



# Repenser la douleur

Sous la direction de  
PIERRE BEAULIEU

Les Presses de l'Université de Montréal

Extrait de la publication

# REPENSER LA DOULEUR

*Page laissée blanche*

*Sous la direction de*  
**PIERRE BEAULIEU**

# Repenser la douleur

Actes du premier Colloque francophone sur la douleur

18 septembre 2007  
Montréal (Québec)

**Les Presses de l'Université de Montréal**

Les enregistrements vidéo de l'ensemble des interventions et des discussions reprises dans le présent ouvrage sont accessibles sur le site Internet du Colloque francophone sur la douleur :

[www.colloquedouleur.ca](http://www.colloquedouleur.ca)

*Catalogage avant publication de Bibliothèque et Archives Canada*

Colloque francophone sur la douleur (1<sup>er</sup> : 2007 : Montréal, Québec)

Penser la douleur : actes du premier Colloque francophone sur la douleur

Textes présentés lors du premier Colloque francophone sur la douleur, tenu à Montréal le 18 sept. 2007.

Comprend des réf. bibliogr.

ISBN 978-2-7606-2112-1

eISBN 978-2-7606-2531-0

1. Douleur – Congrès. 2. Douleur – Traitement – Congrès. 3. Douleur chronique – Congrès. I. Beaulieu, Pierre, 1958- . II. Titre.

RB127.C64 2007 616'.0472 C2008-941014-9

Dépôt légal : 2<sup>e</sup> trimestre 2008

Bibliothèque nationale du Québec

© Les Presses de l'Université de Montréal, 2008

Les Presses de l'Université de Montréal reconnaissent l'aide financière du gouvernement du Canada par l'entremise du Programme d'aide au développement de l'industrie de l'édition (PADIÉ) pour leurs activités d'édition.

Les Presses de l'Université de Montréal remercient de leur soutien financier le Conseil des Arts du Canada et la Société de développement des entreprises culturelles du Québec (SODEC).

IMPRIMÉ AU CANADA EN JUIN 2008

## Remerciements

L'organisation du premier Colloque francophone sur la douleur et la présente publication n'ont été rendues possibles que grâce aux subventions obtenues auprès d'organismes publics, dont les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), dans le cadre d'une bourse relative à l'application des connaissances, les facultés de médecine et de médecine dentaire de l'Université de Montréal, le Centre de recherche du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) et le Réseau québécois de recherche sur la douleur, ainsi que par les contributions de partenaires industriels dont Abbott, Bayer Canada, Janssen-Ortho, Pfizer, Sanofi-Aventis et Valeant.

Nous souhaitons également remercier les docteures Isabelle Ganache (bioéthicienne) et Michelle Pimont (psychiatre et doctorante en bioéthique) pour le remarquable travail de transcription des discussions qu'elles ont effectué.

*Page laissée blanche*

## Présentation du colloque

PIERRE BEAULIEU<sup>1</sup>

La douleur chronique est plus qu'un symptôme; c'est une maladie qui touche une part de plus en plus importante de la population. Devant le constat d'une prise en charge souvent sous-optimale, le modèle traditionnel de soins qui oublie la personne dans sa globalité est remis en question. L'amélioration de la prise en charge des patients atteints de douleur chronique doit passer par l'établissement de nouvelles formes de dialogues entre les chercheurs, les cliniciens et les patients. Tant en recherche qu'en clinique, le travail « en silo » doit céder la place à une réelle interdisciplinarité où seront pris en compte les enjeux contemporains majeurs, qu'ils soient sociaux et économiques, culturels et politiques, ou encore éthiques.

Il est en effet regrettable que la recherche actuelle fasse relativement peu de place à l'apport de disciplines comme la sociologie, l'anthropologie, le droit, la philosophie, la théologie ou l'éthique dans la compréhension du phénomène

1. Anesthésiologiste et pharmacologue. Professeur agrégé aux Départements d'anesthésiologie et de pharmacologie de la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Co-organisateur du colloque.



douloureux. Le temps est venu de penser la douleur à travers un paradigme intégratif nouveau, où chaque discipline apportera une contribution scientifique unique et complémentaire.

