



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Algorithme de prise en charge de la douleur neuropathique

Cet algorithme de prise en charge de la **douleur neuropathique** a été élaboré par l'équipe interdisciplinaire du centre d'expertise en gestion de la douleur chronique associé au Réseau universitaire intégré en santé (RUIS) de l'Université de Montréal sous la direction de D^{re} Aline Boulanger

Collaborations particulières

D^{re} Anh Nguyen

D^{re} Dominique Dion

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation, rubrique **Publications****

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

Bibliothèque et Archives Canada, 2015

ISBN : 978-2-550-72256-4 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

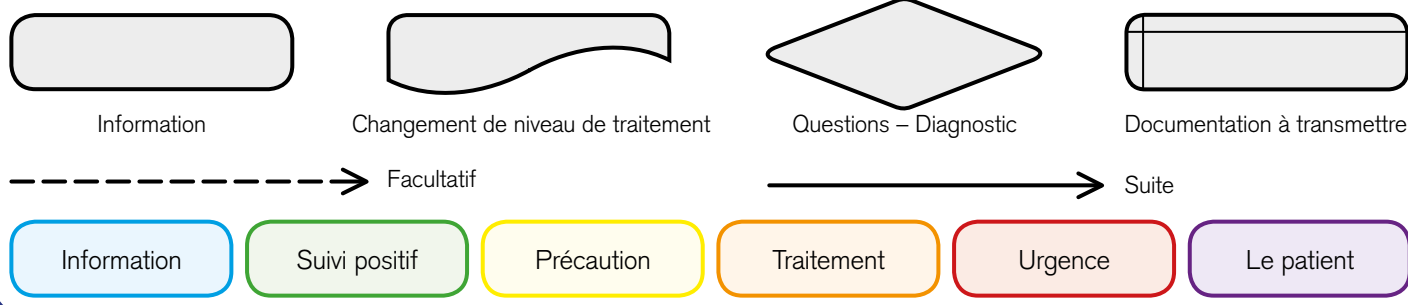
© Gouvernement du Québec, 2015

DOULEUR NEUROPATHIQUE

Plan de prise en charge interdisciplinaire

1^{er} niveau de traitement

Légende

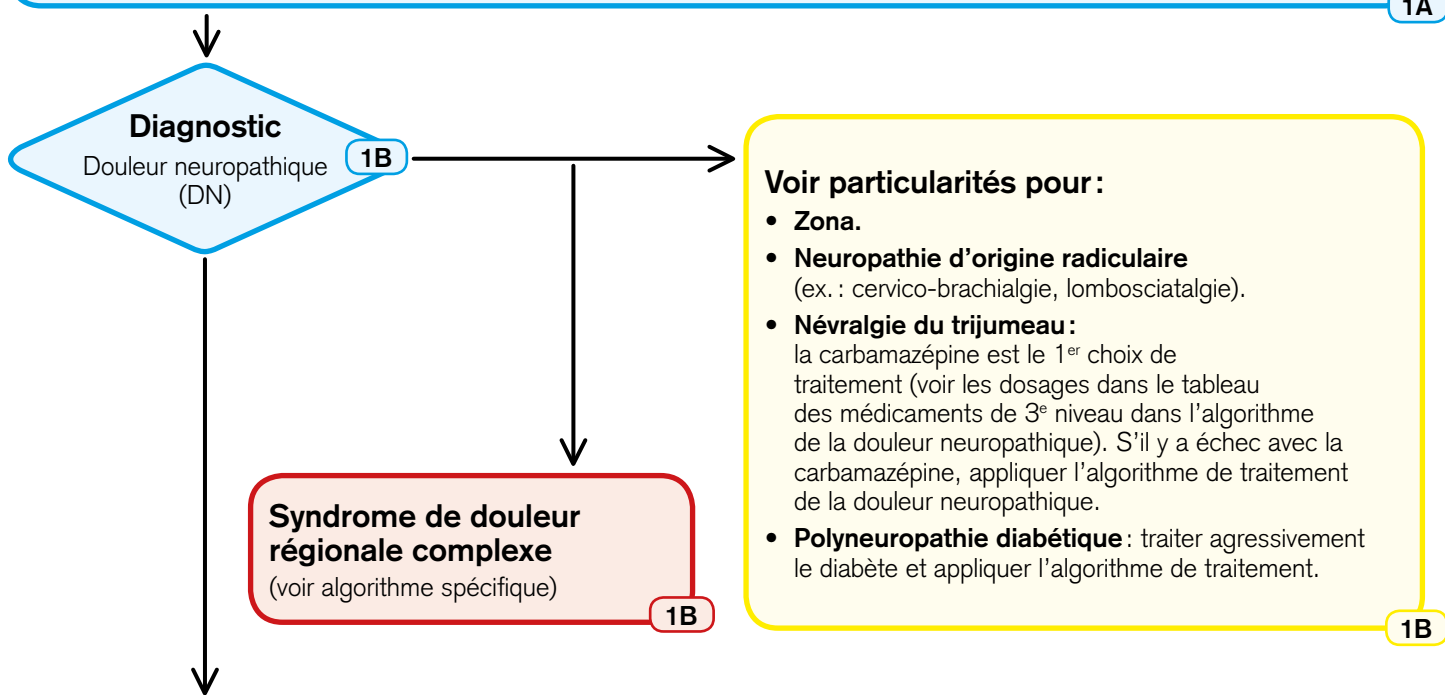


CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE

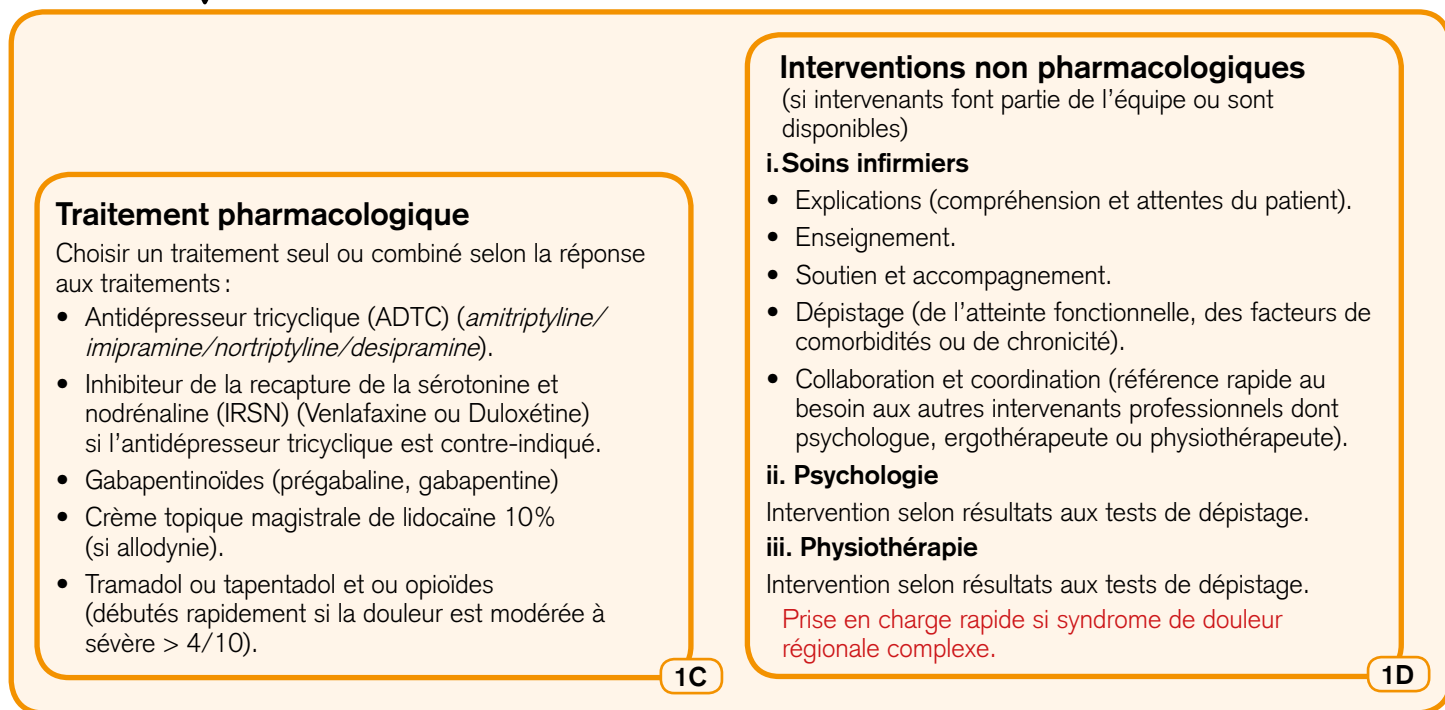
Critères diagnostiques :

- A. Douleur causée par une lésion ou une maladie du système nerveux somatosensoriel. Peut être d'origine centrale, périphérique ou mixte.
 B. Basés sur les antécédents, les symptômes et l'examen physique. Ne nécessite habituellement pas de test de laboratoire ou de radiologie.

1A

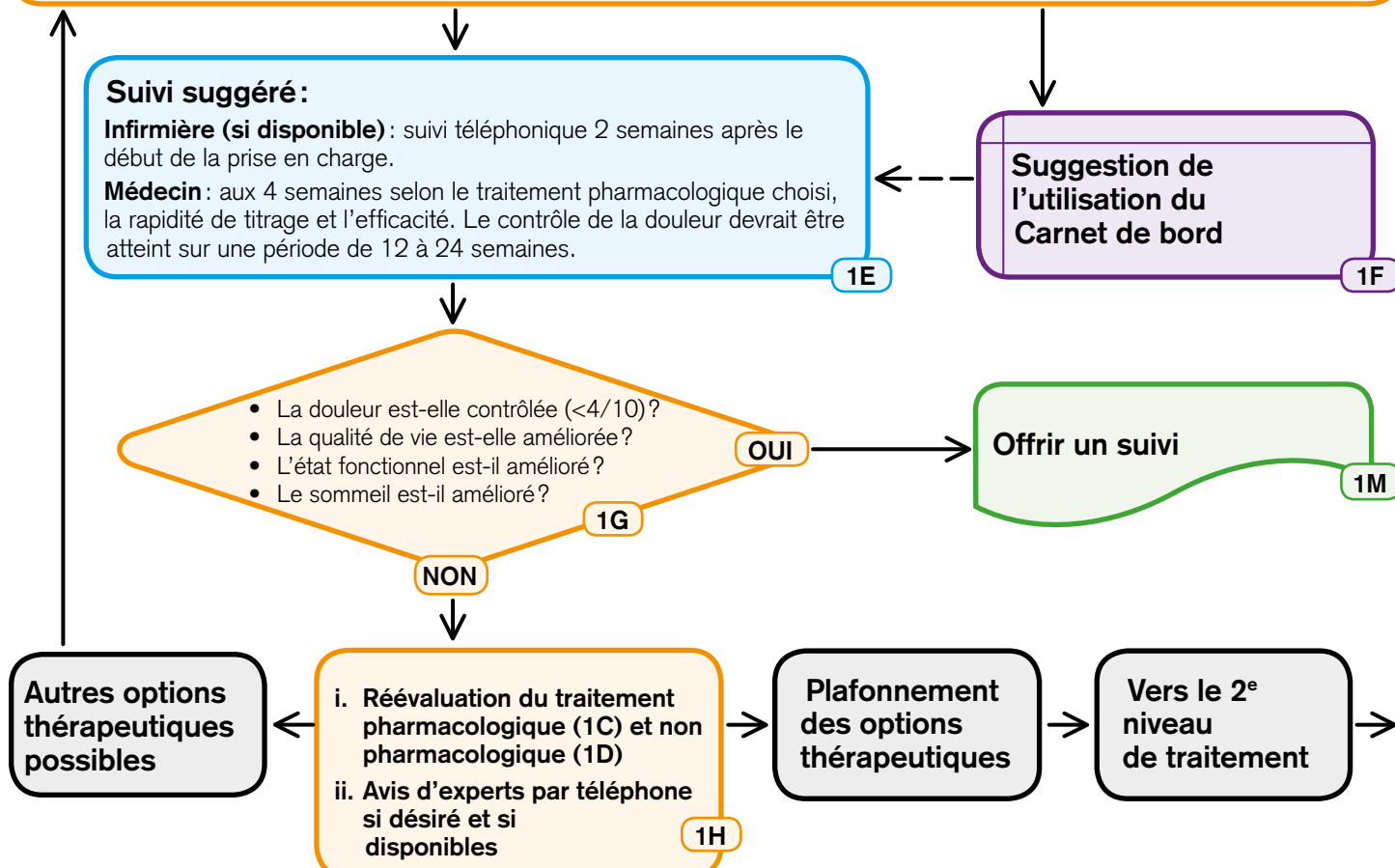


1B



1C

1D

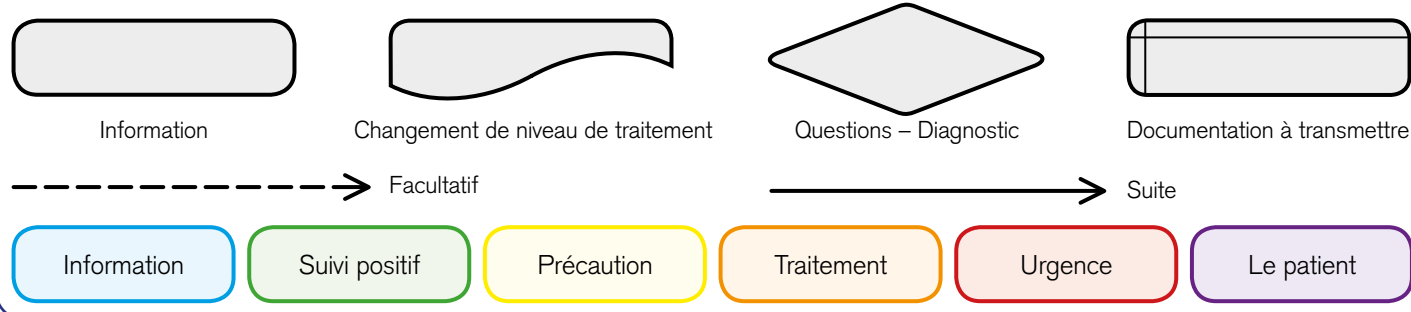


DOULEUR NEUROPATHIQUE

Plan de prise en charge interdisciplinaire

2^e niveau de traitement

Légende



CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE

Critères diagnostiques :

Douleur neuropathique récurrente non soulagée ou $\geq 4/10$ après 12 à 24 semaines de traitement au 1^{er} niveau.

