

Douleur et incapacité chronique : les bienfaits de la psychologie



Par
Simon Laliberté, Ph. D.

et **Michael J. L. Sullivan, Ph. D.**

ON A LONGTEMPS cru que les blessures physiques étaient les seules responsables de la douleur. Celle-ci, expérience des plus désagréables, est un signal important jouant un rôle adaptatif majeur dans la protection physique et la survie des êtres vivants. Statistiquement, la douleur est la première raison qui fait en sorte qu'on consultera un médecin (Turk et Melzack, 1992).

Dans la majorité des situations, la douleur permet à une personne d'éviter de faire des gestes qui pourraient lui être nuisibles physiquement. Elle constitue alors un message efficace de protection. Par contre, cette douleur, qui est généralement à l'origine de comportements adaptatifs, peut engendrer un degré nuisible d'inactivité. Ces dernières années, on a observé que l'inactivité physique (au-delà de 24 à 48 heures postaccident) joue un rôle majeur à l'encontre d'un prompt rétablissement. De plus, la douleur peut devenir un irritant majeur dans la vie d'un individu, particulièrement lorsque celle-ci persiste au-delà du temps de guérison prévu.

Depuis des siècles, la douleur a été abordée comme étant le simple symptôme d'une lésion physique. Descartes, qui divisait l'être humain en deux (le corps et l'Esprit), proposait en 1644 que la douleur était un signal direct d'une lésion physique (plus la douleur était importante, plus la lésion l'était). Peu à peu, on a pu observer que cette explication linéaire ne tenait pas la route. Par exemple, il n'est pas si rare qu'un enfant, jouant allègrement, se cogne la tête fortement puis, après une grande respiration, reprenne le jeu comme si rien ne s'était produit. Malgré qu'objectivement le choc est important, la douleur rapportée n'y est pas proportionnelle. Dans le même sens, une petite égratignure peut devenir « la fin du monde » pour un enfant fatigué. Descartes ne pouvant expliquer ces phénomènes, d'autres se sont plus tard penchés sur la question.

Depuis les 40 dernières années, des théories ont été élaborées qui font plus de place aux aspects psychosociaux et permettent de mieux comprendre des phénomènes qui sont inexplicables de façon purement physique. D'ailleurs, il est maintenant bien reconnu que la

douleur n'est pas un phénomène purement physique. Selon l'Association internationale pour l'étude de la douleur (Association internationale pour l'étude de la douleur, Task Force on Taxonomy, Merskey et Bogduk, 1994), la douleur se définit comme étant « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel, ou qui est décrite en termes d'un tel dommage ». Il est donc de plus en plus accepté que l'expérience de la douleur est un phénomène grandement influencé par des aspects physiques, psychologiques, comportementaux et sociaux (Kerns et Payne, 1996; Turk, 1996; Waddell, 1998) et qui se doit d'être abordé selon une perspective biopsychosociale.

Par contre, à la suite d'un accident, le réflexe général tend vers une intervention visant le volet « bio » de la problématique (médecine, physiothérapie, etc.), souvent au détriment du volet psychosocial. Un travail de persuasion auprès des personnes concernées est nécessaire pour faire voir le bien-fondé d'une intervention psychosociale. D'ailleurs, même lorsque l'on aborde des difficultés où il est évident que le volet psychosocial est affecté, comme c'est le cas avec la douleur chronique, il demeure souvent difficile de faire accepter la pertinence d'une intervention psychosociale.

Douleur et incapacité

Il est maintenant possible, à l'aide de robots sophistiqués, d'observer l'état de la surface de la planète Mars, de vérifier s'il y a déjà eu de l'eau et peut-être même une forme de vie. Par contre, il est toujours impossible de mesurer de façon objective la douleur chez un individu. Il n'existe pas de « doloromètre ». Comme pour bien d'autres expériences, l'évaluation de la douleur doit être faite via le canal de la subjectivité.

