dans le contexte d'une intervention à plusieurs volets. Dans cet essai, 110 travailleurs montréalais souffrant de lombalgie qui recevaient des prestations de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et étaient en arrêt de travail depuis quatre à huit semaines ont été affectés au hasard aux soins habituels ou à des soins coordonnés (groupe CORE – *COordination of primary caRE*). Les soins de première ligne dispensés au groupe expérimental CORE ont été coordonnés par deux omnipraticiens et une infirmière, de concert avec les médecins traitants. En plus de l'élément clé qu'était la gestion de cas, le programme d'intervention comportait plusieurs autres éléments de processus : examen clinique complet et diagnostic biopsychosocial et professionnel par un médecin de CORE, application de lignes directrices sur la prise en charge clinique, soutien logistique pour faciliter le respect des recommandations, communication entre les prestataires de soins et avec le patient, de même qu'enseignement et soutien au patient par des appels téléphoniques hebdomadaires de l'infirmière. Les gestionnaires de cas ont aidé les médecins traitants à déterminer le lieu et à fixer la date des interventions. Lors du suivi de six mois, les patients du groupe CORE avaient repris le travail en moyenne 6,6 jours plus tôt que ceux du groupe traité par les soins usuels, mais la différence n'est pas statistiquement significative. Fait important, le traitement CORE a entraîné des améliorations significatives sur le plan de la douleur, des capacités fonctionnelles et de l'état psychosocial après six mois ($p < 0,05$). De plus, les patients de ce groupe étaient trois fois moins susceptibles d'avoir subi des examens d'imagerie spécialisés après trois mois ($p < 0,01$) et deux fois plus susceptibles de faire de l'exercice après six mois ($p < 0,05$). Bien que la stratégie CORE ait

compris plusieurs éléments, la coordination des soins a vraisemblablement été cruciale. Cette stratégie semble donc prometteuse.

Plusieurs projets pilotes ont démontré la nécessité de coordonner les soins offerts aux patients. Par exemple, Harrington et ses collègues [2001] ont décrit l'implantation d'un processus de gestion pré-orientation vers des spécialistes en cas de lombalgie (et de radiculopathie lombaire) dans un système de santé communautaire du Wisconsin, aux États-Unis. Des infirmières-coordonnatrices et des médecins-gestionnaires ont suivi des lignes directrices de soins interdisciplinaires pour s'assurer que le bon patient rencontre le bon professionnel de la santé au bon moment (médecin de première ligne, physiothérapeute à la clinique de la colonne vertébrale, spécialiste autre qu'un chirurgien ou orthopédiste, par exemple). La gestion pré-orientation a consisté en une analyse des dossiers médicaux par un médecin et en des consultations avec le médecin orienteur, au besoin, avant la prise d'un rendez-vous avec un spécialiste. Le processus reposait également sur l'utilisation de codes uniformes pour la lombalgie dans les dossiers de patients communs à tous les prestataires de soins et sur l'enseignement aux patients (les raisons pour lesquelles les patients avaient reçu les soins d'un professionnel de la santé donné à un moment précis ont également été examinées). Pour que le processus de gestion pré-orientation soit conforme aux recommandations sur les soins, les médecins ont reçu une formation sur les lignes directrices relatives au traitement et sur leur rôle dans le traitement global de la dorsalgie. Des communications efficaces ont été maintenues entre les professionnels de la santé. De plus, l'infirmière prenait les rendez-vous et s'assurait que les résultats d'examens et les documents étaient envoyés à temps au médecin.

Cette étude d'Harrington et ses collègues a montré qu'il y a eu moins d'orientations inappropriées vers des spécialistes et a fait ressortir les avantages de la coordination des soins, dont des listes d'attente plus courtes et un nombre moindre de patients dirigés

vers des chirurgiens. Lors d'une évaluation prospective, une série consécutive de patients (112 des 139 patients rencontrés au cours des trois premiers mois du programme) ont été interrogés au téléphone par l'infirmière pour l'évaluation des résultats après trois mois. De ce nombre, 66 % ont indiqué que la douleur était soit « disparue ou atténuée » (trad.) et que leurs capacités fonctionnelles s'étaient rétablies, et 90 % se sont dits satisfaits du programme d'orientation. On ignore toutefois si de tels progrès peuvent être généralisés aux autres patients du programme ou si les changements ont été stables après trois mois.

La coordination des soins joue un rôle important dans les « soins par paliers », une approche de prise en charge des maladies où les patients subissent progressivement des interventions plus complexes, plus spécialisées et, souvent, plus coûteuses, selon leurs besoins. L'approche de soins par paliers a été présentée comme un modèle particulièrement bien adapté au traitement de maladies chroniques comme la dorsalgie [Von Korff et Moore, 2001] et le diabète [Glasgow, 1995]. Pour être efficace, cette approche doit reposer à chaque étape sur des traitements fondés sur des données probantes, une évaluation rigoureuse des progrès du patient et une organisation des services sur le plan de l'accès et de la coordination [Von Korff *et al.*, 2002; Katon *et al.*, 2001]. Ainsi, les médecins de première ligne peuvent donner un traitement initial, mais des services plus spécialisés peuvent être offerts s'il n'y a pas d'amélioration ou si le patient le souhaite. Ce passage des niveaux de soins inférieurs à supérieurs au besoin, en fonction des résultats individuels pour un patient, est perçu comme un moyen d'accroître l'efficacité de l'approche de gestion et de réduire les coûts globaux pour la population de patients visée [Von Korff et Tiemens, 2000].

Ahles et ses collègues [2001] ont réalisé un essai contrôlé randomisé sur l'intervention d'une infirmière-éducatrice auprès de patients souffrant de douleur chronique traités dans des établissements de soins de première ligne

de régions semi-rurales (New Hampshire et Vermont, États-Unis). Des patients souffrant de douleur persistante (n = 744) ont été affectés au hasard à une intervention de « soins par paliers » (n = 320) ou au traitement usuel (n = 383).

L'intervention expérimentale à plusieurs volets comportait des éléments centrés sur le patient, sur l'infirmière et sur le médecin. Conformément aux principes des soins par paliers, les patients du groupe expérimental qui souffraient de douleur et de problèmes psychosociaux ont reçu les soins les plus complets. Toutes les interventions de l'infirmière-éducatrice auprès des patients ont été effectuées par téléphone et par l'envoi de matériel éducatif par la poste. Les médecins ont reçu des fiches-patients produites par ordinateur pour faciliter les communications et le suivi des aspects psychosociaux lors des visites. L'échelle *Medical Outcomes Study SF-36*, une mesure de la qualité de vie liée à la santé comportant une sous-échelle pour la douleur, a été utilisée pour recueillir des données de trois à six mois après le traitement. Le fonctionnement des patients et la satisfaction à l'égard des services ont également été mesurés. Dans le groupe expérimental, la diminution du degré de douleur était cliniquement importante (27 %⁴⁶), l'amélioration des scores des sous-échelles SF-36 sur le fonctionnement physique, affectif et social était significative lors du suivi, l'effet de la douleur sur le fonctionnement était moindre, et une plus forte proportion de patients se sont dits satisfaits du traitement comparativement au groupe affecté aux soins usuels. Toutefois, les résultats sont rendus moins concluants par le taux de réponse relativement faible lors de la sélection et du taux d'attrition élevé (données de suivi recueillies sur seulement 53 % des patients).

3.5.3. Délais et listes d'attente

Dans l'ensemble des systèmes de santé, l'accès aux soins est un problème chronique et crucial pour les patients souffrant de douleur chronique.

46. La valeur de 27 % a été publiée par le National Institute of Clinical Studies [NICS, 2003] (dans une revue systématique), qui cite l'article d'Ahles et ses collaborateurs. [2001].

À Montréal (Québec), une proportion importante de la population n'a pas de médecin de famille et n'arrive pas à trouver d'omnipraticiens qui acceptent de nouveaux patients [RRSSS Montréal-Centre, 2003]. Lors d'une étude qualitative réalisée à Vancouver, en Colombie-Britannique (Canada) auprès de personnes souffrant de douleur chronique, celles-ci ont déclaré avoir de la difficulté à trouver des « soins accessibles, efficaces et acceptables » (trad.) [Dewar *et al.*, 2003, p. 44].

L'accès restreint ou inexistant à un omnipraticien limite aussi l'accès à d'autres niveaux de soins, l'omnipraticien pouvant être considéré comme la « porte d'entrée » pour les spécialistes et d'autres formes de soins (centre de réadaptation, physiothérapeute, psychologue, etc.). Même lorsqu'un patient souffrant de douleur chronique est orienté vers un spécialiste, les délais d'attente sont variables et peuvent aussi poser problème. Pour certains types de douleur chronique, *attendre trop longtemps avant d'obtenir un diagnostic et un traitement adéquats contribue à l'évolution vers une incapacité de longue durée* (voir les annexes C et D). Au Royaume-Uni, par exemple, d'après l'enquête de Dr Foster [2004], la période d'attente moyenne entre les soins de première et de deuxième ligne pour un patient souffrant de douleur persistante est de 14 semaines. Une autre enquête réalisée au Royaume-Uni a révélé que la plupart des omnipraticiens n'étaient pas satisfaits des délais d'attente pour l'évaluation de la douleur [Stannard et Johnson, 2003]. Ces délais constituent une source de frustration tant pour les patients que pour les médecins, et il semble que, en général, on soit peu conscient des éventuelles conséquences négatives à long terme pour les patients qui n'obtiennent pas des soins adéquats à temps.

Lors de l'enquête panquébécoise de Veillette et ses collègues [2005] (voir la section 3.4.1), quelque 4 500 patients attendaient leur premier rendez-vous dans les services d'anesthésiologie des hôpitaux de la province (qui n'avaient pas tous une clinique antidouleur). La période d'attente pour près de 3 000 de ces patients

(67 %) était de neuf mois ou plus. D'après une enquête réalisée dans 161 hôpitaux dotés d'une clinique de la douleur chronique du Royaume-Uni, la période moyenne d'attente des patients dirigés pour la première fois vers des spécialistes de la douleur par des omnipraticiens était de cinq mois⁴⁷; le délai moyen d'attente était plus long pour les patients dirigés par un spécialiste, soit presque six mois [Dr Foster, 2003]. Lors d'une enquête réalisée auprès de médecins de Calgary, en Alberta [Alberta Health and Wellness, 2003, p. 251] (voir la section 3.4.2), des omnipraticiens et des spécialistes ont indiqué qu'après une orientation, leurs patients attendaient de 4 à 104 semaines avant d'être évalués par un spécialiste de la douleur. Ils demandaient l'avis des spécialistes de la douleur sur : 1) les médicaments (dans 64,9 % des cas); 2) le diagnostic (59,6 %); 3) les traitements interventionnels (78,7 %); et 4) la thérapie cognitivo-comportementale (60,6 %). Pendant l'attente du rendez-vous avec le spécialiste de la douleur, les trois quarts des médecins ont dit « se fier à leur propre expertise » (trad.) [Alberta Health and Wellness, p. 253]. Environ la moitié consultaient d'autres non-spécialistes de la douleur et (ou) recommandaient à leurs patients de se tourner vers des médecines parallèles⁴⁸.

En France, le délai moyen d'attente avant une consultation dans un centre antidouleur va de trois à six mois [Laurent, 2002]. En Australie, le délai pour obtenir un rendez-vous dans une grande CMD est aussi de trois à six mois [Faculty of Pain Medicine, 2003]. En Alberta, le délai d'attente le plus fréquent avant une consultation dans une clinique antidouleur pour un patient dirigé par un omnipraticien est de 12 mois [Alberta Health and Wellness, 2003, p. 245].

47. Le délai d'attente moyen à partir de l'orientation par l'omnipraticien se situe actuellement dans la période cible de 21 semaines du National Health Service [Dr Foster, 2003].

48. Seulement la moitié des participants à l'étude avaient confiance en ces autres stratégies dans l'intervalle.

3.5.4 Processus d'orientation

Pour qu'un patient qui souffre de douleur rencontre un spécialiste ou soit admis dans une clinique de la douleur, il doit être adressé par un omnipraticien. Le processus d'orientation (*referral*) soulève plusieurs enjeux.

L'omnipraticien doit d'abord savoir quand et où orienter un patient. L'accès du patient au niveau de soins suivant, que ce soit pour des examens diagnostiques ou un traitement, peut ensuite être problématique. Rappelons qu'une communication en temps opportun entre les soignants et un accès adéquat à des omnipraticiens pour les patients sont des aspects essentiels. Enfin, le médecin orienteur doit faire connaître explicitement son intention de continuer à traiter le patient lorsque ce dernier cessera de recevoir des soins spécialisés (voir la section 3.5.6).

Nicholas [2004] précise quand et comment orienter un patient vers une clinique antidouleur en Australie. Son algorithme d'orientation clinique est présenté à l'annexe B. L'orientation doit être réservée aux cas où une évaluation multidisciplinaire complète est jugée nécessaire. Quant au choix du moment, si aucun progrès n'est enregistré après le recours à des modalités thérapeutiques appropriées dans un contexte autre qu'une clinique antidouleur, les patients doivent être orientés dans les quelques premières semaines ou premiers mois suivant l'apparition de la douleur, selon le type de douleur.

L'un des éléments clés de la stratégie de prise en charge de la douleur de la VHA est l'élaboration d'un système national de prise en charge qui permettra, entre autres, d'établir un système national d'orientation en vue de garantir aux patients l'accès aux soins nécessaires dans chaque réseau de services [VHA, 1998]. Les cliniques ambulatoires unidisciplinaires, tout comme les cliniques multidisciplinaires ambulatoires de thérapie cognitivo-comportementale et celles axées sur des types particuliers de douleur, reçoivent des patients dirigés par d'autres services de soins

ambulatoires [Clark, 2004b]. Les cliniques multidisciplinaires ambulatoires reçoivent des patients dirigés par des services de soins de première ligne, des polycliniques et d'autres cliniques spécialisées dans le traitement de la douleur. Dans le cadre du *Chronic Pain Rehabilitation Program* (CPRP), les patients sont orientés par un médecin de la VHA une fois l'investigation terminée [CPRP, 2005]. Les médecins sont priés de mettre une note sur le formulaire d'orientation indiquant que le patient répond à tous les critères d'orientation, et de fournir une description des traitements de la douleur que ce patient a reçus. Les critères d'orientation sont définis dans le guide d'orientation au CPRP (*Referral Guide*)⁴⁹ accessible dans Internet. Les patients chez qui d'autres méthodes thérapeutiques pourraient être plus profitables sont adressés à des cliniques où ils peuvent les obtenir (anesthésiologie, neurochirurgie ou médecine de réadaptation).

D'après une enquête transversale paneuropéenne où plus de 46 000 adultes ont été interrogés en 2002-2003, les omnipraticiens et les médecins de famille ont effectué la plupart des consultations pour cause de douleur chronique (pour 70 % des 4 839 participants à l'enquête atteints de douleur chronique) [Fricker, 2003]. Les spécialistes le plus souvent consultés étaient les orthopédistes (27 %), les neurologues (10 %) et les rhumatologues (9 %). Seulement 23 % des personnes souffrant de douleur chronique avaient déjà été orientées vers des spécialistes de la douleur. Selon une étude transversale réalisée à Hong Kong, dont les résultats ne font pas exception, les patients traités dans des services ambulatoires de traitement de la douleur chronique n'étaient généralement pas orientés par des omnipraticiens [Chen *et al.*, 2004]. La plupart des patients l'étaient plutôt par des chirurgiens (64 %). Les auteurs ont attribué le faible taux d'orientations par des omnipraticiens (seulement 3,6 % des patients) à l'imprécision des règles sur les façons et le

49. Chronic Pain Rehabilitation Program: Referral Guide, 4th edition; 2002. Disponible à : www.vachronicpain.org/Downloads/referralguiderevised102002.PDF (consulté le 23 octobre 2005).

moment d'adresser des patients à une clinique antidouleur. L'existence d'un tel problème est confirmée par l'étude de Dr Foster [2004] au Royaume-Uni, où aucun protocole d'orientation explicite n'était établi dans plus de la moitié (52 %) des organismes de soins de première ligne interrogés.

3.5.5 Rôle des lignes directrices cliniques

Par souci d'exhaustivité, nous présenterons d'abord dans cette section le principe consistant à offrir des lignes directrices cliniques pour structurer la prestation des services, puis discuterons de l'utilisation de ces lignes directrices en tant que processus. En 1990, le sous-comité sur les guides relatifs aux programmes en établissement au Canada a publié un rapport afin d'établir des normes pour les programmes de prise en charge de la douleur chronique [Santé et Bien-être social Canada, 1990]. Le rapport montrait que le besoin d'uniformiser tous les programmes était reconnu depuis un certain temps. Il contenait des lignes directrices sur l'évaluation de la douleur chronique, décrivait les programmes (personnel et dotation; installations et équipement, par exemple) et examinait les services de liaison entre les professionnels et la communauté, de même que la nécessité d'un suivi des résultats cliniques et d'un contrôle de la qualité.

Au Canada, des guides de pratique clinique sur la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse ont été publiés par les collèges des médecins et chirurgiens des provinces suivantes : Alberta⁵⁰, Nouveau-Brunswick⁵¹ et Ontario⁵². D'autres provinces ont mis l'accent sur des énoncés de position concernant l'utilisation de substances réglementées

50. Management of chronic non-malignant pain. Disponible à : <http://www.cpsa.ab.ca/publicationsresources/policies.asp> (consulté le 19 février 2005).

51. Guidelines for management of chronic non-malignant pain. Disponible à : <http://www.cpsnb.org/english/Guidelines/guidelines-6.html> (consulté le 17 janvier 2005).

52. Evidence-based recommendations for medical management of chronic non-malignant pain: Reference guide for clinicians. Disponible à : <http://www.cpso.on.ca/publications/pain.htm> (consulté le 17 janvier 2005).

(Terre-Neuve, Nouvelle-Écosse, Québec et Saskatchewan, par exemple)⁵³. Ospina et Harstall ont étudié les guides de pratique clinique de quatre provinces (Alberta, Manitoba, Nouveau-Brunswick et Ontario) et celles du Canadian Consortium on Pain Mechanisms, Diagnosis and Management (CCPMDM) dans leur rapport d'évaluation des technologies de la santé sur les programmes multidisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique. D'après ces auteurs, ces guides confirment que le « paradigme thérapeutique le plus approprié pour la majorité des patients souffrant de douleur chronique doit reposer sur un modèle de réadaptation plutôt que sur un modèle de soins médicaux de courte durée » (trad.) [Ospina et Harstall, 2003, p. 8]. Les objectifs de toutes les interventions de traitement de la douleur sont les mêmes dans tous les guides : rétablissement des capacités fonctionnelles (sur les plans physique, psychologique et social) et soulagement des symptômes. Les autres résultats importants visés sont notamment la réduction du besoin d'un traitement antidouleur et des effets indésirables des interventions, l'amélioration de la qualité de vie de même que l'utilisation optimale des services et la réduction des coûts qui y sont associés.

Le CCPMDM fait remarquer que, même si la douleur chronique a surtout été traitée par des interventions unimodales par le passé, la nature multidimensionnelle de la douleur chronique exige une démarche axée sur plusieurs fronts [Henry et CCPMDM, 2001]. Les guides de pratique clinique canadiens examinés par Ospina et Harstall préconisent des démarches interdisciplinaires ou multidisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique par des équipes composées de médecins, de psychologues, de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes. Comme le soulignent ces auteurs, « il semble que les guides canadiens n'ont pas été élaborés de façon indépendante, car ils sont fondés sur un énoncé principal qui a

53. Purdue Pharma. Pain management guidelines. Disponible à : http://www.purdue.ca/links/links_guidelines.asp (consulté le 29 février 2005).

été adopté tour à tour par les différents collèges de médecins et chirurgiens dans chacune des provinces » (trad.) [Ospina et Harstall, 2003, p. 9]. Ospina et Harstall ont observé que les recommandations formulées dans les guides découlaient d'un mélange d'énoncés issus de données probantes et de consensus, et que le manque d'information sur les processus d'élaboration des guides empêchait toute évaluation des méthodes de sélection et d'interprétation des données probantes. De surcroît, certains de ces guides pourraient ne plus être à jour (le guide albertain, par exemple, remonte à 1993).

Les guides de pratique clinique sur la prise en charge de la douleur chronique abondent [JCAHO et NPC, 2003]. Bon nombre de ces guides sont conçus pour des groupes de professionnels de la santé particuliers (infirmières, omnipraticiens) [Marcus, 2003; The Pain Society, 2002]. Certains portent sur le traitement de types de douleur particuliers (syndrome douloureux régional complexe, par exemple) ou sur des modalités thérapeutiques données (notamment le traitement de la douleur par des narcotiques [Jovey *et al.*, 2003]). Il semble que ces guides soient rarement comparés, et que des versions internes soient souvent préparées. Aux États-Unis par exemple, la VHA a rédigé ses propres lignes directrices (pour le traitement par des opioïdes, par exemple) et les a affichées dans Internet, à l'instar des autorités sanitaires françaises. Le site Web de la Faculty of Pain Medicine du Australian and New Zealand College of Anaesthetists permet d'accéder facilement à un certain nombre de lignes directrices sur le traitement de la douleur tant aiguë que chronique⁵⁴.

Au Royaume-Uni, les guides de pratique clinique ont fait l'objet d'un examen, et les cliniciens ont été interrogés au sujet de leur utilisation [CSAG, 2000]. Mis à part deux guides sur le traitement de la dorsalgie, très peu

de soignants ou de gestionnaires savaient qu'il existait un vaste corpus de données publiées dans la littérature sur les services de traitement de la douleur en général. Les cliniciens ont dit avoir besoin de conseils pour la prise en charge des cas difficiles et le processus d'orientation de certains types de patients. Lors de l'enquête réalisée par Dr Foster [2004] à l'échelle du Royaume-Uni, bon nombre d'organismes de soins de première ligne n'avaient aucune recommandation clinique sur la prescription de médicaments (57 %) aux patients souffrant de douleur chronique ou sur l'autoprise en charge (69 %).

Negrini et ses collègues [2001] ont effectué une enquête auprès de 318 omnipraticiens d'une province d'Italie (taux de réponse de 68 %) pour vérifier si la prise en charge diagnostique des patients souffrant de lombalgie était conforme aux guides de pratique clinique. Les omnipraticiens ont indiqué la fréquence à laquelle ils recouraient à des techniques d'imagerie, à des épreuves de laboratoire et à des consultations. La correspondance entre les actes des médecins et les guides de pratique clinique était extrêmement variable, allant de 14,6 à 89,4 %. Seuls 33 % des omnipraticiens connaissaient les « signaux d'alarme » (c'est-à-dire les symptômes exigeant une intervention immédiate, ou « drapeaux rouges »). Les auteurs ont conclu que les examens diagnostiques étaient surutilisés dans les cas de douleur aiguë et que les examens appropriés, conformes aux recommandations cliniques, étaient sous-utilisés dans certains cas chroniques.

Devant l'abondance de lignes directrices, la question clé est : « L'usage de lignes directrices améliore-t-il les résultats pour les patients ? » Manchikanti et ses collègues [2002] ont évalué l'utilisation et les coûts des soins dans une étude basée sur une méthodologie mixte : 100 patients ont été affectés au hasard au groupe d'application de lignes directrices et suivis de façon prospective, et 200 patients ont été évalués de façon rétrospective parce qu'ils avaient été traités avant la mise en application des lignes directrices. Sur une période de

54. Faculty of Pain Medicine. Professional documents. Disponible à : www.fpm.anzca.edu.au/documents/profdocs/index.htm (consulté le 4 juin 2004).

trois ans, les résultats ont systématiquement montré que l'usage des lignes directrices réduisait le nombre de visites chez le médecin et entraînait des baisses concomitantes de coûts. Toutefois, les résultats chez les patients (douleur, santé mentale, etc.) ne sont pas précisés, et l'intervention était unimodale, soit le recours à un spécialiste de la douleur. (Les données sur le lien entre l'usage de lignes directrices et les résultats chez les patients sont présentées à l'annexe C, qui porte sur la dorsalgie.)

3.5.6 Plans de congé et de continuité des soins

« Congé » n'est probablement pas le terme le plus approprié pour décrire ce qu'il advient des patients souffrant de douleur chronique, car très peu d'entre eux guérissent. Ils atteignent plutôt la limite de ce qu'un type de services peut leur offrir, et doivent à nouveau se tourner vers un omnipraticien pour continuer à recevoir des soins. L'une des pierres d'achoppement à ce stade est le fait que patients et soignants ne savent parfois plus qui est responsable des soins dispensés aux patients, surtout si une longue période s'est écoulée entre la première orientation, l'administration des soins et la fin du traitement. Dans le modèle de la VHA, l'intégration des soins est évidente : dans le processus de fin de prestation d'un service à un niveau de soins, le retour à un autre niveau de soins est clairement indiqué. Dans le cadre du CPRP, les besoins en matière de soins de suivi sont inscrits dans le dossier médical, et des plans sont élaborés en vue de leur mise en œuvre [CPRP, 2005]. De toute évidence, les normes sur la continuité des soins doivent comprendre un processus de planification du congé [Phillips, 2000].

3.6 SUIVI DES RÉSULTATS CHEZ LES PATIENTS

Dans cette section, nous présenterons des données sur le suivi des résultats chez les patients. Ces données sont tirées des modèles de systèmes retenus et d'une étude menée au Royaume-Uni. En France, des rapports ont été publiés sur l'implantation du Programme

national de lutte contre la douleur, mais ils ne donnent pas de mesure des indicateurs proposés par le groupe IMMPACT mentionnés à la section 3.2.1. L'évaluation du programme a plutôt été fondée sur des critères liés aux prestataires de soins et des facteurs « administratifs » tels que l'usage d'échelles de la douleur, la connaissance des méthodes de traitement par les médecins, la diffusion d'information sur la douleur aux professionnels de la santé et aux patients ainsi que le nombre et le type d'initiatives de formation [Lothon-Demerliac *et al.*, 2001]. Des enquêtes réalisées auprès de patients d'établissements et de départements particuliers ont été réalisées en France sur la prise en charge de la douleur. Un comité de prise en charge de la douleur dans un hôpital, par exemple, a constaté que seulement 29 % des 95 patients se disaient très satisfaits de l'efficacité du traitement antidouleur [Département de Santé Publique – Hôpital Paul-Brousse, 2001]. Une enquête régionale dans 13 établissements de soins a révélé que 11,8 % des 1 293 patients estimaient que la prise en charge de leur douleur n'avait pas été satisfaisante [Domecq *et al.*, 2002]. Les résultats de notre recherche sont corroborés par Auquier et Arthuis [2000], qui reconnaissent l'absence d'études sur l'efficacité théorique et pratique des centres antidouleur en France. Le guide d'implantation du Programme national de lutte contre la douleur prône toutefois l'utilisation et l'analyse régulières des questionnaires de congé, qui comprennent des questions sur la prise en charge de la douleur et des sondages sur la satisfaction des patients comme outils d'évaluation dans les établissements de santé français [MSFPH, 2002].

