

erg-go!

OPINION

POUR QUE LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ PARLENT TOUS
LE MÊME LANGAGE DE LA DOULEUR AVEC LEURS PATIENTS

DECEMBRE 2019



POUR QUE LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ PARLENT TOUS LE
MÊME LANGAGE DE LA DOULEUR AVEC LEURS PATIENTS

ANDRÉE-ANNE OUELLET, entrepreneure et kinésiologue

C'EST APRÈS AVOIR TRAVAILLÉ PENDANT PRESQUE 3 ANS COMME POLICIÈRE À LA VILLE DE MONTRÉAL QU'ANDRÉE-ANNE DÉCIDE D'ENTREPRENDRE UNE RÉORIENTATION DE CARRIÈRE EN KINÉSIOLOGIE. ELLE OBTIENT SON BACCALURÉAT EN 2013 ET TRAVAILLE AU SEIN D'UNE ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE AU CENTRE MONTRÉGIEN DE RÉADAPTATION DÈS SA SORTIE DE L'UNIVERSITÉ. C'EST À CET ENDROIT QU'ANDRÉE-ANNE TENTERA D'AIDER POUR LA PREMIÈRE FOIS DES GENS ATTEINTS DE DOULEUR PERSISTANTE ET PRENDRA EN CHARGE DES GROUPES VIVANT AVEC CETTE PROBLÉMATIQUE. ELLE PREND ALORS CONSCIENCE DU BESOIN CRIANT DE RESSOURCES DANS LA POPULATION QUÉBÉCOISE EN DOULEUR EN PLUS DU MANQUE DE RESSOURCES ADÉQUATES POUR CETTE POPULATION. CETTE AVENTURE AVEC LA DOULEUR DEVIENT UNE VÉRITABLE RÉVÉLATION POUR ELLE. PENDANT LES ANNÉES QUI SUIVRONT, ELLE TRAVAILLERA DANS LE DOMAINE DE LA GESTION D'INVALIDITÉS, ÉTUDIERA POUR PARTIR SA PROPRE COMPAGNIE ET APPRENDRA TOUT CE QU'ELLE POURRA DANS LE DOMAINE DE LA DOULEUR, UNIVERS QUI LA FASCINE. ELLE DÉMARRERA EN 2017 SA COMPAGNIE, SOLUTION RÉADAPTATION, À TRAVERS LAQUELLE ELLE OFFRIRA DES SERVICES DE KINÉSIOLOGIE AUTANT INDIVIDUELS QUE DE GROUPES POUR LES GENS VIVANT AVEC UNE DOULEUR PERSISTANTE. ELLE TRAVAILLE ACTUELLEMENT SUR DES PROJETS PLUS LARGES PERMETTANT DE FAVORISER LE TRAVAIL EN ÉQUIPES PLURIDISCIPLINAIRES ET DE FACILITER L'AIDE ENTRE PAIRS À TRAVERS LE RÉSEAU DE PROFESSIONNELS DES SYSTÈMES PUBLIC ET PRIVÉ QUI S'INTÉRESSENT ET SE SPÉCIALISENT DANS L'AIDE AUX PERSONNES ATTEINTES DE DOULEUR. TOUJOURS DANS LE BUT DE MIEUX SERVIR CEUX QUI SOUFFRENT, ELLE AJOUTERA À SES FORMATIONS CELLE DE YOGA THÉRAPEUTE SOUS PEU ET ENVISAGE LA MAÎTRISE EN NEUROSCIENCES DANS LES DEUX PROCHAINES ANNÉES.

La prise en charge adéquate des clients vivant avec de la douleur est une compétence difficile à maîtriser. À titre de professionnels de la santé, il est souhaitable de pouvoir baser notre pratique sur des preuves, en suivant les données et les recommandations issues des dernières recherches scientifiques dans le domaine ainsi que sur notre expérience individuelle comme thérapeute.

