

> Soulager la douleur chronique



Denis Arcand / Psychologue

Denis Arcand est psychologue à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec. Il travaille essentiellement en douleur chronique depuis plus de 20 ans, ayant développé avec ses collègues l'un des tout premiers programmes d'intervention interdisciplinaire en douleur chronique au Québec.

Intervention en douleur chronique : d'une approche biomédicale à une véritable approche biopsychosociale

Monsieur X (M. X.), depuis trois ans, a rencontré quatre généralistes, deux orthopédistes, un neurochirurgien, deux physiatres en plus de trois physiothérapeutes, un chiropraticien, une massothérapeute et un naturopathe. Il a subi trois expertises et un examen médical au BEM (Bureau d'évaluation médicale), a dû consulter un avocat et est présentement en attente d'une audition à la CLP (Commission des lésions professionnelles, c.-à-d. le tribunal d'appel de la CSST). Il se dit très en colère tant contre son patron que contre la CSST, affirme être très irritable (ce que confirme sa conjointe avec insistance), avoir de sérieux problèmes d'attention et de concentration, se sentir inutile et ne plus savoir vers qui ou quoi se tourner. Il ne comprend pas que personne ne semble pouvoir l'aider pour son problème de douleur « [...] alors qu'on est capable d'envoyer des gens sur la lune [...] ».

M. X. a donc bénéficié de nombreuses interventions de professionnels de la santé dans une perspective biomédicale. Pourtant, il a l'impression que sa situation ne s'est pas améliorée depuis qu'il a fait une chute et développé un problème de douleur au dos il y a trois ans, d'avoir fait le tour de l'ensemble des interventions possibles et ne sait plus trop à quel saint se vouer.

Toutefois, dans le monde de la douleur chronique, la présence et l'importance de composantes psychosociales dans la genèse et le maintien des problèmes de douleur chronique sont de plus

en plus reconnues. En effet, tant dans la littérature scientifique que dans les milieux cliniques, il n'est plus possible de ne considérer que des éléments biomédicaux pour évaluer et traiter ce type de condition. En outre, plusieurs éléments psychosociaux, qui jouent un rôle déterminant dans les processus de chronicisation, ont été identifiés ces dernières années. Ces éléments sont regroupés en facteurs non modifiables (exigences habituelles de l'emploi, relation passée avec l'employeur, histoire médico-légale à la suite de l'apparition du problème, etc.) et en facteurs modifiables (intensité de la douleur, pensées catastrophiques, peur du mouvement, sentiment d'injustice, perception d'incapacité, détresse psychologique, réactions des proches, etc.). Ils jouent souvent un rôle déterminant tant sur l'intensité de la douleur que sur l'impact de cette dernière dans la vie de l'individu touché. D'ailleurs, cette différenciation entre intensité de la douleur et sévérité de l'impact de cette dernière sur le mode de vie de la personne, comme deux dimensions différentes, bien qu'interreliées, est extrêmement importante. En effet, il peut arriver qu'une mesure visant à réduire la douleur (par exemple telle médication opiacée avec tel dosage), tout en ayant un impact positif sur cet élément, ait un impact négatif majeur sur les capacités d'attention et de concentration du sujet et donc un retentissement très important sur l'ensemble de son mode de vie. L'évaluation de la situation du client doit alors, nécessairement, tenir compte de ces deux dimensions.

L'intervention sur les facteurs psychosociaux modifiables est donc devenue un élément majeur des interventions en douleur chronique, soit en prévention de la chronicité (Michael Sullivan : – Programme P-Gap (Programme de gestion de l'activité progressive) et PDIP (Prévention de la douleur et de l'incapacité prolongée) –, soit en réaction à cette dernière. Il est évident que pour la société, la prévention de la chronicité serait extrêmement avantageuse, tant en termes de souffrance évitée et de qualité de vie préservée que de coûts financiers épargnés. Cependant, les changements que cela implique du point de vue organisationnel et de la culture des intervenants de la santé interfèrent souvent avec une implantation généralisée de mesures pourtant reconnues comme efficaces pour prévenir ladite chronicité.