Intuitivement, on s'attendrait à ce que le lien entre la douleur et l'incapacité soit linéaire. Mais les recherches cliniques ont démontré que ce lien est beaucoup moins important que l'on croyait (Waddell, 1998). Par exemple, chez des travailleurs accidentés, on observe qu'avec un degré de douleur équivalent, une certaine proportion de ceux-ci rapportent que leur douleur les empêche de travailler alors

***On ne peut plus affirmer
que plus une lésion
est importante, plus la
douleur ou l'incapacité
y étant associée
est importante.***



que d'autres sont déjà de retour au travail. Dans ce sens, plusieurs études (Jensen *et al.*, 1999; Sullivan, Stanish, Waite, Sullivan et Tripp, 1998; Turk, 1990) indiquent que la douleur expliquerait seulement 10 % de la variance de l'incapacité. Comment expliquer le 90 % de cette variance non explicable par la douleur?

Les accidents de travail et de la route demeurent les causes les plus importantes de problématiques de douleur musculosquelletique. Malgré l'avancement dans la sécurité (sur la route, au travail), la prévalence des incapacités dues à la douleur augmente de façon alarmante. En 1970, 25 millions de journées de travail avaient été perdues en Grande-Bretagne à cause de la douleur, alors qu'en 2000, 125 millions de journées de travail l'ont été pour la même raison, ce qui entraîne des coûts sociaux très importants (Waddell, 1998). Cette augmentation s'est produite en dépit du fait que le nombre de blessures, lui, demeurait plutôt stable. En d'autres mots, le nombre de blessures n'a pas augmenté, mais une fois blessées les personnes accidentées demeurent plus longtemps absentes du travail.

Des recherches portant sur l'incapacité ont permis d'observer que la douleur y joue un rôle déterminant. Par contre, des facteurs d'ordre environnemental, social, organisationnel et psychologique (Gatchel, Polatin et Mayer, 1995; Waddell, Burton et Main, 2003) contribuent de façon importante au développement de l'incapacité chronique. Comme pour la douleur, la compréhension de l'incapacité passe par des modèles biopsychosociaux (Turk, 2002; Waddell, 1998), qui permettent de mieux expliquer le phénomène et surtout de mieux le traiter.

Facteurs psychosociaux

Dans le développement de l'incapacité, les facteurs psychosociaux jouent un rôle déterminant. Ils peuvent être divisés en deux grandes catégories : les facteurs de risque de chronicité non modifiables et les facteurs de risque de chronicité modifiables (Linton, 2002; Sullivan et Stanish, 2003). Contrairement à ce que l'on a longtemps cru, les facteurs de risque de chronicité ou d'incapacité prolongée ont très

peu à voir avec la condition médicale ou la gravité de la blessure, mais bien plus à des aspects psychologiques, environnementaux et souvent comportementaux. Malgré cette réalité, la grande majorité des interventions porte sur la blessure physique.

En ce qui concerne les facteurs de risque non modifiables, il est très intéressant de savoir qu'une femme dans la quarantaine qui n'aimait pas son emploi a plus de chances de développer une incapacité chronique à la suite d'un accident. On parle ici de facteurs non modifiables (âge, sexe, le fait qu'elle n'aimait pas son emploi) qui peuvent être intéressants pour des analyses actuarielles. Par contre, pour un psychologue travaillant auprès des personnes accidentées, il est primordial de différencier les facteurs de risque modifiables de ceux qui ne le sont pas. Du côté des facteurs modifiables, on sait que la dame mentionnée ci-dessus, *peu importe la gravité « objective » de sa blessure*, a plus de chance de développer de l'incapacité chronique si elle rapporte un haut degré de douleur, si elle exprime de la détresse psychologique, si elle entretient des pensées catastrophiques vis-à-vis de sa situation, si elle a peur de bouger (kinésiophobie), si elle est déprimée, si elle démontre des comportements de douleur et signale un grand degré d'incapacité. Il existe des interventions efficaces pour améliorer sa condition.