Soyons clairs, la pratique basée sur des preuves n'est pas une équation mathématique; cette dernière se définit comme suit :

Selon Dr David Sackett, le père de la médecine factuelle :

« [...] l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves actuelles pour prendre des décisions concernant les soins à apporter à chaque patient. Cela signifie intégrer l'expertise clinique individuelle aux meilleures preuves cliniques externes disponibles issues de la recherche systématique (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes et Richardson, 1996). »

Selon Howick, philosophe et chercheur médical :

« La pratique fondée sur des preuves nécessite une

expertise clinique pour la production et l'interprétation de preuves, la réalisation de compétences cliniques et l'intégration des meilleures preuves de recherche aux valeurs et à la situation du patient (Kelly, Heath, Howick et Greenhalgh, 2015). »

Suivant ces définitions, nous, thérapeutes, devons utiliser notre expertise clinique pour intégrer les meilleures preuves disponibles afin de répondre de manière optimale aux besoins de nos patients, à un moment précis de leur cheminement. Il faut donc sélectionner « la meilleure preuve disponible » sur laquelle nous pouvons baser notre pratique pour un cas donné. Parfois, tout ce qui peut être disponible est une étude de cas peu convaincante tandis qu'à d'autres moments, notre pratique peut être basée sur de nombreuses revues systématiques et méta-analyses de haute qualité. La plupart du temps, nous nous retrouvons entre les deux. Ce qui compte d'après moi, c'est surtout que nous utilisons les meilleures preuves disponibles, et non celles qui conviennent le mieux à nos préjugés ou nos croyances.

Les dernières décennies ont donné lieu à des progrès dans les connaissances et la compréhension des mécanismes neurophysiologiques impliqués dans la

POUR QUE LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ PARLENT TOUS LE
MÊME LANGAGE DE LA DOULEUR AVEC LEURS PATIENTS

nociception et dans la douleur. Pourtant, il n'existe toujours pas de traitements disponibles qui soient systématiques et qui soulagent de façon permanente la douleur pour tous ceux qui en sont affligés. L'approche biomédicale traditionnelle est de plus en plus remplacée par une approche biopsychosociale (BPS) de la douleur par les professionnels de la santé.

« Le modèle biopsychosocial est un modèle conceptuel proposant que des facteurs psychologiques et sociaux soient inclus aux variables biologiques pour la compréhension de la pathologie d'une personne, dans ce cas, la douleur musculosquelettique (International Association for the Study of Pain, 2009; Gatchel, Peng, Peters, Fuchs, Turk, 2007; Gatchel et Turk, 1996). »

L'éducation à la douleur fait désormais partie intégrante du processus de traitement des thérapeutes et, à juste titre, il est indispensable d'aider les gens à comprendre ce qui leur arrive. En effet, une étude systématique a su démontrer que pour les troubles douloureux chroniques liés à la douleur musculosquelettique chronique, il existe des preuves convaincantes que les stratégies éducatives axées sur la neurophysiologie et la neurobiologie de la douleur pouvaient avoir un effet positif sur la douleur elle-même, sur l'invalidité, sur la catastrophisation et sur les performances physiques (Louw, Diener, Butler et Puentedura, 2011).

L'approche basée sur les neurosciences à elle seule ne permet toutefois pas d'expliquer de manière adéquate l'expérience de la douleur et la reconnaissance de celle-ci par la personne qui la vit, puisque chacune des expériences est variable selon les individus.

Il est donc important, selon moi, que le discours des professionnels reflète bien l'idée que la douleur est plus qu'une sensation à noter sur une échelle de 1 à 10, ou encore à inscrire dans un questionnaire. Il s'agit plutôt d'une expérience individuelle qui peut influencer sur plusieurs parties de l'existence de chacun, de nombreuses façons, et qu'à l'inverse, notre existence peut aussi affecter notre expérience de douleur. La douleur est beaucoup plus qu'une sensation physique. Elle affecte notre bien-être général et notre état émotionnel, ce qui est complètement normal.

Les auteurs et experts en neurosciences de la douleur Moseley et Butler (2015) proposent aux professionnels de la santé de revoir leurs façons d'expliquer et de traiter la douleur chez leurs patients, en changeant certaines des approches utilisées. Voyez dans le Tableau 1 comment celle-ci pourrait être abordée selon eux.

