

Point de vue CLINIQUE

Une mise à jour de la prévalence, du diagnostic et du traitement de la douleur

Par Brian Goldman, M.D., MCFP, FACEP

Les médecins accueillent presque chaque jour des patients qui se plaignent de douleurs qui, dans de nombreux cas, sont suffisamment intenses pour justifier un traitement pharmacologique. En rafraîchissant leurs connaissances au sujet de la prévalence, du diagnostic et du traitement de la douleur, les médecins de premier recours pourront mieux évaluer et traiter la douleur. Nous vous proposons une revue de ces éléments sous forme de foire aux questions, en mettant l'accent sur les instruments cliniques pertinents à la classification et au traitement de la douleur.

Q Quelle est la prévalence de la douleur et quelles en sont les causes les plus fréquentes?

R Selon l'étude CCPS II (*Canadian Chronic Pain Study II*)¹, publiée en 2007, 25 % des Canadiens souffrent de douleur chronique ou de douleur persistante depuis au moins six mois. Les données de cette étude montrent que les taux de prévalence de la douleur chronique étaient assez semblables dans les populations de sexe masculin et féminin (27 % chez les femmes et 22 % chez les hommes). Dans la population canadienne de 55 ans ou plus, 33 % éprouvaient une douleur persistante depuis au moins six mois. Parmi les sujets qui souffraient de douleur chronique, 31 % étaient atteints d'arthrite ou d'autres maladies inflammatoires, 21 % manifestaient une lombalgie ou une autre atteinte rachidienne, 13 % éprouvaient des douleurs causées par des blessures et des complications postopératoires, 11 % souffraient de migraines ou de maux de tête, 11 % avaient reçu un diagnostic de douleur neuropathique et d'autres maladies neurologiques; dans 19 % des cas, la douleur n'avait pas d'étiologie évidente. La douleur avait le plus souvent pour siège le dos, les genoux, le cou, la tête et les épaules.

Par rapport aux personnes exemptes de douleur, les patients aux prises avec des douleurs quotidiennes sont deux fois et demie plus susceptibles de manifester un dysfonctionnement grave. Au Canada, les coûts indirects reliés aux affections musculosquelettiques ne cèdent en importance qu'aux coûts reliés à la maladie cardiovasculaire². En outre, chez 10 % à 13 % des Canadiens, la douleur nuit de façon significative à leurs activités et à leur qualité de vie³.



Le Dr Goldman est professeur adjoint de médecine familiale et communautaire à l'University of Toronto, et médecin titulaire au Schwartz/Reisman Emergency Centre de l'hôpital Mount Sinai, à Toronto, en Ontario.

Q Comment évaluer et classer les différents types d'intensité de la douleur?

R On considère parfois la douleur comme un symptôme subjectif, mais elle a un retentissement important sur la capacité fonctionnelle et la qualité de vie des patients. Certes, la recherche sur la douleur a fait des progrès notables, mais l'évaluation objective de la douleur comporte encore des lacunes. Il existe, par conséquent, plusieurs moyens de mesurer l'intensité de la douleur. L'échelle numérique d'appréciation de la douleur (*Numeric Pain Distress Scale* ou NPDS) est l'instrument le plus simple. On demande au patient d'évaluer sa douleur à l'aide d'une échelle de 0 à 10; 0 correspond à l'absence de douleur et 10, à la douleur la plus intense. On peut aussi demander au patient d'évaluer l'intensité de la douleur à l'aide d'une échelle visuelle analogue (EVA), constituée par une ligne de 100 mm. Un score de 70 mm ou plus évoque une douleur intense, un score de 45 à 74 une douleur d'intensité modérée et un score de 5 à