En Australie, on suit les résultats obtenus chez les patients traités dans différentes cliniques antidouleur ou d'autres structures de services. L'Australian Pain Society a réalisé une enquête dans des cliniques antidouleur en 2002 afin de déterminer les indicateurs utilisés pour mesurer les résultats⁵⁵. Neuf cliniques antidouleur se définissant elles-mêmes comme des cliniques

55. Australian Pain Society (APS). Questionnaire. Disponible à : http://www.apsoc.org.au/quest_pre.html (consulté le 17 janvier 2005).

multidisciplinaires ont répondu : toutes mesuraient le fonctionnement psychologique, toutes sauf une la perception de la douleur, et toutes sauf une autre le fonctionnement physique; les mesures utilisées étaient peu uniformes. Un tel manque d'uniformisation transparaît dans les articles de revues scientifiques qui présentent des données sur les différents résultats observés chez des patients dans divers contextes de prise en charge de la douleur. Par exemple, Wilkes et ses collègues [2003] ont utilisé l'échelle SF-36 (*Medical Outcomes Study SF-36*) pour enregistrer l'amélioration de la qualité de vie de patients du centre antidouleur de Western Sydney. Giles et ses collègues [2003] ont évalué la satisfaction de patients traités dans une unité multidisciplinaire de traitement des douleurs rachidiennes.

Par opposition aux exemples moins homogènes présentés ci-dessus, la trousse d'outils de mesure des résultats du traitement antidouleur (*Pain Outcomes Toolkit*) [National VA Pain, 2003] utilisée par la VHA aux États-Unis explique précisément comment et quand évaluer l'état du patient. Il est possible d'obtenir en ligne un exemplaire du *Pain Outcomes Questionnaire*⁵⁶ utilisé dans tout le système de la VHA pour recueillir des données sur les progrès des patients. Ce questionnaire comprend 45 questions au début du programme de traitement, 28 questions pour l'après-traitement et 36 questions pour le suivi. Les indicateurs de résultats sont notamment l'intensité de la douleur, les limitations dues à la douleur, les effets néfastes sur le fonctionnement affectif, la vitalité, les craintes liées à la douleur, le fonctionnement au travail, la satisfaction des patients et l'utilisation des ressources médicales. Les propriétés psychométriques de ce questionnaire ont été étudiées, de sorte que sa validité et sa fiabilité ont été démontrées [Clark *et al.*, 2003]. Les résultats chez les patients étant liés au suivi et à l'amélioration continue de la performance, leur mesure est donc au

cœur d'un objectif clé de la stratégie de prise en charge de la douleur de la VHA et d'une vision globale de reddition de comptes [VHA, 1998]. Il est important de souligner que l'on procède actuellement à l'implantation du système de suivi électronique de l'évaluation de la douleur et de l'efficacité des interventions. Par exemple, des modèles d'évaluation de la douleur sont accessibles dans Internet (en plus d'aide-mémoire cliniques informatisés [Kerns, 2003]), et des professionnels de la santé de la VHA ont le mandat d'effectuer ces mesures de manière systématique⁵⁷ [National VA Pain, 2003]. Dans le cadre du CPRP, les données sur les résultats sont résumées tous les trois mois et transmises à tout le personnel [CPRP, 2005].

Peat et ses collègues [2001] ont réalisé une enquête transversale nationale sur la pratique courante au Royaume-Uni en matière d'évaluations de suivi des programmes de traitement de la douleur. Ils ont communiqué avec des représentants de 66 des 70 programmes, et 58 d'entre eux ont rempli les questionnaires. De ce nombre, seuls 21 % des programmes répondaient aux trois critères établis pour un suivi adéquat (à savoir suivi courant pendant au moins six mois, chez au moins 70 % des patients traités, comprenant une auto-évaluation des limitations, de l'humeur et de l'état affectif). Malgré une volonté générale de procéder à des évaluations de suivi, des variations importantes ont été observées pour ce qui est des mesures des résultats et de la durée du suivi (réponse la plus fréquente : 6 ou 12 mois; plage de un mois à trois ans).

3.7 CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

Dans cette section, nous discuterons du contrôle de la qualité des services de santé en fonction de l'évaluation des programmes et des processus, en nous fondant sur l'information tirée des modèles de systèmes retenus.

56. Disponible à : <http://www.vachronicpain.org/Pages/POQReq.htm>.

57. De telles initiatives sont conformes aux normes d'organismes d'agrément comme la Joint Commission on Accreditation in Healthcare Organizations (JCAHO) et la Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (CARF).

3.7.1 Mise en œuvre du programme

Il est important d'évaluer la mise en œuvre d'un programme, car l'une des raisons le plus souvent invoquées pour expliquer l'échec des interventions dans la pratique est une exécution inadéquate. Il faut consigner les détails de la mise en œuvre pour faciliter l'interprétation des résultats du programme [Glasgow *et al.*, 2006; Bellg *et al.*, 2004]. La mise en œuvre du programme désigne l'implantation d'éléments de structure et de processus; les résultats utilisés à des fins d'évaluation peuvent être mesurés pour le patient, le prestataire de soins ou le système.

En France, les initiatives d'évaluation semblent surtout avoir été concentrées sur la mise en œuvre du Programme national de lutte contre la douleur : un comité national, formé de représentants de plusieurs disciplines et groupes d'intérêt, suit l'évolution du programme⁵⁸. Par exemple, l'usage d'analgésiques est en hausse constante depuis 1996, d'après les données de marché sur les ventes de médicaments analgésiques de différentes formes et teneurs [MSFPH, 2001]. Un million d'échelles visuelles analogues d'évaluation de la douleur ont été distribuées, des guides de pratique clinique ont été publiés par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)⁵⁹, et de nouveaux établissements ont été ouverts pour le traitement de la douleur chronique. Le site Web du Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur (CNRD)⁶⁰ indique le nombre de postes créés dans les unités et centres antidouleur. Ce site contient une foule d'informations, dont les annonces de projets actuellement en cours. Des comités de lutte contre la douleur ont été formés dans les différents hôpitaux et sont chargés, entre autres, de soutenir et de coordonner les activités qui

58. Programme national de lutte contre la douleur : état d'avancement au 1^{er} février 2004. Disponible à : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/prog_douleur/suiviplan0104.pdf (consulté le 21 octobre 2005).

59. Devenue la Haute Autorité de santé en janvier 2005.

60. Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur (CNRD). Disponible à : <http://www.cnrdr.fr/> (consulté le 18 janvier 2005).

répondent à l'objectif du programme national de lutte contre la douleur, soit d'améliorer la qualité du traitement de la douleur dans tous les établissements de soins [MSFPH, 2001; CNRD, 1998]. Des rapports ont été préparés sur des sujets tels que l'usage d'échelles de mesure de la douleur, le recours aux analgésiques et les protocoles de prise en charge de la douleur⁶¹. Les activités des comités de lutte contre la douleur des hôpitaux sont reliées à l'assurance de la qualité et à l'agrément des établissements [CNRD, 1998].

Parmi ses diverses responsabilités, le VHA National Pain Management Strategy Coordinating Committee a comme mandat de fixer des objectifs, d'établir des mécanismes de reddition de comptes et de définir un calendrier de mise en œuvre de la stratégie [VHA, 1998].

3.7.2 Évaluation des processus

Alors que l'évaluation des résultats chez les patients permet de déterminer l'efficacité du traitement contre la douleur pour un patient ou une unité de soins en particulier, l'évaluation des processus fait partie intégrante du contrôle de la qualité des soins et englobe un vaste éventail d'objectifs et de cibles à étudier. L'évaluation des processus couvre des questions comme : les patients ont-ils accès au traitement en temps opportun ? Les professionnels de la santé appliquent-ils les lignes directrices ? Les services entre les niveaux de soins et entre les professionnels de la santé sont-ils intégrés ? [JCAHO et NPC, 2003].

En 2003, le National Institute of Clinical Studies (NICS) d'Australie a effectué une revue systématique de la littérature sur les démarches d'évaluation et de prise en charge de la douleur dans les hôpitaux. Les services offerts aux patients hospitalisés et non hospitalisés ont été abordés dans cette revue, de même que tous les types de douleur dans toutes les populations (douleur aiguë, chronique, cancéreuse,

61. La politique de prise en charge de la douleur à l'AP-HP. Disponible à : <http://interclud.aphp.fr/ext/comiteap-hp/comit2.pdf> (consulté le 27 octobre 2004).

pédiatrique, etc.) [NICS, 2003]. La revue portait sur trois questions de recherche : 1) « Quelles stratégies ont été utilisées pour instaurer une approche institutionnelle d'évaluation et de prise en charge de la douleur ? »; 2) « Comment l'information sur le processus décisionnel entourant l'évaluation et la prise en charge de la douleur est-elle recueillie et consignée ? »; et 3) « Les stratégies ont-elles réussi et sont-elles viables ? » (trad.). Des données sur les mesures des processus (évaluation de résultats immédiats du programme comme les changements comportementaux et l'observance du personnel, par exemple), des répercussions directes (résultats chez les patients comme l'intensité de la douleur) et des répercussions indirectes (fréquence et profil d'utilisation d'analgésiques, par exemple) ont été extraites. Une synthèse qualitative a été faite au lieu d'une méta-analyse en raison de l'hétérogénéité du corpus de données; le meilleur niveau de preuve a été fourni par un essai contrôlé randomisé de qualité « médiocre à moyenne » (*poor-to-average*), et trois études seulement étaient comparatives.

En réponse à la première question, deux principaux types de stratégies ont été relevés : « à plusieurs niveaux » (*multi-level*) et « services spécialisés » (*dedicated-service*). Les stratégies à plusieurs niveaux ont généralement été instaurées par un groupe multidisciplinaire et fait l'objet d'un essai pilote avant d'être implantées à l'échelle de l'hôpital. Toutes ces stratégies sauf une avaient été exécutées au niveau des soins tertiaires, et l'une d'elle était canadienne (Vancouver Hospital, Colombie-Britannique). Les changements visés touchaient les politiques, les interventions et la « culture » de prise en charge de la douleur. Les services spécialisés avaient été mis en place par un parrain, ou groupe intéressé par la prise en charge de la douleur financé par l'établissement; à titre d'exemple, mentionnons des services de lutte contre la douleur aiguë et des équipes de traitement de la douleur dans la pratique générale (l'une de ces équipes est celle d'Ahles et ses collègues [2001], voir la section 3.5.2).

Pour ce qui est de la deuxième question, les résultats d'un essai contrôlé et d'études de

niveau de preuve plus faible ont révélé que la consignation au dossier de l'évaluation de la douleur a augmenté conformément aux nouvelles politiques sur l'enregistrement des processus décisionnels, et que ces politiques se reflétaient sur les données inscrites dans les dossiers (utilisation d'algorithmes de traitement de la douleur et mention du soulagement de la douleur après les interventions). Les stratégies institutionnelles (troisième question) ont eu des retombées variables. Les changements observés ont été des modifications des habitudes de prescription, des réductions des effets secondaires des analgésiques et des hausses de la satisfaction des patients (ces deux derniers étant des résultats chez les patients) à l'égard des pratiques de prise en charge de la douleur. Aucune étude n'a fourni de données valables sur les taux d'orientation vers des spécialistes de la douleur avant et après la mise en œuvre d'un programme. Les données sur les coûts et le rapport coût-efficacité des approches institutionnelles ou sur la qualité de vie des patients étaient trop fragmentaires pour que des conclusions puissent en être tirées. Le rapport se termine comme suit : « Des données ayant un niveau de preuve essentiellement faible semblent indiquer que malgré des améliorations sur le plan de l'évaluation et de la consignation au dossier de la douleur et sur le plan des pratiques d'utilisation et de prescription d'analgésiques, le soulagement de la douleur est encore un problème après l'instauration d'approches institutionnelles d'évaluation et de prise en charge de la douleur » (trad.) [NICS, 2003, p. 4]. On ignore si la même conclusion peut s'appliquer aux programmes conçus spécialement pour la prise en charge de la douleur chronique.

Tous les établissements de la VHA ont comme mandat d'intégrer des mesures de résultats à leurs services⁶². Ils doivent faire le suivi de l'évaluation de la douleur, inscrire les plans de soins contre la douleur au dossier et prévoir des activités d'enseignement aux patients dans

62. VHA Directive 2003-021. Pain management. Disponible à : http://www1.va.gov/pain_management/docs/VHAPainDirective_03.pdf (consulté le 26 octobre 2005).

leurs plans de traitement. L'Office of Quality and Performance de la VHA doit établir des indicateurs de performance conformes à la stratégie nationale de prise en charge de la douleur et assurer la qualité, l'accès et la satisfaction des patients [National VA Pain, 2003]. Ces indicateurs sont utilisés pour évaluer la performance des établissements et des réseaux VISN (*Veterans Integrated Service Networks*). Un *External Peer Review Program* permet de vérifier la conformité aux normes; tous les trois mois, les réviseurs examinent un échantillon de dossiers et remettent leurs résultats aux autorités de la VHA.

Dans le cadre d'un projet concerté de neuf mois entre la VHA et l'Institute for Healthcare Improvement, le taux d'évaluation de la douleur a augmenté (passant de 75 à 85 % du temps dans les unités à l'étude) lorsque la « Trousse d'outils d'évaluation de la douleur comme 5^e signe vital » (*Pain as a 5th Vital Sign Toolkit*) a été lancée et que son utilisation a été encouragée par les équipes⁶³ représentant les VISN [Cleeland *et al.*, 2003]. Le pourcentage de patients ayant reçu du matériel éducatif a presque doublé, passant de 35 à 62 %. Dans le cas des patients souffrant d'une douleur au moins légère, la proportion de plans de soins enregistrés dans les dossiers est passée de 58 à 78 %. Des guides de pratiques exemplaires ont été publiés dans le site Web de la VHA et des outils éducatifs en ligne ont été mis à la disposition des professionnels de la santé dans Internet [Craine et Kerns, 2003].

3.8 PARTENARIAT AVEC LE PATIENT SOUFFRANT DE DOULEUR CHRONIQUE

Dans ce tour d'horizon des aspects organisationnels de la prise en charge de la douleur chronique, il est important de souligner l'importance du rôle du patient dans ses propres soins. Comme ceux qui souffrent d'autres maladies chroniques (diabète, hypertension,

63. Les équipes comptaient des professionnels de la santé, des spécialistes de l'amélioration de la qualité, des gestionnaires, des cliniciens en chef et des administrateurs, et se sont concentrées sur un centre considéré comme centre pilote [Cleeland *et al.*, 2003].

etc.) [Von Korff *et al.*, 1997], les patients qui ont une douleur persistante doivent jouer un rôle de premier plan dans leurs propres soins. Ils doivent être responsables des aspects du traitement sur lesquels ils ont de l'emprise, comme l'observance du traitement médicamenteux et les changements du mode de vie. Ils doivent faire l'apprentissage de stratégies pour composer avec les contraintes qu'impose un problème de santé incurable. Une attitude passive, c'est-à-dire s'attendre à ce que les professionnels de la santé « règlent le problème », est une caractéristique du patient reconnue comme un prédicteur de piètres résultats. Cette attitude peut être changée, et les programmes efficaces comprennent des approches cognitivo-comportementales pour aider les patients à y arriver [Udermann *et al.*, 2004]. Il a été proposé qu'un volet d'autoprise en charge de la santé soit intégré dès les premières étapes à la stratégie de traitement par paliers de soins (voir la section 3.5.2), avec un soutien minime des professionnels de la santé [Von Korff *et al.*, 2002].

En France, l'une des démarches « d'autoprise en charge » a été la remise de documentation à tous les nouveaux patients hospitalisés (intervention en milieu hospitalier) afin de les informer de leurs droits et de leurs responsabilités [MSFPH, 2001]. D'autres campagnes d'information publique ont été lancées en France sur la migraine ou céphalée chronique, la douleur chez l'enfant et les services pour le traitement de la douleur chronique. En Australie, un livre largement utilisé auprès des patients [Nicholas *et al.*, 2000] décrit les étapes à prendre pour améliorer la qualité de vie [Faculty of Pain Medicine, 2003]. Une démarche semblable est utilisée au Royaume-Uni, où *Le Livre du dos (The Back Book)* [Roland *et al.*, 1996] enseigne aux patients souffrant de lombalgie ce qu'ils peuvent faire pour atténuer leur douleur dorsale. L'un des objectifs de la stratégie nationale de prise en charge de la douleur de la VHA est d'amener les patients et les familles à participer activement à cette prise en charge

[VHA, 1998]. Les patients de la VHA reçoivent du matériel éducatif sur la douleur comme des cédéroms, des livres et des vidéocassettes [Craine et Kerns, 2003]. Bien entendu, tous peuvent naviguer dans Internet et découvrir une foule de sites portant sur certains types de douleur. De nombreux patients se tournent vers Internet comme source d'information médicale et autre, mais malheureusement, aucune norme ne leur garantit que l'information est exacte ni qu'elle s'applique à leur cas particulier. Néanmoins, les exemples de professionnels de la santé qui dispensent un enseignement aux patients confirment le consensus selon lequel ces derniers doivent être bien informés et jouer un rôle actif dans leur propre réadaptation.

3.9 INNOVATIONS ORGANISATIONNELLES

Dans la dernière partie du chapitre 3, nous discuterons brièvement du rôle des technologies de l'information dans la prestation des services et le suivi des résultats, et décrirons des initiatives australiennes et américaines qui mettent à profit les progrès technologiques.

3.9.1 Internet et technologies de l'information

Les technologies de l'information sont en voie de devenir un outil indispensable à la prestation des soins et peuvent être utilisées pour faciliter les communications [DIHTA, 1999] et faire le suivi de la qualité des soins et des résultats chez les patients (comme le système de la VHA l'a clairement démontré). Bien que leur installation et leur maintien soient coûteux, les bases de données électroniques sont couramment utilisées (pour les dossiers hospitaliers, par exemple) et permettent d'améliorer la prestation des services. De nombreux obstacles y sont associés, comme l'usage de systèmes incompatibles, le coût des mises à niveau fréquentes des systèmes et les ressources humaines requises pour la saisie et l'analyse des résultats à intervalles réguliers. Malgré tout, les technologies de l'information sont devenues pratique courante

dans de nombreux systèmes de santé (VHA, Health Maintenance Organizations). Les technologies de l'information peuvent constituer un moyen de communication novateur entre des professionnels de la santé (pour l'échange de résultats d'examen, de notes d'évolution, etc.). Bien qu'on ne sache pas encore comment l'usage d'Internet peut améliorer le travail d'équipe, il est temps d'explorer cette avenue. Il va de soi que des mesures de sécurité doivent être en place pour assurer la confidentialité de l'information sur les patients et que des ordinateurs doivent être mis à la disposition des intervenants concernés, mais ce ne sont pas des problèmes insolubles, et certains organismes s'y sont attaqués (la VHA, par exemple).

3.9.2 Télésanté

Puisqu'un certain pourcentage de la population québécoise vit en dehors des régions urbaines, un programme australien novateur, l'*Illawarra Health Chronic Pain Management Program*, est pertinent. En 2001, le New South Wales Health Department et son réseau de télésanté ont lancé, par l'entremise de l'hôpital Port Kembla, un projet de transmission par vidéoconférence d'un programme de traitement de la douleur chronique destiné à des patients et à des professionnels de la santé de régions rurales éloignées [NSW Telehealth, 2003]. Divers modèles de prestation des services ont été mis en œuvre : formation des professionnels de la santé des régions rurales sur l'application des programmes, prestation de services (approches cognitivo-comportementales, exercices de relaxation, etc.) directement aux patients, et mise en commun des ressources – comme les carnets de patients et les manuels du programme – avec les professionnels de la santé des milieux ruraux⁶⁴. Avant de participer au programme, les patients doivent subir des évaluations médicale et psychologique, toutes deux effectuées en personne avec un professionnel de la santé [NSW Telehealth,

64. Nagy B. Group pain management by telehealth: Where to from here? Exposé disponible à : <http://www.health.nsw.gov.au/pmd/telehealth/003news/003bsymp/2003Symposium/pdf2003/Nagy.pdf> (consulté le 20 janvier 2005).

2003]. Des vidéoconférences sont offertes aux patients pour leur enseigner à composer avec la douleur, alors que d'autres sont organisées pour les membres de leur famille qui souhaitent être mieux informés sur la douleur chronique et aider les personnes touchées. Ce programme a été élargi en 2003. Selon une brochure électronique affichée dans Internet, son efficacité semble comparable à celle des programmes établis sur place.

Aux États-Unis, Appel et ses collègues [2002] ont étudié l'efficacité d'interventions comportementales de télémédecine axées sur l'acquisition de compétences en matière d'autocontrôle par les patients souffrant de douleur chronique. Vingt-sept patients ont été affectés au hasard à des consultations avec un

psychologue en face-à-face, par téléphone à haut-parleur ou par l'entremise d'un système de télévision en circuit fermé. Les indicateurs de résultats ont été l'intensité de la douleur, la détresse ressentie face à la douleur, le stress physique et mental de même que la satisfaction du client. Des améliorations significatives ont été observées pour tous les indicateurs, quel que soit le mode de prestation. Les scores de satisfaction du client ont généralement été positifs, et la plupart des patients qui n'avaient pas participé à des consultations en face-à-face n'y voyaient pas d'inconvénients. Les auteurs ont conclu, selon leur interprétation des données de l'étude, que la prestation de services par des instruments technologiques s'annonçait prometteuse.

Partant du principe que le champ couvert par cette évaluation est forcément vaste, nous avons jugé pertinent d'examiner deux exemples précis de types de douleur chronique touchant divers aspects organisationnels en suivant le cadre conceptuel utilisé dans l'ensemble du rapport. La dorsalgie a été retenue en raison de sa forte prévalence, des coûts qui y sont associés et du fait que la plupart des traitements sont administrés en première ligne. À titre de comparaison, nous avons choisi le syndrome douloureux régional complexe comme deuxième exemple, car bien qu'elle soit plus rare, cette maladie est difficile à diagnostiquer et exige des soins offerts en temps opportun par des professionnels de la santé autres que des omnipraticiens, souvent à des niveaux plus élevés de la hiérarchie de services. Compte tenu de la nature détaillée et particulière des deux études de cas, le texte intégral est présenté en annexe (annexes C et D). Les points saillants de l'information sur les études de cas sont exposés ci-dessous.

4.1 DORSALGIE

Les informations sur les structures et les processus de soins intervenant dans la prise en charge de la dorsalgie sont fournies à l'annexe C. Comme au chapitre 3, les informations viennent des trois modèles retenus et d'autres systèmes sur lesquels nous avons trouvé des études pertinentes pour les questions abordées. Nous présenterons d'abord brièvement la définition, la prévalence et l'incidence, l'étiologie, le traitement et les coûts de la dorsalgie. Soulignons que de 70 à 85 % des adultes auront au moins un épisode de dorsalgie au cours de leur vie [Pérez, 2000]. Bien que la dorsalgie aiguë soit la forme la plus fréquente, la forme chronique est plus débilatante sur les plans physique et psychologique. La

période de transition de la dorsalgie aiguë à chronique a suscité beaucoup d'intérêt dans la littérature scientifique. Selon Main et Williams, plusieurs types de variables peuvent influencer sur l'installation d'une dorsalgie chronique : psychologiques ou comportementales (facteurs iatrogènes, croyances, stratégies d'adaptation, détresse, comportements-maladie, volonté de changer); sociales et économiques (renforcement par la famille, statut professionnel, prestations et assurance maladie, litige); et professionnelles (satisfaction au travail, conditions de travail, caractéristiques du travail et politiques sociales) [Main et William, 2000, p. 535]. Fait important, une douleur aiguë devenue chronique prolonge non seulement la période de souffrance, mais aggrave aussi la maladie et la rend encore plus débilatante, ce qui réduit grandement les chances de rétablissement. Par conséquent, il existe une tendance manifeste en faveur d'une intervention plus précoce dans la prestation de soins contre la dorsalgie (c'est-à-dire dans la phase subaiguë, soit après six semaines mais avant 12 semaines) pour prévenir la chronicité.

Au chapitre des éléments structurels de la prise en charge de la dorsalgie, la plupart des patients qui en souffrent sont traités en première ligne. L'omnipraticien doit diagnostiquer la nature du problème, recommander des comportements appropriés au patient (rester actif, par exemple), lui prescrire des médicaments et l'orienter vers un spécialiste au besoin. L'omnipraticien doit informer le patient du rôle que ce dernier doit jouer dans le plan de traitement, en insistant sur l'importance de l'autoprise en charge (observance du traitement médicamenteux, par exemple) [Goodyear-Smith *et al.*, 2002]. Les professionnels paramédicaux, dont les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les psychologues, jouent un rôle important dans les soins offerts au patient une fois la dorsalgie

devenue chronique. Le niveau de preuve de l'efficacité d'un traitement multidisciplinaire de la lombalgie est élevé [Ospina et Harstall, 2003].

En Australie, 13 cliniques de médecine musculosquelettique ont récemment été ouvertes un peu partout au pays en milieux hospitalier et communautaire, alors qu'étaient publiées des lignes directrices sur la dorsalgie aiguë [Masters, 2004; McGuirk *et al.*, 2001]. Dans les cliniques, des audits et des études contrôlées de pratiques fondées sur des données probantes ont porté sur la prise en charge des problèmes musculosquelettiques⁶⁵. Ces cliniques ont traité la douleur aiguë en informant les patients et en dissipant leurs craintes, et en utilisant des interventions fondées sur des données probantes [Masters, 2004]. Les patients souffrant de lombalgie aiguë ont été suivis pendant deux ans et, à court terme, la douleur a légèrement diminué, la satisfaction a été plus grande, le recours aux médicaments et aux médecines parallèles a été moindre, et les radiographies ont été moins fréquentes chez les patients traités dans les cliniques que chez les patients qui avaient reçu les soins usuels dans quatre régions témoins de pratique générale [Masters, 2004; McGuirk *et al.*, 2001]. À long terme, la douleur et les coûts ont été réduits, les patients ont reçu moins de soins continus, et le risque de récurrence (c'est-à-dire que la douleur devienne chronique) a diminué. Fait important, aucun signal d'alarme n'est passé inaperçu, et l'usage d'une liste de signaux d'alarme a été jugé sûr.

L'importance d'intégrer la médecine du travail et l'ergothérapie pour les travailleurs blessés est démontrée par le « modèle de Sherbrooke », conçu et validé par Loisel et ses collègues [2003a; 2003b; 2002; 1997; 1996]. Ce modèle d'intervention multidisciplinaire repose sur des soins par paliers offerts en temps opportun, avec une bonne coordination entre les professionnels de la santé, de même que sur l'intégration du personnel et des enjeux du milieu de travail à la structure et aux processus

du programme. L'étude, financée par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail du Québec, visait à réduire le passage à la chronicité de travailleurs atteints de dorsolombalgie d'origine professionnelle. Un essai clinique randomisé populationnel a été mené dans des entreprises de la région de Sherbrooke, au Québec (Canada).

