La douleur : l'intégralité de la personne au cœur de nos interventions

Judith P. Hunter, Maureen J. Simmonds

Dans le cadre actuel des soins centrés sur le client, il est de plus en plus important de reconnaître l'expérience unique et personnelle de la douleur. Alors qu'elles étaient étudiantes en physiothérapie, dans les années 70, les coauteures se sont fréquemment demandé pourquoi la somme de douleur ressentie à la suite d'une blessure particulière n'était pas uniforme chez tous les patients. Pourquoi certains patients ressentaient-ils une douleur postopératoire plus intense que d'autres? Pourquoi chaque personne se comportait-elle de manière si différente face à la douleur ou à une blessure? Pourquoi certains patients en venaient-ils à ressentir une douleur chronique après une blessure à l'épaule ou étaient-ils rendus invalides par une blessure au dos, alors que ce n'était pas le cas pour d'autres personnes, même si elles semblaient souffrir de la même blessure? À l'époque, il n'existait aucune « explication physiologique » aux différences dans les résultats de divers patients. En fait, nous savons que l'une des idées fausses les plus répandues chez les professionnels de la santé voulait que l'intensité et les caractéristiques de la douleur vécue par chaque personne devait être le reflet fidèle du type et de l'étendue de la blessure survenue aux tissus¹. Cette fausse croyance a souvent amené les cliniciens à dichotomiser l'expérience de la douleur pour le corps/l'esprit, si bien que l'approche clinique se concentrait surtout sur l'isolement et le traitement de la blessure aux tissus, en prenant peu ou pas en compte l'expérience de la douleur chez la personne. Les différences individuelles dans l'expérience de la douleur et dans les comportements observés face à celle-ci étaient souvent attribuées – consciemment ou non – à ce qui se passait « dans la tête » du patient. Heureusement, la recherche sur la douleur a connu une croissance exponentielle au cours des 30 dernières années et nous comprenons maintenant que la douleur n'est pas dans la tête, mais bien « dans le cerveau » et que les différences dans l'expérience de la douleur chez chaque personne se reflètent dans le traitement de la douleur par le système nerveux, lequel est

unique à chaque personne et fondé sur une intégration complexe de facteurs génétiques^{2,3}, biopsychomoteurs⁴⁻⁶ et sociaux-environnementaux. De récentes recherches en génétique, par exemple, ont également identifié des différences individuelles dans la tolérance et le seuil de la douleur⁷. De plus, avec les avancées en imagerie du système nerveux, le rôle joué par des facteurs soi-disant non physiologiques dans la douleur ont été réellement visualisés sous forme d'activité cérébrale.

Physiotherapy Canada publiera une série spéciale sur la douleur, laquelle inclura au moins un article dans chacune des prochaines parutions. Cette série sur la douleur explorera les liens croissants entre la recherche, l'éducation sur la douleur et le rôle du physiothérapeute dans sa gestion. Nous espérons que ces articles favoriseront la prise en considération, l'évaluation et la gestion non seulement de la douleur, mais aussi de ses répercussions sur la personne dans son ensemble, et des effets de cette personne souffrante sur sa famille, ses amis et ses collègues. De plus, nous voudrions qu'ils incitent à considérer les effets de la qualité de la relation thérapeutique sur le succès – ou l'échec – de l'intervention thérapeutique.

La douleur peut être considérée comme une expérience à trois facettes : sensorielle/discriminatoire (SD), affective/motivationnelle (AM) et cognitive/évaluative (CE)⁸. Traditionnellement, le composant SD a toujours été la cible de la plupart des traitements contre la douleur, et ce, pour une bonne raison : si la douleur est liée à une blessure aiguë, traiter la source biomédicale, dispenser des anti-inflammatoires et appliquer de la glace sont de bons moyens de traiter l'inflammation à la source et, par conséquent, la douleur. Toutefois, même si la douleur est décrite en termes de dommages causés aux tissus, elle n'est peut-être pas nécessairement liée à ces dommages aux tissus. En réalité, des recherches récentes révèlent que la douleur chronique n'est pas seulement une réponse à un stimuli, mais peut être une condition pathophysiologique en et par elle-même⁹. Conséquemment, la douleur ne survient plus *uniquement* en réponse à une blessure ou à un stimulus sen-

Judith P. Hunter, B. Sc. PT, M. Sc., Ph. D. : Département de physiothérapie, Université de Toronto, Toronto, Ontario.