FACTEURS PSYCHOSOCIAUX MODIFIABLES

- Intensité de la douleur
- Dépression
- Détresse psychologique
- Comportements algiques (ou de douleur)
- Pensées catastrophiques
- Perception de l'incapacité
- Peur du mouvement

Intervention

Au cours des dernières années, les recherches portant sur les modèles d'intervention ont fait ressortir deux grandes priorités d'intervention : 1) le fait pour la personne accidentée d'être rassurée quant à sa blessure et 2) le retour précoce aux activités de la vie

quotidienne (activités familiales, sociales, professionnelles). Rassurer le patient quant au réel pronostic de sa blessure et déterminer quelles activités physiques il pourra maintenir devrait être la tâche d'intervenants perçus comme étant crédibles en ce qui concerne les lésions physiques (Waddell, 1998). Pour ce qui est des facteurs psychosociaux (modifiables) favorisant l'inactivité, le psychologue peut jouer un rôle majeur dans ce domaine en collaborant avec les autres intervenants de la réadaptation. Jusqu'à tout récemment, aucun programme de réadaptation précoce n'incluait la composante psychosociale, cette dernière étant abordée seulement une fois la chronicité installée (Linton, 2002 ; Sullivan et Stanish, 2003). Il est maintenant connu que sans une intervention ciblant spécifiquement les facteurs psychosociaux, le succès de la réadaptation est compromis.

Récemment, plusieurs programmes d'intervention ont été mis sur pied pour cibler ces facteurs de risque modifiables, et ce, à différents moments dans le développement de la problématique. Dans ces programmes, les participants sont sensibilisés, entre autres, aux facteurs de risque psychosociaux. Les facteurs modifiables sont surtout abordés via l'enseignement, et ce, pour diminuer le risque de développer une condition chronique. Des programmes dits de prévention secondaire (Sullivan et Stanish, 2003) tentent d'aborder les facteurs de risque modifiables dans les semaines suivant un accident. Le Pain Disability Prevention (PDP) Program (Prévention de la douleur et de l'incapacité prolongée ; PDIP) est un exemple de programme offert dans le milieu de vie des personnes accidentées et permettant de cibler les facteurs de risque chez des individus ayant un degré élevé de douleur et d'incapacité reliée à cette douleur. À l'aide de stratégies d'intervention telles que le suivi d'activités planifiées, le suivi de restructurations cognitives et la résolution de problèmes inhérents à la reprise graduelle des activités, le programme PDIP vise la réduction des barrières psychosociales bloquant les progrès en réadaptation et le retour au travail (Sullivan et Stanish, 2003).

Des programmes de prévention tertiaire sont également utiles pour aider les personnes chez lesquelles la problématique s'est chronicisée (Flor, Fydrich et Turk, 1992 ; Turk, 1996) et pour lesquelles, au fil des mois, la diminution (voire l'élimination) de certaines activités a eu des répercussions psychologiques majeures (Boureau, 1991 ; Kerns et Payne, 1996). De tels programmes (p. ex. le Programme des lésions musculosquelettiques du Centre de réadaptation Lucie-Bruneau) sont souvent mis en œuvre par des professionnels œuvrant en équipe interdisciplinaire et visent la réinsertion sociale des personnes accidentées. À ce stade-ci, on ne parle plus de facteurs de risque de chronicité mais bien de facteurs de maintien de l'incapacité, puisque la chronicité est déjà installée.

Ces programmes ont tous leur rôle à jouer, tout dépendant du moment où les personnes y sont référées. Malheureusement, même si les données probantes sont pratiquement unanimes à

favoriser des interventions précoces pour les individus dont l'incapacité présente un grand risque de devenir chronique, toutes sortes de raisons (bureaucratie, approche centrée sur la blessure physique uniquement, préjugés vis-à-vis de la psychologie) semblent faire en sorte de retarder les références vers des programmes appropriés. D'ailleurs, même les personnes concernées peuvent être réticentes à consulter rapidement un psychologue à la suite d'une blessure : « C'est au dos que j'ai mal, pas entre les deux oreilles... » Ainsi, les psychologues voient généralement les personnes blessées alors que le cercle vicieux de la chronicité s'est déjà installé. À cette étape, les psychologues sont mieux représentés dans la phase chronique (prévention tertiaire), alors que la problématique de départ s'est souvent détériorée et que les difficultés psychosociales sont plus importantes.