Cet essai a été réalisé auprès de travailleurs de 31 entreprises admissibles de la région de Sherbrooke qui avaient accepté d'y collaborer. Cent trente travailleurs qui étaient en congé de maladie depuis plus de quatre semaines à cause d'une dorsalgie ont été affectés au hasard à l'un des quatre groupes de traitement suivants : 1) intervention standard (médecin traitant seulement); 2) intervention clinique et de réadaptation seulement; 3) stratégie d'intervention en milieu de travail (intervention d'un médecin du travail et « évaluation d'ergonomie participative » sur place, faisant intervenir un ergonome, le patient, son superviseur et des représentants du syndicat ou de l'employeur en vue de déterminer si les tâches devaient être modifiées); et 4) intervention complète, soit une association intégrée de 2) et de 3) (le « modèle de Sherbrooke »). L'intervention clinique comprenait une visite à un spécialiste de l'appareil locomoteur et une « classe de dos » (enseignement et exercices de renforcement du dos) après une absence du travail de huit semaines. Puis, après une absence de 12 semaines, elle était « portée à un palier supérieur » par l'ajout d'une intervention *multidisciplinaire* (programme de mise en forme physique, retour thérapeutique au travail préparé par une thérapie de récupération fonctionnelle dans une approche de type cognitivo-comportemental). Le modèle complet d'interventions cliniques et d'interventions en milieu de travail a plus que doublé le taux de retour au travail habituel par rapport aux soins médicaux usuels. De plus, pendant la période de suivi (moyenne = 6,4 ans), les coûts totaux moyens de l'intervention (soins usuels plus tout élément expérimental) et les conséquences de la maladie (indemnités de remplacement

65. Australian Association of Musculoskeletal Medicine (AAMM). Disponible à : <http://www.musmed.com/about.html> (consulté le 7 avril 2005).

de revenu) ont été plus faibles dans le groupe affecté à l'intervention complète que dans les trois autres groupes [Loisel *et al.*, 2002].

À l'heure actuelle, la prestation de services multidisciplinaires pour le traitement de la dorsalgie (et d'autres types de douleur) chronique est limitée dans de nombreuses régions à cause d'une confluence de facteurs comme la couverture de ces services par les régimes d'assurance maladie et la rareté des unités de soins en dehors des centres urbains (comme c'est le cas au Québec). Faisant allusion à la nécessité d'un traitement interdisciplinaire fondé sur des données probantes, Harrington et ses collègues [2001] font remarquer que, bien souvent, les soins offerts dans les cas de dorsalgie chronique sont non coordonnés, répétitifs, inutiles, et ne sont pas dispensés suffisamment tôt.

En 1999, la Société française de rhumatologie [Duquesnoy *et al.*, 2001] a défini les indications et l'approche nécessaire pour des soins complets contre la dorsalgie. Elle a indiqué que des soins multidisciplinaires s'imposaient après une douleur persistant depuis 12 semaines, a décrit sommairement les méthodes d'évaluation diagnostique multidisciplinaire et la structure de base de l'équipe soignante, a proposé des mesures spécifiques de résultats et formulé des recommandations pour le suivi des patients. Duplan et Guillet [2001] ont mené une enquête auprès de médecins pratiquant dans les secteurs public et privé de divers départements français pour dresser un portrait des structures existantes et des services offerts aux patients souffrant de dorsalgie, notamment au chapitre des soins multidisciplinaires. Le taux de réponse avoisinait 75 %, et il en est ressorti que plus du tiers des départements n'offraient pas de services multidisciplinaires (36/95) et traitaient le plus souvent la dorsalgie par la kinésithérapie seulement dans un contexte ambulatoire. Les autres structures de prestation des services étaient des centres antidouleur, des centres de réadaptation et des services de rhumatologie; les deux tiers de ces services appartenaient au secteur public. Les centres de réadaptation utilisaient préférentiellement des

kinésithérapeutes et des moniteurs de sport, alors que les centres antidouleur s'adjoignaient les services de professionnels paramédicaux comme des ergothérapeutes, des psychiatres et des psychologues. Lorsque le processus de continuité des soins était planifié, la fréquence des rendez-vous allait de une fois par mois (dans les centres antidouleur) à une fois tous les quatre mois. Les trois quarts des établissements de soins interrogés ont déclaré qu'ils suivaient systématiquement les progrès cliniques des patients.

Quant au rôle des guides de pratique clinique dans le traitement de la dorsalgie, citons l'exemple décevant des efforts énormes déployés pour évaluer les répercussions de l'application de lignes directrices dans le système de la VHA aux États-Unis [Farley *et al.*, 2004]. Un programme d'utilisation de lignes directrices sur la lombalgie a été implanté dans quatre centres médicaux militaires dans le cadre d'un projet pilote (suivi d'une distribution à l'échelle du système) composé d'un volet de formation destinée aux omnipraticiens et d'un volet d'enseignement aux patients. Les modes de prestation des services et les habitudes de prescription d'analgésiques ont fait l'objet d'un suivi prospectif dans les quatre centres. Les auteurs ont constaté que les lignes directrices n'étaient pas intégrées à la pratique en raison d'un manque de leadership à cet égard. Les progrès n'étaient pas suivis de manière systématique, en partie parce que le programme a été lancé avant la mise en fonction du matériel servant à les enregistrer. Le seul changement observé fut une réduction du nombre d'orientations vers des services de physiothérapie.

Pour conclure cette étude de cas, nous remarquons que, malgré les efforts importants investis dans la restructuration des services et l'élaboration de protocoles de soins afin d'optimiser les résultats chez les personnes souffrant de dorsalgie chronique, peu de patients reçoivent le bon traitement, administré par le bon professionnel de la santé, au bon moment. La plupart sont traités par un omnipraticien selon une approche unimodale. L'accès limité

aux services, les retards subséquents dans le traitement et des facteurs psychosociaux peuvent entraîner une aggravation menant à l'incapacité [Main et Williams, 2002]. De nombreuses raisons expliquent un tel échec du système : manque de formation des professionnels de la santé, pénurie de professionnels de la santé sur place pour offrir les services, non-utilisation de lignes directrices cliniques, manque de coordination entre les niveaux de soins, communication déficiente entre les professionnels de la santé, espoirs irréalistes de guérison des patients et, fait important, ressources insuffisantes pour offrir les services adéquats et faire le suivi des résultats. Néanmoins, des projets pilotes [Johansen *et al.*, 2004; Maddison *et al.*, 2004; Pinnington *et al.*, 2004] donnent des pistes pour l'amélioration des services destinés aux patients souffrant de dorsalgie chronique.

4.2 SYNDROME DOULOUREUX RÉGIONAL COMPLEXE

L'annexe D porte sur une affection neurologique chronique peu connue et mal comprise appelée syndrome douloureux régional complexe (SDRC), qui se caractérise par une douleur de type brûlure et des anomalies des systèmes sensoriel, moteur et nerveux autonome. Bien qu'il soit relativement rare, le SDRC frappe des adultes d'âge moyen et peut avoir des effets dévastateurs sur la qualité de vie et le fonctionnement au travail. Cette affection n'est pas diagnostiquée à temps dans bien des cas, ce qui rend le pronostic beaucoup plus sombre lorsque le patient est finalement vu par le bon professionnel de la santé. Le personnel des cliniques multidisciplinaires de la douleur (CMD) le sait pertinemment et considère donc ces patients comme des cas hautement prioritaires.

Nous présenterons d'abord brièvement la définition, la prévalence et le traitement du SDRC, puis enchaînerons avec des aspects organisationnels de structure et de processus tels que les soins interdisciplinaires, le facteur temps et la planification du congé. L'accent mis

sur la formation des professionnels de la santé et l'enseignement aux patients fait ressortir l'importance d'une détection précoce et de la participation des patients au traitement pour optimiser les résultats.

Dans une mise à jour d'un précédent rapport de consensus [Stanton-Hicks *et al.*, 1998], des aspects organisationnels comme des directives sur la façon et le moment de diagnostiquer et de traiter un patient souffrant de SDRC ont été approfondis par Stanton-Hicks et ses collègues [2002]. Le groupe d'experts insiste sur l'importance d'interventions interdisciplinaires concomitantes (plutôt que séquentielles) intégrées comprenant le soulagement de la douleur, la réadaptation et la psychothérapie. Les lignes directrices précisent ce qui doit être fait par chaque type de professionnel de la santé et à quel moment. Par exemple, dans les premiers stades de la maladie, la physiothérapie et l'ergothérapie sont essentielles. Si le patient n'y répond pas suffisamment, l'étape suivante (six semaines après l'apparition des symptômes) peut intégrer une intervention psychologique pour aider le patient à suivre son traitement, à mieux composer avec la douleur et à lutter contre des affections concomitantes comme la dépression. La douleur est traitée par des interventions médicales, de plus en plus effractives s'il n'y a pas d'amélioration à court terme.

Ce résumé d'étude de cas permet de constater que les professionnels de la santé (omnipraticiens, infirmières, chirurgiens, par exemple) doivent être mieux informés sur le SDRC [Pittman et Belgrade, 1997] et que les patients doivent être orientés sans tarder, par exemple, vers des physiothérapeutes et (ou) des spécialistes de la douleur [Burton *et al.*, 2004] pour minimiser l'atteinte et l'incapacité. L'enseignement aux patients souffrant de SDRC est tout aussi important, car leur participation active au processus de traitement est primordiale. Enfin, puisque des spécialistes du SDRC (et d'autres problèmes de douleur complexes non abordés dans le présent rapport) travaillent dans les CMD, des ressources adéquates doivent être allouées à ces centres.

5.1 DISCUSSION

Notre examen de la littérature publiée et de la littérature grise sur la prise en charge de la douleur montre clairement que la douleur chronique est considérée par plusieurs comme un problème de santé majeur en raison de sa forte prévalence et de l'usage intensif de services de santé que font les patients qui en souffrent [Turk, 2002; Millar, 1996]. **Il est incontestable que la prévalence de la douleur chronique augmentera avec le vieillissement de la population, ce qui fait ressortir l'urgence de réorganiser les services de santé afin d'améliorer les soins offerts aux patients et les résultats qui en découlent.**

Certains **défis** liés à la prise en charge de la douleur chronique ressortent clairement, et il faut en tenir compte dans l'organisation des services :

- La prise en charge de la douleur chronique est un processus complexe et lent. Dans bien des cas, le traitement est instauré et suivi d'une période « d'attente et d'observation ».
- Les patients souffrant de douleur chronique sont généralement perçus comme difficiles à traiter [Stannard et Johnson, 2003], et les politiques de remboursement peuvent dissuader les médecins de s'occuper d'eux parce que leur prise en charge accapare énormément de leur temps.
- Certains types de douleur chronique peuvent s'aggraver jusqu'à l'incapacité si l'on n'intervient pas à temps. La tendance à donner des soins « réactifs » plutôt que « proactifs » contribue à la chronicité.
- Les patients souffrant de douleur chronique doivent avoir accès à plusieurs services tout au long du processus de traitement, et ces services doivent souvent être dispensés parallèlement.

- L'accès aux soins est limité, les délais d'attente sont généralement longs, et la disponibilité des services diagnostiques et thérapeutiques varie souvent d'une région à l'autre.
- Les services sont souvent fragmentés, sans intégration multidisciplinaire.
- Le manque de communication entre les professionnels médicaux et les spécialistes en réadaptation, de même que les différents modèles de soins qu'ils utilisent entraînent l'isolement des intervenants et des établissements de services.
- Les ressources en services psychologiques et autres services paramédicaux (physiothérapie, ergothérapie, etc.) font souvent défaut.
- Les traitements administrés ne sont pas toujours fondés sur des données probantes.

En examinant la littérature scientifique, nous avons constaté que la **vision globale** de la prise en charge de la douleur et les mesures prises par la suite pour concrétiser cette vision diffèrent selon les régions et les systèmes de santé. Certains, comme celui de la France, ciblent le spectre tout entier de la douleur (aiguë et chronique, de pédiatrie à gériatrie), alors que d'autres se concentrent sur des groupes particulièrement exposés au risque de chronicité. Ainsi, l'Ontario Workplace Safety and Insurance Board⁶⁶ du Canada recommande l'adoption d'une approche de « prévention secondaire » pour les travailleurs blessés. Peu semblent s'être attaqués à la tâche immense, jugée prioritaire en France et au sein de la VHA aux États-Unis, **d'organiser et de financer** la prise

66. Ontario Workplace Safety and Insurance Board. Chronic Pain Initiative. Report of the Chair of the Chronic Pain Panels. Août 2000. Disponible à : [http://www.wsib.on.ca/wsib/wsibsite.nsf/LookupFiles/DownloadableFileChronicPainReport/\\$File/chronicp.pdf](http://www.wsib.on.ca/wsib/wsibsite.nsf/LookupFiles/DownloadableFileChronicPainReport/$File/chronicp.pdf) (consulté le 20 janvier 2005).

en charge appropriée de la douleur chronique dans l'ensemble d'un pays ou d'un système. Il est évident qu'il faut allouer les ressources nécessaires pour soutenir diverses initiatives visant à promouvoir une prise en charge de la douleur chronique fondée sur des données probantes (comme une rémunération adéquate des médecins et des autres professionnels de la santé qui dispensent des soins aux patients souffrant de douleur chronique). Il semble que l'Union européenne se prépare à défendre l'idée qu'il faut faire davantage pour s'attaquer à la douleur chronique. Partout dans le monde, des associations de lutte contre la douleur réclament des services plus uniformes.

L'organisation **hiérarchisée** des services de santé, c'est-à-dire en plusieurs niveaux de soins devenant progressivement plus spécialisés, constitue une pièce maîtresse de la restructuration des systèmes de soins qui ont décidé d'améliorer la prise en charge de la douleur chronique de façon systématique. Sur le plan conceptuel, le modèle hiérarchique de services est donc relié au processus de soins par paliers, qui consiste à offrir des interventions graduellement plus complexes, plus spécialisées et, souvent, plus coûteuses, en fonction des besoins du patient. Le rôle des professionnels de la santé s'intensifie à mesure que les soins deviennent plus spécialisés, et il ressort clairement que des lignes directrices fondées sur des données probantes doivent être utilisées pour l'évaluation et le traitement à chaque stade du processus de soins et qu'il faut coordonner les services entre les différents niveaux [Von Korff *et al.*, 2002].

Il ressort que la plupart des patients souffrant de douleur chronique sont traités par des omnipraticiens, et que peu d'entre eux reçoivent des soins dans une CMD. En fait, de nombreux patients, s'ils sont traités à temps par des méthodes fondées sur des données probantes, ne devraient pas avoir besoin des services hautement spécialisés offerts par les CMD. Or, les omnipraticiens n'ont généralement pas la formation nécessaire pour prendre en charge ces cas complexes, n'utilisent pas toujours les

guides de pratique clinique existants et souvent ne savent pas où, comment ni quand orienter les patients souffrant de douleur chronique vers des spécialistes [Dr Foster, 2004]. Leurs collègues spécialistes participent souvent à l'évaluation et au traitement des patients souffrant de types particuliers de douleur tels que les céphalées ou la polyarthrite rhumatoïde. Les CMD sont réservées aux cas les plus récalcitrants, car elles sont le haut lieu de l'expertise sur la douleur : leur nombre sera donc limité.

La nécessité de **services interdisciplinaires** pour l'évaluation et le traitement de la douleur chronique fait consensus dans la littérature. Un traitement interdisciplinaire est jugé particulièrement important une fois que l'incapacité s'est installée. Les guides de pratique clinique canadiens préconisent des approches interdisciplinaires de prise en charge de la douleur chronique par des équipes composées de médecins, de psychologues, de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes. Le modèle de Sherbrooke au Québec montre les effets positifs d'une démarche intégrée alliant des interventions tant cliniques qu'ergothérapeutiques, et d'autres types de traitements multidisciplinaires pour les cas les plus difficiles (soins par paliers).

Lorsque la douleur peut être prise en charge en première ligne, le recours à des professionnels paramédicaux ne s'impose pas toujours et doit donc être évalué au cas par cas. S'il est nécessaire que les traitements soient administrés par des professionnels paramédicaux, il est probable qu'une structure permettant une gestion interdisciplinaire en première ligne s'avérera bénéfique pour le patient [Pinnington *et al.*, 2004]. À des niveaux de soins plus spécialisés, les structures d'une clinique interdisciplinaire optimale de lutte contre la douleur décrites dans les documents portant sur les modèles de systèmes retenus ici sont très similaires, car la plupart reposent sur les recommandations de l'International Association for the Study of Pain.

La **formation** des divers professionnels de la santé sur le diagnostic, le traitement et le

suivi de la douleur chronique est souvent inadéquate. Les facultés de médecine et les écoles de formation paramédicale ne consacrent généralement pas beaucoup de temps à ce sujet, bien que la douleur soit l'un des principaux symptômes qui amènent les patients à demander des services de santé [Turk et Dworkin, 2004]. La France, l'Australie et la VHA ont déployé des efforts pour combler une telle lacune. De plus, un programme pilote mis sur pied en Alberta, au Canada, s'annonce prometteur pour la diffusion de méthodes fondées sur des données probantes pour la prise en charge de la douleur en première ligne dans un cadre de formation continue. Une stratégie didactique qui mettrait l'accent sur le moment opportun pour établir le diagnostic et instaurer le traitement approprié avant que la chronicité s'installe et sur la reconnaissance des facteurs de risque de chronicité se révélerait vraisemblablement très fructueuse.

Nous avons tenté de présenter séparément les aspects structurels de l'organisation des soins et les processus de prestation des soins, mais il n'en demeure pas moins que la structure et les processus sont étroitement liés et qu'une modification de l'un se répercute généralement sur l'autre. La définition des rôles et responsabilités de chaque intervenant, par exemple, s'inscrit nécessairement dans un processus de prestation de soins. Il n'a donc pas toujours été facile de départager les deux, mais cette stratégie a été adoptée pour présenter les informations dans un cadre utile à la prise de décision. Ces deux aspects doivent cependant être considérés comme des éléments essentiels à améliorer dans une restructuration des services.

Sur le plan de l'amélioration des processus de prestation des soins aux patients souffrant de douleur chronique, citons la **communication** entre les omnipraticiens et les spécialistes, parfois déficiente. L'échange d'informations importantes (comme les résultats d'examen diagnostiques) peut s'avérer problématique. Le fait que de nombreux patients souffrant de douleur chronique auront besoin de soins interdisciplinaires implique nécessairement un travail d'équipe allié à des moyens de

communication efficaces et efficaces. Certains systèmes de soins ont résolu ce problème en ayant recours à des **gestionnaires de cas**, aussi appelés coordonnateurs de soins ou responsables de cas. Au Québec, le modèle de l'intervenant pivot a été instauré pour assurer la coordination des soins destinés aux patients cancéreux. Même si la coordination des soins faisait partie d'une intervention multimodale comprenant d'autres éléments de processus dans l'essai clinique randomisé que Rossignol et ses collègues [2000] ont mené auprès de travailleurs souffrant de dorsalgie chronique, il offre néanmoins un modèle prometteur de soins coordonnés et de communication efficace entre médecins, infirmières et patients.

Il y a plusieurs **guides de pratique clinique** sur la douleur chronique. Ils s'adressent à des groupes de professionnels de la santé particuliers (médecins, infirmières) ou portent sur des types précis de services (pour patients hospitalisés, cliniques de la douleur), de maladies (dorsalgie) ou d'interventions (opioïdes). Toutefois, il est généralement difficile de savoir si ces guides sont appliqués, et il semble que leur effet sur l'évolution de l'état des patients souffrant de douleur chronique a rarement été étudié de façon systématique. Les guides canadiens examinés dans le cadre d'une évaluation des technologies de la santé en Alberta font consensus sur le fait qu'un modèle de réadaptation répond mieux aux besoins de la plupart des patients souffrant de douleur chronique qu'un modèle médical de soins de courte durée.

D'après notre revue de la littérature, il semble que **les résultats des interventions chez les patients** souffrant de douleur chronique ont rarement fait l'objet d'un suivi systématique. Pour les patients traités dans des CMD, cela pourrait s'expliquer par le manque de temps et de ressources pour la collecte et l'analyse des données avant et après le traitement. Un mouvement a été amorcé pour uniformiser les mesures de résultats, comme en témoignent les initiatives du groupe IMMPACT et la trousse d'outils de mesure des résultats du traitement antidouleur de la VHA. La littérature ne contient

pas davantage d'études sur le **contrôle de la qualité** des programmes existants de lutte contre la douleur. Les innovations décrites dans des projets pilotes comme le Calgary Chronic Pain Centre, en Alberta [Taenzer *et al.*, 2005] et l'*Illawarra Health Chronic Pain Management Program by Telehealth* en Australie [NSW Telehealth, 2002] peuvent fournir des orientations pour l'avenir. Le recours aux **technologies de l'information** pour mettre en place des méthodes de collecte des données au stade de planification des services permettrait de faire le suivi des résultats des interventions chez les patients et des facteurs liés au contrôle de la qualité.

Des **recherches** sur la douleur chronique sont en cours, mais il y a relativement peu d'études appliquées sur des éléments comme les prédicteurs de résultats ou les effets de la structure et (ou) des processus des services sur l'évolution de l'état des patients. Même si les connaissances sur la physiologie de la douleur ont progressé de façon impressionnante dans les dernières décennies, on a besoin de recherches de haute qualité pour orienter la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique. La VHA prône la recherche en tant que partie intégrante de sa vision de la prise en charge de la douleur. Autre exemple d'information manquante, les décideurs n'ont à peu près pas de données sur les délais d'attente acceptables pour l'évaluation et le traitement des personnes souffrant de douleur chronique, sauf pour des problèmes spécifiques comme la dorsalgie et le syndrome douloureux régional complexe. D'autres recherches doivent être réalisées pour informer les gestionnaires des services de santé sur cette question de même que sur le rapport coût-efficacité des CMD, encore inconnu. L'efficacité et les implications financières de modes d'intervention et de traitement spécifiques de la douleur chronique, entre autres, pourraient être étudiées dans le cadre d'évaluations des technologies de la santé ou de recherches évaluatives.

Enfin, la présente étude porte essentiellement sur les aspects organisationnels de la prise en charge de la douleur chronique non cancéreuse. Dans la pratique, les structures et les processus de prise en charge de la douleur chronique cancéreuse et non cancéreuse se chevaucheront. Il faut aussi reconnaître l'existence d'une riche expertise dans le domaine des soins palliatifs au Québec, dans laquelle on pourrait puiser pour guider les initiatives organisationnelles préconisées ici.

5.2 CONCLUSIONS

À la lumière des informations présentées dans le présent rapport, nous tirons les conclusions suivantes :

- En raison de l'ampleur de ce problème de santé dans la population générale, du fardeau qui y est associé et de la viabilité des modes d'intervention, la douleur chronique doit être considérée comme une priorité dans les systèmes de santé. Cette conclusion s'applique également au Québec.
- Des ressources adéquates sont nécessaires pour soutenir les structures et les processus intervenant dans une prise en charge de la douleur chronique fondée sur des données probantes et dans le suivi des résultats.
- Il faut établir une hiérarchie de services pour assurer que les patients seront traités par le bon professionnel de la santé, au bon moment. Cette structure facilite le processus de soins par paliers, qui consiste à fournir progressivement des soins plus complexes, plus spécialisés et, souvent, plus coûteux, en fonction des besoins du patient, et ce, d'une manière coordonnée.
- Les structures et les services de première ligne doivent être organisés de façon à ce que le diagnostic et le traitement (pharmacothérapie, médecine de réadaptation et physiothérapie, thérapie comportementale, au besoin) de la douleur chronique puissent être établis à temps. Les services spécialisés

et les cliniques multidisciplinaires de la douleur (CMD) doivent être réservés aux cas plus complexes de douleurs persistantes réfractaires. Les structures plus spécialisées comme les CMD peuvent offrir une gradation de services, et, dans le modèle le plus complet, ajouter aux soins offerts aux patients des activités de recherche et de formation.

- Une approche interdisciplinaire dans laquelle des professionnels de la santé de différentes disciplines dispensent les soins de façon concertée, en fonction des besoins individuels de chaque patient, est essentielle pour la prise en charge de la douleur chronique à tous les niveaux du système de santé. Cette approche suppose, notamment, des liens entre les médecins de première ligne et les physiatres ou les intervenants en réadaptation, de même qu'une collaboration entre tous les différents prestataires de soins dans les cliniques spécialisées. Le modèle interdisciplinaire de prise en charge des patients souffrant de douleur chronique est préconisé par les guides canadiens de pratique clinique.
- Les services doivent être intégrés et coordonnés pour assurer une prestation homogène des soins par les différents types de professionnels de la santé des divers domaines de spécialité et niveaux de soins.
- Il faut assurer la continuité des soins par le recours aux algorithmes de cheminement clinique et aux protocoles de congé.
- La formation des médecins et des professionnels paramédicaux à tous les niveaux du système de santé est essentielle pour optimiser le traitement des patients souffrant de douleur chronique.
- Les patients souffrant de douleur chronique doivent être considérés comme faisant partie de la solution, en ce sens qu'ils doivent recevoir un enseignement sur la douleur, dont des stratégies d'autoprise en charge.
- Il faut évaluer systématiquement les résultats des interventions chez les patients souffrant de douleur chronique afin d'assurer la qualité des soins.
- Les technologies de l'information et Internet sont essentiels au succès de tout programme de restructuration des services destinés aux patients souffrant de douleur chronique.
- Des recherches de haute qualité sont essentielles pour guider la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique. À titre d'exemple, on a besoin de données sur les résultats obtenus dans les CMD et sur le rapport coût-efficacité de ce type de service au Québec.

Les recommandations suivantes reposent sur les résultats de la revue de la littérature, l'examen de l'expérience d'autres pays ou systèmes en matière de prise en charge de la douleur chronique et l'analyse de leurs implications pour le Québec.

Recommandation 1 : *Il est recommandé que les décideurs gouvernementaux, les gestionnaires des établissements de soins, les médecins et les autres professionnels de la santé de même que les directeurs des programmes de formation universitaire des secteurs de la santé reconnaissent que la douleur chronique constitue un problème de santé chronique majeur, et que des ressources y soient allouées en conséquence par les personnes ayant le pouvoir de le faire, et ce, de façon graduelle.*

Justification : La douleur chronique doit être considérée comme une entité pathologique chronique à forte prévalence et, de ce fait, comme une priorité dans l'allocation des ressources de santé. La douleur chronique peut avoir un effet dévastateur sur la vie des personnes atteintes et de leur famille en affectant le fonctionnement, l'humeur, le sommeil, les rapports sociaux et la qualité de vie des patients. Il est reconnu que la douleur chronique impose un lourd fardeau financier aux patients et à la société. De nombreuses études montrent qu'un recours fréquent aux services de santé est associé à la douleur chronique.

