

ECHO[®] CHUM

Troubles concomitants- ADULTE

Programme de télémentorat accrédité
par le DPC de l'Université de Montréal

Sujet de la capsule :
Douleur chronique non cancéreuse (DCNC)

Date de la séance : **17 et 24 mars 2026**

Louis-Christophe Juteau, Md, M.Sc, CCMF(MT)
Médecin de famille

CECTC Centre d'expertise
et de collaboration
en troubles concomitants



Partenariat

ECHO TC Adulte est le fruit d'un partenariat entre le Chum - les services de psychiatrie des toxicomanies, la médecine des toxicomanies - le Centre d'Expertise et de Collaboration en Troubles Concomitants (CECTC), l'institut universitaire en santé mentale de Montréal et l'institut universitaire en santé mentale Douglas:

Equipe Ressource: *Alina Marinescu, Aline Rose, Andrew Cully, Anne Wittevrongel, Annie Trépanier, Camille Dupont, Carl Whissel, Catherine de Montigny, Chloé Radsiszewski, Christina Ychi Duong, Christopher-Ian Boucher, Fannie Thériault, Florence Bourbeau, Iskra Pirija, Jade Deshaies, Joanie Boivin, Julie Charbonneau, Julien Binette, Julien Gagnon, Louis-Christophe Juteau, Marc-Olivier Castonguay, Marie-Chantal Pelletier, Monique Sauvé, Sandra Lee Grégoire, Simon Dubreucq, Stéphanie Marsan, Timoty Weiss, Vincent Choinière*

Déclaration d'intérêt des membres du comité scientifique

Nom	Détails
Simon Dubreucq	aucun
Laurie Dionne-Jalbert	aucun
Cinthia Ledoux	aucun
Anne Wittevrongel	aucun
Jane Marie Ramil	aucun
Annie Trépanier	Aucun
Catherine de Montigny	Aucun
François Neveu	aucun

CECTC Centre d'expertise
et de collaboration
en troubles concomitants



Déclaration de conflits d'intérêts réels ou potentiels

Nom du conférencier : Louis-Christophe Juteau



Je n'ai aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel en lien ou non avec le contenu de cette présentation.



Je déclare les intérêts suivants (Subvention, honoraires, conférenciers, actionnariat majoritaire, affiliation ou des intérêts financiers ou de tout ordre avec une société à but lucratif autres...) :

Atténuation des biais

Nom du conférencier : Louis-Christophe Juteau

Sans objet

Stratégies utilisées:

Objectifs de la capsule de formation

- 1 Être en mesure de distinguer les différents types de DCNC
- 2 Discuter des grandes lignes de la prise en charge de certaines DCNC
- 3 Reconnaître les bonnes pratiques de l'usage des opioïdes en DCNC
- 4 Réfléchir sur l'interaction entre DCNC, santé mentale et trouble de l'usage de substance

Do not edit
How to change the
design



**Join at slido.com
#3324941**

i The Slido app must be installed on every computer you're presenting from

slido



Quelle est la dose maximum recommandée en équivalent morphine par voie orale lorsque des opioïdes sont utilisés en douleur chronique non cancéreuse ?



Quels sont les avantages potentiels de la méthadone et de la buprénorphine en douleur chronique non cancéreuse ?

Douleur chronique

Définition = depuis 3 mois ou plus

20%

Population générale adulte
au Canada

30-60%

Trouble de santé mentale

30-60%

Trouble de l'usage de
substance

>40%

Troubles concomitants

Prévalence — Trouble de santé mentale : environ 30 à 60%, surtout troubles dépressif, troubles anxieux et trouble de la personnalité du groupe B, possiblement possiblement beaucoup plus en TSPT mais données limitées.

Troubles concomitants : Difficile à estimé, fréquemment rapporté > 40%

- 📄 **Références :**
- Shupler MS, et al. Pan-Canadian Estimates of Chronic Pain Prevalence From 2000 to 2014: A Repeated Cross-Sectional Survey Analysis. *J Pain*. 2019 May;20(5):557-565.
 - Stubbs B, et al. Chronic pain in mental disorders: An umbrella review of the prevalence, risk factors, and treatments across 957,168 people with mental disorders and 16,606,910 controls. *Eur Psychiatry*. 2025 Aug 12;68(1):e113.