Il est important de souligner que peu importe le moment de l'intervention, particulièrement pour le psychologue, les facteurs de risque modifiables (ou facteurs de maintien de l'incapacité ; voir l'encadré) doivent demeurer les cibles thérapeutiques pour favoriser un retour aux activités habituelles. Les recherches récentes ont démontré qu'on doit cibler ces facteurs modifiables, et ce, peu importe le temps passé depuis l'accident (Vlaeyen *et al.*, 2002). Ces interventions permettent de diminuer l'incapacité et donc d'améliorer la qualité de vie. Évidemment, plus l'intervention est tardive, les difficultés nombreuses et complexes, plus le taux d'efficacité des interventions diminue.

Dans ce sens, les psychologues sont consultés (souvent tardivement) à la demande d'un agent payeur (assureurs privés, CSST, SAAQ) dans le but d'aider la personne accidentée à retourner sur le marché du travail. Par contre, il est important, en tant que clinicien, de revoir l'importance du travail d'un point de vue clinique. Le travail a des effets directs sur l'estime de soi, la structure du quotidien, le sentiment d'autonomie, la sécurité financière, etc. Il ne faut pas oublier que le retour au travail rejoint des objectifs des agents payeurs mais également des objectifs cliniques visant le mieux-être des personnes accidentées.

Un entraîneur

Dans le contexte de la réadaptation postaccidentelle, le rôle du psychologue doit être spécifié. Il est primordial que le psychologue travaillant dans ce contexte s'adapte à la problématique et aux besoins de cette clientèle. Son rôle doit demeurer bien ciblé, de courte durée et spécifique à la problématique. Ses interventions doivent être soutenues par des données probantes. Le psychologue en réadaptation physique doit jouer un rôle comparable à celui d'un entraîneur pour un athlète. Il importe donc que le psychologue accepte et soit à

**À problème
multidimensionnel,
réponse
multidisciplinaire**



l'aise dans ce rôle d'« entraîneur ». Évidemment, cela est en dehors du cadre auquel les psychologues sont souvent identifiés. Le travail avec une problématique de santé mentale majeure est bien différent du travail avec les facteurs de risque de chronicité.

Dans la prévention de l'incapacité chronique, le rôle du psychologue demeure l'éducation, la prévention par la modification de comportements et la restructuration cognitive. Dans ce contexte de courte durée, il serait avantageux d'inciter les référents (agents payeurs, médecins traitants, autres professionnels de la santé) à reconnaître le psychologue comme un intervenant de première ligne dans les cas de blessures pouvant amener de l'incapacité. Le psychologue peut manifestement jouer un rôle majeur dans la prévention de l'incapacité chronique. Il importe de bien connaître ce rôle pour mieux le tenir.

Traditionnellement, les psychologues ont été exclus des interventions précoces en réadaptation, mais de plus en plus on reconnaît que les interventions psychologiques peuvent avoir un impact significatif dans la réduction de l'incapacité reliée à la douleur. Les psychologues doivent maintenant s'assurer de savoir comment leur intervention doit être modifiée pour être mieux adaptée au contexte de la réadaptation précoce. En s'ajustant à ces réalités, le psychologue peut devenir un incontournable en réadaptation précoce.

Simon Laliberté est psychologue au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau et conseiller-expert au Service de programmation en réadaptation de la Société de l'assurance automobile du Québec.

Michael J. L. Sullivan est psychologue et professeur au département de psychologie à l'Université de Montréal.

Bibliographie

Association internationale pour l'étude de la douleur. Task Force on Taxonomy, Merskey, H., et Bogduk, N. (1994). *Classification of Chronic Pain : Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms* (2^e éd.). Seattle, IASP Press.
Boureau, F. (1991). *Contrôlez votre douleur*. Paris, Petite Bibliothèque Payot.