Cette recommandation se fonde sur les prémisses suivantes : il y a actuellement pénurie de services de santé adéquats au Québec pour les patients souffrant de douleur chronique (comme l'a constaté le Comité aviseur); les trois modèles de systèmes que nous avons examinés ont jugé pertinent d'élaborer et de soutenir des structures et des stratégies d'action pour s'attaquer à la

douleur chronique (formation des prestataires de soins, accès accru à des soins spécialisés, utilisation de lignes directrices, mécanismes de communication, gestion de cas, approche intégrée, etc.), et l'efficacité de certains éléments de ces stratégies est confirmée par des études réalisées dans différentes régions.

Recommandation 2 : *Il est recommandé que l'organisation et la prestation des services destinés aux patients souffrant de douleur chronique soient encadrées par un modèle hiérarchique et intégré associant les principes de soins par paliers.*

Justification : La structure organisationnelle et les processus de prestation des soins destinés aux patients souffrant de douleur chronique doivent viser à ce qu'ils aient accès en temps opportun au niveau de services diagnostiques et thérapeutiques approprié – facteur important pour réduire la chronicité – et à ce qu'ils puissent passer facilement d'un niveau de soins à l'autre (des omnipraticiens aux professionnels paramédicaux et aux spécialistes, puis aux cliniques multidisciplinaires de la douleur si nécessaire) en fonction de leurs besoins. La fluidité du cheminement clinique des patients dépend autant des structures que des processus établis pour faciliter la coordination, la continuité et l'intégration des soins par l'entremise d'initiatives comme la désignation de gestionnaires de cas et la planification des congés. La hiérarchie de services peut être considérée à la fois comme une approche de « soins par paliers » consistant à fournir des traitements de plus en plus intensifs (et souvent de plus en plus coûteux) en fonction des besoins et comme la prestation du bon service au bon niveau au bon moment dans le cheminement clinique des patients. Un projet pilote chapeauté par un réseau universitaire intégré en santé

(RUIS), par exemple, pourrait constituer le point de départ de la réorganisation des services destinés aux patients souffrant de douleur chronique.

L'organisation des services de santé et des services sociaux est en ce moment en pleine restructuration. Les principes directeurs de cette restructuration réaffirment les thèmes organisationnels mis en évidence dans le présent rapport, dont l'intégration de services hiérarchisés. Ainsi, il est proposé que les centres de santé et de services sociaux⁶⁷ soient reliés à d'autres services « de première ligne » comme des centres de réadaptation et des groupes de médecine familiale, de même qu'à des soins plus spécialisés dans des corridors de services bidirectionnels qui assureront l'accessibilité, la gestion des cas, le suivi et la coordination des soins [ADRLSSSS, 2004].

Recommandation 3 : *Il est recommandé que l'organisation et la prestation des services de lutte contre la douleur chronique reposent sur une approche interdisciplinaire à tous les niveaux de soins.*

Justification : Les patients souffrant de douleur chronique doivent avoir accès à des soins interdisciplinaires, au besoin, à tous les niveaux du système de santé. Il peut s'agir de liens de collaboration entre des omnipraticiens et des physiothérapeutes (c'est-à-dire entre deux prestataires de soins de première ligne), entre des omnipraticiens, des médecins spécialistes, des ergothérapeutes ou des ergonomes (c'est-à-dire entre des prestataires de différents niveaux de soins) dans des modèles de réadaptation comme celui de Sherbrooke pour les travailleurs blessés, et entre des médecins spécialistes, des psychologues, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes dans des cliniques interdisciplinaires de la douleur. Une revue systématique récente a montré que les guides de pratique clinique canadiens sur la prise en

charge de la douleur chronique préconisent le modèle interdisciplinaire.

La prestation de services interdisciplinaires fait ressortir la nécessité d'une communication continue et d'une coordination des soins. Ces processus cadrent avec les principes de prestation de services des centres de santé et de services sociaux récemment mis sur pied. La nature intégrée de la structure et des processus des services interdisciplinaires (contrairement à un modèle multidisciplinaire qui n'est pas intégré) doit être préservée. Il faut reconnaître que le modèle interdisciplinaire représente un idéal, et que des difficultés pratiques surgiront lorsqu'il sera implanté. Ainsi, il faudra combler le fossé qui sépare le milieu médical du milieu de la réadaptation, reflet de différentes philosophies et de différents modèles de soins. Néanmoins, les mesures incitatives qui favorisent et consolident les soins interdisciplinaires doivent être encouragées. Il faut enseigner explicitement aux professionnels de la santé de divers champs de spécialité, niveaux de soins et types d'établissements comment travailler en équipe (en précisant clairement les rôles et les responsabilités) et prévoir des mécanismes de rémunération pour le temps qu'ils consacrent à ces activités.

Recommandation 4 : *Il est recommandé que soient élaborées et soutenues des stratégies de formation pour les médecins et les professionnels paramédicaux sur l'évaluation, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et la prise en charge des personnes souffrant de douleur chronique, et que l'adoption de pratiques fondées sur des données probantes soit favorisée, notamment par le recours à des guides de pratique clinique.*

Justification : La formation visant à améliorer les connaissances des professionnels de la santé sur tous les aspects de la prise en charge de la douleur chronique doit être axée sur le moment opportun pour établir le diagnostic et instaurer un traitement à temps pour prévenir la chronicité ou réduire la gravité de l'incapacité. La connaissance des interventions fondées

67. Nés de la fusion de centres hospitaliers, de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et de centres locaux de services communautaires (CLSC).

sur des données probantes – comme l’usage approprié des modalités médicamenteuses et non médicamenteuses – permettra d’améliorer la qualité des soins. À cette fin, il semble nécessaire de les informer sur les guides de pratique fondés sur des données probantes existants et de rendre ces guides plus disponibles, surtout pour les professionnels de la santé « de première ligne », qui est la porte d’entrée des patients dans le système de santé. Des projets tels que l’*Ambassador Program* de l’Alberta s’annoncent prometteurs à cet égard, et l’usage d’outils traduits comme des résumés de données probantes d’une page pourrait être envisagé pour améliorer le « savoir-faire » des prestataires de soins au Québec. Internet offre un moyen de formation et de diffusion de l’information à distance. Il est essentiel que les professionnels de la santé apprennent quand et où orienter les patients souffrant de douleur chronique vers d’autres prestataires de services. Les programmes doivent tenir compte des différents besoins de professionnels de la santé qui assument des fonctions et des responsabilités distinctes et travaillent à divers niveaux de la hiérarchie de services. La formation offerte aux prestataires de soins doit aussi porter sur l’importance de l’autoprise en charge du patient.

Recommandation 5 : *Il est recommandé que des mécanismes de suivi et d’assurance de la qualité des services de lutte contre la douleur chronique soient mis en place, notamment au chapitre des résultats des interventions chez les patients et de l’implantation des programmes.*

Justification : Le suivi des résultats des interventions chez les patients (dans les CMD, par exemple) ainsi que l’évaluation de l’application des programmes et des processus de soins sont des facteurs importants

d’assurance de la qualité des services de santé. Les technologies de l’information y jouent un rôle essentiel. Des outils valides et fiables doivent être utilisés à tous les niveaux du système de soins de manière uniforme et systématique pour mesurer des indicateurs de résultats comme l’intensité de la douleur, le fonctionnement physique, le bien-être psychologique, la qualité de vie et la satisfaction à l’égard du traitement. Internet et les technologies de l’information sont aussi des outils d’amélioration des processus de soins.

Recommandation 6 : *Il est recommandé que les organismes subventionnaires envisagent sérieusement de financer la recherche sur les résultats des interventions cliniques ainsi que l’évaluation de l’implantation de programmes et de processus de prise en charge de la douleur chronique.*

Justification : En plus de permettre de mesurer le succès des méthodes de traitement et des modes d’intervention, la collecte et l’analyse de données sur les patients permettent de réaliser des études cliniques et épidémiologiques de même que des recherches sur les services de santé. Il serait particulièrement important d’évaluer les effets des changements apportés à la structure et aux processus sur leurs résultats chez les patients et la satisfaction des prestataires de soins, surtout dans le contexte du « Projet d’élaboration d’un programme national pour l’évaluation, le traitement et la prise en charge de la douleur chronique ». L’efficacité et les implications financières de modes d’intervention et de traitement spécifiques de la douleur chronique pourraient être étudiés dans le cadre d’évaluations des technologies de la santé ou de recherches évaluatives.

ANNEXE A DROITS DES PATIENTS

DÉCLARATION SUR LES DROITS AU SOULAGEMENT DE LA DOULEUR

En tant que personne éprouvant de la douleur, vous avez le droit :

- d'être prise au sérieux et d'être traitée avec dignité et respect par les médecins, les infirmières, les pharmaciens et les autres professionnels de la santé;
- de subir une évaluation complète de la douleur et de recevoir un traitement sans délai;
- d'être informée par votre professionnel de la santé sur ce qui peut causer la douleur, sur les traitements possibles et sur les avantages, les risques et les coûts de chacun;
- de participer activement aux décisions sur les façons de traiter la douleur;
- d'obtenir régulièrement une réévaluation de la douleur et une modification du traitement si la douleur n'est pas soulagée;
- d'être adressée à un spécialiste de la douleur si la douleur persiste;
- d'obtenir des réponses claires et immédiates à vos questions, de demander du temps pour prendre des décisions et de refuser un type de traitement particulier si tel est votre choix.

Bien qu'ils ne soient pas toujours obligatoires en vertu de la loi, il s'agit de droits auxquels vous pouvez prétendre et que vous devez réclamer au besoin pour soulager votre douleur.

Source : The American Pain Foundation. Disponible à : <http://www.painfoundation.org/downloads/EnglishBOR.doc> (consulté le 28 juin 2004).

Manifeste de la douleur chez le patient



Votre douleur ou celle d'un être cher

On associe souvent la douleur au fait d'être à l'hôpital. La douleur peut vous y avoir amené. De la même façon, les tests et les traitements qu'on y effectue peuvent être douloureux, ceci étant particulièrement vrai pour les chirurgies.

Le fait que votre douleur soit adéquatement soulagée fait partie de vos droits comme patient, et le personnel qui vous soigne a l'obligation de traiter votre douleur.

La douleur est importante parce qu'elle vous signale la présence d'un problème. Une fois que vous êtes averti du problème, la douleur doit être soulagée puisqu'elle peut avoir des conséquences néfastes.

Il arrive quelquefois qu'une douleur persistante soit plus difficile à traiter mais il existe des moyens pour aider à soulager la plupart des douleurs.

 The Canadian Pain Society
Société canadienne pour le traitement de la douleur

Saviez-vous que

La douleur **RALENTIT** le temps de récupération.
La douleur **NUIT** au sommeil.
La douleur **AFFECTE** l'appétit.
La douleur **AUGMENTE** l'anxiété, la peur et la dépression.

Saviez-vous que

Il est extrêmement rare que les gens deviennent dépendants des médicaments contre la douleur lorsque ceux-ci sont donnés en présence de douleur.

Les inconvénients que causent les médicaments contre la douleur (constipation, démangeaison, nausée) peuvent être contrôlés.

Vous et votre famille avez un rôle important à jouer dans le traitement de la douleur car si vous informez le personnel soignant de la présence de douleur, ils pourront vous aider.

Il n'y a aucun doute que tous les efforts doivent être faits pour vous procurer le meilleur soulagement possible.

Le programme est appuyé par :

 JANSSEN-ORTHO inc.
<http://www.canadianpain.com>

 PHARMACIA

 Canadian Association on Pain Management
Dolores Canada

La pire douleur possible

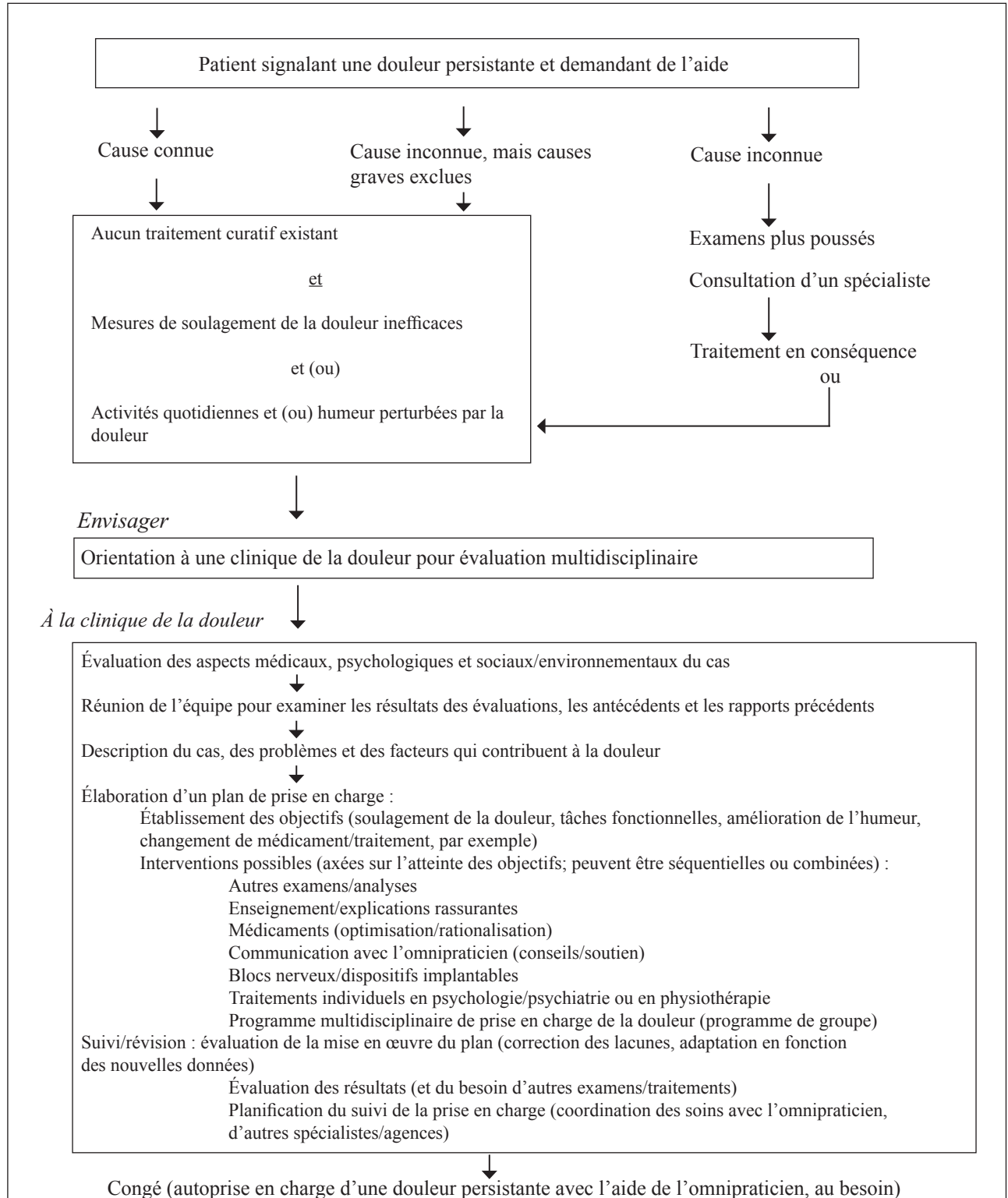
10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

Sur l'échelle suivante, quel chiffre décrit le niveau de douleur que vous ressentez en ce moment?

Aucune douleur

Source : Société canadienne de la douleur. Disponible à : <http://www.canadianpainsociety.ca/cont-fr/4nouvelles-manifeste.htm#4> (consulté le 17 février 2006).

ANNEXE B ALGORITHME D'ORIENTATION VERS UNE CLINIQUE DE LA DOULEUR



ANNEXE C ÉTUDE DE CAS N° 1 : DORSALGIE

Dans cette section, nous ferons ressortir les aspects organisationnels de la prise en charge de la dorsalgie comme étude de cas de la douleur chronique. La dorsalgie peut être considérée comme un exemple typique, car elle est la forme de douleur chronique ayant la plus forte prévalence. On estime que de 70 à 85 % des adultes auront au moins un épisode de dorsalgie au cours de leur vie [Carey *et al.*, 2000; Pérez, 2000]. L'évolution de la dorsalgie aiguë en affection subaiguë puis chronique a été étudiée dans de nombreuses régions. En fait, il semble que la dorsalgie soit le type de douleur chronique qui a été le plus développé dans la littérature publiée, si l'on en juge par la quantité d'études et de guides destinés aux patients et aux professionnels de la santé. Il convient de noter que la littérature porte parfois sur la dorsalgie et parfois sur la lombalgie en particulier. Lorsqu'il est question de cette dernière, nous le précisons dans le texte.

Puisqu'il s'agit d'un exemple, nous n'avons pas fait une revue exhaustive du vaste corpus de données publiées sur la prise en charge de la dorsalgie. Nous avons plutôt dégagé l'information relative aux éléments de structure et de processus des modèles de la France, de l'Australie et de la VHA et des recherches sur le sujet, et accordé une attention particulière aux études qui ont examiné les liens entre les mesures prises à cet égard et leurs résultats pour les patients et (ou) les prestataires de soins. La première étude de cas commence par une brève synthèse de la définition, de la prévalence et de l'incidence, de l'étiologie, du traitement et des coûts de la dorsalgie.

LA DORSALGIE

Définition

La dorsalgie désigne une fatigue, un malaise ou une douleur dans le dos, le plus souvent dans la région lombosacrée. On l'appelle alors lombalgie [DIHTA, 1999]. La dorsalgie aiguë, la forme la plus fréquente, se caractérise par une douleur qui dure moins de trois mois et la probabilité d'épisodes récurrents. La dorsalgie chronique est plus débilante que la forme aiguë sur les plans physique et psychologique et persiste au-delà de la période normale de guérison des tissus [Ehrlich, 2003a]. La dorsalgie peut être divisée en formes spécifique et non spécifique. La dorsalgie spécifique peut avoir une cause « structurale » (fracture, hernie discale, infection ou cancer), et compte pour 5 à 10 % de tous les cas de dorsalgie⁶⁸. La cause de la dorsalgie commune ou non spécifique est plus difficile à déterminer (douleur d'origine discale, facettaire, sacro-iliaque ou myofasciale), ce qui complique le diagnostic et le traitement [Ehrlich, 2003a].

Prévalence et incidence

La dorsalgie est l'une des premières causes d'invalidité, et sa fréquence semble similaire partout dans le monde [Ehrlich, 2003b]. Cole et ses collègues [2001] ont utilisé l'Enquête nationale sur la santé de la population canadienne de 1994-95 pour évaluer les problèmes de dos dans une population active âgée de 18 à 64 ans : la prévalence des problèmes de dos chroniques (c'est-à-dire d'une durée de six mois ou plus) diagnostiqués, selon les participants, était de 14,5 % chez les hommes et de 12,5 % chez les femmes. Rappelons qu'à la section 1.3.2, les données de 1999 de la même enquête nationale indiquaient que la prévalence des problèmes de dos était de 15 % chez les Canadiens âgés de moins

68. D^r C. Cloutier, communication personnelle, 4 avril 2005.

de 60 ans (et de 18 % chez les personnes de 60 ans et plus) [Rapoport *et al.*, 2004]. La prévalence des douleurs dorsales ou rachidiennes signalées par les participants eux-mêmes, dans les deux semaines précédant l'enquête, était de 10,2 % dans la population générale du Québec en 1998 [ISQ, 1998]. Côté et ses collègues [2001] ont estimé que pendant n'importe quelle période de six mois, de 5 à 11 % des adultes de la Saskatchewan, au Canada, souffrent de douleurs cervicales ou dorsales qui restreignent leurs activités quotidiennes. Iron et ses collègues [2003], en utilisant les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population canadienne de 1994-95, ont noté qu'en réponse à la question concernant les « maladies de longue durée », 17,6 % de la population ontarienne disait avoir reçu un diagnostic de « problèmes de dos » par un professionnel de la santé.

Selon l'enquête Omnibus réalisée en 1998, 40 % des adultes britanniques avaient souffert de dorsalgie pendant plus d'une journée au cours de l'année précédente, et 15 % d'entre eux de dorsalgie chronique (soit durant toute l'année précédente) [UK Government Statistical Service, 1999]. En France, la dorsalgie touche de 35 à 50 % de la population chaque année; elle est chronique dans 7 à 10 % des cas [Genêt *et al.*, 2002]. Selon certaines estimations, la prévalence des lombalgies sur une période de 12 mois dans la population américaine oscillerait entre 15 et 20 % [UMHS, 2003].

L'incidence a été évaluée par Pérez [2000] qui, à partir des données d'enquêtes nationales sur la santé de la population, a déterminé que 9 % des Canadiens âgés de 16 ans et plus, soit plus de un million de personnes, avaient développé une dorsalgie chronique entre 1994-95 et 1996-97. George [2002] s'est aussi servi d'une enquête canadienne pour analyser les données sur des résidents de la Saskatchewan âgés de 20 à 69 ans et a obtenu une incidence cumulative de lombalgies de 8 % sur une période de six mois. La dorsalgie est manifestement un important problème de santé chronique.

Étiologie

Dorsalgie spécifique

Des diagnostics tels que lumbago, syndrome des facettes articulaires, sciatique, hernie discale, tension musculaire, déviation ou courbure de la colonne vertébrale (scoliose ou spondylolisthésis), arthrite inflammatoire ou infectieuse, ostéoporose et cancer couvrent généralement le vaste éventail de problèmes liés à la dorsalgie spécifique. Toutefois, le diagnostic de hernie discale par rapport à celui de protrusion discale est controversé, car les deux problèmes sont relativement fréquents. Bien qu'ils puissent être visualisés par tomodensitométrie et par résonance magnétique, ils ne sont pas toujours la cause directe ou la source de la douleur [Ehrlich, 2003a]. Les problèmes de dos spécifiques ne sont pas le thème principal de la présente revue de la littérature, puisque leur prise en charge ne soulève pas les mêmes difficultés dans le système de soins. En outre, ces problèmes sont généralement traités avec succès par des interventions chirurgicales et médicales spécifiques⁶⁹.

Dorsalgie non spécifique ou commune

Les causes de la dorsalgie non spécifique (commune) sont moins bien connues. Les facteurs psychosociaux jouent un rôle important dans son étiologie [Karjalainen *et al.*, 2003; Carter et Birrell, 2000]. Par exemple, Kopec et ses collègues [2004] ont constaté que les prédictors de dorsalgie chez les hommes étaient, outre le groupe d'âge (surtout la tranche de 45 à 64 ans), les activités quotidiennes habituelles (en particulier les gros travaux), une grande taille, une autoévaluation négative de l'état de santé et l'absence de travaux d'entretien extérieur ou de jardinage, et un « stress

69. D^r C. Cloutier, communication personnelle, 4 avril 2005.

chronique général ». Chez les femmes, les prédicteurs étaient des restrictions dans les activités, l'arthrite ou le rhumatisme, le « stress personnel » et deux épisodes ou plus de « traumatisme psychologique pendant l'enfance ou l'adolescence » (par exemple, expériences terrifiantes, hospitalisation, violence physique, conflits familiaux).

Installation d'une dorsalgie chronique

Il existe une « zone grise » entre la dorsalgie aiguë et chronique. Le terme « subaigu » est souvent utilisé dans la littérature et désigne l'état intermédiaire entre une douleur aiguë et chronique (c'est-à-dire une douleur présente pendant plus de six semaines mais moins de trois mois [UMHS, 2003]). Partant de là, des experts ont établi des déterminants de chronicité connus sous le nom de « drapeaux jaunes », ou facteurs de risque psychosociaux [Main et Williams, 2002; Carter et Birrell, 2000; Linton, 2000]. Selon Main et Williams, plusieurs types de variables peuvent influencer sur l'installation d'une dorsalgie chronique : psychologiques ou comportementales (facteurs iatrogènes, croyances, stratégies d'adaptation, détresse, comportements-maladie, volonté de changer); sociales et économiques (renforcement par la famille, statut professionnel, prestations et assurance maladie, litige); et professionnelles (satisfaction au travail, conditions de travail, caractéristiques du travail et politiques sociales) [Main et Williams, 2000, p. 535]. Il faut insister sur le fait qu'une douleur aiguë devenue chronique prolonge non seulement la période de souffrance, mais aggrave aussi la maladie et la rend encore plus débilitante, ce qui réduit grandement les chances de rétablissement.

Traitement

Le traitement de la dorsalgie dépend surtout de la cause, mais peut aussi varier selon le stade (douleur aiguë, subaiguë, chronique) et les affections concomitantes. Le traitement de la lombalgie chronique et non spécifique est controversé. Les preuves de l'efficacité des différents traitements (certains médicaments, injections, acupuncture, massage, neurostimulation transcutanée) sont contradictoires ou inconnues [van Tulder et Koes, 2004], sauf pour les thérapies comportementales (plus particulièrement la thérapie d'apprentissage cognitif et répondant et les exercices de relaxation progressive) employées pour traiter la lombalgie chronique, qui se sont révélées efficaces pour réduire la douleur à court terme [Ostelo *et al.*, 2005]. La controverse vient du fait qu'un premier épisode de lombalgie se résorbe en 12 semaines ou moins chez 90 % des personnes touchées [DIHTA, 1999]. Par ailleurs, de 60 à 80 % des personnes souffrant d'une dorsalgie aiguë se remettent spontanément, quel que soit le traitement [DIHTA, 1999]. Ces considérations ont des répercussions importantes sur la prise en charge d'un premier épisode de dorsalgie aiguë, car les examens diagnostiques, les interventions et les traitements coûteux peuvent être différés pendant un certain temps et ne plus s'avérer nécessaires.

Il existe un grand nombre d'études de cohortes et d'essais contrôlés randomisés sur divers traitements de la dorsalgie. Plusieurs rapports d'évaluation des technologies de la santé, lignes directrices et revues systématiques font la synthèse des données probantes et émettent des recommandations sur les traitements spécifiques de divers types de dorsalgie [Ostelo *et al.*, 2005; van Tulder et Koes, 2004; French, 2003; Karjalainen *et al.*, 2003; Guzmán *et al.*, 2002; Carter et Birrell, 2000; van Tulder *et al.*, 2000a; 2000b; SBU, 2000; DIHTA, 1999; Tunks *et al.*, 1999]. En général, la douleur aiguë et la douleur chronique sont abordées séparément. Dans la présente étude de cas, nous mettrons l'accent sur les aspects organisationnels de la prestation des services plutôt que sur les preuves d'efficacité des traitements.

