

Évaluation et prise en charge de la douleur chronique : rôle potentiel de la médecine narrative

La douleur chronique non cancéreuse (DCNC) est un problème courant et d'importance croissante dans notre société; selon une nouvelle enquête approfondie menée dans la population, un Canadien sur trois (33 %) ressent une douleur modérée ou intense avec laquelle il doit apprendre à vivre. De plus, un Canadien sur six éprouve une douleur constante et chez 20 % des Canadiens, la douleur est quotidienne¹. Le retentissement de la douleur chronique sur la vie du sujet et le fardeau économique pour la société sont renversants. La prise en charge de la douleur chronique doit être efficace et fondée sur une évaluation attentive des mécanismes en cause, de l'intensité de la douleur et de ses répercussions sur la capacité fonctionnelle du patient. Les analgésiques opiacés ont une utilité éprouvée dans le traitement des nombreux patients souffrant de douleur chronique. Une évaluation pertinente et minutieuse ainsi que la recherche des facteurs de risque d'abus de substances aident à planifier le traitement approprié.

La médecine narrative est une nouvelle modalité qui aide le médecin à mieux évaluer l'impact de la douleur chronique sur la vie de son patient; elle contribue aussi à établir une alliance thérapeutique entre le patient et le médecin.

Dans cet article, nous passerons en revue l'évaluation et le dépistage des patients susceptibles d'être traités par les analgésiques opiacés; nous décrirons également les principes de la médecine narrative et l'utilisation de cette modalité en pratique clinique.

Douleur chronique : définition, épidémiologie et thérapeutique

La douleur chronique est souvent définie comme une douleur présente depuis au moins six mois. L'étude CCPS II (*Canadian Chronic Pain Study II*) a montré que 25 % des Canadiens éprouvent une douleur chronique. Chez les Canadiens âgés de 55 ans et plus, 33 % ressentent de la douleur depuis au moins six mois. La durée moyenne de la douleur chronique chez les sujets de cette étude était de 9,8 ans².

Les statistiques cachent des patients aux prises avec la douleur chronique et chacun a une histoire à raconter. La douleur chronique intense a été décrite comme étant notre principal dilemme contemporain – elle compte

Rédacteurs-conseil



Brian Goldman, M.D., MCFP (EM), FACP
Département de médecine familiale et communautaire
University of Toronto
Urgentologue,
Mount Sinai Hospital
Toronto (Ontario)



Alan Kaplan, M.D., CCFP (EM)
Médecin de famille
Président,
Family Physician Airway Group
Richmond Hill (Ontario)

parmi nos dilemmes les plus impénétrables de souffrance inqualifiable, irréductible et injustifiée³.

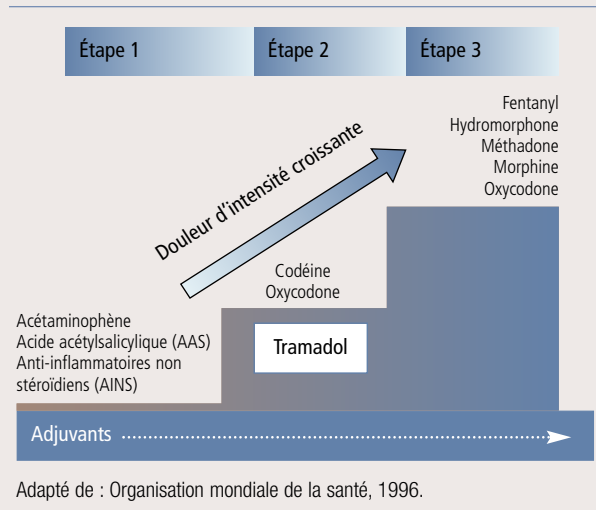
De nombreuses modalités pharmacologiques et non pharmacologiques se sont révélées efficaces contre la DCNC. Les modalités non pharmacologiques englobent la thérapie cognitive comportementale, l'éducation du patient, l'exercice physique, la chirurgie, la stimulation médullaire et la réadaptation interdisciplinaire. Parmi les traitements pharmacologiques, on compte l'acétaminophène, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les antidépresseurs tricycliques, les antiépileptiques et les analgésiques opiacés.