Ce colloque, et ceux qui suivront, permettront à des acteurs de champs disciplinaires divers de faire le point sur la compréhension du phénomène douloureux chronique, de traiter d'aspects rarement abordés dans ce domaine, d'interroger les approches cliniques et de jeter les bases de nouvelles avenues de recherche.

La suite de cette intervention visera principalement à établir les bases d'un langage commun en proposant notamment certains repères théoriques, une clarification de concepts et quelques définitions.

## RÉALITÉ DE LA DOULEUR CHRONIQUE

### *Définition et généralités*

D'après l'International association for the study of pain (IASP), la douleur est une « sensation désagréable et une expérience émotionnelle en réponse à une atteinte tissulaire réelle, ou décrite en ces termes<sup>2</sup> ». Une douleur chronique est une douleur qui est présente depuis 3 à 6 mois.

On estime qu'environ un individu sur cinq souffre de douleur chronique, et ce nombre augmente de façon alarmante dans notre population vieillissante. La douleur est la principale raison de consultation médicale, responsable de plus de 40 millions de visites par an aux États-Unis<sup>3</sup> et également de plus de 50 % des consultations en médecine d'urgence.

Il existe des coûts importants associés au traitement de la douleur, notamment ceux des médicaments et les journées de travail perdues.

2. D'après le site de l'IASP, < [www.iasp-pain.org](http://www.iasp-pain.org) >.

3. V. Brower, « New paths to pain relief », *Nature Biotechnology*, vol. 18, n° 4, avril 2000, p. 387-391.

### *Épidémiologie de la douleur chronique*

Des données ont été recueillies dans 15 pays européens et en Israël lors d'un sondage téléphonique réalisé auprès de 46 394 participants<sup>4</sup>. Dans cette étude, la douleur chronique était définie comme une douleur persistante depuis plus de six mois, présente dans le mois précédant l'entrevue, au moins deux jours par semaine et évaluée à plus de 5 points sur une échelle d'intensité qui en comptait 10. La prévalence variait selon les pays : de 12 % en Espagne jusqu'à 30 % en Norvège ; en moyenne, des douleurs modérées à sévères étaient présentes chez 19 % de la population adulte, affectant sérieusement la qualité de vie professionnelle et sociale. On relevait que seulement la moitié des patients avaient bénéficié d'une prise en charge adéquate de leur douleur. En conclusion, les auteurs caractérisaient la douleur chronique comme un problème majeur de santé publique et recommandaient expressément de la prendre plus au sérieux.

Des données canadiennes ont été obtenues après entrevues téléphoniques chez 2012 patients adultes de plus de 18 ans<sup>5</sup>. Le taux de réponse était de 19,1 % chez des patients souffrant de douleur continue ou intermittente depuis six mois ou plus. Des douleurs chroniques non cancéreuses étaient rapportées chez 29 % de la population (plus chez les femmes et les sujets âgés). Ces douleurs duraient en moyenne depuis 10,7 années, avec une intensité moyenne de 6,3 sur 10. Ces douleurs étaient modérées à sévères dans 80 % des cas, mais un opioïde fort n'avait été prescrit que dans moins de 10 % des cas. En conclusion, les auteurs s'inquiétaient de l'insuffisance du traitement

4. H. Breivik *et al.*, «Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment», *European Journal of Pain*, vol. 10, n° 4, mai 2006, p. 287-333.

5. D. E. Moulin *et al.*, «Pain in Canada: prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia», *Pain Research and Management*, vol. 7, n° 4, hiver 2002, p. 179-184.

de ces douleurs et de leur impact social, considéré comme majeur chez 50 % des patients.

Au Québec, deux études récentes se sont intéressées à la réalité de la douleur chronique. La première a consisté en une enquête menée auprès des services d'anesthésie du Québec sur la prise en charge de la douleur chronique<sup>6</sup>. La liste d'attente était de 0 à 2 ans, et des 4500 patients en attente d'une première évaluation médicale, 67 % attendaient depuis 9 mois ou plus. En conclusion, les auteurs déploraient le manque de ressources pour le traitement de la douleur et les effets délétères de ces moyens limités sur l'accessibilité et la qualité des services offerts.

