

Pour une approche quotidienne **biopsychosociale** de la douleur du patient

DOSSIERS TECHNIQUE

Adapter une stratégie vis-à-vis du patient permettant une meilleure implication, tel est l'enjeu de cet article.

...zones
« hypertrophiées »
de la représentation
de la douleur...



Figure 1 : douleur chronique du genou

ainsi modifier la perception de la douleur par des phénomènes inhibiteurs ou facilitateurs au niveau du système nerveux central.

Chaque fois que le patient répète une expérience douloureuse, ces aires sont activées pour renforcer la matrice cérébrale⁽⁴⁾. La douleur est alors considérée comme un « 6^e sens ». Les progrès récents obtenus par l'imagerie médicale mettent en évidence la présence de zones « hypertrophiées » de la représentation de la douleur au niveau de certaines aires corticales notamment dans les phénomènes de chronicisation (figure 1).

Notre formation initiale est bien souvent basée sur une approche biomédicale de la douleur du patient qui le relègue à la « posture d'agent »⁽¹⁾ peu encline à l'observance thérapeutique indispensable, notamment dans un contexte de pathologie chronique aux répercussions multiples. Il est possible de faire évoluer ce paradigme grâce au modèle biopsychosocial permettant au patient d'adopter une stratégie réflexive favorable à son implication et dont les caractéristiques principales sont développées ici.

1. Apports récents des neurosciences sur la compréhension des phénomènes douloureux

Le modèle « classique » de compréhension présume que toute douleur est causée par une blessure ou la lésion d'une structure anatomique et qu'il existe une relation directe entre douleur et atteinte tissulaire. Cela débouche sur des options de traitement qui peuvent se révéler trop simplistes et inadaptées dans certaines situations complexes des pathologies chroniques mais aussi de certaines situations aiguës.

Une meilleure connaissance et compréhension des voies de la douleur, de l'interprétation des afflux nerveux permet de mieux gérer la douleur de nos patients.

Nous savons désormais qu'il s'agit d'une "information sortante d'un système complexe, générée par le cerveau en réponse à la perception d'une menace"⁽²⁾ et que beaucoup d'aires cérébrales différentes sont impliquées dans l'expérience douloureuse⁽³⁾. De nombreux facteurs peuvent

Par ailleurs, les patients atteints de catastrophisme et de kinésiophobie voient les messages douloureux « sur interprétés », ce qui tend à majorer le ressenti symptomatique. Les travaux récents de Moseley sur l'intérêt des thérapies « miroir » notamment dans le cadre de la prise en charge du SDRC (Syndrome Douloureux Régional Complexe) illustrent bien ces interactions neuronales.

2. Pour un changement de paradigme : passer du modèle biomédical au modèle biopsychosocial

Quel professionnel de santé n'a pas été confronté à un patient présentant une lombalgie à qui le premier conseil donné peut être de rester le plus allongé possible et de ne surtout pas trop bouger de peur d'abîmer encore plus ce dos, déjà très dégradé. Cet exemple un peu caricatural est la synthèse de toutes les fausses croyances rencontrées chez nos patients, bien souvent véhiculées par un corps médical lui-même emprunt de nombreuses croyances et dogmes. Alors que faire ? Quel comportement la science nous invite-t-elle à avoir ?

a. Les limites de l'approche biomédicale

Beaucoup de cliniciens possèdent peu d'outils efficaces pour la prise en charge de la douleur, notamment en dehors d'une approche basée sur une stratégie de « maître à élève », qui, bien souvent se résume à la distribution de livrets de « bonne pratique »⁽⁵⁾.

L'approche biomédicale place le praticien en position « d'expert » qui dispense le savoir à « l'ignorant ». Le modèle d'apprentissage est dit béhavioriste : les connaissances sont censées « se déposer » dans l'esprit de l'apprenant.

