

Editorials

Tomorrow and tomorrow and tomorrow: wait times for multidisciplinary pain clinics in Canada

Patricia K. Morley-Forster MD FRCPC

FOR the past several years, considerable political attention has focused on decreasing the wait times in certain areas of health care identified to be high priority, including cancer care, cardiac care, diagnostic imaging, joint replacement and cataract surgery. Anesthesiologists have played a crucial role in improving access, particularly to cardiac care and arthroplasties, by improving post-operative pain control and facilitating rapid discharge from hospital.¹ Chronic pain management is another area in which anesthesiologists have traditionally played a lead role. A recent survey of hospital-based services for non-cancer pain treatment in Quebec found that almost 30% of anesthesiologists in that province were involved in treating chronic pain.²

Approximately one Canadian in five suffers from chronic non-malignant pain, defined as pain present on most days, for a minimum of six months. The prevalence increases with age.³ A study commissioned in 2004 by the Alberta Ministry of Health and Welfare, found that in the Calgary Health Region, 3% (30,000) were suffering from severe, disabling chronic pain.^A This report also projected an increase of 70% over the next 25 years in the number of adult Albertans who will develop chronic pain, with the increase being attributed primarily to an ageing population. Yet,

there is almost no information on services currently available for chronic pain across Canada.

In this issue of the *Journal*, Peng *et al.*⁴ report on the difficulties in accessing care at multidisciplinary pain treatment facilities in Canada. The objective of this Canadian Institutes of Health Research-funded study was to catalogue the services offered by multidisciplinary pain treatment facilities (MPTF) across Canada and to analyze wait times. A MPTF was defined as a clinic that advertised services for the diagnosis and treatment of chronic pain staffed by a minimum of one medical specialty plus two different health care disciplines integrated within the facility (e.g., physiotherapy, psychology, nutritionist). As there was no pre-existing list of MPTFs in Canada, a comprehensive search strategy was employed to identify them. Contact information for hospital-based clinics was readily obtained from the Guide to Canadian Health Care facilities while identification of non-hospital-based clinics relied on the individual knowledge of the designated provincial expert, and contacts from insurance agencies and pharmaceutical representatives.

Data were collected from June 2005 to August 2006 using a questionnaire completed by a clinic representative. The questionnaire explored patient volumes, wait times, pain conditions treated, modalities offered, staff composition, education/research activities and type of funding. One hundred and twenty clinics met the selection criteria for MPTF; 102 responded, yielding a very respectable response rate of 85%. The most striking finding was the difference in wait times between provincially-funded clinics (mean of six months, range

A Schopflocher D, Borowski H, Harstall C, *et al.* Chronic pain in Alberta: A portrait from the National Population Health Survey and the 2001 Canadian Community Health Survey. Health Surveillance Alberta Health, Edmonton, Alberta. May, 2003: 1-26.

CAN J ANESTH 2007 / 54: 12 / pp 963-968

From the Department of Anesthesia and Perioperative Medicine, University of Western Ontario, London, Ontario, Canada.

Address correspondence to: Dr. Patricia Morley-Forster, Associate Professor, Department of Anesthesia and Perioperative Medicine, Schulich School of Medicine, University of Western Ontario, 268 Grosvenor Street, London, Ontario N6A 4L6, Canada. Phone: 519-646-6000, ext. 65065; Fax: 519-646-6376; E-mail: pat.morley-forster@sjhc.london.on.ca

2–14 months) and those privately-funded (0.5 months, 1–4 weeks). Wait times were greater than one year in one third of publicly-funded pain clinics, but less than two months in 88% of non-public MPTFs. The authors concluded that Canadian MPTFs, both private and public, are unable to meet the clinical needs of patients suffering from chronic pain.

Persistent or recurrent pain in children and adolescents is surprisingly common with 6% of school children being affected by chronic pain, and recurrent pain such as headache or abdominal pain afflicting up to 57% of the children.⁵ As in adults, children with chronic pain may develop depression and disability which adds to the overall burden of health care with increased utilization costs, as more and more medical investigations are pursued. A concurrent study utilizing similar methodology, published in this issue of the *Journal* examines access to pediatric pain treatment centres found that only five dedicated pediatric MPTFs exist across Canada.⁶ Wait times varied from four weeks to nine months, with headache and neuropathic pain being the most commonly treated conditions.