Prévalence de l'utilisation d'opioïdes et des TUO en



Adultes avec douleur chronique non cancéreuse

100%



Utilisateurs d'opioïdes

~30%

Amérique du Nord >> Europe



Trouble d'usage des opioïdes

~3% (du groupe initial)



Références :

Graeme Wertheimer et al. The Prevalence of Opioid Analgesic Use in People with Chronic Noncancer Pain: Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies, Pain Medicine, Volume 22, Issue 2, February 2021, Pages 506–517.

Gisèle Carrière et al. Stats Can Health Reports. Significant factors associated with problematic use of opioid pain relief medications among the household population, Canada, 2018.

Prévalence du trouble de l'usage des opioïdes et DCNC



Adultes avec trouble de l'usage des opioïdes

100%



Ayant aussi douleur chronique non cancéreuse

~60%



Douleur chronique avant le TUO

~40% (du groupe initial)



TUO avant ou en même temps que la douleur chronique

~20% (du groupe initial)



Référence :

Hser YI et al. Chronic pain among patients with opioid use disorder: Results from electronic health records data. *J Subst Abuse Treat.* 2017 Jun;77:26-30. Jun;77:26-30.

Quelle substance consommée diminue la perception de la douleur ?



Opioïdes



Alcool



Cannabis



Stimulants



Kétamine



Autres ?

☐ Références :

Beliveau CM, et al. Stimulant use for self-management of pain among safety-net patients with chronic non-cancer pain. *Subst Abus.* 2022;43(1):179-186.

Voon P, et al. Self-management of pain among people who inject drugs in Vancouver. *Pain Manag.* 2014 Jan;4(1):27-35.



L'importance d'évaluer la douleur pour savoir comment la prendre en charge

Examen physique
Évaluation clinique ciblée des signes et **fonctions**.

Investigation
Imagerie et EMG pour préciser l'origine.



Histoire
Anamnèse complète de la douleur et facteurs associés.
Fonctionnement.

Intervention diagnostique
Bloc ou test ciblé si nécessaire.

Une évaluation rigoureuse combinant l'histoire, l'examen physique, les investigations (imagerie, EMG) (imagerie, EMG) et, au besoin, une intervention diagnostique est indispensable pour orienter la prise en charge de la douleur chronique.

Types de douleur chronique non cancéreuse

1)



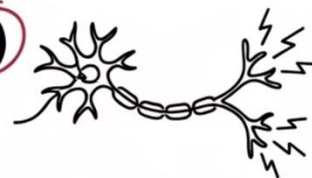
**Douleur nociceptive
somatique**
(musculosquelettique et
inflammatoire)

2)



**Douleur nociceptive
viscérale**
(organes internes)

3)



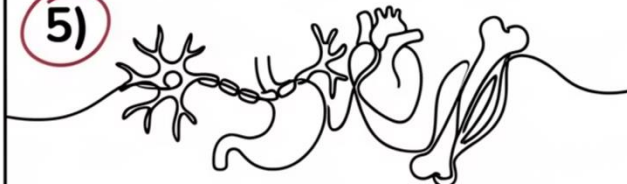
**Douleur
neuropathique**
(périphérique ou centrale)

4)



Douleur nociplastique
(sensibilisation centrale)

5)



Douleur mixte
(plus d'un type à la fois)

Douleur nociceptive somatique

Description

Liée à lésion/tension des tissus (os, articulations, muscles, tendons). Souvent tendons). Souvent localisée, liée au mouvement/charge.

Histoire

Douleur mécanique (aggravée par activité, soulagée au repos), point point déclencheur (traumatisme, arthrose), douleur bien localisée.

Examen

Douleur à la palpation, douleur provoquée par mouvement ou mise en charge, limitation articulaire, signes d'inflammation locale parfois absents.

Investigations

Radiographie, tomodensitométrie, échographie.

Exemples

- Arthrose
- Tendinopathies
- Douleur lombaire mécanique / dégénérative (discopathie sans radiculopathie)
- Fracture mal consolidée

Traitements usuels

- Physiothérapie
- Chirurgie orthopédique
- Acétaminophène
- Anti-inflammatoire
- Duloxétine (arthrose genou, lombalgie chronique)

Douleur nociceptive inflammatoire

Description

Douleur liée à processus inflammatoire.

Histoire

Raideur matinale prolongée (>30–60 min), amélioration avec activité, activité, symptômes systémiques (fatigue, fièvre), antécédents auto-immuns.

Examen et investigation

Chaleur, tuméfaction, érythème, signes d'inflammation articulaire, mobilité réduite.

Investigations

Radiographies, marqueurs biologiques souvent élevés (CRP, VS).