Or, des informations biomédicales ou une interprétation erronée peuvent induire de la peur et de l'anxiété (effet Nocebo) en perpétuant l'idée de la défaillance d'une structure. Ainsi, focaliser le patient sur la biomécanique peut être délétère⁽²⁾. C'est à travers ces comportements « biomédicaux » basés sur le lien anatomo-clinique que les praticiens de santé peuvent induire chez les patients du catastrophisme ou des croyances qui entretiennent la douleur au long cours (figure 2 et 3).

Cette stratégie s'avère néfaste car ceux qui ont les croyances les plus négatives ont plus tendance à décrire de la douleur et de l'incapacité⁽⁶⁾.



Figure 2 : catastrophisme



Figure 3 : localisation douloureuse multiples professionnel

b. Le modèle biopsychosocial au service de l'observance

"L'éducation consiste en toute activité conçue pour améliorer les comportements de santé du patient, son état de santé ou les deux"⁽²⁾.

Les kinésithérapeutes ont un rôle fondamental à jouer car couplée avec la rééducation, l'éducation améliore les résultats fonctionnels et les symptômes⁽²⁾.

L'effet positif de l'éducation sur la connaissance et le catastrophisme (et les performances motrices) est clairement démontré.

Les professionnels de santé sous-estiment la capacité de leurs patients à comprendre la théorie à propos de leur douleur⁽²⁾, à condition qu'eux-mêmes la connaissent.

Or, la communication et l'éducation sont les clés pour débloquer tous les autres outils de la boîte à outils du praticien⁽³⁾. Cela s'explique en grande partie par la présence de composantes cognitive et affectivo-émotionnelle dans l'interprétation du message douloureux.

fisioline

L.A.S.E.R. lumi^z C.P.S.

LA CULTURE DE LA PERFORMANCE



HAUTES
TECHNOLOGIES
DANS LES PHASES
DE RÉHABILITATION

GESTION DE LA
DOULEUR ET
RÉCUPÉRATION DU
MOUVEMENT



Tél. : +33 (0)6 73 15 39 68
mhw.distribution@gmail.com

Un des principes de base est d'exploiter la remise en question des croyances sans juger le patient. Là où le modèle biomédical s'associe souvent au phénomène de culpabilisation (« vous aurez encore plus mal si vous ne respectez pas les principes que je vous donne... »), le modèle biopsychosocial s'appuie sur les savoirs préexistants du patient et ses émotions pour construire ensemble de nouveaux possibles. On parle alors de « néo socio-constructivisme »⁽⁷⁾.

Shinebourne et Smith⁽⁸⁾ mettent en avant le principe des "métaphores". Ainsi, le patient, peut les utiliser pour exprimer des émotions négatives qui ne peuvent l'être de manière littérale (exemple de la métaphore des voyages).

Utiliser le principe "PHODA" ("Photograph Series of Daily Activities" pour "photos d'illustration d'activités de la vie quotidienne")⁽⁹⁾ permet d'identifier les activités quotidiennes que la patient appréhende, tolère ou réalise sans difficulté (entrer dans une voiture, ramasser un objet lourd ou léger au sol...) {figure 4}.

Le praticien peut aider le patient à reprendre ses



Figure 4 : exemple de position corrigée en principe confortable

activités fonctionnelles habituelles en définissant avec lui des objectifs réalistes et ce grâce à la communication professionnelle. L'objectif thérapeutique est d'améliorer la confiance du patient en évoluant par étapes. La symptomatologie

peut être temporairement majorée et, dans ce cas, les objectifs peuvent être revus transitoirement ainsi que les activités. En somme, il faut que le patient ait « envie de » (motivation).

Le patient est alors aidé à changer de posture en adoptant celle d'un « auteur »⁽¹⁰⁾ capable d'être à l'origine de ses propres choix en créant de nouveaux.

c. Perspectives pour le masseur-kinésithérapeute

Fort de ces constats sur les neurosciences et les sciences de l'éducation, c'est l'enseignement initial et la formation continue en kinésithérapie qui se doivent de changer pour suivre les évolutions apportées dans le but de répondre aux besoins des patients et aux enjeux de santé publique. Nos dispositifs peuvent exploiter des apports pédagogiques et l'étude de situations cliniques favorisant l'appropriation de ces modèles. Ainsi, notre proposition, en cohérence avec les modèles d'apprentissage constructivistes, est d'axer les séquences de formation sur l'analyse des pratiques professionnelles, des professionnels en présence.