The authors' findings will come as little surprise to the health care professionals who are routinely overwhelmed with a large volume of referrals of desperate patients requiring chronic pain management. Before governments can address the problems, their nature and scope must be accurately defined. Peng *et al.*^{4,6} have recognized the need for this information on a national scale and their studies fill an important gap in our knowledge. While providing us with an invaluable snapshot of currently available MPTF resources, the studies do have several limitations. Perhaps most importantly, Peng *et al.*^{4,6} may have underestimated the number of physicians offering some form of pain treatment, since data collection was limited to those physicians who practice with at least two other disciplines. In Southwestern Ontario, for example, this definition would have excluded at least three anesthesiologists, two from other disciplines and several family physicians who devote the majority of their practice to full-time chronic non-malignant pain. However, according to the chosen definition, the authors were assured of capturing data from MPTF facilities which operate full time (or nearly so) and which have the resources and potential to deal with the many facets of chronic pain.

Another limitation to the inclusion of self-described solo pain practitioners for a Canadian national survey is a current lack of restriction in regards to who can advertise as a pain specialist. At the present time in Canada there are no accredited training programs in

chronic pain management, and there is no certification process to formally recognize the chronic pain expert. In this respect, Canada lags considerably behind the United Kingdom, Australia, the United States and many European countries which have developed organized curricula for Pain Medicine training, and have an established certification process.

Another limitation of these surveys^{4,6} relates to their self-report methodology. Neither survey used formal interviewing for data verification on fields such as wait-times and patient volumes. The definition of wait-time can vary for a number of reasons, including the type of triage system. For instance, many clinics employ an urgency ranking system to ensure that patients experiencing the most severe pain such as complex regional pain syndrome, post-herpetic neuralgia, or those who are suicidally-depressed, are evaluated more quickly. Such data were not documented in either report.

Veillette *et al.*² studied pain clinic services within hospital-based anesthesia departments in Quebec and found that the province was underserved, both in terms of limited access and inadequate quality of services offered. In the latter six months of 2002, 4,500 patients were waiting for their first appointment in a pain clinic. Two thirds of patients on the wait-list in Quebec had been waiting nine months or more for treatment. Although 73% of the hospitals offered some sort of pain clinic service, only one third of these provided multidisciplinary assessment and treatment.

What is an acceptable wait time for treatment of persistent pain? In 2005, the Canadian Pain Society Wait Times Task force performed a systematic review of the admittedly scarce literature and concluded that waits of greater than six months were deleterious to quality of life, and overall well-being.⁷ The Task Force urged that more resources be allocated to meeting the challenges of treating persistent pain. Evidence from the literature and guidelines from the International Association for the Study of Pain recommend the multidisciplinary model as optimal, at least for certain types of chronic pain.^B However, it is unrealistic to expect that all those experiencing chronic pain can receive treatment in a MPTF, nor do they require it.

Although there is a clearly identified need for more funding from provincial Ministries of Health to expand multidisciplinary treatment facilities, additional funding alone will not improve access or reduce

B *Ospina M, Harstall C.* Multidisciplinary pain programs for chronic pain: Evidence from systematic reviews. Alberta Heritage Foundation for Medical Research Health Technology Assessment 30, editors. Edmonton, Alberta, Canada: 2002.

wait times. Several jurisdictions have tried to come to grips with the enormity of the issue by designing regional, integrated pain service programs. Quebec, Alberta and most recently Manitoba, have designated chronic pain as a priority health care area. Yet, more pain clinics, much as they are needed, will not alone solve the problem, as a brief examination of patient numbers will show. Current capacity in the entire country was measured by Peng *et al.*^{4,6} to be 46,000 new patient consults per year, or 54,000 if extrapolated to 100% of the identified facilities. Setting aside geographical access problems, and averaging the availability of clinics over the entire population, they calculated that one MPTF serves 258,000 Canadians. Given that 20% of Canadians experience some form of chronic pain, 51,000 in this cohort alone would visit their doctor with a pain complaint. Put another way, all those affected by chronic pain in one area alone are equivalent to the national capacity.