Maureen J. Simmonds, Ph. D., PT : École de physiothérapie et d'ergothérapie, Université McGill, Centre Alan-Edwards pour la recherche sur la douleur, Université McGill, Montréal, Québec; Centre de réadaptation Constance-Lethbridge (CRIR), Montréal, Québec.

Veillez faire parvenir toute correspondance à *Judith Hunter*, Department of Physical Therapy, University of Toronto, University of Toronto Centre for the Study of Pain, 160–500 University Avenue, Toronto, Ontario M5G 1V7, Canada. Tél. : 416 978-5934; télécopieur : 416 946-562; courriel : judith.hunter@utoronto.ca.

soriel nuisible. En fait, la douleur est, par définition, une impression désagréable sur les plans sensoriel et émotionnel¹⁰. Le composant AM peut inclure une réponse émotionnelle à la douleur, telle que la peur, la colère, l'anxiété ou la dépression. Le composant CE peut être compris de deux façons. D'abord, la douleur nécessite de l'attention¹¹ – elle ne vient pas sans se faire remarquer (comme le font d'autres stimulus sensoriels qui peuvent aisément échapper à notre attention); deuxièmement, elle fait en sorte que l'individu doit évaluer la signification de sa douleur en terme de gravité ou de menace.

En conséquence, la meilleure gestion de la douleur comporte de multiples facettes et devrait s'attaquer à tous les aspects de l'expérience de la douleur, en reconnaissant l'intégration complexe de chaque profil émotionnel et cognitif des individus concernés^{12–15}. L'évaluation et le traitement doivent aller au-delà du seul composant SD de la douleur⁶ et prendre aussi en charge ses aspects multidimensionnels. Les physiothérapeutes ont commencé à considérer les composants AM en reconnaissant le rôle de la peur, de l'évitement, et même de l'endurance face aux résultats liés aux mouvements^{6,16}. Pour ce qui est du composant CE, les physiothérapeutes ont recours à des méthodes de distraction et à des stratégies d'éducation des patients pour aider les individus à comprendre leur douleur, à maîtriser des moyens de contrôler eux-mêmes la douleur aiguë et à gérer eux-mêmes la douleur chronique. Pour les physiothérapeutes, il vaut la peine de se rappeler que les mouvements et l'activité ont des répercussions sur la douleur et peuvent améliorer la fonction physique et cognitive de même que la santé dans son ensemble^{17,18}. Une évaluation adéquate, des conseils relatifs à l'activité et la gestion des soins primaires sont essentiels pour prévenir les incapacités liées à la douleur chronique. Pour la gestion plus complexe de la douleur chronique, la collaboration interprofessionnelle, assurée par des professionnels bien formés, a été identifiée comme un facteur clé pour une gestion efficace de la douleur^{19,20} et apparaît de plus en plus comme un facteur contributif important pour des résultats positifs en santé grâce à une meilleure communication, plus d'efficacité, et grâce à une approche centrée sur le patient de l'ensemble de l'équipe de soins^{20,21}.

Selon la Société canadienne de la douleur²², le fossé permanent entre les preuves issues de la recherche et la gestion de la douleur assurée par les professionnels de la santé est peut-être due en grande partie au manque de compréhension des connaissances et principes sous-jacents aux normes de gestion de la douleur. Chez les futurs professionnels de la santé, un programme d'enseignement bien conçu pourrait améliorer considérablement les connaissances et les croyances concernant la douleur^{20,23–25}. Au premier échelon des programmes d'études, il apparaît évident que le contenu relatif à la

douleur sont minimales au stade du programme d'enseignement en vue du permis d'exercice temporaire (préqualification, préenregistrement, entrée en pratique) et que les étudiants n'ont pas acquis d'importantes connaissances sur la douleur au moment d'obtenir leur diplôme^{19,26–30}. Le fait que plusieurs facultés et bon nombre de cliniciens sont peu sensibilisés au fait que leurs connaissances sur la douleur sont limitées est préoccupant. Un large éventail de programmes d'enseignement sur la douleur a été créé à travers le monde. L'Université de Toronto, par exemple, a mis sur pied un programme de cours inter-facultés sur la douleur, l'*Interfaculty Pain Curriculum* (IPC). Il s'agit d'un programme reconnu, intégré pour les étudiants avec permis temporaire d'exercer provenant de six facultés et départements universitaires de sciences de la santé (dentisterie, médecine, soins infirmiers, ergothérapie, pharmacie et physiothérapie)²⁰. En 2008, un auteur (JPH) a fait état de l'innovation quant au contenu, au processus et aux stratégies d'apprentissage fondées sur les résultats des six années d'implantation de l'IPC³¹. Ce programme d'enseignement et l'équipe de faculté de l'IPC ont été reconnus à l'échelle internationale¹⁹, et ont reçu en 2006 le prestigieux prix d'excellence de l'Université de Toronto : le prix Northrop Frye souligne en effet l'excellence dans l'intégration des sciences et de l'enseignement. L'Université McGill, associée à des partenaires cliniques, sera bientôt désignée centre d'expertise en douleur chronique. Une partie de son mandat inclura l'éducation et la gestion clinique du continuum de soins.

