

TMPP S4E2 MIXAGE FINAL

[00:00:00] Dr Hans Clark : Ici SSN, Story Studio

[00:00:03] Tom Hoppe : Réseau. Je m'appelle Tom Hoppe et je suis votre animateur du podcast le plus douloureux.

Dans l'émission d'aujourd'hui, nous allons discuter de la douleur post-chirurgicale, de ce qu'est la douleur post-chirurgicale, des taux de douleur post-chirurgicale, des interventions psychologiques et de quelques conseils utiles pour ceux qui souffrent de douleur post-chirurgicale. Parlez-moi de cela aujourd'hui. Je suis accompagné du Dr Max Lepien, professeur adjoint au Département d'anesthésiologie et de médecine de la douleur de l'Université de Toronto.

Max, bienvenue dans l'émission. Merci de m'avoir invité, Tom. Super de vous avoir.

Je suis également accompagné du Dr Hans Clark, qui est également professeur adjoint au Département d'anesthésiologie et de médecine de la douleur de l'Université de Toronto.

Hans, bienvenue également dans le spectacle. Ouais, c'est un plaisir d'être ici, Tom. C'est génial de vous avoir parmi nous.

Je sais que nous avons en quelque sorte discuté un peu dans des courriels sur ce sujet, donc j'ai vraiment hâte d'y être. Hans, tu peux peut-être commencer par nous expliquer ce qu'est la douleur post-chirurgicale ?

[00:01:00] Dr Hans Clark : Et donc, vous savez, la douleur post-chirurgicale chronique ou la douleur post-chirurgicale peut être aiguë, et toute personne qui subit une intervention chirurgicale dans les 48 à 72 premières heures subit généralement cette réponse où, vous savez, c'est dû en grande partie à l'incision, et ils ont ces nerfs qui s'activent, il y a une phase inflammatoire, et puis finalement ça devrait disparaître.

Et pour la plupart, je dirais environ 85 pour cent des gens, cela disparaît dans le passé et il n'y a aucun problème. Mais pour une minorité malheureuse, vous savez, ils continuent à avoir ces symptômes qui persistent. Et dès qu'elle dure plus de 3 mois, nous la considérons comme une douleur chronique post-chirurgicale. Et c'est là que, vous savez, nous visons vraiment à déterminer qui développe ce type de symptômes de longue date et comment nous pouvons les aider à améliorer leur trajectoire s'ils le font.

Merci. Je ne sais même pas que c'est une conséquence de quelque chose que vous connaissez, peut-être parfois salvateur, peut-être parfois électif.

[00:01:54] Tom Hoppe : Donc quelqu'un se fait opérer de l'épaule et naturellement, comme vous le dites, il va en avoir des séquelles à mesure que le corps récupère et ensuite, mais cela pourrait, cela pourrait durer plus longtemps.

[00:02:07] Dr Hans Clark : Absolument. Et. Et pour certains, les gens peuvent y faire face et continuer à le gérer au fil du temps. Et pour certains, cela les angoisse vraiment. Et puis presque, si j'avais su, je n'aurais jamais fait ça. Et dans certains cas, ce n'est pas vraiment exact parce que parfois nous parlons d'opérations chirurgicales qui sauvent des vies en particulier, quand nous parlons de cancer, quand nous parlons d'éliminer une entité pathologique, presque tout le monde choisirait toujours cela.

Mais s'ils étaient mieux préparés ou s'ils savaient que cela pourrait être une conséquence, certains d'entre eux seraient peut-être meilleurs. C'est pourquoi nous avons conçu ce programme de transition contre la douleur ici à l'Hôpital général de Toronto, où nous suivons un parcours de 10 ans. Nous sommes sur le point de fêter notre dixième anniversaire, et nous avons vraiment changé de cap et informé le public de l'existence de cet écart.