Another important finding of Peng *et al.*'s^{4,6} reports was their identification of 18 training programs across Canada, 14 of which are supervised by anesthesiology departments. The expectation for leadership in the organization of Pain Services will fall on these newly-trained anesthesiologists who are simultaneously facing critical personnel shortages in the provision of operating room anesthesia and critical care medicine in our intensive care units.⁸ These logistical issues are considerable and will require creative solutions on all fronts, including collaboration with related disciplines of medicine.

One solution being developed in the Calgary Regional Health Network is an integrated continuum of acute and chronic pain services. The Calgary Regional Pain Program Steering Committee is currently examining 14 recommendations related to improving the provision of these services.^C Amongst a number of deliverables from this process, a system-wide approach to acute and chronic pain treatment utilizing guidelines for best practices for common acute pain problems has been endorsed. Additionally, enhanced capacity of primary care practitioners to deal with complex pain is being created through education and funding incentives. To enhance the efficiency of the consultation process, targeted funding has been allocated to tertiary centres to cover the expenses of telephone consultations between tertiary clinics and community locations.

C Calgary Health Region. Regional Pain Program: Strategic Plan. Regional Pain Program Steering Committee October 12, 2004.

New developments are emerging that will profoundly alter the treatment of patients with chronic pain within the next ten to 20 years. Such developments include infusion of cytokine antagonists to the acutely-injured, vaccinations to reduce post-herpetic neuralgia, and imaging modalities that can display an individual's perception of pain. While such diagnostic and therapeutic advances have enormous potential, in the meantime, many patients with chronic pain are left suffering unnecessarily, without having had the benefit of access to modern pain treatment. Peng and his collaborators deserve credit for drawing our attention to this deficiency of the Canadian health care system.

Demain, et demain, et demain : les temps d'attente dans les cli- niques de la douleur pluridisciplinaires au Canada

Ces dernières années, nombre de politiques se sont concentrées sur la réduction des temps d'attente dans certains domaines des soins de santé considérés comme étant de priorité élevée, comme par exemple le traitement des cancers, les soins cardiaques, l'imagerie diagnostique, les arthroplasties et les chirurgies de cataracte. Les anesthésiologistes ont joué un rôle crucial dans l'amélioration de l'accès aux soins, particulièrement dans les domaines des soins cardiaques et des arthroplasties, en améliorant le contrôle de la douleur postopératoire et en facilitant un congé de l'hôpital plus rapide.¹ La prise en charge de la douleur chronique est un autre domaine dans lequel les anesthésiologistes jouent traditionnellement un rôle essentiel. Un sondage récent des services basés en hôpital pour le traitement des douleurs non cancéreuses au Québec a démontré que presque 30 % des anesthésiologistes de cette province étaient impliqués d'une manière ou d'une autre dans le traitement des douleurs chroniques.²

Environ un Canadien sur cinq souffre de douleur chronique non maligne, définie comme une douleur présente presque tous les jours pour une période d'au

moins six mois. La prévalence augmente avec l'âge.³ Une étude commanditée en 2004 par le ministère de la Santé et des Services sociaux de l'Alberta a découvert que dans la région de Calgary, 3 % (30 000) des personnes souffrent de douleurs chroniques sévères et handicapantes.^A Cette étude prévoyait également une augmentation de 70 % dans les 25 années à venir du nombre d'Albertains adultes qui développeraient des douleurs chroniques, et attribuait cette augmentation principalement à la population vieillissante. Pourtant, il n'existe pratiquement aucune information concernant les services actuellement disponibles pour le traitement des douleurs chroniques au Canada.