2A

Diagnostic

Douleur neuropathique (DN)

2B

Traitement pharmacologique et interventions invasives

i. Médication

Si amélioration, maintenir la médication de 1^{er} niveau : commencer ou poursuivre les opioïdes seulement ou en combinaison avec le tramadol ou avec le tapentadol en privilégiant la libération lente.

ii. Interventions anesthésiques (si indiqué), par exemple : infiltration du nerf d'Arnold, du tunnel carpien ou sous-lésionnelle.

2C

Interventions non pharmacologiques

(si intervenants font partie de l'équipe ou sont disponibles)

- Poursuivre le suivi et assurer l'observance au traitement.
- Évaluer les facteurs pronostiques de comorbidités et identifier les éléments modifiables.
- Au besoin, diriger le patient vers des services de réadaptation spécialisée.
- Considérer les approches alternatives ou complémentaires selon le cas.

2D

Autres options thérapeutiques possibles

Suivi suggéré :

Si la douleur persiste à $\geq 4/10$, établir un suivi aux 4 semaines pour une période de 12 à 24 semaines.

2E

Suggestion de l'utilisation du Carnet de bord

2f

Réévaluation du traitement pharmacologique (2C) et non pharmacologique (2D)

2H

- La douleur est-elle contrôlée ($< 4/10$) ?
- La qualité de vie est-elle améliorée ?
- L'état fonctionnel est-il amélioré ?
- Le sommeil est-il amélioré ?

NON

OUI

2G

Offrir un suivi

2M

Plafonnement des options thérapeutiques

Demande de consultation en clinique de douleur (3^e ou 4^e niveau)

Si échec au traitement i.e. soulagement inadéquat ; niveau fonctionnel non amélioré.

2I

Informations nécessaires lors de la demande de consultation :

- Allergie à l'iode ;
- Diabète ;
- Utilisation d'anticoagulants (héparine, warfarine, NACO), d'anti-plaquettaires, etc.

Ne nécessite habituellement pas de tests de laboratoire ou d'imagerie, sauf pour la douleur neuropathique d'origine radiculaire (ex. : cervicobrachialgie, lombosciatalgie).
 Pour la lombosciatalgie, se référer à l'algorithme de prise en charge de la douleur lombaire.

2J

Vers le 3^e niveau de traitement

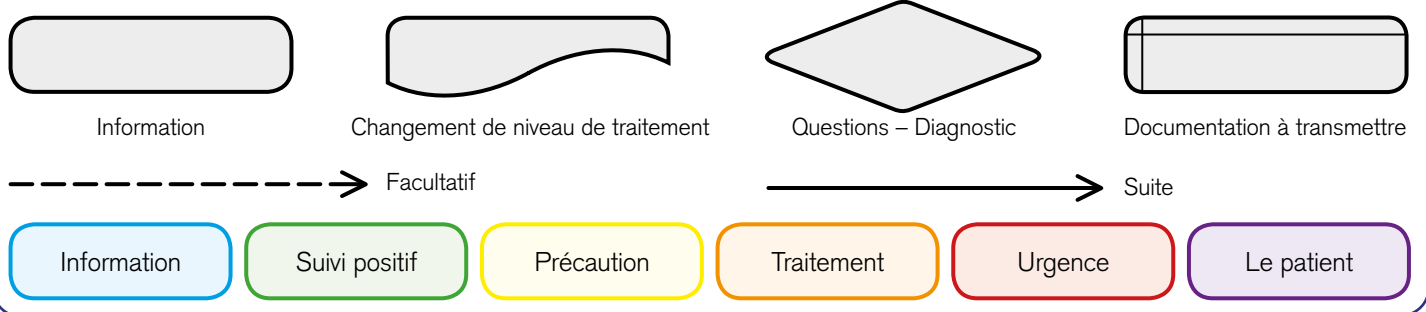
→

DOULEUR NEUROPATHIQUE

Plan de prise en charge interdisciplinaire

3^e et 4^e niveaux de traitement (clinique de la douleur)

Légende



CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE

Critères diagnostiques

Douleur neuropathique récurrente non soulagée ou $\geq 4/10$ après 12 à 24 semaines de traitement aux 1^{er} et 2^e niveaux.

3A

Diagnostic

Douleur neuropathique (DN)

3B

Traitement pharmacologique et interventions invasives

i. Médication

Si amélioration, maintenir la médication de 1^{er} et 2^e niveaux.
Commencer les médicaments de 3^e et 4^e niveaux.

ii. Interventions spécifiques

(si indiqué), par exemple :
bloc stellaire, péridurale cervicale, thoracique, lombaire, caudale ou infiltration sous-lésionnelle, perfusion de kétamine, perfusion de xylocaïne.

iii. Neuromodulation/pompe implantable

3C

Interventions non pharmacologiques

- Approche interdisciplinaire.
- Programme d'éducation thérapeutique.

3D

Autres options thérapeutiques possibles

Suivi suggéré :

Si douleur persistante, établir un plan de suivi individualisé

3E

Suggestion de l'utilisation du Carnet de bord

3F

Réévaluation du traitement pharmacologique, invasif (3C) et non pharmacologique (3D)

3H

- La douleur est-elle contrôlée ($< 4/10$)?
- La qualité de vie est-elle améliorée?
- L'état fonctionnel est-il amélioré?
- Le sommeil est-il amélioré?

NON

3G

OUI

Informations à transmettre au professionnel référent en cours de traitement et lors du congé de la clinique de la douleur par l'équipe interdisciplinaire

- Diagnostic.
- Résumé de l'évolution.
- Résumé de traitement(s) tenté(s) et en cours.
- Liste des médicaments en cours.
- Suggestion de traitement à venir, s'il y a lieu.

3L

Plafonnement des options thérapeutiques

Critères de retour vers le médecin référent ou de congé de la clinique de la douleur

- Niveau de soulagement acceptable.
- Plafonnement des options thérapeutiques.

3K

Retour vers l'équipe de 1^e ligne

Offrir un suivi

3M

1. Premier niveau de traitement

Définition :

La douleur neuropathique provient de la conséquence directe d'une lésion ou d'une maladie affectant le système somatosensoriel. Elle peut être d'origine centrale, périphérique ou mixte ^[1, 2]. Des exemples sont présentés à l'annexe 1.

1A Critères diagnostiques :

Le diagnostic de la douleur neuropathique est essentiellement clinique. Il se fonde sur les antécédents du patient, les symptômes qu'il décrit et l'examen physique. On définit une douleur neuropathique chronique lorsque celle-ci est présente depuis plus de 3 mois.

1B Diagnostic :

Le diagnostic ne nécessite habituellement pas de tests de laboratoire ou d'imagerie, sauf pour la douleur neuropathique d'origine radiculaire (ex. : cervico-brachialgie, lombosciatalgie). Le diagnostic de douleur neuropathique est généralement posé grâce à l'anamnèse et l'examen physique du patient. Dans le doute, le questionnaire DN4 ^[3] peut nous aider à orienter le diagnostic. *Questionnaire type de douleur DN4 ^[3] que vous pouvez retrouver avec le lien web (annexe 2)*

Certains diagnostics nécessitent une intervention spécifique :

- **syndrome de douleur régionale complexe** : voir algorithme spécifique. Amorcer les traitements de 1^{er} niveau, procéder à une prise en charge rapide en physiothérapie pour limiter les impacts sur la mobilité et faire rapidement une demande de consultation en clinique de douleur (3^e ou 4^e niveau). Vous référez au formulaire [Demande de consultation dans le traitement de la douleur chronique \(annexe 10\)](#);
- **zona**
- **neuropathie d'origine radiculaire** (ex. : cervico-brachialgie, lombosciatalgie).
- **polyneuropathie diabétique** : traiter agressivement le diabète et suivre l'algorithme de la douleur neuropathique;
- **névralgie du trijumeau** : la carbamazépine est le premier choix de traitement (voir les dosages dans le tableau des médicaments de 3^e niveau). S'il y a échec avec la carbamazépine, appliquer l'algorithme de traitement de la douleur neuropathique.

1C Traitement pharmacologique :

Médication :

- a Le choix du traitement est arbitraire et dépend de plusieurs facteurs dont :
- ◆ l'efficacité du traitement pour la condition à traiter;
 - ◆ l'âge du patient : chez les personnes très âgées ayant plusieurs comorbidités ou consommant plusieurs médicaments, il est préférable de commencer par la plus faible dose possible et de titrer plus lentement afin d'éviter la survenue d'effets indésirables;
 - ◆ les facteurs de comorbidité (maladie rénale, hépatique, apnée du sommeil);
 - ◆ le profil des effets secondaires du traitement;
 - ◆ la tolérance des effets secondaires chez un patient particulier;
 - ◆ le risque potentiel d'interaction médicamenteuse;
 - ◆ la présence concomitante d'un trouble d'anxiété, d'une dépression et/ou d'un trouble du sommeil;
 - ◆ le risque d'abus ou de surdose;
 - ◆ le coût et le remboursement du traitement.
- b Procédure pour entreprendre un traitement analgésique pharmacologique :
- ◆ commencer par une molécule à la fois;
 - ◆ titrer progressivement la médication;
 - ◆ augmenter jusqu'à :
 - soulagement ou plafonnement de l'effet analgésique, atteinte de dose maximale, effets secondaires intolérables;
- c Si aucune amélioration avec une molécule :
la sevrer sur 1-2 semaines et commencer une nouvelle molécule agissant par un autre mécanisme d'action.
- d Si l'efficacité d'un agent plafonne :
combinaison avec une molécule ayant un mode d'action différent.
- e Si effets secondaires :
garder la dose minimale bénéfique (ne causant pas d'effets secondaires) et combiner avec une molécule ayant un mode d'action différent.
- f Indications spécifiques :
- ◆ Pour la névralgie du trijumeau : la carbamazépine est le premier choix de traitement (voir les dosages dans le tableau des médicaments de 3^e niveau). S'il y a échec avec la carbamazépine, appliquer l'algorithme de traitement de la douleur neuropathique.
 - ◆ La duloxétine (IRSN) est indiquée officiellement en neuropathie diabétique périphérique, fibromyalgie, lombalgie chronique et la douleur associée à l'ostéoarthrose.
 - ◆ La prégabaline est indiquée officiellement pour la douleur neuropathique associée à la névralgie postherpétique, la neuropathie diabétique périphérique, la fibromyalgie et la douleur neuropathique associée à un traumatisme de la moelle.
 - ◆ En ce qui a trait à l'utilisation de la crème de lidocaïne, ne pas dépasser une surface d'application maximale de 300 cm², soit l'équivalent d'une demi-page de papier 8 1/2 x 11.

CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE.

- ◆ L'utilisation d'opioïdes, de tramadol ou de tapentadol est considérée comme des options de 1^{er} niveau pour le traitement de la douleur neuropathique dans les conditions suivantes :
 - exacerbation de douleur neuropathique sévère;
 - douleur neuropathique associée au cancer;
 - durant le titrage avec un médicament de 1^{er} niveau.

Chez les personnes âgées, il est préférable de commencer les opioïdes au besoin, puis de les administrer toutes les quatre heures uniquement s'ils sont bien tolérés.

CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE.

Premier niveau ¹					
Médicament	Dose de départ ²	Titrage ²	Dose quotidienne efficace habituelle	Dose maximale	Délai habituellement recommandé pour juger de l'efficacité thérapeutique
<u>Antidépresseurs tricycliques (ADTC) ou tétracycliques</u> Amitriptyline Imipramine Nortriptyline Désipramine	10 – 25 mg HS	Augmenter de 10 mg toutes les 1 à 4 semaines, selon la tolérance, jusqu'à 150 mg.	50-100 mg HS	150 mg par jour Administer la nortriptyline et la désipramine tid pour éviter l'insomnie.	3-8 semaines
<u>Gabapentinoides</u> Prégabaline Gabapentine	→ 25-75 mg HS ou bid → 100-300 mg HS ou 100-300 mg tid - qid	→ Augmenter de 25 à 75 mg toutes les 1 à 4 semaines selon la tolérance et la dose de départ choisie. → Augmenter par tranche de 100-300 mg tid — qid toutes les 1 à 4 semaines.	→ 300-600 mg fractionnés en 2 ou 3 prises → 1800-2400 mg fractionnés en 3 ou 4 prises	→ 600 mg par jour, fractionnés en 2 ou 3 prises → 3600 mg par jour, fractionnés en 3 ou 4 prises	→ 3-4 semaines → 3-8 semaines
<u>IRSN</u> Venlafaxine Duloxétine (méd. exception) ³	→ 37,5 mg → 30 mg	→ 75 mg toutes les 1-4 semaines → Augmenter à 60 mg par jour en 1 à 2 semaines.	→ 37,5-150 mg par jour → 30-60 mg par jour	→ 225 mg par jour → 120 mg par jour	→ 4-6 semaines → 4 semaines
<u>Crèmes topiques</u> Lidocaïne à 10 % (non couvert)	Application locale 3 ou 4 fois par jour	Non nécessaire		Surface de 300 cm ²	Immédiat

¹ L'ordre de présentation des médicaments dans le tableau ne correspond pas à un ordre de préférence.

