

## 6 La douleur chronique : un handicap

### Conclusion à la partie I

B. Leroy, M. Morel Fatio

Cette première partie a fourni au lecteur les données utiles à la compréhension des mécanismes liés à l'incapacité et à l'élaboration des thérapies. Les bases historiques, épidémiologiques et scientifiques sont abordées. Elles permettent de comprendre les mécanismes qui aboutissent au handicap douloureux chronique et la logique des processus de réadaptation qui en découle.

C'est dans les années 1960 que John Bonica, confronté au constat de son incapacité à soulager, avec les traitements médicamenteux dont il dispose, les douleurs chroniques les plus répandues, décide de changer de modèle de référence pour l'analyse clinique et thérapeutique de ces patients. Il adopte avec succès le modèle biopsychosocial, utilisé comme grille d'analyse des maladies chroniques qui deviendra rapidement le modèle de référence. C'est sur cette base que se sont développés les « *multidisciplinary pain clinics* » et que les programmes de réadaptation *Pain Management Programmes* ont remplacé efficacement les traitements symptomatiques. En 2016, l'Organisation mondiale de la Santé inscrit la douleur chronique sur la liste des maladies chroniques officialisant par là son entrée dans le champ de compétence de la médecine physique et réadaptation.

*La prévalence en Europe* est difficile à estimer car il n'existe que peu d'études. Dans une étude sur 46 394 personnes, Breivik a trouvé que les douleurs concernent 19 % des Européens (12 % en Espagne, 30 % en Norvège) et 15 % des Français. Cette étude a montré que la plupart des activités quotidiennes étaient totalement ou partiellement altérées chez plus de 50 % des individus concernés ; 55 % (soit plus de la moitié) des patients souffrant de douleur chronique depuis plus de six mois ont moins de 50 ans et sont en situation de productivité. Pour une autre étude STOPNET (2008) concernant l'évaluation de la prévalence de la douleur chronique depuis plus de 3 mois auprès de 23 712 personnes, les résultats sont nettement plus importants puisque 31,7 % des personnes interrogées seraient concernées ; 67,4 % (soit plus de la moitié) des patients souffrant de douleur chronique ont moins de 50 ans et sont donc en situation active/de productivité.

*Le passage du stade de douleur aiguë au stade de douleur chronique-maladie.* Si la douleur aiguë peut être conceptualisée comme résultant de la perception

par le cerveau de l'existence d'un danger tissulaire. Le processus de chronicisation est envisagé comme une transformation progressive de la personne dans tous les aspects de sa vie biologique, psychologique et sociale. Une douleur chronique n'est pas simplement une douleur aiguë qui dure longtemps, c'est une maladie en soi.

*La douleur chronique, en devenant « maladie chronique » se situe implicitement dans le champ du handicap et dans la logique de réadaptation*

La classification internationale des handicaps, en individualisant la douleur chronique comme maladie à part entière, fait entrer cette nouvelle entité dans le champ thérapeutique de la MPR. Cette évolution clarifie sa finalité thérapeutique non plus vers la guérison mais vers des objectifs fonctionnels. Cette évolution est structurante pour la construction des valeurs en réadaptation et pour offrir au chapitre de la douleur chronique toute sa place et toute sa légitimité en réadaptation.

*Sur le plan physiologique*, la douleur persistante induit des modifications profondes du système nociceptif. L'étude de la biologie moléculaire et de la neuro-imagerie est venue compléter les connaissances acquises dans la physiologie de la douleur. Ces acquisitions débouchent sur de nouvelles classifications des syndromes douloureux. Le développement de classification/profilage de la biologie ouvre des pistes prometteuses pour une meilleure compréhension de réseaux de signalisation cellulaires et de nouveaux médiateurs impliqués dans le signal nociceptif. Les techniques de génotypage en combinaison avec des profilages cliniques performants vont probablement contribuer à mettre en œuvre des moyens thérapeutiques plus adéquats pour une médecine personnalisée. Ses perspectives sont porteuses d'espoir. La responsabilité du thérapeute est d'examiner les patients avec le plus grand soin et de relater les observations avec précision.

*Les recherches dans le domaine de la psychologie* ont permis de mettre à jour certains des mécanismes impliqués dans l'incapacité liée à la douleur chronique et de construire, sur ces bases, le modèle théorique de l'incapacité lié à la « peur en relation avec la douleur persistante ». Cette avancée scientifique, à présent largement validée dans la littérature, constitue un tournant qui modifie en profondeur le cadre de prise en charge de ces patients. Dans ce modèle, pour répondre aux conséquences fonctionnelles liées à la peur de la douleur, le processus de réadaptation s'articule autour des techniques issues des thérapies comportementales et cognitives. Cette nouvelle orientation amenant de nouvelles pratiques, il a été nécessaire de fournir aux rééducateurs non-psychologues des méthodes et des instruments permettant d'évaluer et de traiter la peur et les croyances liées à la douleur. De nombreux protocoles d'interventions et de formation ont été publiés sur la base des principes cognitivo-comportementaux, protocole d'ouverture émotionnelle, etc.

*Dans le domaine de la santé mentale*, les processus émotionnels cognitifs et comportementaux liés à la douleur viennent parasiter le discours du patient douloureux qui est souvent réduit, voire absent, l'expression de la douleur se fait dans un langage ou dans un comportement qu'il faut savoir décoder. Il faut s'aider d'outils d'évaluation adaptés pour gérer la douleur chez ces patients et leur proposer un traitement.

*La communication* est la base nécessaire pour construire la thérapie. L'empathie est la base du travail du thérapeute. Le patient doit se sentir écouté et compris. Il faut créer un lien avec le patient. Il pourra alors s'engager dans la thérapie ce qui est indispensable pour son succès.

*La motivation* est un autre point clé de l'engagement du patient. Il convient d'analyser à quel stade de motivation, le patient se trouve pour adapter ses interventions. Il faudra trouver les motifs de changement dans le discours du patient, sans le confronter. Le sentiment d'efficacité personnelle permettra un engagement sur une longue durée.