Dans ce numéro du *Journal*, Peng *et coll.*⁴ font état des difficultés rencontrées pour accéder aux soins dans des établissements pluridisciplinaires de traitement de la douleur au Canada. L'objectif de cette étude subventionnée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) était de cataloguer les services offerts par les établissements pluridisciplinaires de traitement de la douleur (MPTF – multidisciplinary pain treatment facilities) au Canada et d'analyser les temps d'attente. Un MPTF a été défini comme une clinique affichant des services pour le diagnostic et la prise en charge de la douleur chronique, et possédant au moins une spécialité médicale et deux disciplines différentes de soins de santé intégrées dans l'établissement (par ex., physiothérapie, psychologie, nutrition). Étant donné qu'il n'y avait pas de liste préexistante des MPTF au Canada, une stratégie globale de recherche a été utilisée pour les identifier. Les coordonnées des cliniques basées en hôpital ont été facilement obtenues grâce au Guide des établissements de santé du Canada, et l'identification des cliniques qui n'étaient pas intégrées à un hôpital s'est fondée sur les connaissances de l'expert provincial désigné ainsi que sur les contacts provenant des compagnies d'assurance et des représentants pharmaceutiques.

Les données ont été récoltées entre juin 2005 et août 2006 grâce à un questionnaire rempli par un représentant de la clinique. Le questionnaire portait sur le volume de patients, les temps d'attente, les types de douleurs traitées, les modalités à disposition, la composition du personnel, les activités d'enseignement ou de recherche et le type de financement. Cent-vingt cliniques répondaient aux critères de sélection de MPTF ; cent-deux ont répondu, donnant un taux de réponse très respectable de 85 %. La découverte la plus frappante était la différence des temps d'attente entre les cliniques subventionnées par la province (moyenne de six mois, gamme de 2 à 14 mois) et les cliniques privées (0,5 mois, 1-4 semaines). Les temps d'attente excédaient un an dans un tiers des cliniques

de la douleur publiques, mais étaient au-dessous de deux mois dans 88 % des MPTF privés. Les auteurs ont conclu que les MPTF canadiens, qu'ils soient privés ou publics, ne parviennent pas à répondre aux besoins cliniques des patients souffrant de douleurs chroniques.

Les douleurs persistantes ou récidivantes chez les enfants et les adolescents sont étonnamment répandues. En effet, 6 % des enfants au primaire souffrent de douleurs chroniques, et les douleurs récidivantes telles que maux de tête ou douleurs abdominales touchent jusqu'à 57 % des enfants.⁵ Tout comme c'est le cas pour les adultes, les enfants souffrant de douleurs chroniques peuvent en outre développer dépression et invalidité, ce qui ajoute encore à la charge globale des soins, engendrant des coûts d'utilisation plus élevés, parce que de plus en plus de tests diagnostics sont réalisés. Une étude concomitante, publiée dans ce numéro du *Journal*, examine l'accès aux centres de traitement de la douleur spécialisés pour les enfants, et utilise une méthodologie similaire. Cette étude a découvert qu'il n'existe que cinq MPTF consacrés aux enfants au Canada.⁶ Les temps d'attente varient de quatre semaines à neuf mois, et les maux de tête et douleurs neuropathiques sont les conditions le plus fréquemment traitées.

Les résultats des auteurs ne surprendront pas les professionnels de la santé, lesquels sont chaque jour submergés par un important volume de patients référés désespérés nécessitant une prise en charge de la douleur chronique. Avant que les gouvernements ne puissent résoudre ces problèmes, leur nature et leur étendue doivent être définies avec précision. Peng *et coll.*^{4,6} ont identifié la nécessité de cette information à l'échelle nationale, et leurs études comblent une lacune importante de nos connaissances. Bien que ces études nous fournissent un aperçu précieux des ressources des MPTF actuellement disponibles, elles comportent tout de même de nombreuses limites. La principale de ces limites réside peut-être dans le fait que Peng *et coll.*^{4,6} pourraient avoir sous-estimé le nombre de médecins offrant une forme de traitement de la douleur, étant donné que la récolte de données se concentrait sur les médecins pratiquant avec au moins deux autres disciplines. Dans le sud-ouest de l'Ontario, par exemple, cette définition exclut au moins trois anesthésiologistes, deux dans d'autres disciplines et plusieurs médecins de famille qui consacrent la majeure partie de leur pratique à la douleur chronique non maligne permanente. Cependant, avec la définition choisie, les auteurs se sont assurés la récolte de données d'établissements MPTF qui sont actifs à plein temps (ou presque) et qui possèdent les

ressources et le potentiel pour prendre en charge les multiples facettes de la douleur chronique.