² Chez les patients très âgés ayant plusieurs comorbidités ou consommant plusieurs médicaments, il est préférable de commencer par la plus faible dose possible et de titrer plus lentement afin d'éviter la survenue d'effets indésirables.

³ La duloxétine est remboursée dans le programme de médicaments d'exception pour les diagnostics suivants : douleur associée à une neuropathie diabétique périphérique ou douleur chronique associée à la fibromyalgie ou lombalgie chronique (d'intensité modérée ou grave) sans composante neuropathique ou douleur chronique modérée ou grave associée à l'arthrose du genou.

CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE.

Premier niveau ¹					
Médicament	Dose de départ ²	Titrage ²	Dose quotidienne efficace habituelle	Dose maximale	Délai habituellement recommandé pour juger de l'efficacité thérapeutique
<u>Opioides</u> ³ Oxycodone Morphine Hydromorphone Fentanyl	→Morphine : 2,5 -10 mg aux 4 h ou prn (doses équianalgésiques pour les autres agents)	→Augmenter la dose de 25 % à la fois.		→Il n'y a pas de dose maximale établie. Par contre, attention à la possibilité d'hyperalgésie avec des doses élevées d'opioïdes.	→2-4 semaines
Tramadol (non couvert)	→Action rapide : dose de départ : 1 à 2 comprimés aux 4-6 h prn Le Tramacet® est un comprimé contenant une combinaison de 37.5 mg de tramadol et 325 mg d'acétaminophène. L'Ultram® contient 50 mg de tramadol.	→Augmenter la dose de 25 % à la fois.	→200 mg par jour	→400 mg par jour Chez les patients âgés de plus de 75 ans : 300 mg par jour	→2-4 semaines
Tapentadol (non couvert)	→Action rapide : dose de départ : ½ à 2 co aux 4-6 h prn Les comprimés à action rapide contiennent 50 mg de tapentadol.	→Augmenter la dose de 25 % à la fois.		→600 mg par jour pour la formulation à action rapide	→2-4 semaines

¹ L'ordre de présentation des médicaments dans le tableau ne correspond pas à un ordre de préférence.

² Chez les patients très âgés ayant plusieurs comorbidités ou consommant plusieurs médicaments, il est préférable de commencer par la plus faible dose possible et de titrer plus lentement afin d'éviter la survenue d'effets indésirables.

³ Privilégier la libération rapide pour les opioïdes lorsqu'ils sont utilisés dans le traitement en premier niveau puisqu'ils seront utilisés de façon temporaire. Chez les personnes âgées, il est préférable de commencer les opioïdes, au besoin, à la moitié de la dose prescrite pour une personne plus jeune, puis de les administrer toutes les quatre heures uniquement s'ils sont bien tolérés. Pour les recommandations concernant les formulations à longue action, voir le tableau des médicaments de 2^e niveau.

CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE.

<i>Premier niveau</i> ¹						
Médicament	Indications officielles	Précautions	Contre-indications ²	Effets secondaires	Interactions médicamenteuses	Coût ³
<p><u>Antidépresseurs tricycliques (ADTC) ou tétracycliques</u></p> <p>Amitriptyline Clomipramine Imipramine Nortriptyline Désipramine Maprotiline</p>	Dépression	<p><i>Effets de classe :</i></p> <p>Troubles cardiaques, effets centraux, glaucome, risque suicidaire</p> <p>Possibilité de syndrome sérotoninergique si associés à certains autres antidépresseurs ou au tramadol</p>	<p><i>Effets de classe :</i></p> <p>Bloc de branche gauche, bifasciculaire, intervalle QT prolongé, maladie ischémique modérée ou grave (la prise concomitante d'antiarythmiques de classe I élève le risque de décès), insuffisance cardiaque, infarctus récent, glaucome à angle étroit</p>	<p><i>Effets de classe :</i></p> <p><i>Centraux :</i> fatigue, sédation, baisse de la vigilance, confusion, anxiété</p> <p><i>Périphériques :</i> vision trouble, constipation, rétention urinaire, xérostomie, dysurie, tremblements, gain pondéral, hypotension, dysfonction sexuelle</p>	<p><i>Effets de classe :</i></p> <p>Interactions médicamenteuses nombreuses, antiarythmiques de classe Ia, flumazénil, IMAO, pimozide</p> <p>Au moins 14 jours doivent s'écouler entre l'arrêt d'un IMAO et le début du traitement avec un ADTC et vice versa.</p> <p>L'association avec le bupropion abaisse le seuil de convulsion.</p> <p>Le risque d'hypotension orthostatique augmente si on associe les ADT avec la clonidine.</p>	\$-\$\$
<p><u>Gabapentinoides</u></p> <p>Prégabaline</p> <p>Gabapentine</p>	<p>→ Douleur neuropathique associée à la neuropathie diabétique périphérique, la névralgie post-zostérienne, la fibromyalgie et la douleur neuropathique à la suite d'une lésion de la moelle</p> <p>→ Traitement adjuvant de l'épilepsie</p>	<p><i>Effets de classe :</i></p> <p>Ajuster la posologie en présence d'insuffisance rénale</p> <p>Prudence si Insuffisance cardiaque de classe III ou IV</p>		<p><i>Effets de classe :</i></p> <p>Étourdissements, somnolence, œdème périphérique, confusion, bouche sèche, vision trouble, ataxie, céphalée, nausées, gain pondéral, myoclonies, dystonie, astérisis</p>	<p>→ Aucune connue</p> <p>→ Les solutions antiacides nuisent à l'absorption de la gabapentine.</p>	\$\$-\$\$\$
<p><u>IRSN</u></p> <p>Venlafaxine</p> <p>Duloxétine</p>	<p>→ Dépression, anxiété généralisée, anxiété sociale, trouble de panique</p> <p>→ Trouble dépressif majeur, trouble d'anxiété généralisée, douleur neuropathique associée à une neuropathie diabétique périphérique, fibromyalgie, lombalgie chronique et douleur associée à l'ostéoartrrose</p>	<p>→ Ajustement des doses requis en présence d'insuffisance rénale</p> <p>→ Une élévation de la concentration des enzymes hépatiques a été rapportée.</p>	<p>→ Contre-indiquée en association avec un IMAO Au moins 14 jours doivent s'écouler entre l'arrêt d'un IMAO et le début du traitement avec la venlafaxine, et vice versa.</p> <p>→ Contre-indiquée chez les patients atteints d'une maladie du foie provoquant une insuffisance hépatique et chez les patients dont la consommation d'alcool est substantielle Contre-indication en insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine ≤ 30)</p>	<p>→ Céphalée, nausées, sédation, sudation, dysfonction sexuelle, hypertension artérielle, convulsions</p> <p>→ Nausées, étourdissements, céphalée, constipation, fatigue, somnolence</p>	<p><i>Effets de classe :</i></p> <p>Interactions médicamenteuses nombreuses : phénothiazines, triptans, antiarythmiques de classe Ia, dropéridol, pimozide, sibutramine, sotalol, stimulants/anorexigènes</p>	\$\$-\$\$\$

CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE.

			ml/min) Contre-indiquée en association avec un IMAO Au moins 14 jours doivent s'écouler entre l'arrêt d'un IMAO et le début du traitement avec la duloxétine et vice versa.			
--	--	--	---	--	--	--

¹ L'ordre de présentation des médicaments dans le tableau ne correspond pas à un ordre de préférence.

² Tous les médicaments sont contre-indiqués en présence de signes d'hypersensibilité au principe actif ou à tout autre ingrédient. Pour la femme enceinte ou qui allaite, une vérification doit être faite avant la prescription.

³ Coût d'une posologie moyenne : \$ = moins de 50 \$ par mois; \$\$: entre 50 et 100 \$ par mois; \$\$\$: plus de 100 \$ par mois.

CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE.

<i>Premier niveau</i> ¹						
Médicament	Indications officielles	Précautions	Contre-indications ²	Effets secondaires	Interactions médicamenteuses	Coût ³
Crème topique Lidocaïne à 10 %		Peau lésée, inflammatoire; entraîne une pénétration cutanée accrue		Risque de toxicité aux anesthésiques locaux si utilisée sur une grande surface		\$-\$\$
<u>Opioides</u> Oxycodone Morphine Hydromorphone Fentanyl Codéine	Analgésique	<i>Effets de classe :</i> Antécédents de toxicomanie, MPOC, apnée du sommeil, risque suicidaire, insuffisance rénale (principalement pour la morphine)		<i>Effets de classe :</i> Nausées, vomissements, somnolence, étourdissements, constipation, diaphorèse, prurit, myoclonies, dépression respiratoire, hyperalgésie aux opioïdes, hypogonadisme	La codéine est un pro-médicament et est métabolisée par le CYP 450 2D6. L'oxycodone est métabolisée en partie par le CYP450 2D6. Le fentanyl est métabolisé par le CYP 450 3A4.	Autres : \$-\$\$\$
Tramadol	Analgésique Douleur aiguë modérée à moyennement sévère	Possibilité de syndrome sérotoninergique et de convulsions si associé à certains antidépresseurs Il faut tenir compte de la dose totale d'acétaminophène chez les patients qui en consomment et à qui on prescrit du Tramacet® (tramadol 37.5 mg et acétaminophène 325 mg).	Contre-indiqué en association avec un IMAO Au moins 14 jours doivent s'écouler entre l'arrêt d'un IMAO et le début du traitement avec le tramadol et vice versa. Les formulations à libération prolongée sont contre-indiquées en insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine \leq 30 ml/min).	Étourdissement, nausées, vomissements, constipation, somnolence	Médicaments métabolisés par le CYP450 2D6 Demi-vie moindre en association avec un inducteur du CYP 3A4	\$\$
Tapentadol	Analgésique Douleur aiguë modérée à modérément sévère	Possibilité de syndrome sérotoninergique et de convulsions si associé à certains antidépresseurs Non recommandé chez les patients ayant une fonction rénale altérée (clairance de la créatinine \leq 30 ml/min) ou insuffisance hépatique	Dépression respiratoire Asthme aigu ou sévère Hypercarbie dans un environnement non monitoré ou en absence d'équipement de réanimation Obstruction intestinale Contre-indiqué en association avec un IMAO Au moins 14 jours doivent s'écouler entre l'arrêt d'un IMAO et le début du traitement avec le tapentadol et vice versa.	Étourdissement, nausées, vomissements, constipation, somnolence, dépression respiratoire, hypotension	La prise de la formulation à libération prolongée avec de l'alcool peut augmenter le niveau plasmatique.	\$\$\$

¹ L'ordre de présentation des médicaments dans le tableau ne correspond pas à un ordre de préférence.

² Tous les médicaments sont contre-indiqués en présence de signes d'hypersensibilité au principe actif ou à tout autre ingrédient. Pour la femme enceinte ou qui allaite, une vérification doit être faite avant la prescription.

³ Coût d'une posologie moyenne : \$ = moins de 50 \$ par mois; \$\$: entre 50 et 100 \$ par mois; \$\$\$: plus de 100 \$ par mois.

CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE.

1D Interventions non pharmacologiques (si les intervenants font partie de l'équipe ou sont disponibles)

i. Soins infirmiers : évaluation initiale multidimensionnelle de la douleur incluant l'impact de la douleur sur les différentes sphères de la vie à l'aide d'instruments validés

o Évaluation :

- ◆ tests de dépistage sur l'état psychologique (dépression, anxiété)
 - questionnaires *PHQ9* (annexe 3) et *GAD7* (annexe 4)
- ◆ test de dépistage sur le niveau fonctionnel
 - OSWERTRY voir le lien web (annexe 5)
 - *Brief Pain inventory* (annexe 6)
 - PQRST pour douleur neuropathique (annexe 7)

Les valeurs d'interprétation des tests de dépistage sont présentées à l'annexe 7.

- ◆ Évaluation de la méthode analgésique utilisée
- ◆ Évaluation de capacité d'autogestion

o Soutien et accompagnement

- ◆
soutien téléphonique – à déterminer

S

o Enseignement :

- ◆ analgésiques et co-analgésiques, effets secondaires et adhésion au traitement (croyance vs réalité : dépendance, tolérance)
- ◆ auto-évaluation de la douleur/impact –Carnet de bord
- ◆ relaxation/respiration, application chaud/froid, gradation des activités, importance de bouger, rester actif, contrôle du poids

o Collaboration et coordination :

- ◆
collaboration avec le médecin et les autres professionnels
- ◆
coordination des interventions interdisciplinaires
- ◆
mise en œuvre des recommandations médicales
- ◆
références vers autres professionnels, incluant le service social

s

c

m

r

ii. Psychologie :

Selon les résultats obtenus aux questionnaires de dépistage administrés par l'infirmière, le patient sera orienté vers les services de psychologie. L'approche thérapeutique, individuelle ou de groupe, sera déterminée par le psychologue selon l'état du patient.

iii. Physiothérapie :

Selon les résultats obtenus au questionnaire de dépistage sur le niveau fonctionnel (annexes 5 et 6) effectué par l'infirmière, les patients dont la douleur provoque une atteinte fonctionnelle seront orientés vers les services de physiothérapie pour une évaluation initiale de 60 minutes. Cette première rencontre pourra inclure de l'éducation quant aux bonnes postures, un programme d'enseignement pour le maintien des

CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE.
capacités fonctionnelles, l'essai d'un TENS (sauf en présence d'une compression nerveuse
et d'inflammation ou d'une douleur d'origine traumatique), et des exercices de relaxation.