Les physiothérapeutes doivent être conscients de leur rôle au sein de l'équipe de professionnels de la santé et collaborer avec le patient en vue d'un objectif qui apportera des résultats sur le plan fonctionnel^{31,32}. En tant que profession, nous devenons plus sensibles au rôle potentiel que nous pourrions jouer dans le cadre d'une gestion plus complète de la douleur. Comment les cliniciens peuvent-ils prendre les devants et combler méthodiquement le fossé entre les neurosciences et la pratique clinique? Nous devons reconnaître le fait que toutes les douleurs ne sont pas semblables. Comme pour toutes les interventions, les interventions spécifiques en physiothérapie peuvent aider certaines personnes et ne rien faire pour d'autres. Toutefois, le tout est nettement évident lors d'interventions en gestion de la douleur. Par conséquent, la nature complexe de l'expérience de la douleur fait en sorte que *nous devons aller au-delà de la seule évaluation de l'efficacité d'un traitement et des résultats qu'il procure, et inclure des mesures qui nous guideront vers des soins personnalisés et appropriés, qui permettront de prévoir des résultats précis en identifiant ceux qui seront le plus aptes à répondre à un traitement précis*. Cette évaluation est d'une importance cruciale en douleur chronique, où les dommages aux tissus n'ont habituellement pas de lien avec l'intensité ou les répercussions de la douleur. L'âge, le stade de la guérison et

les dommages aux tissus sous-jacents sont autant de facteurs potentiels influant sur les résultats. Toutefois, d'autres facteurs peuvent corrélérer avec les caractéristiques individuelles, notamment le sexe, les attentes liées au traitement, la peur de la signification de la douleur, la peur du mouvement, le catastrophisme, l'attention portée ou la vigilance face aux symptômes et la confiance manifestée à l'égard du praticien ou de l'intervention. Les bases de données multicentres sur la collaboration ou les essais cliniques peuvent générer suffisamment de chiffres sur les patients pour permettre la recherche suivant un grand nombre de variables qui pourraient définir des « répondants », assurant ainsi de l'expérience clinique qui reconnaît la nature exclusive et unique de la douleur. Cela est essentiel non seulement pour prévoir les résultats d'un traitement et définir quelles approches sont les plus utiles pour un profil de patient particulier, mais aussi pour le développement de questions de neurosciences pertinentes, fondées sur des observations cliniques approfondies, qui permettront d'ajouter à notre compréhension.

Toutefois, pendant que nous encourageons la recherche dans ce domaine, nous sommes préoccupées par la qualité de certaines publicités actuelles sur des traitements de physiothérapie et sur la documentation non revue par des pairs qui tentent de transposer certaines conclusions intéressantes de la neuroscience en interventions cliniques – sans preuves scientifiques véritables. En tant que profession, nous devons faire preuve de prudence et ne pas accepter la validité, ni adopter aveuglément les traitements unidimensionnels de la douleur prétendument « nouveaux et intéressants », mais qui ne sont pas encore validés. Prenons garde aux praticiens, aux vendeurs ou aux alertes par courriel citant certaines preuves sélectives issues des neurosciences et les utilisant comme argumentaire ou pour vendre un seul outil d'intervention pour traitement unique ou une approche de traitement prête à mettre en pratique. L'argumentaire physiologique voulant qu'un traitement « devrait fonctionner » constitue la forme de preuve la plus faible³³. À l'inverse, les preuves en neuroscience devraient servir à inspirer des questions teintées de prudence en recherche clinique, comme celles suggérées précédemment. De plus, au lieu d'isoler encore davantage la profession en faisant confiance à des thérapies cliniquantes reposant sur des preuves limitées constatées chez un mince échantillon de la population, nous devons aller vers des initiatives appuyées par des preuves scientifiques, telles que les initiatives de gestion de la douleur en pratique interprofessionnelle faisant appel à une approche multidimensionnelle et multimodale.