[suite page 04]



Tableau 1

Conceptions erronées les plus courantes et conceptions adéquates relatives à l'explication de la douleur
[traduction libre] (Moseley et Butler, 2015)

Au lieu de ...	Tenter de ...
-enseigner comment gérer leur douleur, adopter des stratégies d'adaptation, s'entraîner à des techniques de relaxation, d'établir des objectifs	- enseigner le processus biologique sous-jacents à la douleur - faire de l'enseignement sur les stratégies ou les compétences permettant de réduire l'impact de la douleur sur la vie - s'appuyer sur la conception pédagogique et les principes multimédias pour présenter la biologie de la douleur
-conseiller de bouger malgré leur douleur	-enseigner que la douleur peut être surprotectrice
-enseigner que les messages de douleur voyagent de haut en bas dans la moelle épinière	-enseigner que les messages de danger voyagent de haut en bas dans la moelle épinière
-décrire comment avoir du contrôle sur nos limites de douleur	-enseigner que le cerveau peut faire changer le message signalant un danger dans la moelle épinière
-expliquer que l'hypersensibilisation de leur système nerveux est la cause de leur douleur et qu'il n'y a pas de remèdes connus pour l'hypersensibilisation	-enseigner que le système de transmission des messages dangereux peut devenir très sensible et peut conduire à la formation de plus de messages de danger et qu'il s'agit toujours du cerveau qui décide s'il doit produire de la douleur ou non
-rassurer les patients en leur disant que la douleur qu'ils perçoivent n'est pas vraiment une « vraie douleur »	-rassurer les patients sur le fait que leur douleur est tout à fait réelle même si le tissu n'est pas réellement en danger
-indiquer que notre « intervention » pourra être jumelée efficacement aux traitements de base du modèle de pathologie structurale	-indiquer que notre intervention ne peut être efficacement fournie que sous un modèle biopsychosocial qui intègre le traitement des nerfs nociceptifs centraux et périphériques
-indiquer que notre « intervention » concerne uniquement la douleur chronique et non la douleur aiguë	-indiquer que notre « intervention » se rapporte à la douleur
-faire fi des modèles de biologie pour se concentrer uniquement sur le psychosocial	-baser notre intervention sur l'application pragmatique du modèle biopsychosocial de la douleur, qui intègre le traitement des nerfs nociceptifs centraux et périphériques conducteurs et contributeurs de la douleur

Si chacun des intervenants ou professionnels de la santé se tenait à jour et ajustait leurs décisions cliniques en intégrant ces outils d'éducation sur la douleur et ce, depuis le début du continuum des soins de santé de leurs patients, nous verrions certainement apparaître des améliorations dans la condition de ces derniers. Les raisons pour lesquelles il peut nous être difficile de faire de l'éducation aux patients dans le système actuel sont nombreuses et pourraient aller jusqu'à soulever des questionnements quant à la formation que reçoivent les différents professionnels dans le domaine de la douleur persistante, y compris chez le corps médical (Loeser et Schatman, 2017).

Nous savons maintenant que la demande grandissante d'aide pour les patients atteints de douleur est un problème réel et très complexe. L'approche nécessaire pour répondre à celui-ci implique donc des changements dans la conception de notre système de prise en charge de la douleur ainsi que dans notre système d'accès aux soins. Tous les niveaux du système de santé actuel, y compris les programmes de formations des professionnels de la santé de différentes disciplines, devraient être impliqués dans ces changements.

Après avoir terminé leur formation de base, les professionnels de la santé peuvent avoir accès à beaucoup d'informations et de formations continues pour les aider à mieux guider leurs patients, tels que :

- Les programmes spécialisés en douleur chronique offerts par plusieurs universités (Université McGill, Université de Montréal, Université Laval, etc.) ;

- Le centre d'expertise en gestion de la douleur chronique qui propose un service d'avis d'experts, un programme de télémentorat (ECHO®) avec des discussions de cas interprofessionnels et des algorithmes des quatre types de douleur chronique pour consultation libre afin de faciliter le continuum de soins et services offerts (Le Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université de Montréal, 2017) ;

- Le Réseau québécois de recherche sur la douleur

(2019);

- Des certifications externes par l'Institut de kinésiologie du Québec (Campbell, 2019) ;

- Des informations pertinentes par la Société Québécoise de la Douleur (SQD) ;

- Des formations en ligne avec l'Institut international de la colonne vertébrale et de la douleur (International Spine and Pain Institute, 2017).

Se tenir à jour est important et appliquer ce que nous avons appris l'est encore plus! L'essentiel, en matière d'intervention, est l'efficacité et les résultats obtenus chez les patients!