Et il y a de nombreuses régions du monde qui, même dans le pays et dans le monde, ont pris l'initiative de créer des services similaires à notre service de transition contre la douleur.

[00:03:02] Tom Hoppe : Donc, quand nous parlons de douleur chronique post-chirurgicale, est-ce que je comprends que les tissus et tout sont guéris, mais c'est juste persistant.

Alors, est-ce devenu plus psychologique ou y a-t-il encore des dommages dans les tissus qui causent cette douleur, qui continue ?

[00:03:22] Dr Hans Clark : Oui, donc ce n'est jamais l'un ou l'autre, je pense, Tom. Je pense, vous savez, que nous ne savons pas vraiment comment tout le monde guérit. Ce que nous savons, c'est qu'il existe de nombreuses théories sur les raisons pour lesquelles les gens persistent dans leur douleur.

Certains sont simplement physiologiques, de sorte que vous avez ces nerfs, ils ont été ouverts, vous devez maintenant reconstituer ces nerfs, et ils oui. Ouais. ne l'ont pas fait correctement et maintenant ils tirent. Certaines personnes pensent que c'est un bon signe que j'ai cette douleur nerveuse. Cela signifie que mes nerfs font encore quelque chose.

Mais ensuite, vous avez la partie cognitive et vous savez que votre cerveau peut intensifier un signal, peut également l'atténuer. Et c'est pourquoi c'est une interaction de

la physiologie, ce qui se passe dans votre corps, comment votre cerveau le perçoit, comment votre cerveau vous dit réellement que c'est un signal de danger, ou que c'est quelque chose dont vous devez prendre soin, ou c'est quelque chose avec lequel vous devez vivre.

Ce sont toutes des choses auxquelles quelqu'un doit faire face. Et puis la troisième triade est le mouvement et comment recommencer à faire les choses qui sont importantes pour vous et continuer votre vie quotidienne. Et ce sont vraiment les choses avec lesquelles les gens sont coincés et pour lesquelles ils ont besoin d'aide. Et l'une des choses qui a été la pierre angulaire de notre programme est l'interaction entre le cerveau et la douleur et le fait de mettre cela au premier plan dès le début, car beaucoup de gens en ont assez.

Eh bien, c'est dans votre cerveau ou ce n'est pas réel, tout est réel, mais c'est aussi dans votre cerveau et la façon dont vous y réagissez a un réel rôle à jouer dans votre performance et la rapidité avec laquelle vous revenez à votre base de référence ou aussi proche de cette vie normale qu'avant cette intervention chirurgicale.

[00:04:49] **Tom Hoppe** : Alors peut-être que Max, par exemple, pouvez-vous développer tout le côté cerveau et douleur des choses, si nous parlons du fait qu'il y a un lien avec cela ?

[00:04:56] **Max Lepien** : Je veux dire, c'est une interaction très complexe, vous savez, comme Hans y fait allusion, n'est-ce pas, que pour, et, et la chirurgie est un cas intéressant car contrairement à d'autres types de douleurs chroniques, il y a toujours une insulte physique évidente, non ? Que tout le monde a subi une opération. Il est donc toujours clair qu'il se passe ou s'est produit quelque chose dans le corps.

Et puis, comment le cerveau agit-il dessus ? Et quel rôle le cerveau joue-t-il dans la perpétuation de cette douleur ? Et ainsi, nous pouvons voir à partir de différents types de chirurgie que même avec des types très différents, vous savez, des maladies qui commencent par différents types de cancers, différents types de, vous savez, chirurgie thoracique, cardiaque et orthopédique.

Nous avons des taux de douleur chronique très différents, mais dans tous ces cas, nous disposons également de prédicteurs psychologiques très puissants. de, de douleur chronique. Nous savons donc qu'une grande détresse liée à votre douleur au moment de la chirurgie est susceptible de prédire le développement d'une douleur chronique. Et nous pouvons également agir en conséquence.