Dans les prochaines parutions de *Physiotherapy Canada*, vous pourrez voir des exemples de telles applications, que vous livreront des chefs de file de la recherche sur la douleur et de la réadaptation à travers tout le Canada. Nous aborderons un large éventail de sujets, par

exemple (1) une évaluation des techniques de traitement psychosociales visant à accroître les effets des interventions en physiothérapie pour les cas de lombalgie; (2) un exemple de modulation cognitive et émotionnelle de la douleur sera revu de façon plus approfondie dans le cadre d'une étude avec effets placebo et nocebo; (3) une description et une évaluation des résultats d'un programme interdisciplinaire de réadaptation en Alberta; (4) un rapport sur les expériences d'une équipe disposant de directives de développement pour une gestion interprofessionnelle de la douleur en soins primaires; (5) un rapport sur la façon dont les connaissances incomplètes et les opinions erronées des praticiens en soins de santé en matière de douleur et de blessures contribuent à alimenter la peur de la douleur et les incapacités chez le patient et, bien sûr (6) une étude sur l'intégration et des interactions entre la douleur, l'esprit et le mouvement qui sera explorée à l'aide de techniques comprenant de la musique, des jeux informatiques et de la réalité virtuelle. Nous inclurons également des revues systématiques et des revues de Cochrane sur les preuves scientifiques tout au cours de la parution de ces dossiers.

Nous espérons qu'à l'avenir, une stratégie spécifique d'évaluation/de diagnostic verra le jour afin de définir un plan complet et individualisé de gestion de la douleur visant à (a) réduire la douleur aiguë; (b) prévenir l'apparition de douleur chronique ou (c) limiter l'effet d'une douleur chronique existante sur l'activité et la participation. À cette fin, la question frustrante des différences individuelles en matière de douleur, posée auparavant, peut maintenant servir d'inspiration à des questions de recherche clinique d'un grand intérêt et aider à l'amélioration de l'évaluation et du traitement actuels et futurs de la douleur unique à chaque personne.

RÉFÉRENCES

1. Watt-Watson J. Misbeliefs about pain. Dans Donovan M, Watt-Watson JH, rédacteurs. Pain management: nursing perspective. St. Louis: Mosby; 1992. p. 36–58.
2. Diatchenko L, Anderson AD, Slade GD, Fillingim RB, Shabalina SA, Higgins TJ, et al. Three major haplotypes of the beta2 adrenergic receptor define psychological profile, blood pressure, and the risk for development of a common musculoskeletal pain disorder. *Am J Med Genet B*. 2006;141B:449–62.
3. Mishra BK, Wu T, Belfer I, Hodgkinson CA, Cohen LG, Kiselycznyk C, et al. Do motor control genes contribute to interindividual variability in decreased movement in patients with pain? *Mol Pain*. 2007;3:20.
4. Sullivan MJ. Toward a biopsychomotor conceptualization of pain: implications for research and intervention. *Clin J Pain*. 2008;24:281–90.
5. Huguet A, Eccleston C, Miro J, Gauntlett-Gilbert J. Young people making sense of pain: cognitive appraisal, function, and pain in 8–16 year old children. *Eur J Pain*. 2009;13:751–9.
6. Simmonds MJ, Moseley GL, Vlaeyen JW. Pain, mind, and movement: an expanded, updated, and integrated conceptualization. *Clin J Pain*. 2008;24:279–80.
7. Seltzer Z, Dorfman R. Identifying genetic and environmental risk factors for chronic orofacial pain syndromes: human models. *J Orofac Pain*. 2004;18:311–7.