L'échelle thérapeutique antalgique conçue par l'Organisation mondiale de la Santé (Figure 1) illustre l'arsenal pharmacologique intégré pour vaincre la douleur⁴. Cette échelle est divisée en trois paliers, dont chacun correspond à un degré différent d'intensité de la douleur. Le palier 1 est destiné aux patients qui éprouvent une douleur légère, le palier 2 à ceux qui ressentent une douleur modérée et le palier 3 aux patients affligés d'une douleur intense. Les médicaments

adjuvants comme les antidépresseurs tricycliques et les antiépileptiques peuvent être prescrits lorsqu'ils sont indiqués, peu importe l'intensité de la douleur. Des auteurs ont récemment proposé d'ajouter le Tramadol à la liste des analgésiques recommandés pour les patients visés par le palier 2 ou éprouvant une DCNC modérée.

Figure 1

Échelle thérapeutique antalgique de l'Organisation mondiale de la Santé



Des études cliniques comparatives ont démontré que les analgésiques opiacés peuvent être efficaces chez des patients soigneusement sélectionnés. Une méta-analyse récente a montré que les analgésiques opiacés, peu importe que leur activité soit faible ou puissante, ont été plus efficaces que le placebo pour soulager la douleur et améliorer la capacité fonctionnelle dans tous les types de DCNC. D'autres médicaments ont procuré des résultats plus favorables sur le plan de la capacité fonctionnelle comparativement aux analgésiques opiacés, mais aucun n'a surpassé les opiacés à action puissante sur le plan du soulagement de la douleur⁵. À l'opposé de beaucoup d'autres modalités thérapeutiques, le traitement au moyen d'analgésiques opiacés n'a pas d'effet toxique sur les organes cibles. De plus, au contraire d'autres médicaments, les effets indésirables des analgésiques opiacés sont souvent prévisibles.

Lorsqu'ils décident de prescrire un analgésique opiacé, les médecins doivent surveiller attentivement le risque d'abus d'une substance et de dépendance à une substance, ce que l'on appelle « assuétude » (en anglais : *addiction*) ou « toxicomanie » dans le langage courant. La Société médicale canadienne sur l'addiction a défini l'assuétude (toxicomanie) comme une maladie primitive, chronique, caractérisée par une perte de maîtrise de

Tableau 1

Les quatre signes cardinaux de l'assuétude (*Four Cs*)

- État de manque (*Craving*)
- Utilisation compulsive (*Compulsive use*)
- Perte de maîtrise de l'utilisation (*Loss of Control over use*)
- Utilisation persistante en dépit des conséquences (*Continued use despite consequences*)

l'utilisation d'une substance psychoactive et/ou un dérèglement du comportement à cet égard⁶. Il est essentiel de comprendre que l'assuétude est définie par des comportements et non par des symptômes comme la dépendance ou la tolérance physique à une substance. L'assuétude est caractérisée par la présence d'au moins un des quatre signes cardinaux suivants (en anglais : *Four Cs*) (Tableau 1).

Il est important de distinguer l'assuétude de la dépendance physique (symptômes de sevrage apparaissant au retrait du médicament) et de la tolérance (besoin d'une dose croissante pour obtenir le même effet au fil du temps). Les cliniciens savent prévoir les effets physiques, mais ils doivent rechercher les facteurs de risque et être constamment à l'affût des signes d'un trouble du comportement.

Une recherche documentaire a montré récemment que la prévalence de l'assuétude chez les patients souffrant d'une douleur chronique traitée à l'aide d'analgésiques opiacés variait de 0 % à 50 % chez les patients qui éprouvent une DCNC et de 0 % à 7,7 % dans les cas de douleur chronique cancéreuse⁷. Il importe donc de rechercher les facteurs de risque d'assuétude chez les patients (avant d'instaurer un traitement par un opiacé) et de surveiller les signes d'assuétude pendant le traitement.

Le questionnaire *Opioid Risk Tool* (ORT), constitué de cinq questions, est un instrument facile à utiliser dans le cabinet du médecin (Tableau 2). Cet instrument a pour but d'aider à prévoir le risque que le patient manifeste des comportements aberrants reliés au médicament après l'instauration du traitement par un analgésique opiacé. De préférence, ce questionnaire devait être administré avant que le patient ne commence à prendre un opiacé. Le questionnaire ORT a été validé dans le cadre d'études préliminaires⁸.

Pour consulter les lignes directrices sur le traitement approprié de la douleur chronique, communiquez avec la Société canadienne de la douleur et avec le bureau du Collège des médecins et chirurgiens de votre province⁹.

