GROUPE reformulary®

Janvier 2016

Informulary

Bonnes nouvelles à propos de votre régime d'assurance médicaments!

La douleur chronique au Canada

Collaborateur principal : Michael Boivin, pharmacien consultant

On estime que près de 20 % des Canadiens souffrent de douleur chronique. Celle-ci a un impact non seulement sur le patient, mais aussi sur la société en général, à cause des milliards de dollars par an en dépenses de santé, de la perte de productivité et du coût social des vies ébranlées par la dépendance ou la dépression[1].

Les analgésiques

Il y a trois grandes catégories de médicaments contre la douleur : l'acétaminophène, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et les opioïdes.

Acétaminophène (Tylenol®)

L'acétaminophène est communément recommandé pour le soulagement de la douleur de faible à moyenne intensité, à cause de son innocuité générale. Récemment, Santé Canada a annoncé qu'il envisage une nouvelle dose quotidienne maximale recommandée pour l'acétaminophène. Cette mesure vise à réduire au minimum le risque de lésions du foie et à améliorer l'innocuité de l'acétaminophène[2]. Au Canada, il y a plus de 4 000 hospitalisations par an à cause des surdoses d'acétaminophène[3].

AINS (Advil®, naproxène, Celebrex®)

Les AINS sont une classe de médicaments qui atténuent la douleur et réduisent l'inflammation. Ils s'utilisent couramment pour les affections à court terme comme les blessures sportives et les maux de tête. Leur utilisation à long terme peut accroître le risque de troubles gastriques et cardiaques[4,5]. Ainsi, on les recommande normalement pour une utilisation à court terme, à la dose efficace la plus faible.

Opioïdes (codéine, oxycodone, fentanyl)

Les opioïdes sont normalement réservés à la douleur de moyenne à forte intensité et sont généralement sans danger pour les patients

atteints d'une maladie du rein, du foie ou du cœur. Or, ils sont couramment associés à des effets indésirables tels que la constipation et la somnolence[6] et, plus grave encore, à la dépendance et à l'abus.

Une partie des patients auxquels on prescrit des opioïdes les détournent ou les utilisent mal. Au Canada, l'abus et le détournement sont à l'origine d'un bon nombre des décès liés aux opioïdes et constituent donc l'une des priorités des groupes de spécialistes de la douleur, des bureaux de coroner, des organismes d'application de la loi, des politiciens et des médias. Le fentanyl, en particulier, se retrouve sur le marché clandestin canadien tant sous forme de timbres d'ordonnance légitimes, que les toxicomanes mâchent ou fument pour éprouver une euphorie immédiate et extrêmement forte, que sous forme de pilules de fabrication illicite ressemblant à OxyContin, un narcotique moins puissant. De plus en plus, on mêle le fentanyl avec la cocaïne et l'héroïne, ce qui en augmente la puissance de façon spectaculaire et a des conséquences fatales[7].

Ce qu'on peut faire

La stratégie optimale consiste à gérer et à réduire les analgésiques tout en usant d'autres moyens complémentaires pour atténuer la douleur. Cette démarche multiple est souvent très efficace pour les douloureux chroniques. Voici quelques thérapies et techniques d'usage courant[8] :

1. Respirer profondément ou méditer pour favoriser la détente.
2. Réduire le stress. Le stress et la colère peuvent augmenter la sensibilité du corps à la douleur.
3. Faire de l'exercice. L'exercice libère des endorphines naturelles qui aident à bloquer les signaux de la douleur.
4. Cesser de fumer. Fumer peut aggraver les troubles circulatoires douloureux.
5. Se distraire. Se concentrer sur la douleur ne fait que l'aggraver.
6. Être positif. C'est un outil puissant qui peut changer le niveau de confort perçu.

Références

1. John Chipman, CBC News, Chronic pain poorly understood, costing Canada billions, publié le 21 juin 2014, consulté le 12 janvier 2016.
2. Santé Canada, Ligne directrice : Norme d'étiquetage pour l'acétaminophène, publié le 15 septembre 2015, consulté le 7 décembre 2015.
3. Acetaminophen's maximum dose may be lowered by Health Canada, publié le 9 juillet 2015, consulté le 22 janvier 2016.
4. « Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials », *The Lancet*, 31 août 2013, vol. 382, nº 9894, p. 769-779, doi:10.1016/S0140-6736(13)60900-9.
5. A. Rostom, P. Moayyedi et R. Hunt, au nom du Canadian Association of Gastroenterology Consensus Group, « Canadian consensus guidelines on long-term nonsteroidal anti-inflammatory drug therapy and the need for gastroprotection: benefits versus risks », *Aliment. Pharmacol. Ther.*, 1er mars 2009, vol. 29, nº 5, p. 481-496, doi:10.1111/j.1365-2036.2008.03905.x.
6. National Opioid Use Guideline Group, Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain, publié en 2010, consulté le 5 décembre 2015.
7. Jonathon Gatehouse et Nancy Macdonald, Fentanyl: The king of all opiates, and a killer drug crisis, *Maclean's*, publié le 22 juin 2015, consulté le 12 janvier 2016.
8. WebMD, Pain Management: Alternative Therapy, publié en mai 2014, consulté le 12 janvier 2016.

Pour en savoir plus, allez à Reformulary.com/Ressources