

DOULEUR CHRONIQUE ET OPIOÏDES: L'ESSENTIEL

Lignes directrices

du Collège des médecins du Québec



MAI 2009

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
PARTIE I - LA PRISE EN CHARGE, L'ÉVALUATION ET LA TENUE DU DOSSIER	
1. Définition	5
2. Les types de douleur	5
3. L'évaluation initiale	6
3.1 L'anamnèse du problème douloureux	6
3.2 Les antécédents médicaux personnels et les habitudes de vie	9
3.3 Les traitements antérieurs	9
3.4 Les traitements actuels	9
3.5 Les autres évaluations essentielles	9
3.6 L'examen physique	13
3.7 L'investigation et les consultations	13
3.8 Le diagnostic	13
PARTIE II - LE TRAITEMENT	
1. Le plan de traitement	14
1.1 Le traitement médicamenteux	14
1.2 Les analgésiques non-opioïdes	15
1.3 Les coanalgésiques systémiques	16
1.4 Les coanalgésiques topiques	16
1.5 L'analgésique central atypique : le tramadol	16
1.6 Les opioïdes	17
1.7 Les approches effractives	19
2. Le suivi	20
3. La réévaluation périodique	20
4. La douleur aiguë surajoutée à une douleur chronique	20
5. La personne âgée et les opioïdes	21
CONCLUSION	21
LEXIQUE	21
ANNEXES	
Annexe 1 - Diagramme corporel	22
Annexe 2 - Inventaire de la douleur (BPI)	23
Annexe 3 - Outil d'évaluation du risque de dépendance aux opioïdes pour le clinicien	24
Annexe 4 - Questionnaire CAGE-DETA	25
Annexe 5 - Évaluation de l'accoutumance chez les personnes qui souffrent de douleur chronique	26
Annexe 6 - Engagement du patient	27
Annexe 7 - Questionnaire type de douleur DN4	28
Annexe 8 - Algorithme de traitement de la douleur neuropathique	29
Annexe 9 - Tableau de conversion équianalgésique	30
Algorithme de conversion des principaux opioïdes	30
Micro Compendium des opioïdes disponibles	31
Annexe 10 - Tableau des ordonnances d'opioïdes et autres médicaments	32
LECTURES RECOMMANDÉES	33



INTRODUCTION

L'approche clinique et thérapeutique de la douleur chronique est parfois complexe, notamment lors du suivi ambulatoire de certains patients avec des douleurs sévères, réfractaires aux traitements usuels. Ce document traite surtout de cette clientèle. Bien souvent, ces patients expriment de nombreuses plaintes et le médecin doit tenir compte non seulement du syndrome douloureux mais aussi des conséquences de la douleur sur leurs activités quotidiennes, sociales et professionnelles.

Le médecin de première ligne, appelé à prendre en charge ces patients, n'y est pas toujours bien préparé et le recours à d'autres professionnels du traitement de la douleur (approche interdisciplinaire) n'est pas souvent disponible à court terme. De plus, une évaluation médicale complète exige temps et disponibilité. C'est pourquoi il est devenu impératif de proposer un outil pour encadrer le travail clinique des médecins traitant cette clientèle particulière.

La douleur chronique n'est alors plus un simple symptôme mais bien un syndrome clinique (maladie) pour lequel une démarche diagnostique précise doit être élaborée afin de mener à un traitement spécifique. Confronté à un arsenal thérapeutique de plus en plus large, le clinicien doit savoir choisir la meilleure analgésie pour chaque patient.

Bien que l'utilisation d'opioïdes dans le traitement de la douleur cancéreuse ne soulève plus de questionnement, le traitement à long terme d'une douleur chronique non cancéreuse (DCNC) par ces médicaments puissants demeure controversé. Sur le terrain, certains médecins s'indignent devant les effets tragiques d'une douleur chronique et favorisent leur utilisation rapide, parfois à dose élevée. D'autres sont réticents à les prescrire et s'insurgent contre les conséquences néfastes de leur utilisation à outrance.

Les experts s'entendent pour dire que leur utilisation à long terme est appropriée pour des patients bien choisis et non pas pour un usage général répandu¹. Les opioïdes restent un outil intéressant lorsqu'ils sont administrés judicieusement aux bons patients et pour les bonnes indications.

La décision de prescrire des opioïdes sur une longue période ne saurait se prendre sans une grande rigueur, tant en ce qui a trait à l'évaluation clinique qu'à l'élaboration du plan thérapeutique, compte tenu des effets indésirables possibles, des risques de dépendance et de l'obligation d'obtenir un consentement et un engagement du patient. Soulignons aussi l'importance d'une documentation complète et rigoureuse de tous les éléments entourant l'évaluation et le suivi.

Avec ces lignes directrices, le Collège des médecins du Québec propose un cadre de référence pour les médecins qui administrent des opioïdes à des patients souffrant de DCNC, notamment les douleurs ne répondant pas aux traitements usuels. La première partie de ce document précise les éléments essentiels pour la prise en charge des patients souffrant d'une douleur chronique. La seconde partie traitera des principes généraux du traitement de la douleur chronique par des opioïdes, sachant que ces traitements peuvent changer au rythme de la découverte de nouvelles molécules ou de nouvelles techniques; le suivi et la réévaluation périodique seront également abordés.

Retenons avant tout que seule l'amélioration de la douleur, des symptômes associés et de l'état fonctionnel du patient justifie l'utilisation à long terme d'opioïdes pour le traitement de la DCNC.

1. A.D. FURLAN et collab., « *Opioids for chronic noncancer pain: a meta-analysis of effectiveness and side effects* », *CMAJ*, vol. 174, n° 11, 23 mai 2006, p. 1589-1594.

PARTIE I

LA PRISE EN CHARGE, L'ÉVALUATION ET LA TENUE DU DOSSIER

1. Définition

Selon l'*International Association for the Study of Pain* (IASP), la douleur est une sensation désagréable et une expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes évoquant une telle lésion².

En termes de durée, la douleur est identifiée selon trois qualificatifs :

- **aiguë** : durée de 0 à 7 jours à la suite d'un traumatisme, d'une maladie ou encore d'une intervention chirurgicale. La cause en est généralement connue;
- **subaiguë** : entre le 7^e jour et 3 mois;
- **chronique** : lorsqu'elle persiste au-delà du temps habituel de guérison d'une maladie, lorsqu'elle accompagne une maladie dégénérative ou inflammatoire, ou qu'elle persiste plus de 3 mois.

2. Les types de douleur

Pour orienter le choix du traitement, il est important de déterminer le type de douleur, selon son étiologie.

- **La douleur nociceptive** résulte de la stimulation des nocicepteurs périphériques et de la transmission de l'influx douloureux par un système nerveux central et un système nerveux périphérique intacts. Elle est subdivisée en deux :
 - **La douleur somatique** : provenant des tissus cutanés, musculaires, ligamentaires, osseux, articulaires, etc. Elle est généralement localisée et exacerbée à la mobilisation.
 - **La douleur viscérale** : provenant d'un organe interne. Elle peut se présenter comme une lourdeur sourde et diffuse (organe plein), ou encore sous forme de coliques (organe creux). Elle peut être localisée ou référée.
- **La douleur neuropathique** est causée par une lésion ou une dysfonction du système nerveux central ou du système nerveux périphérique. Elle peut se présenter sous forme de chocs électriques ou de brûlures et est souvent accompagnée de paresthésies (fourmillements, engourdissements).

Le tableau de la page suivante résume les types de douleur et leurs implications thérapeutiques.

2. International Association for the Study of Pain, [En ligne], <http://www.iasp-pain.org>



FIGURE I

Types de douleur et implications thérapeutiques³

TYPES DE DOULEUR	DOULEUR NOCICEPTIVE SOMATIQUE	DOULEUR NOCICEPTIVE VISCÉRALE	DOULEUR NEUROPATHIQUE (OU NEUROGÈNE)
CARACTÈRE DE LA DOULEUR	■ Généralement bien localisée. ■ Augmentée à la pression de la structure en cause, par la mobilisation ou par mise en charge.	■ Localisation moins précise. ■ Peut être référée (projetée). ■ Selon l'organe en cause, peut être constante ou d'allure crampiforme.	■ Constante ou intermittente. ■ Peut être ressentie sous forme de brûlures, de picotements, de fourmillements. ■ Peut être associée à une atteinte neurologique sensitive et (ou) motrice.
IMPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES	■ Généralement sensible aux opiacés et aux non-opiacés (acétaminophène, AINS). ■ Des coanalgésiques peuvent être également utiles dans certaines situations.	AIGUË ■ Généralement sensible aux opiacés. ■ Des coanalgésiques spécifiques peuvent être également utiles. CHRONIQUE ■ Les opioïdes peuvent être utiles dans certaines situations cliniques. ■ Considérer les coanalgésiques, selon la cause.	■ Généralement moins sensible aux opioïdes : des doses plus élevées peuvent être nécessaires. ■ Associer d'emblée un coanalgésique ou même débiter par ces agents (antidépresseurs, anticonvulsivants, etc.).

3. L'évaluation initiale

La douleur chronique doit être évaluée globalement car elle implique des aspects médicaux, psychologiques et sociaux (concept de la douleur globale). Cette évaluation nécessite parfois beaucoup de temps et pourrait être répartie en plusieurs visites. Si le patient est déjà suivi par le médecin, il est possible que plusieurs informations se trouvent déjà au dossier. Le médecin devrait alors en faire la synthèse.

3.1 L'anamnèse du problème douloureux

La douleur chronique doit être considérée comme un syndrome en lui-même. Elle doit donc être explorée sous tous ses aspects pour orienter le diagnostic étiologique de la douleur. Ce questionnaire inclura :

3. Source : D. DION et G. DECHÊNE, « Évaluation d'une douleur : sachons poser les bonnes questions ! », *Le Médecin du Québec*, vol. 37, n° 12, décembre 2002, p. 41. Reproduction autorisée.