Tableau 2

Appréciation du risque relié aux analgésiques opiacés

		Femme	Homme
1. Antécédent familial d'abus d'une substance	Alcool	[] 1	[] 3
	Drogues illicites	[] 2	[] 3
	Autre	[] 4	[] 4
2. Antécédent personnel d'abus d'une substance	Alcool	[] 3	[] 3
	Drogues illicites	[] 4	[] 4
	Médicaments d'ordonnance	[] 5	[] 5
3. Âge (sujets de 16 à 45 ans)		[] 1	[] 1
4. Antécédent de violence sexuelle pendant l'enfance		[] 3	[] 0
5. Trouble psychologique	TDA, TOC, trouble bipolaire	[] 2	[] 2
	Schizophrénie		
	Dépression	[] 1	[] 1
Faible (0 à 3) Modéré (4 à 7) Élevé (8+)	Total	[]	[]

Webster LR, Webster RM. *Pain Medicine*. 2005; 6:432-42.

Documentation attestant du traitement approprié

Un dossier médical bien documenté s'avère la pierre angulaire d'une prise en charge adéquate dans tous les domaines de la médecine clinique, y compris dans le traitement de la douleur. Une documentation lacunaire ne signifie pas que le traitement n'est pas conforme à la norme de soin, mais il est alors beaucoup plus difficile de prouver que le traitement approprié a été administré.

L'évaluation initiale de la douleur doit inclure le relevé de l'histoire détaillée de la douleur, des examens, des consultations et des traitements antérieurs et de leur efficacité, des médicaments que prend le patient, des allergies et des autres problèmes médicaux. Il faut ensuite documenter les répercussions de la douleur sur la capacité fonctionnelle, notamment en interrogeant le patient sur sa vie professionnelle; il faut aussi déterminer dans quelle mesure le patient est capable de choisir des objectifs réalistes et atteignables pour le traitement par un analgésique opiacé. Enfin, il faut rechercher des affections concomitantes reliées à la toxicomanie à l'aide de tests de dépistage comme le questionnaire ORT.

Lors des visites de suivi, on doit consigner en dossier les renseignements suivants, résumés par les six A (en anglais *Six As*), un instrument mnémorique fort pratique (Tableau 3).

Médecine narrative : Le pouvoir de la narration pour aider les patients affligés par la douleur chronique

En l'an 2000, la D^{re} Rita Charon a défini le concept de médecine narrative comme « la capacité de reconnaître, d'absorber, de transformer, d'interpréter des récits de la maladie et d'être ému par ces récits » [trad.]¹⁰. La médecine narrative est une compétence qu'acquiert une personne qui sait interpréter les récits. La D^{re} Charon et ses collègues ont conçu un programme de médecine narrative à l'université Columbia, à New York, en vue de dispenser une formation rigoureuse en lecture approfondie, écoute attentive, écriture réfléchie et témoignage de la souffrance.

L'acquisition des compétences de médecine narrative exige une formation rigoureuse, mais les effets bénéfiques en valent l'effort. Selon la D^{re} Charon, les professionnels de la santé qui acquièrent ces compétences comprennent mieux ce que racontent leurs patients et ils éprouvent une plus grande empathie. La narration peut aussi renforcer la cohésion de l'équipe médicale et accroître la satisfaction du patient.

Les cliniciens qui suivent une formation en médecine narrative réussissent à établir une meilleure alliance thérapeutique médecin-patient en adoptant le point de vue du patient ou en s'identifiant à ce point de vue¹¹. La narration fait partie de l'enseignement de l'éthique médicale¹². Les pédiatres ont commencé à utiliser le pouvoir

Tableau 3

Les six A pour aider à documenter la DCNC

Analgsie (Analgesia)

Quel est le degré actuel d'intensité de la douleur ?

Activité (Activity level)

Quel est le degré actuel de la capacité fonctionnelle ?
Que réussit maintenant à faire le patient qu'il ne pouvait pas faire précédemment ?

Manifestations indésirables (Adverse effects)

Quelles sont les manifestations indésirables reliées au traitement par un analgésique opiacé ?
Que fait-on pour les atténuer ?

Adhésion au traitement ou comportements ambigus à l'égard du médicament (Adherence or Ambiguous drug-related behaviors)

Le patient adhère-t-il à son plan de traitement ?
Affiche-t-il des comportements qui évoquent le mésusage ou l'abus du médicament ?

Exactitude de la fiche de pharmacothérapie (Accurate medication log)

Les changements des médicaments prescrits, les modifications de la posologie et les motifs de ces changements sont-ils documentés clairement ?
Cette documentation est-elle conforme aux règlements sur les substances contrôlées ?