Dans la deuxième étude québécoise, des données de la Régie de l'assurance maladie du Québec ont été étudiées pour 4012 patients identifiés comme souffrant d'un désordre neuropathique douloureux<sup>7</sup>. Comparé à un groupe témoin, le groupe des patients présentant des douleurs neuropathiques avait plus de comorbidités, consultait plus fréquemment et encourait des coûts de soins de santé plus élevés.

À la lumière de ces études, un constat s'impose : la douleur est un problème majeur de santé publique qui, pour être résolu, nécessite une amélioration – et sans doute, une autre vision – de sa prise en charge. Dans cette veine, le cadre des compétences CanMEDS et le concept d'« application des connaissances » développé par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) sont des pistes intéressantes pour situer, penser et mettre en œuvre une véritable approche interdisciplinaire.

6. Y. Veillette *et al.*, « The treatment of chronic pain in Québec: a study of hospital-based services offered within anesthesia departments », *Canadian Journal of Anaesthesia*, vol. 52, n° 6, juin-juillet 2005, p. 600-606.

7. J. Lachaine *et al.*, « Painful neuropathic disorders: an analysis of the Régie de l'Assurance Maladie du Québec database », *Pain Research and Management*, vol. 12, n° 1, printemps 2007, p. 31-37.

### *Le cadre des compétences CanMEDS*

À l'initiative du Collège des médecins et chirurgiens du Canada, le cadre des compétences CanMEDS vise à améliorer les soins dispensés aux patients. En visant l'excellence des normes, des médecins et des soins, il s'agit de s'éloigner de l'approche traditionnelle, dite « par objectifs » et centrée sur la seule expertise du médecin, et de redéfinir les compétences nécessaires à l'éducation en médecine et à une pratique clinique optimale. Bien entendu, l'initiative ne revient pas aux seuls médecins et intéresse tous les professionnels de la santé (infirmières, physiothérapeutes, pharmaciens...). La méthode pédagogique choisie est l'« approche par compétences ».

Une compétence est définie comme « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations<sup>8</sup> ». Sept compétences sont ainsi répertoriées : à côté de l'expertise médicale qui joue un rôle central, citons la collaboration, la communication, le professionnalisme, l'érudition, la gestion, et la promotion de la santé<sup>9</sup>. Ces compétences sont dites transversales parce qu'elles dépassent les frontières des savoirs disciplinaires et professionnels puisque leur champ d'application est limité à un ensemble restreint de situations. Dans l'esprit du colloque, arrêtons-nous sur les idées de collaboration interprofessionnelle et d'érudition.

La *collaboration interprofessionnelle* est un processus de communication et de prise de décisions qui permet aux connaissances et aptitudes distinctes et partagées des prestataires de soins de santé d'influencer de façon synergique les

8. J. Tardif, « Le concept de compétence », dans *L'évaluation des compétences*, Montréal, Chenelière Éducation, 2006, p. 13-51.

9. D'après le site du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, < <http://crmcc.medical.org/canmeds/index.php> >.

soins prodigués au patient<sup>10</sup>. Ainsi, le savoir est partagé plutôt que juxtaposé, les objectifs sont communs plutôt que propres à chaque discipline, les interventions sont concertées plutôt que parallèles et la décision et la responsabilité sont partagées plutôt qu'exclusives à chaque professionnel<sup>11</sup>. La collaboration interprofessionnelle peut prendre différentes formes: réunions d'équipes, consultations, échanges, voire organisation de colloques comme celui qui nous réunit.

*L'érudition*, quant à elle, est vue comme l'acquisition continue du savoir, l'analyse critique de l'information et l'application à la prise de décisions clinique. Cette aptitude intervient à de nombreux niveaux, que l'on pense à l'enseignement aux familles, aux patients ou aux étudiants, ou à la création, à la diffusion et à l'application des connaissances pour l'instauration de nouvelles pratiques médicales – ici encore, ce colloque est un exemple intéressant.