Exemples

- Polyarthrite rhumatoïde
- Spondyloarthrite ankylosante
- Arthrite psoriasique
- Myosite inflammatoire chronique (polymyosite, dermatomyosite)

Traitements usuels

- Physiothérapie
- Acétaminophène
- Anti-inflammatoires
- Infiltration cortisone

Douleur nociceptive viscérale

Description

Provient d'organes internes; souvent sourde/estompée, mal localisée, localisée, associée à symptômes végétatifs.

Histoire

Douleur profonde, diffuse ou référée, liée aux fonctions organiques (repas, organiques (repas, miction, cycle menstruel), nausées/sueurs.

Examen

Peu de signes cutanés locaux, sensibilité à la palpation profonde, signes signes d'atteinte viscérale (distension, masse, anomalies des fonctions). fonctions).

Exemples

- Pancréatite chronique
- Endométriose
- Syndrome de l'intestin irritable
- Cystite interstitielle ou cystite toxique à la ketamine

Traitements usuels

Souvent difficile à traiter :

- Acétaminophène
- Anti-inflammatoire
- Physiothérapie pelvienne
- TCC douleur

Douleur neuropathique (périphérique ou centrale)

Description

Douleur due à lésion ou maladie du système somatosensoriel.

Qualités

Brûlure, décharge électrique, picotements, engourdissement.

Histoire

Dysesthésie, douleur paroxystique, allodynie (douleur provoquée par un stimulus normalement non douloureux), antécédent de lésion nerveuse/diabète/herpès/zones radiculaires/alcool.

Examen

Perte ou diminution de la sensibilité (tactile, thermique), hypersensibilité (allodynie, (allodynie, hyperalgésie), distribution radiculaire/neurale, tests neuro (réflexes, force) (réflexes, force) altérés selon le nerf.

Investigations


IRM rachis, EMG.

Exemples

- Polyneuropathie périphérique (diabète, alcool, carence B12)
- Névralgie post-zona
- Radiculopathie (ex: hernie discale avec compression radiculaire)
- Neuropathie traumatique (ex : plexopathie)
- Douleur centrale post-AVC ou douleur liée à myélopathie

Traitements usuels

- Physiothérapie, TENS, infiltration cortisonée
- Antidépresseurs tricycliques / venlafaxine / duloxetine
- Pregabalin/gabapentin / Crème lidocaïne +/- kétamine
- Buprénorphine, méthadone / nabilone

 Algorithme de prise en charge de la douleur neuropathique du MSSS (2021)
MSSS (2021) — publications.msss.gouv.qc.ca

Douleur nociplastique / sensibilisation centrale

Description

Douleur sans lésion tissulaire évidente ni lésion nerveuse structurale; hypersensibilité centrale.

Histoire

Douleur diffuse, chronique, disproportionnée par rapport aux examens, fatigabilité, troubles du sommeil, troubles cognitifs, sensibilités aux stimuli non-nocifs.

Examen

Sensibilité diffuse à la pression, allodynie diffuse possible, examen neurologique structurellement normal, scores de sensibilisation élevés (questionnaires).

Investigations

Normales incluant CRP.

Exemples

- Fibromyalgie
- Syndrome de sensibilisation centrale associé à céphalées chroniques
- Douleur persistante après chirurgie sans explication organique

Traitements usuels

- Éducation
- Psychothérapie
- Exercices physiques et auto-gestion
- Antidépresseur tricyclique
- Venlafaxine/duloxetine
- Pregabalin/gabapentin



Algorithme de prise en charge de la fibromyalgie du MSSS (2021) —

— publications.msss.gouv.qc.ca

Pour qui un traitement de la DCNC avec des opioïdes est-il recommandé

- ❑ **Pas en première intention.** À considérer lors d'échec aux traitements usuels.

Chez qui sont-ils déconseillés ? — Opioid Risk Tool

Âge

16 à 45 ans

Antécédents familiaux et personnels

Troubles de l'usage de substances (rx > drogues > alcool)

Antécédents d'abus sexuel dans l'enfance

(femme)

Trouble de santé mentale

TDAH, TOC, trouble de l'humeur, schizophrénie

- ❑ **Référence :**

Webster LR, Webster RM. Predicting aberrant behaviors in opioid-treated patients: preliminary validation of the Opioid Risk Tool. *Pain Med* 2005;6(6):432-42

Visée d'un traitement de la douleur chronique

AMÉLIORATION DU
FONCTIONNEMENT ET DE LA
QUALITÉ DE VIE > DIMINUTION
SEULE DE LA DOULEUR

Pour chaque intervention, l'initiation, la titration et la surveillance de la réponse est nécessaire avec arrêt si une amélioration significative de la douleur ou de la fonction n'est pas obtenue dans les **2 mois**.