Coûts

Coyte et ses collègues [1998] ont estimé les coûts économiques totaux des troubles du dos et de la colonne vertébrale au Canada à 8,1 milliards de dollars (dollars canadiens de 1994), soit 1,1 % du produit intérieur brut (PIB). Les coûts indirects (perte de productivité) étaient beaucoup plus élevés que les coûts directs (ressources affectées à la recherche, à la prévention, à la détection et au traitement), et comptaient pour 91,7 % du total. En France, le coût de la dorsalgie représente plus du cinquième des dépenses totales en santé et 1,5 % du PIB annuel [Phillips, 2003]. Maniadakis et Gray [2000] ont constaté que les coûts associés à la dorsalgie au Royaume-Uni étaient supérieurs aux coûts associés à toute autre maladie ayant fait l'objet d'une analyse économique (par exemple coronaropathie, polyarthrite rhumatoïde, infections des voies respiratoires inférieures, maladie d'Alzheimer). Les coûts directs de la lombalgie en 1998 étaient estimés à 1 632 million de livres sterling, 35 % de ces coûts étant associés aux services du secteur privé. Les coûts indirects (dont les pertes de productivité et les soins à domicile des aidants naturels) étaient beaucoup plus importants, les valeurs estimées allant jusqu'à 10 688 millions de livres sterling. En Suède, les coûts socioéconomiques totaux attribués à la dorsalgie en 1995 avoisinaient les 377 millions de dollars américains par million d'habitants, les congés de maladie et les retraites anticipées pour cause de dorsalgie représentant 98 % de ces coûts [SBU, 2000].

Maetzel et Li [2002] ont passé en revue les études publiées entre 1996 et 2001 recensées dans MEDLINE pour déterminer le fardeau économique de la lombalgie. Ils ont constaté que les coûts (mesurés par le nombre de jours de travail perdus, les interventions et les effets sur la productivité) de la lombalgie étaient élevés et comparables aux coûts d'autres problèmes de santé comme les céphalées, les maladies cardiaques, la dépression et le diabète, mais les estimations obtenues variaient selon la méthode de calcul utilisée. Le recours aux examens diagnostiques et aux traitements pour les cas de lombalgie, même s'il variait selon les régions, était manifestement abusif et inapproprié. Malgré certaines améliorations sur le plan clinique, les traitements n'ont pas entraîné d'avantages économiques, ce qui donne à penser que ces deux types de résultats ne sont pas fortement reliés.

STRUCTURE DES SERVICES DE SANTÉ

De nombreux documents, dont des articles, des revues de la littérature et des guides de pratique clinique, ont été publiés pour expliquer comment, quand et où une personne souffrant de dorsalgie doit être traitée. Nous décrirons ici sommairement la structure des services, en définissant d'abord les rôles et responsabilités des divers professionnels de la santé – à différents niveaux de soins – qui peuvent intervenir dans le traitement des patients souffrant de dorsalgie chronique. Nous examinerons aussi le rôle des « programmes » thérapeutiques multidisciplinaires dans la prise en charge de la dorsalgie chronique. Nous nous fonderons sur les informations issues des trois modèles de systèmes retenus et d'ailleurs et sur les recherches publiées pertinentes. Nous présenterons aussi les données disponibles sur les résultats des stratégies de prise en charge.

Rôles et responsabilités des prestataires de soins

Omnipraticiens et professionnels paramédicaux

Le premier professionnel de la santé qu'une personne souffrant de dorsalgie doit consulter est l'omnipraticien. Cette approche est logiquement et économiquement rationnelle, puisque jusqu'à 85 % de la population souffrira un jour ou l'autre de dorsalgie [Linton, 1998]. Par ailleurs,

c'est l'omnipraticien qui a (ou qui doit avoir) accès aux antécédents médicaux et aux dossiers des patients. L'omnipraticien doit diagnostiquer la nature du problème, recommander des comportements appropriés au patient (rester actif, par exemple) et lui prescrire des médicaments au besoin. L'omnipraticien doit informer le patient du rôle que ce dernier doit jouer dans le plan de traitement, en insistant sur l'importance de l'autoprise en charge (exercice, observance du traitement médicamenteux, par exemple) [Goodyear-Smith *et al.*, 2002].

Les guides de pratique clinique sur la dorsalgie indiquent tous que les omnipraticiens doivent reconnaître tout « signal d'alarme » (drapeau rouge) de problèmes ou de lombalgies spécifiques tels qu'un traumatisme, une douleur non mécanique constante et évolutive, une tumeur, une perte pondérale, une restriction persistante de la flexion lombaire et un dysfonctionnement intestinal ou vésical récent, entre autres [Koes *et al.*, 2001]. Si l'un de ces « signaux d'alarme » est décelé, le patient doit être orienté immédiatement vers des soins spécialisés.

Aux États-Unis, selon les recommandations du Centre for Advancement of Health, un omnipraticien « doit traiter les problèmes psychosociaux ou faire évaluer le patient par un psychologue » (trad.) après quatre semaines de symptômes persistants [CFAH, 2000, p. 22]. Selon une notion largement acceptée, la détresse psychologique ou les troubles psychiatriques sont des facteurs de risque d'évolution vers la chronicité et l'invalidité plus importants que les manifestations cliniques de la dorsalgie [Carter et Birrell, 2000].

La physiothérapie et l'ergothérapie, quoique différentes, ont toutes deux pour but d'améliorer le fonctionnement physique du patient et sont couramment employées pour traiter la dorsalgie de pair avec les interventions de première ligne prescrites par les omnipraticiens (médicaments). Ces derniers orientent souvent les personnes souffrant de dorsalgie vers des physiothérapeutes.

Dans une étude prospective réalisée en Allemagne, Lang et ses collègues [2003] ont comparé un groupe témoin de 157 patients recevant des soins usuels dispensés par des médecins et des physiothérapeutes exerçant dans la communauté à une cohorte de 51 patients recevant un traitement multimodal complet en première ligne par une équipe locale formée de professionnels paramédicaux (physiothérapeutes, psychologue, entraîneurs sportifs) et d'un médecin. Aucun changement n'a été noté dans le groupe ayant reçu les soins usuels (après six mois), alors que des améliorations statistiquement significatives de l'état physique et mental (mesurées à l'aide de l'échelle SF-36) et une réduction du nombre de jours de travail perdus ont été observées dans l'autre groupe. Même si les résultats semblent prometteurs en tant qu'indicateurs des bienfaits d'un traitement multidisciplinaire en première ligne, il faut souligner qu'il ne s'agissait pas d'un essai contrôlé randomisé et qu'il n'y a pas eu de différences entre les groupes pour ce qui est de la douleur, des limitations fonctionnelles liées à la douleur ou de la dépression.

Médecins spécialistes

L'omnipraticien peut demander à un médecin spécialiste d'effectuer une tomodensitographie ou un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) si les symptômes ou l'examen physique évoquent un déficit neurologique ou s'il n'y a aucune amélioration malgré un traitement conservateur de six semaines [ICSI, 2004]. Les deux guides pratiques examinés qui faisaient mention d'une orientation vers l'imagerie diagnostique recommandent d'y recourir plus tard que plus tôt (sauf pour les radiographies courantes si l'on soupçonne une fracture, une infection, une maladie inflammatoire ou un cancer) [UK Department of Health, 2002; DIHTA, 1999]. Si la douleur persiste et si les examens montrent qu'une intervention chirurgicale est envisageable, le patient devrait alors être orienté vers un neurochirurgien ou un chirurgien orthopédiste.

En Australie, 13 cliniques de médecine musculosquelettique ont récemment été ouvertes un peu partout au pays en milieux hospitalier et communautaire, alors qu'étaient publiées des lignes directrices sur la dorsalgie aiguë [Masters, 2004; McGuirk *et al.*, 2001]. Dans les cliniques, des audits et des études contrôlées de pratiques fondées sur des données probantes ont porté sur la prise en charge des problèmes musculosquelettiques⁷⁰. Ces cliniques ont traité la douleur aiguë en informant les patients et en dissipant leurs craintes, et en utilisant des interventions fondées sur des données probantes [Masters, 2004]. Les patients souffrant de lombalgie aiguë ont été suivis pendant deux ans et, à court terme, la douleur a légèrement diminué, la satisfaction a été plus grande, le recours aux médicaments et aux médecines parallèles a été moindre, et les radiographies ont été moins fréquentes chez les patients traités dans les cliniques que chez les patients qui avaient reçu les soins usuels dans quatre régions témoins de pratique générale [Masters, 2004; McGuirk *et al.*, 2001]. À long terme, la douleur et les coûts ont été réduits, les patients ont reçu moins de soins continus et le risque de récurrence (c'est-à-dire que la douleur devienne chronique) a diminué. Fait important, aucun « drapeau rouge » n'est passé inaperçu, et l'usage d'une liste de signaux d'alarme a été jugé sûr.

L'importance d'intégrer la médecine du travail et l'ergothérapie pour les travailleurs blessés est démontrée par le « modèle de Sherbrooke », une approche multidisciplinaire conçue et validée par Loisel et ses collègues [2003a; 2003b; 2002; 1997; 1996]. Cette équipe a réalisé un essai clinique randomisé populationnel sur la prise en charge de la dorsalgie dans des entreprises de la région de Sherbrooke, au Québec (Canada). L'étude, financée par l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail du Québec, visait à réduire le passage à la chronicité de travailleurs atteints de dorsolombalgie d'origine professionnelle. Elle a été réalisée auprès de travailleurs de 31 entreprises admissibles de la région de Sherbrooke qui avaient accepté d'y collaborer. Cent trente travailleurs qui étaient en congé de maladie depuis plus de quatre semaines à cause d'une dorsalgie ont été affectés au hasard à l'un des quatre groupes de traitement suivants : 1) intervention standard (médecin traitant seulement); 2) intervention clinique et de réadaptation seulement; 3) stratégie d'intervention en milieu de travail (intervention d'un médecin du travail et « évaluation d'ergonomie participative » sur place, faisant intervenir un ergonome, le patient, son superviseur et des représentants du syndicat ou de l'employeur en vue de déterminer si les tâches devaient être modifiées); et 4) intervention complète, soit une association intégrée de 2) et de 3) (le « modèle de Sherbrooke »). L'intervention clinique comprenait une visite à un spécialiste de l'appareil locomoteur et une « classe de dos » (enseignement et exercices de renforcement du dos) après une absence du travail de huit semaines. Puis, après une absence de 12 semaines, elle était « portée à un palier supérieur » par l'ajout d'une intervention *multidisciplinaire* (programme de mise en forme physique, retour thérapeutique au travail préparé par une thérapie de récupération fonctionnelle dans une approche de type cognitivo-comportemental). Le modèle complet d'interventions cliniques et d'interventions en milieu de travail a plus que doublé le taux de retour au travail habituel par rapport aux soins médicaux usuels.

Fait encore plus important, une étude de suivi de six ans a montré que le modèle de Sherbrooke entièrement intégré a réduit davantage le nombre de jours de maladie (avec indemnisation) que les soins usuels ou les interventions partielles. De plus, les coûts moyens (en dollars canadiens de 1998) durant la période de suivi (moyenne = 6,4 ans), c'est-à-dire les coûts combinés de l'intervention (soins usuels plus tout élément expérimental) et des « conséquences de la maladie » (remplacement du revenu), soit : 1) intervention standard : 33 079 \$ (intervention = 9 562 \$; conséquences = 23 517 \$); 2) intervention clinique : 16 902 \$ (intervention = 6 857 \$; conséquences = 10 045 \$); 3) stratégie d'intervention en milieu de travail : 16 252 \$ (intervention = 3 432 \$; conséquences =

70. Australian Association of Musculoskeletal Medicine (AAMM). Disponible à : <http://www.musmed.com/about.html> (consulté le 7 avril 2005).

12 820 \$); et 4) intervention complète : 14 494 \$ (intervention = 7 434 \$; conséquences = 7 060 \$), étaient en faveur du modèle de Sherbrooke [Loisel *et al.*, 2002]⁷¹. L'importance du lien avec le milieu de travail a été mise en évidence par Brooker et ses collègues [1999] dans un document portant sur la prise en charge de l'invalidité et le retour au travail rédigé pour la Royal Commission on Workers' Compensation de Colombie-Britannique.

Équipes multidisciplinaires/interdisciplinaires

L'importance d'une approche multidisciplinaire pour le diagnostic et le traitement de la dorsalgie chronique fait consensus [Karjalainen *et al.*, 2003; Guzmán *et al.*, 2002]. Guzmán et ses collègues [2001] ont effectué une revue systématique d'essais contrôlés randomisés sur la réadaptation biopsychosociale dans les cas de lombalgie chronique. Pour être admissible à leur revue, le traitement étudié devait comprendre au minimum la composante physique plus au moins une composante paramédicale comme une intervention psychologique, sociale ou ergothérapeutique, et les écoles du dos qui ne répondaient pas à de tels critères étaient exclues. Les 10 essais menés auprès de 1 964 patients ont fourni des données de niveau de preuve élevé sur l'amélioration du fonctionnement obtenue avec une réadaptation multidisciplinaire intensive comparativement à des interventions unimodales chez des patients hospitalisés ou ambulatoires. Les preuves étaient acceptables (niveau moyen) pour la réduction de la douleur par une réadaptation multidisciplinaire intensive par rapport aux soins usuels ou au traitement unimodal ambulatoire. Enfin, les données sur les résultats relatifs aux activités professionnelles (retour au travail, par exemple) étaient contradictoires. Les programmes psychosociaux ambulatoires moins intensifs, définis comme un traitement de moins de 30 heures offert en séances hebdomadaires ou bihebdomadaires, ne semblaient pas efficaces.

Selon un rapport d'évaluation des technologies de la santé publié en Suède, les preuves sur l'efficacité du traitement multidisciplinaire en général et de la thérapie cognitivo-comportementale en complément au traitement médical sont solides pour la lombalgie chronique [SBU, 2000]. À l'heure actuelle, la prestation de services multidisciplinaires pour le traitement de la dorsalgie (et d'autres types de douleur) chronique est limitée dans de nombreuses régions à cause d'une confluence de facteurs comme la couverture de ces services par les régimes d'assurance maladie et la rareté des unités de soins en dehors des centres urbains (comme c'est le cas au Québec).

En 1999, la Société française de rhumatologie [Duquesnoy *et al.*, 2001] a défini les indications et l'approche nécessaire pour des soins complets contre la dorsalgie. Elle a indiqué que des soins multidisciplinaires s'imposaient après une douleur persistant depuis 12 semaines, a décrit sommairement les méthodes d'évaluation diagnostique multidisciplinaire et la structure de base de l'équipe soignante, a proposé des mesures spécifiques de résultats et formulé des recommandations pour le suivi des patients. Duplan et Guillet [2001] ont mené une enquête auprès de médecins pratiquant dans les secteurs public et privé de divers départements français pour dresser un portrait des structures existantes et des services offerts aux patients souffrant de dorsalgie, notamment au chapitre des soins multidisciplinaires. Le taux de réponse avoisinait 75 %, et il en est ressorti que plus du tiers des départements n'offraient pas de services multidisciplinaires (36/95) et traitaient le plus souvent la dorsalgie par la physiothérapie seulement dans un contexte ambulatoire. Les autres structures de prestation des services étaient des centres antidouleur, des centres de réadaptation et des services de rhumatologie; les deux tiers de ces services appartenaient au secteur public. Les centres de réadaptation avaient tendance à se fier à la physiothérapie, alors que les centres antidouleur s'adjoignaient les services de professionnels paramédicaux comme des ergothérapeutes et des

71. Les résultats du modèle de Sherbrooke ont récemment été confirmés par une étude néerlandaise et ont été publiés comme thèse de doctorat : Anema JR. Low back pain, workplace intervention and return-to-work. 2004, Thèse de l'université Vrije, Amsterdam (Dr P. Loisel, communication personnelle, 22 août 2005).

psychologues. Lorsque le processus de continuité des soins était planifié, la fréquence des rendez-vous allait de une fois par mois (dans les centres antidouleur) à une fois tous les quatre mois. Les trois quarts des établissements de soins interrogés ont déclaré qu'ils suivaient systématiquement les progrès cliniques des patients.

À la fin de 1999 et au début de 2000, Johansen et ses collègues [2004] ont réalisé une étude de cohorte prospective de 300 patients souffrant de lombalgie subaiguë âgés de 15 à 80 ans qui étaient traités dans une clinique du dos au Danemark. La clinique, dont les services sont assurés par des équipes multidisciplinaires (dont des médecins, des physiothérapeutes, des chiropraticiens et des infirmières), accueille des patients éprouvant de la douleur depuis 4 à 24 semaines qui lui sont dirigés par des omnipraticiens, des chiropraticiens et des spécialistes. L'efficacité clinique a été définie comme une amélioration des activités quotidiennes et une réduction de la douleur de 50 % chez 80 % des patients. Une analyse coût-utilité a révélé que le coût du gain d'une année de vie ajustée par la qualité (AVAQ) était de quatre à cinq fois inférieur à celui du gain d'une AVAQ réalisé avec une arthroplastie totale de la hanche. De plus, le nombre de patients en congé de maladie avait été réduit d'environ 50 % à 16 semaines et d'environ 60 % à 40 semaines. En ce qui a trait au processus, des résultats en faveur de la rapidité d'intervention ont été relevés : si la douleur avait persisté entre 4 et 12 semaines avant l'orientation, la probabilité que les patients fassent état d'une « amélioration » ou d'une « grande amélioration » lors de l'évaluation globale avait plus que doublé par rapport aux patients qui avaient souffert plus de 12 semaines avant l'orientation. Enfin, les patients conscients de la nécessité d'une autoprise en charge étaient plus susceptibles de considérer que leur état s'était amélioré. Cette étude montre donc les avantages que pourrait donner une structure de soins multidisciplinaires et constitue une excellente suite aux recommandations du Danish Institute for Health Technology Assessment [DIHTA, 1999] énoncées à la rubrique sur les cheminements cliniques, malgré l'absence de groupe témoin.

ASPECTS CLÉS DES PROCESSUS

Dans cette section, nous examinerons les aspects clés des processus qui peuvent influencer sur les résultats chez les patients : facteur temps et communication, accès aux services, cheminements cliniques de même que rôle des algorithmes et des lignes directrices cliniques. Faisant allusion à la nécessité d'un traitement interdisciplinaire fondé sur des données probantes, Harrington et ses collègues [2001] font remarquer que, bien souvent, les soins offerts dans les cas de dorsalgie chronique sont non coordonnés, répétitifs, inutiles, et ne sont pas dispensés suffisamment tôt.

Facteur temps et communication

Comme l'ont souligné Carter et Birrell [2000, p. 25] dans des lignes directrices sur la prise en charge de la lombalgie en milieu de travail du Royaume-Uni⁷², « il existe de solides arguments logiques et humanitaires ainsi que des données empiriques probantes montrant qu'un traitement au stade subaigu (entre 4 et 12 semaines environ) est plus efficace pour prévenir la douleur chronique et l'invalidité que les tentatives de traitement d'une douleur réfractaire chronique et de l'invalidité une fois qu'elles sont installées » (trad.). Ces lignes directrices mentionnent aussi que, d'après une revue systématique de la littérature, le niveau de preuve des données probantes est élevé en ce qui concerne les résultats favorables sur le plan professionnel des « programmes » d'intervention ciblés à ce stade subaigu. Peu

72. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work. 2000. Disponible à : <http://www.facocmed.ac.uk/library/index.jsp?ref=383> (consulté le 22 mars 2004).

de données ont toutefois été trouvées sur le rapport coût-efficacité de ces interventions. Les lignes directrices prévoient qu'un travailleur blessé incapable de reprendre ses fonctions habituelles dans un délai de 4 à 12 semaines doit être orienté vers une réadaptation multidisciplinaire.

Selon une étude transversale réalisée aux Pays-Bas [Anema *et al.*, 2002], une prise en charge médicale inefficace par les médecins a retardé le retour au travail dans une cohorte de 467 patients souffrant de lombalgie en congé de maladie depuis trois à quatre mois. Des médecins du travail (pour 300 des patients) ont jugé que la durée du traitement et le délai d'attente du traitement avaient eu des effets négatifs sur la capacité de retourner au travail chez 41 % et 43 % des patients, respectivement. Les communications entre les médecins du travail et les médecins traitants ont aussi été déficientes, des échanges ayant eu lieu dans seulement 19 % des cas. Les auteurs croient que des malentendus quant aux rôles et responsabilités respectifs des médecins pourraient contribuer à une telle lacune. L'information échangée portait davantage sur des données factuelles que sur des aspects liés aux processus (harmonisation des politiques de soins, par exemple).

Accès aux services

Même s'il existe un consensus dans la littérature sur le fait qu'un traitement doit être administré plus tôt que plus tard aux patients souffrant de dorsalgie, l'accès aux soins est un problème généralisé. Maddison et ses collègues [2004] ont produit un rapport sur l'approche TEAMS (*Targeted Early Access to Musculoskeletal Services*), qui regroupait quatre services de soins de deuxième ligne (ayant tous de longs délais d'attente de 36 à 52 semaines) dans un centre établi en milieu hospitalier, et ont implanté un cheminement commun pour tous les patients souffrant de problèmes musculosquelettiques orientés par des omnipraticiens dans le Nord-Ouest du pays de Galles, au Royaume-Uni. Un gestionnaire et un coordonnateur à plein temps étaient chargés de suivre la trajectoire des patients dans le système centralisé de triage et d'orientation. Les patients souffrant de dorsalgie chronique étaient dirigés soit vers le circuit « dorsalgie » (un nouveau service fondé sur la physiothérapie) ou des « services de prise en charge de la douleur ». Des ateliers de formation sur des cas simples ont été offerts à des omnipraticiens ayant un intérêt particulier pour les troubles musculosquelettiques et à des physiothérapeutes exerçant des « fonctions élargies » dans la collectivité. Même si le nombre de patients traités a plus que doublé durant la période d'étude de 18 mois, les délais d'attente, en particulier pour les services de prise en charge de la douleur et de rhumatologie et pour l'orientation des patients souffrant de dorsalgie (comparativement aux autres problèmes musculosquelettiques) ont été réduits à 10 semaines ou moins⁷³. Les orientations en double, un problème fréquent jusque-là, ont été pratiquement éliminées, et le taux de satisfaction des patients était élevé. Les auteurs ont conclu que l'*intégration* de services hospitaliers (qui fonctionnaient auparavant de façon indépendante) et des *orientations ciblées* peuvent améliorer l'accès au traitement des affections musculosquelettiques, et que les cas simples peuvent être pris en charge par des cliniques multidisciplinaires (omnipraticien, physiothérapeute) dans la collectivité.

Pinnington et ses collègues [2004] ont examiné l'accès précoce à la physiothérapie comme élément de soins de première ligne dans la prise en charge de la lombalgie au Royaume-Uni. Des cliniques de traitement de la dorsalgie dirigées par des physiothérapeutes ont été ouvertes pour des patients âgés de 18 à 65 ans présentant un nouvel épisode de lombalgie orientés par des omnipraticiens exerçant dans cinq cabinets privés ou polycliniques. Des 614 patients adressés en un an, 85 % ont été vus dans une clinique, dans un délai moyen de quatre jours (62 % dans un délai de trois jours); 72 % n'ont eu besoin que d'une seule consultation. Dans le cadre du processus, les cliniques ont suivi

73. Aucun test statistique n'a été effectué sur ces données.

des lignes directrices cliniques, de sorte que les patients présentant des signaux d'alarme (drapeaux rouges) étaient renvoyés à leur omnipraticien ou dirigés en priorité vers les spécialistes appropriés en cas de compression grave des racines nerveuses. Lorsque des signaux de danger moyen (drapeaux jaunes) étaient décelés, les patients étaient dirigés vers un centre régional de réadaptation spécialisé en dorsalgie. Dans une évaluation prospective, les résultats à court terme (après 12 semaines) ont été mesurés pour les limitations fonctionnelles, la douleur, la qualité de vie, la durée du congé de maladie, les coûts des traitements et la perception des cliniques de traitement de la dorsalgie par les patients. Des améliorations particulièrement significatives ont été observées pour les limitations fonctionnelles et la douleur, mais la diversité des cas traités et l'absence de groupe témoin ne permettent pas de conclure que les services restructurés (et les processus correspondants) sont à l'origine de ces résultats favorables.

Cheminements cliniques

À partir d'une revue systématique de la littérature, le DIHTA [1999] a proposé une ligne de conduite idéale pour la prise en charge de la lombalgie. Le cheminement clinique suivant est recommandé : le patient consulte un omnipraticien; au besoin, il est traité par un physiothérapeute ou un chiropraticien *en collaboration* avec l'omnipraticien, une *bonne communication* étant maintenue entre toutes les parties concernées. Si ce traitement échoue, l'omnipraticien oriente le patient vers un centre spécialisé en orthopédie. Si le traitement administré à l'hôpital échoue, le patient doit subir des tomodensitographies et, au besoin, une intervention chirurgicale suivie d'une réadaptation. Ce modèle ne mentionne toutefois pas les facteurs psychologiques, qu'il est essentiel de prendre en considération dans le traitement de la dorsalgie chronique, comme plusieurs études l'ont démontré [Karjalainen, *et al.*, 2003; Linton, 2000]. L'aspect le plus important de ce modèle est l'*absence de tout délai d'attente* entre chaque volet de soins. Comme l'indique le rapport du DIHTA, plus le délai d'attente est long, plus les coûts augmentent pour le système de santé et de services sociaux. Par exemple, si la ligne de conduite désirée est suivie sans délai, les coûts pourraient être réduits de 50 %, car elle permet : 1) d'éviter les délais d'attente, qui sont coûteux parce que l'état du patient se détériore généralement; 2) d'établir une communication fructueuse en temps opportun entre les professionnels de la santé et les autres autorités sociales concernés; et 3) d'éviter les examens diagnostiques et les traitements inutiles.

La notion de soins par paliers, ou passage graduel des traitements les moins effractifs et les moins coûteux à des soins de plus en plus complexes, est omniprésente dans la littérature portant sur les maladies chroniques, y compris la douleur. Le moment du passage à chaque palier est variable, mais il s'avère essentiel qu'une personne soit responsable des soins offerts au patient afin de le guider d'un palier à l'autre, de lui expliquer le processus au fur et à mesure et de l'aider à obtenir les bons services au bon moment. Bien que l'infirmière semble la professionnelle de la santé tout indiquée pour assumer cette responsabilité, Breen et ses collègues [2004] ont relevé des obstacles aux services de traitement de la dorsalgie aiguë dirigés par des infirmières dans un contexte de pratique générale au Royaume-Uni. Les difficultés découlent du manque de compétences (formation inadéquate) et de la pression due à la charge de travail. Les résultats donnent à penser que les infirmières pourraient jouer un rôle élargi, mais doivent d'abord recevoir la formation et le soutien nécessaires pour s'acquitter de telles fonctions.