1E Suivi

- i. **Infirmière** : suivi téléphonique 2 semaines après le début du traitement pharmacologique afin d'évaluer l'adhérence au traitement, l'effet analgésique et les effets secondaires. Si douleur > 4/10 ou effets secondaires sévères, prévoir communication avec médecin.
- ii. **Médecin** : suivi aux 4 semaines selon le traitement pharmacologique choisi, la rapidité de titrage et l'efficacité.

1F Carnet de bord

L'utilisation du carnet de bord (annexe 6) est privilégiée dans la démarche d'autoprise en charge, de responsabilisation du patient souffrant de douleur chronique ainsi que comme moyen de communication entre le professionnel et le patient dans son parcours. L'outil Carnet de bord peut être utilisé en tout ou en partie lors de toutes les étapes du cheminement clinique. Il importe de renforcer auprès du patient l'importance de documenter le degré de soulagement de sa douleur avant ses rendez-vous avec les professionnels de la santé.

Dans le cadre du projet pilote sur le territoire du RUIS de l'Université de Montréal, dans la région de Montréal, portant sur la gestion de la douleur neuropathique, la composition du carnet de bord proposé est la suivante :

- suivi quotidien par le patient de l'intensité de la douleur et de la prise analgésique (annexe 8);
- en préparation de la rencontre avec l'équipe clinique, questionnaire (BPI) de 19 items sur l'impact fonctionnel de la douleur (annexe 6).

1G La douleur est-elle contrôlée?

La douleur est considérée comme étant contrôlée si $\leq 4/10$ (0 n'étant aucune douleur et 10, la pire douleur possible).

1H Réévaluation du traitement pharmacologique

- i. Fixer des objectifs réalistes avec le patient. En général, pour une douleur neuropathique, un soulagement de 30 % ou une réduction de 2 points sur l'échelle de douleur est considérée comme cliniquement significative par les patients et les médecins^[5]. Lors de la réévaluation du **traitement pharmacologique, les mêmes principes qu'au point 1C s'appliquent**. Idéalement, le contrôle de la douleur devrait être atteint sur une période de 12 à 24 semaines. Si la douleur n'est pas soulagée ($\geq 4/10$), amorcer le 2^e niveau de traitement.

- ii. **Avis d'experts par téléphone (si désiré)**

Ce service offre un soutien clinique pour l'évaluation et la gestion de la douleur chronique à partir du bureau du médecin. Il s'agit d'un service téléphonique qui permet d'avoir accès à des médecins qui sont des experts dans le traitement de la douleur chronique afin de recevoir du soutien clinique et des conseils sur des modalités pharmacologiques, des interventions spécifiques sur le traitement de la douleur chronique et sur d'autres pathologies associées. Formulaire suivant à compléter (annexe 9) ou lien suivant : <http://ccr.ruis.umontreal.ca/corridors-de-services/douleur-chronique/avis-telephonique>

1M Offrir un suivi

Si la douleur est soulagée ($< 4/10$), garder la co-analgésie pour un minimum de 24 semaines.

Comme il n'y a pas de règles claires quant au sevrage de la co-analgésie, il est suggéré de

- sevrer une molécule à la fois;
- si échec de sevrage d'une première molécule, tenter le sevrage d'une deuxième jusqu'à 0 mg si possible;
- si l'on est incapable de cesser le ou les co-analgésiques, diminuer les dosages au minimum efficace et tenter d'autres diminutions un an plus tard.

Douleur neuropathique (DN)
Plan de prise en charge interdisciplinaire

2. Deuxième niveau de traitement

Définition :

Douleur neuropathique : douleur qui provient de la conséquence directe d'une lésion ou d'une maladie affectant le système somatosensoriel. Peut être d'origine centrale, périphérique ou mixte ^[1, 2], des exemples sont présentés à l'annexe 1.

2A Critères diagnostiques :

Douleur neuropathique récurrente non soulagée ou $\geq 4/10$ après 12 à 24 semaines.

2B Diagnostic

Le diagnostic ne nécessite habituellement pas de tests de laboratoire ou d'imagerie, sauf pour la douleur neuropathique d'origine radiculaire (ex. : cervico-brachialgie, lombosciatalgie). Le diagnostic de douleur neuropathique est généralement posé grâce à l'anamnèse et l'examen physique du patient. Dans le doute, le questionnaire DN4 ^[3] peut nous aider à orienter le diagnostic. *Questionnaire type de douleur DN4 ^[3] que vous pouvez retrouver avec le lien web (annexe 2).*

Certains diagnostics nécessitent une intervention spécifique :

- **syndrome de douleur régionale complexe** : voir algorithme de prise en charge interdisciplinaire du syndrome de douleur régionale complexe. Amorcer les traitements de 1^{er} niveau, prise en charge rapide en physiothérapie pour limiter les impacts sur la mobilité et faire rapidement une demande de consultation en clinique de douleur (3^e ou 4^e niveau). Vous référez au formulaire [Demande de consultation dans le traitement de la douleur chronique \(annexe 10\)](#);
- **zona**
- **neuropathie d'origine radiculaire** (ex. : cervico-brachialgie, lombosciatalgie);
- **polyneuropathie diabétique** : traiter agressivement le diabète et suivre l'algorithme de la douleur neuropathique;
- **névralgie du trijumeau** : la carbamazépine est le premier choix de traitement (voir les dosages dans le tableau des médicaments de 3^e niveau). S'il y a échec avec la carbamazépine, appliquer l'algorithme de traitement de la douleur neuropathique.

2C Traitement pharmacologique et interventions invasives

Ajustement de la posologie des médicaments de 1^{er} niveau si les doses sont sous-optimales. Maintenir la médication de 1^{er} niveau s'il y a eu une amélioration et ajouter un médicament de 2^e niveau. Sevrer les médicaments de 1^{er} niveau s'ils n'ont pas amélioré la condition du patient et recourir à un médicament de 2^e niveau.

i Médication :

- a Le choix du traitement est arbitraire et dépend en fait de plusieurs facteurs dont :
- ◆ l'efficacité du traitement pour la condition à traiter;
 - ◆ l'âge du patient : chez les personnes très âgées ayant plusieurs comorbidités ou consommant plusieurs médicaments, il est préférable de commencer par la plus faible dose possible et titrer plus lentement afin d'éviter la survenue d'effets indésirables;
 - ◆ les facteurs de comorbidité (maladie rénale, hépatique, apnée du sommeil);
 - ◆ le profil des effets secondaires du traitement;
 - ◆ la tolérance des effets secondaires chez un patient particulier;
 - ◆ le risque potentiel d'interaction médicamenteuse;
 - ◆ la présence concomitante d'un trouble d'anxiété, d'une dépression ou d'un trouble du sommeil;
 - ◆ le risque d'abus ou de surdose;
 - ◆ le coût et le remboursement du traitement.
- b Procédure pour amorcer un traitement analgésique pharmacologique :
- ◆ commencer par une molécule à la fois;
 - ◆ titrer progressivement la médication;
 - ◆ augmenter jusqu'à :
 - soulagement ou plafonnement de l'effet analgésique, atteinte de dose maximale, effets secondaires intolérables.
- c Si aucune amélioration avec une molécule :
la sevrer sur 1-2 semaines et commencer une nouvelle molécule agissant par un autre mécanisme d'action.
- d Si l'efficacité d'un agent plafonne :
combinaison avec une molécule ayant un mode d'action différent.
- e Si effets secondaires :
garder la dose minimale bénéfique (ne causant pas d'effets secondaires) et combiner avec une molécule ayant un mode d'action différent.
- f Indications spécifiques :
- ◆ La duloxétine (IRSN) est indiquée officiellement en neuropathie diabétique périphérique, fibromyalgie, lombalgie chronique et pour traiter la douleur associée à l'ostéoartrrose.
 - ◆ la prégabaline est indiquée officiellement pour la névralgie postherpétique, la neuropathie diabétique périphérique, la fibromyalgie et la douleur neuropathique associée à un traumatisme de la moelle.
 - ◆ En ce qui a trait à l'utilisation de la crème de lidocaïne, ne pas dépasser une surface d'application maximale de 300 cm², soit l'équivalent d'une demi-page de papier 8 1/2 x 11.

CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE.

- ◆ L'utilisation d'opioïdes, de tramadol ou de tapentadol est considérée comme des options de 1^{er} niveau pour le traitement de la douleur neuropathique dans les conditions suivantes :

- exacerbation de douleur neuropathique sévère;
- douleur neuropathique associée au cancer;
- durant le titrage avec un médicament de 1^{er} niveau.

Chez les personnes âgées, il est préférable de commencer les opioïdes, au besoin, à la moitié de la dose prescrite pour une personne plus jeune, puis de les administrer toutes les quatre heures uniquement s'ils sont bien tolérés.

Advenant l'échec des médicaments de 1^{er} niveau, les opioïdes peuvent être considérés à long terme.

- ii Interventions anesthésiques (si indiqué), par exemple : infiltration du nerf d'Arnold, du tunnel carpien ou sous-lésionnelle

Les interventions anesthésiques seront offertes dépendamment de plusieurs facteurs importants :

- ◆ la localisation de la douleur (dermatome impliqué);
- ◆ l'intensité de la douleur.

Ces traitements peuvent être répétés selon l'évolution et la réponse clinique chez les patients.

CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE.

Deuxième niveau ¹					
Médicament	Dose de départ ²	Titrage ²	Dose quotidienne efficace habituelle	Dose maximale	Délai habituellement recommandé pour juger de l'efficacité thérapeutique
<p><u>Opioides</u> ³</p> <p>Oxycodone Morphine Hydromorphone Fentanyl</p>	→Morphine : 2,5-10 mg aux 4 h ou prn (doses équianalgésiques pour les autres agents)	→Morphine, oxycodone et hydromorphone : après 1 ou 2 semaines, convertir la dose quotidienne totale en un opioïde à longue durée d'action et poursuivre l'opioïde à courte durée d'action au besoin. Fentanyl : ne doit pas être commencé chez un patient qui ne prend pas d'opioïde. Augmenter la force du timbre transcutané lentement aux 2 semaines, selon la réponse clinique.		→Il n'y a pas de dose maximale établie. Par contre, attention à la possibilité d'hyperalgésie avec des doses élevées d'opioïdes.	→2-4 semaines
Tramadol (non couvert)	→Action rapide : dose de départ : 1 à 2 comprimés aux 6 h prn, maximum 8 co/jour	→Lorsque la dose quotidienne à action rapide est stabilisée, la convertir en partie ou en totalité à une formulation à longue d'action.	→200 mg —	→400 mg par jour Chez les patients âgés de plus de 75 ans : 300 mg par jour	→2-4 semaines
Tapentadol (non couvert)	→Action rapide : dose de départ : ½ à 2 comprimés aux 4-6 h prn maximum 10 co/j	→Lorsque la dose quotidienne à action rapide est stabilisée, la convertir en partie ou en totalité à une formulation à longue d'action.		→500 mg par jour	→2-4 semaines
Buprénorphine (non couvert)	→Toujours commencer par un timbre transcutané de 5 µg/h pour 7 jours.	→Peut être amorcé chez un patient qui ne prend pas d'opioïde. Augmenter progressivement de 5 µg/h aux 1-2 semaines		→20 µg/h	→2-4 semaines

¹ L'ordre de présentation des médicaments dans le tableau ne correspond pas à un ordre de préférence.

² Chez les patients très âgés ayant plusieurs comorbidités ou consommant plusieurs médicaments, il est préférable de commencer par la plus faible dose possible et de titrer plus lentement afin d'éviter la survenue d'effets indésirables.

³ Privilégier la **libération prolongée** pour les opioïdes lorsqu'ils sont utilisés dans le traitement en deuxième niveau. Chez les personnes âgées, il est préférable de commencer les opioïdes, au besoin, à la moitié de la dose prescrite pour une personne plus jeune, puis de les administrer toutes les quatre heures uniquement s'ils sont bien tolérés.

CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE.

<i>Deuxième niveau</i> ¹						
Médicament	Indications officielles	Précautions	Contre-indications ²	Effets secondaires	Interactions médicamenteuses	Coût ³
<p><u>Opioides</u></p> <p>Oxycodone Morphine Hydromorphone Fentanyl Codéine</p>	Soulagement de la douleur	<p><i>Effets de classe :</i></p> <p>Antécédents de toxicomanie, MPOC, apnée du sommeil, risque suicidaire, insuffisance rénale (principalement pour la morphine)</p>		<p><i>Effets de classe :</i></p> <p>Nausées, vomissements, somnolence, étourdissements, constipation, diaphorèse, prurit, myoclonies, dépression respiratoire, hyperalgésie aux opioïdes, hypogonadisme</p>	<p>La codéine est un pro-médicament et est métabolisée par le CYP 450 2D6.</p> <p>L'oxycodone est métabolisée en partie par le CYP 450 2D6.</p> <p>Le fentanyl est métabolisé par le CYP 450 3A4.</p>	Autres : \$-\$\$\$
Tramadol	Analgésique Douleur aiguë modérée à moyennement sévère	<p>Possibilité de syndrome sérotoninergique et de convulsions si associé à certains antidépresseurs</p> <p>Il faut tenir compte de la dose totale d'acétaminophène chez les patients qui en consomment et à qui on prescrit du Tramacet® (tramadol et acétaminophène).</p>	<p>Contre-indiqué en association avec un IMAO Au moins 14 jours doivent s'écouler entre l'arrêt d'un IMAO et le début du traitement avec le tramadol et vice versa.</p> <p>Les formulations à libération prolongée sont contre-indiquées en insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine \leq 30 ml/min).</p>	Étourdissement, nausées, vomissements, constipation, somnolence	<p>Médicaments métabolisés par le CYP 2D6</p> <p>Demi-vie moindre en association avec un inducteur du CYP 3A4</p>	\$\$
Tapentadol	Analgésique Douleur aiguë modérée à modérément sévère	<p><i>Effets de classe :</i></p> <p>Antécédents de toxicomanie, MPOC, apnées du sommeil, risque suicidaire, insuffisance rénale (principalement pour la morphine)</p> <p>Possibilité de syndrome sérotoninergique et de convulsions si associé à certains antidépresseurs</p> <p>Non recommandé chez les patients ayant une fonction rénale altérée (clairance de la créatinine \leq 30 ml/min) ou insuffisance hépatique.</p>	<p>Dépression respiratoire significative</p> <p>Asthme aigu ou sévère</p> <p>Obstruction intestinale</p> <p>Contre-indiqué en association avec un IMAO Au moins 14 jours doivent s'écouler entre l'arrêt d'un IMAO et le début du traitement avec le tapentadol et vice versa.</p>	Étourdissement, nausées, vomissements, constipation, somnolence, dépression respiratoire, hypotension	La prise de la formulation à action prolongée avec de l'alcool peut augmenter le niveau plasmatique.	\$\$\$

CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE.