8. Melzack R, Casey KL. Sensory, motivational, and central control determinants of pain: a new conceptual model. Dans Kenshalo D, rédacteur. *The skin senses*. Springfield, IL: Thomas; 1968. p. 223–43.
9. Fédération européenne des chapitres de l'IASP. Declaration on chronic pain as a major healthcare problem, a disease in its own right (présentée au Parlement européen à Bruxelles) [le 9 octobre 2001; cité le 19 octobre 2009]. Consulté au http://www.painreliefhumanright.com/pdf/06_declaration.pdf
10. Merskey H, Bogduk N. *Classification of chronic pain*. 2^e éd. Seattle: IASP Press; 1994.
11. Eccleston C, Crombez G. Pain demands attention: a cognitive-affective model of the interruptive function of pain. *Psychol Bull*. 1999;125:356–66.
12. Kerns RD, Wagner J, Rosenberg R, Haythornthwaite J, Caudill-Slosberg M. Identification of subgroups of persons with chronic pain based on profiles on the pain stages of change questionnaire. *Pain*. 2005;116:302–10.
13. Karjalainen K, Malmivaara A, van TM, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for subacute low back pain in working-age adults: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine*. 2001;26:262–9.
14. Karjalainen K, Malmivaara A, van TM, Roine R, Jauhiainen M, Hurri H, et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for neck and shoulder pain among working age adults: a systematic review within the framework of the Cochrane Collaboration Back Review Group. *Spine*. 2001;26:174–81.
15. McCracken LM, Eccleston C. A comparison of the relative utility of coping and acceptance-based measures in a sample of chronic pain sufferers. *Eur J Pain*. 2006;10:23–9.
16. Hasenbring M, Verbunt J. Fear-avoidance and endurance-related responses to pain: new models of behaviour and their consequences for clinical practice. *Clin J Pain*. Forthcoming 2009.
17. Wang AP, Harding VR, Simmonds MJ. Interval brisk walking in a chronic pain population: using the WINGATE protocol within a pain management programme. A feasibility study. Abstracts of the 12th World Congress on Pain; 2008 Aug 17–22, 2008, Glasgow, Scotland. 2008.
18. Martin-Ginis KAM, Latimer AE, McKechnie DDS, McCartney N, Hicks AL, Bugaresti J, et al. Using exercise to enhance subjective well-being among people with spinal cord injury: the mediating influences of stress and pain. *Rehabil Psychol*. 2009;48:157–64.
19. Sessle B. Incoming president's address: looking back, looking forward. Dans Devor M, Rowbotham MC, Wisenfield-Hallin Z, rédacteurs. *Progress in pain research and management*. Proceedings of the 9th World Congress on Pain, t. 16; 1999 Aug 22–27; Vienna, Austria. Seattle: IASP Press; 2000. p. 9–18.
20. Watt-Watson J, Hunter J, Pennefather P, Librach L, Raman-Wilms L, Schreiber M, et al. An integrated undergraduate pain curriculum, based on IASP curricula, for six health science faculties. *Pain*. 2004;110:140–8.
21. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care*. 2005;19(Suppl 1):8–20.
22. Watt-Watson J, Clark AJ, Finley A, Watson P. Canadian Pain Society position statement on pain relief. *Pain Res Manag*. 1999;4(2):75–8.
23. Poyhia R, Niemi-Murola L, Kalso E. The outcome of pain related undergraduate teaching in Finnish medical faculties. *Pain*. 2005;115:234–7.
24. Leila NM, Pirkko H, Eeva P, Eija K, Reino P. Training medical students to manage a chronic pain patient: both knowledge and communication skills are needed. *Eur J Pain*. 2006;10:167–70.
25. Wilson JF, Brockopp GW, Kryst S, Steger H, Witt WO. Medical students' attitudes toward pain before and after a brief course on pain. *Pain*. 1992;50:251–6.
26. Rochman DL. Student's knowledge of pain: a survey of four schools. *Occup Ther Int*. 1998;5:140–54.
27. Simpson K, Kautzman L, Dodd S. The effects of a pain management education program on the knowledge level and attitudes of clinical staff. *Pain Manag Nurs*. 2002;3(3):87–93.
28. Strong J, Tooth L, Unruh A. Knowledge about pain among newly graduated occupational therapists: relevance for curriculum development. *Can J Occup Ther*. 1999;66:221–8.
29. Unruh A. Teaching student occupational therapists about pain: a course evaluation. *Can J Occup Ther*. 1995;62:30–6.
30. Scudds R, Scudds R, Simmonds MJ. Pain in the physical therapy (PT) curriculum: a faculty survey. *Physiother Theory Pract*. 2001;17:239–56.
31. Hunter J, Watt-Watson J, McGillion M, Raman-Wilms L, Cockburn L, Lax L, et al. An interfaculty pain curriculum: lessons learned from six years experience. *Pain*. 2008;140:74–86.
32. Hunter J. Chronic pain and the concept of disablement. *Clin J Pain*. 2001;17:S10–1.
33. Sackett DL, Haynes B, Tugwell P. *Clinical epidemiology: a basic science for clinical medicine*. Boston: Little, Brown; 1985.

DOI:10.3138/physio.62.1.5