Rôle des algorithmes et des guides de pratique clinique

Il existe un grand nombre d'algorithmes et de guides de pratique clinique sur le traitement de tous les types de dorsalgies, aux divers stades de la maladie [par exemple, ICSI, 2004; UK Department of Health, 2002]. Fait digne de mention, Koes et ses collègues [2001], un groupe international

d'experts dans le domaine de la lombalgie, ont publié une revue de la littérature pertinente en 2001 dans laquelle ils ont comparé et confronté les nombreuses lignes directrices publiées alors pour les prestataires de soins de première ligne. Ils ont passé en revue les lignes directrices publiées depuis 1994 en anglais, en allemand et en néerlandais dans 11 pays (États-Unis, Pays-Bas, Israël, Nouvelle-Zélande, Finlande, Australie, Royaume-Uni, Suisse, Allemagne, Danemark [DIHTA] et Suède [SBU]). Les lignes directrices concordaient sur le fait que la plupart des patients souffrant de dorsalgie doivent être traités en première ligne. Le triage diagnostique (y compris le repérage des signaux d'alarme, ou « drapeaux rouges ») y était préconisé, et la marche à suivre pour diagnostiquer la lombalgie était généralement la même. Un large consensus a été établi sur le traitement de la douleur aiguë ou subaiguë (déconseiller le repos au lit, rassurer, etc.) et de la douleur chronique (exercice, etc.). Toutefois, certaines différences ont également été notées entre les traitements recommandés (type d'exercices et intensité, décision de recourir à la manipulation vertébrale et moment opportun pour le faire, emploi de certains médicaments comme des relaxants musculaires et des opioïdes, etc.). Les lignes directrices concordaient toutes sur le fait que des facteurs psychologiques peuvent jouer un rôle dans l'installation d'une invalidité. Même si des progrès ont été réalisés pour faire en sorte que ces recommandations soient fondées sur des données probantes, le groupe a remarqué que l'application systématique des lignes directrices n'était pas uniforme d'un pays à l'autre. Un exemple plus récent vient du Royaume-Uni, où Armstrong et ses collègues [2003] ont étudié les dossiers médicaux de 200 patients souffrant de lombalgie ayant été dirigés vers un hôpital universitaire. Leur revue transversale des dossiers a montré clairement que la pratique clinique ne s'appuyait généralement pas sur des lignes directrices (par exemple les radiographies étaient fréquentes alors que les évaluations biopsychosociales étaient rares).

Au Royaume-Uni, l'application des lignes directrices du Royal College of General Practitioners sur la prise en charge de la dorsalgie aiguë a été évaluée dans un essai contrôlé randomisé mené dans 24 centres de soins de première ligne. Des visites de sensibilisation visant à promouvoir l'utilisation des lignes directrices ont été proposées au groupe expérimental, et les omnipraticiens de ce groupe ont bénéficié d'un accès accéléré à la physiothérapie et de services de triage pour faciliter l'orientation des patients souffrant de dorsalgie persistante (c'est-à-dire ceux qui ne répondaient pas en moins de six semaines à un traitement conservateur) [Dey *et al.*, 2004]. La stratégie éducative s'est révélée pratiquement inefficace pour modifier la prise en charge des patients souffrant de dorsalgie aiguë (surtout en ce qui concerne le recours aux radiographies, la prescription de médicaments, la remise de certificats de maladie et l'orientation vers des soins de deuxième ligne). Toutefois, une augmentation significative du nombre d'orientations vers des services de physiothérapie ou des programmes d'enseignement offerts par des unités de traitement de la dorsalgie, principalement par l'entremise du service de triage, a été enregistrée dans le groupe expérimental.

Un exemple décevant des énormes efforts déployés pour évaluer les répercussions de l'application de lignes directrices sur la dorsalgie est tiré d'une étude menée sur le système de la VHA aux États-Unis [Farley *et al.*, 2004]. Un programme d'utilisation de lignes directrices sur la lombalgie a été implanté dans quatre centres médicaux militaires dans le cadre d'un projet pilote (suivi d'une distribution à l'échelle du système) composé d'un volet de formation destinée aux omnipraticiens et d'un volet d'enseignement aux patients. Les modes de prestation des services et les habitudes de prescription d'analgésiques ont fait l'objet d'un suivi prospectif dans les quatre centres. Les auteurs ont constaté que les lignes directrices n'étaient pas intégrées à la pratique en raison d'un manque de leadership à cet égard. Les progrès n'étaient pas suivis de manière systématique, en partie parce

que le programme a été lancé avant la mise en fonction du matériel servant à les enregistrer. Le seul changement observé fut une réduction du nombre d'orientations vers des services de physiothérapie.

CONTRÔLE DE LA QUALITÉ

Dans l'espoir d'améliorer la qualité des services offerts aux patients souffrant de lombalgie, Mootz et ses collègues ont récemment uni leurs efforts à ceux de l'Institute for Healthcare Improvement, une fondation sans but lucratif consacrée à la formation continue ayant pour mission d'aider les « organismes de soins à améliorer la prestation des soins aux États-Unis et au Canada » (trad.) [Mootz *et al.*, 2000, p. 44]. Une équipe de spécialistes de la lombalgie a fourni des conseils à trois milieux de chiropratique en Californie, au Texas et en Iowa. Chacune a défini ses propres objectifs et modalités de changement, tous mesurables. Par exemple, au Texas Back Institute, les besoins des patients ont été décelés au moyen de groupes de discussion (*focus groups*) et de sondages remplis par tous les intervenants (patients, médecins, payeurs, employeurs). Cet institut est la plus grande clinique multidisciplinaire indépendante spécialisée dans les soins de la colonne vertébrale d'Amérique du Nord, et son personnel est composé de spécialistes du traitement de la douleur, de chirurgiens orthopédistes, de chiropraticiens, de physiatres, de médecins du travail et de thérapeutes en santé comportementale. La plupart des intervenants étaient d'avis qu'il fallait donner de l'enseignement aux patients et promouvoir la collaboration entre les payeurs et les employeurs. Pour les cas complexes ou chroniques, des gestionnaires de cas ont été jugés nécessaires afin de faciliter les soins et la communication. En Californie, les objectifs étaient plus concrets : les buts de la clinique de chiropratique étaient de réduire le délai d'attente d'un traitement et le recours à la radiologie ainsi que d'améliorer l'état fonctionnel et de réduire l'intensité de la douleur des patients de 30 % par rapport à ses normes existantes. Les résultats préliminaires d'une évaluation prospective ont montré une augmentation du nombre de patients traités dès la première visite et une réduction du nombre de radiographies. Fait important, ces activités et ces résultats ont tous été mesurés, et les données ont été utilisées pour continuer d'améliorer le processus.

AUTOPRISE EN CHARGE : RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES PATIENTS

Les patients ne sont pas et ne peuvent pas être des bénéficiaires passifs de soins au XXI^e siècle. Ils demandent souvent des examens et des traitements particuliers, naviguent dans Internet pour y puiser de l'information sur la santé et s'attendent à ce que les médecins et les professionnels paramédicaux leur fournissent les soins les plus récents en temps opportun. De toute évidence, ils ont aussi besoin d'être mieux informés sur leur maladie afin de pouvoir participer aux décisions avec leurs prestataires de soins. Ce besoin a été repéré dans le domaine de la dorsalgie. Cherkin et Sherman ont proposé que les médecins de première ligne intègrent les aspects suivants au plan de traitement des patients souffrant de lombalgie chronique : « traitement physique pour briser le cycle de la douleur chronique » (massage, acupuncture), méthodes permettant d'améliorer la conscience du corps et l'efficacité du mouvement (technique Alexander, yoga), stratégies d'autoprise en charge (réduction du stress, méditation) et recommandations de ressources éducatives » (trad.) [Cherkin et Sherman, 2004, page S-173].

The Back Book (Le Livre du dos) [Roland *et al.*, 1996], une brochure éducative fondée sur des données probantes destinée aux patients, a été publiée au Royaume-Uni conjointement avec les guides de pratique clinique de 1996 du Royal College of General Practitioners. La brochure se distingue des autres outils par l'importance accordée aux croyances du patient et à son rôle dans le traitement de la dorsalgie. Burton et ses collègues [1999] ont mené un essai contrôlé randomisé (162 patients

au départ, dans six établissements de soins de première ligne) pour vérifier si l'utilisation de la brochure par les patients pouvait être liée à des résultats favorables après deux semaines, trois mois et un an. Les patients étaient âgés de 17 à 70 ans et souffraient d'une lombalgie non spécifique (aiguë ou récurrente) depuis moins de trois mois. La brochure s'est surtout révélée efficace pour modifier les croyances des patients au sujet de la lombalgie (moins d'évitement de l'activité physique, par exemple). Toutefois, son effet sur l'invalidité n'était pas statistiquement différent de celui de la brochure témoin (contenant des notions biomédicales classiques et des conseils généraux) utilisée par l'autre groupe. Comme les investigateurs s'y attendaient lorsqu'ils ont planifié l'étude, l'intensité de la douleur est demeurée la même. Les auteurs en ont conclu que la brochure pourrait être plus efficace si elle faisait partie d'un plan de prise en charge où tous les professionnels de la santé donnent des conseils thérapeutiques uniformes et cohérents aux patients.

Une intervention communautaire visant à modifier les croyances sur la dorsalgie et à réduire l'invalidité a été réalisée en Australie [Buchbinder *et al.*, 2001] selon un plan d'étude avant-après quasi-expérimental, non randomisé et non équivalent (deux régions). L'intervention consistait en une campagne de santé publique dans les médias, articulée autour du Livre du dos, par des annonces à la télévision, à la radio, sur des panneaux-réclames et sur des affiches, par des conférences, des visites sur les lieux de travail ou d'autres formes de publicité. Une enquête téléphonique auprès de citoyens ($n = 4\,730$) et une enquête postale auprès d'omnipraticiens ($n = 2\,556$) ont permis d'évaluer la modification des croyances deux ans après la campagne. Des données sur les indemnités versées à des travailleurs pour des problèmes de dos, les congés de maladie et les frais médicaux réclamés pour des problèmes de dorsalgie ont été extraites d'une base de données sur les réclamations. Un changement positif des croyances sur la dorsalgie a été noté dans la région expérimentale, tant chez les citoyens que chez les omnipraticiens ($p < 0,001$). De plus, les demandes d'indemnisation pour invalidité et les coûts connexes ont diminué pendant la campagne.

Little et ses collègues [2001] ont réalisé un essai contrôlé randomisé dans lequel ils ont comparé quatre groupes affectés aux stratégies suivantes : 1) exercice régulier conseillé par un médecin; 2) brochure sur l'autoprise en charge; 3) approche jumelée; ou 4) aucune intervention sur le plan de l'exercice. Une cohorte initiale de 311 patients âgés de 16 à 80 ans (dans six milieux de soins) souffrant d'un épisode dit « nouveau » – mélange de nouveaux cas aigus et de cas chroniques au moment d'une récurrence – a été étudiée. Les patients souffrant d'une douleur chronique « stable » ont été exclus. La mobilisation et la prise d'analgésiques simples étaient recommandées à tous les patients. D'après les données recueillies auprès de 239 participants, les stratégies axées sur les conseils d'un médecin seulement ou sur la brochure seulement ont accru la satisfaction des patients à l'égard de la consultation et ont eu un léger effet positif sur la douleur et le fonctionnement dans la semaine suivante. Toutefois, il n'y avait aucune différence entre les groupes après la troisième semaine. Fait étonnant, les conseils du médecin et la brochure ont été moins efficaces lorsqu'ils ont été jumelés que lorsqu'ils ont été utilisés individuellement. Ce résultat demeure inexpliqué, mais une surcharge d'information pourrait être en cause.

Un programme d'autoprise en charge pour les patients souffrant de lombalgie aiguë a été évalué dans un essai contrôlé randomisé réalisé auprès de 211 patients socio-économiquement défavorisés recevant des soins de première ligne [Damush *et al.*, 2003]. Malgré des contraintes relativement légères pour les sujets, le taux de participation a été faible : 52 % des patients admissibles se sont dits intéressés, 39 % des patients admissibles ont été répartis aléatoirement dans les groupes et seuls 28,3 % ($n = 30$) des patients affectés au traitement ont assisté à au moins une séance de groupe⁷⁴. L'intervention

74. Pour 62,3 % des participants du groupe d'intervention, l'information a plutôt été fournie sous forme d'audiocassettes, de documentation envoyée par la poste et d'appels téléphoniques.

comprenait trois séances et un appel téléphonique de suivi conçus pour aider les patients à « comprendre la dorsalgie, à faire davantage d'activités physiques et à composer avec les peurs et les frustrations » (trad.) [Damush *et al.*, 2003, p. 179] par une autoprise en charge avec soutien. Par rapport au groupe témoin qui avait reçu les soins usuels, les patients du groupe expérimental, après quatre mois, avaient un meilleur fonctionnement affectif, composaient mieux avec la dorsalgie et avaient moins peur de bouger. Malgré les résultats encourageants obtenus chez les patients qui avaient participé à l'intervention, les auteurs ont conclu qu'il fallait recourir à des stratégies plus innovatrices pour offrir le programme à cette population vulnérable. Chez les patients qui ont abandonné le programme, le fonctionnement physique et le sentiment de contrôle sur les symptômes étaient significativement plus limités.

INNOVATIONS ORGANISATIONNELLES

Technologies de l'information

Un usage novateur d'Internet a récemment été décrit par Lorig et ses collègues [2002], qui ont mené un essai populationnel contrôlé randomisé afin de vérifier si un groupe de discussion électronique permettait d'améliorer l'état de santé des personnes souffrant de dorsalgie chronique et de réduire les coûts des soins. L'essai a été réalisé auprès de 580 personnes atteintes de dorsalgie chronique de 49 États américains. L'intervention comprenait des discussions fermées par courriel avec animateur, une brochure destinée aux patients et une vidéocassette montrant des modèles de comportements appropriés pour les personnes souffrant de dorsalgie. Les résultats ont été mesurés en ligne (sauf pour 2 % des participants) par des auto-évaluations, les paramètres étant notamment la douleur, l'invalidité, le fonctionnement, la détresse liée à la santé (c'est-à-dire l'inquiétude ou la frustration face à sa santé) et l'utilisation des services de santé pendant une période de six mois (hospitalisations; consultations de médecins, de physiothérapeutes et de chiropraticiens). L'intervention a coûté environ 100 \$ US par personne, incluant le matériel et les honoraires professionnels. Après un an, la douleur, l'invalidité et la détresse liée à la santé avaient diminué et les capacités fonctionnelles s'étaient améliorées chez les participants au groupe de discussion électronique comparativement à ceux du groupe témoin ayant reçu les soins usuels. Une tendance vers un recours moins fréquent aux médecins et une baisse des hospitalisations a été observée. Les auteurs ont conclu que cette intervention d'information et de soutien peu coûteuse serait peut-être une composante efficace du traitement de la dorsalgie pour les personnes qui se sentent à l'aise avec Internet et y ont accès.

Réadaptation communautaire au Québec

En 2003, Loisel et ses collègues ont publié un article intitulé *From evidence to community practice in work rehabilitation: The Quebec experience* qui s'avère pertinent pour de nombreux éléments de structure et de processus couverts dans la présente étude de cas [Loisel *et al.*, 2003a]. L'article décrit une initiative en trois phases visant à transférer les connaissances scientifiques sur la réadaptation dans la pratique communautaire au Québec. Le modèle de Sherbrooke a été résumé dans la rubrique traitant des médecins spécialistes [Loisel *et al.*, 2003b; 2002; 1997; 1996]. La deuxième phase, amorcée en 1995, était l'élaboration et la mise en place d'un programme portant sur le « paradigme de l'invalidité » [Loisel *et al.*, 2003a, p. 105], appelé PRÉVICAP – PRÉVention du handICAP au travail. Le programme est fondé sur des données probantes et facilite les communications entre les intervenants (c'est-à-dire la Commission de la santé et de la sécurité du travail [CSST], l'employeur, le médecin traitant et l'équipe interdisciplinaire) pour chaque travailleur ayant une limitation fonctionnelle. C'est une approche interdisciplinaire, centrée sur le lieu de travail et appliquée en

temps opportun, qui comprend la recherche des causes de l'invalidité et un « processus de retour progressif au travail » (trad.) [Loisel *et al.*, 2003a, p. 108], de même qu'une modification des tâches du travailleur. La troisième phase était la mise sur pied d'un réseau de gestion, de recherche et de formation dans le domaine de la réadaptation au travail : le Réseau en réadaptation au travail du Québec (RRTQ). PRÉVICAP a été implanté en 1997 dans un centre affilié universitaire, l'Hôpital Charles LeMoine, à Greenfield Park, pour les travailleurs indemnisés par la CSST vivant dans la région de Montréal. Lors d'une étude prospective de tous les patients ayant reçu des services pendant une période de trois ans, la lombalgie était l'affection prépondérante (soit 85 patients sur 127). Lors du suivi, 24 % des patients de l'étude étaient en congé de maladie après un an, et 8 % après trois ans. Loisel et ses collègues ont fait savoir que l'efficacité du programme PRÉVICAP sera évaluée par un essai contrôlé randomisé réalisé auprès de travailleurs de la construction. Comme les résultats préliminaires étaient prometteurs (malgré l'absence de données comparatives), la CSST s'était engagée à soutenir l'implantation progressive du programme par le truchement du RRTQ, mais elle a retiré son appui financier en décembre 2003. Le RRTQ fera bientôt l'objet d'une évaluation⁷⁵.

RÉSUMÉ

Malgré les efforts importants investis dans la restructuration des services et l'élaboration de protocoles de soins afin d'optimiser les résultats chez les personnes souffrant de dorsalgie chronique, peu de patients reçoivent le bon traitement, administré par le bon professionnel de la santé, au bon moment. De nombreuses raisons expliquent un tel échec du système : manque de formation des professionnels de la santé, pénurie de professionnels de la santé sur place pour offrir les services, résistance à l'application de lignes directrices cliniques, manque de coordination entre les niveaux de soins, communication déficiente entre les professionnels de la santé, espoirs irréalistes de guérison des patients. L'obstacle le plus important pourrait être le manque de ressources pour offrir des services adéquats et faire le suivi des résultats.

75. D^r P. Loisel, communication personnelle, 22 août 2005.

ANNEXE D ÉTUDE DE CAS N° 2 : SYNDROME DOULOUREUX RÉGIONAL COMPLEXE

Pour mettre en évidence certains aspects organisationnels de la prise en charge de la douleur chronique, nous avons choisi le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) de type I⁷⁶ comme deuxième exemple de cas, et ce, pour plusieurs raisons. Premièrement, contrairement à la dorsalgie, le SDRC est le plus souvent diagnostiqué dans des milieux de soins spécialisés (par des orthopédistes, des neurologues, des chirurgiens) et traité par des prestataires de soins de première ligne autres que des omnipraticiens (généralement des physiothérapeutes). Deuxièmement, les aspects organisationnels de la prestation des soins, comme la détection précoce et le traitement au moment opportun, sont d'une importance capitale pour cette population de patients. Si le SDRC n'est pas décelé ni traité, la douleur et d'autres symptômes peuvent se propager à toutes les extrémités, ce qui, le cas échéant, rend la réadaptation extrêmement difficile [Kirkpatrick, 2003]. Troisièmement, le SDRC touche principalement des personnes d'âge moyen et mène souvent à l'invalidité. Enfin, ce syndrome illustre bien le besoin de formation professionnelle et de collaboration interdisciplinaire [Allen *et al.*, 1999]. Nous avons regroupé l'information et les données de recherche recueillies en éléments de structure et de processus de prise en charge des patients souffrant de SDRC, comme dans le reste du rapport. Cette deuxième étude de cas s'amorcera par une brève synthèse de la définition, de la prévalence et du traitement du SDRC.

LE SYNDROME DOULOUREUX RÉGIONAL COMPLEXE

Définition et prévalence

Le SDRC de type I est une maladie neurologique chronique caractérisée par une douleur de type brûlure et des anomalies des systèmes sensoriel, moteur et nerveux autonome. Aux premiers stades, la douleur et l'enflure consécutives à une blessure s'intensifient au lieu de se résorber et se propagent au-delà de la région initialement touchée. La lésion peut être due à une cause non médicale (blessures subies lors d'un accident de voiture ou d'une chute, par exemple) ou à un traumatisme iatrogène (« échec » d'une opération au dos, par exemple). Le SDRC a d'abord été défini comme une maladie en trois phases – aiguë, dystrophique et atrophique –, chacune s'accompagnant de changements physiques et de douleurs évolutives, mais une telle classification par stades de ce syndrome a toutefois été remise en question [Kirkpatrick, 2003; Veldman *et al.*, 1993]. La cause du SDRC de type I n'est pas connue, et il semble qu'il n'y ait eu qu'une seule étude populationnelle sur sa prévalence. Sandroni et ses collègues [2003a] ont passé en revue des bases de données et des dossiers dans le comté d'Olmsted, Minnesota, aux États-Unis (incluant la ville de Rochester) couvrant la période de 1989 à 1999. Le taux d'incidence était de 5,46 par 100 000 années-personnes à risque, et la prévalence de période était de 20,57 par 100 000. Le rapport femmes-hommes était de 4 pour 1.

Des spécialistes du SDRC ont toutefois contesté ces résultats en faisant valoir que les critères diagnostiques utilisés, soit ceux de l'International Association for the Study of Pain, étaient « trop difficiles à appliquer à une étude rétrospective de revue des dossiers » (trad.) [Bennett et Harden, 2003, p. 209]. Il n'existe pas d'examen spécifique permettant de diagnostiquer le SDRC de type I,

76. Cette maladie était auparavant appelée dystrophie sympathique réflexe et a été désignée par d'autres termes selon son origine et selon le pays ou le domaine de spécialité concerné [Rho *et al.*, 2002; Veldman *et al.*, 1993].

ni de tableau clinique diagnostique propre au syndrome [Rho *et al.*, 2002]. Le syndrome peut se manifester à tout âge, mais il est plus fréquent chez les personnes de 40 à 60 ans [Sandroni *et al.*, 2003a; Baron *et al.*, 2002]. Le SDRC de type I se distingue du SDRC de type II (auparavant appelé causalgie) par la présence de lésions nerveuses décelables dans le type II.

Traitement

Dans la troisième édition des *Clinical Practice Guidelines for CRPS*, Kirkpatrick [2003] fait remarquer que l'enseignement aux patients joue un rôle clé dans le traitement du SDRC. Plus explicitement, le patient doit comprendre les objectifs du traitement et le processus pathologique, et recourir à la physiothérapie pour mobiliser la partie du corps touchée. Il doit absolument se servir normalement de cette partie, et diverses interventions médicales (médicaments, blocs nerveux, stimulateur de la moelle épinière, etc.) permettent de moduler la douleur pour que la physiothérapie soit bénéfique. En même temps, le médecin doit déterminer dans quelle mesure le système nerveux sympathique contribue à la douleur. Les guides de pratique clinique proposent un protocole de traitement conçu pour que le patient puisse se réadapter le plus rapidement possible. Ce protocole repose sur une approche de « soins par paliers », c'est-à-dire qu'il commence par les traitements les plus sûrs, les plus simples et les plus efficaces. Si le patient n'arrive pas à faire des progrès dans l'activation du membre touché, il est jugé « essentiel » de lui offrir « immédiatement » une série de trois blocs sympathiques, mais il n'y a pas consensus sur le nombre de blocs requis⁷⁷. Il faut toutefois souligner qu'à la lumière des revues récentes de la littérature clinique, les preuves de l'efficacité des divers traitements varient considérablement [Grabow *et al.*, 2003; Forouzanfar *et al.*, 2002]. Par exemple, Forouzanfar et ses collègues ont conclu qu'« il y a peu ou pas de preuves de l'efficacité des blocs sympathiques, du piégeage des radicaux, de la prednisolone, de l'acupuncture et du drainage lymphatique manuel » (trad.) [Forouzanfar *et al.*, 2002, p. 120] après avoir effectué une revue de 26 essais contrôlés randomisés menés auprès de patients atteints du SDRC de type I.

STRUCTURE DES SERVICES DE SANTÉ

Dans la section ci-dessous, les informations tirées de la littérature sur les éléments de structure des soins offerts aux patients atteints du SDRC seront réparties comme suit : rôle des professionnels paramédicaux, soins interdisciplinaires et formation des professionnels de la santé. Lorsque les données sur les résultats sont fournies, elles seront également présentées.

Rôle des professionnels paramédicaux

Kirkpatrick recommande également « d'envisager des modes d'intervention psychosociale pour tous les patients atteints du SDRC » (trad.) [Kirkpatrick, 2003, p. 13]. Il est nécessaire qu'un patient soit évalué, et parfois traité, par un psychologue (en collaboration avec d'autres prestataires de soins), surtout dans les cas avancés et graves. Le psychologue doit évaluer la capacité du patient à composer avec la douleur, le risque de surconsommation de médicaments et le risque de suicide. Si le patient est candidat à l'implantation d'un stimulateur de la moelle épinière, une évaluation psychosociale initiale est généralement requise.

Pour traiter le SDRC, les physiothérapeutes peuvent utiliser l'hydrothérapie, des unités de neurostimulation transcutanée et d'autres techniques (bains alternés, chaleur, massage, etc.) afin d'aider le patient à mobiliser la partie atteinte. Un essai contrôlé randomisé a été mené aux Pays-Bas auprès de patients souffrant du SDRC de type I par Oerlemans et ses collaborateurs [1999]. Ils ont

77. D^{re} A. Boulanger, communication personnelle, 4 décembre 2004.

comparé deux groupes d'intervention (séances de 30 minutes de physiothérapie ou d'ergothérapie : 44 patients par groupe) et d'un groupe témoin (conseils d'un travailleur social lors de visites de 45 minutes : 47 patients)⁷⁸. Une douleur et un dysfonctionnement des membres supérieurs avaient été diagnostiquées chez les patients au cours de l'année précédant l'étude. Les données ont été recueillies à six semaines, puis à 3, 6 et 12 mois. La physiothérapie et, dans une moindre mesure, l'ergothérapie se sont révélées supérieures pour réduire la douleur et améliorer la mobilité (bien que les différences de mobilité entre les groupes n'étaient plus significatives après un an). Fait important, le rapport coût-efficacité a été évalué dans une analyse subséquente de l'étude d'Oerlemans et ses collègues. Les auteurs ont indiqué que « les rapports coût-efficacité différentiels de la physiothérapie par rapport à l'ergothérapie et aux soins de référence [encore donnés par des travailleurs sociaux] étaient moyens ou même dominants » (trad.) [Severens *et al.*, 1999, p. 1038]. Ils en ont conclu que la physiothérapie était plus efficace et moins coûteuse que les interventions comparatives (ergothérapie ou conseils d'un travailleur social) pour les patients atteints du SDRC.

