

Année mondiale contre la douleur aiguë

PAIN

OCTOBRE 2010 - OCTOBRE 2011

Pourquoi existe-t-il des écarts entre les preuves et la pratique?

De nombreuses preuves résumées dans les fiches d'informations d'accompagnement démontrent que le traitement optimal de la douleur aiguë :

- améliore la qualité de vie et la satisfaction des patients quant aux soins ;
- réduit le risque de nombreuses complications (par exemple une thrombose veineuse) ;
- permet une sortie d'hôpital plus tôt ;
- facilite le rétablissement grâce à de multiples mécanismes (par exemple une diminution de la réponse au stress) ;
- peut améliorer la gestion des ressources cliniques (par exemple minimiser les perturbations du cours harmonieux des soins aux patients) et réduire les coûts des soins à court et à long terme.

Un nombre important de preuves d'excellente qualité atteste de l'efficacité de multiples classes de médicaments et de modes d'administration de ceux-ci (notamment, l'anesthésie locale) ainsi que de techniques non médicamenteuses pour les patients souffrant de douleurs aiguës à la suite d'une intervention chirurgicale, une lésion ou une maladie. Les preuves démontrent également l'importance de soins individualisés et de prise en compte du contexte clinique (par exemple les ressources disponibles).

Toutefois, l'abondance de preuves indique également une sous-évaluation et un sous-traitement de la douleur aiguë et l'échec à fournir des programmes anti-douleur proactifs [8]. Les écarts entre les preuves et la pratique sont de plusieurs types. Certains correspondent à des obstacles d'ordre général à la mise en œuvre d'une pratique fondée sur les preuves et dirigée par les résultats [3,9]. Un autre type de désaccord entre les preuves et la pratique consiste en l'application uniforme et rigide de preuves fondées sur une population, comme un large essai randomisé contrôlé (ERC), sur des patients individuels sans prendre en compte leur variabilité, leurs préférences ou les données spécifiques du contexte clinique [4]. D'autres obstacles particulièrement pertinents à la prise en charge optimale de la douleur aiguë correspondent à un échec au moment d'aborder les mythes anciens et répandus à propos de la douleur aiguë et de l'importance de son contrôle [8,12].

Les écarts dans le domaine de la qualité de l'administration des soins correspondent :

- aux problèmes liés aux professionnels de la santé ;
- aux problèmes liés aux patients ;
- aux problèmes liés au système des soins médicaux.

Les problèmes liés aux professionnels de la santé comprennent :

- des attitudes et des connaissances obsolètes ou inadéquates, par exemple des idées fausses sur le fait que :
 - le contrôle de la douleur post-opératoire interfère avec une prompt identification de complications chirurgicales ;
 - la chirurgie doit être associée à de la douleur ;
 - les patients qui parlent de leur douleur sont difficiles.
- Différences nationales en ce qui concerne les différences dans l'interprétation des preuves par les sociétés professionnelles
- « Inertie clinique » [10], par exemple la lenteur dans la mise à jour de la pratique individuelle en fonction des preuves qui évoluent [1] ;
- Ressources inadéquates en personnel soignant la douleur aiguë, ce qui entraîne des efforts ad hoc orientés vers le traitement de la douleur au lieu de la prévenir de manière systématique [9,11] ;
- Évaluation de la douleur incomplète, sporadique ou non normalisée ;
- Opiophobie ;
- Inquiétudes exagérées à propos des effets secondaires du traitement contre la douleur ;
- Transférabilité limitée des résultats dérivés d'ERC dans la pratique clinique.

Les problèmes liés aux patients comprennent :

- des idées obsolètes ou trompeuses similaires à celles décrites ci-dessus pour les professionnels de la santé ;
- croyance selon laquelle les « bons » patients ne se plaignent pas de la douleur ou ne montrent pas leur souffrance (y compris les facteurs culturels) ;
- une tendance à se satisfaire d'un contrôle inadéquat de la douleur, en particulier lorsque les soignants sont perçus comme des personnes prodiguant un soutien et des soins attentifs [5] ;
- réticence à prendre des analgésiques à cause des effets secondaires (par exemple nausées, vomissements) et d'autres conséquences (par exemple addiction, tolérance) ;
- manque d'informations sur l'importance du contrôle de la douleur pour optimiser les résultats à court et à long terme (par exemple douleur chronique) ;
- absence d'associations organisées comme cela se produit parmi les patients (et leurs familles) affectés par des maladies chroniques, y compris le cancer.