Buprénorphine	Douleur persistante d'intensité modérée	Appliquer sur une peau saine	<p>Iléus ou abdomen aigu, asthme aigu, syndrome obstructif ou asthmatique, dépression respiratoire grave ou hypercardie, alcoolisme aigu, delirium tremens, troubles convulsifs, dépression du SNC, grossesse, myasthénie grave, insuffisance hépatique grave, inhibiteurs de la mono-amine oxydase (IMAO)</p> <p>Au moins 14 jours doivent s'écouler entre l'arrêt d'un IMAO et le début du traitement avec la buprénorphine et vice versa.</p>	<p><i>Effets de classe :</i></p> <p>Nausées, vomissements, somnolence, étourdissements, constipation, diaphorèse, prurit, myoclonies, dépression respiratoire</p> <p>Érythémie cutanée au site d'application</p>	Métabolisé dans 30 % de la dose par le CYP 3A4	\$\$ - \$\$\$
---------------	---	------------------------------	--	--	--	---------------

¹ L'ordre de présentation des médicaments dans le tableau ne correspond pas à un ordre de préférence.

² Tous les médicaments sont contre-indiqués en présence de signes d'hypersensibilité au principe actif ou à tout autre ingrédient. Pour la femme enceinte ou qui allaite, une vérification doit être faite avant la prescription.

³ Coût d'une posologie moyenne : \$ = moins de 50 \$ par mois; \$\$: entre 50 et 100 \$ par mois; \$\$\$: plus de 100 \$ par mois.

2D Interventions non pharmacologiques

- i. Soins infirmiers : poursuivre le suivi et s'assurer de l'observance au traitement prescrit
 - o Évaluation :
 - ◆ Évaluation de l'efficacité du traitement É
 - ◆ Évaluation du risque suicidaire, de dépression et de dépendance É
 - ◆ PI, OSWERTRY B
 - o Enseignement :
 - ◆ Analgésiques et co-analgésiques, effets secondaires et adhésion au traitement (croyance vs réalité : dépendance, tolérance)
 - ◆ Auto-évaluation de la douleur/impact – Carnet de bord
 - ◆ Relaxation/respiration, application chaud/froid, gradation des activités, importance de bouger, rester actif, contrôle du poids
 - o Soutien et accompagnement :
 - ◆ Évaluation des croyances et attitudes par rapport à la douleur, aux médicaments et recadrage É
 - ◆ Développement des capacités d'autogestion (renforcement des compétences et résolution de problèmes) D
 - ◆ Soutien à la modification des habitudes de vie et mise en place de stratégies de soutien émotionnel, comportemental et instrumental pour limiter les impacts de la douleur sur la vie quotidienne S
 - o Collaboration et coordination :
 - ◆ Suivi avec le médecin et les autres professionnels S
 - ◆ Coordination des interventions interdisciplinaires C
 - ◆ Mise en œuvre des recommandations médicales M
 - ◆ Références vers autres professionnels, incluant le service social R
- ii. Psychothérapie : proposer d'abord au patient et à un proche de participer à des interventions de groupes dirigés par un psychologue et un autre professionnel. Au cours de ces séances, le psychologue peut faire le dépistage ou une validation des personnes qui ont une psychopathologie (dépression, troubles anxieux, trouble d'adaptation, difficultés familiales ou psychosociales, etc.) et, par la suite, leur offrir un suivi individuel (15 séances sont souvent nécessaires) pour traiter et prévenir la chronicisation des problèmes.

iii. Physiothérapie :

- Interventions générales (pour l'ensemble des patients) :
 - poursuivre, au besoin, ce qui a été entrepris au 1^{er} niveau;
 - effectuer une prise en charge de la problématique fonctionnelle (perte de mobilité, perte de force, troubles posturaux, spasmes musculaires);
 - lorsque les ressources sont disponibles, assurer le suivi pour 5 à 10 traitements de 45 minutes.

- iv. Programme d'autogestion
- v. Considérer les approches alternatives selon le cas

2E Suivi

Si la douleur persiste à $\geq 4/10$, établir un suivi au mois pour une période de 12 à 24 semaines.

2F Carnet de bord

L'utilisation du carnet de bord (annexe 6) est privilégiée dans la démarche d'autoprise en charge, de responsabilisation du patient souffrant de douleur chronique ainsi que comme moyen de communication entre le professionnel et le patient dans son parcours.

Dans le cadre du projet pilote sur le territoire du RUIS de l'Université de Montréal, dans la région de Montréal, portant sur la gestion de la douleur neuropathique, la composition du carnet de bord proposé est la suivante :

- suivi quotidien par le patient de l'intensité de la douleur et de la prise analgésique (annexe 8);
- en préparation de la rencontre avec l'équipe clinique, questionnaire (BPI) de 19 items sur l'impact fonctionnel de la douleur (annexe 6).

2G La douleur est-elle contrôlée?

La douleur est considérée comme étant contrôlée si $\leq 4/10$ (0 n'étant aucune douleur et 10, la pire douleur possible).

2H Réévaluation du traitement

Fixer des objectifs réalistes avec le patient. En général, pour une douleur neuropathique, un soulagement de 30 % ou une réduction de 2 points sur l'échelle de douleur est considérée comme cliniquement significative par les patients et les médecins^[5]. Lors de la réévaluation du **traitement pharmacologique, les mêmes principes qu'au point 2C s'appliquent**. Idéalement, le contrôle de la douleur devrait être atteint sur une période de 12 à 24 semaines.

2I Demande de consultation en clinique de douleur (3^e ou 4^e niveau).

Si échec après 12 à 24 semaines de traitement en 1^{er} et 2^e niveau : pas de soulagement adéquat; niveau fonctionnel non amélioré.

Vous référez au formulaire Demande de consultation dans le traitement de la douleur chronique (annexe 10).

2J Informations nécessaires lors de la demande de consultation :

- allergie à l'iode;
- diabète;
- utilisation d'anticoagulants (héparine, warfarine, NACO), d'antiplaquettaires, etc.

Ne nécessite habituellement pas de tests de laboratoire ou d'imagerie, sauf pour la douleur neuropathique d'origine radiculaire (ex. : cervico-brachialgie, lombosciatalgie). Pour la lombosciatalgie : se référer à l'algorithme de prise en charge de la douleur lombaire.

2M Offrir un suivi

Si la douleur est soulagée ($< 4/10$), garder la co-analgésie pour un minimum de 24 semaines.

Comme il n'y a pas de règles claires quant au sevrage de la co-analgésie, il est suggéré de

- sevrer une molécule à la fois;
- si échec de sevrage d'une première molécule, tenter le sevrage d'une deuxième jusqu'à 0 mg si possible;
- si l'on est incapable de cesser le ou les co-analgésiques, diminuer les dosages au minimum efficace et tenter d'autres diminutions un an plus tard.

3 Troisième et quatrième niveau de traitement

Définition :

Douleur neuropathique : douleur qui provient de la conséquence directe d'une lésion ou d'une maladie affectant le système somatosensoriel. Peut être d'origine centrale, périphérique ou mixte ^[1,2], des exemples sont présentés à l'annexe 1.

3A Critères diagnostiques :

Douleur neuropathique réfractaire après 12 à 24 semaines de traitement en 1^{er} et 2^e niveau.

3B Diagnostic

Le diagnostic ne nécessite habituellement pas de tests de laboratoire ou d'imagerie, sauf pour la douleur neuropathique d'origine radiculaire (ex. : cervico-brachialgie, lombosciatalgie). Le diagnostic de douleur neuropathique est généralement posé grâce à l'anamnèse et l'examen physique du patient. Dans le doute, le questionnaire DN4 ^[3] peut nous aider à orienter le diagnostic. *Questionnaire type de douleur DN4 ^[3] que vous pouvez retrouver avec le lien web (annexe 2)*

Certains diagnostics nécessitent une intervention spécifique :

- **syndrome de douleur régionale complexe** : voir algorithme de prise en charge interdisciplinaire du syndrome de douleur régionale complexe. Commencer les traitements de 1^{er} niveau, prise en charge rapide en physiothérapie pour limiter les impacts sur la mobilité et faire rapidement une demande de consultation en clinique de douleur (3^e ou 4^e niveau). Vous référez au formulaire [Demande de consultation dans le traitement de la douleur chronique \(annexe 10\)](#);
- **zona**
- **neuropathie d'origine radiculaire** (ex. : cervico-brachialgie, lombosciatalgie);
- **polyneuropathie diabétique** : traiter agressivement le diabète et suivre l'algorithme de la douleur neuropathique;
- **névralgie du trijumeau** : la carbamazépine est le premier choix de traitement (voir les dosages dans le tableau des médicaments de 3^e niveau). S'il y a échec avec la carbamazépine, appliquer l'algorithme de traitement de la douleur neuropathique.

3C Traitement pharmacologique et interventions invasives :

Ajustement de la posologie des médicaments de 1^{er} et 2^e niveau si les doses sont sous-optimales. Maintenir la médication de 1^{er} et 2^e niveau s'il y a eu une amélioration avec ces derniers et ajouter un médicament de 3^e ou 4^e niveau. Sevrer les médicaments de 1^{er} et 2^e niveau s'ils n'ont pas amélioré la condition du patient et commencer l'utilisation d'un médicament de 3^e ou 4^e niveau.

i Médication :

- a Le choix du traitement est arbitraire et dépend en fait de plusieurs facteurs dont :
- ◆ l'efficacité du traitement pour la condition à traiter;
 - ◆ l'âge du patient : chez les personnes très âgées ayant plusieurs comorbidités ou consommant plusieurs médicaments, il est préférable de commencer par la plus faible dose possible et de titrer plus lentement afin d'éviter la survenue d'effets indésirables;
 - ◆ les facteurs de comorbidité (maladie rénale, hépatique, apnée du sommeil);
 - ◆ le profil des effets secondaires du traitement;
 - ◆ la tolérance des effets secondaires chez un patient particulier;
 - ◆ le risque potentiel d'interaction médicamenteuse;
 - ◆ la présence concomitante d'un trouble d'anxiété, d'une dépression ou d'un trouble du sommeil;
 - ◆ le risque d'abus ou de surdose;
 - ◆ le coût et le remboursement du traitement.
- b Procédure pour amorcer un traitement analgésique pharmacologique :
- ◆ commencer par une molécule à la fois
 - ◆ titrer progressivement la médication;
 - ◆ augmenter jusqu'à :
 - soulagement ou plafonnement de l'effet analgésique, atteinte de dose maximale, effets secondaires intolérables.
- c Si aucune amélioration avec une molécule :
la sevrer sur 1-2 semaines et commencer une nouvelle molécule agissant par un autre mécanisme d'action.
- d Si l'efficacité d'un agent plafonne :
combinaison avec une molécule ayant un mode d'action différent.
- e Si effets secondaires :
garder la dose minimale bénéfique (ne causant pas d'effets secondaires) et combiner avec une molécule ayant un mode d'action différent.
- f Indications spécifiques :
- ◆ La duloxétine (IRSN) est indiquée officiellement en neuropathie diabétique périphérique, fibromyalgie, lombalgie chronique et pour traiter la douleur associée à l'ostéoarthrose.
 - ◆ La prégabaline est indiquée officiellement pour la douleur neuropathique associée à la névralgie post-herpétique, la neuropathie diabétique périphérique, la fibromyalgie et la douleur neuropathique associée à un traumatisme de la moelle.
 - ◆ En ce qui a trait à l'utilisation de la crème de lidocaïne, ne pas dépasser une surface d'application maximale de 300 cm², soit l'équivalent d'une demi-page de papier 8 1/2 x 11.

CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE.

- ◆ L'utilisation d'opioïdes, de tramadol ou de tapentadol est considérée comme des options de 1^{er} niveau pour le traitement de la douleur neuropathique dans les conditions suivantes :

- exacerbation de douleur neuropathique sévère;
- douleur neuropathique associée au cancer;
- durant le titrage avec un médicament de 1^{er} niveau.^[4]

Chez les personnes âgées, il est préférable de commencer les opioïdes, au besoin, puis de les administrer toutes les quatre heures uniquement s'ils sont bien tolérés.

Advenant l'échec des médicaments de 1^{er} niveau, les opioïdes peuvent être considérés à long terme.