Opiïdes en douleur chronique non cancéreuse — Recommandation 1

McMaster University — [2025-Opioid-Prescribing-Guideline-Digital.pdf](#)

FORTE

Recommandation 1

Chez les personnes vivant avec de la douleur chronique non cancéreuse, le panel recommande d'**optimiser la pharmacothérapie sans opioïdes disponible** **opioïdes disponible** et **les traitements non pharmacologiques disponibles** avant d'envisager de faire l'essai d'opioïdes.

Opiïdes en douleur chronique non cancéreuse — Recommandation 2

FORTE

Recommandation 2

Chez les personnes vivant avec de la douleur chronique **sans trouble de consommation de substances actuel ou passé**, sans autres troubles psychiatriques actuels ou passé et sans antécédents de surdoses d'opioïdes, qui ont, malgré l'optimisation du traitement disponible sans opiïdes, une douleur persistante qu'elles considèrent comme problématique, le panel recommande de **discuter l'essai d'opioïdes**.

Opiïdes en douleur chronique non cancéreuse — Recommandation 3

FORTE

Recommandation 3

Chez les personnes ayant de la douleur chronique non cancéreuse, qui souffrent de douleur problématique persistante malgré l'optimisation du traitement l'optimisation du traitement disponible sans opiïdes et qui ont des **antécédents de surdoses d'opiïdes**, le panel recommande de **ne pas proposer l'essai pas proposer l'essai d'opiïdes**.

Opiïdes en douleur chronique non cancéreuse — Recommandation 4

FORTE

Recommandation 4

Chez les personnes ayant de la douleur chronique non cancéreuse, qui ont une douleur problématique persistante malgré l'optimisation du traitement du traitement disponible sans opioïdes et qui ont un **trouble actif lié à la consommation d'alcool**, le panel recommande de **ne pas proposer l'essai proposer l'essai d'opioïdes**.

Opiïdes en douleur chronique non cancéreuse — Recommandation 5

CONDITIONNELLE

Recommandation 5

Selon jugement clinique face à la situation particulière de la personne

Chez les personnes souffrant de douleur chronique non cancéreuse avec des **antécédents de troubles liés à l'usage de substances** et qui souffrent de douleurs problématiques persistantes malgré l'optimisation du traitement disponible sans opioïdes, le panel suggère de **ne pas proposer l'essai d'opioïdes**.

Opiïdes en douleur chronique non cancéreuse — Recommandation 6

CONDITIONNELLE

Recommandation 6

Selon jugement clinique face à la situation particulière de la personne

Chez les personnes souffrant de douleur chronique non cancéreuse avec des **antécédents de maladie mentale ou un trouble de santé mentale actif**, qui souffrent de douleurs problématiques persistantes malgré un traitement optimisé sans opioïdes, le panel suggère de **ne pas proposer** **ne pas proposer l'essai d'opioïdes**.

Opiïdes en douleur chronique non cancéreuse — Recommandations 7 et 8

CONDITIONNELLE

Recommandation 7

Selon jugement clinique face à la situation particulière de la personne


Chez les personnes souffrant de douleur chronique non cancéreuse qui cancéreuse qui essaient les opioïdes, le panel suggère d'éviter les doses les doses supérieures à 80 mg d'équivalent de morphine par jour. jour.

FORTE

Recommandation 8

Et de dépasser rarement, voire jamais, les doses supérieures à 150 mg d'équivalent de morphine par jour.

Les données indiquent clairement risques > bénéfices

 **DÉCLARATION DE BONNES PRATIQUES :** Les patients souffrant de douleur chronique non cancéreuse qui reçoivent des opioïdes ne doivent pas participer à une réduction forcée/involontaire de leur dose.