Et donc il y a quelque chose là-dedans. Comme Hans le disait, c'est une sorte de signal de menace que notre cerveau capte et qui conduit à une chronification, si vous voulez, dans le cerveau, ainsi qu'à ce qui se passe dans les tissus.

[00:06:25] Tom Hoppe : Donc, oui, cela semble, j'essaie de débiller cela dans mon esprit, en quelque sorte, il y a un lien.

Quand nous en parlons, vous savez, si cela persiste si longtemps après, cela a-t-il un impact sur le taux de consommation d'opioïdes ou autre ? Y a-t-il d'autres, vous savez, que vous essayez évidemment de limiter cela, mais, je sais, dans votre e-mail, vous avez parlé un peu des taux de douleur chronique et de consommation d'opioïdes.

Y a-t-il une interaction entre ces deux-là ? Et, et c'est, je suppose, votre objectif, votre objectif est-il d'essayer d'amener les gens à réduire cela et d'essayer de comprendre ce qui cause leur douleur chronique après la chirurgie ou comment, comment cela fonctionne-t-il ? Écoutez, je vais m'ouvrir à l'un de vous sur ce point.

[00:07:05] Dr Hans Clark : Je vais intervenir en premier, et Max, n'hésitez pas à intervenir après.

Je pense que, vous savez, l'une des choses qui était claire lorsque la crise des opioïdes était au premier plan, c'était qu'il fallait une réponse de la part des médecins en particulier. Et nous avons été pointés du doigt car, eh bien, vous êtes la cause de cette crise des opioïdes. Il est clair que, vous savez, même si nous avons réduit notre prescription d'opioïdes de 15 % à travers le pays, le nombre de décès dus à la crise des opioïdes continue d'augmenter.

Je pense donc qu'il est devenu clair qu'il ne s'agissait pas généralement d'un problème lié aux médecins, ou uniquement de cela. Mais, vous savez, nous avons compris que, vous savez, nous prescrivions parfois un peu plus d'opioïdes que nécessaire.

Et pour beaucoup de gens, cela n'avait pas vraiment d'importance car ils ne l'utilisaient pas.

Ils le mettaient sur leur, sur leur, vous savez, armoire à pharmacie pour les jours de pluie. Malheureusement, certains de ces médicaments dans ces armoires à pharmacie disparaissaient très souvent, vous savez, je disais souvent aux particuliers, si jamais vous avez une réunion sociale, allez vérifier si vos opioïdes sont là parce que nous étions au cœur d'une crise. et ces choses valaient pas mal d'argent.

Mais c'est là le problème du détournement, et il est donc évident qu'une prescription plus appropriée peut réduire le détournement. Quand nous regardons, vous savez, quel était l'écart pour quelqu'un qui souffrait de douleur après une opération chirurgicale, eh bien, on lui a donné ce médicament. Ils essaieraient alors d'obtenir de l'aide pour ce problème de douleur.

Et le temps d'attente moyen pour un centre de traitement de la douleur chronique, lorsque vous attendiez de voir quelqu'un qui pourrait vous aider, était d'environ, vous savez, 18 mois, disons dans le pays. Et alors, qu'arriverait-il à ceux-ci

personnes? Ils seraient intensifiés en utilisant l'oxycodone qu'ils prenaient et atteindraient des centaines de 200 milligrammes.

équivalents opioïdes quotidiens, et nous devons alors voir ces gens. Donc, l'une des choses que nous faisons réellement est d'aider réellement les gens à surveiller et à atténuer le besoin d'augmenter ou d'augmenter leur consommation d'opioïdes. Les opioïdes restent le meilleur médicament contre la douleur aiguë. Et vous savez, si je me casse la cheville ou si je subit une intervention chirurgicale, vous feriez mieux de croire que 90 pour cent des gens pourraient toujours recevoir un opioïde après l'opération si nécessaire.