- ii Interventions anesthésiques (si indiqué) par exemple : bloc stellaire, péridurales cervicale, thoracique, lombaire ou caudale, infiltration sous-lésionnelle, perfusion de kétamine, perfusion de lidocaïne

Les interventions anesthésiques seront offertes compte tenu de plusieurs facteurs importants :

- ◆ la localisation de la douleur (dermatome impliqué);
- ◆ l'intensité de la douleur;
- ◆ les contre-indications aux techniques neuraxiales, notamment la prise d'un traitement anticoagulant et/ou antiplaquettaire.

Ces traitements peuvent être répétés selon l'évolution et la réponse clinique chez les patients.

CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE.

Troisième niveau ¹					
Médicament	Dose de départ ²	Titrage ²	Dose quotidienne efficace habituelle	Dose maximale	Délai habituellement recommandé pour juger de l'efficacité thérapeutique
<u>Cannabinoïdes</u>					
Nabilone	→ 0,5-1 mg HS ou bid	→ 0,5-1 mg HS ou bid toutes les 1-4 semaines	→ 1-2 mg HS	→ 6 mg par jour	→ 2 semaines
Tetranabinex/ Nabidiolex (THC/CBD) par voie buccale (méd. exception)	→ 4 vaporisations buccales	→ Augmenter progressivement le nombre de vaporisations selon la tolérance du patient.	→ 8 vaporisations (1-2 vaporisations aux 4-6 h)	→ 12 vaporisations par jour	→ 2 semaines
<u>ISRS</u>					
Citalopram	→ 10 mg	→ 10 mg toutes les 1-4 semaines	→ 20-40 mg en une dose	→ 40 mg par jour	4-6 semaines
Paroxétine	→ 10 mg	→ 10 mg toutes les 1-4 semaines	→ 20-30 mg en une dose	→ 50 mg par jour	
<u>Autres antidépresseurs</u>					
Bupropion	→ 100 mg	→ 100 mg toutes les 1-4 semaines	→ 100-300 mg fractionnés en 1-2 doses Une dose unique ne doit pas dépasser 150 mg. Les doses supérieures à 150 mg doivent être divisées et administrées bid.	→ 300 mg par jour fractionnés en 2 doses	
<u>Autres anticonvulsivants</u>					
Carbamazépine	→ 50 mg bid	→ 100-200 mg par semaine	→ 400-1200 mg fractionnés en 2-4 doses	→ 1200 mg par jour fractionnés en 2-4 doses	4 semaines
Topiramate	→ 15 mg HS	→ 15-25 mg par semaine	→ 200-400 mg fractionnés en 2 doses	→ 400 mg par jour fractionnés en 2 doses	
Lévétiracétam	→ 250 mg bid	→ 500 mg par jour toutes les 1-4 semaines	→ 1000-3000 mg fractionnés en 2 doses	→ 3000 mg par jour fractionnés en 2 doses	
Oxcarbazépine (méd. exception)	→ 150 mg bid	→ 300 mg par jour toutes les 1-4 semaines	→ 900-1200 mg fractionnés en 2 doses	→ 2400 mg par jour fractionnés en 2 doses	
Lamotrigine	→ 25 mg bid	→ Très lente pour éviter les réactions cutanées graves : 50 mg par jour toutes les 2-4 semaines	→ 300-500 mg fractionnés en 2 doses	→ 500 mg par jour fractionnés en 2 doses	
Acide valproïque	→ 10-15 mg/kg/jour	→ 5-10 mg/kg/j	→ 1200-1800 mg par jour fractionnés en 3 doses	→ 1800 mg par jour (60 mg/kg/j) fractionnés en 3 doses	

¹ L'ordre de présentation des médicaments dans le tableau ne correspond pas à un ordre de préférence.

² Chez les patients très âgés ayant plusieurs comorbidités ou consommant plusieurs médicaments, il est préférable de commencer par la plus faible dose possible et de titrer plus lentement afin d'éviter la survenue d'effets indésirables.

CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE.

<i>Troisième niveau ¹</i>						
Médicament	Indications officielles	Précautions	Contre-indications ²	Effets secondaires	Interactions médicamenteuses	Coût ³
<u>Cannabinoïdes</u> Nabilone THC/CBD par voie buccale	→ Nausées et vomissements induits par la chimiothérapie → Traitement de la douleur chez les patients atteints de sclérose en plaques et de cancer	<i>Effets de classe :</i> Hypotension, antécédents psychiatriques Note : Les tests urinaires sont positifs pour le cannabis chez les patients consommant le THC/CBD par voie buccale.	<i>Effets de classe :</i> Allergie à la marijuana, antécédents de trouble psychotique	<i>Effets de classe :</i> Effets sur le SNC, troubles de concentration, hypotension, xérostomie, étourdissements → Irritation buccale	<i>Effets de classe :</i> Potentialisent les effets sédatifs des autres dépresseurs du SNC	\$\$\$
<u>ISRS</u> Citalopram Paroxétine <u>Autre antidépresseur</u> Bupropion	→ Citalopram et paroxétine : dépression, trouble obsessionnel-compulsif, trouble panique, phobie sociale, anxiété généralisée, état de stress post-traumatique → Bupropion : dépression, cessation tabagique	→ La paroxétine doit être utilisée de façon prudente chez les patients insuffisants hépatiques ou rénaux.	→ Bupropion : troubles convulsifs, trouble de l'alimentation, sevrage de l'alcool ou de sédatifs	<i>Effets de classe :</i> Étourdissements, somnolence, effets anticholinergiques, nausées, céphalées, augmentation de l'intervalle QT	Citalopram, paroxétine et bupropion : IMAO Au moins 14 jours doivent s'écouler entre l'arrêt d'un IMAO et le début du traitement avec le citalopram, la paroxétine ou le bupropion et vice versa. Citalopram et paroxétine : pimozone Paroxétine et bupropion : thioridazine → La combinaison du bupropion avec les antidépresseurs tricycliques abaisse le seuil de convulsion.	\$\$-\$\$\$
<u>Autres anticonvulsivants</u> Carbamazépine Topiramate Lévétiracétam Lamotrigine	→ Épilepsie, névralgie du trijumeau, traitement de la manie aiguë, prévention des troubles bipolaires → Épilepsie, migraine → Traitement adjuvant de l'épilepsie → Épilepsie		→ Carbamazépine : maladie hépatique, antécédents de porphyrie intermittente aiguë, troubles sanguins graves, antécédents d'insuffisance de la moelle osseuse	→ Carbamazépine : hépatite, syndrome de Stevens-Johnson, suppression de la moelle osseuse Exercer une surveillance clinique étroite et faire des épreuves de laboratoire tout au long du traitement. → Lamotrigine : allergies, effets centraux, réaction cutanée, y compris le syndrome de Stevens-Johnson	→ Carbamazépine : IMAO Au moins 14 jours doivent s'écouler entre l'arrêt d'un IMAO et le début du traitement avec la carbamazépine et vice versa. La carbamazépine est associée à de nombreuses autres interactions médicamenteuses. Avant de prescrire un autre médicament, il est suggéré de vérifier dans un ouvrage de référence ou de consulter un pharmacien. → Lamotrigine : carbamazépine, oxcarbazépine, phénytoïne, acide valproïque	\$-\$\$\$

¹ L'ordre de présentation des médicaments dans le tableau ne correspond pas à un ordre de préférence.

² Tous les médicaments sont contre-indiqués en présence de signes d'hypersensibilité au principe actif ou à tout autre ingrédient. Pour la femme enceinte ou qui allaite, une vérification doit être faite avant la prescription.

CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE.

³ Coût d'une posologie moyenne : \$ = moins de 50 \$ par mois; \$\$: entre 50 et 100 \$ par mois; \$\$\$: plus de 100 \$ par mois.

<i>Quatrième niveau¹</i>					
Médicament	Dose de départ²	Titrage²	Dose quotidienne efficace habituelle	Dose maximale	Délai habituellement recommandé pour juger de l'efficacité thérapeutique
Méthadone	2-3 mg q 6-12 h	Ajuster une fois par semaine		Pas de dose maximale établie Voir précautions	4-6 semaines
<u>Bloqueurs R-NMDA</u> Kétamine	Par voie orale : 10 mg tid ou qid avec du jus Par voie intraveineuse : premier bolus de 10 ou 20 mg, perfusion à 3 mg/heure	Par voie orale : doubler la posologie après 2 à 7 jours ad 450 mg par jour	Par voie orale : 100-300 mg par jour; posologie moyenne : 200 mg par jour, fractionnés en 3 ou 4 prises	Par voie orale : 450 mg par jour fractionnés en 3 ou 4 prises	Formulation per os : rapide, en quelques jours En perfusion : en quelques heures
Perfusion intermittente de lidocaïne	1 mg/kg bolus lentement suivi de 3 mg/kg en 1 heure			La dose maximale totale pour une perfusion intermittente est de 4 mg/kg	4 perfusions, à raison de 1 perfusion par semaine pour 4 semaines
<u>Action GABAergique</u> Clonazépam Baclofène	→ 0,5 mg par jour ou bid → 5 mg tid	→ 0,5 mg par jour ou bid toutes les 1-4 semaines → 5 mg tid tous les 3-7 jours	→ 2-6 mg fractionnés en 2 ou 4 prises → 10-80 mg fractionnés en 3 ou 4 prises	→ 6 mg par jour fractionnés en 2 ou 4 prises → 80 mg par jour fractionnés en 3 ou 4 prises	4-6 semaines
<u>Agonistes alpha-adrénergiques</u> Clonidine Tizanidine (non couvert) Mexilétine	→ 0,05 mg par jour ou bid → 2 mg hs → 200 mg par jour	→ 0,1 mg toutes les 2-4 semaines → 2-4 mg toutes les 1-2 semaines → augmenter à 200 mg BID puis 200 mg TID à intervalles de 2 jours	→ 0,1-0,2 mg fractionnés en 2 prises → Ad 36 mg fractionnés en 3 ou 4 prises	→ 0,6 mg par jour fractionnés en 2 prises → 36 mg par jour fractionnés en 3 ou 4 prises → 1200 mg /j par jour fractionnés en 3 prises	4-6 semaines

¹ L'ordre de présentation des médicaments dans le tableau ne correspond pas à un ordre de préférence.

² Chez les patients très âgés ayant plusieurs comorbidités ou consommant plusieurs médicaments, il est préférable de commencer par la plus faible dose possible et de titrer plus lentement afin d'éviter la survenue d'effets indésirables.

CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE.

Quatrième niveau ¹						
Médicament	Indications officielles	Précautions	Contre-indications ²	Effets secondaires	Interactions médicamenteuses	Coût ³
Méthadone	Abus de drogues, analgésique	Les équivalences équianalgésiques ne sont pas linéaires avec les autres opioïdes. Lorsque dose quotidienne supérieure ou égale à 80 mg : faire ECG (QTc prolongé) et électrolytes		Voir opioïdes	Interactions médicamenteuses possibles avec plusieurs agents, principalement ceux métabolisés par le CYP 450 3A4 et 2B6	\$-\$\$
<u>Bloqueurs R-NMDA</u> Kétamine	Anesthésique pour les procédures diagnostiques et chirurgicales	Antécédents de psychose, schizophrénie	Patients ayant des antécédents cardio-vasculaires	Somnolence, Hallucinations, cauchemars, effets centraux dissociatifs Ce risque peut être diminué avec l'ajout de midazolam 1 ou 2 mg dans la perfusion.	Potentiale l'action de certains bloqueurs neuromusculaires.	\$\$-\$\$\$
<u>Agonistes alpha-adrénergiques et anti-arythmiques</u> Clonidine Tizanidine Mexilétine	→ Hypertension artérielle → Spasticité → Arythmies	→ Une évaluation du risque d'hypotension orthostatique est suggérée au moment de la prescription de la clonidine. → La fonction hépatique peut être atteinte par la prise de tizanidine. Des bilans sanguins doivent être faits à 1, 3 et 6 mois. → Un ECG, et éventuellement une consultation en cardiologie, sont suggérés avant de commencer la mexilétine.	→ Patient souffrant de bradycardie sévère secondaire à un dysfonctionnement sinusal ou à un bloc AV	→ Hypotension orthostatique → Arythmies	→ Bêta bloquants, antidépresseurs tricycliques → Fluvoxamine, cyprofloxacin → Acétazolamide, chlorure d'ammonium, bicarbonate de sodium, caféine, fluvoxamine, phénytoïne, quinidine, rifampine, théophylline	\$

¹ L'ordre de présentation des médicaments dans le tableau ne correspond pas à un ordre de préférence.

² Tous les médicaments sont contre-indiqués en présence de signes d'hypersensibilité au principe actif ou à tout autre ingrédient. Pour la femme enceinte ou qui allaite, une vérification doit être faite avant la prescription.

³ Coût d'une posologie moyenne : \$ = moins de 50 \$ par mois; \$\$: entre 50 et 100 \$ par mois; \$\$\$: plus de 100 \$ par mois.

3D Interventions non pharmacologiques

Poursuivre l'approche interdisciplinaire et le programme d'éducation thérapeutique.

3E Suivi

Si douleur persistante, établir un plan de suivi individualisé

3F Carnet de bord

L'utilisation du carnet de bord (annexe 6) est privilégiée dans la démarche d'autoprise en charge, de responsabilisation du patient souffrant de douleur chronique ainsi que comme moyen de communication entre le professionnel et le patient dans son parcours.