Pour commencer à mettre en application dès aujourd'hui la science de la douleur au sein de vos interventions, pourquoi ne pas considérer la visualisation avec certains de vos patients? À travers les différents transferts de connaissances encouragés, la recherche en neurosciences nous indique que la visualisation est un outil à faible risque, basée sur le concept de la neuroplasticité, favorisant une diminution de la douleur persistante. La neuroplasticité désigne la capacité du cerveau à changer en créant de nouvelles voies neurales et en éliminant les voies neurales devenues inutiles, telles que les voies neuronales consacrées à la douleur chronique (Doidge, 2016). Également, compte tenu des travaux qui mettent en évidence l'influence des afférences vagues sur le système nerveux autonome, et des données sur le biofeedback de cohérence cardiaque, il serait pertinent de recommander au patient de respirer de manière ralentie et calme afin de réduire sa perception du danger.

QU'ATTENDEZ-VOUS POUR ESSAYER?

Diverses initiatives prometteuses, encourageantes, inspirantes et souvent à faible coût relatives à l'éducation dans le domaine de la douleur ont été mises sur pied à travers le monde et suivent les données probantes dans le domaine de la douleur persistante.

[suite page 06]

POUR QUE LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ PARLENT TOUS LE MÊME LANGAGE DE LA DOULEUR AVEC LEURS PATIENTS

Parmi celles-ci, notons :

- Le projet « **Pain revolution** », qui est un mouvement chargé de changer la façon dont les gens comprennent la douleur dans les communautés rurales et régionales en Australie. Sa mission est d'aider les professionnels de la santé locaux à devenir des experts de la douleur et à faire passer le message au sein de leur communauté. L'équipe se promène en vélo pour parcourir l'Australie et provoquer des discussions. L'équipe possède également le « Brain bus », une camionnette à illusions mobiles menée par des chercheurs, qui vise à fasciner et à inspirer les gens à en apprendre davantage sur l'étonnante science de la douleur en Tasmanie (Université du Sud de l'Australie, 2019);

- **Curable** a développé une application mobile qui aide les personnes atteintes de douleur chronique à identifier et à gérer les composantes psychologiques, sociales et émotionnelles de leur douleur physique. L'application Curable propose un coach personnel, une intelligence artificielle, qui dispense une éducation amusante et engageante sur la nature et la science de la douleur chronique et enseigne aux patients diverses techniques d'entraînement cérébral et autres exercices permettant de conditionner le cerveau à « désapprendre » la douleur chronique ressentie. L'application repose sur une approche factuelle du soulagement de la douleur et est développée en collaboration avec des médecins, des psychologues, des scientifiques de la douleur et d'autres experts du domaine de la douleur chronique (Curable Inc., 2018);

- **Smart safe Yoga** est une entreprise dirigée par Matthew J. Taylor, PT, PhD, C-IAYT faisant la promotion du Yoga comme une discipline sécuritaire, où les mouvements et postures doivent s'adapter à l'individu et être enseignés selon les dernières données probantes. Smart safe Yoga offre des services de formations continues (en ligne et en personne) aux professeurs de yoga. Ces formations permettent à ceux-ci de progresser dans leur pratique, en plus d'aider à offrir des services appropriés aux besoins des clients. Le site web de l'entreprise offre une grande variété de ressources gratuites touchant le yoga et sa pratique sécuritaire, ce qui nous permet d'être plus informé et plus confiant quant à la pertinence de la pratique du

yoga par les personnes qui ont de la douleur (Taylor, 2019).

- **Pain Out Loud**, une plateforme consacrée à la santé optimale, au bien-être et au style de vie sans douleur, mettant à la disposition des internautes plusieurs ressources vidéos et application gratuites, leur permettant, entre autres, d'entendre des histoires de rétablissement et les moyens sains qu'ont trouvés certaines personnes pour surmonter ou minimiser leur souffrance face à la douleur. La plateforme fondée et coordonnée par Dr. Mélissa Cady, médecin, conférencière et auteure du livre *Paindemic* (2016), forme une communauté collaborative d'engagement positif et constructif souhaitant minimiser les conséquences négatives d'une fixation excessive sur la douleur (Cady, 2019);

- Et plusieurs autres disponibles sur demande.