Soins interdisciplinaires

Rho et ses collègues sont d'avis que « le succès du traitement du SDRC passe par une approche multidisciplinaire énergique » (trad.) [Roh *et al.*, 2002, p. 176]. Ils précisent qu'il faut traiter les problèmes concomitants, comme la dépression ou les troubles du sommeil, et le déconditionnement physique. Ces auteurs fournissent un algorithme de traitement du SDRC analogue aux lignes directrices énoncées par Kirkpatrick [2003], mais il n'inclut pas la sympathectomie ni l'évaluation psychosociale. Dans un rapport de consensus publié aux États-Unis, Stanton-Hicks et ses collègues [1998] ont proposé un modèle beaucoup plus interdisciplinaire comprenant des interventions psychologiques, médicales et physiothérapeutiques concomitantes. En fait, les délais pour l'intervention psychosociale étaient même spécifiés dans ce rapport : dans les deux premiers mois, aucune consultation psychologique n'est nécessaire; entre deux et six mois, une intervention est indiquée si le pronostic devient une source d'anxiété pour le patient; et après six mois, divers types d'interventions psychosociales peuvent être offerts à tous les patients souffrant du SDRC (*counseling* familial, thérapie cognitivo-comportementale de groupe, antidépresseurs). Le rapport de consensus contient des directives sur l'intégration de techniques d'autoprise en charge (exercices à domicile, par exemple) dans les dernières étapes d'un algorithme de traitement. Il s'agit d'un point important, car le patient doit maintenir les acquis du traitement pour minimiser la dépendance envers les modalités d'intervention effractives et techniques. Le rapport de consensus est bien vu par certains [Segal, 1999], mais d'autres, comme Bonicalzi et Canavero [1999], ont noté que certaines lignes directrices ne sont pas fondées sur des données probantes.

Dans une mise à jour d'un précédent rapport de consensus de 1998, des aspects organisationnels comme des directives sur la façon et le moment de diagnostiquer et de traiter un patient souffrant de SDRC ont été approfondis par Stanton-Hicks et ses collègues [2002]. Le groupe d'experts insiste sur l'importance d'interventions interdisciplinaires concomitantes (plutôt que séquentielles) intégrées comprenant le soulagement de la douleur, la réadaptation et la psychothérapie. Les lignes directrices précisent ce qui doit être fait par chaque type de professionnel de la santé et à quel moment. Par exemple, dans les premiers stades de la maladie, la physiothérapie et l'ergothérapie sont essentielles. Si le patient n'y répond pas suffisamment, l'étape suivante (six semaines après l'apparition des symptômes) peut intégrer une intervention psychologique pour aider le patient à suivre son traitement, à mieux composer avec la douleur et à lutter contre des affections concomitantes comme la dépression. La douleur est traitée par des interventions médicales, de plus en plus

78. Le nombre de séances d'intervention ou témoins variait d'un patient à l'autre.

effractives s'il n'y a pas d'amélioration à court terme. Une collaboration interdisciplinaire entre tous les professionnels de la santé concernés et le patient est essentielle, car elle peut avoir un effet synergique.

Burton et ses collègues [2004] ont réalisé une enquête auprès de spécialistes de la douleur de 35 États américains afin d'évaluer les pratiques en cours pour les patients atteints du SDRC. Ils voulaient notamment vérifier si les lignes directrices de Stanton-Hicks et ses collègues [2002] étaient suivies. Une enquête transversale par courrier-réponse, à laquelle ont participé 100 spécialistes du traitement interventionnel de la douleur qui traitaient en moyenne 14,9 cas de SDRC par mois (taux de réponse de 23 %), a révélé que les types d'interventions et le moment de leur utilisation respectaient les lignes directrices. Le traitement était multidisciplinaire, le recours à la psychothérapie et à la physiothérapie étant conforme aux lignes directrices. Presque tous les participants ont indiqué qu'un traitement précoce (soit moins de trois mois après l'apparition des symptômes) permettait d'obtenir de meilleurs résultats cliniques. Enfin, l'enquête a montré que les patients traités par les participants étaient surtout orientés par d'autres spécialistes (32 % par des chirurgiens orthopédistes, 12 % par des neurologues, 9 % par des anesthésiologistes) et seulement de temps à autre par des omnipraticiens (12 %). Les résultats de cette étude pourraient être biaisés par le faible taux de réponse, mais ils montrent néanmoins que de telles lignes directrices peuvent être utiles.

On n'insistera jamais trop sur le fait que l'intégration des services de santé fournis par différentes disciplines est essentielle dans le traitement du SDRC. Allen et ses collègues [1999] ont étudié une cohorte de patients atteints du SDRC (n = 134) traités dans une clinique multidisciplinaire de la douleur et ont constaté qu'en moyenne, 5,2 traitements différents (de deux à huit) avaient été prescrits à ces patients avant leur visite à la clinique; ils comprenaient la pharmacothérapie, la physiothérapie, l'ergothérapie, des blocs nerveux et la psychothérapie. Fait encore plus préoccupant, les symptômes du SDRC duraient en moyenne depuis 30 mois (de 2 à 168 mois) au moment de l'évaluation à la clinique.

Formation des professionnels de la santé

Le SDRC étant une maladie relativement rare et déconcertante, il va de soi que la formation des professionnels de la santé est importante pour le diagnostic et le traitement. Puisqu'il existe un consensus sur le fait qu'une détection précoce est un élément clé du pronostic, les omnipraticiens doivent être informés à ce sujet [Pittman et Belgrade, 1997], et les patients doivent être orientés sans tarder vers des physiothérapeutes et (ou) des spécialistes [Burton *et al.*, 2004] pour minimiser l'atteinte et l'invalidité. Dans leur analyse rétrospective des dossiers de patients souffrant du SDRC traités dans une clinique multidisciplinaire de la douleur, Allen et ses collègues [1999] ont noté que seulement 7 % des patients avaient été dirigés par des médecins de première ligne, ce qui corrobore les résultats d'une enquête réalisée par Burton et ses collègues [2004] auprès de spécialistes de la douleur. Selon Allen et ses collègues, ce faible taux d'orientations pourrait être associé au manque de compétences diagnostiques des médecins de famille. Les chirurgiens et les spécialistes qui examinent des patients ayant subi des traumatismes physiques (les orthopédistes, par exemple) sont apparemment plus susceptibles d'orienter le patient vers des soins appropriés, car ils connaissent mieux le diagnostic et sont conscients du risque de SDRC après une intervention chirurgicale.

ASPECTS CLÉS DU PROCESSUS

Dans cette section, nous examinerons deux aspects clés du processus de traitement du SDRC : le facteur temps et la planification du congé.

Facteur temps

Dans la troisième édition des *Clinical Practice Guidelines for CRPS*, Kirkpatrick écrit que : « Si [le SDRC] est diagnostiqué rapidement, les médecins peuvent recourir à la mobilisation du membre touché (physiothérapie) et aux blocs sympathiques pour guérir ou atténuer la maladie. S'il n'est pas traité, le SDRC peut coûter extrêmement cher à cause des déformations permanentes et de la douleur chronique qu'il entraîne » (trad.) [Kirkpatrick, 2003, p. 2-3]. Pour poser un diagnostic précoce, le médecin doit savoir que certaines caractéristiques du SDRC sont des indicateurs plus importants du syndrome. Le médecin « doit rechercher énergiquement des signes objectifs et les consigner au dossier » (trad.) (différences de température entre les côtés opposés du membre, par exemple). Comme le note Kirkpatrick, la littérature publiée semble indiquer que les blocs sympathiques donnent les meilleurs résultats s'ils sont effectués « le plus tôt possible » (trad.) dans le processus pathologique (soit un délai d'environ deux mois dans la pratique clinique⁷⁹). Cette intervention est généralement pratiquée par un spécialiste de la douleur ayant reçu une formation en anesthésie dans un centre hospitalier ou dans une clinique de la douleur. La nécessité d'un diagnostic et d'un traitement précoces est corroborée indirectement par Sandroni et ses collègues : ils ont enregistré un taux de résolution des symptômes étonnamment élevé (55/74 patients : 74 %) dans leur étude populationnelle⁸⁰. Il est particulièrement important de mentionner que la région où ils ont réalisé l'étude « jouissait d'un savoir-faire médical, et il est possible que des soins immédiats et probablement supérieurs à la moyenne aient permis d'obtenir de meilleurs résultats cliniques » (trad.) [Sandroni *et al.*, 2003a, p. 205].

Planification du congé

Comme la plupart des patients atteints du SDRC ne guérissent pas, il faut songer au suivi de la prise en charge. Le Department of Labor and Employment (Division of Workers' Compensation) des États-Unis a élaboré un plan clair pour la prise en charge à long terme des patients souffrant du SDRC dans des lignes directrices sur le traitement médical⁸¹. Ce plan fait ressortir l'importance d'une collaboration professionnelle étroite entre les prestataires de soins et les patients, y compris le médecin de première ligne. En plus de l'enseignement aux patients (voir la section suivante), le plan recommande un *counseling* psychosocial de groupe et individuel comprenant de 6 à 10 séances par année. La pharmacothérapie doit être surveillée, et il est recommandé que le patient rencontre un médecin de première ligne désigné quatre fois par année (plus souvent si des narcotiques sont prescrits). Des directives similaires sont fournies pour d'autres interventions médicales (injections, par exemple).

79. D^{re} A. Boulanger, communication personnelle, 4 décembre 2004.

80. Il faut ajouter que des cas de résolution « spontanée » ont été observés en l'absence « d'intervention spécifique » (« mesures énergiques telles que des médicaments sympatholytiques, des blocs et des analgésiques puissants ») [Sandroni *et al.*, 2003b, p. 210] à partir des dossiers des patients ou d'autres preuves acceptables qu'il n'y avait plus de douleur et qu'aucun médicament n'était encore utilisé. Sandroni et ses collègues précisent que quatre patients légèrement atteints (qui avaient utilisé des analgésiques légers) ont eu une telle résolution, mais qu'il est difficile de savoir si les autres résolutions observées dans leur échantillon peuvent être considérées comme « spontanées ».

81. Division of Workers' Compensation. Medical Treatment Information. Disponible à : http://www.coworkforce.com/DWC/Medical_Treatment.asp (consulté le 7 février 2005).

ENSEIGNEMENT AUX PATIENTS

L'enseignement est tout aussi important pour les patients atteints du SDRC, car ils doivent participer activement au processus thérapeutique. Le plan du Department of Labor and Employment (Division of Workers' Compensation) du Colorado, aux États-Unis, précise que les patients doivent recevoir un enseignement sur les techniques d'autoprise en charge et recommande d'offrir entre deux et six séances par année. Les patients souffrant du SDRC doivent faire des exercices, maîtriser des compétences d'autoprise en charge et apprendre à composer avec la douleur résiduelle, le cas échéant. Des infirmières et des psychologues sont généralement chargés d'enseigner ces compétences aux patients, et des livres ainsi que des adresses de sites Web sur le sujet sont également mis à leur disposition [Lang et Moskovitz, 2003]. Idéalement, les patients devraient recevoir une liste de sites Web et de documents fondés sur des données probantes rédigés spécialement à leur intention pour les aider à s'informer eux-mêmes sur les meilleurs moyens de rester en santé malgré le SDRC.

RÉSUMÉ

Le syndrome douloureux régional complexe est une maladie rare, mais il est crucial d'offrir un traitement multidisciplinaire intégré en temps opportun aux patients qui en sont atteints, quel que soit le niveau de soins où ils reçoivent des services. Pour y arriver, il est impératif de former les professionnels de la santé sur les critères diagnostiques et le traitement du SDRC. Il faut aussi définir clairement des cheminements thérapeutiques et des plans précis de prise en charge de la douleur après le congé. Un enseignement et, parfois, une psychothérapie sont nécessaires pour motiver les patients et les aider à composer avec la douleur résiduelle. Enfin, puisque des spécialistes du SDRC (et d'autres problèmes de douleur complexes non abordés dans le présent rapport) travaillent dans les cliniques multidisciplinaires de la douleur, des ressources adéquates doivent être allouées à ces centres tertiaires.

RÉFÉRENCES

- Agence de développement de réseaux locaux, de services de santé et de services sociaux de Montréal (ADRLSSSS). Le Centre de santé et de services sociaux : au cœur de la nouvelle organisation de services. Montréal, Qc : ADRLSSSS; 2004. Disponible à : <http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/01/mono/2005/02/798972.pdf> (consulté le 4 mai 2005).
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique. Décembre 2000. Disponible à : http://www.has-sante.fr/anaes/Publications.nsf/wEdition/RA_LILF-4Y9HJZ (consulté le 17 janvier 2005).
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Évaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire. Paris, France : ANAES; 1999.
- Agence régionale de l'hospitalisation Rhône-Alpes (ARHRA). Groupe de travail préparation au SROS II. Prise en charge de la douleur. 1998. Disponible à : <http://www.satelnet.fr/arhra/douleur.htm> (consulté le 19 mars 2004).
- Ahles TA, Seville J, Wasson J, Johnson D, Callahan E, Stukel TA. Panel-based pain management in primary care: A pilot study. *J Pain Symptom Manage* 2001;22(1):584-90.
- Alberta Health and Wellness. Proceedings from the Chronic Pain Initiatives Meeting, September 17, 2003. Edmonton, AB : Alberta Health and Wellness; 2003. Disponible à : <http://www.health.gov.ab.ca/resources/publications/pdf/ChronicPain.pdf> (consulté le 17 janvier 2005).
- Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR). A selected inventory of abstracts for systematic reviews on chiropractic services. Interim report for expert advisory panel and the research team. Edmonton, AB : AHFMR; 2002.
- Allen G, Galer BS, Schwartz L. Epidemiology of complex regional pain syndrome: A retrospective chart review of 134 patients. *Pain* 1999;80(3):539-44.
- Anema JR, Van Der Giezen AM, Buijs PC, Van Mechelen W. Ineffective disability management by doctors is an obstacle for return-to-work: A cohort study on low back pain patients sicklisted for 3-4 months. *Occup Environ Med* 2002;59(11):729-33.
- Annequin D. Programme national de lutte contre la douleur : où en est-on ? *Panorama du médecin* 2004;(4926):35-50.
- Appel PR, Bleiberg J, Noiseux J. Self-regulation training for chronic pain: Can it be done effectively by telemedicine? *Telemed J E Health* 2002;8(4):361-8.
- Armstrong MP, McDonough S, Baxter GD. Clinical guidelines versus clinical practice in the management of low back pain. *Int J Clin Pract* 2003;57(1):9-13.

- Ashburn MA et Staats PS. Management of chronic pain. *Lancet* 1999;353(9167):1865-9.
- Assendelft WJ, Morton SC, Yu EI, Suttorp MJ, Shekelle PG. Spinal manipulative therapy for low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1):CD000447.
- Astin JA, Shapiro SL, Eisenberg DM, Forsys KL. Mind-body medicine: State of the science, implications for practice. *J Am Board Fam Pract* 2003;16(2):131-47.
- Auquier L et Arthuis M. Les avancées dans le domaine des douleurs et de leur traitement chez l'adulte et chez l'enfant. *Bull Acad Natl Med* 2000;184(9):1907-41. Disponible à : http://www.academie-medecine.fr/upload/base/rapports_65_fichier_lie.rtf (consulté le 20 février 2005).
- Australian Pain Society (APS). Pain management programmes for chronic, persistent, or long lasting pain. 2002a. Disponible à : <http://www.apsoc.org.au/pdfs/APSpainProgs.pdf> (consulté le 17 janvier 2005).
- Australian Pain Society (APS). Position statement: The role of the psychologist in the management of persistent pain. 2002b. Disponible à : <http://www.apsoc.org.au/pdfs/PsychPosition.pdf> (consulté le 17 janvier 2005).
- Baron R, Fields HL, Janig W, Kitt C, Levine JD. National Institutes of Health Workshop: Reflex sympathetic dystrophy/complex regional pain syndromes—State-of-the-science. *Anesth Analg* 2002;95(6):1812-6.
- Becker N, Sjogren P, Bech P, Olsen AK, Eriksen J. Treatment outcome of chronic non-malignant pain patients managed in a Danish multidisciplinary pain centre compared to general practice: A randomised controlled trial. *Pain* 2000;84(2-3):203-11.
- Bellg AJ, Borrelli B, Resnick B, Hecht J, Minicucci DS, Ory M, et al. Enhancing treatment fidelity in health behavior change studies: Best practices and recommendations from the NIH Behavior Change Consortium. *Health Psychol* 2004;23(5):443-51.
- Bennett GJ et Harden RN. Questions concerning the incidence and prevalence of complex regional pain syndrome type I (RSD). *Pain* 2003;106(1-2):209-11.
- Bidaut-Russell M, Gabriel SE, Scott CG, Zinsmeister AR, Luthra HS, Yawn B. Determinants of patient satisfaction in chronic illness. *Arthritis Rheum* 2002;47(5):494-500.
- Birse TM et Lander J. Prevalence of chronic pain. *Can J Public Health* 1998;89(2):129-31.
- Blyth FM, March LM, Cousins MJ. Chronic pain-related disability and use of analgesia and health services in a Sydney community. *Med J Aust* 2003;179(2):84-7.
- Blyth FM, March LM, Brnabic AJ, Jorm LR, Williamson M, Cousins MJ. Chronic pain in Australia: A prevalence study. *Pain* 2001;89(2-3):127-34.
- Bond M et Breivik H. Why pain control matters in a world full of killer diseases. *Pain clinical updates* 2004;12(4):1-4.

- Bonicalzi V et Canavero S. CRPS: Are guidelines possible? *Clin J Pain* 1999;15(2):159-60.
- Breen A, Carr E, Mann E, Crossen-White H. Acute back pain management in primary care: A qualitative pilot study of the feasibility of a nurse-led service in general practice. *J Nurs Manag* 2004;12(3):201-9.
- Brekke M, Hjortdahl P, Kvien TK. Involvement and satisfaction: A Norwegian study of health care among 1,024 patients with rheumatoid arthritis and 1,509 patients with chronic non-inflammatory musculoskeletal pain. *Arthritis Care Res* 2001;45(1):8-15.
- Bronfort G, Nilsson N, Haas M, Evans R, Goldsmith CH, Assendelft WJ, Bouter LM. Non-invasive physical treatments for chronic/recurrent headache. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(3): CD001878.
- Brooker AS, Sinclair SJ, Clarke J, Pennick V, Hogg-Johnson S. Effective disability management and return to work practices: What can we learn from low back pain? Disponible à : <http://www.qp.gov.bc.ca/rcwc/research/brooker-disability.pdf> (consulté le 2 février 2005).
- Brown CA. The beliefs of people with chronic pain in relation to 'important' treatment components. *Eur J Pain* 2004;8(4):325-33.
- Buchbinder R, Jolley D, Wyatt M. Population based intervention to change back pain beliefs and disability: Three part evaluation. *BMJ* 2001;322(7301):1516-20.
- Burton AK, Waddell G, Tillotson KM, Summerton N. Information and advice to patients with back pain can have a positive effect: A randomized controlled trial of a novel educational booklet in primary care. *Spine* 1999;24(23):2484-91.
- Burton AW, Hassenbusch SJ, Warneke C, Racz G, Stanton-Hicks M. Complex Regional Pain Syndrome (CRPS): Survey of current practices. *Pain Practice* 2004;4(2):74-83.
- Buskila D, Abramov G, Biton A, Neumann L. The prevalence of pain complaints in a general population in Israel and its implications for utilization of health services. *J Rheumatol* 2000;27(6):1521-5.
- Carey TS, Garrett JM, Jackman AM. Beyond the good prognosis: Examination of an inception cohort of patients with chronic low back pain. *Spine* 2000;25(1):115-20.
- Carter JT et Birrell LN. Occupational health guidelines for the management of low back pain at work—Principal recommendations. Londres, Royaume-Uni : Faculty of Occupational Medicine; 2000.
- Center for the Advancement of Health (CFAH). Selected evidence for behavioral approaches to chronic disease management in clinical settings: Chronic back pain. Washington, DC : CFAH; 2000. Disponible à : http://www.cfah.org/pdfs/health_topic_back.pdf (consulté le 15 avril 2005).

- Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur (CNRD). Recommandations relatives à l'organisation de la lutte contre la douleur (CLUD) dans les établissements publics et privés. Juin 1998. Disponible à : http://www.cnrdr.fr/article.php3?id_article=357 (consulté le 30 septembre 2004).
- Chapman SL, Jamison RN, Sanders SH, Lyman DR, Lynch NT. Perceived treatment helpfulness and cost in chronic pain rehabilitation. *Clin J Pain* 2000;16(2):169-77.
- Chelminski PR, Ives TJ, Felix KM, Prakken SD, Miller TM, Perhac JS, et al. A primary care, multi-disciplinary disease management program for opioid-treated patients with chronic non-cancer pain and a high burden of psychiatric comorbidity. *BMC Health Serv Res* 2005;5(1):3.
- Chen PP, Chen J, Gin T, Ma M, Fung KC, Woo KH, Wong PY. Out-patient chronic pain service in Hong Kong: Prospective study. *Hong Kong Med J* 2004;10(3):150-5.
- Cherkin D et Sherman KJ. Conceptualization and evaluation of an optimal healing environment for chronic low-back pain in primary care. *J Altern Complement Med* 2004;10(Suppl 1):S171-8.
- Chronic Pain Rehabilitation Program (CPRP). Chronic Pain Rehabilitation Program manual. 5^e éd. James A. Haley Veterans Hospital, Tampa, FL; 2005. Disponible à : <http://www.vachronicpain.org/Downloads/CPRPMan2005%20for%20web.pdf> (consulté le 22 octobre 2005).
- Clark ME. Chronic pain primer. James A. Haley Veterans Hospital. Department of Veteran Affairs; 2004a. Disponible à : <http://www.vachronicpain.org/Downloads/ChronicPainPrimerrev.pdf> (consulté le 20 mars 2005).
- Clark ME. Pain treatment program models. James A. Haley Veterans Hospital. Department of Veteran Affairs; 2004b. Disponible à : <http://www.vachronicpain.org/Downloads/Developing%20and%20Maintaining%20Pain%20Programs.ppt> (consulté le 20 mars 2005).
- Clark ME, Gironde RJ, Young RW. Development and validation of the Pain Outcomes Questionnaire-VA. *J Rehabil Res Dev* 2003;40(5):381-95.
- Cleeland CS, Reyes-Gibby CC, Schall M, Nolan K, Paice J, Rosenberg JM, et al. Rapid improvement in pain management: The Veterans Health Administration and the Institute for Healthcare Improvement Collaborative. *Clin J Pain* 2003;19(5):298-305.
- Clinical Standards Advisory Group (CSAG). Services for patients with pain. Londres, Royaume-Uni : Department of Health; 2000.
- Cole DC, Ibrahim SA, Shannon HS, Scott F, Eyles J. Work correlates of back problems and activity restriction due to musculoskeletal disorders in the Canadian national population health survey (NPHS) 1994-5 data. *Occup Environ Med* 2001;58(11):728-34.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). Traitement de la douleur : le point sur l'utilisation des narcotiques. Montréal, Qc : Collège des médecins du Québec; 1998.

- Collett BJ. The current state of pain management. *Hosp Med* 2004;65(2):70-1.
- Comité avisur. Projet de développement d'un programme national d'évaluation, de traitement et de gestion de la douleur chronique : paramètres d'organisation. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux; 2005.
- Côté P, Cassidy JD, Carroll L. The treatment of neck and low back pain: Who seeks care? Who goes where? *Med Care* 2001;39(9):956-67.
- Coyte PC, Asche CV, Croxford R, Chan B. The economic cost of musculoskeletal disorders in Canada. *Arthritis Care Res* 1998;11(5):315-25.
- Craine M et Kerns RD. Pain management improvement strategies in the Veteran's Health Administration. *APS Bulletin* 2003;13(5). Disponible à : <http://www.ampainsoc.org/pub/bulletin/sep03/article1.htm> (consulté le 24 janvier 2005).
- Damush TM, Weinberger M, Perkins SM, Rao JK, Tierney WM, Qi R, Clark DO. Randomized trial of a self-management program for primary care patients with acute low back pain: Short-term effects. *Arthritis Rheum* 2003;49(2):179-86.
- Danish Institute for Health Technology Assessment (DIHTA). Low-back pain: Frequency, management and prevention from an HTA perspective. DIHTA; 1999. Disponible à : http://www.chiro.org/LINKS/GUIDELINES/FULL/Low_Back_Pain_Frequency_Management.html (consulté le 16 février 2005).
- Département de Santé Publique – Hôpital Paul Brousse. Évaluation de la prise en charge de la douleur : point de vue des patients. Enquête 2000. Villejuif, France : Département de Santé Publique – Paul Brousse; 2001 Disponible à : <http://interclud.ap-hp.fr/ext/Questionnaires/pbr2000res.pdf>.
- Dewar A, White M, Posade ST, Dillon W. Using nominal group technique to assess chronic pain, patients' perceived challenges and needs in a community health region. *Health Expect* 2003;6(1):44-52.
- Dey P, Simpson CW, Collins SI, Hodgson G, Dowrick CF, Simison AJ, Rose MJ. Implementation of RCGP guidelines for acute low back pain: A cluster randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2004;54(498):33-7.
- Domecq S, de Sarasqueta A-M, Michel P et le groupe projet « douleur » du CCECQA. Évaluation de la prise en charge de la douleur dans 13 établissements de santé d'Aquitaine, 2000-2001. Bordeaux, France : Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA); 2002.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966;44:166-206.
- Dr Foster, Long-term Medical Conditions Alliance (LMCA), UK Patients Association. Adult chronic pain management services in primary care. Londres, Royaume-Uni : Dr Foster; 2004.
- Dr Foster, The Pain Society. Adult chronic pain management services in the UK. Londres, Royaume-Uni : Dr Foster; 2003.