Dans le cadre du projet pilote sur le territoire du RUIS de l'Université de Montréal, dans la région de Montréal, portant sur la gestion de la douleur neuropathique, la composition du carnet de bord proposé est la suivante :

- suivi quotidien par le patient de l'intensité de la douleur et de la prise analgésique (annexe 8);
- en préparation de la rencontre avec l'équipe clinique, questionnaire (BPI) de 19 items sur l'impact fonctionnel de la douleur (annexe 6).

3G La douleur est-elle contrôlée?

La douleur est considérée comme étant contrôlée si $\leq 4/10$ (0 n'étant aucune douleur et 10, la pire douleur possible).

3H Réévaluation du traitement pharmacologique et invasif

Fixer des objectifs réalistes avec le patient. En général, pour une douleur neuropathique, un soulagement de 30 % ou une réduction de 2 points sur l'échelle de douleur est considérée comme cliniquement significative par les patients et les médecins^[5]. Lors de la réévaluation du **traitement pharmacologique, les mêmes principes qu'au point 3C s'appliquent**. Idéalement, le contrôle de la douleur devrait être atteint sur une période de 12 à 24 semaines.

3K Critères de retour vers le médecin référent ou de congé de la clinique de la douleur

- Niveau de soulagement acceptable
- Plafonnement des options thérapeutiques

3L Informations à transmettre au professionnel référent en cours de traitement et lors du congé de la clinique de la douleur par l'équipe interdisciplinaire

- Diagnostic
- Résumé de l'évolution
- Résumé de traitement(s) tenté(s) et en cours
- Liste de médicaments en cours
- Suggestion de traitement venir s'il y a lieu

CET ALGORITHME DE TRAITEMENT NE SE SUBSTITUE PAS AU JUGEMENT CLINIQUE.

3M Offrir un suivi

Si la douleur est soulagée (< 4/10), garder la co-analgésie pour un minimum de 24 semaines.

Comme il n'y a pas de règles claires quant au sevrage de la co-analgésie, il est suggéré de

- sevrer une molécule à la fois;
- si échec de sevrage d'une première molécule, tenter le sevrage d'une deuxième jusqu'à 0 mg si possible;
- si l'on est incapable de cesser le ou les co-analgésiques, diminuer les dosages au minimum efficace et tenter d'autres diminutions un an plus tard.

ANNEXE 1

Tableau 1. Exemples de douleur neuropathique selon l'étiologie

<i>Origine périphérique</i>
Mononeuropathies
<ul style="list-style-type: none"> • Infectieuse (zona et névralgie post herpétique)
<ul style="list-style-type: none"> • Névralgie du trijumeau et névralgie faciale atypique
<ul style="list-style-type: none"> • Compression nerveuse et inflammation (névralgie d'Arnold, syndrome du tunnel carpien)
<ul style="list-style-type: none"> • Traumatique (section d'un nerf, postopératoire)
Polyneuropathies
<ul style="list-style-type: none"> • Métabolique (diabète, hypothyroïdie, urémie)
<ul style="list-style-type: none"> • Médicamenteuse (certains agents antinéoplasiques, isoniazide et certains agents anti-VIH)
<ul style="list-style-type: none"> • Toxique (alcool)
<ul style="list-style-type: none"> • Infectieuse (VIH)
<ul style="list-style-type: none"> • Déficience en vitamines
<ul style="list-style-type: none"> • Héritaire
<ul style="list-style-type: none"> • Autres : vasculite, etc.
<i>Origine centrale</i>
<ul style="list-style-type: none"> • AVC (90 % des cas)
<ul style="list-style-type: none"> • Sclérose en plaques
<ul style="list-style-type: none"> • Section traumatique de la moelle
<ul style="list-style-type: none"> • Autres : épilepsie, syringomyélie, maladie de Parkinson, etc.
<i>Origine mixte (centrale et périphérique)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Syndrome de douleur régionale complexe
<ul style="list-style-type: none"> • Membre fantôme
<ul style="list-style-type: none"> • Neuropathie d'origine radiculaire (ex. : cervico-brachialgie, lombosciatalgie secondaires à des hernies, une compression tumorale, etc.)

ANNEXE 2

Questionnaire type de douleur DN4

Source : <http://www.mapi-trust.org/services/questionnairelicensing>

ANNEXE 3

QUESTIONNAIRE SUR LA SANTÉ DU PATIENT-9 (PHQ-9)

Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants?

(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de sept jours	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses	0	1	2	3
2. Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou trop dormir	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie	0	1	2	3
5. Peu d'appétit ou trop manger	0	1	2	3
6. Mauvaise perception de vous-même — ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille	0	1	2	3
7. Difficultés à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Vous bougez ou parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer. Ou au contraire — vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude	0	1	2	3
9. Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre	0	1	2	3

For office coding: 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante : dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

Pas du tout
difficile(s)

Plutôt
difficile(s)

Très
difficile(s)

Extrêmement
difficile(s)

Mis au point par les D^{rs} Robert L. Spitzer, Janet B. Williams et Kurt Kroenke et collègues, et une bourse d'étude de Pfizer Inc. Aucune permission requise pour reproduire, traduire, afficher or distribuer.

Source : <http://www.phqscreeners.com/>

ANNEXE 4

GAD-7

Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants? <i>(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)</i>	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
1. Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
2. Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	0	1	2	3
3. Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	0	1	2	3
4. Difficulté à se détendre	0	1	2	3
5. Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	0	1	2	3
6. Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	0	1	2	3
7. Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T___ = ___ + ___ + ___)

Mis au point par les D^r Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke et collègues, grâce à une bourse de Pfizer Inc. Aucune permission requise pour reproduire, traduire, afficher ou distribuer.

Source : <http://www.phqscreeners.com/>

ANNEXE 5

Test de dépistage sur le niveau fonctionnel : OSWERTRY

Source : <http://www.mapi-trust.org/services/questionnairelicensing>

ANNEXE 6

Explications du concept derrière le carnet de bord :

Le carnet de bord est articulé autour des thèmes que l'on retrouve dans le cercle vicieux de la douleur. Chaque thème devient un module du carnet. Les sujets des modules sont les suivants : douleur, sommeil, médication, réactivation, changement, gestion du temps et positionnement, stress et relaxation, les proches et la sexualité. Des modules peuvent être ajoutés, au besoin, selon l'évolution du carnet et les besoins exprimés par les différents acteurs qui l'utiliseront. En effet, puisque c'est un carnet à anneaux, il est possible de faire des changements facilement. Le format suggéré permettra aussi aux intervenants d'ajouter des informations pertinentes selon leur champ d'expertise. (Par exemple, un programme d'exercice en physiothérapie ou en kinésiologie.)

Le premier module, celui de la douleur, comporte un questionnaire de réflexion qui comprend la condition globale de la personne. On y retrouvera donc l'ensemble de sa condition médicale, l'histoire de son accident, un aperçu de son histoire sociale. Cette section comprend des questions posées par la majorité des intervenants, incluant les médecins.

Le carnet contient de l'information générale sur la douleur chronique en lien avec les différents sujets touchés par les thèmes des modules. Il ne s'agit pas de donner l'information la plus complète sous forme d'un texte théorique, mais plutôt de transmettre l'essentiel en incluant des exercices d'auto-observation ou des réflexions personnelles pour que la personne puisse commencer son processus d'autogestion de sa condition. En ce sens, le carnet de bord devient un cahier de travail.

Le carnet de bord servira donc à la personne qui souffre de douleur chronique, mais aussi à son équipe traitante. Il favorise un langage commun entre les différents intervenants, ce qui est primordial dans l'intervention avec les personnes qui souffrent de douleur chronique. Puisque toute l'information est consignée dans le carnet, l'information donnée par un intervenant peut servir à un autre intervenant. Le carnet peut aussi permettre au médecin de voir les interventions faites et de mieux comprendre l'approche préconisée par l'équipe soignante. La mise en commun de l'information donnée à la personne permet également d'éviter la redondance entre les questionnaires proposés par les différents professionnels.

La personne doit, au début de chaque module, faire un exercice de réflexion par rapport à la problématique. Elle reçoit ensuite de l'information. Parallèlement, des exercices sont proposés pour permettre le développement d'un plan d'action pour mettre en application les enseignements. Ceci favorise l'autonomisation de la personne qui devient un partenaire actif dans sa réadaptation, un acteur principal dans l'application des stratégies d'autogestion.

Le carnet ne se veut pas une réadaptation en soi. Il s'agit plutôt d'information générale sur des thèmes qui sont, la majorité du temps, abordés avec les usagers qui souffrent de douleurs chroniques. Pour la personne et les intervenants, le carnet permet de suivre l'évolution des objectifs et de leur atteinte. L'utilisation du carnet doit idéalement être supervisée par des professionnels en douleur chronique. Ainsi, il n'est pas recommandé que le carnet soit utilisé seul par la personne. Puisque les informations sont générales, il ne contient pas de traitement spécifique. On ne retrouvera pas, par exemple, un programme d'exercices applicable pour tous. Celui-ci sera ajouté par le professionnel. Ainsi, l'outil permet de s'adapter aux besoins et aux particularités de la personne. Le niveau d'implication que la personne démontre à compléter son carnet de bord risque d'être un indice de sa motivation à entreprendre un processus de changement.

Carnet de bord - Impact fonctionnel de la douleur (BPI)

Cette section de votre carnet de bord est un outil qui vous aide à faire le point sur votre condition et qui facilitera la communication avec les professionnels que vous consultez.

☞ **Puisque vous êtes un partenaire dans la gestion de votre condition, c'est votre responsabilité de le compléter et de l'apporter avec vous lors de votre prochain rendez-vous.**

Avant chaque consultation, prenez quelques minutes pour compléter les questions suivantes.

Date à laquelle vous avez complété ces pages du carnet: ___ ___ ___
 jour mois année

☞ **Encerclez** sur l'échelle suivante le chiffre qui décrit le mieux votre douleur:

1 – Comment est la douleur que vous avez ressentie 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
Ce que je peux dire à propos de ma douleur :											
2 - Comment la douleur ressentie au cours des 7 derniers jours a interféré sur vos activités générales ?											
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
N'interfère pas											Interfère complètement
Activités que je ne fais plus :											

Carnet de bord - Impact fonctionnel de la douleur (BPI)

Cette section de votre carnet de bord est un outil qui vous aide à faire le point sur votre condition et qui facilitera la communication avec les professionnels que vous consultez.

☞ **Puisque vous êtes un partenaire dans la gestion de votre condition, c'est votre responsabilité de le compléter et de l'apporter avec vous lors de votre prochain rendez-vous.**

Avant chaque consultation, prenez quelques minutes pour compléter les questions suivantes.

Date à laquelle vous avez complété ces pages du carnet: ___ ___ ___
 jour mois année

☞ **Encerclez** sur l'échelle suivante le chiffre qui décrit le mieux votre douleur:

1 – Comment est la douleur que vous avez ressentie 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		
Ce que je peux dire à propos de ma douleur :												
2 - Comment la douleur ressentie au cours des 7 derniers jours a interféré sur vos activités générales ?												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
N'interfère pas										Interfère complètement		
Activités que je ne fais plus :												

Carnet de bord - Impact fonctionnel de la douleur (BPI)

☞ Encercler sur l'échelle suivante le chiffre qui décrit le mieux votre douleur:

3 – Comment la douleur ressentie au cours des 7 derniers jours a interféré avec votre humeur ?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N'interfère pas										Interfère complètement
Ce que je peux dire à propos de mon humeur :										
4 – Comment la douleur ressentie au cours des 7 derniers jours a interféré avec votre capacité de marcher ?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N'interfère pas										Interfère complètement
5 – Comment la douleur ressentie au cours des 7 derniers jours a interféré avec votre travail (incluant 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
6 – Comment la douleur ressentie au cours des 7 derniers jours a interféré avec vos relations avec les autres ?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N'interfère pas										Interfère complètement
Lorsque je suis avec les autres, je me sens :										

Carnet de bord - Impact fonctionnel de la douleur (BPI)

☛ **Encerclez** sur l'échelle suivante le chiffre qui décrit le mieux votre douleur:

7 – Comment la douleur ressentie au cours des 7 derniers jours a interféré avec votre sommeil ?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N'interfère pas										Interfère complètement
Moyens qui m'aident à dormir :										
8 – Comment la douleur ressentie au cours des 7 derniers jours a interféré avec votre goût de vivre ?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N'interfère pas										Interfère complètement
9 – Comment la douleur ressentie au cours des 7 derniers jours a interféré avec vos soins personnels ?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N'interfère pas										Interfère complètement
10 – Comment la douleur ressentie au cours des 7 derniers jours a interféré avec vos activités récréatives ?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N'interfère pas										Interfère complètement
Activités récréatives que je fais (ex. : loisirs, sports, etc.) :										

Carnet de bord - Impact fonctionnel de la douleur (BPI)

☛ **Encerclez** sur l'échelle suivante le chiffre qui décrit le mieux votre douleur:

11 – Comment la douleur au cours des 7 derniers jours a interféré avec vos activités sociales ?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N'interfère pas										Interfère complètement
Activités sociales que je fais :										
12 – Jusqu'à quel point, au cours des 7 derniers jours, vous êtes-vous senti déprimé ?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout										Extrêmement
Ce qui m'aide à me sentir mieux :										
13 – Jusqu'à quel point, au cours des 7 derniers jours, votre douleur a interféré avec votre vie sexuelle ?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
N'interfère pas										Interfère complètement
Je suis d'accord de discuter de ma sexualité avec un professionnel Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>										
14 – Jusqu'à quel point avez-vous peur que votre condition se détériore si vous bougez ?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pas du tout										Extrêmement
Ma principale inquiétude en lien avec ma douleur est :										

Carnet de bord - Impact fonctionnel de la douleur (BPI)