Avec ces exemples inspirants, il ne reste maintenant qu'à instaurer « votre » propre solution pouvant bien fonctionner dans votre clinique, dans votre milieu, afin que tous vos collègues intervenants ainsi que l'ensemble de vos patients parlent le même langage de la douleur.

Pour joindre l'auteure :
info@solutionreadaptation.com

Crédits photos : [matteo-vistocco \(Unsplash\)](#)

RÉFÉRENCES

Cady, M. (2019). *Pain Out Loud*. Repéré à <https://www.painoutloud.com/>

Cady, M. (2016). *Paindemic: A Practical and Holistic Look at Chronic Pain, the Medical System, and the Anti-PAIN Lifestyle*. New York, NY : Morgan James Publishing.

Campbell, Y. (2019). Certification en réadaptation en contexte de douleur chronique (IRDC- SRDC). Repéré à <https://www.yvanc.com/rea2009a%20main.htm>

POUR QUE LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ PARLENT TOUS LE MÊME LANGAGE DE LA DOULEUR AVEC LEURS PATIENTS

Curable Inc. (2018). A different approach to your pain. Repéré à <https://www.curablehealth.com/>

Doidge, N. (2016). *Guérir grâce à la neuroplasticité : découvertes remarquables à l'avant-garde de la recherche sur le cerveau* (l'esprit d'ouverture). Paris, France : Belfond.

Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N. et Turk, D. C. (2007). *The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions*. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624. doi:10.1037/0033-2909.133.4.581

Gatchel, R.J. et Turk, D.C. (1996). *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*. New York, NY : Guilford Publications, Inc.

International Association for the Study of Pain. (2017). Traitement biopsychosocial de la douleur musculosquelettique chronique fondé sur des résultats cliniques. Année mondiale contre les douleurs musculo-squelettiques (Fiche d'informations N°7), Page 1. Repéré à <http://www.iasp-pain.org/globalyear>

International Spine and Pain Institute. (2017). International Therapeutic Pain Certification Program: Curriculum. Repéré à <https://ispi.evidenceinmotion.com/wp-content/uploads/sites/4/2017/08/TPC-Catalog.pdf>

Kelly, M., Heath, I., Howick, J. et Greenhalgh, T. (2015). The evidence-based medicine. *BMC Medical Ethics*, 16(1), 69. doi: 10.1186/s12910-015-0063-3.

Le Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux de l'Université de Montréal. (2017). Centre d'Expertise en Gestion de la Douleur Chronique (CEGDC). Repéré à <http://ruis.umontreal.ca/CEGDC>

Loeser, J. D. et Schatman, M. E. (2017). Chronic pain management in medical education: a disastrous omission. *Postgraduate Medicine*, 129(3), 332-335. doi: 10.1080/00325481.2017.1297668

Louw, A., Diener, I., Butler, D.S. et Puentedura, E.J. (2011) The Effect of Neuroscience Education on Pain, Disability, Anxiety, and Stress in Chronic Musculoskeletal Pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(12), 2041-2056. doi: 10.1016/j.apmr.2011.07.198

Moseley, G. L. et Butler, D. S. (2015). Fifteen Years of Explaining Pain: The Past, Present, and Future. *The Journal of Pain*, 16(9), 807-813. doi: 10.1016/j.jpain.2015.05.005

Ouellet, A. (2019). Solution réadaptation. Repéré à <https://www.solutionreadaptation.com/>

Réseau québécois de recherche sur la douleur. (2019). Portail douleur. Repéré à <https://portaildouleur.org/professionnels-de-la-sante>

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. et Richardson, W. S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71-72. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71

Taylor, Matthew J. (2019) Smart Safe Yoga. Repéré à <https://www.smartsafeyoga.com/>

Université Laval. Faculté de médecine. (2019). Fellowship en douleur chronique de l'Université Laval, Certificat d'études supérieures en gestion de la douleur de l'Université McGill, le microprogramme de 2e cycle en évaluation et en gestion de la douleur. Repéré à <https://www.fmed.ulaval.ca/programmes-detudes/etudes-en-medicine/fellowships-formations-complementaires/fellowship-en-douleur-chronique/presentation/>

University of South Australia. (2019). Pain revolution. Repéré à <https://www.painrevolution.org/>