Affect (Affect)

Quelle est l'humeur du patient ? A-t-elle changé ?

de la narration pour forger des alliances entre les médecins et les enfants malades¹³. On croit même que les modalités thérapeutiques faisant appel à la narration peuvent être utiles pour venir en aide aux patients au stade terminal d'une maladie et à leurs familles.

La médecine narrative pourrait aussi jouer un rôle important dans le diagnostic et la prise en charge de la douleur chronique.

Les récits sont très importants dans l'expérience de la douleur chronique. Ces récits se reflètent souvent dans les croyances religieuses, la littérature et les références culturelles.

Autrefois, les médecins écoutaient très attentivement pendant que leurs patients relataient leurs symptômes subjectifs de manière très détaillée. Dans la médecine contemporaine, les cliniciens accordent davantage d'importance à la collecte des données objectives et ils ne voient plus autant l'intérêt de rechercher des renseignements précieux dans le récit subjectif du patient.

La médecine narrative a pour but d'enrichir, et non de remplacer, l'anamnèse et l'examen physique. Le médecin invite le patient à raconter l'histoire de sa douleur comme s'il racontait l'histoire de sa vie, de son premier amour ou d'un souvenir particulièrement effrayant. La narration doit être aussi peu structurée et aussi rapide que possible; le médecin doit maintenir le contact visuel avec le patient et prendre le moins de notes possible.

L'expérience est souvent cathartique pour le patient. Grâce au récit, le médecin peut apprécier la profondeur de la détresse du patient et les répercussions de la douleur sur sa vie, son travail, ses relations, ainsi que sur ses espoirs et ses rêves.

Il faudra mener d'autres études pour démontrer l'efficacité de la médecine narrative dans la prise en charge de la DCNC et pour valider et pour développer les méthodes d'enseignement de la médecine narrative aux médecins et aux étudiants en médecine.

Références :

1. La Société canadienne de la douleur. (2007). News Release: 1 in 3 Canadians Now Living With Chronic Pain. Consulté en ligne le 1^{er} février 2008 sur www.painexplained.ca.
2. Boulanger A, Clark AJ, Squire P, et coll. Chronic pain in Canada: have we improved our management of chronic noncancer pain? *Pain Res Manag* 2007; 12:39-47.
3. Charon R. Suffering, Storytelling, and Community: an approach to pain treatment from Columbia's Program in Narrative Medicine. In: Flor H, Kalso E, Dostrovsky JO (rév.) *Proceedings of the 11th World Congress on Pain*. IASP Press, Seattle; 2006, pp. 19-27.
4. Organisation mondiale de la Santé. *Traitement de la douleur cancéreuse*. Deuxième édition. Genève, OMS, 1997.
5. Furlan AD, Sandoval JA, Mailis-Gagnon A, et coll. Opioids for chronic noncancer pain: a meta-analysis of effectiveness and side effects. *CMAJ* 2006; 174:1589-94.
6. Canadian Society of Mental Addiction. Definitions in Addiction Medicine - adopted 99.10.14. Consulté en ligne le 7 avril 2008 sur <http://www.csam.org/def.htm#991014>.
7. Højsted J, Sjøgren P. Addiction to opioids in chronic pain patients: a literature review. *Eur J Pain* 2007; 11:490-518.
8. Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. *Pain Med* 2005; 6:432-42.
9. Jovey RD, Ennis J, Gardner-Nix J, et coll. Use of opioid analgesics for the treatment of chronic non-cancer pain—a consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society, 2002. *Pain Res Manag* 2003; 8 Suppl. A:3A-28A.
10. Charon R. What to do with stories. *Can Fam Physician* 2007; 53:1265-7.
11. Charon R. *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. Oxford University Press, New York, NY; 2006, pp. 155-74.
12. Jones AH. Narrative based medicine: narrative in medical ethics. *BMJ* 1999; 318:253-6.
13. DasGupta S. Between stillness and story: lessons of children's illness narratives. *Pediatrics* 2007; 119(6):e1384-91.

Copyright 2008 STA HealthCare Communications inc. Tous droits réservés. Ce programme est traduit et publié par STA HealthCare Communications inc. à titre de service professionnel aux médecins à l'aide d'une subvention sans restriction offerte par Purdue Pharma. Les opinions et l'information contenues ici reflètent l'expérience et les points de vue des auteurs et non pas nécessairement ceux de Purdue Pharma ou de STA HealthCare Communications inc. Les produits mentionnés dans le cadre de ce programme devraient être utilisés en tenant compte des renseignements d'ordonnance contenus dans leur monographie respective.