Depuis votre dernier rendez-vous avec un professionnel de la santé pour votre douleur, est-ce que :		
1. Votre douleur a:	2. Votre fonctionnement s'est:	3. Votre qualité de vie s'est:
<input type="checkbox"/> Considérablement augmenté <input type="checkbox"/> Beaucoup augmenté <input type="checkbox"/> Un peu augmenté <input type="checkbox"/> Inchangé <input type="checkbox"/> Un peu diminué <input type="checkbox"/> Beaucoup diminué <input type="checkbox"/> Considérablement diminué	<input type="checkbox"/> Considérablement détérioré <input type="checkbox"/> Beaucoup détérioré <input type="checkbox"/> Un peu détérioré <input type="checkbox"/> Inchangé <input type="checkbox"/> Un peu amélioré <input type="checkbox"/> Beaucoup amélioré <input type="checkbox"/> Considérablement amélioré	<input type="checkbox"/> Considérablement détériorée <input type="checkbox"/> Beaucoup détériorée <input type="checkbox"/> Un peu détériorée <input type="checkbox"/> Inchangée <input type="checkbox"/> Un peu améliorée <input type="checkbox"/> Beaucoup améliorée <input type="checkbox"/> Considérablement améliorée
4. Veuillez indiquer sur l'échelle suivante le pourcentage de soulagement de votre douleur que vous avez observé depuis votre dernier rendez-vous avec un professionnel de la santé.		
0% 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100%		
Aucun soulagement Soulagement complet		
5. Veuillez indiquer votre degré de satisfaction face aux <u>traitements de la douleur (incluant les médicaments)</u> que vous avez reçus depuis votre dernier rendez-vous avec un professionnel de la santé.		
<input type="checkbox"/> Très insatisfait(e) <input type="checkbox"/> Insatisfait(e) <input type="checkbox"/> Un peu insatisfait(e) <input type="checkbox"/> Un peu satisfait(e) <input type="checkbox"/> Satisfait(e) <input type="checkbox"/> Très satisfait(e) <input type="checkbox"/> Non applicable		

ANNEXE 7

Interprétation des tests de dépistage

1) Questionnaire PHQ-9^[6]

Le score total varie de 0 à 27.

Score de 0 à 4 : pas de dépression ou dépression minimale

Score de 5 à 9 : dépression légère

Score de 10 à 14 : dépression modérée

Score de 15 à 19 : dépression modérément sévère

Score de 20 à 27 : dépression sévère

2) Questionnaire GAD-7^[7]

Le score total varie de 0 à 21.

Score de 0 à 4 : pas d'anxiété ou anxiété minimale

Score de 5 à 9 : anxiété légère

Score de 10 à 14 : anxiété modérée

Score ≥ 15 : anxiété sévère

3) *Brief Pain inventory*^[8]

Pour les échelles de douleur du BPI : 1-3 sont considérées comme une douleur faible, 4-6 comme étant une douleur modérée, et 7-10 comme étant une douleur sévère.

Pour les échelles d'interférence (fonctionnelle) du BPI, 1-3 sont considérées comme une interférence faible, 4-6 comme une interférence modérée, et 7-10 comme une interférence sévère.

La somme des scores sur toutes les échelles d'interférence peut être utilisée pour le suivi des patients.

4) OSWERTRY (questionnaire sur l'impact fonctionnel de la douleur)^[9]

Lorsque toutes les 10 sections sont remplies (maximum 5 points par section), le score total varie de 0 à 50, exprimé en %. S'il manque une ou plusieurs sections (ou ne s'appliquent pas), le score total est calculé par rapport au nombre maximal de points possibles (ex. : pour 9 sections, le nombre total de points possibles est de 45), puis exprimé en pourcentage.

Score 0 %-20 %: impact léger

Score 20 %-40 % impact modéré

Score 40 %-60 %: impact élevé

Score 60 %-80 %: impact très élevé

Score 80 %-100 %: Ces patients sont alités ou exagèrent leurs symptômes. Ceci peut être évalué par une observation attentive du patient pendant un examen médical.

5) Adaptation du PQRST Douleur neuropathique

Le PQRST est un outil d'évaluation de la douleur utilisé principalement lors de l'évaluation initiale pour toute population souffrante.

P : Facteurs provoquants et soulageant

Q : Qualité

R : Région - Irradiation

S : Sévérité

T : Temps

	Centrale	Périphérique polyneuropathies	Périphérique Mononeuropathies
Région	SNC, syndrome complexe régional	Extrémités supé et inf., neuromusculaire	Compression - moelle épinière, terminaisons nerveuses
P (facteurs provoquants)	Froid, Toucher léger, chaleur, émotion, blessure	Activité de la vie quotidienne, trauma, inflammation, traitement	Activité de la vie quotidienne, trauma, inflammation, traitement
Q (qualité)	Brûlure, endolorie, poignardant	Poignardant, choc électrique	Brûlure, endolorie, profonde, déchirement
R (irradiation/région)	Unilatérale et diffusée du côté opposé à la lésion	Localisée	Localisée, irradiant le long des terminaisons nerveuses
S (sévérité)	Légère à sévère	Légère à sévère	Légère à sévère
T (temps)	Continue/transitoire	Continue/transitoire	Continue/transitoire

ANNEXE 8

Carnet de bord - Suivi quotidien de l'intensité de la douleur et de la prise analgésique

Utilisez l'échelle d'intensité de douleur ci-dessous et écrivez le degré d'intensité de douleur ressentie durant la journée. Le but est de maintenir le niveau de douleur au dessous de 4 sur 10.

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

Date	Heure	Nom du médicament et quantité	Intensité (0 à 10) de la douleur lors de la prise du médicament	Intensité (0 à 10) de la douleur après 1 à 2 heures	Effets secondaires	S'il y a lieu, nommez l'activité ayant fait augmenter la douleur

ANNEXE 9



**Demande d'avis téléphonique
Traitement de la douleur chronique
Boîte vocale : 514-890-8000 p. 16802
Numéro de fax : 514-412-7041**

N. B. Les messages laissés sur la boîte vocale sont écoutés 1 fois par jour. Il en est de même pour les fax qui sont récupérés 1 fois par jour.

N. B. Deux médecins spécialistes participent à ce projet. Les téléconsultations ont lieu les mardis AM (de 8 h 30 à 11 h 30) et les mercredis PM (de 13 h à 16 h).

Identification du médecin requérant ou de l'IPS Date : _____

Prénom, Nom : _____ **No pratique** _____

Adresse courriel : _____ (pour l'envoi de 2 questionnaires d'évaluation après l'appel)

Adresse : _____

Téléphone : _____

Prénom et nom de la personne à contacter pour fixer le RDV téléphonique : _____

Numéro de téléphone à contacter pour fixer le RDV (si différent de celui-ci dessus): _____

(NB : Les informations ci-dessus vont demeurer confidentielles)

Motif de l'appel (cocher A ou B)

A – Renseignement concernant un médicament, une intervention ou une pathologie :

Dans ce cas, vous n'avez pas à compléter la suite de ce formulaire. SVP, faxez le formulaire au numéro suivant : 514-412-7041

Nous communiquerons avec vous pour fixer la date et l'heure du rendez-vous téléphonique.

B – Avis téléphonique concernant un patient :

Dans ce cas, vous devez remplir ce formulaire. Les informations sont nécessaires pour permettre l'ouverture d'un dossier. SVP, faxez le formulaire au numéro suivant : 514-412-7041

Nous communiquerons avec vous pour fixer la date et l'heure du rendez-vous téléphonique.

Un consentement a été obtenu de la part du patient pour autoriser l'obtention d'un avis téléphonique. À titre d'exemple, vous trouverez un formulaire à cet effet sur le site web ou avec l'envoi par fax que vous pourrez garder au dossier du patient.

Identification du patient – Ces informations sont nécessaires pour des raisons médico-légales

Prénom et nom à la naissance : _____ Date de naissance : _____
Numéro d'Assurance-maladie : _____ Expiration : _____
année mois

Adresse complète : _____

Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____
Télécopieur : _____

Nationalité : _____ Lieu de naissance : _____
État civil : _____ Nom, Prénom (père) : _____
Nom, Prénom (mère) : _____

Coordonnées du (de la) conjoint(e) :
Téléphone 1 : _____ Téléphone 2 : _____
Télécopieur : _____

Personne à rejoindre en cas d'urgence :
Téléphone : _____ Lien de parenté : _____
Téléphone : _____ Lien de parenté : _____

Diagnostic du patient : _____

Raison de l'avis téléphonique : _____

Autres antécédents

Médicaux Ulcère gastrique Diabète Insuffisance rénale Cancer
 Autre : _____

Chirurgicaux : _____

Psychiatriques : Dépression Abus d'alcool, de médicament, d'autres substances, et/ou tabagisme

Autres conditions causant une douleur chronique : _____

Éléments pertinents à l'examen physique : _____

Médication actuelle et dosage _____

Prise de cortisone per os : _____

Prise d'anticoagulant : _____

Médication déjà tentée : _____

Allergie : _____

SVP. inclure

- ✓ Rapports de consultation
- ✓ Examens paracliniques
- ✓ Rapports d'imagerie
- ✓ Toutes informations pertinentes à cet avis

Toute demande incomplète sera retournée

Lors de l'appel téléphonique, vous devez avoir en main le dossier du patient pour répondre aux questions portant sur les antécédents, l'histoire médicale, l'examen physique et les résultats d'investigation et de consultation pertinente.

L'accès téléphonique n'est pas un service d'urgence en douleur chronique. Si votre patient nécessite éventuellement une consultation en clinique de la douleur, il sera priorisé selon les critères déjà établis à cet effet.

L'avis téléphonique ne constitue pas une consultation médicale. En tant que médecin traitant, vous aurez à décider du plan de traitement que vous jugerez approprié pour votre patient, et ce, quelles que soient les suggestions qui auront été faites pour ce dernier durant l'avis téléphonique. De plus, c'est à vous que revient de poursuivre la prise en charge de celui-ci.

N. B. VEUILLEZ CONSERVER CE DOCUMENT AU DOSSIER DU PATIENT

Signature du médecin traitant ou de l'IPS

Date

Histoire de la condition douloureuse

Depuis quand le patient se plaint-il de douleur ? ≤ 3 mois ≤ 12 mois > 12 mois

Circonstance d'apparition de la douleur

- Accident, spécifier _____
- Chirurgie, spécifier _____
- Maladie, spécifier _____
- Autre, spécifier _____

Autres conditions douloureuses

- Fibromyalgie, spécifier _____
- Migraine, spécifier _____
- Autre, spécifier _____

Autres conditions de santé

Santé physique

- Diabète
- Cancer Présent Passé
- Maladie cardiovasculaire
- Maladie auto-immune, spécifier _____
- Autre, spécifier _____

Santé psychologique

- Abus de substances
- Dépression
- Stress post-traumatique
- Troubles anxieux
- Troubles cognitifs
- Autre, spécifier _____

SECTION À COMPLÉTER LORSQUE PERTINENT À LA DEMANDE DE CONSULTATION

Cocher et inclure les rapports d'investigation et de consultation pertinents

	Complété	À venir
Investigations médicales		
Laboratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, spécifier _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Complété	En cours	À venir
Consultations spécialisées			
Clinique de la douleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réadaptation interdisciplinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, spécifier _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Complété	À venir
Interventions médicales		
Bloc, spécifier _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie, spécifier _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, spécifier _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Complété	En cours	À venir
Approches thérapeutiques			
Physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programme d'exercices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, spécifier _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Médication déjà tentée & joindre liste actuelle de médicament(s)

- AINS / Acétaminophène
- Antidépresseurs
- Autres
- Anticonvulsivants
- Narcotiques

Toute demande incomplète sera retournée

En référant ce patient, je m'engage à assurer un suivi de sa condition de douleur chronique pendant le traitement et à la suite de son congé de la clinique de la douleur/centre de réadaptation. Si je suis un médecin consultant spécialiste, je m'engage à informer le médecin traitant de cette demande de référence, et ce, afin que le médecin traitant assure le suivi auprès du patient.

Signature _____

Date _____

RÉFÉRENCES

1. Treede RD, Jensen TS, Campbell JN, Cruccu G, Dostrovsky JO, Griffin JW, Hansson P, Hughes R, Nurmikko T, Serra J: **Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes.** *Neurology* 2008, **70**(18):1630-1635.
2. Jensen TS, Baron R, Haanpaa M, Kalso E, Loeser JD, Rice AS, Treede RD: **A new definition of neuropathic pain.** *Pain* 2011, **152**(10):2204-2205.
3. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H, Boureau F, Brochet B, Bruxelle J, Cunin G, Fermanian J, Ginies P, Grun-Overdyking A *et al*: **Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4).** *Pain* 2005, **114**(1-2):29-36.
4. Dworkin RH, O'Connor AB, Backonja M, Farrar JT, Finnerup NB, Jensen TS, Kalso EA, Loeser JD, Miaskowski C, Nurmikko TJ *et al*: **Pharmacologic management of neuropathic pain: evidence-based recommendations.** *Pain* 2007, **132**(3):237-251.
5. Farrar JT, Young JP, Jr., LaMoreaux L, Werth JL, Poole RM: **Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale.** *Pain* 2001, **94**(2):149-158.
6. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB: **Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire.** *JAMA : the journal of the American Medical Association* 1999, **282**(18):1737-1744.
7. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Lowe B: **A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7.** *Archives of internal medicine* 2006, **166**(10):1092-1097.
8. Cleeland CS: **Brief Pain inventory: user guide.** Houston, Texas; 2009.
9. Vianin M: **Psychometric properties and clinical usefulness of the Oswestry Disability Index.** *Journal of chiropractic medicine* 2008, **7**(4):161-163.