3.1.1 Le mode d'apparition

Il s'agit de préciser dans quelles circonstances la douleur est apparue. L'apparition peut être progressive (par exemple, arthrose ou douleur secondaire à des mouvements répétés) ou à la suite d'un événement précis (par exemple, un traumatisme ou une chirurgie).

3.1.2 La durée

Il est important de préciser le moment de l'apparition de la douleur et son évolution dans le temps. Cette information permettra de déterminer le délai d'intervention comme dans les cas de progression rapide de la douleur, de changement de site ou de modification du type de douleur, comparativement à une douleur stable depuis plusieurs années.

3.1.3 La localisation et l'irradiation

On procédera à l'évaluation du site de la douleur de même que des zones référées. Une distribution selon un dermatome particulier ou dans le territoire d'un nerf périphérique sera recherchée. Un diagramme corporel où le patient dessine les zones douloureuses peut être utile lors de l'évaluation initiale et des visites de contrôle (voir *diagramme corporel* à l'annexe 1).

3.1.4 Le type

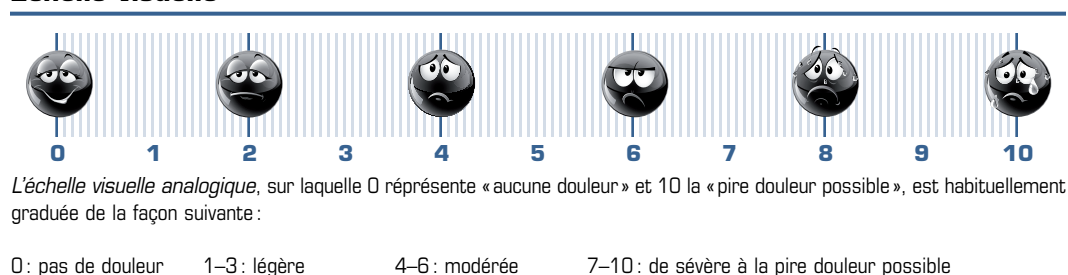
Les qualificatifs utilisés par le patient pour décrire sa douleur peuvent aider à établir le diagnostic étiologique. Ainsi, une douleur bien localisée et augmentée par la mise en charge ou la mobilisation d'un membre oriente vers une douleur nociceptive somatique. Une douleur sourde et diffuse de type pesanteur ou encore un tableau de colique est généralement associé à une douleur nociceptive viscérale. Celle décrite en termes de brûlure ou de sensation de chocs électriques fait plutôt référence à une douleur neuropathique.

3.1.5 L'intensité

La douleur est une sensation subjective. Quoiqu'imparfaite, l'évaluation qu'en fait le patient est probablement plus juste que celle faite par les intervenants. Une échelle numérique de 0 (aucune douleur) à 10 (la pire douleur imaginable) est un outil simple à utiliser. On peut aussi utiliser une échelle colorimétrique ou encore une échelle verbale. En procédant à une mesure lors de la première visite, les évaluations subséquentes permettront d'apprécier l'évolution de la douleur du patient et de juger des effets des traitements entrepris. Un éveil nocturne peut être un indice significatif de l'intensité de la douleur.

FIGURE 2

Échelle visuelle



3.1.6 Les facteurs aggravants et de soulagement

Les facteurs aggravant ou soulageant la douleur peuvent aider à préciser le diagnostic. Ainsi, une douleur à la mobilisation est généralement associée à une douleur nociceptive, alors qu'une douleur constante, augmentée en soirée et lorsque le patient est au repos oriente plutôt vers une douleur neuropathique. De même, les douleurs nociceptives peuvent être améliorées par l'application locale de glace ou de chaleur, alors que le patient avec une douleur neuropathique peut ressentir une allodynie (douleur provoquée par un stimulus non douloureux) qui pourrait l'empêcher de tolérer tant le froid que le chaud.

3.1.7 Les fluctuations dans le temps

Certaines douleurs sont cycliques :

- en termes de secondes ou de minutes : soudaines et très vives, elles sont souvent de type neuropathique;
- en termes de jour : la raideur due à l'arthrose est généralement pire le matin alors que la douleur neuropathique est souvent pire le soir;
- en termes de semaines : les migraines associées au cycle menstruel.

Un relevé de l'intensité de la douleur par période de 24 heures, d'une semaine, voire d'un mois pourrait être utile pour identifier les fluctuations dans le temps de la douleur et permettre l'élaboration d'un profil thérapeutique adapté.

3.1.8 L'impact de la douleur

La douleur pouvant limiter le patient dans ses activités, son impact sur le travail et les loisirs doit être évalué car des changements dans la capacité fonctionnelle pourraient se traduire par une aggravation ou une amélioration de la douleur. Cette évaluation fonctionnelle est un élément essentiel à retrouver dans le dossier.

3.1.9 Les symptômes associés

Des symptômes d'anxiété, de perte d'appétit, de troubles de la concentration, de troubles du sommeil et de dépression peuvent accompagner la douleur chronique. Il sera important de les dépister, d'en évaluer la sévérité et de planifier, au besoin, une approche thérapeutique. À noter que dans un contexte d'utilisation d'opioïdes, même à dose modérée, il est important d'éliminer la possibilité d'un syndrome d'apnée ou d'hypopnée du sommeil puisque ce problème peut s'en trouver aggravé.

S'il y a plus d'un site douloureux, chaque site devra faire l'objet d'une évaluation particulière.

3.2 Les antécédents médicaux personnels et les habitudes de vie

Il est important de recueillir les antécédents du patient. Outre le fait que les antécédents médicaux et chirurgicaux du patient peuvent être liés au problème de douleur chronique, ceux-ci peuvent influencer l'approche thérapeutique. On s'informerait des antécédents tels que :

- les habitudes de vie actuelles et passées :
 - tabagisme;
 - consommation d'alcool;
 - abus ou dépendance aux drogues;
- les maladies ou interventions chirurgicales subies;
- les problèmes de santé mentale;
- les autres antécédents de douleur chronique (expérience de la douleur);
- les allergies.

3.3 Les traitements antérieurs

Les traitements déjà prodigués dans le passé et leurs résultats seront passés en revue :

- les médicaments déjà utilisés et les réponses (nom du médicament, posologie, durée du traitement et raison de l'arrêt);
- les interventions non pharmacologiques (réadaptation physique, psychothérapie);
- les thérapies complémentaires et les produits naturels;
- les traitements effractifs :
 - les injections/infiltrations;
 - les pompes ou neurostimulateurs implantés;
 - les interventions chirurgicales.

3.4 Les traitements actuels

Tout comme dans la synthèse des traitements antérieurs décrits plus haut, les traitements actuels et leurs résultats doivent être identifiés, notamment les médicaments consommés avec la posologie, la date de la dernière augmentation ou diminution et les effets indésirables.

3.5 Les autres évaluations essentielles

L'évaluation initiale doit aussi comprendre :

3.5.1 Les résultats des examens antérieurs

Il est important d'obtenir les résumés de dossiers antérieurs et une copie des résultats des investigations déjà réalisées.



3.5.2 L'évaluation fonctionnelle

À partir des informations obtenues sur les activités de la vie quotidienne et de la vie domestique, le médecin évaluera les capacités fonctionnelles du patient. Il est important d'apprécier la capacité à se déplacer avec ou sans aide technique. Il est essentiel de noter au dossier l'évaluation fonctionnelle initiale pour se donner des repères comparatifs au cours du traitement (*voir à l'annexe 2 un exemple d'outil pouvant être utilisé : « Inventaire de la douleur (BPI) »*).

3.5.3 La situation psychosociale

La douleur chronique peut être modulée par de nombreux facteurs psychosociaux. Cette douleur peut affecter tant les émotions que le fonctionnement social du patient. Cet aspect est donc important à explorer. L'évaluation de la situation psychosociale est toutefois délicate et il faut accepter que le patient puisse prendre un certain temps avant de se confier, une fois l'alliance thérapeutique établie. Le sujet peut être abordé lors de l'évaluation initiale puis approfondie à l'occasion des rencontres subséquentes jusqu'à ce que le médecin ait une bonne idée du cadre de vie du patient. L'aide d'un psychologue ou d'un psychiatre peut être utile dans certains cas.

Cette évaluation peut viser différents aspects, notamment:

- les antécédents psychosociaux, personnels et familiaux;
- la situation familiale actuelle;
- les antécédents d'abus physique, émotionnel et sexuel puisqu'ils peuvent prédisposer à la douleur chronique;
- les années de scolarité;
- le type d'emploi;
- le degré de satisfaction au travail;
- l'invalidité reconnue ou non au travail;
- la situation financière (sources de revenus actuelles et antérieures);
- l'évaluation des gains secondaires possibles;
- la capacité d'adaptation de l'individu (*coping*);
- la présence d'un litige en cours.

3.5.4 Le risque de dépendance aux opioïdes

Lors d'un usage prolongé, les opioïdes provoquent une dépendance physique chez les patients; toutefois, la dépendance psychologique ou l'utilisation inappropriée demeure possible pour une partie des patients souffrant de DCNC. En ce qui a trait à la dépendance psychologique, la prévalence exacte n'est pas connue, mais selon la littérature récente⁴,

4. D.A. FISHBAIN et collab., « What percentage of chronic nonmalignant pain patients exposed to chronic opioid analgesic therapy develop abuse/addiction and/or aberrant drug-related behaviors? A structured evidence-based review », *Pain Medicine*, vol. 9, n° 4, mai-juin 2008, p. 444-459.

dans une population de patients qui prend des opioïdes, le risque d'abus ou d'accoutumance est estimé à 3,27 %. Lorsque les tests de dépistage du risque d'abus de drogue sont négatifs, les risques de comportements aberrants sont estimés à 0,19 % alors que le risque s'élève à 11,5 % lorsque les tests sont positifs. D'où l'importance de procéder à un test de dépistage du risque de dépendance aux opioïdes lors de l'évaluation initiale.