## L'APPLICATION DES CONNAISSANCES

### *Définition*

Conformément à leurs visées d'excellence, les IRSC ont défini l'application des connaissances comme :

[...] l'échange, la synthèse et l'application éthique des connaissances dans un système complexe d'interactions entre chercheurs et utilisateurs pour accélérer la concrétisation des avantages de recherche pour les Canadiens. À savoir une meilleure santé, de meilleurs produits et services et un système de santé renforcé<sup>12</sup>.

10. J. Goudreau et H. Dion, «La collaboration interprofessionnelle», dans *La communication professionnelle en santé*, C. Richard et M.-T. Lussier (dir.), Montréal, ERPI, 2005, p. 557-596.

11. Paule Lebel, *Introduction aux compétences CanMEDS. Cours de formation des leaders pédagogiques*, Centre de pédagogie appliquée aux sciences de la santé, Université de Montréal, 2006.

12. Voir le site des IRCS, < <http://www.cihir-irsc.gc.ca/f/29418.html> >.

Plus simplement, il s'agit de réduire l'écart entre ce que nous savons et ce que nous faisons. À cet effet, les IRSC ont défini un cadre de plan stratégique lié à l'application des connaissances pour la période 2004-2009. L'accent y est notamment mis sur la notion d'échanges actifs entre les chercheurs qui créent de nouvelles connaissances et ceux qui utilisent ces connaissances<sup>13</sup>.

### *Les échanges bilatéraux*

Pour réaliser les objectifs en matière d'application des connaissances, il faut nouer des relations entre chercheurs et utilisateurs à toutes les étapes du processus de recherche, qu'il s'agisse des autres chercheurs impliqués, des décideurs, des gestionnaires et des prestataires de soins de santé, du grand public ou des groupes de patients.

L'idée d'application des connaissances est ici radicalement différente de la notion traditionnelle du transfert de connaissances, qui renvoie à une circulation à sens unique de l'information, des chercheurs vers les utilisateurs. À ce modèle conventionnel fondé essentiellement sur la diffusion passive s'associe un risque de retard, voire d'impasse dans la mise en œuvre de nouveaux résultats de recherche. Pour une bonne part, cette inefficience serait imputable à l'incompréhension qui sépare des communautés qui n'ont ni les mêmes langages, ni la même culture.

Le fait de considérer l'acquisition des connaissances comme un dialogue introduit une dynamique qui influe sur toutes les étapes de la recherche. Cette dynamique peut, par exemple, contribuer à la définition de la question de recherche, aider à la sélection de la méthodologie la plus appropriée, éclairer l'interprétation des résultats et soutenir leur application et leur utilisation optimales.

13. IRCS, < <http://www.cihir-irsc.gc.ca/f/26574.html> >.

## LE PARI INTERDISCIPLINAIRE

L'interdisciplinarité constitutive à ce colloque participe pleinement des stratégies prônées par les IRSC en matière d'application des connaissances, tout comme elle relève du courant pédagogique très actuel de l'approche par compétences mis en place par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. La rencontre d'aujourd'hui se veut une étape d'un processus long et ambitieux puisqu'il s'agit en bout de ligne, on l'a dit, d'élaborer une approche intégrée systématique tournée vers l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de douleur chronique. Notre but plus immédiat est de proposer des échanges qui s'ouvrent à d'autres disciplines que celles du champ biomédical et qui soient attentifs à la parole des malades.

À ce stade, un premier pas obligé consiste à construire un système de références communes, afin d'aider la compréhension entre experts d'horizons qui restent très divers, bien que leurs rencontres soient plus fréquentes si l'on en croit le nombre croissant de collaborations entre les secteurs des sciences biomédicales et ceux des sciences humaines<sup>14</sup>.

Sept grands objectifs ont été proposés dans le cadre du colloque (voir encadré). Pour remplir ce cahier des charges ambitieux, quatre thèmes vont être présentés et discutés : Échange et transfert des connaissances en douleur chronique : de la cellule au patient ; Le soulagement de la douleur : un droit pour les patients, un devoir pour les soignants ; Aspects psychologiques et philosophiques de la douleur ; et Douleur et société.