Maximiser les traitements non opioïdes de la DCNC

Approches non pharmacologiques

- Psychoéducation (gestion des attentes du patient et de ses proches), groupe de pairs
- Psychothérapie TCC/ACT ... (diminuer évitement expérientiel) groupe de pleine conscience
- Physiothérapie, ergothérapie, kinésiologie (encourager le mouvement!)
- Neurostimulation électrique transcutanée (TENS)
- Optimisation des habitudes de vie

Approches pharmacologiques

- **Acétaminophène** : Usage régulier aide à réduire le besoin en opioïdes. 3g/jour opioïdes. 3g/jour (moins si faible apport ou consommation d'alcool).
- **AINS** : En l'absence de risque de saignement gastro-intestinal, hypertension artérielle ou insuffisance rénale.
- **Gabapenti noïdes** : À utiliser avec prudence, associés à un risque accru de surdose d'opioïdes.

☐ Références :

Wang Y, et al. An update on non-pharmacological interventions for pain relief. *Cell Rep Med*. 2025 Feb 18;6(2):101940.

Sokol R, et al. Nonopioid Pharmacologic Management of Chronic Noncancer Pain. *Am Fam Physician*. 2025 Aug;112(2):187-196.

Olopoenia, Abisola et al. Adverse outcomes associated with concurrent gabapentin, opioid, and benzodiazepine utilization: A nested case-control study. *The Lancet Regional Health – Americas*, Volume 13, 100302.

Buprénorphine et méthadone : de bons choix en DCNC

Certainement lors de trouble de l'usage des opioïdes ou en présence de facteur de risque pour en développer, **mais aussi en**
mais aussi en l'absence de ceux-ci.

Moins de développement de tolérance

Moins d'hyperalgie induite par les opioïdes / renversement

Nettement plus efficace sur la douleur neuropathique

📄 Références :

Ramasubbu C, Gupta A. Pharmacological treatment of opioid-induced hyperalgesia: a review of the evidence. J Pain Palliat Care Pharmacother. 2011;25(3):219-30.

Hans G. Buprenorphine--a review of its role in neuropathic pain. J Opioid Manag. 2007 Jul-Aug;3(4):195-206.

Hanna, Verina et al. Methadone in Pain Management: A Systematic Review. The Journal of Pain, Volume 22, Issue 3, 233 - 245, p233-245 March 2021.



Douleur aiguë chez personne à risque (mésusage TUO avec TAO)

- Traiter la douleur rapidement et efficacement
- Optimiser traitement non pharmaco et non opioïdes
- Ne pas retarder l'usage d'opioïde en douleur sévère si besoin
- Mais avec suivi clinique rapproché et service en pharmacie fréquent

📄 **Référence :**

Juteau LC et Picard J. Soulager sans nuire : prévenir l'usage aberrant des opioïdes pour opioïdes pour soulager la douleur aiguë. *Le médecin du Québec*, 2020-03.

Exemple : la lombalgie chronique

Algorithme de prise en charge de l'INESSS

<https://inesss.algorithmes-douleur-chronique.info/fr/algorithme-d-evaluation-de-prise-en-charge-et-de-suivi-d-une-lombalgie>

Ressources pour patients (et professionnels)

<https://gerermadouleur.ca/>

Douleur chronique non cancéreuse (DCNC)

Merci
pour
votre
écoute !



CECTC Centre d'expertise
et de collaboration
en troubles concomitants



Mini-quizz (1 à 2 minutes)

Quelle est la dose maximum recommandée en équivalent morphine par voie orale lorsque des opioïdes sont utilisés en douleur chronique non cancéreuse ?

- a) **Idéalement 80 mg ou moins par jour, jamais plus de 150 mg par jour (soit l'équivalent de 30 mg d'hydromorphone)**
- b) Idéalement 120 mg ou moins par jour, jamais plus de 250 mg par jour (soit l'équivalent de 50 mg d'hydromorphone)
- c) Idéalement 180 mg ou moins par jour, jamais plus de 300 mg par jour (soit l'équivalent de 60 mg d'hydromorphone)

Mini-quizz (1 à 2 minutes)

Quels sont les avantages potentiels de la méthadone et de la buprénorphine en douleur chronique non cancéreuse ?

- a) Moins de développement de tolérance
- b) Moins d'hyperalgie induite par les opioïdes
- c) Meilleure efficacité sur la douleur de type neuropathique
- d) A et C
- e) **A, B et C**

QUESTIONS? COMMENTAIRES?

CECTC Centre d'expertise
et de collaboration
en troubles concomitants



MERCI!

Pour information

Contactez

echo.tc.cectc.chum@ssss.gouv.qc.ca

Contactez Nom du conférencier
@

Visitez notre site :

<https://ruiss.s.umontreal.ca/cectc/services/echo-troubles-concomitants/>

Ce programme bénéficie d'une subvention à visée éducative du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