Et le taux de persistance sous opioïde est d'environ 3 %. C'est un très petit nombre si l'on considère les personnes qui s'inquiètent de la consommation aiguë d'un opioïde et de leur consommation à long terme. Il y a donc de nombreuses façons d'envisager la situation, et la crise des opioïdes est clairement davantage basée en ce moment sur ces fentanyl illicites qui sont introduits, vous savez, sur le marché illicite, et les gens meurent largement.

Mais nous avons également dû, vous savez, mettre le pied dans le ring et dire, écoutez, nous avons également modifié un peu nos pratiques de prescription en périopératoire et aux alentours. L'un de nos objectifs est donc d'assurer un bon contrôle de la douleur. Il ne s'agit pas d'éliminer les opioïdes. Il s'agit de s'assurer que s'ils sont utilisés, ils le sont de manière appropriée.

[00:09:35] **Max Lepien** : Et je pense que si je peux intervenir, comme nous en parlions pour la majorité des gens, ils subissent une intervention chirurgicale. Leur douleur s'atténue assez peu de temps après l'intervention chirurgicale. Ils consomment des opioïdes pendant qu'ils sont là, ils ressentent une douleur aiguë. La douleur s'en va. Ils arrêtent de consommer des opioïdes. Cela monte sur les étagères ou ils le distribuent, le distribuent, s'en débarrassent de manière appropriée.

C'était pour ceux-là. 15 à 40 %, selon le cabinet, qui attendent une clinique de douleur chronique ou attendent de retourner chez leur chirurgien et de revoir leur chirurgien. Et la seule option pour beaucoup de ces personnes était et était les opioïdes. Et c'est un peu là qu'intervient le service transitionnel de la douleur.

Et que nous essayons de voir les gens quelques semaines après l'opération.

Nous essayons de les voir, d'identifier ceux qui courent un risque élevé, ceux qui sont vraiment angoissés par leur douleur juste après l'opération et de les voir le plus rapidement possible afin qu'ils ne restent pas assis avec cette douleur à attendre et à continuer. d'utiliser ces opioïdes sauf si c'est le cas, c'est justifié.

[00:10:40] **Tom Hoppe** : Donc, vous avez tous les deux mentionné le programme de transition contre la douleur. Pouvez-vous nous en parler un peu et à quoi cela ressemble et fonctionne ?

[00:10:49] **Dr Hans Clark** : Ouais, heureux de faire ça, Tom. Nous avons donc construit cela assez tôt vers 2014. À l'époque, nous avons commencé avec, vous savez, nous avons notre service de douleur aiguë, nos infirmières praticiennes, moi-même et un collègue, Joel Katz, étions les deux qui avons pensé, hé, nous savons tout sur ces choses qui prédisent.

Qui continue à avoir un problème de douleur chronique post-chirurgicale, mais faisons quelque chose. Et, vous savez, cela, associé à la crise des opioïdes, nous a permis en quelque sorte de construire ce programme. Le Dr Lisa Weinrib a été notre première psychologue clinicienne. Elle l'est depuis tu sais, non, elle n'est plus avec nous en ce moment.

Et Max est maintenant notre psychologue principal et nous avons vraiment construit cette chose lentement. Et nous avons maintenant, vous savez, une pratique. qui compte plusieurs infirmières praticiennes, il y a deux autres psychologues qui travaillent avec Max dans le programme, un psychiatre a récemment été ajouté à l'équipe, nous avons un physiothérapeute formé en acupuncture, et nous recevons désormais des patients non seulement au sein de l'établissement au moment de leur arrivée. chirurgie, si vous avez un patient complexe ayant un problème de douleur avant la chirurgie, nous serons heureux de le voir à ce moment-là, et nous prendrons les patients en difficulté jusqu'à environ trois à six mois après la chirurgie, ce que nous pensons pouvoir.