La classification en fonction du risque et les outils de dépistage

Les patients qui ont des antécédents d'usage inapproprié de médicaments peuvent quand même prendre des opioïdes à long terme pour le traitement de douleurs chroniques. Toutefois, une évaluation plus rigoureuse pour en justifier l'indication et un contrôle strict sont nécessaires. Les conseils d'un spécialiste en toxicomanie peuvent devenir essentiels dans ces cas.

Le dépistage du risque de dépendance aux opioïdes peut se faire à l'aide d'outils simples. Un test de dépistage doit donc être retrouvé dans le dossier de tous les patients qui souffrent de DCNC et à qui le médecin propose une prescription d'opioïde pour une longue période. Un exemple du questionnaire est fourni aux annexes 3 et 4.

De façon pratique, le médecin pourrait classer cette clientèle selon trois groupes en fonction du risque potentiel, comme le suggèrent certains experts.⁵

- Un premier groupe (la majorité) sans évidence de risque, d'abus ou de dépendance lors de l'évaluation et sans problème psychiatrique majeur; ce groupe peut très bien être pris en charge par le médecin de première ligne.
- Un deuxième groupe avec un risque accru en raison d'antécédents personnels ou d'histoire familiale d'abus de substances ou de médicaments, mais sans toxicomanie active ou problèmes psychiatriques non traités; ces patients peuvent être traités en première ligne, mais l'avis d'un consultant en toxicomanie ou une consultation dans une clinique de la douleur sont suggérés.
- Un troisième groupe de patients avec des problèmes actifs de toxicomanie ou des problèmes psychiatriques importants non traités; pour cette clientèle, l'avis ou la cotraitance avec un consultant est impératif.

Cette classification devrait permettre aux médecins de première ligne d'instaurer les mesures de contrôle appropriées pour répondre à une approche rigoureuse du traitement de la douleur chronique par des opioïdes.

Rappelons «qu'une histoire personnelle ou des antécédents de dépendance aux opioïdes, à l'alcool ou à d'autres substances constituent le meilleur facteur de prédiction du risque d'abus et de dépendance aux opioïdes»⁶.

Au-delà du dépistage, le médecin doit demeurer vigilant. Les comportements décrits à l'annexe 5 peuvent faire suspecter une utilisation inappropriée ou abusive.

5. D.L. GOURLAY, Conférence CME Chronic Pain and Addiction Medicine, août 2008 (non publié).

6. D.L. GOURLAY et M. MANNO, «Douleur chronique non cancéreuse : deuxième partie : prise en charge des cas difficiles», *Fondation pour l'éducation médicale continue*, vol. 11, n° 11, août 2003, p. 7.



Le test de dépistage urinaire d'opioïdes et d'autres drogues

Des tests de dépistage périodique d'opioïdes et de drogues illicites dans les urines devraient être proposés aux patients prenant des opioïdes sur une longue période, à tout le moins chez ceux du groupe 2 et, davantage, du groupe 3. Pour les patients du groupe 1, il apparaît réaliste de limiter le dépistage aux patients chez qui le médecin soupçonne un comportement aberrant. Il ne s'agit pas de stigmatiser ces patients et d'installer le doute dans la relation médecin-malade, mais d'exercer de façon rigoureuse. Selon certains experts⁷, le dépistage de drogues dans les urines peut faciliter la prise en charge du patient difficile. «Il permet :

- d'établir un dialogue avec le patient;
- de motiver et de soutenir les changements de comportement chez le patient;
- de surveiller la fidélité au traitement;
- d'appuyer la décision de faire passer le patient à un autre niveau de soins (par exemple : l'évaluation d'une possible toxicomanie lorsqu'on observe des comportements aberrants). »⁸

Certains tests utilisés ne permettent pas toujours de dépister les opioïdes synthétiques puissants (oxycodone, hydromorphone, fentanyl, méthadone). Il serait prudent de spécifier les substances recherchées sur la demande d'examen. Devant des résultats non concordants avec l'histoire fournie par le patient, le médecin doit avoir la prudence de valider le résultat et son interprétation avec le responsable du laboratoire où ont été effectuées les analyses. La disponibilité des tests peut varier selon les centres hospitaliers.

L'engagement thérapeutique

Un engagement thérapeutique est nécessaire dans tous les cas où un contrôle plus strict s'impose.

Dans le cadre de cette entente, le patient est informé des effets secondaires, des risques du sevrage et du potentiel d'abus des opioïdes. Ses responsabilités pour assurer le maintien de l'alliance thérapeutique, les comportements inappropriés et les conséquences du non-respect de l'entente sont clairement définis. L'entente doit inclure une autorisation à communiquer avec d'autres professionnels, comme des pharmaciens, pour échanger de l'information. On en trouve un exemple à l'annexe 6.

Le médecin peut aussi utiliser le « système alerte » de l'Ordre des pharmaciens du Québec : ainsi, le patient inscrit sur une liste restrictive ne peut obtenir son ordonnance d'opioïde que d'un seul médecin et se procurer ses médicaments à une seule pharmacie.

3.5.5 L'évaluation de l'état mental

Étant donné la forte incidence de problèmes de santé mentale associés à la douleur chronique, il est important que le médecin fasse un examen mental sommaire pour dépister des problèmes tels que la dépression, l'anxiété et l'insomnie et offrir un traitement approprié, s'il le juge pertinent.

L'indice de Beck (*Beck Depression Inventory*)⁹ est un questionnaire simple qui permet d'évaluer l'état dépressif du patient.

7. D.L. GOURLAY, H.A. HEIT et Y.H. CAPLAN, *Urine drug testing in clinical practice: dispelling the myths & designing strategies*, Stanford, CT, PharmaCom Group, édition 3, 2006, [En ligne], <http://www.familydocs.org/files/UDTmonograph.pdf>

8. D.L. GOURLAY et M. MANNO, *Ibid.*, note 6.

9. A.T. BECK et collab., «An inventory for measuring depression», *Archives of General Psychiatry*, vol. 4, juin 1961, p. 561-571

Ajoutons qu'il est préférable d'évaluer simultanément les aspects organiques et psychologiques du problème plutôt que d'attendre d'avoir éliminé toutes les causes organiques possibles avant d'aborder l'aspect psychologique¹⁰.

3.6 L'examen physique

L'examen physique doit être complet, incluant la masse et la taille du patient même s'il est axé sur l'examen musculosquelettique (limitation fonctionnelle des articulations ou du rachis, fonte musculaire), et sur l'examen neurologique (la faiblesse d'un membre, la démarche ou une posture anormale, l'hypo ou l'hyperesthésie d'un territoire, des réflexes ou des mouvements anormaux). Tout autre déficit ou anomalie doivent être identifiés.

3.7 L'investigation et les consultations

L'origine d'une douleur chronique est généralement diagnostiquée à la suite d'un questionnaire approprié et d'un examen physique complet.

Par la suite, le médecin déterminera si une investigation supplémentaire est nécessaire pour confirmer un diagnostic déjà posé ou en établir un nouveau. Citons quelques exemples :

- lorsqu'une maladie systémique est soupçonnée (arthrite);
- lorsque le patient présente des signes laissant suspecter une maladie maligne ou rapidement évolutive (lombalgie récente accompagnée d'une perte de poids importante);
- en présence de tableaux cliniques pouvant conduire à une intervention chirurgicale (déficit neurologique significatif et corrigible).

Outre l'évaluation clinique, il est utile de connaître les valeurs récentes témoignant des fonctions hépatique et rénale, et de l'état nutritionnel, chez certains patients, pour ajuster le traitement de façon appropriée.

Une consultation auprès d'un collègue expert en traitement de la douleur chronique peut dans certains cas être nécessaire et le médecin ne doit pas hésiter à y recourir. Il faut toutefois reconnaître qu'actuellement et, depuis quelques années, les délais d'attente pour une évaluation dans un centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur chronique sont généralement longs. Lorsque cela est indiqué, le patient pourrait aussi être dirigé vers des collègues spécialistes dans un domaine spécifique (neurologue, physiatre, orthopédiste, etc.), ou d'autres intervenants (physiothérapeute, psychologue, etc.) dans l'attente d'une évaluation plus globale. Pour les cas très complexes, une communication téléphonique avec un médecin consultant pourrait être utile pour guider la conduite à tenir ou à éviter.

3.8 Le diagnostic

Le questionnaire et l'examen, sans nécessairement permettre d'établir un diagnostic initial précis, peuvent guider vers le type de douleur dont souffre le patient. L'identification du type de douleur, à savoir nociceptive ou neuropathique, aidera à orienter l'investigation et surtout à établir un plan de traitement. En cas de doute sur le diagnostic de douleur neuropathique, différents outils peuvent aider à le confirmer (*voir le questionnaire DN4 à l'annexe 7*).

10. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *Traitement de la douleur : le point sur l'utilisation des narcotiques : Guide d'exercice*, Montréal, Collège des médecins du Québec, décembre 1998, 19 p.



PARTIE II

LE TRAITEMENT

1. Le plan de traitement

« Personne ne niera qu'un malade souffrant a droit au soulagement de ses douleurs. Tous seront d'accord également sur l'obligation de prescrire judicieusement toute médication pouvant provoquer des effets indésirables significatifs. »¹¹. De plus, le Code de déontologie des médecins du Québec précise qu'un médecin doit s'abstenir de prescrire des substances psychotropes sans raison médicale suffisante.