Flor, H., Fydrich, T., et Turk, D. C. (1992). « Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers : a meta-analytic review ». *Pain*, 49 (2), p. 221-230.
Frank, J., et al. (1998). « Preventing disability from work-related low-back pain. New evidence gives new hope – if we can just get all the players onside ». *Cmaj*, 158 (12), p. 1625-1631.
Gatchel, R. J., Polatin, P. B., et Mayer, T. G. (1995). « The dominant role of psychosocial risk factors in the development of chronic low back pain disability ». *Spine*, 20 (24), p. 2702-2709.
Jensen, M. P. et al. (1999). « Patient beliefs predict patient functioning : further support for a cognitive-behavioural model of chronic pain ». *Pain*, 81 (1-2), p. 95-104.
Kerns, R., et Payne, A. (1996). « Treating families of chronic pain patients ». Dans Gatchel, R. J., et Turk, D. C. (éd.). *Psychological Approaches to Pain Management : A Practitioner's Handbook*. New York, Guilford Press.
Linton, S. J. (2002). *New Avenues for the Prevention of Chronic Musculoskeletal Pain and Disability* (1^{re} éd.). Amsterdam, Boston, London, Elsevier.
Linton, S. J., et Ryberg, M. (2001). « A cognitive-behavioral group intervention as prevention for persistent neck and back pain in a non-patient population : a randomized controlled trial ». *Pain*, 90 (1-2), p. 83-90.
Sullivan, M. J., Stanish, W., Waite, H., Sullivan, M. et Tripp, D. A. (1998). Catastrophizing, pain, and disability in patients with soft-tissue injuries. *Pain*, 77 (3), 253-260.
Sullivan, M. J., et Stanish, W. D. (2003). « Psychologically based occupational rehabilitation : the Pain-Disability Prevention Program ». *Clin J Pain*, 19 (2), p. 97-104.
Turk, D. C. (1990). « Customizing treatment for chronic pain patients : Who, what, and why ». *The Clinical Journal of Pain*, 6, p. 255-270.
Turk, D. C. (1996). « Biopsychosocial perspective on chronic pain ». Dans Gatchel, R. J., et Turk, D. C. (éd.). *Psychological Approaches to Pain Management : A Practitioner's Handbook*. Op. cit.
Turk, D. C. (2002). « A diathesis-stress model of chronic pain and disability following traumatic injury ». *Pain Res Manage*, 7, p. 9-14.
Turk, D. C., et Melzack, R. (1992). « The measurement of pain and the assessment of people experiencing pain ». Dans Turk, D. C., et R. Melzack (Éds.), *Handbook of Pain Assessment*. London, The Guilford Press, p. 3-12.
Vlaeyen, J. W. et al. (2002). « Can pain-related fear be reduced? The application of cognitive-behavioural exposure in vivo ». *Pain Res Manag*, 7 (3), p. 144-153.
Waddell, G. (1998). *The Back Pain Revolution*. Edinburgh, New York, Churchill Livingstone.
Waddell, G., Burton, K., et Main, C. J. (2003). *Screening to Identify People at Risk of Long-term Incapacity for Work : A Conceptual and Scientific Review*. London, The Royal Society of Medicine.



L'Intervention Individuelle Post-Traumatique

Evelyne Donnini (M.PS) et Catherine Séguin (thérapeute psycho-corporelle)

Formées au « National Center for Post-Traumatic Stress Disorder » à Palo Alto, CA

PROGRAMME I : Évaluer, Comprendre et Traiter le TRAUMA

QUÉBEC : 21-22 Octobre 2004
HULL : 24-25 Février 2005

PROGRAMME II : Approfondissement des Composantes Post-Traumatiques

QUÉBEC : 25-26 Novembre 2004
HULL : 17-18 Mars 2005

Pour infos : (514) 336-6294 ou visitez www.formationshetre.com