Le modèle d'intervention socioprofessionnelle en douleur chronique développé à l'IRDQP depuis plus de vingt ans s'adresse à une clientèle pour laquelle le problème de douleur a amené un retrait du marché du travail et a affecté de façon souvent très importante la qualité de vie des personnes touchées, et ce, sur un long terme. Le but dudit programme est de favoriser la réintégration au marché du travail en pratiquant une gestion plus efficace du problème de douleur et en permettant le maintien d'une qualité de vie satisfaisante. Les clients potentiels sont d'abord rencontrés par le médecin et le psychologue ou le

conseiller en orientation. L'évaluation du médecin vise à clarifier le statut médical du client et à vérifier s'il y a des indications ou contre-indications médicales à sa participation au programme, tandis que l'entrevue psychosociale vise essentiellement à vérifier l'intérêt du client face à un type d'intervention interdisciplinaire qui, le plus souvent, est nouveau pour lui. Si le client choisit de continuer le processus et que les intervenants croient qu'il présente un potentiel raisonnable de participation effective aux interventions, il sera par la suite évalué en kinésiologie, en physiothérapie et en ergothérapie, l'évaluation psychologique étant complétée au cours de cette période. Par la suite, l'ensemble des intervenants se concerteront pour vérifier la pertinence d'offrir un plan d'intervention au client et sur la forme exacte que prendra ce dernier. Dans la plupart des cas, le plan d'intervention s'étalera sur une période de cinq semaines, à raison d'un peu moins de trente-cinq heures par semaine. Les interventions sont individualisées tout en se déroulant dans un contexte de groupe.

Le modèle de kinésiophobie de J. M. S.Vlaeyen, où l'évitement de l'activité est le facteur déterminant de développement de la chronicité de la douleur, est au cœur du mode d'intervention développé par notre équipe. La **désensibilisation à l'activité** et le **réentraînement à l'effort** constituent en effet l'ossature de ce modèle d'intervention. Toute l'équipe collabore dans ce processus,

chacun à partir de son identité professionnelle propre et de la culture commune de l'équipe. Le coordonnateur clinique occupe une place centrale dans ce processus, son rôle étant justement de s'assurer de la cohérence des interventions entre elles et avec le rationnel d'intervention auquel souscrit l'équipe. Cet aspect de cohérence est selon nous extrêmement important. En effet, par définition, nos clients ont rencontré de nombreux intervenants de la santé depuis l'apparition de leur problème et, malheureusement, ont été exposés à beaucoup d'informations souvent contradictoires, parfois difficilement compréhensibles et souvent menaçantes. Leur confiance vis-à-vis des intervenants de la santé est donc souvent limitée, leur position sous-jacente étant :

« [...] pourquoi, parmi tous les intervenants de la santé que j'ai vus et qui tous avaient leur propre façon de comprendre mon problème, ce serait vous autres qui auriez raison [...]? ». Ils sont donc très sensibles à toute contradiction apparente entre les intervenants et vont souvent, au moins dans un premier temps, chercher à opposer les intervenants les uns aux autres. Cet élément est d'autant plus présent que le rationnel d'intervention qui leur est proposé (c.-à-d. kinésiophobie) est, la plupart du temps, fort loin de leur façon initiale de comprendre leur problème. De plus, la présence fréquente d'une histoire de conflits médico-légaux importants avec le tiers payeur ou l'employeur favorise une forte méfiance et l'attribution d'intentions troubles aux intervenants. Du fait de ce contexte, le rôle du coordonnateur clinique, comme responsable justement de la **cohérence**, est central.

Dans ce contexte particulier, le rôle de chacun des intervenants prendra les tonalités suivantes. Le rôle du médecin sera déterminant pour clarifier les éléments diagnostiques présents chez le client, pour ajuster la médication afin de faciliter l'implication de ce dernier et, surtout, pour le rassurer quant aux dangers qu'il (le client) perçoit à augmenter son niveau d'activité. Le rôle du psychologue consistera à donner au client, tant en entrevues individuelles qu'en rencontres de groupe, des informations lui permettant de mieux comprendre le monde de la douleur chronique, à définir les impacts de cette dernière sur son mode de vie et à définir des stratégies alternatives pour redécouvrir son propre pouvoir sur sa situation. Le physiothérapeute aura un rôle majeur dans l'explication des aspects physiopathologiques de la condition du client, dans l'apprentissage d'exercices et/ou de stratégies qui peuvent lui permettre de mieux contrôler la douleur tout en devenant plus actif et de travailler à éliminer certaines mauvaises habitudes (vices de posture, patrons de mouvement fautifs) qui ont contribué à entretenir ses difficultés. L'ergothérapeute, comme le kinésologue, sera particulièrement important dans le processus d'exposition à des tâches et activités qui ont été évitées, souvent depuis de nombreuses années, et pour convaincre le patient à le faire de façon sécuritaire tout en améliorant sa forme physique

tant au plan cardiorespiratoire que musculaire. Il aura aussi un rôle déterminant pour aider le client à développer, connaître et reconnaître ses capacités. De plus, le kinésologue préparera le client à maintenir et continuer d'améliorer sa condition physique suite au programme, tandis que l'ergothérapeute pourra l'aider à réintégrer son milieu de travail avec succès. Le conseiller en orientation (formé en psychothérapie) aura un rôle assez semblable à celui du psychologue, mais interviendra plus souvent dans les cas où la réintégration dans le milieu de travail antérieur n'est pas possible et où de nouvelles avenues professionnelles devront être envisagées.