Lorsque le médecin aura une représentation suffisamment complète du tableau clinique, un plan de traitement de la douleur sera établi avec des objectifs réalistes et pour une durée déterminée jusqu'à la réévaluation. Il est acceptable de mettre en œuvre le plan thérapeutique avant même qu'un diagnostic précis soit établi, selon le niveau de détresse du patient. Un traitement spécifique sera évidemment proposé si la maladie initiale est traitable. Rappelons que dans la majorité des cas de douleur chronique, une amélioration de la douleur et du fonctionnement physique et psycho-social est un objectif réaliste.

Selon le cas, le plan de traitement accordera une place plus ou moins importante aux approches thérapeutiques médicamenteuses, psychologiques ou de réadaptation. Idéalement, les trois composantes devront être abordées, parfois simultanément, mais les services multidisciplinaires d'approche globale étant actuellement difficiles d'accès au Québec, le médecin pourrait diriger le patient vers des intervenants du domaine de la réadaptation et de la psychologie, s'il y a lieu, et il prendra en charge les autres aspects du traitement. Il est important que le médecin profite de l'occasion pour encourager le patient à adopter des habitudes de vie saines.

1.1 Le traitement médicamenteux

Six points sont importants à considérer lorsqu'on planifie un traitement médicamenteux, dans les cas de DCNC :

1.1.1 Clarifier les attentes du patient

Le patient devra avoir des attentes réalistes. Une amélioration de 50 % de la douleur chronique est souvent considérée comme une bonne réponse au traitement. Pour le traitement des douleurs neuropathiques, une diminution d'intensité de 30 % est reconnue par certains auteurs¹² comme cliniquement significative. Des résultats encore plus modestes peuvent être observés sur le plan fonctionnel. En effet, si l'on parvient à un niveau de confort durant les activités, celui-ci peut s'accompagner d'importants effets indésirables associés aux opioïdes lorsque l'individu est au repos. Il sera donc important d'établir les objectifs de traitement (niveau de douleur et niveau fonctionnel), tout en tenant compte de l'équilibre entre les bénéfices et les effets indésirables de la médication.

11. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, 1998, *Ibid.*, note 10.

12. J.T. FARRAR et collab., « Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale », *Pain*, vol. 94, n° 2, 2001, p. 149-58.

1.1.2 Recourir à une analgésie multimodale

L'analgésie multimodale désigne la combinaison de différentes modalités thérapeutiques (physiques, pharmacologiques). Au niveau pharmacologique, une combinaison de médicaments, par exemple, les anti-inflammatoires, l'acétaminophène, les opioïdes et les coanalgésiques peut être prescrite pour soulager le patient. En ciblant différents mécanismes, on obtient un soulagement égal ou supérieur, tout en administrant des doses moindres de chacun des agents. Sans compromettre le résultat thérapeutique, cette stratégie permet généralement au patient de ressentir moins d'effets indésirables qu'avec un seul médicament administré à des doses élevées.

1.1.3 Augmenter progressivement les doses

La majorité des médicaments prescrits pour soulager la douleur provoquent des effets indésirables notables. Il est recommandé de commencer le traitement avec des doses faibles et de les augmenter progressivement selon la réponse clinique. Cette mesure est surtout indiquée chez les patients âgés ou souffrant d'insuffisance hépatique ou rénale.

1.1.4 Individualiser la posologie

Le traitement analgésique doit absolument être personnalisé. Pour une même affection, on peut noter des variations individuelles marquées dans la pharmacocinétique et la pharmacodynamie d'un médicament. Ces variations font en sorte que deux personnes présentant une douleur d'intensité comparable pour un même problème peuvent nécessiter des doses différentes d'analgésiques.

1.1.5 Évaluer les effets de la thérapie

Comme pour tout autre type de traitement, il convient d'évaluer les effets de la thérapie analgésique. Une procédure de réévaluation systématique périodique de la douleur, du niveau fonctionnel et des effets indésirables associés aux médicaments permet d'assurer une démarche rigoureuse et un meilleur succès de la thérapie.

1.1.6 Prévenir et traiter les effets indésirables

Sans une intervention adéquate, les effets indésirables causés par les analgésiques peuvent devenir tout aussi problématiques que la douleur elle-même. Toute pharmacothérapie analgésique devrait s'accompagner d'interventions visant à prévenir les effets indésirables et à les traiter efficacement. Il ne faudrait pas oublier qu'utilisés sur une longue période, les opioïdes peuvent provoquer des perturbations endocriniennes dont la baisse de testostérone, à laquelle il est parfois nécessaire de suppléer.

1.2 Les analgésiques non-opioïdes

Les analgésiques non-opioïdes (l'acétaminophène, les anti-inflammatoires traditionnels, les coxibs) sont généralement utilisés pour le traitement des douleurs légères d'origine somatique. Ils sont utilisés en première ligne tel que proposé par l'échelle de gradation de la douleur de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Ils apportent habituellement peu de soulagement aux patients souffrant de douleurs d'origine neuropathique.



1.3 Les coanalgésiques systémiques

Les coanalgésiques sont des médicaments utilisés d'abord pour traiter certaines pathologies (dépression, épilepsie, etc.), mais pour lesquels on a découvert des propriétés analgésiques. Ils peuvent moduler l'intensité de la douleur somatique et viscérale, mais ils sont surtout efficaces dans le traitement des douleurs neuropathiques.

Pour un essai valable avec un coanalgésique, il est recommandé de respecter certains principes de base :

- Les antidépresseurs ont traditionnellement été suggérés pour le traitement de la douleur neuropathique de type brûlure, alors que les anticonvulsivants ont été proposés pour les douleurs paroxystiques. Toutefois, il n'y a pas d'évidence pour soutenir cette affirmation. Le choix de traitement initial sera donc un antidépresseur ou un anticonvulsivant, tenant compte des symptômes concomitants exprimés (dépression, insomnie, anxiété), des effets indésirables potentiels, des interactions médicamenteuses et des contre-indications, selon l'état de santé du patient.
- Il est recommandé d'introduire un coanalgésique à la fois et d'ajuster la posologie en fonction de l'effet attendu. On commencera avec une faible dose et on augmentera lentement jusqu'au soulagement de la douleur ou l'apparition d'effets secondaires inacceptables et persistants ou encore l'atteinte des doses ou des taux sanguins maximaux recommandés.
- Avant de conclure à l'échec d'un coanalgésique, il faut s'assurer d'avoir atteint une dose efficace pendant 2 à 3 semaines.

Un groupe d'experts québécois a fait la révision des écrits récents concernant les coanalgésiques dans le traitement de la douleur neuropathique. Ces articles sont disponibles dans *L'actualité médicale*¹³ et un algorithme de traitement de la douleur neuropathique est proposé à l'annexe 8.

1.4 Les coanalgésiques topiques

Les coanalgésiques systémiques peuvent causer des effets secondaires notables à des doses sous-thérapeutiques. Dans ces cas, leur substitution par des agents topiques peut parfois être efficace et plus sécuritaire. Les formulations topiques les plus fréquemment utilisées contiennent des anesthésiques locaux ou de la capsaïcine. Certaines « recettes » sont proposées dans le dernier guide pratique des soins palliatifs de l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec¹⁴.

1.5 L'analgésique central atypique : le tramadol

Le tramadol est un mélange racémique dont une forme se lie faiblement au récepteur μ et bloque la recapture de la sérotonine, alors que l'autre forme est inhibitrice de la recapture de la noradrénaline. On a démontré que l'usage du tramadol est efficace pour le soulagement des douleurs nociceptives et neurogènes d'intensité modérée tant aiguës que chroniques. Il ne faudrait pas oublier le risque de syndrome sérotoninergique en associant le tramadol à des antidépresseurs qui ont aussi pour mode d'action la recapture de la sérotonine.

13. A. BOULANGER et collab., « DPC et spécialités : algorithme de traitement de la douleur neuropathique : recommandations d'un forum québécois sur la douleur neuropathique », *L'actualité médicale - Les cahiers de MedActual*, vol. 8, n° 12, 7 mai 2008, p. 29.

14. Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec, *Guide pratique des soins palliatifs*, 4^e édition, 2008.

1.6 Les opioïdes

Pierre angulaire du traitement de la douleur aiguë et de la douleur cancéreuse, les opioïdes ont longtemps été mal perçus pour le traitement de la douleur chronique. L'usage a toutefois permis d'observer que les opioïdes peuvent être une option thérapeutique sécuritaire chez des patients présentant des douleurs chroniques modérées à sévères. Toutefois, les opioïdes sont rarement indiqués en première ligne. Il est généralement admis de les introduire en deuxième ligne, après l'acétaminophène et les anti-inflammatoires, pour la douleur nociceptive, et en deuxième ou troisième ligne pour la douleur neuropathique.

Certaines nuances distinguent la prescription d'opioïdes à long terme selon que le patient souffre d'une douleur chronique, cancéreuse ou non. Pour la douleur chronique non cancéreuse (DCNC) :

- les opioïdes à longue durée d'action ou les timbres transdermiques sont priorisés et le recours aux entredoses est plutôt limité;
- la dose d'opioïdes est augmentée plus lentement afin d'éviter les effets indésirables;
- un certain niveau de douleur résiduelle est souvent acceptable : la dose d'opioïdes est déterminée en fonction du degré d'analgésie atteint et de l'intensité des effets indésirables de même que l'amélioration de la qualité de vie et du niveau fonctionnel.

Une entente verbale ou écrite est consignée au dossier (*voir annexe 6*), au moins pour les patients dont le risque est évalué de niveau 2 ou 3 (*voir classification p. 11*).