Je dirais que, vous savez, si vous trouvez quelqu'un au cours des six premiers mois, c'est probablement le moment où vous pouvez avoir un impact maximal. Au-delà de six mois, ça devient vraiment délicat parce que, vous savez, les patients sont assez angoissés et que, vous savez, physiologiquement, c'est difficile de changer quelque chose une fois que c'est bien ancré, vous savez, après six mois.

[00:12:16] **Tom Hoppe** : Et Max, du côté psychologique, comment cela se passe-t-il pour vous dans le programme de transition ? Je, je veux dire, j'imagine que c'est aussi avant l'opération, pas seulement après l'opération. Est-ce que tu l'as aux deux extrémités ? Je veux dire,

[00:12:28] **Max Lepien** : Moi, j'espère voir les gens le plus tôt possible dans le processus et dire, un peu avec ce que je disais donc, quel est le but de ceci.

En réalité, le programme ne vise pas à traiter la douleur chronique. C'est pour prévenir les douleurs chroniques, non ? Et donc, si quelqu'un présente quelques facteurs de risque que nous recherchons d'un point de vue psychologique. Des choses comme la dépression, l'anxiété, les pensées catastrophiques sur la douleur. Et si quelqu'un est en quelque sorte signalé par sa clinique de chirurgie, par la clinique de pré-admission, s'il est signalé alors qu'il est dans le service, c'est vrai, il éprouve beaucoup de détresse à cause de sa douleur, nous allons voir les aussi vite que possible.

Et il existe certaines interventions psychologiques qui disposent de nombreuses preuves et soutiens pour prévenir la douleur chronique post-chirurgicale ou traiter la douleur pendant la période périopératoire. Ainsi, une excellente méta-analyse a été publiée il y a quelques années par Bhoutan Adinda et ses collègues, qui ont montré qu'un certain nombre de types de thérapies différents sont efficaces pour cela.

Thérapie cognitivo-comportementale, thérapie d'acceptation et d'engagement. Et donc nous adoptons et utilisons en quelque sorte ces approches. Et bien sûr, euh, allié et, et assurer la liaison avec ce que font les médecins pour gérer la douleur et avec ce que nos collègues physiothérapeutes font pour gérer la douleur. Nous essayons donc en quelque sorte d'utiliser toutes ces approches simultanément.

[00:13:53] **Dr Hans Clark** : Si je pouvais juste intervenir et dire que, vous savez, nous ne pouvons peut-être pas prévenir la douleur chronique, Tom, mais si nous pouvons prévenir le handicap qui y est associé en sautant dessus tôt, c'est autant une victoire que de dire que nous pouvons réellement prévenir la douleur elle-même. Mais, vous savez, je me souviens que lorsque nous avons ouvert cette clinique, je voyais des patients sept ou huit ans après le début de leur parcours, à la recherche de leur

[00:14:23] **Tom Hoppe** : Cela revient donc à ce que vous dites à propos de l'intervention précoce, comme avant et, et, et après. Et, et, et, je veux dire, je suppose que pour toute douleur chronique aussi, la sensibilisation à l'éducation est très utile.

Alors, le programme fournit-il cela au préalable ? Donc, si je dois subir une opération à l'épaule, est-ce que j'y ai accès ? Si vous savez, je voulais en savoir plus, être plus informé sur, vous savez, si je souffre de douleur chronique, ce que je peux faire, ou ce dont je devrais être informé, ou, est-ce disponible pour quelqu'un ?

[00:14:57] **Dr Hans Clark** : Ouais, non, c'est une excellente question.

Et je peux donc vous le dire sur notre site Web, notre service de douleur transitionnelle. ca, nous avons créé des modules qui parlent, premièrement, de ce qu'est le service transitionnel contre la douleur ? Premièrement, qu'est-ce que la douleur chronique post-chirurgicale ? Mais nous faisons également partie de ce groupe en ce moment qui vise à créer un module pré-chirurgical que nous espérons que tout Canadien pourra vivre en ligne, subira une intervention chirurgicale, et qui ne sera ni approfondi ni exhaustif.