- Duplan B et Guillet J-M. Approches multidisciplinaires de la douleur lombaire : l'expérience française. Du conditionnement à l'effort à l'approche psychosomatique. *Rev Rhum* 2001;68(2):170-4.
- Duquesnoy B, Duplan B, Legrand E, Avouac B. Recommandations de la Section rachis de la Société française de rhumatologie sur l'approche multidisciplinaire de la douleur lombaire. *Rev Rhum* 2001;68(2):192-4.
- Ehrlich GE. Low back pain. *Bull World Health Organ* 2003a;81(9):671-6.
- Ehrlich GE. Back pain. *J Rheumatol Suppl* 2003b;67:26-31.
- Elliott AM, Smith BH, Penny KI, Smith WC, Chambers WA. The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet* 1999;354(9186):1248-52.
- Eriksen J, Jensen MK, Sjogren P, Ekholm O, Rasmussen NK. Epidemiology of chronic nonmalignant pain in Denmark. *Pain* 2003;106(3):221-8.
- Ernst E. Chiropractic manipulation for non-spinal pain: A systematic review. *N Z Med J* 2003;116(1179):U539.
- Evans RL, Maiers MJ, Bronfort G. What do patients think? Results of a mixed methods pilot study assessing sciatica patients' interpretations of satisfaction and improvement. *J Manipulative Physiol Ther* 2003;26(8):502-9.
- Faculty of Pain Medicine, Australian and New Zealand College of Anaesthetists. Application for specialty recognition by the Faculty of Pain Medicine to the Australian Medical Council. Melbourne, Australie : ANZCA; 2003. Disponible à : http://www.fpm.anzca.edu.au/documents/amcsub/FPM_AMCSub.pdf.
- Farley DO, Vernez G, Nicholas W, Quiter ES, Dydek GJ, Pieklik S, Cretin S. Evaluation of the low back pain practice guideline implementation in the Army Medical Department. Santa Monica, CA : Rand Corporation; 2004. Disponible à : http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/2005/MR1758.pdf (consulté le 20 février 2005).
- Fautrel B, Adam V, St-Pierre Y, Joseph L, Clarke AE, Penrod JR. Use of complementary and alternative therapies by patients self-reporting arthritis or rheumatism: Results from a nationwide Canadian survey. *J Rheumatol* 2002;29(11):2435-41.
- Fisher P, van Haselen R, Hardy K, Berkovitz S, McCarney R. Effectiveness gaps: A new concept for evaluating health service and research needs applied to complementary and alternative medicine. *J Altern Complement Med* 2004;10(4):627-32.
- Flor H, Fydrich T, Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: A meta-analytic review. *Pain* 1992;49(2):221-30.
- Forouzanfar T, Koke AJ, van Kleef M, Weber WE. Treatment of complex regional pain syndrome type I. *Eur J Pain* 2002;6(2):105-22.

- French S. Multidisciplinary care for chronic low back pain. Clayton, Australie : Center for Clinical Effectiveness, Monash Institute of Health Services Research; 2003. Disponible à : <http://www.med.monash.edu.au/healthservices/cce/evidence/pdf/b/990ca.pdf> (consulté le 17 janvier 2005).
- Fricker J. Pain in Europe: A report. 2003. Disponible à : www.painineurope.com (consulté le 23 mars 2005).
- Genêt F, Poiraudau S, Revel M. Étude de l'efficacité et de l'observance à un an d'un programme court de rééducation assorti d'un autoprogramme dans la lombalgie chronique. *Ann Readapt Med Phys* 2002;45(6):265-72.
- George C. The six-month incidence of clinically significant low back pain in the Saskatchewan adult population. *Spine* 2002;27(16):1778-82.
- Giles LG, Muller R, Winter GJ. Patient satisfaction, characteristics, radiology, and complications associated with attending a specialized government-funded multidisciplinary spinal pain unit. *J Manipulative Physiol Ther* 2003;26(5):293-9.
- Glajchen M. Chronic pain: Treatment barriers and strategies for clinical practice. *J Am Board Fam Pract* 2001;14(3):211-8.
- Glasgow RE, Davidson KW, Dobkin PL, Ockene J, Spring B. Practical behavioral trials to advance evidence-based behavioral medicine. *Ann Behav Med* 2006;31(1):5-13.
- Glasgow RE. A practical model of diabetes management and education. *Diabetes Care* 1995;18(1):117-26.
- Golden BR et Martin RL. Aligning the stars: Using systems thinking to (re)design Canadian healthcare. *Healthc Q* 2004;7(4):34-42.
- Goodyear-Smith FA et Arroll B. GP management and referral of low back pain: A Delphi and evidence-based study. *NZFP* 2002;29(2):102-7.
- Grabow TS, Tella PK, Raja SN. Spinal cord stimulation for complex regional pain syndrome: An evidence-based medicine review of the literature. *Clin J Pain* 2003;19(6):371-83.
- Gross AR, Hoving JL, Haines TA, Goldsmith CH, Kay T, Aker P, Bronfort G. Manipulation and mobilisation for mechanical neck disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;(1):CD004249.
- Gureje O, Simon GE, Von Korff M. A cross-national study of the course of persistent pain in primary care. *Pain* 2001;92(1-2):195-200.
- Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: A World Health Organization study in primary care. *JAMA* 1998;280(2):147-51.
- Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(2):CD000963.

- Guzmán J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C. Multidisciplinary rehabilitation for chronic low back pain: Systematic review. *BMJ* 2001;322(7301):1511-6.
- Harrington JT, Döpf CA, Chalgren CS. Implementing guidelines for interdisciplinary care of low back pain: A critical role for pre-appointment management of specialty referrals. *Jt Comm J Qual Improv* 2001;27(12):651-63.
- Henry JL et Canadian Consortium on Pain Mechanisms, Diagnosis and Management (CCPMDM). First annual report, 1999-2000. Montréal, Qc : CCPMDM; 2000. Disponible à : <http://www.curepain.ca/final.pdf>.
- Hertzman-Miller RP, Morgenstern H, Hurwitz EL, Yu F, Adams AH, Harber P, Kominski GF. Comparing the satisfaction of low back pain patients randomized to receive medical or chiropractic care: Results from the UCLA low-back pain study. *Am J Public Health* 2002;92(10):1628-33.
- Hirszowski F, Diez F, Boureau F, Association Ville-hôpital de lutte contre la douleur (Paris). La douleur, le réseau et le médecin généraliste. Montrouge : John Libbey Eurotext; 2001.
- Hudak PL et Wright JG. The characteristics of patient satisfaction measures. *Spine* 2000;25(24):3167-77.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). Enquête sociale et de santé 1998. 2^e éd. ISQ; 2001. Disponible à : http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf/e_soc98v2-9.pdf (consulté le 10 mai 2005).
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Health Care Guideline: Adult low back pain. 10^e éd. Bloomington, MN : ICSI; 2004.
- International Association for the Study of Pain (IASP). Physical therapy for chronic pain. *Pain Clinical Updates* 1998;6(3):1-4. Disponible à : <http://www.iasp-pain.org/PCU98c.html> (consulté le 10 mai 2005).
- International Association for the Study of Pain (IASP). Desirable characteristics for pain treatment facilities. 1990. Disponible à : <http://www.iasp-pain.org/desirabl.html> (consulté le 14 octobre 2005).
- Iron KS, Manuel DG, Williams J. Using a linked data set to determine the factors associated with utilization and costs of family physician services in Ontario: Effects of self-reported chronic conditions. *Chronic Dis Can* 2003;24(4):124-32.
- Jackson M. Pain: The fifth vital sign. Toronto, ON : Random House; 2002.
- Jensen TS, Wilson PR, Rice ASC, réd. Chronic Pain. Dans : Rice ASC, Warfield CA, Justins D, Eccleston C, réd. *Clinical Pain Management*. Londres, Royaume-Uni : Arnold; 2003.
- Johansen B, Mainz J, Sabroe S, Manniche C, Leboeuf-Yde C. Quality improvement in an outpatient department for subacute low back pain patients: Prospective surveillance by outcome and performance measures in a health technology assessment perspective. *Spine* 2004;29(8):925-31.

- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) et National Pharmaceutical Council (NPC). Improving the quality of pain management through measurement and action. Oakbrook Terrace, IL : JCAHO-NPC; 2003. Disponible à : <http://www.npcnow.org/resources/PDFs/PainMonograph2.pdf> (consulté le 26 mai 2005).
- Jovey RM, Ennis J, Gardner-Nix J, Goldman B, Hays H, Lynch M, Moulin D. Use of opioid analgesics for the treatment of chronic noncancer pain—A consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society, 2002. *Pain Res Manag* 2003;8(Suppl A):3A-14A.
- Karjalainen K, Malmivaara A, van Tulder M, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, Koes B. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain among working age adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2):CD002193.
- Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G. Rethinking practitioner roles in chronic illness: The specialist, primary care physician, and the practice nurse. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23(3):138-44.
- Kerns RD. Clinical research as a foundation for Veterans Health Administration Pain Management Strategy. *J Rehabil Res Dev* 2003;40(5):ix-xi.
- Kirkpatrick AF, réd. Clinical practice guidelines: Reflex sympathetic dystrophy / Complex regional pain syndrome. 3^e éd. International Research Foundation for RSD/CRPS; 2003. Disponible à : http://www.rsdfoundation.org/en/en_clinical_practice_guidelines_pf.html (consulté le 23 mars 2005).
- Koes BW, van Tulder MW, Ostelo R, Kim Burton A, Waddell G. Clinical guidelines for the management of low back pain in primary care: An international comparison. *Spine* 2001;26(22):2504-14.
- Kopec JA, Sayre EC, Esdaile JM. Predictors of back pain in a general population cohort. *Spine* 2004;29(1):70-8.
- Lang E, Liebig K, Kastner S, Neundorfer B, Heuschmann P. Multidisciplinary rehabilitation versus usual care for chronic low back pain in the community: Effects on quality of life. *Spine J* 2003;3(4):270-6.
- Lang L et Moskovitz P. Living with RSDS. Oakland, CA : New Harbringer Publications; 2003.
- Laurent B. Les centres antidouleur « de référence » en question. Dans : Organisation de la prise en charge de la douleur : repères pour les décideurs. France : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. 2002.
- Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine* 2000;25(9):1148-56.
- Linton SJ. The socioeconomic impact of chronic back pain: Is anyone benefiting? *Pain* 1998;75(2-3):163-8.
- Little P, Roberts L, Blowers H, Garwood J, Cantrell T, Langridge J, Chapman J. Should we give detailed advice and information booklets to patients with back pain? A randomized controlled factorial trial of a self-management booklet and doctor advice to take exercise for back pain. *Spine* 2001;26(19):2065-72.

- Loisel P, Durand MJ, Diallo B, Vachon B, Charpentier N, Labelle J. From evidence to community practice in work rehabilitation: The Quebec experience. *Clin J Pain* 2003a;19(2):105-13.
- Loisel P, Durand MJ, Vachon B, Lemaire J, Poitras S, Stock S. Exploitation de la base de données recueillies dans le projet Sherbrooke sur la prise en charge des dorso-lombalgies reliées avec un suivi de 6,4 ans. Montréal, Québec: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité de travail ; 2003b. Disponible à : http://www.irsst.qc.ca/fr/_publicationirsst_100009.html (consulté le 4 avril 2006).
- Loisel P, Lemaire J, Poitras S, Durand MJ, Champagne F, Stock S, et al. Cost-benefit and cost-effectiveness analysis of a disability prevention model for back pain management: A six year follow up study. *Occup Environ Med* 2002;59(12):807-15.
- Loisel P, Abenhaim L, Durand P, Esdaile JM, Suissa S, Gosselin L, et al. A population-based, randomized clinical trial on back pain management. *Spine* 1997;22(24):2911-8.
- Loisel P, Durand P, Gosselin L, Simard R, Turcotte J. La clinique des maux de dos – Un modèle de prise en charge, en prévention de la chronicité. Montréal, Québec: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité de travail; 1996. Disponible à : http://www.irsst.qc.ca/fr/_publicationirsst_437.html (consulté le 4 avril 2006).
- Lorig KR, Laurent DD, Deyo RA, Marnell ME, Minor MA, Ritter PL. Can a back pain e-mail discussion group improve health status and lower health care costs? A randomized study. *Arch Intern Med* 2002;162(7):792-6.
- Lothon-Demerliac C, Laurent-Beq A, Marec P. Évaluation du plan triennal de lutte contre la douleur – Résultats principaux. Vandoeuvre-lès-Nancy, France : Société française de santé publique; 2001. Disponible à : <http://interclud.ap-hp.fr/ext/Juridic/evalplan1.pdf> (consulté le 25 février 2005).
- Maddison P, Jones J, Breslin A, Barton C, Fleur J, Lewis R, et al. Improved access and targeting of musculoskeletal services in northwest Wales: Targeted early access to musculoskeletal services (TEAMS) programme. *BMJ* 2004;329(7478):1325-7.
- Maetzel A et Li L. The economic burden of low back pain: A review of studies published between 1996 and 2001. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2002;16(1):23-30.
- Main CJ et Williams AC. ABC of psychological medicine: Musculoskeletal pain. *BMJ* 2002;325(7363):534-7.
- Manchikanti L, Rivera JJ, Pampati V, Beyer C, Damron K, Barnhill RC. Effectiveness of clinical guidelines in interventional pain management. *Pain Physician* 2002;5(2):127-32.
- Maniadakis N et Gray A. The economic burden of back pain in the UK. *Pain* 2000;84(1):95-103.
- Mantyselka P, Kumpusalo E, Ahonen R, Kumpusalo A, Kauhanen J, Viinamaki H, et al. Pain as a reason to visit the doctor: A study in Finnish primary health care. *Pain* 2001;89(2-3):175-80.

- Marcus DA. Tips for managing chronic pain. Implementing the latest guidelines. *Postgrad Med* 2003;113(4):49-60.
- Masters S. Back pain: The Australian experience. *Aust Fam Physician* 2004;33(6):389.
- May S. Patient satisfaction with management of back pain. Part 2: An explorative, qualitative study into patients' satisfaction with physiotherapy. *Physiotherapy* 2000;87(1):10-20.
- McCracken LM, Evon D, Karapas ET. Satisfaction with treatment for chronic pain in a specialty service: Preliminary prospective results. *Eur J Pain* 2002;6(5):387-93.
- McGuirk B, King W, Govind J, Lowry J, Bogduk N. Safety, efficacy, and cost effectiveness of evidence based guidelines for the management of acute low back pain in primary care. *Spine* 2001;26(23):2615-22.
- McWilliams LA, Cox BJ, Enns MW. Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: An examination in a nationally representative sample. *Pain* 2003;106(1-2):127-33.
- Millar WJ. Chronic pain. *Health Rep* 1996;7(4):47-53.
- Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées (MSFPH). Guide pour la mise en place d'un programme de lutte contre la douleur dans les établissements de santé. Paris, France : MSFPH; 2002.
- Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées (MSFPH). Le programme de lutte contre la douleur 2002-2005. 2001. Disponible à : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/douleur/prog.htm> (consulté le 30 septembre 2004).
- Mootz RD, Hansen DT, Souza TA, Triano JJ, Wiese BC. Application of incremental change strategies in chiropractic and multidisciplinary clinical settings for quality improvement. *Qual Manag Health Care* 2000;8(3):42-64.
- Moulin DE, Clark AJ, Speechley M, Morley-Forster PK. Chronic pain in Canada—Prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Res Manag* 2002;7(4):179-84.
- National Institute of Clinical Studies (NICS). Institutional approaches to pain assessment and management. Adelaide, Australie : University of Adelaide, Department of Public Health; 2003.
- National VA Pain Outcomes Working Group and Pain Management Coordinating Committee. VHA Pain Outcomes Toolkit. Washington, DC : Department of Veterans Affairs; 2003. Disponible à : <http://www.vachronicpain.org/Downloads/TOOL%20KIT%20OUTCOMES%20FINAL2.PDF> (consulté le 22 octobre 2005).
- Negrini S, Politano E, Carabalona R, Mambrini A. General practitioners' management of low back pain: Impact of clinical guidelines in a non-English-speaking country. *Spine* 2001;26(24):2727-34.

- Nicholas M, Molloy A, Tonkin L, Beeston L. Manage your pain. Practical and positive ways of adapting to chronic pain. Sydney, Australie : ABC Books; 2000.
- Nicholas MK. When to refer to a pain clinic. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2004;18(4):613-29.
- NSW Telehealth. Bridging the distance for people with chronic pain. Telehealth, July 2002.
Disponible à : <http://www.health.nsw.gov.au/pmd/telehealth/002serv/docs/IAHS.pdf>
(consulté le 20 octobre 2005).
- Nyiendo J, Haas M, Goodwin P. Patient characteristics, practice activities, and one-month outcomes for chronic, recurrent low-back pain treated by chiropractors and family medicine physicians: A practice-based feasibility study. *J Manipulative Physiol Ther* 2000;23(4):239-45.
- Oerlemans HM, Oostendorp RA, de Boo T, Goris RJ. Pain and reduced mobility in complex regional pain syndrome I: Outcome of a prospective randomised controlled clinical trial of adjuvant physical therapy versus occupational therapy. *Pain* 1999;83(1):77-83.
- Ohayon MM et Schatzberg AF. Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60 (1):39-47.
- Ospina M et Harstall C. Multidisciplinary pain programs for chronic pain: Evidence from systematic reviews [HTA 30]. Edmonton, AB : Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR); 2003.
- Ospina M et Harstall C. Prevalence of chronic pain: An overview [HTA 29]. Edmonton, AB : Alberta Heritage Foundation for Medical Research (AHFMR); 2002.
- Ostelo RW, Tulder MW, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(1):CD002014.
- Pain Society. Recommendations for nursing practice in pain management. Londres, Royaume-Uni : The Pain Society; 2002.
- Peat GM, Moores L, Goldingay S, Hunter M. Pain management program follow-ups: A national survey of current practice in the United Kingdom. *J Pain Symptom Manage* 2001;21(3):218-26.
- Perez CE. Chronic back problems among workers. *Health Rep* 2000;12(1):41-55.
- Phillips CJ. Prise en charge de la douleur : réflexions sur l'économie de la santé et la qualité de vie. *Drugs* 2003;63 Spec No 2:47-50.
- Phillips DM. JCAHO pain management standards are unveiled. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *JAMA* 2000;284(4):428-9.
- Pinnington MA, Miller J, Stanley I. An evaluation of prompt access to physiotherapy in the management of low back pain in primary care. *Fam Pract* 2004;21(4):372-80.
- Pittman DM et Belgrade MJ. Complex regional pain syndrome. *Am Fam Physician* 1997;56(9):2265-70, 2275-6.

- Rapoport J, Jacobs P, Bell NR, Klarenbach S. Refining the measurement of the economic burden of chronic diseases in Canada. *Chronic Dis Can* 2004;25(1):13-21.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (RRSSS Montréal-Centre). Action for access: Montreal organisation plan for general medical services and medical staffing. Montréal, Qc : RRSSS Montréal-Centre; 2003.
- Registered Nurses Association of Ontario (RNAO). Assessment and management of pain. Toronto, ON : RNAO; 2002.
- Rho RH, Brewer RP, Lamer TJ, Wilson PR. Complex regional pain syndrome. *Mayo Clin Proc* 2002;77(2):174-80.
- Richard A. Les centres anti douleur – organisation : principes de prise en charge des patients. Cours des CSD St-Étienne. 2002. Disponible à : <http://www.univ-st-etienne.fr/stephado/du/courdu/arcad.htm> (consulté le 31 mars 2004).
- Roland M, Waddell G, Klaber-Mofett J, Burton AK, Main CJ, Cantrell T. The back book. Norwick, Royaume-Uni : Stationary Office; 1996.
- Rossignol M, Abenham L, Seguin P, Neveu A, Collet JP, Ducruet T, Shapiro S. Coordination of primary health care for back pain. A randomized controlled trial. *Spine* 2000;25(2):251-9.
- Sandroni P, Benrud-Larson LM, McClelland RL, Low PA. Complex regional pain syndrome type I: Incidence and prevalence in Olmsted county, a population-based study. *Pain* 2003a;103(1-2):199-207.
- Sandroni P, Benrud-Larson LM, McClelland RL, Low PA. Letter to the Editor [Authors' reply]. *Pain* 2003b;103(1-2):210-1.
- Santé et bien-être social Canada. Guide pour l'établissement de normes, programmes de traitement de la douleur chronique. Rapport du Sous-comité sur les guides relatifs aux programmes en établissement. Ottawa, ON : Direction des services de santé; 1990.
- Schopflocher DP. Chronic pain in Alberta: A portrait from the 1996 National Population Health Survey and the 2001 Canadian Community Health Survey. Edmonton, AB: Health Surveillance, Alberta Health and Wellness; 2003. Disponible à : <http://www.health.gov.ab.ca/public/diseases/pdf/ChronicPainReport.pdf> (consulté le 17 janvier 2005).
- Segal R. Consensus report therapy guidelines for CRPS. *Clin J Pain* 1999;15(2):154-5.
- Severens JL, Oerlemans HM, Weegels AJ, van't Hof MA, Oostendorp RA, Goris RJ. Cost-effectiveness analysis of adjuvant physical or occupational therapy for patients with reflex sympathetic dystrophy. *Arch Phys Med Rehabil* 1999;80(9):1038-43.
- Sitzia J et Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997;45(12):1829-43.

- Stannard C et Johnson M. Chronic pain management—Can we do better? An interview-based survey in primary care. *Curr Med Res Opin* 2003;19(8):703-6.
- Stanton-Hicks MD, Burton AW, Bruehl SP, Carr DB, Harden RN, Hassenbusch SJ, et al. An updated interdisciplinary clinical pathway for CRPS: Report of an expert panel. *Pain Practice* 2002;2(1):1-16.
- Stanton-Hicks M, Baron R, Boas R, Gordh T, Harden N, Hendler N, et al. Complex Regional Pain Syndromes: Guidelines for therapy. *Clin J Pain* 1998;14(2):155-66.
- Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU). Back pain, neck pain: An evidence based review. Stockholm, Suède : SBU; 2000.
- Taenzer P, Wiebe V, Braun T. The Calgary model: Challenges and solutions. *Pain Res Manag* 2005; 10(2):81 (abstract).
- Teasell RW et Merskey H. Chronic pain disability in the workplace. *Pain Res Manag* 1997;2(4): 197-205.
- Thomsen AB, Sorensen J, Sjogren P, Eriksen J. Economic evaluation of multidisciplinary pain management in chronic pain patients: A qualitative systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2001;22(2):688-98.
- Tornkvist L, Gardulf A, Strender LE. Effects of ‘pain-advisers’: District nurses’ opinions regarding their own knowledge, management and documentation of patients in chronic pain. *Scand J Caring Sci* 2003;17(4):332-8.
- Tunks E, Crook J, Crook M. The natural history and efficacy of treatment of chronic pain arising from musculoskeletal injury. Victoria, C.-B. : Royal Commission on Workers’ Compensation in British Columbia; 1999. Disponible à : <http://www.qp.gov.bc.ca/rcwc/research/tunks-treatment.pdf> (consulté le 5 février 2005).
- Turk DC. Chronic non-malignant pain patients and health economic consequences. *Eur J Pain* 2002; 6(5):353-5.
- Turk DC et Dworkin RH. What should be the core outcomes in chronic pain clinical trials? *Arthritis Res Ther* 2004;6(4):151-4
- Turk DC, Dworkin RH, Allen RR, Bellamy N, Brandenburg N, Carr DB, et al. Core outcome domains for chronic pain clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain* 2003;106(3): 337-45.
- Turk DC, Okifuji A, Kalauokalani D. Clinical outcome and economic evaluation of multidisciplinary pain centers. Dans : Block AR, Kremer EF, Fernandez E, réd. *Handbook of pain syndromes: Biopsychosocial perspectives*. Mahwah, NJ : Erlbaum Associates; 1999 : 77-98.
- Udermann BE, Spratt KF, Donelson RG, Mayer J, Graves JE, Tillotson J. Can a patient educational book change behavior and reduce pain in chronic low back pain patients? *Spine J* 2004;4(4): 425-35.

- UK Department of Health (NHS). PRODIGY guidance for lower back pain. NHS; 2002. Disponible à : <http://www.prodigy.nhs.uk/guidance.asp?gt=back%20pain%20-%20lower> (consulté le 16 février 2005).
- UK Government Statistical Service. The prevalence of back pain in Great Britain in 1998. Londres, Royaume-Uni : GSS; 1999.
- University of Michigan Health System (UMHS). Acute low back pain. Ann Arbor, MI : UMHS; 2003.
- Van Den Kerkhof EG, Hopman WM, Towheed TE, Anastassiades TP, Goldstein DH. The impact of sampling and measurement on the prevalence of self-reported pain in Canada. *Pain Res Manag* 2003;8(3):157-63.
- Van Tulder M et Koes B. Low back pain (chronic). *Clin Evid* 2004;(12):1657-82.
- Van Tulder MW, Esmail R, Bombardier C, Koes BW. Back schools for non-specific low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2000a;(2):CD000261.
- Van Tulder MW, Ostelo RW, Vlaeyen JW, Linton SJ, Morley SJ, Assendelft WJ. Behavioural treatment for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2000b;(2):CD002014.
- Veillette Y. L'interdisciplinarité dans la gestion de la douleur chronique. Congrès annuel de la Société québécoise de la douleur, Montréal, 22 octobre 2004. Montréal, Qc : OPPQ; 2004.
- Veillette Y, Dion D, Altier N, Choinière M. The treatment of chronic pain in Quebec. A study of hospital-based services offered within anaesthesia departments. *Can J Anaesth* 2005;52(6):600-6.
- Veldman PH, Reynen HM, Arntz IE, Goris RJ. Signs and symptoms of reflex sympathetic dystrophy: Prospective study of 829 patients. *Lancet* 1993;342(8878):1012-6.
- Veterans Health Administration (VHA). Pain Management. VHA National Pain Management Strategy. 1998. Disponible à : http://www1.va.gov/Pain_Management/page.cfm?pg=11 (consulté le 14 octobre 2005).
- Von Korff M et Moore JC. Stepped care for back pain: Activating approaches for primary care. *Ann Intern Med* 2001;134(9 Pt 2):911-7.
- Von Korff M et Tiemens B. Individualized stepped care of chronic illness. *West J Med* 2000;172(2):133-7.
- Von Korff M, Glasgow RE, Sharpe M. ABC of psychological medicine: Organising care for chronic illness. *BMJ* 2002;325(7355):92-4.
- Von Korff M, Gruman J, Schaefer J, Curry SJ, Wagner EH. Collaborative management of chronic illness. *Ann Intern Med* 1997;127(12):1097-102.

- Wickizer TM, Franklin G, Fulton-Kehoe D, Turner JA, Mootz R, Smith-Weller T. Patient satisfaction, treatment experience, and disability outcomes in a population-based cohort of injured workers in Washington State: Implications for quality improvement. *Health Serv Res* 2004;39(4 Pt 1):727-48.
- Wiecha J et Pollard T. The interdisciplinary eHealth team: Chronic care for the future. *J Med Internet Res* 2004;6(3):e22.
- Wilder-Smith OH, Mohrle JJ, Dolin PJ, Martin NC. The management of chronic pain in Switzerland: A comparative survey of Swiss medical specialists treating chronic pain. *Eur J Pain* 2001; 5:285-98.
- Wilkes LM, Castro M, Mohan S, Sundaraj SR, Noore F. Health status of patients with chronic pain attending a pain center. *Pain Manag Nurs* 2003;4(2):70-6.
- Wilson KG, Eriksson MY, D'Eon JL, Mikail SF, Emery PC. Major depression and insomnia in chronic pain. *Clin J Pain* 2002;18(2):77-83.
- Wisconsin Medical Society Task Force on Pain Management. Guidelines for the assessment and management of chronic pain. *WMJ* 2004;103(3):13-42.
- Wolsko PM, Eisenberg DM, Davis RB, Phillips RS. Use of mind-body medical therapies. *J Gen Intern Med* 2004;19(1):43-50.

**Agence d'évaluation
des technologies
et des modes
d'intervention en santé**

Québec