1.6.1 Les titrages et dosages

L'opioïde doit être titré en fonction de l'effet produit, ce qui implique qu'une faible dose de départ est augmentée graduellement jusqu'à l'atteinte d'une analgésie raisonnable ou l'apparition d'effets indésirables inacceptables et persistants. Généralement, on prescrit des comprimés à courte durée d'action et, lorsque l'effet désiré est atteint, ils sont substitués par un médicament à longue durée d'action. Si le patient doit prendre régulièrement plus de quatre entredoses par jour pour atteindre un soulagement approprié de sa douleur, il est suggéré d'augmenter le dosage du comprimé à longue durée d'action ou du timbre transdermique. Théoriquement, il n'existe pas de dose maximale d'opioïdes. C'est l'apparition d'effets indésirables persistants ou la possibilité d'hyperalgésie induite par les opioïdes qui, généralement, limite l'augmentation des doses. Une absence de réponse clinique suffisante à des doses de plus de 200 mg d'équivalence morphine par jour mérite une réévaluation complète et une remise en question de l'utilité des opioïdes.

Si un patient présente beaucoup d'effets indésirables avec un opioïde donné, la substitution par une autre molécule peut améliorer la situation. Il est recommandé d'utiliser un tableau équianalgésique (*voir annexe 9*) pour calculer la dose du nouvel opioïde. Dans ce tableau, les doses sont établies selon des moyennes, et la réponse clinique peut varier d'un patient à l'autre. Puisque la sensibilité du patient au nouvel agent n'est pas connue, il est important de réduire la dose calculée du tiers et de donner au patient suffisamment d'entredoses pour soulager d'éventuels accès de douleur.



1.6.2 La voie d'administration

La voie orale ou transdermique est recommandée pour les patients souffrant de DCNC. La voie parentérale ne sera utilisée que de façon très exceptionnelle et clairement justifiée dans le dossier. Il est alors fortement recommandé d'obtenir l'opinion d'un consultant en douleur chronique.

1.6.3 Les visites médicales

Il est suggéré de procéder à des visites médicales une fois par semaine ou toutes les deux semaines au début du traitement avec un opioïde. Lorsque la douleur est suffisamment contrôlée, les visites peuvent être espacées tous les un à trois mois.

1.6.4 La méthadone et les autres médicaments

La méthadone est un opioïde synthétique utilisé depuis plusieurs années pour le maintien ou le sevrage des patients dépendants aux opioïdes, dont l'héroïne. Son usage pour le traitement de la douleur est plus récent. L'usage de la méthadone pour le traitement de la douleur impose des considérations particulières :

- la table de conversion équianalgésique entre la méthadone et les autres opioïdes n'est pas linéaire;
- plusieurs tables d'équivalence sont publiées et diffèrent parfois les unes des autres;
- la pharmacocinétique de la molécule varie d'un patient à l'autre. La demi-vie peut être très longue (de 15 à 60 heures) et les risques d'accumulation lors du titrage sont élevés;
- plusieurs protocoles sont proposés pour transférer un patient d'un opioïde traditionnel vers la méthadone. Ces protocoles ne sont pas nécessairement transférables d'une population à l'autre;
- les nombreuses interactions médicamenteuses.

La méthadone n'est donc pas un médicament de première ligne pour le traitement de la DCNC. On la recommande, lorsqu'un patient présente :

- des douleurs sévères qui ne répondent pas à des doses élevées d'un opioïde traditionnel;
- des effets indésirables importants aux opioïdes traditionnels;
- une tolérance aux opioïdes traditionnels.

Enfin, il est vivement recommandé aux médecins qui veulent prescrire de la méthadone pour le contrôle de la douleur, de suivre une formation sur le sujet. Il faut aussi se rappeler que le médecin prescripteur de méthadone doit obtenir du ministre fédéral de la Santé une exemption à la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (art. 56).

À cause de métabolites actifs qui peuvent entraîner des effets indésirables importants, la mépéridine (Demerol[®]) n'est pas recommandée pour un usage à long terme. De même, la pentazocine (Talwin[®]), un agoniste-antagoniste, sera rarement prescrite pour le traitement de la douleur chronique à cause d'un plafonnement de son effet clinique lors de l'augmentation des doses et en raison de ses effets secondaires.

1.6.5 La durée du traitement

Il n'y a pas de durée maximale de traitement recommandée. Il n'existe pas non plus beaucoup de littérature qui appuie l'efficacité à long terme des opioïdes pour le traitement de la DCNC. Cela ne signifie pas pour autant qu'ils sont inefficaces, mais leur utilisation doit être individualisée et faire l'objet d'un suivi rigoureux. Un certain pourcentage de patients souffrant de façon chronique abandonnent le traitement par manque d'efficacité ou à cause d'effets indésirables importants¹⁵. De toute façon, comme il a déjà été souligné, le traitement aux opioïdes pour une DCNC doit être cessé s'il n'y a pas de changement significatif dans le contrôle de la douleur ou dans l'état fonctionnel du patient.

1.6.6 Le sevrage

Chez un patient souffrant de douleur chronique, le sevrage des opioïdes doit se faire lentement et progressivement. Par exemple, on diminue la dose de 25 % par mois, selon la réponse clinique du patient. Si les diminutions de doses dépassent 50 %, des signes de sevrage pourraient survenir. Il suffit alors d'augmenter légèrement le dosage de la dernière posologie et de reprendre le sevrage plus progressivement. Le sevrage aux opioïdes peut être désagréable, mais il ne présente pas de risque pour la vie de l'individu.

1.6.7 La surveillance de l'ordonnance

Le médecin doit exercer une surveillance rigoureuse des ordonnances d'opioïdes qu'il rédige. Il doit tenter d'identifier tout problème entourant ces ordonnances. Pour faciliter sa tâche, le Collège propose d'utiliser un tableau synthèse des ordonnances regroupant le nom du médicament, sa concentration, la posologie quotidienne, la quantité totale prescrite (selon la loi), la date de la prescription et la date présumée du renouvellement (voir annexe 10). Ce tableau permet de reconnaître d'un coup d'œil si le patient a surconsommé ou sous-utilisé sa médication.

1.7 Les approches effractives

Des infiltrations et traitements effractifs, tels que la mise en place de neurostimulateurs et de pompes implantées, sont indiqués pour le soulagement de certains types de douleur. Toutefois les indications et la description de ces techniques dépassent le cadre de ces lignes directrices.

15. M. NOBLE et collab., «Long-term opioid therapy for chronic noncancer pain: a systematic review and meta-analysis of efficacy and safety», *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 35, n° 2, février 2008, p. 214-228.



2. Le suivi

Au cours des visites de suivi, les points suivants devraient être régulièrement évalués et notés au dossier :

- le niveau de douleur (échelle);
- le niveau fonctionnel (établir un registre d'activités, s'il y a lieu);
- l'humeur;
- la qualité du sommeil;
- les résultats des interventions non-médicamenteuses et médicamenteuses;
- les effets indésirables aux médicaments;
- les comportements pouvant laisser suspecter un usage inapproprié des médicaments;
- justifier tout changement de dose ou de médicament.

S'il y a lieu, le médecin doit aussi noter les résultats pertinents de toute nouvelle investigation et des consultations qui en résultent.

3. La réévaluation périodique

La réévaluation périodique est un élément essentiel du traitement. De façon systématique, le médecin doit réexaminer le patient, remettre en question le diagnostic, le traitement et les résultats obtenus. Devant la réponse clinique du patient, il pourrait :

- procéder à d'autres examens paracliniques;
- demander de nouveaux avis;
- modifier le traitement;
- cesser les opioïdes (il n'y a pas lieu de continuer des médicaments qui ne donnent pas les résultats escomptés).

4. La douleur aiguë surajoutée à une douleur chronique

Les opioïdes pris de façon régulière chez un patient souffrant de douleur chronique ne masqueront pas l'apparition d'une douleur aiguë.

Advenant l'apparition d'une douleur aiguë surajoutée à une douleur chronique, il est recommandé de poursuivre les opioïdes à libération lente du patient (si le patient tolère la prise *per os*) ou le timbre transdermique de Fentanyl® et d'ajuster à la hausse le dosage des entredoses d'opioïdes à courte action.

Si le patient ne tolère pas la médication orale, l'opioïde à libération lente est remplacée par une perfusion *iv* ou *sc* équianalgésique d'opioïdes et des entredoses sont administrées pour contrer la douleur aiguë.

À cause d'un phénomène de tolérance installée chez ces patients, il est possible que l'on soit obligé d'ajuster à la hausse les doses d'analgésique nécessaires pour contrôler la douleur aiguë.

5. La personne âgée et les opioïdes

Chez une personne âgée, il est impératif de connaître la fonction hépatique et la fonction rénale (clairance de la créatinine) afin d'ajuster les doses de façon adéquate. Il faut aussi tenir compte des problèmes associés (troubles cognitifs, cachexie, insuffisance respiratoire, etc.).

Le principe d'une faible posologie au départ et d'augmenter lentement la dose du médicament s'applique (*Start low, go slow*). Il faut parfois commencer le traitement par des doses moindres que la plus faible dose offerte par la compagnie pharmaceutique (par exemple, $\frac{1}{2}$ co ou $\frac{1}{2}$ timbre).

CONCLUSION

« Si la douleur est, au départ, un mécanisme de survie essentiel, un signal d'alarme qui nous permet de reconnaître qu'il y a une menace à notre intégrité physique, elle perd complètement son utilité biologique et devient même nocive lorsqu'elle perdure »¹⁶. Il est du devoir du médecin de bien s'en occuper dans le cadre de ses limites. Avec ces lignes directrices, le Collège des médecins veut proposer un cadre pour une approche structurée de la DCNC et pour une utilisation judicieuse des opioïdes face à une DCNC, s'adressant au bon patient, pour une indication définie, avec une approche clinique rigoureuse et systématique et un dossier bien documenté justifiant ce choix de traitement.

LEXIQUE

Allodynie: Douleur ressentie à la suite d'un stimulus non douloureux¹⁷.

Dépendance physique: État d'adaptation qui se manifeste par un syndrome de sevrage spécifique à la classe de médicament, pouvant survenir lors de l'arrêt brusque, de la réduction rapide de la posologie, ou de l'administration d'un antidote.