Ce sera peut-être, nous l'espérons, un module de 45 minutes dans lequel quelqu'un pourra se connecter et dire : Hé, je vais me faire opérer, laissez-moi apprendre quelles sont certaines des possibilités qui pourraient être mon résultat. Cela pourrait être incroyable et je pars pour les courses, ou il se peut qu'il y ait certaines choses auxquelles je dois faire attention et m'assurer de les avoir.

Un endroit vers lequel se tourner pour obtenir de l'aide après, et une de mes tribunes selon laquelle toute institution effectuant des interventions interventionnelles ou chirurgicales majeures en particulier a besoin d'avoir un recours pour ce, vous savez, le pourcentage de patients qui ne vont pas très bien.

[00:15:48] **Tom Hoppe** : Ouais, parce que sinon, ce que je vous ai entendu dire, c'est qu'ils doivent attendre pour entrer dans une clinique interdisciplinaire de la douleur, par eux-mêmes, ou chercher cela.

[00:15:56] **Max Lepien** : Oui, et je pense que diffuser ces connaissances prend en quelque sorte deux fronts. Par exemple, 1 le rend disponible aussi largement que possible. Et c'est ce dont Hansa parle et ce sur quoi nous travaillons réellement et essayons de créer des interventions numériques qui peuvent être utilisées n'importe où et qui peuvent atteindre les gens partout au Canada.

L'autre côté l'est. continuer à éduquer les gens sur le fait que la douleur post-chirurgicale est un problème, n'est-ce pas ? Et ça, vous savez, le problème c'est que si vous vous faites opérer de l'épaule, vous n'en entendrez peut-être jamais parler au cours de ce voyage, n'est-ce pas ? Et, et, vous savez, c'est une chose si vous venez au Toronto General et que nous sommes une clinique très bien établie et que vous voyez des chirurgiens pour la transplantation.

service et ils nous connaissent et nous sommes en mesure de rationaliser les choses d'une manière différente. Mais comment atteindre les patients des hôpitaux communautaires ? Comment pouvons-nous atteindre les gens que vous connaissez, à l'extérieur de la région du Grand Toronto, n'est-ce pas ? Ils sauront même que c'est un problème.

[00:16:50] **Tom Hoppe** : Et moi, oui, je suis d'accord. Je veux dire, mon propre parcours, vous savez, la compréhension de la douleur chronique et le service de la douleur sont très limités.

C'est l'une des raisons pour lesquelles nous avons lancé ce podcast, c'était pour sensibiliser les gens et, espérons-le, susciter un certain intérêt et ils auront ensuite des endroits où aller. Ainsi, ils savent que votre site Web sera disponible lorsque cela sera publié, que nous serons sur Spotify et Apple, et cela donne donc à quelqu'un l'opportunité de regarder et d'apprendre à partir de ce moment-là.

Mais vous parlez du fait que Toronto ait ceci : y a-t-il d'autres endroits dans le pays qui font la même chose, ou d'autres hôpitaux publics, ou est-ce plutôt privé, ou est-ce un mélange de privé et de public ?

[00:17:26] **Dr Hans Clark** : C'est une bonne question, Tom, et oui, je vais vous dire que, vous savez, comme je l'ai dit, cela a été un voyage de 10 ans et à travers le Canada, il y a, vous savez, programmes de transition contre la douleur.

Je pense qu'il y en a deux à Vancouver, maintenant il y en a un à Calgary. Ils tentent de bâtir ce modèle de soins dans toute la province. Ils ont la possibilité d'avoir, vous savez, un seul système de santé. Ils ne sont pas répartis comme nous le sommes en Ontario.

Ils envisagent donc de mettre en place, comme Max l'a dit, une composante mobile à laquelle n'importe qui dans la province peut avoir accès, vous savez, un hub central, pour ainsi dire.