Dans le cadre d'un sondage à l'échelle canadienne, une autre limite à l'inclusion de praticiens qui travaillent seuls et qui se décrivent comme médecins de la douleur est le manque actuel de restriction quant à qui peut se déclarer spécialiste de la douleur. A l'heure actuelle, au Canada, bien qu'il existe des programmes de formation (fellowships) en prise en charge de la douleur, il n'y a pas de processus de certification accrédité. Dans ce domaine, le Canada est bien en retard comparé au Royaume-Uni, à l'Australie, aux États-Unis et à de nombreux pays européens qui ont développé des programmes organisés pour la formation en Médecine de la douleur, et ont un processus de certification établi.

Une autre limite de ces études^{4,6} est liée à leur méthodologie d'auto-rapport. Aucune de ces deux études n'a eu recours à des entretiens formels pour la vérification des données touchant par exemple aux temps d'attente et au volume de patients. La définition du temps d'attente peut varier pour de nombreuses raisons, y compris le type de système de triage. Par exemple, de nombreuses cliniques emploient un système de classement d'urgence afin de s'assurer que les patients souffrant des douleurs les plus sévères, telles que le syndrome de douleur régionale complexe, la névralgie post-herpétique, ou les patients à tendances suicidaires seront évalués plus rapidement. Ces données n'ont pas été documentées dans ces études.

Veillette *et coll.*² ont examiné les services de clinique de la douleur au sein des départements d'anesthésie dans les hôpitaux au Québec et ont conclu que la province n'était pas suffisamment desservie, que ce soit en termes d'accès limité ou de qualité inappropriée des services offerts. Durant la deuxième moitié de 2002, 4 500 patients attendaient leur premier rendez-vous dans une clinique de la douleur. Deux tiers des patients sur la liste d'attente au Québec attendaient depuis neuf mois ou plus pour être traités. Bien que 73 % des hôpitaux offrent une forme de service de clinique de la douleur, seulement un tiers de ces hôpitaux offraient une évaluation et un traitement pluridisciplinaires.

Quel temps d'attente est acceptable pour le traitement de douleurs persistantes ? En 2005, le Groupe d'intervention sur les temps d'attente de la Société canadienne de la douleur (Canadian Pain Society Wait Times Task Force) a entrepris une revue systématique du peu de littérature disponible à ce sujet et a conclu que des temps d'attente de plus de six mois nuisaient à la qualité de vie et au bien-être général.⁷ Le Groupe d'intervention a vivement recommandé que des res-

sources supplémentaires soient allouées afin de répondre aux défis du traitement des douleurs persistantes. Les données probantes tirées de la littérature et les directives de l'Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP) appuient un modèle pluridisciplinaire pour un traitement optimal, du moins pour certains types de douleurs chroniques.^B Cependant, il n'est pas réaliste de s'attendre à ce que toutes les personnes souffrant de douleurs chroniques reçoivent un traitement dans un MPTF, ni que toutes ne l'exigent.

Bien qu'il existe un besoin clairement identifié pour davantage de financement provenant des ministères de la santé provinciaux afin d'étendre les sites de traitement pluridisciplinaires, des fonds supplémentaires seuls n'amélioreront pas l'accès ni ne réduiront les temps d'attente. Plusieurs juridictions ont essayé d'appréhender l'énormité du problème en concevant des programmes régionaux de services intégrés de la douleur. Le Québec, l'Alberta et très récemment le Manitoba ont défini la douleur chronique comme un domaine prioritaire des soins de santé. Pourtant, malgré le fort besoin, plus de cliniques de la douleur ne résoudreont pas le problème, comme le démontre un bref survol des nombres de patients. La capacité actuelle dans le pays entier a été mesurée par Peng *et coll.*^{4,6} : les auteurs dénombrent 46 000 nouvelles consultations de patients par année, ou 54 000 si l'on extrapole à 100 % des établissements identifiés. Sans prendre en considération les problèmes géographiques d'accès, et nivelant la disponibilité des cliniques sur la population entière, les auteurs ont calculé qu'un MPTF dessert 258 000 Canadiens. Etant donné que 20 % des Canadiens souffrent d'une forme de douleur chronique, 51 000 personnes de cette cohorte seule iraient voir leur docteur pour se plaindre de douleur. En d'autres mots, le nombre de personnes souffrant de douleurs chroniques dans la région d'un seul centre est équivalent à la capacité nationale de prise en charge.