Dépendance psychologique ou toxicomanie: Maladie caractérisée par une perte de contrôle, un état de manque, une utilisation compulsive d'une drogue, et ce, malgré des conséquences négatives pour l'individu.

Hyperalgésie: Perception accrue d'un stimulus douloureux¹⁸.

Hyperalgésie induite par les opioïdes: Abaissement du seuil de la douleur à la suite de l'utilisation d'opioïdes, habituellement à forte dose. Le phénomène peut être difficile à identifier en clinique. Il peut se manifester par une tolérance apparente aux opioïdes, une augmentation de la douleur malgré une augmentation de la dose des opioïdes et l'apparition de symptômes anormaux tels que l'allodynie¹⁹.

Tolérance: État d'adaptation dans lequel une exposition à un médicament entraîne une diminution d'un ou plusieurs de ses effets avec le temps.

16. D. DION et G. DECHÊNE, « Évaluation d'une douleur : sachons poser les bonnes questions », *Le Médecin du Québec*, vol. 37, n° 12, décembre 2002, p. 41.

17. J. DELAMARE et collab., *Dictionnaire illustré des termes de médecine*, 28^e éd., Paris, Éditions Maloine, 2004, p. 28.

18. H. FIELDS, *Douleur*, Paris, *Meds*, 1989, 300 p.

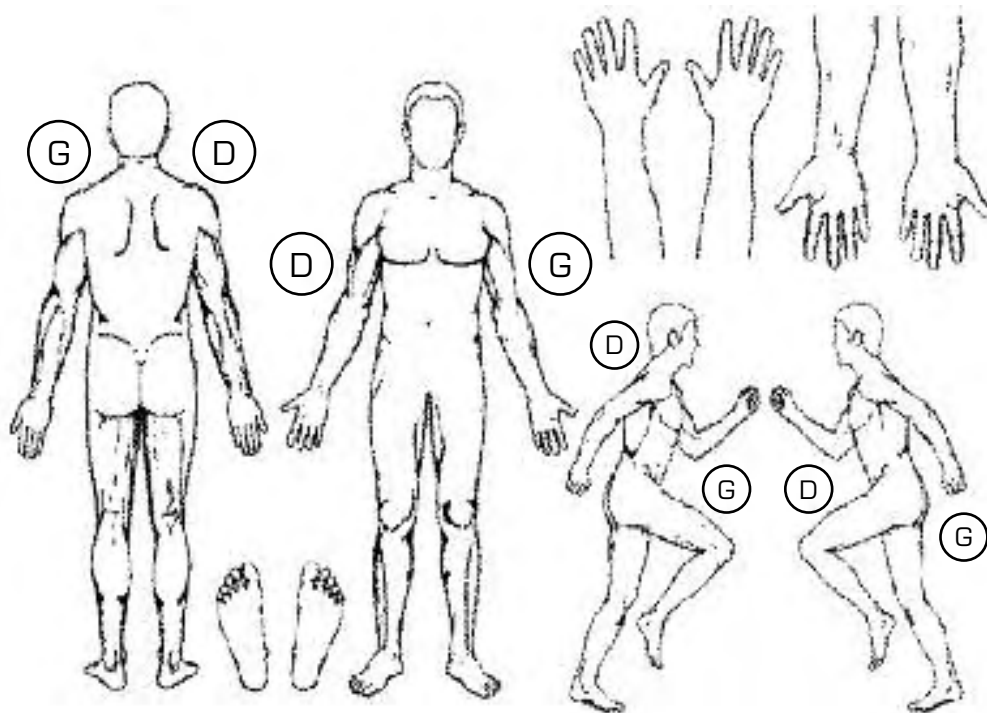
19. S. MITRA, « Opioid-induced hyperalgesia: pathophysiology and clinical implications », *Journal of Opioid Management*, vol. 4, n° 3, mai-juin 2008, p. 123-130.



Diagramme corporel

Nom : _____ Date : _____

Ombrez les régions douloureuses dans le diagramme ci-dessous.



20. Christian CLOUTIER, neurochirurgien, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

ANNEXE 2²¹

INVENTAIRE DE LA DOULEUR (BPI)

Veuillez choisir sur l'échelle suivante le chiffre qui décrit le mieux comment la douleur ressentie au cours des 7 derniers jours a interféré avec votre (vos) :

Si vous n'avez ressenti aucune douleur au cours des 7 derniers jours, veuillez encircler le «0» sur les échelles.

A. Activité générale

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
N'interfère pas Interfère complètement

B. Humeur

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
N'interfère pas Interfère complètement

C. Capacité à marcher

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
N'interfère pas Interfère complètement

D. Travail (inclus le travail à la maison et à l'extérieur)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
N'interfère pas Interfère complètement

E. Relations avec les autres

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
N'interfère pas Interfère complètement

F. Sommeil

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
N'interfère pas Interfère complètement

G. Goût de vivre

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
N'interfère pas Interfère complètement

H. Soins personnels

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
N'interfère pas Interfère complètement

I. Activités récréatives

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
N'interfère pas Interfère complètement

J. Activités sociales

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
N'interfère pas Interfère complètement

Veuillez répondre aux questions suivantes en ne tenant compte que de l'endroit douloureux qui interfère le plus avec votre vie quotidienne.

Veuillez choisir sur l'échelle suivante le chiffre qui décrit le mieux :

Si vous n'avez pas ressenti de douleur au cours des 7 derniers jours, veuillez indiquer «0» aux questions 1, 2 et 3.

1. La douleur que vous ressentez MAINTENANT.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucune douleur La pire douleur possible

2. La douleur que vous avez ressentie EN MOYENNE OU EN GÉNÉRAL au cours des 7 derniers jours.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucune douleur La pire douleur possible

3. LA PIRE douleur que vous avez ressentie au cours des 7 derniers jours.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Aucune douleur La pire douleur possible

21. Adapté de C.S. CLEELAND et K.M. RYAN, «Pain assessment: global use of the Brief Pain Inventory», *Annals of the Academy of Medicine of Singapore*, vol. 23, n° 2, 1994, p. 129-138.



ANNEXE 3 ²²

Outil d'évaluation du risque de dépendance aux opioïdes pour le clinicien

(comprend des valeurs ponctuelles pour déterminer le score total)

Cocher chaque case qui s'applique

1. Antécédents familiaux d'abus de drogue :	Femme	Homme
Alcool	☐ 1	☐ 3
Drogues illégales	☐ 2	☐ 3
Médicaments d'ordonnance	☐ 4	☐ 4
2. Antécédents personnels d'abus de drogues :		
Alcool	☐ 3	☐ 3
Drogues illégales	☐ 4	☐ 4
Médicaments d'ordonnance	☐ 5	☐ 5
3. Âge (cocher la case si âgé de 16 à 45 ans)	☐ 1	☐ 1
4. Antécédents d'abus sexuel à la préadolescence	☐ 3	☐ 0
5. Maladie mentale		
Trouble déficitaire de l'attention, trouble obsessionnel compulsif, maladie bipolaire, schizophrénie	☐ 2	☐ 2
Dépression	☐ 1	☐ 1

Score total :

On peut placer le patient dans l'une des trois catégories de risque de dépendance aux opioïdes

Faible risque = 0 – 3 points
 Risque moyen = 4 – 7 points
 Risque élevé = 8 points et plus

22. Adapté de L.R. WEBSTER et R.M. WEBSTER, «Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the opioid risk tool», *Pain Medicine*, vol. 6, n° 6, novembre-décembre 2005, p. 432-442.

ANNEXE 4²³

QUESTIONNAIRE CAGE-DETA

DANS LE PASSÉ :

- A.** Avez-vous déjà ressenti le besoin de **D**iminuer votre consommation d'alcool ou de drogues ?
- B.** Votre **E**ntourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation d'alcool ou de drogues ?
- C.** Avez-vous déjà eu l'impression que vous consommiez **T**rop d'alcool ou de drogues ?
- D.** Avez-vous déjà eu besoin d'**A**lcool le matin pour vous sentir en forme ?

DETA = **D**iminuer • **E**ntourage • **T**rop • **A**lcool

Une réponse positive à l'une des questions de DETA devrait soulever des craintes. Deux réponses positives ou plus signifient un fort risque de problème d'alcool ou de drogue et peut exiger une évaluation formelle de l'accoutumance par un spécialiste en toxicomanie.

23. CHOW E. et collab., Use of the CAGE Questionnaire for screening problem drinking in an out-patient palliative radiotherapy clinic, *J Pain Symptom Manage*, 2001;21; p. 491-497.



Évaluation de l'accoutumance chez les personnes qui souffrent de douleur chronique

PREMIÈRE PARTIE : SIGNES QUI SUGGÈRENT L'ACCOUTUMANCE* DANS LES TRAITEMENTS DE LONGUE DURÉE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Problèmes de consommation – comportement de recherche de drogue

- Se montre réticent à essayer de réduire progressivement l'opioïde quand un autre traitement de la douleur est offert.
- Ne signale aucun soulagement avec toute autre intervention que les opioïdes.
- Montre une préférence marquée pour les médicaments d'action brève ou en doses *bolus*.
- Obtient des ordonnances de plusieurs sources.
- Consomme des drogues illicites.
- N'observe pas les autres recommandations du traitement.

Observance du traitement malgré des effets négatifs

- Marque une diminution dans son niveau de fonctionnement malgré une analgésie apparente.
- Signale des effets secondaires persistants tels que somnolence, sédation et euphorie.

Perte de contrôle

- Ne peut prendre les médicaments tels que prescrits.
- Manque souvent de médicaments avant la date de renouvellement prévue**.
- Signale de façon répétée la perte ou la destruction d'une ordonnance ou de médicaments.
- Ne respecte pas le contrat (a recours à plusieurs pharmacies, n'observe pas les autres traitements, manque des rendez-vous, etc.).