Les problèmes liés au système de soins de santé comprennent :

- faible priorité accordée à la formation des professionnels de la santé sur le contrôle de la douleur ;
- faible importance accordée aux préférences des patients ;
- obstacles réglementaires quant à l'utilisation de substances contrôlées ;
- le revenu dérivé du traitement de la douleur est souvent inadéquat pour entretenir une entreprise fiable (souvent dû au suivi fragmenté, imparfait, du rapport coût-efficacité) ;
- coûts incombant aux patients (par exemple par les assureurs) ;
- infrastructure inadéquate, notamment le personnel formé pour fournir des médicaments et d'autres interventions (par exemple analgésie contrôlée par le patient, techniques comportementales cognitives) ;
- restrictions de la pratique, comme les réglementations n'autorisant les infirmiers(ères) à n'administrer des injections que par voie intramusculaire ou sous-cutanée mais pas par voie intraveineuse ;
- incapacité à saisir les résultats de la qualité à court et à long terme qui pourraient être corrélés avec l'adéquation du contrôle de la douleur aiguë [6,13] ;
- par rapport à la charge de la douleur aiguë, les frais afférant au financement de la recherche de base, translationnelle et clinique sont tous disproportionnellement faibles [2,7].

References

- [1] Bernhardt GA, Kornprat P, Cerwenka H, El-Shabrawi A, Mischinger HJ. Do we follow evidence-based medicine recommendations during inguinal hernia surgery? Results of a survey covering 2441 hernia repairs in 2007. *World J Surg* 2009;33:2050–5.
- [2] Bradshaw DH, Empey C, Davis P, Lipschitz D, Dalton P, Nakamura Y, Chapman CR. Trends in funding for research on pain: a report on the National Institutes of Health grant awards over the years 2003 to 2007. *J Pain* 2008;9:1077–87.
- [3] Braun BI, et al. Understanding factors that affect organizational improvement. In: Braun BI, et al., editors. *Improving the quality of pain management through measurement and action*. Oakbrook Terrace, IL: Joint Commission Resources; 2003. p 59–65.
- [4] Carr DB. When bad evidence happens to good treatments. *Reg Anesth Pain Med* 2008;33:229–40.
- [5] Dawson R, Spross JA, Jablonski ES, Hoyer DR, Sellers DE, Solomon MZ. Probing the paradox of patients' satisfaction with inadequate pain management. *J Pain Symptom Manage* 2002;23:211–20.
- [6] Gordon DB, Pellino TA, Miaskowski C, McNeill JA, Paice JA, Laferriere D, Bookbinder M. A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: recommendations for standardized outcomes measures. *Pain Manage Nurs* 2002;3:116–30.
- [7] Lynch ME, Schopflocher D, Taenzer P, Sinclair C. Research funding for pain in Canada. *Pain Res Manage* 2009;14:113–11.
- [8] Macintyre PE, Scott DA. Reasons for undertreatment. In: Chapter 43. *Acute pain management and acute pain services*. In: Cousins MJ, Carr DB, Horlocker TT, Bridenbaugh PO, editors. *Cousins and Bridenbaugh's neural blockade in clinical anesthesia and pain medicine*, 4th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2009. p 1037–8.
- [9] Miaskowski C, Crews J, Ready LB, Paul SM, Ginsberg B. Anesthesia-based pain services improve the quality of postoperative pain management. *Pain* 1999;80:23–9.
- [10] Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, Miller CD, Ziemer DC, Barnes CS. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001;135:825–34.
- [11] Stamer UM, Mpsios N, Stüber F, Maier C. A survey of acute pain services in Germany and a discussion of international survey data. *Reg Anesth Pain Med* 2002;27:125-131.
- [12] Uppington J. Implementation of guidelines. In: Chapter 3. *Guidelines, recommendations, protocols and practice*. In: Shorten G, Carr DB, Harmon D, Puig MM, Browne J, editors. *Postoperative pain management: an evidence-based guide to practice*. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2006. p 18–20.
- [13] Wu CL, Fleisher LA. Outcomes research in regional anesthesia and analgesia. *Anesth Analg* 2000;91:1232–42.