Vous savez, Terre-Neuve. Elle part là-bas pour créer un programme et s'implanter sur la côte Est. Nous sommes donc presque d'un océan à l'autre maintenant. Et il y a d'autres centres partout, dans tout le pays aux États-Unis, vous savez, des hôpitaux comme Vanderbilt, Duke, Utah, Brigham and Women's et Harvard, ces endroits ont tous ces programmes de transition contre la douleur.

Et puis ils ont créé un groupe d'intérêt spécial aux États-Unis pour ce concept de prévention de la douleur post-chirurgicale, en Allemagne, en Norvège et au Royaume-Uni. Je pense donc que nous avons en quelque sorte fait notre marque en termes de, vous savez, en faisant une brèche, espérons-le, dans l'écart.

Et il y a encore, vous savez, des centres et des pays qui nous contactent pour venir nous observer.

Il y a une semaine, un anesthésiste japonais nous a rendu visite pour voir ce que nous faisons et partager nos ressources avec lui. Et, et je pense, vous savez, nous sommes assez fiers. Il y a encore beaucoup de travail à faire et, et nous vous tiendrons au courant, nous essayons de le faire. Aidez-nous à développer cela, à innover et à faire de nouvelles choses.

[00:18:44] Tom Hoppe : C'est super.

Max, si vous étiez, vous savez, auprès des auditeurs, si vous vouliez leur donner un point ou des points à retenir qui pourraient les aider, que serait-ce ?

[00:18:53] Max Lepien : L'une des choses les plus importantes est de demander, n'est-ce pas ? Demandez à votre médecin. Si vous savez que vous allez subir une intervention chirurgicale à venir, qu'elle soit élective ou plus critique, pouvez-vous, vous savez, demander, en parler à votre équipe médicale ?

Parce que l'une des choses que nous savons, c'est qu'obtenir plus d'informations aidera tout au long du processus, n'est-ce pas ? Obtenir plus d'informations va aider de nombreuses personnes à réduire leur anxiété, n'est-ce pas ? C'est l'un de ces facteurs de risque de développement de douleurs chroniques. Et l'autre côté, c'est de profiter des ressources psychologiques qui existent, n'est-ce pas ?

Quelles sont les ressources PT, n'est-ce pas ? Ainsi, si vous pouvez accéder à notre site Web, vous pouvez accéder à d'autres types de ressources en santé mentale disponibles à l'échelle nationale, même si elles sont

pas spécifiques à la douleur, ils vont aider en quelque sorte à gérer une partie de cette détresse qui est un facteur de risque de développement de douleur chronique, n'est-ce pas ?

Connaître ces choses et essayer de trouver des moyens de rester calme et positif tout au long du processus chirurgical contribuera à renforcer la résilience.

[00:19:55] **Tom Hoppe** : Voulez-vous ajouter quelque chose à cela, Hans, de votre côté ?

[00:19:58] **Dr Hans Clark** : En termes de conclusion, je pense, vous savez, que nous avons expliqué la raison pour laquelle nous sommes ici. Je pense aux arguments de Max concernant, vous savez, la garantie que, vous savez, les ressources sont disponibles.

Je pense que la seule chose que j'ajouterais est que nous essayons de créer des outils en ligne auxquels le pays peut accéder d'un point de vue psychologique, car trouver une aide de haut niveau, comme des gens comme Max, n'est pas si facile. Et donc c'est l'une des choses sur notre radar de dire : écoutez, si vous avez du mal, vous ne trouvez pas d'être humain.

Hé, pourquoi ne pas se connecter à ça ? Il existe un nouveau portail appelé Portail du pouvoir sur la douleur, qui est, vous savez, financé au niveau national. Nous pourrions y faire atterrir nos ressources, certaines de nos ressources, en partenariat avec eux. Je pense donc que l'avenir s'annonce prometteur pour les Canadiens, vous savez, si nous pouvons commencer à le faire, à mobiliser cela d'un point de vue en ligne également.