Si l'évitement de l'activité est effectivement central dans le développement et le maintien du problème de douleur chronique et de la perception d'invalidité de la large majorité de nos clients, il ne constitue cependant pas le facteur explicatif dominant pour certains d'entre eux. Dans ces cas, c'est plutôt la persistance de l'individu dans l'activité sans égard à la douleur qui constituera le nœud de son problème. De fait, après une blessure initiale, la meilleure stratégie de récupération consiste à reprendre l'activité de façon graduelle. Si la reprise se fait trop brusquement, elle provoquera des augmentations de douleur insupportables, qui mèneront temporairement à l'évitement, suivi par un nouvel essai de reprise de l'activité avec toujours la stratégie de persistance, etc. Cette stratégie finira donc par amener les mêmes conséquences que la stratégie d'évitement, l'une et l'autre se différenciant surtout par l'importance relative des phases d'évitement et de confrontation. Dans les deux cas, l'encadrement à la reprise de l'activité, encadrement autant cognitif que comportemental, sera le facteur central pour passer d'une stratégie qui ne fait qu'enfoncer de plus en plus le client dans un modèle où il expérimente des échecs à répétition, à un modèle où il commence à expérimenter et à bâtir sur des réussites de plus en plus fréquentes et significatives.

Bien que le cœur des interventions soit centré sur cette dynamique évitement/reprise de l'activité, celles-ci doivent prendre en compte de nombreux éléments périphériques à cette dynamique, qu'il s'agisse des relations avec le tiers payeur (quand il y en a un) ou avec la famille, de la présence de troubles ou traits de personnalité plus ou moins perturbants, de la relation avec des intervenants de la santé extérieurs à l'équipe, etc. Dans la plupart des cas, les éléments dépressifs présents en début de programme seront nettement moins présents à la fin de ce dernier. L'impuissance que ressentait le client face à sa situation, qui était un élément important de renforcement des éléments dépressifs, ayant été affectée à la baisse, ces éléments dépressifs seront eux aussi affectés à la baisse. Par contre, les éléments anxieux resteront le plus souvent significatifs, car suite à la participation au programme, d'autres étapes de la réinsertion

du client dans son milieu (expertises médico-légales, réinsertion dans le milieu de travail, réorientation professionnelle) seront prévues, étapes souvent anticipées avec anxiété. Dans les cas où les circonstances permettent que certains membres de l'équipe accompagnent le client dans ce processus de réintégration, ces éléments anxieux seront mieux contrôlés et le processus facilité pour une réinsertion durable et sécuritaire.

Revenant à M. X., nous pouvons constater qu'après avoir participé au programme, malgré des réticences initiales significatives, il s'est bien impliqué dans les interventions proposées. Il a vu, à sa grande surprise, qu'il présentait beaucoup plus de capacités que ce qu'il croyait et, surtout, a constaté qu'il avait beaucoup plus de pouvoir sur sa situation qu'il ne l'anticipait (développement du sentiment d'efficacité personnelle). Il comprend mieux sa situation et a été fortement encouragé par ses proches à continuer de pratiquer les changements comportementaux qui lui ont été suggérés. Même son fils de dix ans intervient pour lui rappeler de garder une posture plus saine, tout en constatant que pour la première fois depuis des années, son père accepte de se livrer avec lui à certaines activités physiques : patin, badminton, etc. M. X. ne sait pas encore ce qu'il deviendra au plan professionnel,

mais connaît mieux ses capacités et commence à percevoir des avenues intéressantes. Il poursuit ses discussions avec le conseiller en orientation du programme et est moins inquiet quant aux résultats de l'éventuelle décision de la Commission des lésions professionnelles (CLP).

Bibliographie

- **Livres**

LALIBERTÉ, Simon, SULLIVAN, Michael J.L., *Douleur et incapacité chronique : Les bienfaits de la psychologie*. Dans O'DONNELL-JASMIN, Louise, et al., *Faire équipe face à la douleur chronique*, Laval, Les Productions Odon, 2010.

- **Revue spécialisée**

VLAEYEN, J. W. S., et al., «The role of movement/(re)injury in plain disability», *Journal of Occupational Rehabilitation*, n°5, 1995, p. 235-252.

- **Internet**

« Programme de gestion de l'activité progressive (PGAP) », *University Centre for Research on Pain and Disability*, <http://pdp-pgap.com/pgap/fr/index.html>, (page consultée le 25 mars 2011).