1. Xavier DUFOUR, MK ostéopathe, M2 Sciences de l'Éducation directeur général ITMP
2. Arnaud CERIOLI, MK ostéopathe, M2 Sciences de l'Éducation, directeur IFMK CEERRF, coordinateur pédagogique ITMP
3. Stéphane EVELINGER, MK ostéopathe, M2 Sciences de l'Éducation, cadre pédagogique IFMK CEERRF, conseiller scientifique ITMP

Conclusion

Les données issues des neurosciences nous poussent à abandonner le modèle biomédical basé sur la culpabilité et l'infantilisation du patient et à aller vers des modèles où la douleur est vue comme un mécanisme complexe où le vécu du patient tient une place centrale.

Le thérapeute passe du statut de sachant à celui de passeur par une communication adaptée au patient et à ses besoins.

Cette approche ne nécessite pas de machines coûteuses ou des techniques « à la mode », mais elle nécessite la compréhension du patient de ses plaintes, de ses croyances et de ses peurs pour qu'il puisse se réapproprier sa vie et retrouver ses activités.

Bibliographie

- 1 • ARDOINO J. | *Les avatars de l'éducation*. Presses Universitaires de France : Paris, 2000.
- 2 • BUTTLER D.S | MOSELEY L. | *Explain Pain*. Adelaide. Noigroup Publications. 2003. ISBN 0-9750910-0-X.
- 3 • LOUW A. | PUENTEDURA E. | *Therapeutic Neuroscience Education*. Teaching patients about pain. New York. OPTP Publishing. 2013, ISBN 978-0-9857186-4-0.
- 4 • MELZACK R | *Evolution of the neuromatrix theory of pain*. Pain Practice. 5 (2) 85-94. 2005.
- 5 • HINCHLIFF | *Issue 1*. 2004, JAN, Volume 47, July 2004.
- 6 • ELFERING A. | MANNION A. F. | JACOBSHAGEN N. ET AL. | *Beliefs about back pain predict the recovery rate over 52 consecutive weeks*. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 35, 437-445. 2009.
- 7 • GATTO F. | GARNIER A. | VIEL E. | *Éducation du patient en kinésithérapie*. Sauramps, 2007.
- 8 • SHINEBOURNE P. | SMITH JA. | *The communicative power of metaphors: An analysis and interpretation of metaphors in accounts of the experience of addiction*. Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice. 83, 59-73, 2010.
- 9 • LEEUW M. ET AL. | *Measuring perceived harmfulness of physical activities in patients with chronic low back pain : the Photograph Series of Daily Activities*. Journal of Pain. 8 (3) 840-849. 2007.

DES FORMATIONS PENSÉES POUR VOUS

Pour augmenter vos compétences et améliorer vos pratiques

- **EVIDENCE BASED PRACTICE:**
Enseignement basé sur les preuves scientifiques
- **ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**
- **SUPPORTS ÉCRIT, VIDÉO, ATLAS DES TECHNIQUES**
- **6 BINÔMES PAR FORMATEUR**
- **E-LEARNING POUR OPTIMISER VOS CONNAISSANCES À VOTRE RYTHME**
- **VALIDATION UNIVERSITAIRE***

D.U. ERGONOMIE*
pour devenir consultant-expert en ergonomie et diversifier sa pratique

THÉRAPIE MANUELLE
du diagnostic précis à l'articulation des techniques efficaces pour un traitement en sécurité

À LA CARTE
des formations courtes pour optimiser vos compétences (Fascia, Crochetage, Rachis, Neurodynamique...)

KINÉ SPORT
pour soigner au cabinet et être un spécialiste des terrains



Leader de la formation en France et DOMTOM

Découvrez tous nos thèmes de formations et nos dates

itmp.fr