[00:20:42] **Max Lepien** : Oui, et je pense que de notre côté, il s'agit de transmettre ces ressources aux cabinets de chirurgiens également et aux cabinets de médecins de famille afin que les gens le sachent, n'est-ce pas ? Et ils peuvent continuer sur Power Over Pain.

[00:20:55] **Tom Hoppe** : Max, nous pensions tous les deux la même chose. C'est exactement la question que j'allais poser : dans quelle mesure les médecins de famille sont-ils bien informés pour s'assurer qu'ils envoient leurs patients, les orienter vers les bonnes ressources pour les aider s'ils se font opérer. .

[00:21:11] **Max Lepien** : Mais je ne connais pas de statistiques directes sur la façon dont les médecins de famille et les chirurgiens de partout au Canada sont bien informés sur ces questions, n'est-ce pas ? Mais je sais que nous essayons d'atteindre le plus grand nombre possible et, grâce à différents programmes de sensibilisation, des choses comme les réunions de la Société canadienne de la douleur, nous essayons de faire passer ce message.

Vous savez, et essayez toujours d'impliquer d'autres disciplines de la médecine également, je pense, pour cela. Ils sont conscients et que les patients, même s'ils ne viennent pas voir

Les médecins spécialisés dans la douleur, les anesthésiologistes peuvent être orientés de cette façon, n'est-ce pas ?

[00:21:50] **Dr Hans Clark** : Je pense que tout le monde pratique dans ses silos et que nous essayons tous simplement de rester à flot.

Et, vous savez, les informations sont souvent là, Tom, il s'agit simplement des patients. À quel point, vous savez, c'est une période tellement angoissante. Combien de temps consacrent-ils, vous savez, à certains de ces aspects ou simplement, vous savez, est-ce que je vais survivre est vraiment leur plus grande préoccupation.

[00:22:08] **Tom Hoppe** : Ouais. Et l'auto-représentation est importante pour les patients.

Je dirais vraiment que c'est notre santé, c'est notre corps, vous savez, comme vous le dites, et les informations sont disponibles et peut-être que parfois nous avons juste besoin d'être orientés dans la bonne direction et nous partons de là. Alors, eh bien, j'apprécie vous deux dans l'émission et nous pourrions probablement en parler un peu plus longtemps.

Mais je pense que c'était très éducatif et je tiens à vous remercier tous les deux d'être présents dans l'émission.

[00:22:32] **Dr Hans Clark** : Merci, Tom.

[00:22:33] **Max Lepien** : Ouais, merci, Tom, de nous avoir invités.

[00:22:35] **Dr Hans Clark** : N'oubliez pas, je vais brancher la réunion de la Société canadienne de la douleur à Ottawa. Alors tout le monde vient nous rejoindre.

[00:22:40] **Tom Hoppe** : Oui. C'est à Ottawa en avril. Tu l'as eu. Oui, je pourrai peut-être vous y voir.

Génial. Nous allons avoir d'autres épisodes géniaux à venir dans les prochaines émissions. Nous allons en avoir un sur les suppléments et la douleur, le yoga tenant compte des traumatismes. Nous allons parler d'hypnothérapie. Alors appuyez sur le bouton Abonnez-vous et J'aime. Et si vous avez des commentaires sur l'émission ou plus d'informations sur la douleur chronique, vous pouvez visiter notre site Web à [Veteranschronicpain](#).

ca ou suivez-nous sur Facebook et Twitter à [chronicpaincoe](#) et sur Instagram à [chronicpain underscore coe](#). Encore une fois, merci beaucoup Max et Hans et à notre public, restez en sécurité et gardez l'espoir vivant.

Le podcast le plus douloureux est produit pour le Centre d'excellence sur la douleur chronique par Story Studio Network.