* Un signe isolé n'indique pas nécessairement une accoutumance, mais une constellation de signes peut la suggérer.

** Dans le contexte de médicaments correctement prescrits.

24. *Ibid.*, note 10.

BOÎTE À OUTILS 1

Entente prise avec votre médecin en vue de la prescription à long terme des opiacés

On vous a prescrit des opiacés dans le but de réduire vos douleurs, d'améliorer votre sommeil et votre qualité de vie et d'augmenter, dans la mesure du possible, votre tolérance à l'effort ou au travail.

Cette médication peut vous occasionner les effets secondaires suivants : constipation, nausées, somnolence, démangeaisons, transpiration et difficultés urinaires, problèmes qui peuvent être résolus, au moins en partie, grâce à d'autres médicaments que votre médecin pourra vous proposer. Tous ces effets, sauf la constipation, peuvent disparaître avec le temps.

Il existe aussi un faible risque de tolérance (besoin d'augmenter la dose pour maintenir le même degré de soulagement) et de toxicomanie (perte de contrôle sur la consommation d'opiacés à la recherche de leurs effets euphorisants). La dépendance physique est une réaction normale et se manifeste par des symptômes de sevrage lors de l'arrêt brutal de la prise de l'opiacé (p. ex., diarrhée, coliques, frissons, etc.). N'arrêtez pas de prendre votre opiacé sans l'aide de votre médecin.

Si les effets secondaires dépassent les bienfaits escomptés, votre opiacé sera peut-être remplacé par un autre ou, encore, il sera abandonné progressivement et on vous proposera d'autres types de traitements.

Au début du traitement et à chaque augmentation de la dose, il y a risque de somnolence. Il ne faudrait pas conduire ni manipuler des objets dangereux tant que la somnolence n'aura pas disparu. La prise concomitante d'alcool ou de tranquillisants (p. ex., Ativan®) est déconseillée, car cette association peut augmenter grandement la somnolence et réduire vos capacités de conduire.

Puisqu'il s'agit de médicaments puissants et que les effets secondaires peuvent être graves, il est impératif de respecter la posologie et la voie d'administration prescrites par le médecin. Si la douleur augmente d'une façon inexpliquée et que la médication aux doses prescrites ne suffit pas à la soulager, appelez votre médecin.

Afin de vous assurer que votre traitement ne vous nuit pas, il sera important d'informer votre médecin de toute nouvelle maladie diagnostiquée et de tout nouveau médicament prescrit par un autre médecin. Il est également essentiel de l'informer si vous devenez enceinte.

Vous être responsable de vos opiacés. Ils doivent être rangés dans un endroit sûr, hors de la portée des enfants ; il ne faut en aucun cas en donner ou en vendre à d'autres personnes.

Il n'y aura qu'un seul prescripteur (D' _____), et on vous demandera de choisir une seule pharmacie distributrice. Puisque les opiacés ne vous seront prescrits que pour un nombre limité de jours à la fois, il sera important de respecter vos rendez-vous.

Votre médecin ne sera pas tenu de renouveler votre ordonnance avant terme parce que vous avez augmenté la dose vous-même ou que vous avez perdu votre ordonnance ou vos flacons de médicaments. La répétition de ces comportements inappropriés ou une violation mineure (voir liste) peut conduire à la cessation du traitement. Une violation majeure (voir liste) rendra caduque la présente entente. Votre médecin procédera alors à un sevrage de vos opiacés ou vous adressera à un centre de désintoxication et vous proposera des analgésiques non opiacés.

Signature du patient : _____ Date : _____
Signature du médecin : _____ Date : _____

Liste des comportements inappropriés et des violations de l'entente pouvant mener à l'arrêt de votre traitement par des opiacés

Comportements inappropriés

1. Réclamer agressivement l'augmentation des doses d'opiacés.
2. Accumuler les opiacés durant les périodes où les symptômes sont plus supportables.
3. Refuser des préparations génériques.
4. Augmenter à une ou à deux reprises la posologie sans autorisation.
5. Utiliser les opiacés pour soulager d'autres symptômes (l'anxiété, par exemple).

Violations mineures

1. Augmenter régulièrement et sans autorisation la posologie.
2. Donner ses opiacés à une autre personne.
3. Perdre à répétition ses ordonnances ou ses comprimés.
4. Recevoir des ordonnances de plus d'un médecin ou aller chercher ses opiacés à plusieurs pharmacies.

Violations majeures

1. Vendre ses opiacés.
2. Forger une prescription.
3. Consommer parallèlement des drogues illicites.
4. Voler des opiacés.
5. S'injecter en intraveineuse les préparations posologiques par voie orale.

Partiellement inspirée de Portenoy RK. Opioid therapy for chronic nonmalignant pain: A review of the critical issues. *J Pain Symptom Manage* 1996; 11 : 203-17 ; et de Pappagallo M. Aggressive pharmacologic treatment of pain. *Rheum Dis Clin North Am* 1999; 25 (1) : 193-213.

Cette lettre d'entente peut être copiée et utilisée pour chaque patient souffrant de douleurs chroniques sous traitement de long cours par des opiacés.

25. A. Boulanger, Les opiacés et la douleur chronique : comment amorcer le traitement, *Le Médecin du Québec*, vol. 38, n° 6, juin 2003, p 65, Boîte à outils 1. © FMOQ. Reproduction autorisée.



Questionnaire type de douleur DN4

INTERROGATOIRE DU PATIENT

Q1 La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes :

- Brûlure ? Oui ☐ Non ☐
- Sensation de froid douloureux ? Oui ☐ Non ☐
- Décharges électriques ? Oui ☐ Non ☐

Q2 La douleur est-elle associée à un ou plusieurs des symptômes suivants dans une même région :

- Fourmillements ? Oui ☐ Non ☐
- Picotements ? Oui ☐ Non ☐
- Engourdissement ? Oui ☐ Non ☐
- Démangeaisons ? Oui ☐ Non ☐

EXAMEN DU PATIENT

Q3 La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

- une hypoesthésie au toucher ? Oui ☐ Non ☐
- une hypoesthésie à la piqure ? Oui ☐ Non ☐

Q4 La douleur est-elle provoquée ou intensifiée par :

- le frottement ? Oui ☐ Non ☐

Oui = 1 point Non = 0 point

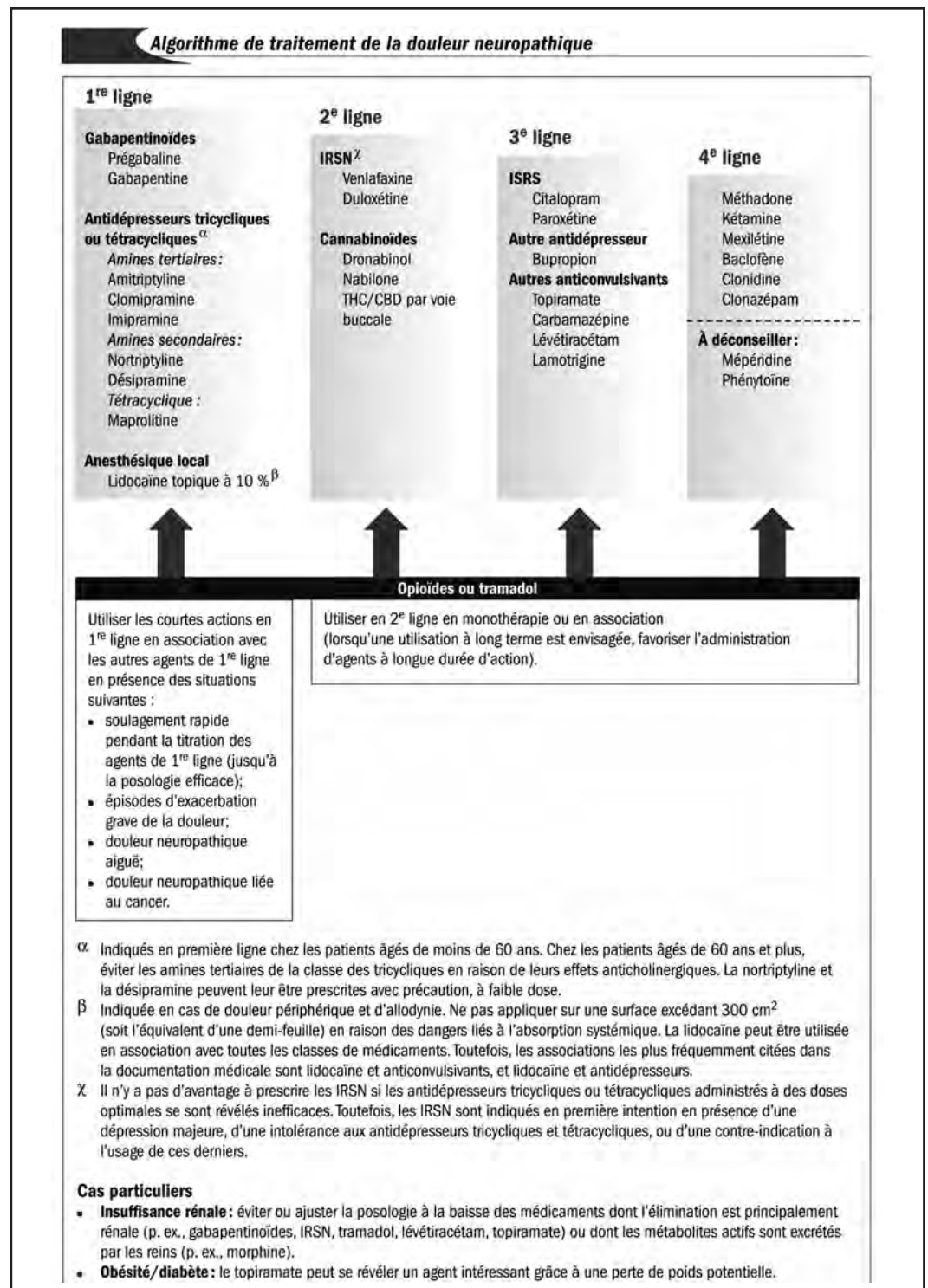
Le score du patient est calculé sur un total de 10.