14. J.-P. Changeux et P. Ricœur, *Ce qui nous fait penser. La nature et la règle*, Paris, Odile Jacob, 2000.

## **Objectifs du premier colloque francophone sur la douleur chronique**

1. Offrir à la francophonie un forum de discussion et de réflexion sur le sujet complexe de la douleur.
2. Jeter un éclairage neuf sur le phénomène de la douleur en réunissant différents acteurs ayant des expertises variées et complémentaires qui échangeront et partageront leurs connaissances.
3. Identifier les avantages et les difficultés éprouvées dans le processus d'échange et de transfert des connaissances en fournissant une tribune aux patients, aux soignants et aux gestionnaires de cliniques de la douleur de même qu'aux chercheurs en sciences de la santé et en sciences humaines.
4. Conscientiser les chercheurs et cliniciens œuvrant dans le domaine de la douleur quant à l'importance de sujets trop souvent négligés et qui ont trait aux aspects éthiques, juridiques, psychologiques, anthropologiques, socioculturels et philosophiques de la douleur.
5. Discuter des obstacles et des éléments qui facilitent une réelle interdisciplinarité tant en clinique qu'en recherche.
6. Sensibiliser étudiants, résidents et jeunes chercheurs à la question de l'interdisciplinarité dans le domaine de la douleur et à l'importance dans la recherche d'un réel partenariat avec des non-chercheurs, où les soignants apportent leur expérience clinique, les patients leur vécu, et les gestionnaires, leur préoccupation de prendre des décisions éclairées.
7. Susciter des collaborations de recherche entre les participants et jeter les bases de nouvelles avenues de recherche dans le but d'améliorer et d'optimiser les soins dispensés aux patients qui souffrent de douleur chronique.



*Page laissée blanche*

# PREMIER THÈME

## Échange et transfert des connaissances en douleur chronique : de la cellule au patient

L'échange et le transfert des connaissances sont des domaines en plein essor qui se sont imposés, entre autres, à cause de considérations économiques et sociétales. Ce processus essentiel fait face à différents obstacles, notamment au chapitre de la communication entre les différents paliers d'intervention. Nous avons souhaité dans cette session sensibiliser les participants à la problématique du processus d'échange des connaissances dans le domaine de la douleur chronique en leur présentant les points de vue des patients, des soignants, des gestionnaires et des chercheurs. Il en ressortira que de nouvelles formes de dialogue devront s'établir entre les acteurs pour parvenir à un véritable échange des connaissances.

*Page laissée blanche*

## Le point de vue des patients

JACQUES LALIBERTÉ<sup>1</sup>

**M**erci d'avoir invité l'Association québécoise de la douleur chronique (AQDC) à cet important premier Colloque francophone sur la douleur chronique. C'est aussi un honneur d'être les premiers à exprimer notre point de vue sur le transfert des connaissances entre les patients et les chercheurs. L'AQDC compte aujourd'hui plus de 3000 membres et abonnés à son courriel électronique. Nous représentons plus de 1,2 million de Québécois et de Québécoises qui souffrent, souvent en silence. Notre association en est une de patients pour les patients, et 80 % de notre C.A. est composé de patients des grandes cliniques de la douleur du Québec.

Avant d'en être moi-même affligé, je ne savais pas que la douleur chronique existait. Je l'ai appris vite! Avant de connaître l'AQDC, j'ignorais aussi qu'il y avait des scientifiques qui y consacraient leur vie. J'ai été invité l'an dernier à représenter l'Association dans un colloque parrainé par le Réseau québécois de recherche sur la douleur (RQRD) au

1. Président et membre fondateur de l'Association québécoise de la douleur chronique.

*Page laissée blanche*

Ce livre a été imprimé  
au Québec en juin 2008 sur  
du papier entièrement recyclé  
sur les presses de l'Imprimerie Gauvin.

Extrait de la publication