Une autre donnée importante des comptes rendus de Peng *et coll.*^{4,6} a trait à leur identification de 18 programmes de formation au Canada, dont 14 sont encadrés par les départements d'anesthésie. On se tournera naturellement vers ces anesthésiologistes nouvellement formés pour qu'ils prennent en charge l'organisation des Services de la douleur, tout en souffrant simultanément des pénuries de personnel critique pour fournir les services d'anesthésie en salle d'opération et de médecine intensiviste dans les unités de soins intensifs.⁸ Ces problèmes logistiques sont considérables et nécessiteront des solutions créatives de tous les fronts, y compris la collaboration avec d'autres disciplines médicales liées.

Une des solutions actuellement en cours de développement dans le Réseau régional de santé de Calgary est un service continu intégré de soins des douleurs aiguës et chroniques. Le Comité directeur du programme de douleur régional de Calgary examine à l'heure actuelle quatorze recommandations visant à améliorer l'offre de ces services.^C Parmi un nombre de résultats attendus de ce processus, une approche à l'échelle du système tout entier du traitement des douleurs aiguës et chroniques est visé, en utilisant les recommandations de meilleures pratiques pour les problèmes communs de douleur aiguë. En outre, une meilleure capacité des médecins de première ligne à gérer les douleurs complexes est créée par le biais de programmes d'encouragement à la formation et d'incitatifs financiers. Afin d'améliorer l'efficacité du processus de consultation, des fonds ciblés ont été alloués à des centres tertiaires pour couvrir les frais des consultations téléphoniques entre les cliniques tertiaires et les milieux périphériques.

De nouveaux développements voient le jour, et vont profondément modifier le traitement des patients souffrant de douleurs chroniques dans les dix à vingt années à venir. De tels développements comprennent la perfusion d'antagonistes des cytokines aux patients souffrant de lésions aiguës, les vaccins pour réduire la névralgie post-herpétique, et les modalités d'imagerie qui peuvent afficher la perception de la douleur d'une personne donnée. Bien que de tels progrès diagnostiques et de traitement aient un potentiel énorme, en attendant, de nombreux patients souffrant de douleurs chroniques souffrent encore inutilement, n'ayant pas eu l'accès à un traitement moderne de la douleur. Bravo à Peng et ses collaborateurs pour avoir attiré notre attention sur cette défaillance du système de santé canadien.

References

- 1 *Novick RJ, Fox SA, Stitt LW, et al.* Impact of the opening of a specialized cardiac surgery recovery unit on postoperative outcomes in an academic health sciences centre. *Can J Anesth* 2007; 54: 737-43.
- 2 *Veillette Y, Dion D, Altier N, Choiniere M.* The treatment of chronic pain in Quebec: a study of hospital-based services offered within anesthesia departments. *Can J Anesth* 2005; 52: 600-6.
- 3 *Moulin DE, Clark AJ, Speechley M, Morley-Forster PK.* Chronic Pain in Canada-prevalence treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Res Manag* 2002; 7: 179-84.
- 4 *Peng P, Choiniere M, Dion D, et al.* Challenges in accessing multidisciplinary pain treatment facilities in Canada. *Can J Anesth* 2007; 54: 977-84.
- 5 *van Dijk A, McGrath PA, Pickett W, VanDenKerkhof EG.* Pain prevalence in nine- to 13- year-old school children. *Pain Res Manag* 2006; 11: 234-40.
- 6 *Peng P, Stinson J, Choiniere M, et al.* Dedicated multidisciplinary pain management centres for children in Canada: the current status. *Can J Anesth* 2007; 54: 985-91.
- 7 *Lynch ME, Campbell F, Clark AJ, et al.* A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain. *Pain* 2007; doi: 10.1016/j.pain.2007.06.018.
- 8 *Engen DA, Morewood GH, Ghazar NJ, Ashbury T, Van DenKerkhof EG, Wang L.* A demand-based assessment of the Canadian anesthesia workforce - 2002 through 2007. *Can J Anesth* 2005; 52: 18-25.