Un score ≥ 4 est probablement indicateur d'une douleur neuropathique.

Ce questionnaire a une sensibilité de 82,9 % et une spécificité de 89,9 %.

26. D. BOUHASSIRA et collab., «Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4)», *Pain*, vol. 114, n° 1-2, mars 2005, p. 29-36.

ANNEXE 8 ²⁷



27. A. BOULANGER et collab., «DPC et spécialités: algorithme de traitement de la douleur neuropathique: recommandations d'un forum québécois sur la douleur neuropathique», *L'actualité médicale - Les cahiers de MedActual*, vol. 8, n° 12, 7 mai 2008, p. 27.



ANNEXE 9

Tableau de conversion équianalgésique ²⁸

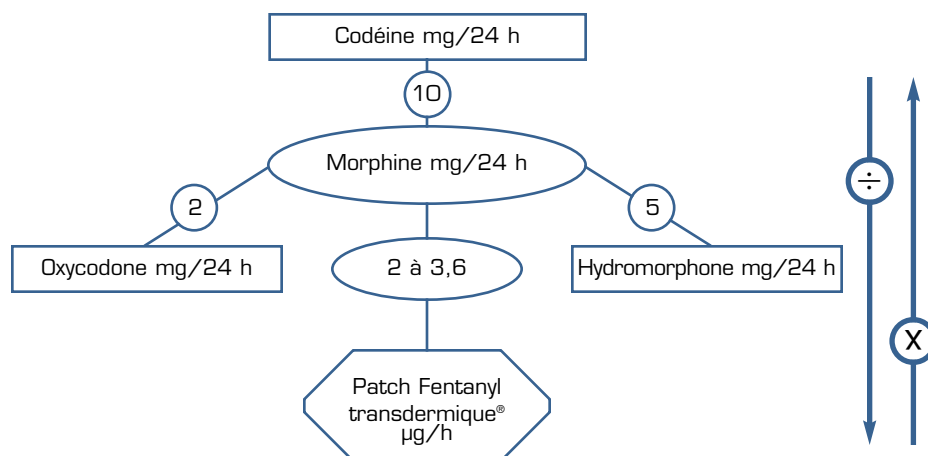
Médicament	Doses (mg) équianalgésiques à 10 mg de morphine S/C
Agonistes	Orale
Codéine	200
Fentanyl®	- (cf. note)
Hydromorphone	4-6
Morphine	20-30*
Oxycodone	10-15

Ces équivalences analgésiques approximatives, qui sont basées sur des études au cours desquelles des doses uniques ont été administrées sous forme de composés à libération immédiate, ne doivent être utilisées que comme guide pour estimer la dose équivalente à administrer lorsqu'on change de médicaments. On recommande de vérifier la posologie appropriée de tout agent donné en consultation avec d'autres références pertinentes.

* Avec doses répétées.

Note : 60 mg *per os* par jour de morphine équivaut à environ 25µg/h de Fentanyl transdermique®²⁹

Algorithme de conversion des principaux opioïdes ³⁰



Prescription S/C = 50 % de la dose orale

Entredoses : 10 % de la dose de 24 heures

Lors d'un changement de molécule, réduire de 1/3 la dose calculée parce que la tolérance croisée d'une molécule à l'autre peut être incomplète.

28. ASSOCIATION DES PHARMACIENS DU CANADA, « Monographie des opioïdes », *Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques : CPS*, Ottawa, Association des pharmaciens du Canada, 2007, p. 1864-1866.

29. W. Breitbart et collab., « An alternative algorithm for dosing transdermal fentanyl for cancer-related pain », *Oncology* (Williston Park), vol. 14, n° 5, mai 2000, p. 695-705, p. 709-717.

30. G. DECHÈNE, « Traitement sécuritaire et efficace avec des opiacés », *Le Médecin du Québec*, vol. 37, n° 12, décembre 2002, p. 50.

ANNEXE 9 (SUITE)

Micro Compendium des opioïdes disponibles ³¹

OPIOÏDE	DURÉE D'ACTION	FORMATS DISPONIBLES
Codéine CA	4–6 h	- Co de 15, 30 mg - Sirop : 25 mg/5ml
Codéine LA	12 h	- Co non sécable de 50 mg - Co sécables de 100, 150 et 200 mg
Morphine CA	3–4 h	- Co de 5, 10, 20, 25, 30, 40, 50 et 60 mg - Suspension de 1, 5, 10, 20 et 50 mg/ml - Suppositoires de 5, 10, 20 et 30 mg
Morphine LA	12 h	- Co non sécables (MS Contin®) de 15, 30, 60, 100 et 200 mg (les co de 200 sont sécables) - Granules (capsules qui s'ouvrent : M-Eslon®) de 10, 15, 30, 60, 100, 200 mg
Morphine LA	24 h	- Capsules de 10, 20, 50, 100 mg (Kadian)
Hydromorphone CA	3–4 h	- Co de 1, 2, 4 et 8 mg - Suspension de 1 mg/ml - Suppositoires de 3 mg
Hydromorphone LA	12 h	- Capsules (Hydromorph Contin®) de 3, 6, 12, 18, 24 et 30 mg
Morphine sous-cutanée	3–4 h	- Ampoules de 1, 2, 4, 5, 10, 15, 25 et fioles de 50 mg/ml
Hydromorphone sous-cutanée	3–4 h	- Ampoules de 2, 10, 20 et 50 mg/ml
Fentanyl®, timbres transdermiques	72 h	- Timbres Duragesic® de 12, 25, 50, 75 et 100 mcg/h
Oxycodone CA	3–4 h	- Co de 5, 10 mg et 20 mg - Suppositoires de 10 et 20 mg
Oxycodone LA	12 h	- Co non sécables d'OxyContin® de 5, 10, 20, 40 et 80 mg

31. Adapté de G. Dechêne, M. Duchesne, M.F. Mégie, M. Roy, *Précis pratique de soins médicaux à domicile*, Edisem Inc. 2000, p. 136.



ANNEXE 10

Tableau des ordonnances d'opioïdes

Date de prescription	Opiode	Posologie	Quantité à servir	Quantité totale prescrite	Date prévue de l'échéance de l'ordonnance	Commentaires

Autres médicaments

Nom des autres Rx	Posologie	Date début	Date fin

LECTURES RECOMMANDÉES

BOULANGER, A. et collab., «Chronic pain in Canada: have we improved our management of chronic non cancer pain?», *Pain Research & Management*, vol. 12, n° 1, printemps 2007, p. 39-47.

CHOU R., GILBERT J. et collab., «Clinical Guidelines for the Use of chronic Opioid therapy in chronic Non Cancer Pain», *The Journal of Pain*, vol. 10, n° 2, 2009, p. 113-130.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC, *L'analgésie à l'urgence: Lignes directrices*, Montréal, Collège des médecins du Québec, mars 2006, 32 p.

MANNO, M. et GOURLAY, D., «Douleur chronique non cancéreuse : première partie - Est-ce le temps de faire un essai thérapeutique avec des opioïdes?», *Fondation pour l'éducation médicale continue*, vol. 11, n° 10, août 2003, 31 p.

MOULIN, D.E. et collab., «Chronic pain in Canada - Prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia», *Pain Research & Management*, vol. 7, n° 4, hiver 2002, p. 179-184.

MOULIN, D.E. et collab., «Pharmacological management of chronic neuropathic pain - Consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society», *Pain Research & Management*, vol. 12, n° 1, printemps 2007, p. 13-21.

TURK, D.C. et OKIFUJI, A., «Detecting depression in chronic pain patients: adequacy of self-reports», *Behaviour Research and Therapy*, vol. 32, n° 1, janvier 1994, p. 9-16.



Membres du groupe de travail

Rédacteurs

Dr Aline Boulanger

Anesthésiologiste, Montréal

Dr Marcel Provost

*Inspecteur, Direction de l'amélioration de l'exercice,
Collège des médecins du Québec, Montréal*

Consultants

Dr Yvon Beauchamp

Médecin de famille, Montréal

Dr Alain Béland

Anesthésiologiste, Roberval

Dr André Bélanger

Médecin de famille, Québec

Dr Christian Cloutier

Neurochirurgien, Sherbrooke

Dr Céline Gaudet

Médecin de famille, St-Calixte

Dr Marie-Claude Raymond

Médecin de famille, Montréal

Publication du
Collège des médecins du Québec
2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8

Téléphone : 514 933-4441 ou 1 888 MÉDECIN
Télécopieur : 514 933-3112
Courriel : info@cmq.org
Site Web : www.cmq.org

Coordination
Révision linguistique et correction d'épreuves
Graphisme
Le Groupe des publications d'affaires et professionnelles Rogers

Illustration
Olivier Lasser

Ce document préconise une pratique professionnelle intégrant les données médicales les plus récentes au moment de sa publication. Cependant, il est possible que de nouvelles connaissances scientifiques fassent évoluer la compréhension du contexte médical décrit dans ce document.

Le présent document est valide dans la mesure où aucune disposition législative ou réglementaire à l'effet contraire ou incompatible n'est susceptible de le modifier ou de l'affecter directement ou indirectement, et ce, de quelque façon que ce soit.

La reproduction est autorisée à condition que la source soit mentionnée.
Dépôt légal : 2^e trimestre 2009
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et archives Canada
ISBN 978-2-920548-66-4 (version imprimée)
ISBN 978-2-920548-67-1 (PDF)

© Collège des médecins du Québec, 2009

N.B. : Dans cette publication, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour faciliter la lecture.





COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC