

Partenaires face à la

DOULEUR

Guide pratique d'intervention



MÉTIVIER, Patricia et autres. Partenaires face à la douleur : Guide pratique d'intervention, Charny, Direction de la qualité et du développement des pratiques professionnelles, Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches, 2014, 194 p.

© Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches (CRDP-CA), 2014

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

ISBN : 978-2-9813022-4-3

ISBN : 978-2-9815270-0-4 (PDF)

La reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, à condition d'en citer la source.

Conception et rédaction

Sous la responsabilité de la Direction de la qualité et du développement des pratiques professionnelles

Comité d'élaboration :

Mathilde Barbeau, médecin

Yves Bard, infirmier

Caroline Brown, pharmacienne

Cindy Côté, ergothérapeute

Julie Gosselin, cliente

Diane Grenier, travailleuse sociale

Chantale Héroux, éducatrice spécialisée

Marie-Claude Lemonde, physiothérapeute

Jacques Lussier, psychologue – neuropsychologue

Patricia Métivier, conseillère en évaluation des programmes

Martine Michaud, chef en réadaptation

Audrey Robitaille, coordonnatrice clinique et adjointe à la Direction des programmes en réadaptation

Personnes ayant été impliquées en début de démarche :

Danielle Desbiens, psychologue

Danielle Duguay, technicienne en réadaptation physique

Marie-Ève Fillion, travailleuse sociale

François Leblond, physiothérapeute

Mise en page et correction : Annie Jacques, adjointe à la direction, DQDPP

Dans le présent document, le masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement pour alléger le texte.

Dans le présent document, le terme *client* est retenu, plutôt qu'*usager* ou *patient*, puisqu'il est utilisé de façon usuelle par les équipes de réadaptation.

Signification des signes visuels :



Le signe de la loupe met l'accent sur une donnée probante, extraite de la littérature scientifique.



Le point d'interrogation répond à un questionnement ou définit un terme.



Le point d'exclamation permet de mettre l'accent sur une donnée ou une explication.

Préface de la Direction des programmes en réadaptation

En 2008, le Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL) a reçu le mandat de développer un centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) pour le territoire de l'est du Québec. Un consortium a été mis en place, composé du CHUQ –CHUL, du CHAU-HDL et du CHA-HEJ pour le volet curatif et de l'IRDPO pour le volet réadaptation en déficience physique. Dans le cadre du modèle hiérarchisé d'organisation de services proposé, le CEGDC doit offrir des services de troisième ligne en continuité et en complémentarité avec des services de première et deuxième lignes bien développés. Ainsi, le CDRP-CA s'est positionné sur l'offre de services spécialisés de deuxième ligne qu'il entend offrir à la clientèle en déficience physique et mettra en place les conditions permettant le déploiement d'une telle offre de services pour la clientèle.

Dans ce contexte, et face aux demandes croissantes qui étaient adressées à l'organisation pour la prise en charge d'usagers présentant de la douleur persistante, la Direction de la qualité et du développement des pratiques professionnelles a procédé à une évaluation des besoins auprès des équipes de réadaptation. Cette démarche a mis en lumière la nécessité de bien définir les balises de l'offre de services à l'égard de cette clientèle et de soutenir la pratique par l'élaboration d'un guide pratique sur la prise en charge de la douleur. La Direction des programmes en réadaptation a précisé l'organisation de ses services pour les personnes présentant de la douleur, en faisant le choix d'intégrer l'offre de services à l'ensemble des programmes adultes de réadaptation existants, plutôt que de mettre en place une équipe dédiée au traitement de la douleur chronique. En complémentarité, la DQDPP a coordonné un projet visant l'élaboration d'un guide pratique d'intervention en douleur. Ces orientations favorisent l'implantation d'une approche préventive face à la douleur, intégrée au processus

régulier de réadaptation et permettent le développement des connaissances et de l'expertise par l'ensemble des équipes concernées par la douleur.¹

Une offre de services définie, soutenue par un guide pratique interdisciplinaire et des mécanismes de soutien et de concertation clairement établis constituent une base importante pour offrir des services de réadaptation de qualité à la clientèle présentant une problématique de douleur.

Soucieux de répondre aux besoins évolutifs de la clientèle et de soutenir adéquatement le développement de l'expertise au sein de son organisation, le CRDP-CA mettra en place les moyens et les mécanismes nécessaires au déploiement de l'offre de services en douleur de même qu'à l'appropriation du guide pratique en douleur, dans une démarche d'amélioration continue. Le succès d'un tel projet repose cependant sur la contribution et l'engagement de tous les acteurs impliqués.

Stéphane Shaink
Directeur de la Direction des programmes en réadaptation
Juin 2014

¹ Le lecteur est invité à prendre connaissance du document *Offre de services pour la clientèle adulte qui présente ou est susceptible de développer une problématique de douleur persistante* afin d'obtenir une description élaborée de l'organisation de services adoptée par le CRDP-CA.

Table des matières

Liste des acronymes et des signes	xi
SCHÉMA DES COMPOSANTES PRINCIPALES DU GUIDE	xii
Section 1 : Introduction	1
1.1 Préambule.....	1
1.2 Problématique.....	3
1.3 Clientèle cible.....	4
Section 2 : La théorie de la douleur.....	5
2.1 Les définitions de la douleur	5
2.1.1 Définitions générales	5
2.1.2 Définitions de la douleur chronique	6
2.2 Les phases de la douleur.....	7
2.3 Les types de douleur.....	9
2.4 Les composantes de la douleur.....	11
2.5 Le processus de chronicisation.....	13
2.6 La neurophysiologie de la douleur	15
2.7 Les mécanismes endogènes du contrôle de la douleur (MECD).....	17
Section 3 : Les bases conceptuelles soutenant l'organisation des services et le processus d'intervention.....	19
3.1 Un modèle intégrateur axé sur le partenariat.....	19
3.1.1 Conditions relatives au client	21
3.1.2 Conditions relatives à l'équipe interdisciplinaire	23
3.1.3 Conditions relatives aux liens et collaborations avec le réseau.....	25
3.2 Approches d'interventions interdisciplinaires prouvées efficaces lors d'une problématique de douleur.....	27
3.2.1 Approche cognitive et comportementale de la douleur	27
3.2.2 Approche motivationnelle	28
3.3 Concepts de base à maîtriser pour intervenir face à une problématique de douleur.....	30
3.3.1 Autogestion	30
3.3.2 Acceptation.....	31
3.4 Les attitudes à privilégier face à une problématique de douleur	35
3.4.1 Aborder la douleur.....	35
3.4.2 Attitude de collaboration	36
3.4.3 Écoute	37
3.4.4 Ouverture.....	37

3.4.5	Empathie.....	37
3.4.6	Rassurance.....	38
3.4.7	Flexibilité.....	39
3.4.8	Accepter la douleur du client.....	39
Section 4 : les étapes du processus d'intervention		40
4.1	But et objectifs du processus	40
4.1.1	But	40
4.1.2	Objectifs (de l'aigu au chronique).....	40
4.2	Diagnostic.....	41
4.2.1	Diagnostic médical en lien avec la douleur	41
4.2.2	Diagnostic psychologique	42
4.3	Dépistage et évaluation	43
4.3.1	Identifier la présence de douleur	43
4.3.2	Mesurer l'intensité.....	44
4.3.3	Identifier la présence de facteurs de risques de chronicisation (ou de maintien de l'incapacité)	47
4.3.4	Effectuer l'évaluation complète	50
4.4	Les modalités d'intervention	55
4.4.1	Évolution des modalités	57
4.4.2	Modalités pharmacologiques.....	59
4.4.3	Modalités physiques non pharmacologiques.....	79
4.4.4	Modalités touchant aux connaissances, au comportement et aux cognitions	99
4.4.5	Modalités axées sur l'environnement physique	113
4.4.6	Modalités axées sur l'environnement humain.....	113
Section 5 : Outil d'intégration clinique.....		119
Section 6 : Recommandations		129
Section 7 : Éléments en annexe.....		139
Annexe 1	Synthèse des compétences clefs du Partenariat.....	140
Annexe 2	Les contributions spécifiques des professions dans la problématique de la douleur	141
	Chef en réadaptation	141
	Coordonnateur clinique.....	142
	Éducateur spécialisé.....	143
	Ergothérapeute	143
	Infirmier	145
	Médecin.....	146

Pharmacien.....	146
Physiothérapeute et Thérapeute en réadaptation physique	147
Psychologue	149
Travailleur social	150
Annexe 3 Interventions correspondantes aux divers stades de changements	152
Annexe 4 Évaluation de la douleur : la méthode PQRSTU.....	154
Annexe 5 Les caractéristiques des différentes versions du questionnaire McGill / Melzack (MPQ).....	155
Annexe 6 Modalités pharmacologiques : Outils pratiques	156
Annexe 7 Les approches psychologiques préconisées en douleur	169
Annexe 8 Liste de liens et de ressources d'intérêt.....	174
Annexe 9 Liste de documents d'intérêt	175
Annexe 10 Répertoire des outils d'enseignement d'intérêt disponibles au CRDP-CA...	176
Annexe 11 Répertoire des outils d'évaluation disponibles au CRDP-CA.....	181
Annexe 12 Entente sur les opiacés	185
Annexe 13 Outil du risque de dépendance aux opioïdes	186
Annexe 14 Lettre au médecin (exemple de l'équipe BOG).....	187
Annexe 15 Feuille de route (exemple de l'équipe BOG)	188
Références.....	189

Table des tableaux

Tableau 1 : Les trois phases de douleur	7
Tableau 2 : Les types de douleur.....	10
Tableau 3 : Démystifier l'acceptation de la douleur	32
Tableau 4 : Les échelles de mesure à une seule dimension	46
Tableau 5 : SÉCURITÉ DES AINS	67
Tableau 6 : INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR LES AINS	67
Tableau 7 : Efficacité des opioïdes vs douleurs chroniques non cancéreuses	73
Tableau 8 : Choisir un opioïde : Points à considérer	74
Tableau 9 : Algorithme de traitement de la douleur neuropathique	76
Tableau 10 : Traitement de la douleur neuropathique :	77
Tableau 11 : Les phases détaillées de guérison physique de la condition douloureuse	80
Tableau 12 : Les modalités physiques non pharmacologiques passives.....	86
Tableau 13 : Les modalités physiques non pharmacologiques actives	93
Tableau 14 : Outil d'intégration clinique (Facteurs modifiables / outils d'évaluation / pistes d'intervention).....	120
Tableau 15 : Balises cliniques pour la prise en charge d'une clientèle en douleur chronique	134
Tableau 16 : Médicaments et effets secondaires pouvant avoir impact sur les traitements.....	157
Tableau 17 : Résumé des co-analgésiques contre la douleur neuropathique.....	163

Table des figures

Figure 1 : Modèle circulaire de la douleur illustrant les composantes de la douleur et leurs interrelations.....	12
Figure 2 : Le processus de chronicisation	14
Figure 3 : La douleur, de nociceptive à neurogène	16
Figure 4 : Exemples de complémentarité des mécanismes de contrôle de la douleur	18
Figure 5 : Modèle de soins pour conditions chroniques	19
Figure 6 : Le cadre de référence du patient partenaire (Pp)	22
Figure 7 : Acceptation et action engagée en contexte de douleur	34
Figure 8 : Le processus d'intervention	40
Figure 9 : Évolution des modalités contributives à la gestion/ adaptation du client selon les phases de douleur	57
Figure 10 : Douleur : approche par paliers-	63
Figure 11 : NNT Analgésique.....	64
Figure 12 : Consensus canadien sur la prise en charge des clients sous AINS : équilibrer les risques gastro-intestinaux (GI) et cardiovasculaires(CV).....	66
Figure 13 : Algorithme des recommandations lors de l'initiation et suivi du traitement avec un opioïde	69
Figure 14 : L'apprentissage en problématique de douleur.....	100
Figure 15 : Soutien et concertation.....	136
Figure 16 : Risque gastro-intestinal.....	159
Figure 17 : Risque cardiovasculaire.....	160
Figure 18 : Risque rénal.....	161
Figure 19 : Algorithme de conversion des principaux opioïdes.....	162

Liste des acronymes et des signes

ACT	:	Thérapie d'acceptation et d'engagement
AINS	:	Anti-inflammatoire
AQDC	:	Association québécoise de la douleur chronique
AVC	:	Accident vasculaire cérébral
BCM	:	Bilan comparatif du médicament
BM	:	Blessure médullaire
BOG	:	Blessure orthopédique grave
CEDC	:	Centre d'expertise en douleur chronique
CIDN	:	Contrôle inhibiteur diffus induit par des stimulations nociceptives
CRDP-CA	:	Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches
CSSS	:	Centre de santé et de services sociaux
CSST	:	Commission de la santé et sécurité du travail
CV	:	Cardiovasculaire
DMA	:	Déficience motrice adulte
DQDPP	:	Direction de la qualité et du développement des pratiques professionnelles
GI	:	Gastro-intestinal
HDL	:	Hôtel-Dieu de Lévis
HDV	:	Habitudes de vie
IASP	:	International Association for the Study of Pain
IRD PQ	:	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
MECD	:	Mécanismes endogènes du contrôle de la douleur
NNT	:	Number Needed to Treat
NT	:	Neurotraumatisme
PII	:	Plan individualisé des interventions
Pp	:	Patient partenaire
PSI	:	Plan de services individualisé
RIC	:	Rencontre d'information clinique
RPP	:	Rencontre préparatoire de plan
SAAQ	:	Société de l'assurance automobile du Québec
SNC	:	Système nerveux central
T.R.P.	:	Thérapeute en réadaptation physique
TCC	:	Traumatisme craniocérébral
TCC	`	Thérapie cognitive-comportementale
URFI	:	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Le schéma de la page suivante présente les principales composantes du guide pratique d'intervention. Ce schéma permet notamment d'illustrer l'apport des bases conceptuelles au processus d'intervention.

SCHÉMA DES COMPOSANTES PRINCIPALES DU GUIDE

Section 1 Introduction

- Préambule
- Problématique
- Clientèle cible

Section 2 La théorie de la douleur

- Définitions
- Phases
- Types
- Composantes
- Processus de chronicisation
- Neurophysiologie
- Mécanismes de contrôle

Section 3 Les bases conceptuelles soutenant l'organisation des services et le processus d'intervention

3.1 Un modèle intégrateur axé sur le partenariat

- Conditions / client
- Conditions / équipe interdisciplinaire
- Conditions / réseau

3.2 Les approches d'interventions prouvées efficaces lors d'une problématique de douleur

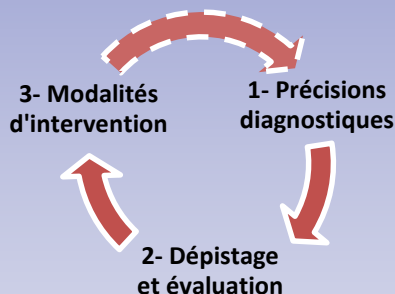
- Approche cognitive et comportementale de la douleur
- Approche motivationnelle

3.3 Concepts de base à maîtriser pour intervenir face à une problématique de douleur

- Autogestion
- Acceptation

3.4 Les attitudes à privilégier face à une problématique de douleur

Section 4 Le processus d'intervention



Section 5 Outil d'intégration clinique

Section 1 : Introduction

1.1 Préambule

Ce guide, qui a été conçu dans une optique d'amélioration continue, est le résultat d'un comité de travail interdisciplinaire ayant réuni des intervenants de plusieurs programmes, notamment *Déficiences motrices adultes* (DMA) et *Neurotraumatisme* (NT). Il est le fruit d'un travail réflexif et participatif ainsi que de l'harmonisation d'expertises rassemblées. Nous souhaitons qu'il puisse faciliter la mise en œuvre d'interventions ciblées et de qualité auprès de la clientèle adulte présentant une problématique de douleur, et qu'il soit un outil privilégié dans le transfert et la gestion des connaissances. Il représente donc un outil pratique et correspond aux grandes lignes de définitions d'un *guide de pratique*, notamment :

Un ouvrage décrivant la manière d'exercer une activité dans un contexte spécifique s'appuyant sur les valeurs et les principes reconnus. Il guide les choix d'intervention, identifie les actions pertinentes et acceptables et inclut des recommandations visant l'amélioration des services. Il est généralement produit par des comités d'experts et devrait contenir des standards de pratiques basés sur des données probantes. Il doit être régulièrement révisé sur la base des nouvelles données disponibles (FQCRDI-TED 2009).

Le projet de produire un tel guide a été d'abord envisagé suite à une évaluation des besoins des équipes DMA et NT ainsi que du contexte du CRDP-CA. Cette évaluation a mené à considérer la réalisation et l'appropriation d'un guide pratique d'intervention en douleur comme une réponse pertinente aux besoins des équipes et de la clientèle. À la suite de cette analyse, un comité de travail a été formé et une planification détaillée de la démarche a été réalisée afin de mener à bien la phase de développement du guide.

Pour réaliser cette phase, une méthode de gestion de projet a été utilisée, tout en privilégiant une approche participative dans les comités de travail. Le souci et l'engagement des intervenants à offrir des services spécialisés de qualité à la clientèle ont permis l'élaboration de ce document. Pour leur profond engagement et leur expertise, je les remercie infiniment.

Je remercie également Mme Julie Gosselin, cliente et membre de notre comité, pour avoir représenté la clientèle avec une grande générosité. Elle nous aura permis de toujours demeurer en contact avec la réalité de nos clients, notamment en nous livrant des réflexions dont plusieurs ont été intégrées à notre guide.

Patricia Métivier
Rédactrice du document
Conseillère en évaluation des programmes
DQDPP
Mai 2014

Valérie Lapointe
Directrice de la Direction de la qualité et du développement des pratiques
professionnelles
Mai 2014

1.2 Problématique

La douleur, autant aiguë que chronique, constitue une problématique de santé publique à l'échelle mondiale. Les prévalences estimées de douleur persistante dans des échantillons populationnels varient de 7 % à 64 % dépendamment des populations et des méthodologies [1]. Selon Statistiques Canada, parmi la population à domicile, 16 % des personnes âgées de 18 à 64 ans et 27 % des personnes de 65 ans et plus disent souffrir de douleurs chroniques. La prévalence augmente pour atteindre 38 % chez les personnes vivant dans les établissements de soins de longue durée. Malheureusement, la douleur demeure souvent méconnue, mal évaluée, sous-estimée, sous-traitée ou traitée de façon inadéquate [2]. La douleur, lorsqu'elle devient chronique, devrait alors être considérée comme une maladie en soi et non simplement comme le symptôme d'une autre condition, en raison des impacts majeurs sur la personne [3,4].

Au CRDP-CA, des problématiques de douleur, autant aiguës, subaiguës que chroniques, sont fréquemment présentes chez plusieurs clientèles adultes, notamment les clientèles prises en charge dans les équipes intervenant en déficience motrice adulte (DMA) ainsi qu'en neurotraumatisme (NT). La problématique de la douleur suscite donc de nombreux questionnements dans la pratique au sein de ces équipes. Au cours des dernières années, ces questionnements se sont intensifiés, entre autres, en raison de la demande externe pour la prise en charge d'une clientèle référée pour une problématique de douleur persistante. À l'automne 2011, l'analyse des besoins des équipes ainsi que du contexte du CRDP-CA a mené à considérer la réalisation et l'appropriation d'un guide pratique d'intervention en douleur comme une réponse pertinente aux besoins des équipes et de la clientèle. À la suite de cette analyse, un comité de travail a été formé et une planification détaillée de la démarche a été réalisée afin de mener à bien la phase de développement du guide.

1.3 Clientèle cible

La clientèle adulte du CRDP-CA touchée par la problématique de la douleur peut se diviser en deux grandes catégories :

- La clientèle déjà prise en charge dans les programmes de réadaptation pour d'autres diagnostics que la douleur et qui développe une problématique douloureuse en plus du diagnostic de base ;
- La clientèle référée en raison d'une problématique de douleur chronique (répondant aux critères d'accès d'un centre de réadaptation en déficience physique).

Ainsi, deux programmes sont principalement touchés par les problématiques de douleur:

Programme Déficience motrice adulte (DMA)

Ce programme s'adresse pour sa part aux adultes âgés de 18 ans et plus qui présentent, ou risquent de présenter des incapacités significatives et persistantes à la suite d'une maladie ou d'un traumatisme d'ordre neuro-musculo-squelettique ou neuro-sensori-moteur se retrouvant dans l'un des sept profils suivants : encéphalopathie, myélopathie, arthropathie, myopathie, neuropathie, atteinte du système nerveux central, perte d'intégrité (ex. : l'amputation d'un membre).

Le programme peut également accueillir des adolescents dans la mesure où ils présentent un profil ou des besoins s'apparentant à ceux d'un adulte.

Programme Neurotraumatisme (NT)

Ce programme offre des services aux personnes ayant subi un traumatisme crânio-cérébral léger, modéré ou grave (TCC), une lésion médullaire (BM) ou une blessure orthopédique grave (BOG). Ces traumatismes se produisent généralement à la suite d'un accident de voiture, une chute ou tout autre événement ayant laissé chez l'individu des séquelles significatives et permanentes. Le programme s'adresse aux personnes de tous âges (enfants, adolescents, adultes et personnes âgées). Les clientèles BOG ainsi que BM sont celles qui présentent davantage de problématique de douleur lors de leur processus de réadaptation.

Section 2 : La théorie de la douleur

2.1 Les définitions de la douleur

2.1.1 Définitions générales

La définition générale de la douleur la plus utilisée est sans doute celle de l'IASP (International Association for the Study of Pain, 1994) :

Une expérience sensorielle et émotive désagréable, liée aux dommages réels ou potentiels de tissu, ou décrite en termes d'un tel dommage.

Le centre de réadaptation *l'Interval* propose pour sa part une adaptation intéressante de la définition de l'IASP [5] :

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en de tels termes. Il est important de noter que la douleur est une expérience subjective. Elle est associée à notre perception de l'événement ou à celle des personnes interposées. Elle est également influencée par nos expériences passées ou par les expériences passées des personnes interposées.

Ces définitions expriment un lien entre les perceptions et les émotions et soulignent que la réalité de l'expérience douloureuse ne peut être remise en cause.

Le fait que la douleur soit *une expérience subjective faisant appel à différents mécanismes et interprétations, qui peuvent être de nature physiologique [...] ou encore psychologique* [6], démontre bien que la douleur est de nature multidimensionnelle. Cette façon de définir la douleur est de plus en plus utilisée dans la littérature scientifique.

2.1.2 Définitions de la douleur chronique

Les diverses définitions de la douleur chronique sont variables, notamment en ce qui a trait à la durée ainsi qu'à l'intensité.

Pour sa part, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé propose la définition suivante de la douleur chronique [4] :

Une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion, évoluant depuis 3 à 6 mois ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du client, attribuable à toute cause non maligne.

Santé Canada, cité par l'AETMIS, définit pour sa part la douleur chronique comme une douleur qui « persiste [au-delà] du délai normal de guérison, est associée à une maladie prolongée ou est un symptôme assez grave d'une affection récurrente » [4].

Les définitions qui ne prennent en compte que le facteur temps sont de plus en plus remises en question dans la littérature scientifique. En effet, certaines douleurs peuvent n'être présentes que par épisodes (douleur récurrente). De plus, il faut distinguer une douleur sans influence majeure sur la qualité de vie d'une douleur chronique « problématique » [7].

Nous retrouvons aussi dans la littérature la notion de « syndrome douloureux chronique » qui est une forme de la douleur chronique réfractaire au traitement et affectant le fonctionnement. Ce dernier est décrit comme un ensemble de comportements, notamment [7] :

- Plainte de douleur persistante ou récurrente;
- Persiste plus longtemps que normalement pour l'affection causale (ou est associée à une maladie chronique);
- N'a pas bien répondu à un traitement approprié;
- Est associée à une réduction significative des capacités fonctionnelles;
- Des troubles de l'humeur ou de l'anxiété/hostilité peuvent être présents.

2.2 Les phases de la douleur

Dans la littérature, la problématique de la douleur est souvent décrite par une évolution sur trois phases : aiguë, subaiguë et chronique. Le tableau suivant présente un résumé des diverses caractéristiques attribuables à chacune des phases. Ces caractéristiques sont des indications générales et peuvent être relativisées selon chaque clientèle, particulièrement la notion de *durée* qui est de plus en plus remise en question dans la littérature. Par exemple, en ce qui concerne la douleur chronique, certains auteurs ne souhaitent plus faire référence à une durée, mais plutôt au fait que la douleur persiste au-delà du délai normal de guérison pour un certain diagnostic.

Tableau 1 : Les trois phases de douleur

Phase de douleur	Aiguë	Subaiguë	Chronique
Durée	0 à 4 semaines	4 semaines à 3 mois	Plus de 3 à 6 mois
Caractéristiques	Réactions inflammatoires (rougeur, oedème, restriction de mouvement et chaleur)	Réparation des tissus Cicatrisation et remodelage Phase de guérison	Guérison des tissus complétée
Douleur	Douleur vive	Diminution et disparition de la douleur	Douleur persistante
Niveau d'activité	Repos temporaire de courte durée Reprise graduelle des mouvements	Pratique d'exercices pour récupérer la souplesse Reprise graduelle et complète des activités	Réduction des activités Peur de bouger
Habitudes de vie	Activités légères	Retour aux activités habituelles	Diminution du fonctionnement général

Source : Programme interdisciplinaire de gestion autonome de la douleur (PIGAD), document de travail, CRDP-CA, janvier 2005.

Veillez vous référer au tableau 11 à la page 80 pour un tableau beaucoup plus détaillé sur les phases de guérison physique (section des modalités physiques non pharmacologiques).

2.3 Les types de douleur

En plus des diverses phases (aiguë, subaiguë ou chronique), nous pouvons aussi différencier les douleurs par leur *type*. Dans cette section, trois principaux types de douleur sont d'abord définis, puis détaillés dans le tableau 2 qui présente des exemples de chacun des types avec leurs mécanismes et les réponses provoquées.

Douleur nociceptive : Réponse suite à une stimulation potentiellement dangereuse pour l'organisme (mécanique, chimique, thermique) [8]

Douleur neurogène (ou neuropathique) : Douleur suite à une lésion ou une dysfonction du système nerveux central ou périphérique (lésion nerf, neuropathies, sensibilisation centrale)[8]

Douleur fonctionnelle : Dysfonction des mécanismes endogènes de contrôle de la douleur (↑ excitateurs, ↓ inhibiteurs), notamment fibromyalgie, côlon irritable, douleurs psychogènes, etc.) [8]

Il est à noter que la douleur mixte est aussi très fréquente, c'est-à-dire que plus d'un de ces types de douleur est présent pour un même cas.

Tableau 2 : Les types de douleur			
Types de douleur		Mécanismes	Réponses
Nociceptive	Somatique (lacération, fracture, etc.)	Stimulation mécanique, thermique ou chimique	Douleur superficielle ou profonde généralement localisée, réflexe nociceptif et réponse autonome
	Somatique-Inflammatoire (lésion cutanée, arthrite, points de suture, etc.)	Associée à des lésions tissulaires et à de l'inflammation	Douleur spontanée (lourde, diffuse), hypersensibilité, hyperalgésie² et allodynie³
	Viscérale (colite, cystite...)	Distension des viscères	Constante ou crampiforme, mal localisée (irradiée) et réponse autonome
Neurogène (neuropathique) <u>Origine système nerveux central</u> : sclérose en plaques, atteinte de la moelle épinière, AVC (ex. : douleur hémicorps), maladie de Parkinson <u>Origine système nerveux périphérique</u> : névralgie du trijumeau, atteinte nerveuse par le VIH, neuropathie diabétique, névralgie post-zona, névralgie post-thoracotomie et post-thoracoscopie, hernie discale radiculaire, neuropathie de chimiothérapie anticancéreuse, amputation nerveuse, douleur post-mastectomie <u>Origine mixte (central et périphérique)</u> : membre fantôme, syndrome de la queue de cheval, syndrome douloureux régional complexe		Lésion du système nerveux périphérique ou central	Douleur spontanée (choc électrique, sensation de brûlure cutanée, élancements, coup de couteau), hyperalgésie, allodynie, hyperpathie⁴
Fonctionnelle (fibromyalgie, douleurs psychogènes,...)		Hyperactivation ou perte d'inhibition des voies nociceptives	Douleur spontanée, diffuse, profonde, hyperalgésie, allodynie

Inspiré et adapté de : Marchand, Serge, *Formation sur les bases neurophysiologiques du développement et du traitement de la douleur*, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 8 novembre 2011., Ainsi que de : Truchon, René (2010) *La douleur neuropathique*, dans : *Faire équipe face à la douleur chronique ; Un ouvrage conçu pour les patients et écrit par leurs professionnels de la santé*, Les productions Odon inc.

² douleur intense perçue alors que le stimulus déclenchant n'était que légèrement douloureux

³ douleur causée par un stimulus normalement perçu comme étant non douloureux

⁴ douleur de longue durée et de forte intensité après la provocation d'une douleur répétitive

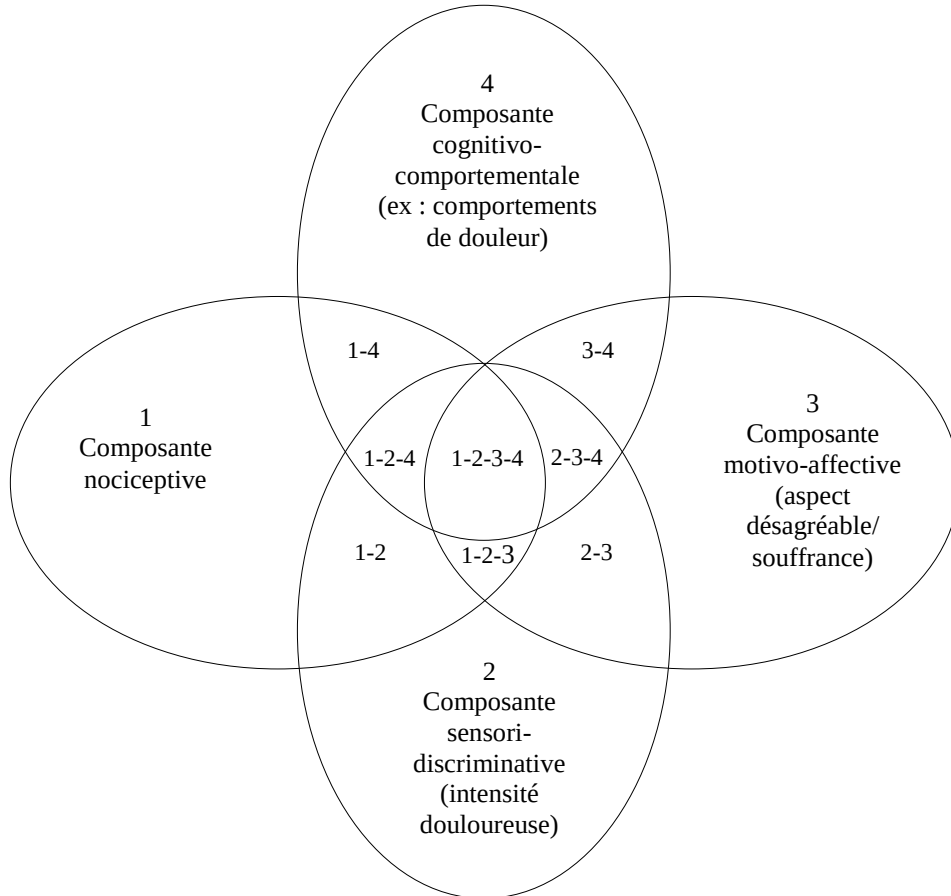
2.4 Les composantes de la douleur

Selon Serge Marchand, l'expérience douloureuse peut être caractérisée par 4 principales composantes [6] :

1. Nociceptive : Il s'agit de l'activité nerveuse engendrée par une stimulation potentiellement dangereuse pour l'organisme. La stimulation nociceptive n'est cependant pas nécessairement suffisante en soi pour provoquer de la douleur. Par exemple, la distraction peut bloquer la perception de la douleur [6].
2. Douloureuse (dimension sensori-discriminative) : Il s'agit de la sensation désagréable (intensité). La douleur étant une expérience subjective, il n'y a pas corrélation parfaite entre la douleur et la nociception. La douleur est donc une perception plus qu'une sensation, qui est modulée par plusieurs éléments. **Il peut y avoir perception de douleur même sans stimulation nociceptive**; c'est souvent le cas avec une douleur chronique puisque la douleur persiste au-delà de la guérison de la blessure [6].
3. Souffrance (dimension motivo-affective) : C'est la réponse affective négative qui peut être générée par la douleur ou par d'autres expériences anxiogènes. Le stress engendré par la souffrance peut augmenter la perception de la douleur [6].
4. Comportementale (dimension cognitivo-comportementale) : Les comportements pouvant être associés à la présence de douleur. Ces comportements s'expriment de multiples façons, allant du réflexe d'évitement aux expressions faciales. Comme pour les autres aspects, les comportements de douleur peuvent exister sans douleur et la douleur ne provoque pas nécessairement des comportements de douleur [6].

Toutes ces composantes peuvent exister indépendamment les unes des autres, ou être intimement reliées. Elles peuvent donc donner lieu à un grand nombre de combinaisons possibles, ce qui démontre leur complexité et leur interdépendance. Le modèle circulaire de la douleur présenté à la figure 1 met en évidence la possibilité clinique d'agir sur les diverses composantes selon chaque situation.

Figure 1 : Modèle circulaire de la douleur illustrant les composantes de la douleur et leurs interrelations



Source : Tiré de Serge Marchand [6]

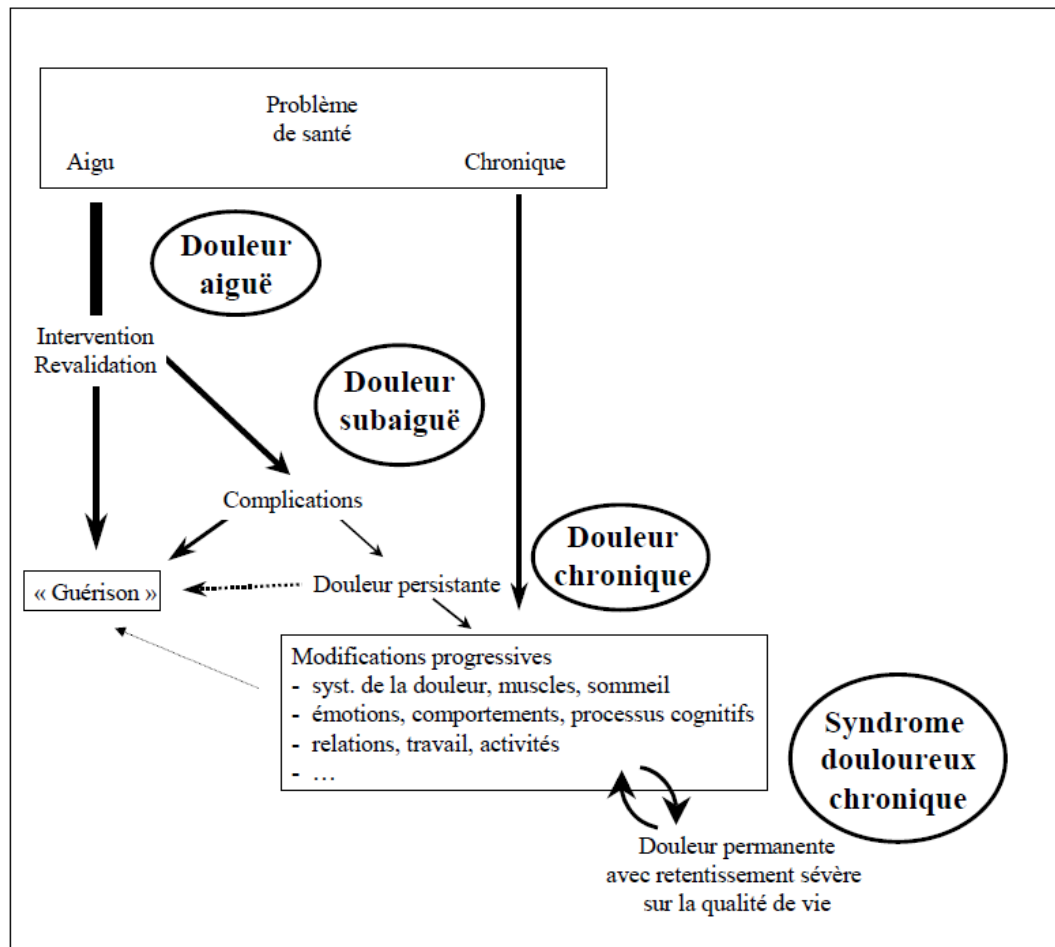
2.5 Le processus de chronicisation

La persistance d'une expérience douloureuse peut avoir des impacts significatifs sur l'individu aux prises avec cette problématique, et ainsi enclencher un processus de chronicisation. Selon Berquin, Faymonville, Deseure et al. [7], plusieurs conséquences découlent d'une persistance de la douleur:

- Altérations fonctionnelles et structurales du système nociceptif résultant en une «sensibilisation centrale» et une «mémoire de la douleur» qui contribuent à amplifier et entretenir celle-ci;
- Modification du contrôle moteur et de la mobilité;
- Troubles du sommeil (impact sur les contrôles endogènes inhibiteurs de la douleur);
- Modifications comportementales (notamment évitement des activités);
- Modifications cognitives (exemples : biais attentionnel induisant une focalisation sur la douleur et favorisant un véritable envahissement par celle-ci);
- Modifications émotionnelles telles anxiété et dépression, qui modulent la perception de la douleur;
- Retrait social, difficultés professionnelles et familiales (favorisant le déconditionnement, l'anxiété, la dépression ainsi que la focalisation de l'attention sur la douleur).

Le processus de chronicisation est basé sur ces conséquences. Il mène à l'installation d'une douleur chronique et, si cet état se maintient, à un syndrome douloureux chronique. Ce processus est illustré à la figure 2.

Figure 2 : Le processus de chronicisation



Source : Berquin A, Faymonville ME, Deseure K et al. [7]

2.6 La neurophysiologie de la douleur

La **nociception** est un phénomène abordé de façon récurrente dans la théorie sur la douleur. Elle se veut une fonction défensive (système d'alarme) pour l'organisme. Il s'agit en fait des phénomènes qui permettent l'intégration, au niveau du système nerveux central, d'un stimulus douloureux par l'activation de certains récepteurs (vous réferez à la première composante de la douleur à la page 11).

Selon Marchand [6], cité dans [9], le stimulus nociceptif initial ne constitue pas l'unique facteur contribuant à la douleur ressentie. Ce stimulus sera d'abord transformé (*transduction*). Il sera ensuite transmis (*transmission*) en plusieurs étapes, soit de la périphérie à la moelle épinière, puis de la moelle épinière au tronc cérébral et au thalamus et, finalement, du thalamus au cortex. Une fois transmis, le stimulus sera interprété (*modulation*). Pour cela, tout individu réfère à sa situation émotionnelle et à la sommation des expériences passées. La perception finale (*perception*) s'exprime en des réactions ou des comportements de douleur qui manifestent la douleur ressentie.

De plus, selon Butler et Moseley [10], la nociception est un phénomène qui se produit régulièrement, mais qui se traduit en douleur **seulement à l'occasion**. La nociception est le plus commun, mais en aucun cas le seul, précurseur de la douleur. Par exemple, certaines pensées peuvent activer un système d'alarme dans le cerveau sans l'intervention d'une quelconque nociception. Cette dernière n'est donc ni suffisante, ni nécessaire pour produire de la douleur.

Toujours selon Butler et Moseley, il n'y a pas un seul « centre » de la douleur au niveau du cerveau, mais plusieurs parties qui sont actives lors d'une expérience douloureuse (théorie de la « neuromatrice » de Melzack), notamment :

- Cortex moteur et prémoteur;
- Gyrus cingulaire (ex. : concentration);
- Cortex préfrontal (ex. : résolution de problème, mémoire);
- Amygdale (ex. : peur et conditionnement à la peur);
- Cortex somato-sensoriel;
- Hypothalamus et thalamus (ex. : réponses au stress, motivation, régulation autonome);
- Cervelet (ex. : mouvement et cognition);
- Hippocampe (ex. : mémoire, cognition spatiale, conditionnement à la peur);
- Moelle épinière.

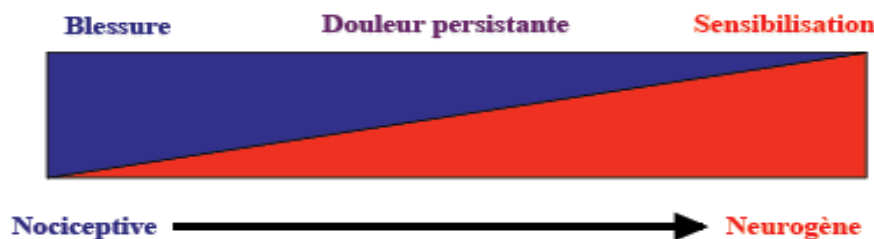
Tel que mentionné concernant le processus de chronicisation, une persistance de la douleur donne lieu à différentes conséquences. Nous pouvons aussi définir des conséquences neurophysiologiques à une persistance de la douleur, telles que [11] :

- Sommation temporelle (augmentation de la fréquence de décharge des fibres C lorsqu' un neurone est stimulé à répétition durant une longue période);
- Sommation spatiale (pour un même stimulus, plus la surface est grande, plus il y a de récepteurs recrutés, plus forte sera l'intensité ressentie);
- Sensibilisation spinale (augmentation de l'excitabilité et de décharge spontanée des neurones);
- Sensibilisation centrale (dysfonctionnement du système nerveux central).

Ainsi, une douleur neurogène (ou neuropathique) peut venir d'une *sensibilisation centrale* (dysfonctionnement du SNC). Donc, une simple douleur nociceptive peut, avec le temps et différents facteurs, donner lieu au développement d'une douleur neurogène, persistante et plus complexe à traiter, tel qu'illustré dans la figure 3.

Selon Woolf [12], ce phénomène de sensibilisation centrale fait en sorte que la douleur que l'on ressent n'est plus seulement le reflet de stimuli nociceptifs mais plutôt le reflet d'une complexe modulation sensorielle qui peut donc non seulement diminuer mais aussi amplifier l'information afférente. Cela a comme implication **qu'une personne peut avoir mal même en l'absence de stimuli nociceptifs**. Une autre conséquence importante de la sensibilisation centrale est que **la douleur peut être ressentie à une distance considérable du tissu originalement lésé**. Et surtout, **la douleur peut s'étendre à l'extérieur du segment dans lequel la stimulation nociceptive d'origine a eu lieu**.

Figure 3 : La douleur, de nociceptive à neurogène



Source : Marchand, Serge, *Formation sur les bases neurophysiologiques du développement et du traitement de la douleur*, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 8 novembre 2011.

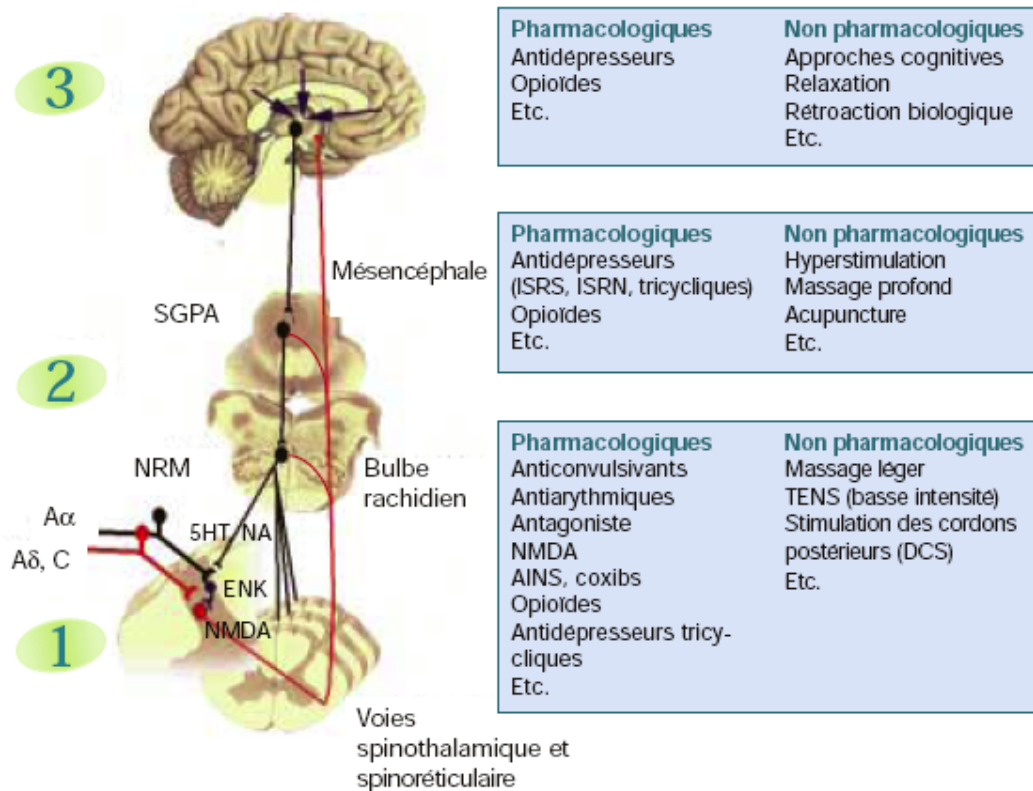
2.7 Les mécanismes endogènes du contrôle de la douleur (MECD)

On identifie trois principaux mécanismes neurophysiologiques de contrôle de la douleur [6]. Les diverses modalités d'intervention utilisées dans le traitement de la douleur se basent généralement sur un ou plusieurs des ces trois mécanismes :

- *Le contrôle inhibiteur spécifique par la stimulation des afférences non nociceptives (théorie du Portillon)* : les approches de stimulation périphérique légère et généralement à haute fréquence qui recrutent les afférences non nociceptives de gros calibres (fibres A β). Par exemple, TENS conventionnel, la vibration et les massages légers [6];
- *Les contrôles inhibiteurs diffus induits par des stimulations nociceptives (CIDN)* : les approches de stimulations périphériques intenses qui recrutent les afférences nociceptives (fibres A δ , C). Par exemple, TENS acupuncture, acupuncture, massages de glace, massages profonds [6];
- *Le contrôle exercé par les centres supérieurs du SNC* : les approches comportementales ou cognitives qui permettent de réduire la perception de la douleur (relaxation, hypnose, orientation de l'attention, etc.) [6];

La figure 4 illustre le niveau d'action ainsi que la complémentarité des mécanismes de contrôle de la douleur.

Figure 4 : Exemples de complémentarité des mécanismes de contrôle de la douleur



Source : Marchand, Serge, *Formation sur les bases neurophysiologiques du développement et du traitement de la douleur*, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 8 novembre 2011 (image tirée de : *le Clinicien*, février 2005)

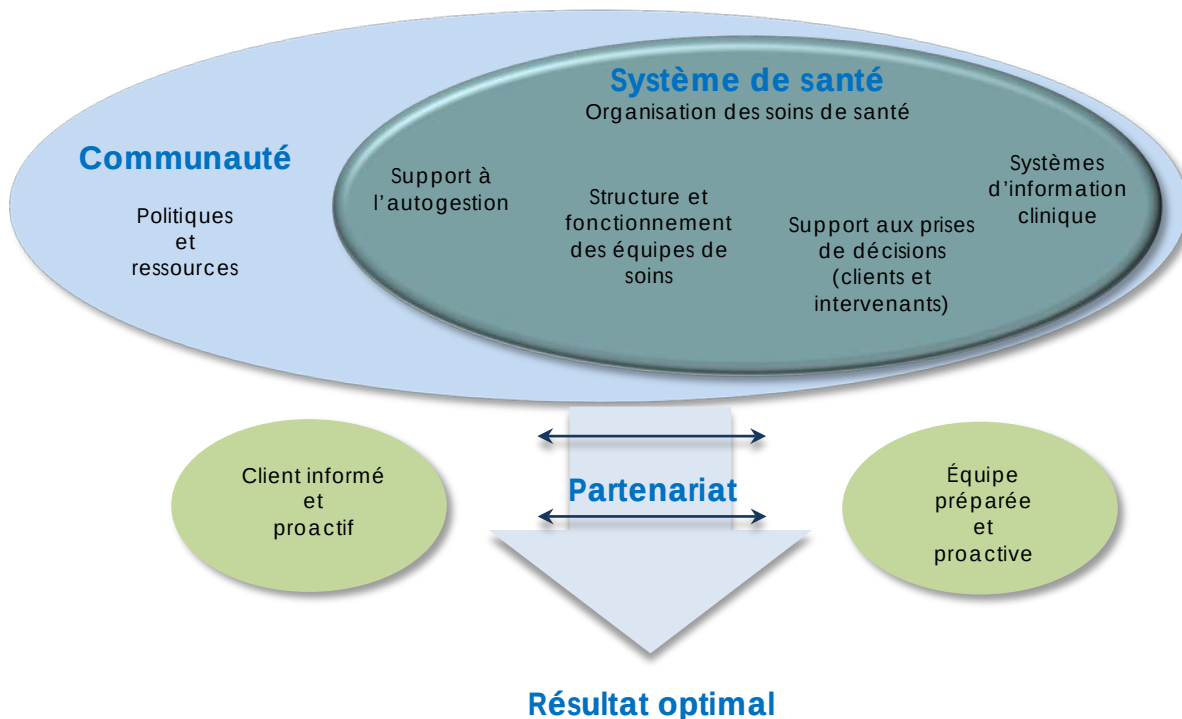
Légende :

A bêta : Mécanorécepteurs pour stimulus non douloureux, transmission rapide de l'influx
 A delta : Mécanorécepteurs et récepteur thermique; rôle dans la localisation de la stimulation nociceptive
 5HT : Sérotonine
 NA : Noradrénaline
 SGPA : Substance grise périaqueducale
 NRM : Noyau du raphé magnus
 ENK : Enképhaline intrinsèque
 NMDA : N-méthyl-D-aspartate (un récepteur du glutamate)

Section 3 : Les bases conceptuelles soutenant l'organisation des services et le processus d'intervention

3.1 Un modèle intégrateur axé sur le partenariat

Figure 5 : Modèle de soins pour conditions chroniques



Traduction libre de : Wagner E, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, et al. *Quality improvement in chronic illness care : a collaborative approach*, Jt comm J Qual Improv. 2001 ; 27 (2) : 63-80. Cité dans : Barcelo A, Epping-Jordan J, Ordunez P et al. [13]

Le modèle présenté à la figure 5 est de plus en plus considéré dans une optique de soins innovants pour les conditions chroniques, et cela dans plusieurs pays [13]. Il est axé sur une notion de **partenariat**. En effet, tous les éléments du modèle sont mis en place dans le but de développer un **partenariat productif** entre un client et une équipe, et cela afin d'optimiser les résultats du suivi.



Qu'est-ce qu'un partenariat?

Selon le comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, *un partenariat de soins et de services est une relation de **coopération / collaboration** entre le client, ses proches et les intervenants de la santé et des services sociaux qui s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissage et qui favorise **l'autodétermination du client, une prise de décisions libres et éclairées et l'atteinte de résultats de santé optimaux**. Fondée sur la reconnaissance des savoirs de toutes les parties, cette relation consiste pour les partenaires à **planifier, à coordonner les actions et à intervenir** de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue autour des besoins et du projet de vie du client [14].*

Dans le modèle intégrateur présenté à la page précédente, une organisation optimale des soins de santé comprend plusieurs éléments clés, soit une structure de soutien à l'autogestion, des équipes interdisciplinaires bien structurées, du soutien aux prises de décisions (autant des clients que des intervenants) et des systèmes performants d'informations cliniques. Ainsi, cette organisation optimale permet de soutenir un partenariat efficace entre un client informé et prêt à s'impliquer et une équipe bien préparée et proactive. Mentionnons que la notion de proactivité reliée à l'équipe interdisciplinaire implique notamment l'habileté de prévenir les complications **par une réduction de l'impact des facteurs de risque** [13]. Cette notion de facteurs de risque sera très importante dans le cadre de la section 4 du présent guide (processus d'intervention).

Les trois prochaines sections présentent les conditions dégagées par le comité d'élaboration, tout au long de ses travaux, concernant les trois entités devant fonctionner en synergie afin d'atteindre un réel partenariat : le client, l'équipe interdisciplinaire et les partenaires du réseau. L'atteinte de ces conditions est nécessaire afin de mettre en place un partenariat productif tel que proposé par le modèle intégrateur. De plus, l'annexe 1 présente une synthèse des compétences clés à l'établissement d'un partenariat de soins et de services productif.

3.1.1 Conditions relatives au client

- Pour avoir du succès avec des interventions visant une problématique de douleur, le client doit démontrer de la motivation. L'attitude de motivation peut être travaillée particulièrement en phase aiguë ainsi qu'en phase subaiguë évoluant vers une chronicité. En phase chronique, la motivation devient un **critère** déterminant la poursuite de l'engagement de l'équipe dans le suivi d'une problématique douloureuse;
- Le client doit se responsabiliser tout au long du suivi et l'équipe doit contribuer à cette responsabilisation :
 - Présence et participation lors de son plan d'intervention interdisciplinaire (PII), qui est un moyen privilégié de valider sa contribution et son niveau de responsabilisation. Un PII basé sur une problématique de douleur ne doit pas se tenir en l'absence du client;
 - Implication **active** dans les modalités de réadaptation. Cet élément est une attitude à travailler dans une phase aiguë et devient généralement un **critère** de poursuite du suivi en réadaptation d'une problématique de douleur chronique;
- Un partenariat doit s'établir. Pour faire face à la douleur, le client doit faire équipe avec les intervenants. Notamment, il devra « *faire valoir l'expérience et les connaissances acquises relativement à sa situation de santé et à son contexte de vie (savoirs expérientiels)* » [14];

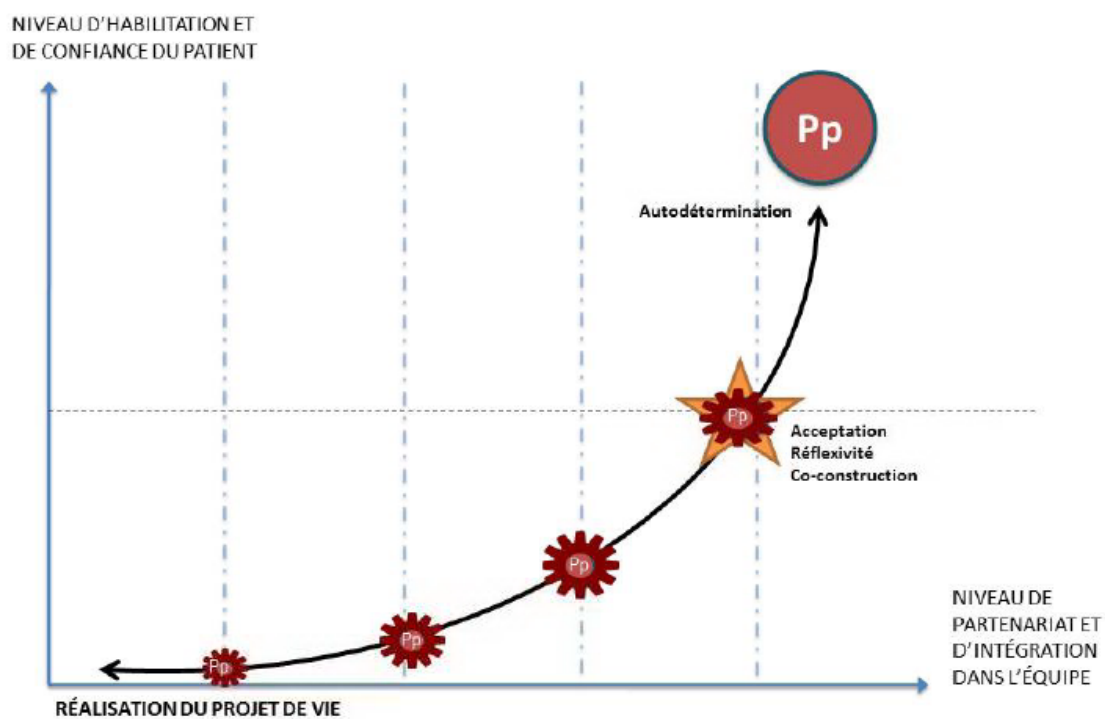


Selon le « Change Pain International Advisory Board Members », l'amélioration des interventions en douleur devrait être axée sur la mise en place d'un partenariat avec le client qui se base notamment sur une meilleure communication [15];

Selon le Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, le partenariat entre client et intervenants évolue selon le cheminement du client dans son parcours de santé. Ainsi, les intervenants doivent adapter leur approche à chaque étape de ce cheminement et accompagner le client dans cette évolution afin d'optimiser le partenariat [14].

La figure 6 représente l'évolution du patient-partenaire (Pp) : le *niveau de partenariat et d'intégration du patient dans l'équipe* (axe 1) évolue en fonction du *niveau d'habilitation et de confiance du patient* (axe 2). Ainsi, plus le patient évolue dans son habilitation et sa confiance, et plus il est à même de s'impliquer dans un partenariat significatif. Cependant, l'évolution peut être dans le sens d'une progression ou d'une régression, la trajectoire du patient n'étant pas toujours linéaire.

Figure 6 : Le cadre de référence du patient partenaire (Pp)



Source : Bureau facultaire de l'expertise patient partenaire (2012). Faculté de médecine, Université de Montréal. Cité dans [14].

3.1.2 Conditions relatives à l'équipe interdisciplinaire

Face à un problème multifactoriel et multidimensionnel telle une problématique de douleur, l'intervention en équipe est de mise. En effet, l'interdisciplinarité reçoit un bon appui de la littérature en ce qui concerne les interventions en douleur, particulièrement en douleur chronique. Les programmes interdisciplinaires sont ceux qui démontrent les meilleurs résultats avec les problématiques de douleur.



L'équipe doit être interdisciplinaire. Cette première caractéristique fait ressortir l'importance de la collaboration entre les différents intervenants et la nécessité d'utiliser plus d'un moyen pour permettre le soulagement de la douleur [6].

L'intervention de type interdisciplinaire doit être mise en place le plus tôt possible. Elle sera de plus en plus importante dans une phase de douleur subaiguë à risque d'évoluer vers une chronicité. Les modalités de traitement doivent donc se décliner dans le cadre de l'interdisciplinarité. Le modèle intégrateur met l'accent sur une équipe préparée et proactive. Pour le comité d'élaboration, les conditions suivantes sont importantes à mettre en place pour que l'équipe présente la capacité d'établir un partenariat efficace :

- Les suivis des différentes disciplines sont simultanés;
- Les connaissances de base en douleur sont maîtrisées pour optimiser le rôle de chacun dans le cadre d'une intervention interdisciplinaire de qualité;
- Les rôles et les responsabilités sont clairement définis. À ce sujet, veuillez consulter **l'annexe 2 : Les contributions spécifiques des professions dans la problématique de la douleur**, à la page 141;



Dans un fonctionnement d'équipe, la connaissance de son propre rôle et de celui de ses pairs est essentielle à l'efficacité de la collaboration [...] Cette compétence implique la capacité de définir, d'expliquer et d'assumer ses rôles et responsabilités dans le respect de ceux des autres, la connaissance et la reconnaissance des rôles et responsabilités de ses différents partenaires de soins et de services et la capacité d'y recourir de façon appropriée [14].

- Les modalités d'intervention concernent toute l'équipe, incluant le client (partenariat);

- Les mécanismes de coordination de l'équipe sont efficaces et permettent l'espace d'échange nécessaire au développement et au maintien d'une collaboration interprofessionnelle optimale (rencontres d'équipe clinique, discussions, PII, RPP, supervision des activités cliniques par le coordonnateur clinique, etc.);



Le **PII** est un outil de base du travail interdisciplinaire. En plus de fixer les objectifs communs et d'étayer le plan des modalités, il permet de recadrer la cohésion de l'équipe autour de la problématique. Il est aussi une mesure de l'impact des interventions et permet de faire ressortir l'évolution des facteurs de risques ciblés dans la problématique de douleur. Le PII doit donc être révisé régulièrement et la présence du client est **essentielle** à la tenue du PII en problématique de douleur. De plus, la fréquence des PII doit être régulière lors d'une problématique de **douleur chronique** (révision du PII aux 4 à 8 semaines selon les besoins et l'évolution du client).

«Participer à mes plans d'interventions a été très important dans ma réadaptation. Ces rencontres m'ont permis de communiquer avec mon équipe, de savoir où j'étais et, surtout, où je m'en allais!

Un conseil aux intervenants ? Parlez-moi dans un langage pour que je comprenne... et laissez-moi un peu de temps pour poser mes questions...»

- Des discussions **régulières** et **planifiées** en équipe interdisciplinaire sont primordiales. Elles permettent d'arrimer les interventions et d'ajuster les moyens. Elles permettent aussi que les messages au client soient cohérents de la part de toute l'équipe;



En problématique de douleur, surtout lorsqu'il semble y avoir évolution vers une chronicité, il est généralement indiqué de prévoir des moments de discussions plus fréquemment.

- Faire preuve d'ouverture envers les approches des autres professions, et ce, autant au sein de l'équipe qu'à l'externe, si cela peut être complémentaire à la réadaptation.

3.1.3 Conditions relatives aux liens et collaborations avec le réseau

Les liens et les collaborations avec le réseau sont importants pour un partenariat optimal, notamment afin que l'équipe interdisciplinaire maîtrise les bonnes informations (notion d'équipe bien « préparée » du modèle intégrateur) :

- Les équipes doivent être bien informées de leur mission face à la problématique de douleur en réadaptation (mission de 2^e ligne, critères d'admission et autres);
- Les collaborations et les liens avec les partenaires doivent être clairs, notamment en ce qui concerne les cliniques et les programmes surspécialisés en douleur (voir la recommandation « collaborer avec les partenaires » à la page 129);
- Il est important qu'une personne de l'équipe de réadaptation puisse faire le lien entre l'équipe et les partenaires externes (ex. : physiothérapeute avec orthopédiste ou médecin, coordonnateur clinique avec plusieurs partenaires, etc.);
- Les communications avec les partenaires doivent être bien structurées; certaines actions peuvent être systématisées (voir la recommandation « collaborer avec les partenaires » à la page 129);
- Les équipes doivent avoir les connaissances suffisantes sur le réseau :
 - o Les partenaires possibles (AQDC, etc.);
 - o Où et quand peut-on référer les usagers;

Exemple : envisager une référence en neurochirurgie pour évaluer la pertinence d'un neurostimulateur, si échec du traitement conventionnel pour les cas suivants (efficacité démontrée) : syndrome régional douloureux complexe ainsi que les douleurs au dos post-chirurgie. Un neurostimulateur peut aussi être considéré pour les diagnostics suivants : ischémie vasculaire périphérique, douleurs fantômes, polyneuropathies diabétique, angine réfractaire, céphalée de Horton;
 - o Les critères d'accès spécifiques (par exemple, les priorités d'accès pour la clinique de douleur. Notamment, pour la clinique de la douleur de l'Hôtel-Dieu de Lévis, référer rapidement si échec au traitement conventionnel pour : zona, radiculopathies, écrasements vertébraux, syndrome régional douloureux complexe);

- Les équipes doivent connaître les possibilités de support dans le réseau pour une problématique de douleur plus complexe, par exemple le Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC : www.douleurchroniquequebec.ca);
- L'organisation doit s'assurer que les partenaires connaissent bien son offre de services en douleur persistante.

3.2 Approches d'interventions interdisciplinaires prouvées efficaces lors d'une problématique de douleur

Le comité d'élaboration retient deux approches d'intervention pouvant s'appliquer sur un mode interdisciplinaire et prouvées efficaces en problématique de douleur, soit l'approche cognitive et comportementale de la douleur ainsi que l'approche motivationnelle.

3.2.1 Approche cognitive et comportementale de la douleur

L'individu aux prises avec une problématique de douleur s'engage souvent intuitivement dans des comportements de protection face à celle-ci. Toutefois, si la douleur s'avère persistante, il peut rapidement voir sa vie dominée par elle et voir ainsi son niveau fonctionnel significativement modifié.

L'approche cognitive et comportementale de la douleur mise sur la relative malléabilité des facteurs psychologiques (pensées, peurs, croyances, perceptions), psychosociaux et comportementaux qui accompagnent la douleur afin de favoriser chez la personne le retour à une vie davantage centrée sur la fonction.

Bien qu'elle fasse place également aux stratégies antalgiques ou dites « passives », la présente approche mise sur l'adoption de plus en plus grande, selon la phase de douleur où la personne se trouve, de stratégies actives pour faire face à sa douleur. Les stratégies actives sont celles initiées par la personne elle-même; ce faisant, cette dernière n'évite plus les activités qui augmentent sa douleur, mais fonctionne malgré elle.

Cette façon de percevoir et d'agir sera favorisée par tous les membres de l'équipe. Par exemple, elle fera directement l'objet du traitement en psychologie, elle sera adaptée aux besoins du client en suivi par l'ergothérapeute ou le physiothérapeute, elle sera appliquée par l'équipe de soins (en URFI), elle sera renforcée directement dans l'activité par l'éducateur spécialisé et corroborée auprès des proches qui y seront sensibilisés par le travailleur social. Il peut s'agir de stratégies comportementales, telles l'adoption d'une posture adaptée, faire des exercices ou des étirements, participer à des activités sociales, aller au travail, faire ses activités habituelles, ou de stratégies cognitives, telles la relaxation, la méditation, la distanciation cognitive, les modifications du discours internes, la résolution de problème, l'affirmation de soi ou la réduction du stress.

Dans le cadre d'une problématique douloureuse, l'utilisation de stratégies actives est associée à un plus faible niveau de handicap, à une diminution de la détresse psychologique, à une diminution de la pharmacothérapie et à une plus faible utilisation des services de santé.

3.2.2 Approche motivationnelle

L'approche motivationnelle se distingue de l'entrevue motivationnelle qui elle réfère davantage à un processus propre à la psychothérapie.

L'approche motivationnelle est une approche communicative interdisciplinaire en relation d'aide qui vise à créer le contexte propice à l'engagement de la personne dans un traitement spécifique ou un processus de changement. Elle ne vise pas à motiver directement l'individu, mais plutôt à **créer un contexte qui favorise sa motivation**. L'approche motivationnelle est utilisée comme adjuvant à la prise en charge interdisciplinaire et ses principes devraient faire partie intégrante de tout traitement.

L'intervenant cherchant à créer ce contexte fera preuve d'empathie envers la personne, il validera son expérience et prendra soin de partir de son point de vue, de la rejoindre là où elle est rendue dans son désir de changement. Il développera un partenariat avec elle et favorisera la négociation et la collaboration plutôt que de chercher à diriger ou prescrire, évitant ainsi délibérément de prendre une position d'expert. Par ses reflets et les questions ouvertes, il tentera de faire doucement ressortir les divergences perçues entre la situation actuelle et la situation désirée créant ainsi une légère dissonance. Il évitera les argumentations, ne cherchant pas à convaincre mais plutôt à mettre en place les éléments propices au changement. Face aux éventuelles résistances, il fera preuve de flexibilité dans ses interventions, adaptant son style et ses techniques au stade de changement où la personne se trouve. Finalement, il nourrira le sentiment d'efficacité personnelle de la personne en renforçant les comportements liés au changement, lui permettant ainsi de croire que la démarche et les actions qu'elle entreprend auront un impact.

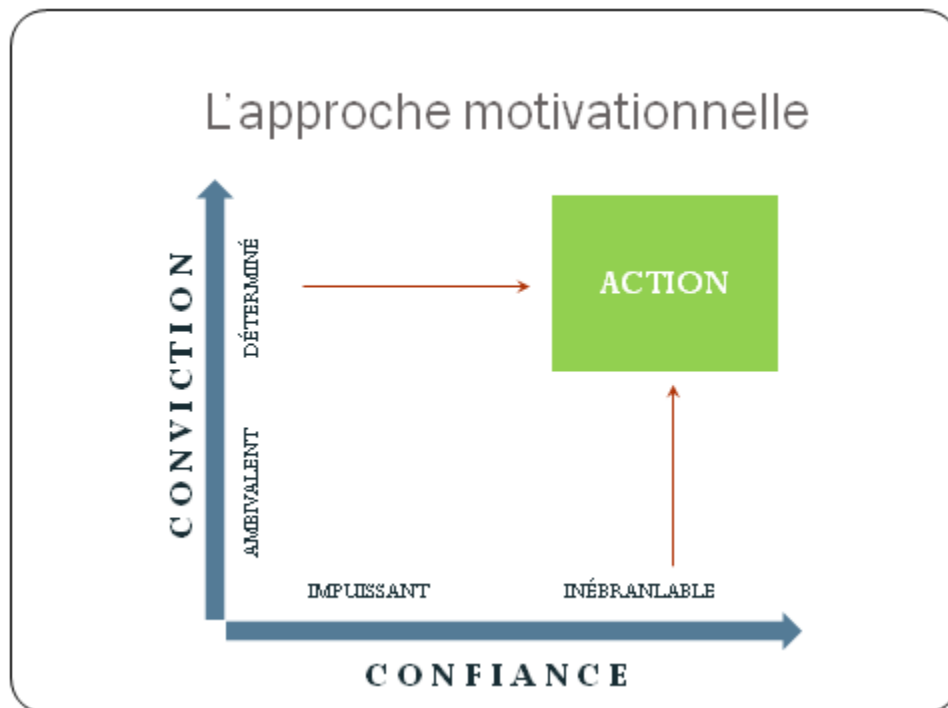
La figure de la page suivante nous démontre que l'intervention motivationnelle se fait sur deux axes:

1. L'axe de la conviction, qui consiste à évaluer et promouvoir la perception qu'a le client des avantages à changer un comportement;
2. L'axe de la confiance, qui consiste à déterminer et favoriser chez le client le sentiment d'avoir la capacité de modifier un comportement. L'on devrait toujours s'assurer d'abord d'avoir un client convaincu avant de déterminer un plan pour passer à l'action;

Le cheminement sur l'axe de la conviction correspond aux stades de changement de pré-contemplation (négarion de la problématique), contemplation (ambivalence face à la problématique) et de préparation (déterminé au changement). Pour des détails sur les modalités d'intervention selon les stades du changement, veuillez consulter l'annexe 3 à la page 152.

En ce qui concerne le travail sur l'axe de la confiance, il se fait face à un client déterminé.

Les Axes d'intervention en approche motivationnelle :



3.3 Concepts de base à maîtriser pour intervenir face à une problématique de douleur

Les deux concepts abordés dans cette section, soit l'autogestion et l'acceptation, sont très présents dans la littérature sur la douleur. Des interventions adéquates axées sur cette problématique incluent ces concepts, notamment si elles sont basées sur les approches suggérées à la section précédente. Par exemple, le concept de l'autogestion est très en lien avec l'approche cognitive et comportementale de la douleur. Tout au long d'un processus d'intervention pour une problématique de douleur, ces deux concepts seront bien souvent essentiels et complémentaires.

3.3.1 Autogestion

L'autogestion (self-management) est *l'habileté de l'individu pour gérer les symptômes, le traitement, les conséquences physiques et psychologiques ainsi que les changements d'habitudes de vie inhérents au fait de vivre avec une condition chronique* [16].

L'autogestion est un des concepts les plus présents dans la littérature sur la douleur. Plusieurs lignes directrices recommandent que les interventions outillent le client afin que ce dernier puisse développer son autonomie à l'autogestion.

Ainsi, les éléments suivants sont souvent cités par la littérature comme des habiletés à développer chez le client afin qu'il puisse effectuer une autogestion de sa douleur [16, 17, 18, 19] :

- Sentiment d'efficacité personnelle;
- Gestion de sa condition;
- Fixer des buts et planifier les actions;
- Prise de décision;
- Résolution de problèmes;
- Adaptation ou auto ajustement.

Selon la littérature, plusieurs interventions d'une équipe interdisciplinaire peuvent soutenir le développement de ces habiletés. En voici quelques-unes [16, 17, 18, 19, 20] :

- Établir un partenariat client-intervenants;
- Éduquer sur la douleur et ses conséquences;
- Enseigner et entraîner à des stratégies de gestion;
- Outiller à la gestion des pensées et des émotions;
- Soutenir l'adhésion aux exercices et techniques.

Le concept de l'autogestion s'appuie sur les principes de l'approche cognitive et comportementale, souvent recommandée dans les lignes directrices en douleur, notamment en douleur chronique, et soutenue par les données probantes.

3.3.2 Acceptation

L'acceptation de la douleur devient pertinente dans au moins trois contextes. D'abord, lorsque le contrôle ou la réduction de la douleur ne fonctionnent pas, malgré de multiples interventions interdisciplinaires. Ensuite, lorsque les tentatives de contrôle, comme la prise d'un certain type de médicament, génèrent des effets indésirables à long terme. Enfin, lorsque les tentatives de contrôle éloignent la personne de ses valeurs ou de ses objectifs de vie [21].

Le concept d'acceptation peut être mal compris ou même perçu négativement par les personnes souffrant de douleur. Elles pourraient y percevoir faussement une forme de résignation ou d'abandon face à leur condition. Pour certains auteurs, l'acceptation transige par un processus d'adaptation et implique l'habileté à se désengager des tentatives de résolution du problème de la douleur, tout en se réengageant dans des activités quotidiennes, malgré la douleur. Pour d'autres, il s'agit de la capacité à se sentir accepté et valable malgré la condition douloureuse. Finalement, accepter la douleur signifie également vivre avec la douleur sans réaction excessive et tentatives répétées pour la réduire ou l'éviter. Le tableau 3 permet de mieux démystifier le concept de l'acceptation.

Demeurer actif au quotidien, tout en consentant à ressentir un certain niveau de douleur pour mener à bien ses activités, est un élément central de l'acceptation. L'acceptation n'est pas une démarche statique ou passive. Elle implique un engagement dans des actions concrètes qui améliorent la qualité de vie. Les actions relatives aux valeurs du client, lui procurant une source de renforcement positif intrinsèque et durable, sont le moteur du changement [22]. Plusieurs études démontrent qu'une plus grande acceptation de la douleur est associée à une meilleure qualité de vie, à moins de douleur et d'incapacités physiques et à une humeur améliorée.

Tableau 3 : Démystifier l'acceptation de la douleur

DÉMYSTIFIER L'ACCEPTATION DE LA DOULEUR	
L'acceptation est	L'acceptation n'est pas
mener une vie active et engagée	se résigner ou abandonner
une attitude réaliste quant à la maladie	cesser d'espérer de se rétablir
un équilibre entre les actions pour obtenir un soulagement des symptômes et celles orientées vers la qualité de vie	ne plus rechercher de solutions pour améliorer son sort
un processus, une action qui se déroule chaque jour	une fin en soi

Source : Dionne [22]

Principes de base de l'acceptation et de l'engagement

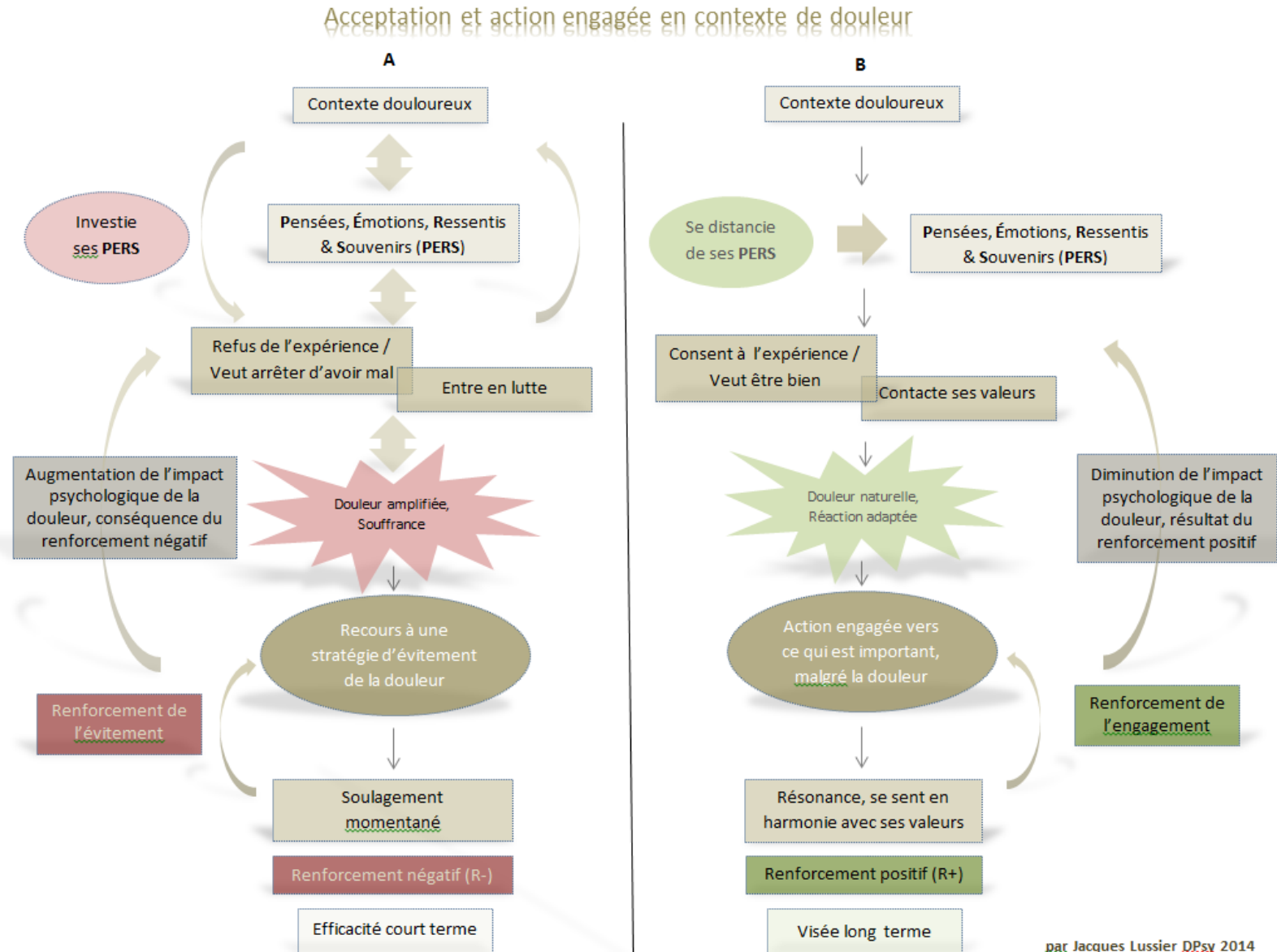
La **figure 7** illustre l'application des concepts d'acceptation et d'engagement à la problématique de la douleur selon deux contextes qui s'opposent en fonction du renforcement auxquels ils obéissent, négatif ou positif.

Le **contexte A** présente une condition de **non acceptation de la douleur**. La personne a ici tendance à investir les pensées, les émotions, les ressentis et les souvenirs désagréables qui surgissent alors que la douleur l'accapare et s'amplifie en conséquence. Dans ce contexte, le recours aux stratégies d'évitement et de contrôle prédomine et le soulagement momentané de la douleur agit comme renforçateur (**R-**) de l'évitement. Le recours grandissant aux stratégies d'évitement et de contrôle de la douleur entraîne une diminution graduelle de l'engagement fonctionnel de la personne envers les activités importantes pour elle (vie familiale et conjugale, amitiés, travail, etc.). Elle se retrouve alors «coincée» dans une boucle de rétroaction négative où l'évitement et la recherche de contrôle deviennent de plus en plus systématiques, alors que le désir de soulagement de la douleur prend toute la place, au détriment des actions orientées vers son réel bien-être, ses valeurs.

Le **contexte B** présente une condition de **consentement à l'expérience douloureuse**. Orientée vers ses valeurs, la personne se distancie des pensées, des émotions, des ressentis ou des souvenirs désagréables qui apparaissent en présence de la douleur. Dans ce contexte, le recours à l'action engagée prédomine. Le sentiment et la satisfaction d'agir en direction de ce qui donne un sens à sa vie agissent comme renforçateur (**R+**) de l'activation. Cette façon de faire permet l'augmentation, le maintien ou le retour à l'engagement fonctionnel de la personne. Elle se trouve alors « libérée » du poids de la lutte et de plus en plus engagée, malgré la douleur, envers les activités importantes pour elle.

Dans un tel cadre, c'est la fonction des comportements qui importe. L'intervenant peut alors se questionner à savoir si un comportement particulier a pour fonction l'évitement de la douleur, des émotions ou des pensées ou bien s'il s'agit d'une action engagée ayant pour but de s'approcher de ce qui est important pour la personne. Ainsi, la sieste de l'après-midi pourra être faite en réaction à la douleur, par ennui ou par dépit. La même sieste pourra toutefois être réalisée dans une optique de bien-être, réalistement et en fonction de la prise de conscience de nouvelles capacités ou, par exemple, en préparation à une activité importante à réaliser ultérieurement. L'analyse fonctionnelle portera donc non pas sur la forme d'un comportement (ce que la personne fait) mais plutôt sur son utilité, sa fonction, eu égard à des objectifs de reprise fonctionnelle.

Figure 7 : Acceptation et action engagée en contexte de douleur



3.4 Les attitudes à privilégier face à une problématique de douleur

*Mythe sur la douleur :
« Si on parle de la douleur, la
personne sera plus à risque de
chronicisation »*

En lien avec le modèle intégrateur et les divers concepts présentés dans les sections précédentes, ainsi que basé sur les réflexions et les expériences de ses membres, le comité d'élaboration identifie quelques attitudes primordiales à privilégier face à une problématique douloureuse.

3.4.1 Aborder la douleur

En présence d'une problématique de douleur, il est primordial d'aborder le sujet, surtout en début de réadaptation et dans une phase aiguë/subaiguë, afin de valider le vécu du client et de bien cerner la problématique. Il faut l'envisager dans une perspective globale et demeurer dans une approche fonctionnelle (viser la reprise des habitudes de vie malgré la douleur). Les questionnements directs sur les caractéristiques de la douleur (intensité, fréquence, etc.) ne devraient en aucun cas devenir réguliers. Ces caractéristiques devraient être investiguées seulement en évaluation ou en réévaluation, par les intervenants ciblés (éviter que tous le fassent, privilégier un retour d'information de l'intervenant ciblé).

Parler de la douleur permet aussi de faire de l'éducation à ce sujet. Il est à noter que, dans les problématiques de douleur, la notion d'éducation est primordiale. Par exemple, les évidences scientifiques démontrent que l'éducation, spécialement sur la neurophysiologie de la douleur, est efficace (pour plus de détails, vous réferez à la section sur les modalités connaissances, comportements et cognitions à la page 99).

« Suite à mon hospitalisation, ma douleur est intense. Si je dois m'activer et aller contre la douleur en réadaptation, je veux savoir pourquoi afin de participer le mieux possible à ma réadaptation. »

3.4.2 Attitude de collaboration

- Envers le client : créer une alliance thérapeutique pour amener le client vers un partenariat et ainsi le responsabiliser dans sa réadaptation. La responsabilisation est une valeur essentielle en problématique de douleur.

Il faut donc éviter que s'installe un mode passif, nuisible à la mise en place d'un partenariat avec le client. Le mode passif peut être induit par :

- o L'attitude d'un client qui remet à l'intervenant la responsabilité de sa réadaptation;
- o Une attitude de prise en charge totale de l'intervenant;
- o Un mélange des deux attitudes ci-haut.

« La réadaptation est un monde nouveau pour moi et j'ai besoin, dès le départ, de sentir un lien de confiance. Je peux d'abord sembler passive devant la nouveauté, mais en me disant les « vraies choses » et en m'intégrant dans les décisions, je sentirai que je fais partie d'une équipe... »

- Envers les collègues : attitude de collaboration dans le cadre d'un travail interdisciplinaire. La problématique de douleur doit être gérée par un travail d'équipe; chacun doit être partie prenante et avoir un rôle bien défini.

La collaboration implique de développer de bonnes habiletés de communication, et ce, autant avec les collègues qu'avec les clients.



Le client fait partie de l'équipe soignante. Ce principe est particulièrement essentiel. En percevant le client comme une entité active dans son traitement, nous soulevons automatiquement le rôle de la communication dans le traitement de la douleur [6].

3.4.3 Écoute

- Considérer les attentes et les craintes du client;
- Intervenir en fonction des motivations du client;
- Savoir être à l'écoute des signes de douleur verbaux et non verbaux afin d'ajuster les interventions.

3.4.4 Ouverture

- Face au client, à ses choix et ses expériences;
- Face aux approches des collègues et des ressources à l'externe pouvant être complémentaires à la réadaptation (ostéopathie, acupuncture, etc.).

3.4.5 Empathie

Selon Taylor [23], le mode empathique, c'est :

- Comprendre la perspective et les émotions du client;
- Écouter le client;
- Relever et répondre aux nuances de l'affect et du comportement du client;
- Accepter et valider les émotions négatives.

« Sentir de l'empathie dès les premiers moments m'aide à me sentir en confiance pour faire équipe avec vous, même si j'exprime de la colère et de l'irritabilité face à ma douleur.. »

3.4.6 Rassurance

- Normaliser les manifestations observées et valider l'expérience du client. La validation implique de reconnaître que le niveau de détresse fait sens pour la personne considérant son vécu;
- Informer et corriger les fausses croyances. Selon le guide CLIP [24], rassurer un client implique ces deux éléments essentiels :
 - o Fournir au client l'information essentielle, cohérente, accessible et valide sur sa condition;
 - ✓ **Essentielle** : véhiculer un nombre limité de messages clairs (trois à cinq);
 - ✓ **Cohérente** : message verbal du clinicien qui est plus efficace lorsqu'accompagné par un document écrit qui véhicule un message identique;
 - ✓ **Accessible** : adaptée au client et à son état de santé.
 - o Corriger, au besoin, les perceptions erronées (fausses croyances).



Le terme « rassurance » est souvent mal compris. En effet, il ne s'agit pas de chercher nécessairement à soulager la souffrance du client ou de manipuler la réalité pour la rendre momentanément plus acceptable - « Ne vous en faites pas, ce n'est pas si grave, ça va passer ». Il s'agit plutôt de démontrer par nos attitudes bienveillantes notre compréhension de la situation. Cette approche jettera les bases à la création d'une alliance thérapeutique propice au changement.

« J'ai besoin d'être rassurée à plusieurs étapes de ma réadaptation. Plusieurs informations et pensées se bousculent dans ma tête. J'ai besoin de savoir afin d'avoir « l'heure juste » et poursuivre mon combat en toute confiance. »

3.4.7 Flexibilité

Adapter les interventions à chacun, doser selon les capacités et éviter les recettes ou les routines dans les moyens d'intervention.

« Pour certains clients, vous devrez applaudir à un seul mouvement alors que pour d'autres ce ne sera pas nécessaire. Chaque personne est unique, chaque intervention aussi... »

3.4.8 Accepter la douleur du client

Adopter une attitude professionnelle et accepter que le client reparte avec de la douleur, tout en validant et normalisant la détresse psychologique pouvant lui être associée (éviter de se laisser envahir par la douleur du client).



Les intervenants peuvent devenir frustrés de ne pas arriver à soulager la douleur de la personne de façon substantielle, mais il ne faut pas perdre de vue le fait que même un soulagement limité du fardeau de la douleur peut permettre à une personne de retrouver des habiletés, renouer des interactions sociales et reprendre de façon fonctionnelle des habitudes de vie, ce qui contribue aussi à « soulager » la personne. Des gains modestes en soulagement de douleur qui permettent à une personne de retrouver une vie plus normale sont des accomplissements cliniques vitaux [25].

Section 4 : les étapes du processus d'intervention

4.1 But et objectifs du processus

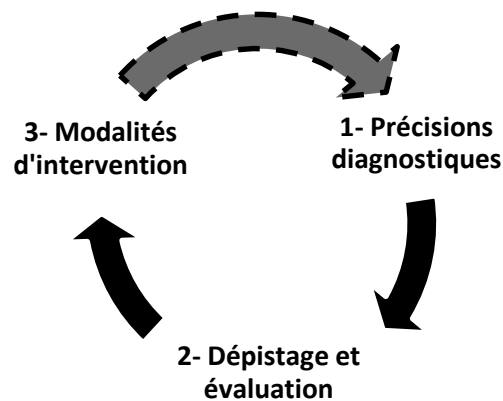
4.1.1 But

Favoriser l'adaptation du client à sa condition douloureuse.

4.1.2 Objectifs (de l'aigu au chronique)

1. Soulager et contrôler la douleur du client de façon réaliste;
2. Prévenir la chronicisation de la douleur du client;
3. Favoriser la reprise graduelle des habitudes de vie du client;
4. Favoriser la compréhension du système-client sur le processus de la douleur;
5. Favoriser la compréhension du système-client sur les aspects biopsychosociaux de la douleur;
6. Favoriser, chez le client, l'adoption de comportement d'autogestion de la douleur dans la réalisation des habitudes de vie;
7. Favoriser l'acceptation du client à la condition douloureuse permanente.

Figure 8 : Le processus d'intervention



4.2 Diagnostic

4.2.1 Diagnostic médical en lien avec la douleur

- Il faut s'assurer d'avoir les diagnostics les plus précis possible du milieu référant. Le diagnostic n'est pas immuable, il est souvent pertinent d'en faire la révision suite à la phase d'évaluation. Les diagnostics peuvent changer suite à des complications;
- Éliminer les signes d'alertes, ou les « drapeaux rouges⁵ » (spécifiquement pour les cas de lombalgies) :
 - o Température à plus de 38.5;
 - o Perte de poids inexpliquée, surtout en haut de 50 ans;
 - o ATCD de cancer, VIH, immunosuppression;
 - o Usage de stéroïdes;
 - o Usage de drogue intraveineuse;
- Traumatisme physique majeur récent (éliminer nouvelles fractures);
- Symptômes ou signes neurologiques nouveaux (dont syndrome de la queue de cheval⁶);
- Il est important de préciser le diagnostic le plus possible :
 - o Type de douleur : Bien distinguer les douleurs nociceptives et neuropathiques. Dans notre contexte, il est important de départager dès le départ ces types de douleur, si possible, car cela influencera le plan de traitement;
 - o Comorbidité;
- Le médecin établit le diagnostic. Cependant, toutes les professions peuvent documenter les informations pertinentes et faire un retour au médecin afin de bien préciser le diagnostic.

⁵ Les *drapeaux rouges* se réfèrent à un groupe de signes cliniques caractéristiques qui doivent alerter le praticien sur la possibilité d'une pathologie sérieuse sous-jacente et la nécessité d'investigations complémentaires urgentes.

⁶ Caractérisé par incontinence urinaire, fécale, anesthésie des fesses et organes génitaux, nécessite référence à l'urgence.

4.2.2 Diagnostic psychologique

Un diagnostic psychologique peut avoir une influence importante sur la réadaptation. Il est important que l'équipe soit bien informée sur ce genre de diagnostic. Il est souvent établi un peu plus loin dans le processus (lorsqu'un psychologue est attribué au dossier).

4.3 Dépistage et évaluation

4.3.1 Identifier la présence de douleur



Le dépistage de la douleur est un rôle qui devrait se partager dans toute l'équipe afin que la douleur puisse être rapidement prise en charge (phase aiguë/subaiguë).

Moyens cliniques pour dépister la présence de douleur

- Lecture du dossier antérieur (porter attention aux notes concernant la douleur, les diagnostics, les types de douleur, etc.);
- Questionner brièvement sur la douleur
 - o URFI : dépistage d'emblée par les soins infirmiers avec les outils déterminés;
 - o Autres équipes : cibler dans l'équipe qui questionne la douleur en dépistage et transmet l'information (ex. : physiothérapeute). **Éviter que tous le fassent;**
- Observations lors des rencontres (plaintes, signes non verbaux, motivation, humeur, réactions, impacts fonctionnels) et transmission des informations à l'équipe;
- Révision fréquente. Rester à l'affût de façon régulière. **Le dépistage est une intervention continue.**



À noter qu'une intensité forte et persistante de douleur est importante à prendre en compte, car elle peut contribuer à une chronicisation.

4.3.2 Mesurer l'intensité

- Mesurer l'intensité à l'aide d'un outil (échelle de mesure unidimensionnelle). Éviter que tous les intervenants mesurent l'intensité avec un outil, plutôt cibler qui le fera dans l'équipe (ex. : médecin, physio, soins) et transmettra l'information;
- Suite à la première mesure, ce type d'outil devrait être réutilisé **au besoin seulement**, lorsque réellement pertinent à l'intervention clinique, et non de façon automatique afin de ne pas entraîner d'effet négatif par surutilisation.

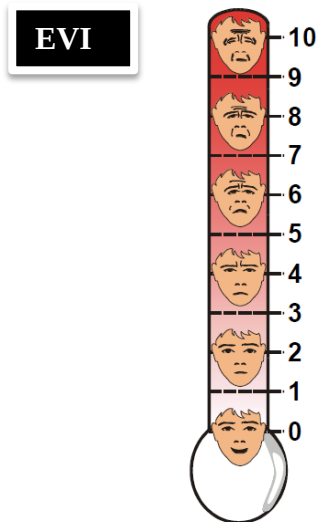
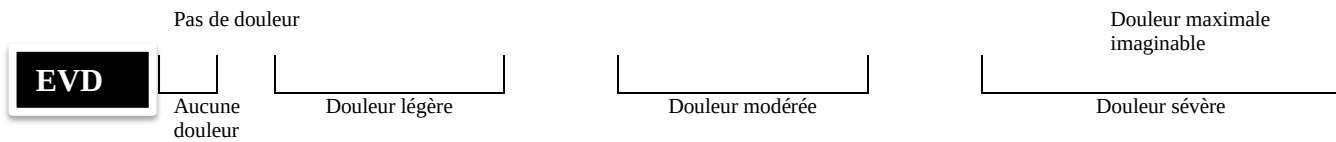
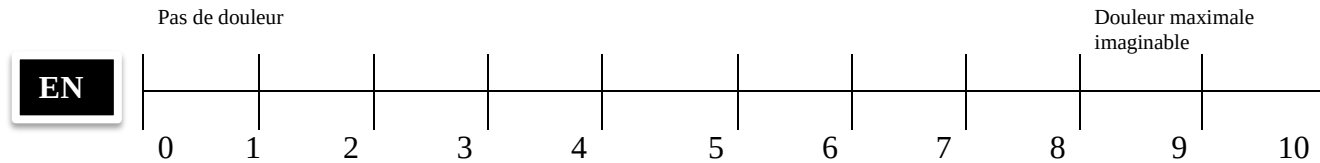
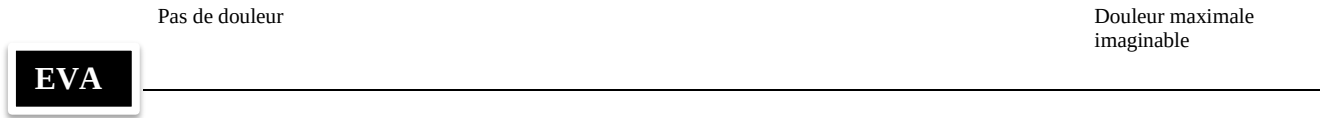
Les pages suivantes présentent des exemples ainsi qu'un tableau descriptif d'une variété d'échelles de mesure unidimensionnelle. Les échelles présentées font partie des échelles les plus connues dans la littérature. Il n'est pas possible de recommander une échelle en particulier, car le choix de l'outil pourra être différent selon les caractéristiques du client. Le tableau 4 compare les différentes échelles et permet de discriminer à quelles clientèles elles conviennent le mieux.



- *Ces outils mesurent l'intensité de la douleur, mais ne donnent pas le portrait de l'évolution fonctionnelle du client. Le résultat doit donc être contextualisé, surtout en réévaluation.*

Par exemple, un client peut obtenir la même valeur d'intensité lors d'une réévaluation, tout en étant capable de faire beaucoup plus d'activités pour la même intensité que lors de la première évaluation.

Exemples d'échelles de mesure :



© Gélinas, 2007

EVA : Échelle visuelle analogique
 EN : Échelle numérique
 EG : Échelle graphique
 EVD : Échelle verbale descriptive
 EVI : Échelle des visages

Tableau 4 : Les échelles de mesure à une seule dimension

Échelle	Administration	Caractéristiques
Échelle visuelle analogue (EVA)	Visuelle (papier/crayon, réalisé par le client)	• L'échelle la plus largement utilisée dans les recherches cliniques en douleur, haut degré de résolution et bonne sensibilité; • Usage multiculturel possible; • Demande une bonne coordination motrice, une bonne capacité d'abstraction et une bonne vision; • Moins fiable avec les problématiques cognitives ou de démences, avec les personnes illettrées ainsi qu'en postopératoire; • Moins recommandée avec les personnes âgées⁷.
Échelle numérique (EN)	Verbale ou visuelle (réalisé par le client ou demandé par l'intervenant)	• Bonne sensibilité, beaucoup utilisée en clinique; • Peut être réalisée par téléphone; • L'échelle numérique <u>visuelle</u> est plus facile pour les gens âgés. Elle n'est pas fiable en présence de problématique visuelle; • L'échelle <u>verbale</u> est moins fiable en présence de problématique auditive; • Les deux échelles numériques sont moins fiables en présence de problématique cognitive.
Échelle des visages (EVI)	Visuelle	• Plus facile sur le plan cognitif que la visuelle analogue ou la numérique. Elle n'est cependant pas préférable à ces échelles en l'absence de difficultés cognitives; • Développée à l'origine pour une utilisation en pédiatrie, mais elle peut être utilisée avec d'autres clientèles, notamment si les autres échelles sont difficiles à utiliser (l'échelle de Gélinas est alors préférable à la Wong-Baker qui est davantage pédiatrique [26]).
Échelle graphique (EG)	Visuelle (réalisé par le client)	• Facile pour les gens âgés, mais moins fiable avec les gens illettrés; • Moins sensible que la visuelle analogue ou la numérique. Peu utilisée en général.
Échelle verbale descriptive (EVD)	Verbale ou visuelle (réalisé par le client ou demandé par l'intervenant)	• Facile pour les gens âgés, mais moins sensible que la visuelle analogue ou la numérique. Peu utilisée en général.

Les informations pour réaliser ce tableau ont été recueillies dans plusieurs articles scientifiques [27, 28, 29, 30].

⁷ Les habiletés visuo-spatiales requises par L'EVA sont plus atteintes par l'âge que les habiletés lexicales requises pour l'échelle numérique

4.3.3 Identifier la présence de facteurs de risques de chronicisation (ou de maintien de l'incapacité)



Une bonne compréhension de la biologie de la douleur est vitale, mais inadéquate face au défi du contrôle de la douleur, dans l'absence d'une considération attentive des facteurs psychosociaux qui ont été démontrés comme jouant un rôle important dans la détermination de l'intensité de la douleur et de son évolution [31].

Les facteurs de risques de chronicisation (ou de maintien de l'incapacité) sont souvent appelés « drapeaux jaunes » ou « yellow flags » dans la littérature sur la douleur, par opposition aux « drapeaux rouges », qui sont des signes de haute probabilité d'une maladie sous-jacente.

Ces facteurs de risque seront les principaux obstacles à la reprise des activités. **Ils doivent être ciblés et considérés rapidement.** La liste de ces facteurs présentée à la page suivante a été déterminée par le comité d'élaboration suite à plusieurs lectures et discussions. Ce sont donc des facteurs identifiés comme facteurs de risque importants dans la littérature scientifique, mais aussi ceux que le comité a jugé les plus importants dans le contexte des équipes de réadaptation.

Il est important de comprendre quels sont les facteurs de risque pouvant affecter une personne. Cependant, ce sont sur les facteurs **modifiables** qu'il faudra axer l'évaluation et les interventions par la suite, afin que le processus de réadaptation soit le plus efficient possible.

Rappelons que dans le *Modèle de soins pour les conditions chroniques*, qui est notre modèle intégrateur (voir modèle page 19), la notion de *proactivité* reliée à l'équipe interdisciplinaire implique l'habileté de prévenir les complications **par une réduction de l'impact des facteurs de risque** [13]. Ces facteurs sont donc une notion primordiale, et plusieurs lignes directrices en douleur recommandent très fortement de les considérer davantage dans les interventions, et cela, le plus tôt possible dans le processus. Les pages suivantes présentent donc les facteurs retenus par le comité. Les facteurs indiqués par un drapeau jaune  sont les facteurs modifiables, qui seront donc la base des interventions [5, 6, 9, 32].

Facteurs de risques personnels

- Âge;
- Sexe (féminin augmente les risques);
- Culture et éducation;
- Antécédents de douleur;
- Présence de diagnostics multiples;
- Génétique (ex. : 15 % de la population ne peuvent métaboliser la codéine en morphine);
- Personnalité;
- Antécédents psychiatriques;

Facteurs psychologiques

- o Détresse psychologique, anxiété et dépression;
- o Pensées catastrophiques, dramatisation; comportements d'évitement;
- o Peurs
 - ✓ Peur du mouvement;
 - ✓ Peur d'une rechute;
- o Croyances et perceptions
 - ✓ Perception de l'incapacité (pauvre sentiment d'efficacité personnelle, absence de projection dans le retour au travail);
 - ✓ Perception d'une atteinte grave (méconnaissance de la condition ou du pronostic de récupération, perception d'insuffisance de soin);
 - ✓ Attente irréaliste d'une guérison complète;
 - ✓ Perception d'injustice (victimisation).



Il est important de retenir que les facteurs psychologiques prédisent non seulement les réactions à l'expérience douloureuse ou la capacité de faire face à la douleur, mais qu'ils ont également une incidence sur l'évolution des symptômes de la douleur chronique [6].

- **Comportements de douleur ou mauvaises stratégies d'adaptation**

- Usage excessif ou inapproprié de médication;
- Inactivité;
- Rumination autour des symptômes de douleur;
- Centration sur les stratégies de gestion de la douleur;
- Désengagement des rôles sociaux et des activités normalement valorisées;

- **Mode de vie (niveau d'activation, habitudes de consommation, alimentation, cycle veille/sommeil).**

Facteurs de risques environnementaux (humains et physiques)

- **Soutien social**

- Soutien absent ou inadéquat;
- Perception ou réaction inappropriée de l'entourage;

- **Influence du système de prise en charge**

- Médical inachevé;
- Non continuité des services;
- Attentes pour des services (interne ou externe);
- Multitudes d'interventions parallèles;
- Mauvaise orientation des services;
- Problème de communication/cohésion entre les intervenants;
- Non-concordances des stratégies;

- **Présence d'un assureur;**

- **Conflit avec assureur ou employeur, conditions de travail difficiles;** 
- **Insatisfactions au travail;**
- **Exigences élevées au travail ou dans les rôles familiaux et sociaux (absence ou faible marge de manœuvre);** 
- **Durée d'absence prolongée du travail.**

Moyens cliniques pour dépister les facteurs de risques

La sensibilité clinique permet de dépister plusieurs facteurs. Porter attention aux caractéristiques pouvant être des facteurs de risque lors de :

- Lecture du dossier (par exemple, être attentif aux antécédents d'origine musculo-squelettique ayant engendré une absence prolongée du travail; présence de limitations fonctionnelles, degré de stress ou détresse élevé; présence d'événements significatifs d'ordre personnel (décès, maladie); trouble de personnalité; comportements du client en cours d'hospitalisation, etc.);
- Entrevues cliniques;
- Observations lors des interventions.

4.3.4 Effectuer l'évaluation complète

Évaluer les facteurs de risques modifiables pertinents

L'outil intégrateur (page 119) présente des outils d'évaluation possibles selon les facteurs de risques modifiables ciblés. Nous avons inclus les outils utilisés et accessibles au CRDP-CA. Nous avons aussi indiqué quelques outils présents dans la littérature, mais non actuellement disponibles au CRDP-CA, afin qu'ils soient considérés au besoin (évaluation, adaptation, inspiration, etc.).



Il est important de toujours contextualiser un test utilisé selon la clientèle ciblée. Les tests ne sont pas nécessairement validés avec cette clientèle, il faut donc le considérer dans l'analyse des données et valider les résultats en équipe.

Certains tests peuvent être utilisés par plusieurs professions. Les évaluations ne devraient cependant pas être dédoublées. En effet, il n'est pas adéquat que plusieurs intervenants réalisent la même évaluation. Il est alors recommandé de cibler un intervenant et que ce dernier puisse faire circuler l'information dans l'équipe.

Compléter l'évaluation

Évaluation des caractéristiques de la douleur ⁸

- Localisation, irradiation;
- Intensité (une intensité forte et persistante peut contribuer à une chronicisation);
- Type. Il est essentiel de déterminer le type de douleur car cela influencera les moyens utilisés pour la traiter. Par exemple, le questionnaire DN4 (voir liste des outils d'évaluation à l'annexe 11) permet d'identifier plus facilement une douleur de type neuropathique;
- Horaire, fluctuation;
- Facteurs éliciteurs, aggravants, soulageants.



Le **Mc Gill Melzack** : un outil d'évaluation multidimensionnel qui permet d'aller plus loin que l'évaluation (voir l'annexe 5 à la page 155 pour les caractéristiques des différentes versions de cet outil d'évaluation multidimensionnel).

L'administration du McGill-Melzack permet d'établir un premier contact et de commencer à développer un lien de confiance. Par exemple, lorsque le client noircit les secteurs du dessin du corps, le clinicien peut engager une discussion sur les divers aspects de la douleur qui l'affligent le plus, qui ont changé dans le temps et qui ont résisté aux traitements. Cet outil peut permettre au client d'expliquer en détail comment sa vie quotidienne est affectée. Il permet également de renforcer la perception du client que le clinicien est empathique à son expérience de douleur.

Évaluer l'impact fonctionnel de la douleur sur les habitudes de vie

Cerner les atouts favorables à la personne

Évaluer les capacités physiques

Évaluer la condition psychologique

Évaluer l'environnement social

- Évaluer les attentes ainsi que les croyances des proches sur la problématique de la douleur;

⁸ Voir l'annexe 4 sur la méthode *PQRSTU* sur l'évaluation des caractéristiques de la douleur utilisée par les soins infirmiers.

- Évaluer le niveau de catastrophisme chez les proches (par exemple, à l'aide de l'*Échelle de dramatisation de la douleur pour les conjoints* (PCS-S-CF));
- Évaluer la congruence des perceptions du système-client;
- Évaluer la disponibilité des ressources;
- Évaluer le fonctionnement du système-client et l'impact des incapacités du client sur la dynamique familiale.



La réponse de l'entourage a un impact important sur l'expérience de la douleur et le mieux-être de la personne [33].

Documenter la représentation de la condition

Documenter les attentes du client ainsi que ses préférences, ses expériences et ses croyances en termes de traitement, par exemple avec un outil tel que le questionnaire maison sur la représentation de la condition médicale (voir l'annexe 11 sur les divers outils disponibles).



Avant de débiter des interventions (...), les préférences personnelles, les expériences antérieures et les croyances en termes de traitement devraient être évaluées [34].

Moyens d'évaluation (variation selon la profession et les choix d'équipe)

- 2^e lecture plus approfondie du dossier et complétion (ex. demandes de documentation supplémentaire, etc.);
- Examen physique;
- Entrevues cliniques relatives à chaque profession;
- Mises en situation;
- Observations détaillées;
- Bilans divers (articulaires, psychologique, investigations supplémentaires, etc.);
- Questionnaires et tests selon le jugement clinique (vous référez à l'outil intégrateur page 119 pour la liste des outils selon les facteurs de risques ciblés).



Selon la littérature, l'autoévaluation (self-reporting) est la première source d'évaluation et facilite les réévaluations régulières et le suivi. Il est donc primordial de demeurer sensible au discours du client sur sa douleur [27].

! La phase de dépistage/évaluation est très présente en début de suivi, mais elle est aussi présente de façon cyclique tout au long du suivi en réadaptation. Il est souvent souhaitable de retourner à une phase de dépistage/évaluation afin de réajuster les interventions en cours (par exemple, suite à une discussion, un PII, un changement significatif dans la condition du client, etc.). **Il est donc très important de demeurer sensible aux facteurs de risque tout au long du processus de réadaptation.**

! Une bonne communication interprofessionnelle est essentielle dès la phase de dépistage/évaluation afin que les informations circulent, ce qui permettra d'orienter l'évaluation de façon plus adéquate et aura un impact sur l'efficacité de l'intervention. **Une action interdisciplinaire rapide est d'autant plus recommandée lorsqu'il y a présence de facteurs de risque de chronicité.** Des éléments de structure interdisciplinaire peuvent faciliter une bonne communication (PII, RIC à des temps déterminés, tenue et lecture de dossier à jour, révision de cas, etc.). Un élément de structure intéressant est la Feuille de route de l'équipe BOG, à voir en annexe 15.

4.4 Les modalités d'intervention

Les modalités d'intervention s'inscrivent dans un mode multimodal, se basant sur l'interdisciplinarité et la cohésion d'équipe. Pour avoir du succès en gestion de la douleur, il faut mettre en œuvre plusieurs modes d'action (voir les mécanismes endogènes du contrôle de la douleur à la page 17).



En plus des approches pharmacologiques et chirurgicales, il existe une multitude de traitements non pharmacologiques qui peuvent être utilisés pour réduire la douleur [...] Leur efficacité est variable d'un individu à l'autre et chez un même individu selon les moments. [...] Il est assez rare qu'une approche unique soit suffisante pour soulager de façon satisfaisante la douleur aiguë et chronique. [...] La douleur étant un phénomène complexe à plusieurs facettes [6].

La flexibilité et l'ouverture envers les diverses modalités et les approches des autres professions sont donc essentielles à l'actualisation d'un plan d'intervention efficace sur la problématique de la douleur. Les moyens d'interventions devraient idéalement se diversifier dans chacune des catégories suivantes, avec des majeures suivant les phases de douleur (veuillez vous référer à la figure 9 sur l'évolution des modalités à la page 57) :

- Modalités pharmacologiques;
- Modalités physiques non pharmacologiques;
- Modalités touchant aux connaissances, au comportement et aux cognitions;
- Modalités axées sur l'environnement physique et humain.

Plusieurs modalités permettront d'intervenir sur les **facteurs de risque modifiables** qui auront été ciblés et évalués par l'équipe. Cependant, il est important de noter que **les facteurs de risque ne devraient pas être ciblés tous au même moment en intervention. Les modalités d'intervention ciblant les facteurs doivent faire l'objet d'une priorisation**, et cette priorisation doit se faire en équipe interdisciplinaire.

Il est important de considérer les facteurs de risque et de maintien de l'incapacité de **façon régulière** (retour au besoin à la phase dépistage/évaluation), et de façon impérative si le client ne semble pas bien évoluer. Il faut alors reconsidérer les modalités d'intervention à la lumière des réévaluations.

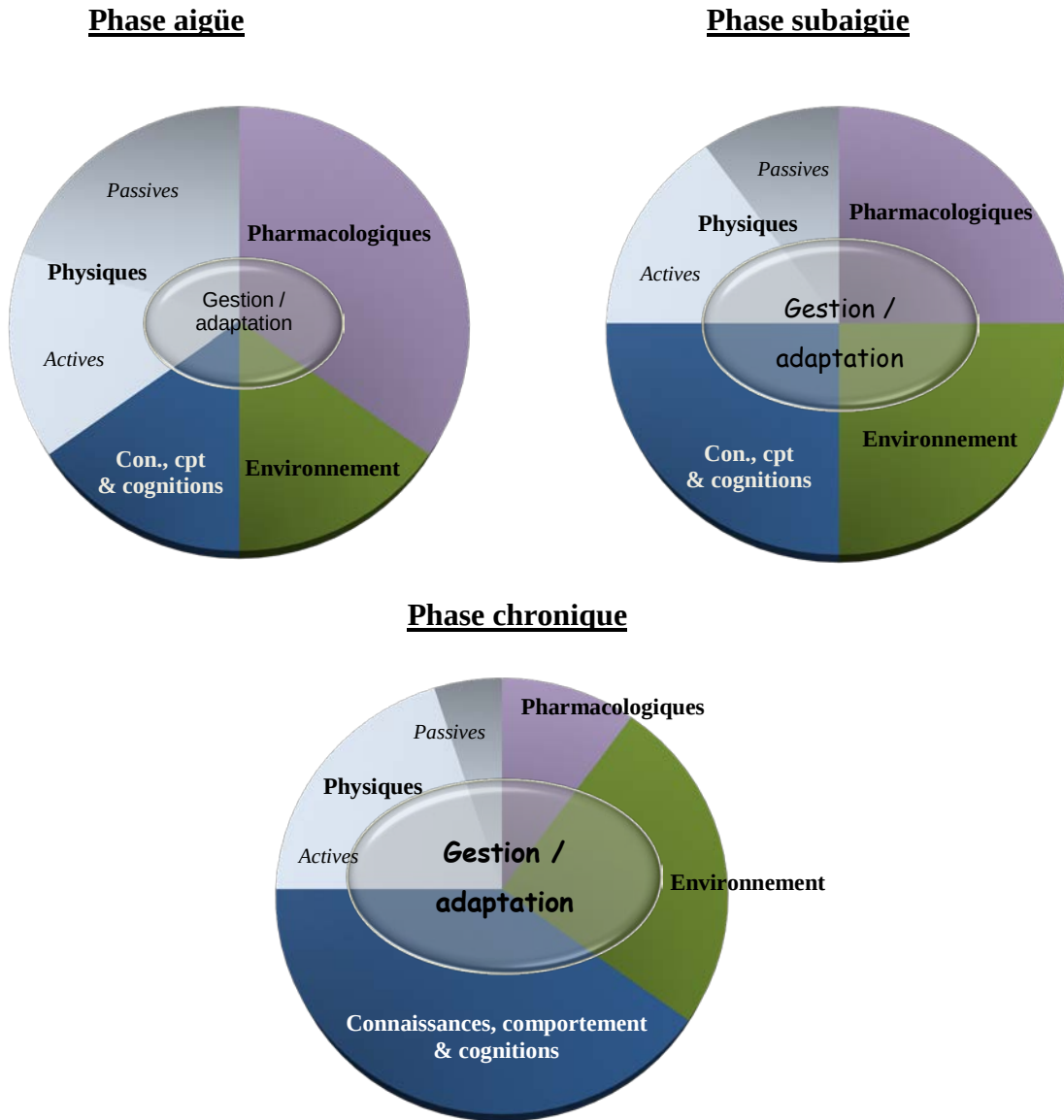


Les données se recoupent pour nous indiquer que l'interdisciplinarité favorise une meilleure intégration des modalités choisies. Par exemple, lorsque l'ergothérapeute a fait un enseignement précis, les autres membres de l'équipe pourront, à travers leurs interventions, appuyer les éléments enseignés en ergothérapie et les appliquer au cours de leur séance. La concertation interdisciplinaire permet aussi d'assurer un suivi plus complet des effets des interventions. Par exemple, l'éducateur spécialisé pourra observer l'impact de l'utilisation du TENS à domicile à la suite d'une activité domiciliaire.

Le but de cette section est donc de guider le lecteur dans le choix des modalités les plus appropriées pour la condition douloureuse à traiter. Certaines modalités peuvent être utilisées par plusieurs professionnels. Le choix d'un (ou des) intervenant(s) pour les réaliser revient à l'équipe interdisciplinaire impliquée dans le dossier, dans le respect des compétences de chacun et des ententes internes définies dans le milieu. Ce choix peut également être établi en fonction de la situation du client, de ses intérêts et de son lien thérapeutique avec les divers intervenants.

4.4.1 Évolution des modalités

Figure 9 : Évolution des modalités contributives à la gestion/ adaptation du client selon les phases de douleur



Légende :

Pharmacologiques :	Modalités pharmacologiques;
Physiques :	Modalités physiques non pharmacologiques;
Environnement :	Modalités liées à l'environnement physique et humain;
Con., cpt & cognitions :	Modalités liées aux connaissances, au comportement et aux cognitions;
Gestion/adaptation :	Gestion autonome et adaptation du client à sa condition douloureuse.

4.4.2 Modalités pharmacologiques

La médication est utilisée très fréquemment pour traiter la douleur, qu'elle soit aiguë, subaiguë ou chronique. Si en aiguë l'on vise à faire disparaître la douleur afin d'éviter qu'elle se transforme en douleur persistante, l'objectif ultime est de rendre la personne plus fonctionnelle. Ceci est particulièrement vrai en douleur persistante. La pharmacothérapie fait donc partie de l'ensemble des modalités disponibles pour atteindre cet objectif.

Elle devra être ajustée selon la réponse obtenue. En cas d'absence de bénéfices clairs à dose thérapeutique, il sera indiqué de cesser cette médication et de passer à une autre. La présence de comorbidité pourra également influencer le choix pharmaceutique.

Il est généralement admis qu'une approche multimodale permet d'obtenir une meilleure efficacité tout en minimisant les effets indésirables.

Les sections qui suivent présentent un tableau inspiré des recommandations de l'OMS en matière de traitement médicamenteux de la douleur selon l'intensité de cette dernière. Elles abordent également les analgésiques simples, les opioïdes et le traitement de la douleur neuropathique. Plusieurs outils d'aide décisionnelle sont présentés dans les sections qui suivent de même qu'en annexes. Un tableau résumant les effets secondaires courants, aussi appelés effets indésirables, des médicaments utilisés chez la clientèle en réadaptation figure également en annexe.

Éléments à considérer pour le choix, l'ajustement et le suivi de la modalité pharmacologique :

- o Considérer des choix acceptables pour le client, afin d'optimiser l'adhésion au traitement;
- o Porter attention à la triade : sommeil/douleur/humeur;
- o Dépister les comorbidités et les traiter. En effet, certaines comorbidités influencent le choix de médication, par exemple les troubles anxieux (l'anxiété diminue le seuil de la douleur), dépression, etc. Le traitement pourra alors être orienté vers un co-analgésique de type antidépresseur;
- o La responsabilisation du client envers la médication est essentielle. Le client devrait avoir une connaissance de base sur sa médication (indications, posologie, effets secondaires possibles et comment les gérer) et être encouragé à effectuer l'auto-prise en charge de la médication tel que prescrit.



*Selon le « Change Pain International Advisory Board Members », un des problèmes de base des traitements contre la douleur est la pauvre observance envers les traitements pharmacologiques, notamment en raison des effets secondaires. Par exemple, les revues systématiques de littérature démontrent que 30 % des clients recevant des opioïdes cessent leur médication en raison des effets secondaires. La solution résiderait en grande partie dans l'établissement d'un **partenariat** avec le client ainsi que dans l'amélioration de la **communication et de l'éducation** auprès du client [15].*

Informations de base sur la médication

- Phase aiguë :
 - o Une double analgésie est souvent de mise, particulièrement en postopératoire.
Ex. : acétaminophène et AINS;
 - o On vise le plus grand soulagement possible, et ce, afin d'éviter qu'il y ait chronicisation de la douleur.
- Phase chronique :
 - o L'emploi de co-analgésiques devient souvent un incontournable;

Après avoir établi la dose minimale efficace de la médication par l'utilisation des PRN, favoriser l'usage de médication sur un mode régulier (en douleur chronique). Pour les opioïdes, les longues actions sont à privilégier. Il est à noter que l'usage de co-analgésiques en PRN ne se fait pas.



Les données démontrent qu'une réduction de 25 % du degré de douleur résulte en une amélioration de 50 % du statut fonctionnel [35].

La médication et l'interdisciplinarité

L'interdisciplinarité s'applique autant pour les modalités pharmacologiques que pour les autres modalités. Une connaissance de base sur la médication selon la clientèle (indications, effets bénéfiques, secondaires, etc.) de la part de l'équipe permet à tous de cerner les éléments essentiels et ainsi d'aider à la fidélisation au traitement. Les retours d'informations de l'équipe permettent de plus un meilleur suivi et ajustement de la médication. L'interdisciplinarité peut offrir plusieurs avantages en lien avec la pharmacologie :

- Un travail d'équipe au moment d'une augmentation progressive des dosages et des ajustements permet une meilleure adhésion au traitement. Par exemple, l'équipe peut informer le médecin ou pharmacien sur plusieurs éléments d'importance (éveil, énergie, attitude, comportement, changements dans les capacités, etc.);
- L'éducation du client sur les effets de la médication est essentielle pour l'adhésion au traitement. Ne pas hésiter à référer au médecin ou pharmacien pour toute question reliée à la médication;
- L'équipe peut aider à la compréhension des choix et des attentes du client. En effet, un résultat bénéfique de la médication peut être dû à l'effet placebo jusqu'à 35 % (si le client n'y croit pas au départ, le résultat pourrait être mitigé);
- Le lien entre le médecin de famille et l'équipe est très important. Pour un client en externe, le médecin de réadaptation peut se joindre à l'équipe pour une problématique précise. Dans ce cas, le médecin de réadaptation pourra faire le lien avec le médecin de famille.
- Certains effets secondaires, causés par des médicaments utilisés dans le traitement de la douleur ou pour d'autres indications, peuvent avoir un impact sur la réadaptation du client (ex. : diminution de l'équilibre, somnolence, effets extrapyramidaux). Les intervenants peuvent être en mesure d'observer si le client présente l'un ou l'autre de ces effets et le rapporter au médecin ou au pharmacien. Un tableau des effets secondaires ainsi que les médicaments pouvant être imputables se trouve à l'annexe 6, page 157.



Il est donc très pertinent que le suivi en pharmacologie soit intégré dans le PII de l'usager.

Éléments de structure qui devraient être mis en place afin d'assurer un suivi adéquat de la modalité pharmacologique

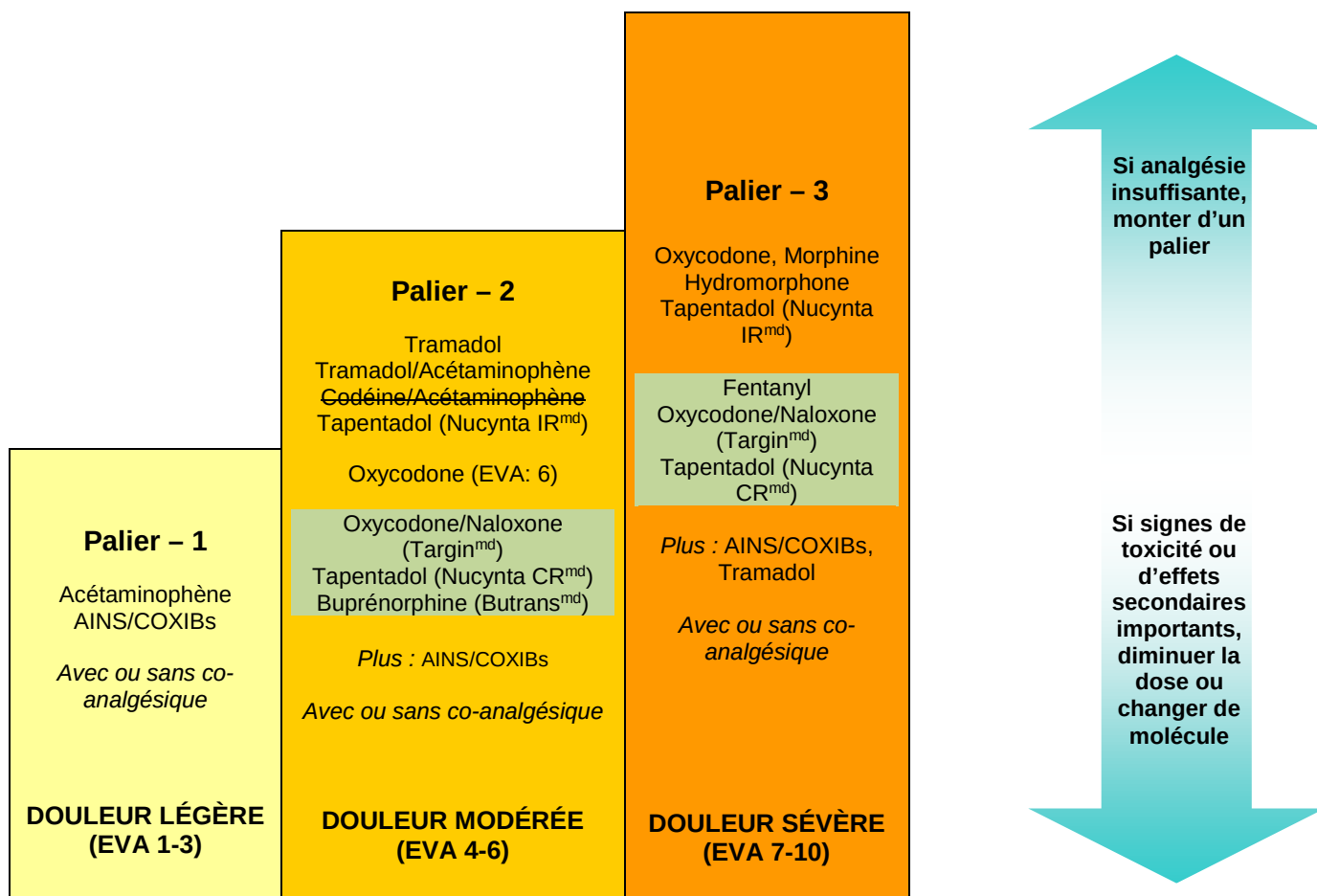
- BCM (Bilan comparatif du médicament) : recommandé à l'arrivée à l'URFI et lors de la prescription de départ. Le BCM permet de connaître le profil pharmacologique du client avant l'évènement ayant conduit à la réadaptation. L'histoire pharmacologique permet de documenter les autres médicaments que le client a pu essayer antérieurement, l'efficacité de ceux-ci et les raisons de l'arrêt. Lors de la prescription de départ, il serait judicieux que le médecin inscrive les médicaments cessés au cours du séjour à l'URFI ainsi que la raison, pour le bénéfice du médecin traitant et du pharmacien communautaire;
- En URFI, un suivi est réalisé par les soins infirmiers, avec des outils ciblés. L'infirmier est souvent bien placé pour être le lien entre le client et l'équipe, notamment en ce qui concerne les effets de la médication (bénéfiques ou indésirables);
- Pour les clients qui ne sont pas à l'URFI : il est important que le client fournisse une liste à jour de sa médication en début de réadaptation, dès l'accueil (remise à jour lors de changements dans la médication). Cette exigence devrait être mentionnée à l'accueil (par exemple, dans la lettre de prise en charge, le 1^{er} appel ou mentionnée verbalement par la personne qui accueille);
- Il est très important que le client ait un médecin de famille. Ce fait devrait lui être clairement mentionné en début de réadaptation (lettre d'accueil, etc.) et rappelé au besoin (par exemple, lors du PII). Au besoin, le client sera invité à s'inscrire comme client orphelin au guichet d'accès de son CSSS.

Outils pratiques

Les sections suivantes proposent des outils d'aide décisionnelle à la prescription et à l'usage de la médication antidouleur. Ces outils ne remplacent pas le jugement clinique de l'intervenant.

L'OMS a émis des recommandations concernant l'approche par paliers de la douleur. La figure suivante présente la synthèse de ces informations.

Figure 10 : Douleur : approche par paliers⁹⁻¹⁰



Source : inspiré d'une conférence du Dr Alain Béland, juin 2012

Indiqué en douleur chronique seulement

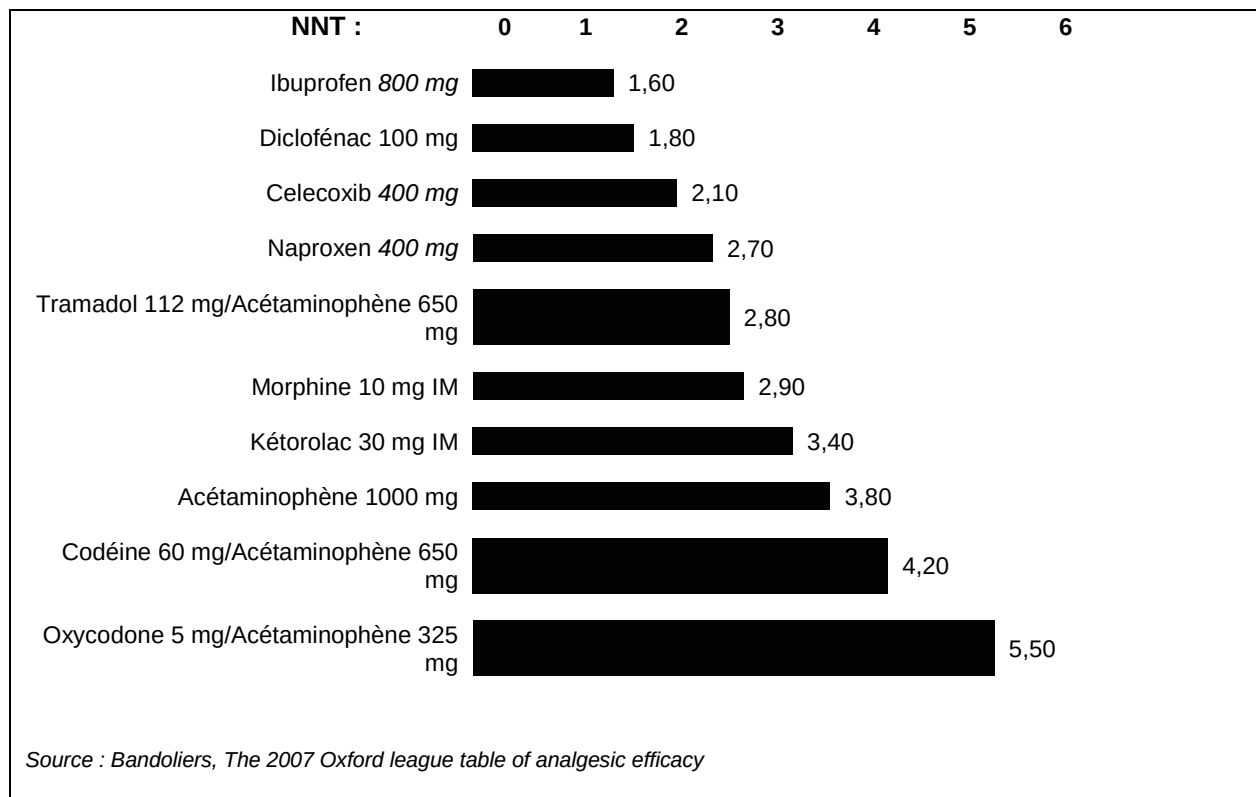
⁹ Le traitement de la douleur aiguë doit associer des analgésiques de diverses classes de façon à bloquer ou moduler des récepteurs ou voies nociceptives différentes (concept de double analgésique). Le choix des analgésiques est déterminé par le niveau de douleur exprimé par le patient.

¹⁰ En cas de spasticité ou de lombalgie, penser à ajouter un relaxant musculaire.

Il est intéressant de choisir un antidouleur le plus efficace possible selon la situation. La figure suivante compare l'efficacité de certains médicaments.

Figure 11 : NNT Analgésique

Douleur aiguë : ↓ 50 % de la douleur à 4-6 heures



NNT : Number Needed to Treat

Il est à noter que plus le chiffre est bas, mieux c'est. En effet, il faut traiter moins de deux personnes avec de l'ibuprofène 800 mg pour obtenir un soulagement de 50 % chez l'une d'elle alors qu'il faut traiter plus de quatre personnes avec codéine 60 mg + acétaminophène 650 mg afin d'obtenir le même degré de soulagement chez seulement l'une d'entre elles.

Les doses indiquées ne reflètent pas toujours les doses recommandées au Canada (voir les doses en italiques).

Les analgésiques simples

- Acétaminophène

L'acétaminophène est utilisé couramment dans les douleurs légères à modérées. Cependant, certaines précautions doivent être considérées selon le type de clientèle. Voici les posologies maximales suggérées¹¹ :

- Clients en bonne santé, usage à court terme : 4 g/jour
- Clients en bonne santé, usage prolongé (>10 jours) : 3,2 g/jour
- Clients à risque, usage prolongé : 2,6 g/jour

Clients à risques : La consommation quotidienne d'alcool, la prise de warfarine, un régime pauvre en protéines, le jeûne, les maladies cardiaques et l'insuffisance rénale augmentent le risque d'hépatotoxicité.

- AINS

Les anti-inflammatoires (AINS) sont souvent utilisés en douleur aiguë et parfois en douleur chronique. Pour une prescription sécuritaire des AINS, on doit tenir compte des trois risques reliés à leur utilisation. Ces risques sont d'ordre cardiovasculaire (CV), gastro-intestinal (GI) et rénal. La figure 12 présente un algorithme, tiré d'un Consensus canadien, qui propose une démarche tenant compte des risques CV et GI. Pour des détails concernant les risques CV, GI et rénal, voir l'annexe 6 aux pages 159, 160 et 161). De plus, des informations complémentaires sur les AINS sont synthétisées dans les tableaux 5 et 6 pour consultation rapide.

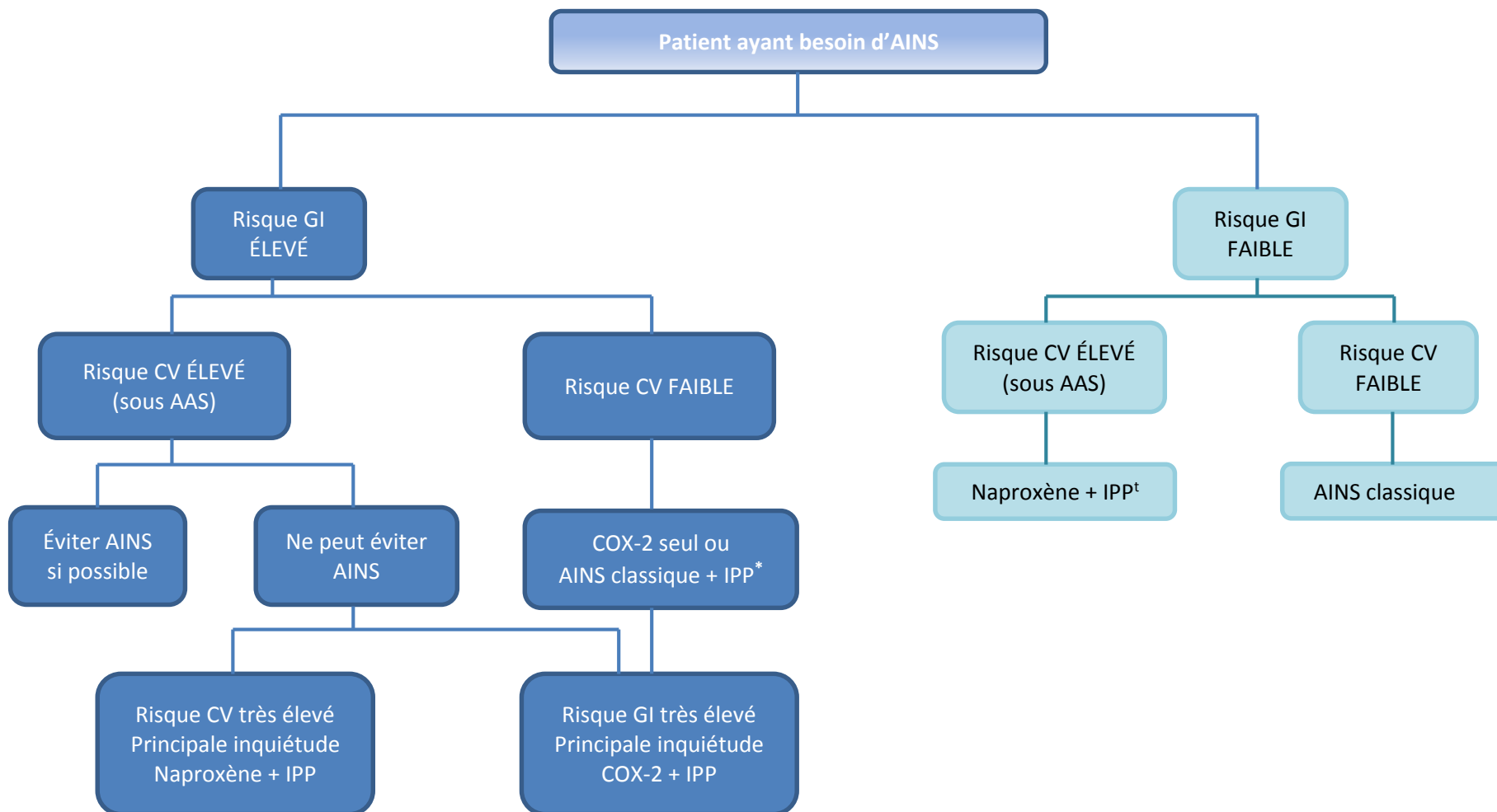
- Relaxants musculaires

Les relaxants musculaires sont démontrés efficaces dans les situations suivantes : lésions musculo-squelettiques aiguës (ex. : entorse lombaire), désordres du SNC avec spasticité, céphalée tensionnelle, névralgie du trijumeau et désordres myofaciaux¹².

¹¹ Selon la présentation « *Démystifier la pharmacologie de la douleur sans vous casser la tête !* » Dre Marie-Ève Levasseur, physiatre, 6 mai 2014.

¹² Selon la présentation « *Démystifier la pharmacologie de la douleur sans vous casser la tête !* » Dre Marie-Ève Levasseur, physiatre, 6 mai 2014.

Figure 12 : Consensus canadien sur la prise en charge des clients sous AINS : équilibrer les risques gastro-intestinaux (GI) et cardiovasculaires(CV)



- COX-2 = inhibiteur de la COX-2 ; IPP = inhibiteur de la pompe à protons

- Voir les recommandations complètes dans les lignes directrices.

* Chez les patients à risque élevé, un inhibiteur de la COX-2 et l'association d'un AINS classique et d'un IPP entraînent des taux semblables de réduction des récives hémorragiques, mais ces réductions peuvent être incomplètes. La plupart des patients sous AAS et Naproxène auront besoin d'un IPP, sauf les patients dont le risque GI est très faible.

Tableau 5 : SÉCURITÉ DES AINS

Noms	Sélectivité COX-2 (<i>in vitro</i>)	Risque GI	Risque cardio-vasc.
ASA (Aspirin ^{md})	Faible	Modéré	Faible
Celecoxib (Celebrex ^{md})	Élevée	Faible	Modéré à élevé
Diclofénac (Voltaren ^{md})	Modérée	Modéré	Élevé
Flurbiprofen (Ansaid ^{md})	Faible	Élevé	Donnée non disponible
Ibuprofen (Motrin, Advil ^{md})	Modérée	Faible	Modéré à élevé
Indométacine (Indocid ^{md})	Faible	Modéré à élevé	Modéré
Kétorolac (Toradol ^{md})	Faible	Élevé	Donnée non disponible
Méloxicam (Mobicox ^{md})	Élevé	Faible	Modéré
Naproxen (Naprosyn ^{md} , Anaprox ^{md})	Faible	Modéré à élevé	Faible
Oxaprozin (Daypro ^{md})	Faible	Élevé	Donnée non disponible

Source : Canadian Pharmacist's Letter 2011;27(11)

Info complémentaire : Le Diclofénac (Voltaren^{md}) cause plus d'hépatotoxicité que la plupart des AINS.

Source : Canadian Pharmacist's Letter Déc. 2013.

Tableau 6 : INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES SUR LES AINS

- Le risque de saignement ou de perforation GI augmente d'environ 4 fois chez les utilisateurs d'AINS comparativement à ceux qui n'en prennent pas;
- Ce risque diminue après les premiers mois d'usage d'AINS mais ne disparaît jamais complètement;
- Les AINS les plus sécuritaires du point de vue GI sont les plus toxiques pour le système cardiovasculaire et vice-versa;
- L'ibuprofène semble avoir le risque le plus faible au niveau GI (faibles doses généralement utilisées, courte demi-vie);
- Le risque de saignement GI ou de perforation n'est pas augmenté par le Célécoxib. Par contre, après un traitement de 6 mois, il ne semble pas plus sécuritaire au niveau GI qu'un AINS traditionnel;
- L'usage des IPP améliore la sécurité des AINS au niveau gastro-intestinal;
- L'AINS le plus sécuritaire du point de vue cardiovasculaire est le Naproxen;
- Lorsque possible, l'utilisation d'AINS permet de réduire la dose d'opioïde d'environ 30%.
- Les AINS formulations topiques (diclofenac, salicylate de méthyle, salicylate de triethanolamine) sont aussi efficaces que les AINS oraux pour l'arthrose et les lésions musculo-squelettiques aiguës pour lesquelles ils sont indiqués. Utilisation : 1 à 2 semaines;
- Les AINS topiques sont non efficaces contre la lombalgie aiguë ou chronique, les douleurs musculo-squelettiques étendues et les douleurs neuropathiques périphériques.

Les opioïdes

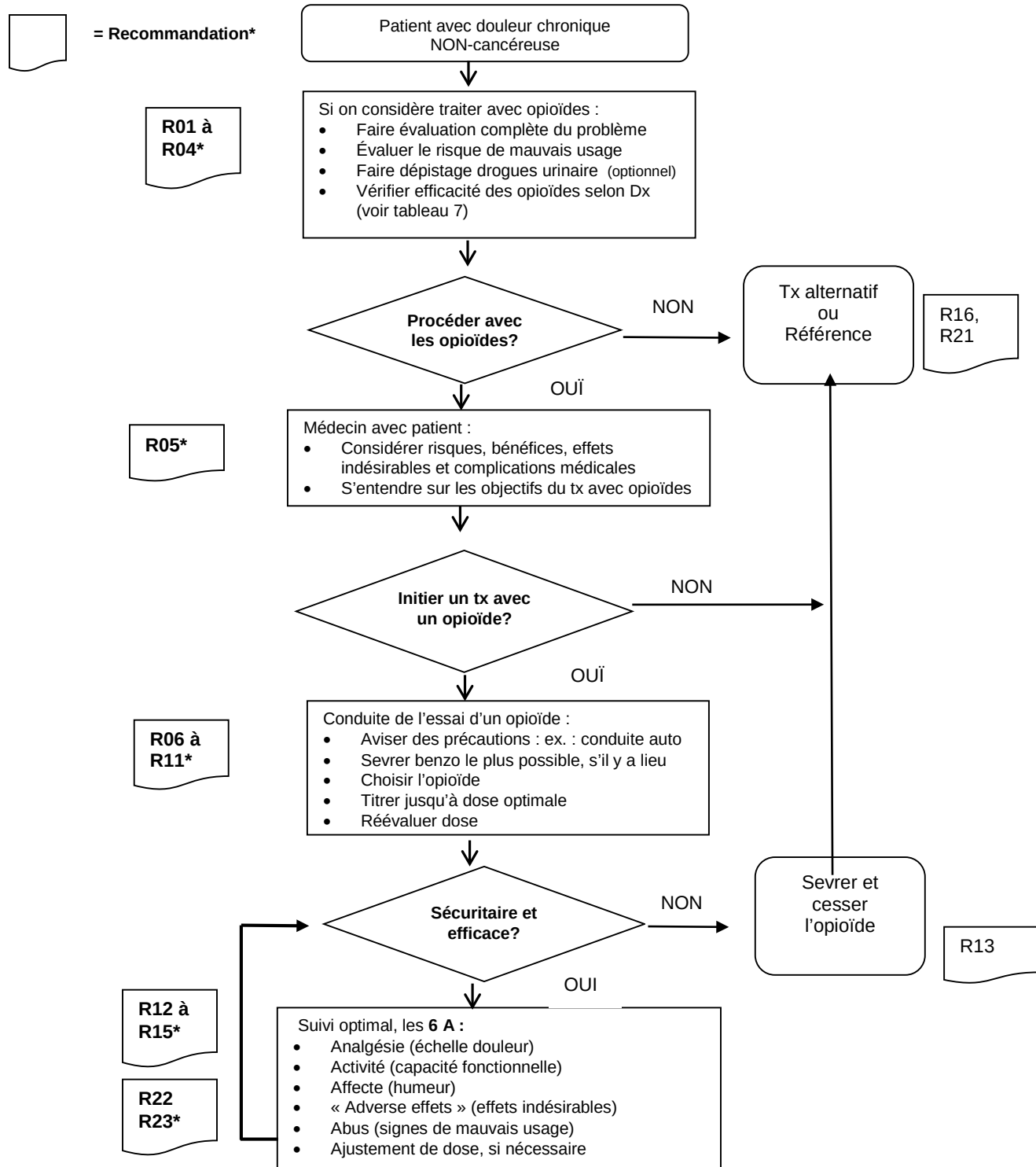
Les opioïdes sont des médicaments importants dans le soulagement de la douleur. De par leurs effets secondaires dont certains sont potentiellement dangereux et le risque possible de mauvais usage (abus, dépendance, détournement), les opioïdes demandent une vigilance particulière de la part de tous les intervenants. Cette section comporte divers outils pour la prise de décision quant à la prescription d'opioïdes. L'algorithme présenté à la figure 13 est tiré des lignes directrices canadiennes. Il guide le prescripteur et propose une réflexion exhaustive concernant l'utilisation de ces molécules. Chaque recommandation (R01 à R24) est expliquée en détail dans les tableaux qui suivent l'algorithme. De plus, des informations pratiques ont été compilées sous forme de tableaux (tableau 7 et 8) concernant l'efficacité/non efficacité des opioïdes, les particularités des diverses molécules et quelques principes généraux pour guider le prescripteur dans le choix de l'opioïde. Finalement, la figure 19 à la page 162 de l'annexe 6 présente un algorithme de conversion des doses, ainsi que de l'information concernant le passage d'une molécule à une autre et les changements de voie d'administration.

Quelques recommandations sur les opioïdes :

- o Il n'y a pas de dose maximale. Cependant, on doit être vigilant si le client reçoit plus de 200 mg de morphine/24 heures;
- o Idéalement un seul prescripteur et une seule pharmacie sont impliqués;
- o Envisager un contrat, au besoin, pour les clients à risques d'usage inapproprié (voir annexe 12);
- o Aviser la pharmacie communautaire lors des sorties de fin de semaine (client à risque d'abus);
- o *Système Alerte* à considérer si problématique d'abus (pharmacie et médecin désignés)¹³;

¹³ Pour plus d'informations : communiquer avec l'Ordre des pharmaciens 1-800-363-0324

Figure 13 : Algorithme des recommandations lors de l'initiation et suivi du traitement avec un opioïde



Traduction libre de : Canadian Guidelines for Safe et Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain (Part B) April 30 2010.

* Toutes les recommandations (R01 à R24) sont détaillées dans les pages suivantes.

**LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES POUR L'UTILISATION
SÉCURITAIRE ET EFFICACE DES OPIOÏDES POUR LA
DOULEUR CHRONIQUE NON CANCÉREUSE**

Groupe 1 : Décider de commencer une thérapie aux opioïdes

No.	Recommandation	Mot-clé
R01	Avant l'instauration du traitement opioïde, s'assurer d'avoir fait l'évaluation complète des points suivants : douleur, condition médicale générale, histoire psychosociale du client (grade C), état mental et antécédents de toxicomanie. (grade B)	Évaluation complète
R02	Avant l'instauration du traitement opioïde, penser à utiliser un outil de dépistage pour déterminer le risque du client quant à la dépendance aux opioïdes, par exemple <i>l'outil du risque de dépendance aux opioïdes pour le clinicien</i> , voir annexe 13). (grade B)	Dépendance- dépistage des risques
R03	Lors d'utilisation d'analyse d'urine à des fins de dépistage ou de surveillance de l'observance au traitement, être conscient des avantages et des limites de ces tests. Demander les tests appropriés, bien les interpréter et avoir un plan pour gérer les résultats. (grade C)	Analyses d'urine
R04	Avant l'instauration du traitement opioïde, considérer le degré de preuve liée à l'efficacité* des opioïdes pour les clients avec douleur chronique non cancéreuse. (grade A) *Tableau 7 sur l'efficacité des opioïdes.	L'efficacité des opioïdes
R05	Avant l'instauration du traitement opioïde, s'assurer d'obtenir le consentement éclairé du client en expliquant les avantages potentiels, les effets indésirables, les complications et les risques (grade B). Un contrat signé peut être utile, en particulier pour les clients qui ne sont pas bien connus du médecin ou à risque plus élevé d'abus d'opiacés. (grade C) Voir exemplaire en annexe.	Risques, effets secondaires et complications Contrat signé
R06	Pour les clients prenant des benzodiazépines, en particulier les clients âgés, envisager de tenter le sevrage de la benzo. (grade B) Si le sevrage n'est pas indiqué ou si échec du sevrage, les opioïdes doivent être débutés à plus faibles doses et titrés plus lentement. (grade C)	Sevrage de benzodiazépine

LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES POUR L'UTILISATION SÉCURITAIRE ET EFFICACE DES OPIOÏDES POUR LA DOULEUR CHRONIQUE NON CANCÉREUSE

Groupe 2 : Réalisation d'un essai aux opioïdes

No.	Recommandation	Mot-clé
R07	Durant la titration des doses de l'opioïde, conseiller au client d'éviter de conduire un véhicule à moteur jusqu'à ce qu'une dose stable soit établie et qu'il soit certain que l'opioïde ne provoque pas de sédation (grade C), de même que s'il prend de l'alcool, une benzodiazépine ou d'autres drogues sédatives en concomitance avec le traitement opioïde. (grade B)	Début de traitement et conduite automobile
R08	Choisir l'opiacé le plus approprié en utilisant une approche par paliers, tout en demeurant sécuritaire. (grade C)	Sélection de l'opioïde
R09	Débuter à faible dose, augmenter progressivement et monitorer l'efficacité analgésique jusqu'à l'atteinte de la posologie optimale. (grade C)	Dose optimale
R10	La douleur chronique non cancéreuse peut être gérée efficacement, dans la plupart des cas, avec des doses inférieures ou égales à 200 mg/jour de morphine ou l'équivalent. (grade A) L'utilisation de doses plus élevées nécessite une réévaluation minutieuse de la douleur et du risque d'abus, et devrait s'accompagner d'une amélioration clinique globale de l'état du client (fonctionnalité). (grade C)	Vigilance dans le suivi de la posologie
R11	Lors du début de traitement avec opioïdes chez les clients à risque plus élevé d'abus : Prescrire seulement pour des douleurs somatiques ou neuropathiques bien définies. (grade A) Débuter avec doses plus faibles et titrer avec de plus petites augmentations. (grade B) Surveiller de près les signes de comportement aberrant reliés à la drogue. (grade C)	Risque de mauvais usage des opioïdes

Groupe 3 : Monitoring de l'usage d'opioïdes à long terme

No.	Recommandation	Mot-clé
R12	Faire le suivi de l'efficacité des opioïdes, de leurs effets secondaires et des comportements aberrants liés à l'usage d'opioïdes. (grade C)	Suivi
R13	Si absence d'efficacité ou présence d'effet(s) secondaire(s) inacceptable(s), remplacer par une autre molécule ou cesser le traitement par opioïdes. (grade B)	Changement ou arrêt
R14	Lors de l'évaluation de la capacité à conduire d'un client sous opioïdes à long terme, considérer d'autres facteurs influençant les habiletés psychomotrices et les capacités cognitives tels une douleur sévère, des troubles du sommeil et l'ensemble de la médication pouvant causer de la sédation. (grade C)	Conduite automobile
R15	Revenir sur les étapes d'ajustement d'opioïdes (dose, molécule) afin de s'assurer que ce traitement est justifié et la dose optimale. (grade C)	Étapes d'essai thérapeutique
R16	Si le client est référé à un consultant, s'assurer des rôles clairs de chacun et de la continuité des soins afin que la prescription d'opioïdes demeure sécuritaire. (grade C)	Collaboration

**LIGNES DIRECTRICES CANADIENNES POUR L'UTILISATION
SÉCURITAIRE ET EFFICACE DES OPIOÏDES POUR LA
DOULEUR CHRONIQUE NON CANCÉREUSE**

Groupe 4 : Traitement de populations spécifiques avec les opioïdes à long terme

No.	Recommandation	Mot-clé
R17	Pour une utilisation sécuritaire des opioïdes en gériatrie, favoriser des doses de départ plus faibles, une titration plus lente, des intervalles plus longs entre les doses, un monitoring plus fréquent et la diminution voire l'arrêt des benzodiazépines. (grade C)	Gériatrie
R18	L'usage d'opioïdes paraît risqué chez l'adolescent. (grade B) Ne le considérer qu'en cas de douleur somatique ou neuropathique bien définie, lorsqu'il y a échec des autres modalités analgésiques, que le risque de mauvais usage est faible et qu'un suivi serré est possible. (grade C)	Adolescents
R19	Chez les femmes enceintes prenant des opioïdes à long terme : sevrer l'opioïde à la dose minimale efficace de manière à éviter les symptômes de sevrage, puis cesser l'opioïde si possible. (grade B)	Grossesse
R20	Les clients présentant des co-morbidités psychiatriques sont plus à risque de connaître des effets secondaires des opiacés. Réserver les opiacés pour des conditions douloureuses bien définies. Titrer plus lentement et faire un suivi serré. (grade B)	Co-morbidités psychiatriques

Groupe 5 : Mauvais usage et dépendance aux opioïdes chez les clients atteints de douleur chronique non cancéreuse

No.	Recommandation	Mot-clé
R21	En cas de dépendance aux opiacés, considérer : Méthadone ou buprénorphine (grade A) Traitement structuré aux opiacés (grade B) Abstinence d'opioïde (grade C) Considérer clinique de la douleur	Dépendance
R22	Pour éviter les prescriptions frauduleuses, faire des prescriptions sécuritaires (ex. : nombre de comprimés inscrit en lettre en plus du chiffre). Collaborer au besoin avec le pharmacien.	Prescription frauduleuse
R23	Maintenir une approche ferme avec les clients qui « négocient » leur prescription ou qui présentent des comportements inacceptables (ex. : contrat signé).	Comportement inacceptable
R24	Avoir une politique concernant la prescription d'opioïdes en cas de soins aigus afin d'éviter le mauvais usage des opioïdes par le client.	Soins aigus

Traduction libre de : Canadian Guidelines for Safe et Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain (Part B) April 30 2010.

Tableau 7 : Efficacité des opioïdes vs douleurs chroniques non cancéreuses

Efficacité des opioïdes vs douleurs chroniques non cancéreuses	
EFFICACITÉ DÉMONTRÉE	EFFICACITÉ NON DÉMONTRÉE OU NON ÉTUDIÉE
Neuropathie diabétique	Céphalée, migraine
Neuropathie périphérique	Côlon irritable
Névralgie post-herpétique	Douleur pelvienne
Douleur du membre fantôme	Dysfonction temporo-mandibulaire
Lésion de la moelle épinière avec douleur sous lésionnelle	Douleur faciale atypique Entorses répétées
Radiculopathie lombaire	Douleur thoracique non cardiaque
Arthrose	Maladie de Lyme
Arthrite rhumatoïde	Microtrauma répété
Lombalgie	« Whiplash » (coup du lapin)
Cervicalgie	
Fibromyalgie : TRAMADOL SEULEMENT	
<u>Notes complémentaires :</u> - Douleur nociceptive d'origine musculo-squelettique (ex. : ostéoarthrite, lombalgie, cervicalgie) : Les opioïdes ont montré des avantages légers à modérés dans le soulagement de la douleur et l'amélioration fonctionnelle. Acétaminophène, AINS et traitements non pharmacologiques sont souvent efficaces. - Douleur neuropathique : Les opioïdes ont montré des avantages légers à modérés dans le soulagement de cette douleur. Peut nécessiter des doses plus élevées en combinaison avec un antidépresseur tricyclique ou un anticonvulsivant (co-analgésique).	
Traduction libre de : Canadian Guideline for Safe and Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain, 2010. (p.16, 17)	

Tableau 8 : Choisir un opioïde : Points à considérer

Choisir un opioïde : Points à considérer	
Opioïdes	Commentaires
Buprénorphine	Agent plus efficace que les autres opioïdes en douleur neuropathique.
Codéine	Prudence chez les femmes qui allaitent. 10 à 15 % des personnes ne peuvent la métaboliser en molécule active. NNT élevé.
Fentanyl	Ne pas prescrire à un client « naïf » aux narcotiques. Naïf = Ne prenant pas de narcotique actuellement ou prenant seulement de la codéine. À l'initiation du traitement, attendre 6 jours avant d'augmenter la dose, soit 2 timbres.
Hydromorphone	Employer avec prudence chez les clients ayant un risque élevé d'utilisation inappropriée d'opioïdes.
Mépipridine	Non recommandé contre la douleur chronique.
Méthadone	Nécessite une licence de Santé Canada pour la prescrire. Particulièrement efficace dans les lésions de la moelle épinière.
Morphine	À éviter chez les clients atteints d'insuffisance rénale : accumulation des métabolites.
Oxycodone	Employer avec prudence chez les clients ayant un risque élevé d'utilisation inappropriée des opioïdes.
Tramadol Tapentadol	Agents associés à des convulsions. Interaction avec les ISRS (Célexa, Paxil, Zoloft,...) Agents plus efficaces en douleur neuropathique que les opioïdes (sauf BuTrans ^{md} - buprénorphine)
Généralités : - Les formulations parentérales ne sont pas recommandées dans la douleur chronique non-cancéreuse; - Prudence dans les cas suivants : clientèle gériatrique, en présence d'insuffisance rénale/hépatique, ceux qui prennent déjà une benzodiazépine et les cas de SAHS¹⁴ - Penser à faire une rotation si apparition de tolérance ou si les effets secondaires dépassent les bénéfices; - Se questionner si les besoins d'opioïdes dépassent 200 mg de morphine per os ou doses équivalentes (abus, tolérance, hyperalgésie?); - Porter attention à la présence d'hyperalgésie (l'hyperalgésie est un phénomène récemment décrit qui consiste en une hypersensibilité induite par des opioïdes. Les gens qui en souffrent voient leur douleur augmenter et présentent souvent des douleurs plus étendues qu'au départ. Il faut alors cesser les opioïdes).	

Traduction libre et adaptation de : Canadian Guidelines for Safe et Effective Use of Opioids for Chronic Non-Cancer Pain (Part B) April 30 2010.

¹⁴ SAHS : Syndrome d'apnée/hypopnée du sommeil

Les co-analgésiques (traitement pharmacologique de la douleur neuropathique)

Les données indiquent qu'on peut atteindre un soulagement d'environ 30 % pour des douleurs de type neuropathique. Le gain au niveau fonctionnel peut être plus élevé, tel que déjà mentionné.

Les co-analgésiques sont bien souvent incontournables dans le traitement de la douleur neuropathique. Ces médicaments, issus de différentes classes pharmacologiques (ex. : anticonvulsivants, antidépresseurs) sont classés selon quatre lignes de traitement. Le tableau 9 présente un algorithme de traitement de la douleur neuropathique. Comme pour les sections précédentes, des informations diverses sur les particularités des molécules complètent le sujet (tableau 10).

Voici en quelques points la conduite usuelle lors de la prescription des co-analgésiques¹⁵ :

- Prescrire un agent de 1^{ère} ligne en monothérapie;
- Titrer graduellement selon réponse et effets indésirables;
- Si 1^{er} agent inefficace à dose thérapeutique ou mal toléré : substituer par un autre agent de 1^{ère} ligne de la même classe ou d'une autre;
- Si soulagement partiel : associer un 2^e agent de 1^{ère} ligne avec mécanisme d'action différent;
- Si pas de soulagement avec ajout d'un nouvel agent : sevrer celui-ci et poursuivre le traitement avec essai d'agents de 2^e, 3^e puis 4^e ligne;
- Si douleur intense : associer un opioïde ou le tramadol à courte durée d'action pour un meilleur soulagement en attendant le titrage et l'effet de l'agent. Peut être utilisé n'importe quand en cours de traitement;
- Si douleur moins intense : utiliser l'opioïde en 2^e ligne en monothérapie ou en association;
- Si utilisation à long terme de l'opioïde est envisagé : favoriser les formulations à longue action après titrage avec forme à courte action;
- Pour des détails concernant l'introduction et la titration des co-analgésiques, voir le tableau X (page X de l'annexe 6) : Résumé des co-analgésiques contre la douleur neuropathique, qui comporte de plus de l'information complémentaire particulière à chacun (effets secondaires, précautions, délais d'efficacité).

¹⁵ Inspiré de : D^{re} Boulanger Aline et collaborateurs, Recommandations d'un forum québécois sur la douleur neuropathique. Les cahiers de Med Actuel. Vol 8 N° 13, 14 mai 2008.

Tableau 9 : Algorithme de traitement de la douleur neuropathique

1 ^{ère} ligne	2 ^e ligne	3 ^e ligne	4 ^e ligne
Gabapentinoïdes - Prégabaline (Lyrica^{md}) - Gabapentine (Neurontin^{md})	IRSN ⁽⁴⁾ - Venlafaxine (Effexor^{md}) - Duloxétine(Cymbalta^{md})	ISRS - Citaloptram (Celexa^{md}) - Paroxétine (Paxil^{md})	Divers - Méthadone - Kétamine - Mexiletine - Baclofène - Clonidine - Clonazépam
ADT ^(1,2) - Amitriptyline (Élavi^{md}) - Clomipramine (Anafranil^{md}) - Imipramine (Tofranil^{md}) - Nortriptyline (Aventyl^{md}) - Désipramine (Norpramin^{md})	Cannabinoïdes - Nabilone (Cesamet^{md}) - THC/CBD (Sativex^{md}) (voie buccale)	Autre antidépresseur - Bupropion (Wellbutrin^{md})	*** À DÉCONSEILLER *** - Mépéridine - Phénytoïne
Anesthésique local - Lidocaïne topique à 10 % ⁽³⁾		Autres anticonvulsivants - Topiramate (Topamax^{md}) - Carbamazépine (Tegretol^{md}) - Lévétiracétam (Keppra^{md}) - Lamotrigine (Lamictal^{md})	
*** Ajout possible d'un opioïde ou de Tramadol dans les situations suivantes *** :			
- Utiliser en <u>1^{ère} ligne</u> (forme à courte action) en association avec autres agents : ⇒ Pour soulagement en attendant titrage ou effet d'un agent ⇒ Lors d'exacerbation grave de la douleur ⇒ Si douleur neuropathique aiguë OU : Utiliser en <u>2^e ligne</u> en monothérapie ou en association : Après titrage avec une courte action, utiliser forme à longue action si usage à long terme envisagé.			

(1) : ADT : Antidépresseurs tricycliques.

(2) : Chez les personnes âgées de 60 ans et plus, éviter cette classe de médicaments en raison de leurs effets 2^e anticholinergiques. La Nortriptyline et la Désipramine peuvent être prescrites mais avec précaution et à faibles doses.

(3) : Cas de douleur périphérique ou allodynie. Ne pas appliquer sur une surface excédant 300 cm² (équival. ½ feuille 8.5 X 11) 3 ou 4 fois par jour en raison des dangers liés à l'absorption systémique. Peut être utilisé en association avec toutes les classes de médicaments. Les associations les plus courantes sont avec les anticonvulsivants ou les antidépresseurs.

(4) : Il n'y a pas d'avantage à prescrire un ISRN si les ADT à doses optimales se sont révélés inefficaces. Toutefois, les ISRN sont indiqués en 1^{ère} intention si présence de dépression ou si intolérance ou C-I aux ADT.

Réf : Dre Boulanger Aline et collaborateurs, Recommandations d'un forum québécois sur la douleur neuropathique. Les cahiers de Med Actuel. Vol 8 N° 13, 14 mai 2008.

Tableau 10 : Traitement de la douleur neuropathique : INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES EN RAFALE	
Principes généraux : - Voir algorithme pour les agents de 1^{ère} à 4^e ligne. - Favoriser l'association de plusieurs agents plutôt qu'un seul à dose élevée. Avantages : Moins d'effets indésirables car doses plus faibles utilisées Effet synergique (mécanismes d'action différents)	
Désavantage : Gestion des médicaments peut être plus complexe pour le client	
Clientèle gériatrique : - Débuter à plus petites doses et titrer plus lentement - Ajuster dose selon la fonction rénale, si requis - Cette clientèle est plus sensible aux effets secondaires, notamment les effets anticholinergiques (impact sur le cognitif, entre autres) et risques de chutes - Opioïdes : il est recommandé de débiter avec des doses PRN, puis, si bien toléré, administrer aux 4 heures	
Comorbidités à surveiller : - <u>En présence d'insomnie</u> : privilégier antidépresseurs tricycliques, les gabapentoïdes ou les cannabinoïdes - <u>En présence de dépression</u> : privilégier les ISRN - <u>En présence d'anxiété</u> : privilégier les ISRS et les gabapentoïdes. - <u>En présence d'obésité ou diabète</u> : le Topiramate est une option intéressante car peut causer perte de poids comme effet secondaire	
Diagnostics particuliers : - Névralgie du trijumeau : Carbamazépine = 1^{er} choix - Douleur oro-dentaire : Clonazépam - SRDC¹ : Considérer consultation en clinique de douleur rapidement (< 4 sem.)	
Suivi : - Lorsque l'objectif de soulagement de la douleur est atteint, poursuivre le traitement pendant au moins 6 mois avant de tenter de sevrer - Sevrer un agent à la fois, généralement le dernier ajouté - Lorsque la douleur ressurgit, revenir à la dose antérieure (minimale efficace). - Possibilité de tenter de sevrer un autre agent - Attendre 1 an avant de retenter le sevrage d'un agent dont le sevrage a échoué lors d'une tentative antérieure	
Vigilance : Lyrica ^{md} : Avis de Santé Canada : Mise en garde concernant le risque de pensées suicidaires/suicide	
Inspiré de : D ^{re} Boulanger Aline et collaborateurs, Recommandations d'un forum québécois sur la douleur neuropathique. Les cahiers de Med Actuel. Vol 8 N° 13, 14 mai 2008.	

¹ SRDC : Syndrome régional douloureux complexe

4.4.2.4 Une modalité bien intégrée

- ! *Le client doit recevoir de l'éducation de la part du médecin et du pharmacien concernant sa médication (types de médicament, indications, effets attendus, effets secondaires possibles, etc.). De plus, les autres intervenants devraient être sensibles aux problématiques de la médication, appuyer les recommandations du médecin ou pharmacien et y référer les clients au besoin. Chaque intervenant est responsable de bien orienter et référer au médecin ou pharmacien pour toute problématique à ce niveau.*
- ! *Les équipes doivent intégrer les connaissances de base en ce qui a trait à la médication spécifique à leur clientèle (ex. : formation par un médecin de l'équipe, document synthèse, appropriation des connaissances, accès au médecin et pharmacien pour informations sur la médication, etc.).*
- ! *Les équipes doivent s'impliquer dans la responsabilisation du client envers sa médication (sensibiliser le client à l'importance de bien connaître et gérer sa médication).*
- ! *Les modalités pharmacologiques doivent être intégrées dans le PII, par exemple dans des objectifs en lien avec la connaissance et la gestion de la médication (la prise d'une médication est une habitude de vie).*
- ! *Dans les situations où il n'y a pas de médecin de réadaptation au dossier, le coordonnateur clinique devrait s'assurer qu'il y a dans l'équipe une personne responsable d'assurer la communication avec le médecin de famille, et ce, afin de l'impliquer dès le début de la réadaptation (convenir des mécanismes de communication pertinents).*

4.4.3 Modalités physiques non pharmacologiques

Le but de cette section est de faire connaître aux cliniciens un éventail de modalités physiques non pharmacologiques reconnues efficaces pour le soulagement de la douleur. Ce document s'adresse à la problématique générale de la douleur couvrant le continuum de la phase aiguë à la phase chronique. Par conséquent, la littérature concernant l'efficacité des modalités en lien avec des conditions spécifiques ne sera pas abordée en détail. Toutefois, certaines conditions rencontrées en réadaptation ont fait l'objet d'études sur la douleur (ex. : les lombalgies, la douleur fantôme, le syndrome régional douloureux complexe ainsi que la douleur neuropathique). Certaines évidences scientifiques seront donc mentionnées, lorsque pertinent au contexte. De plus, certains guides de pratiques existent déjà sur le traitement de conditions douloureuses spécifiques (par exemple, le guide *CLIP* pour les lombalgies [24]; mentionnons aussi le chapitre 4 du volume *Faire équipe face à la douleur chronique* [32] traitant du syndrome douloureux régional complexe).

Principes généraux pour guider le choix des modalités

1. Déterminer dans quelle phase de guérison physique se situe la condition douloureuse;
2. Déterminer le mécanisme sous-jacent à la condition douloureuse;
3. Introduire chaque modalité de façon judicieuse et analytique;
4. Avoir une concertation d'équipe interdisciplinaire et des discussions régulières pour choisir, adapter ou modifier les modalités.

Ces principes sont abordés en détail dans les prochains points :

Déterminer dans quelle phase de guérison physique se situe la condition douloureuse

Veuillez vous référer au tableau 11 pour les phases détaillées de guérison physique et leurs caractéristiques principales.

Tableau 11 : Les phases détaillées de guérison physique de la condition douloureuse

Phase	Phase aiguë post-traumatique immédiate	Phase aiguë - processus inflammatoire	Phase subaiguë - fibroblastique ou proliférative	Phase subaiguë - remodelage	Phase chronique
Durée	Quelques heures suivant le trauma	0-3 jours, voire même jusqu'à 4 semaines selon les auteurs	3-21 jours post-trauma (chevauchement avec l'étape précédente selon les auteurs)	3-6 sem. post-trauma (peut aller jusqu'à plusieurs mois selon les auteurs)	Douleur qui persiste plus de 12 semaines après le trauma (variable selon les auteurs)
Caractéristiques physiologiques	Bris vasculaire, hémorragie, formation de débris tissulaires, altération de l'état des capillaires entraînant une cascade de réactions chimiques menant au processus d'inflammation	Formation d'œdème, hémostase, destruction de débris, activation du système de défense contre les infections, présence d'agents inflammatoires et d'exsudats plasmatiques à haute teneur en protéines	Formation du tissu cicatriciel, du nouveau réseau vasculaire ainsi que d'adhérences qui limitent le glissement entre les tissus et causent des limitations et des douleurs lors des mouvements	Réorganisation du collagène selon les forces exercées par les contractions musculaires, les étirements et la mise en charge. A ce stade, les fibres ont environ 80 % de leur force antérieure	Voir section sur la neurophysiologie de la douleur persistante page 15
But thérapeutique	Cesser l'hémorragie, réduire l'œdème, prévenir les lésions hypoxiques secondaires, soulager la douleur efficacement Une condition se situant à une phase plus avancée peut parfois rétrograder à une phase aiguë (ex. : une rupture d'adhérences créant un microtraumatisme). Il importe donc de connaître les signes et d'ajuster les modalités au besoin	Soulager la douleur et les spasmes musculaires, favoriser le nettoyage de la région et prévenir l'atrophie musculaire. Le contrôle de la douleur à cette étape est primordial à la prévention d'une persistance de la douleur. ¹⁶ Le contrôle de l'œdème et la prévention des lésions hypoxiques secondaires demeurent importants	Contrôler la douleur afin de reprendre un programme actif et des activités fonctionnelles. La diminution de l'œdème, l'évacuation des déchets cellulaires, la promotion de la guérison tissulaire, la prévention des adhérences et de l'atrophie musculaire sont au cœur des préoccupations	Éliminer l'œdème résiduel pour éviter la fibrose du tissu conjonctif, lutter contre les rétractions tissulaires, renforcer les muscles atrophiés et affaiblis, corriger les patrons de mouvements fautifs. Le soulagement de la douleur demeure un atout pour permettre la réalisation des activités et exercices.	Semblable à la phase de remodelage. L'attention se porte sur la prévention des effets pervers de la douleur (inactivité, posture antalgique) et sur l'identification des facteurs de persistance

¹⁶ Il est démontré qu'une analgésie efficace dès le départ prévient le phénomène de sensibilité du système nerveux.

Modalités physiques non pharmacologiques

Implication clinique	L'utilisation de modalités passives analgésiques, de contrôle de l'œdème et favorisant le ralentissement du métabolisme cellulaire est indiquée	La présence d'œdème favorise la formation d'adhérences tissulaires pouvant mener à la fibrose musculaire et l'ankylose. Par conséquent, le choix des modalités est similaire à la phase post-traumatique. Toutefois, la reprise du mouvement par des exercices actifs, pour ses effets circulatoires, ainsi que par des mobilisations passives, est rapidement amorcée lorsque possible. Le repos demeure indiqué dans les 2-3 premiers jours post trauma.	Les modalités passives à visée analgésique et anti-inflammatoire sont indiquées. Elles sont un adjuvant thérapeutique permettant la reprise des activités et des modalités actives. Ces dernières favorisent l'alignement optimal des fibres nouvellement formées en plus d'aider à la guérison tissulaire par leur effet circulatoire. En complémentarité, l'utilisation d'autres modalités passives (thérapie manuelle, orthèses, etc.) est indiquée afin d'aider au développement des prérequis nécessaires à une biomécanique corporelle optimale	Les exercices sont essentiels au développement de la force et de la résistance au stress des fibres de collagène. En complémentarité, l'utilisation de modalités à visée analgésique et pour l'évacuation de l'œdème résiduel peut être nécessaire. Il en est de même pour les autres modalités passives favorisant le développement d'une biomécanique corporelle optimale	Les modalités doivent permettre au client de faire une autogestion graduelle de sa condition et ainsi prévenir des rechutes. Par exemple, axer sur des modalités dont l'effet se maintient dans le temps, ou que le client pourra appliquer de façon autonome. Cela permettra d'éviter une dépendance envers des moyens passifs administrés par autrui. ¹⁷ Le choix se tourne donc davantage vers des modalités actives, en complémentarité avec l'utilisation de certaines modalités passives au besoin . La reprise des activités est au cœur des modalités (reprise graduelle d'activités, conditionnement physique dans un centre, soutien pour l'obtention d'un TENS personnel si ce moyen peut être bénéfique à long terme, etc.)
-----------------------------	---	--	---	---	---

¹⁷ En effet, le soulagement de la douleur par le biais de modalités à visée analgésique, anti-inflammatoire ou favorisant la guérison tissulaire ou l'amélioration de la biomécanique utilisée en solo **ne garantit pas un retour à la fonction qui se maintiendra**. Ces modalités ne devraient pas être utilisées en première ligne pour une douleur chronique, mais plutôt de façon occasionnelle et judicieuse comme moyen pour permettre le retour à la fonction et pour contrer les obstacles à ce retour (œdème résiduel, ankylose, rétractions musculaires, altération du contrôle moteur, etc.).

Déterminer le mécanisme sous-jacent à la condition douloureuse

Avant de choisir la modalité, il est important de se questionner sur le type de douleur de même que sur les mécanismes de production de cette dernière. Cette identification permettra au clinicien de choisir les modalités les plus efficaces. Pour une information de base sur les types de douleur, veuillez consulter la section sur les types de douleur à la page 9). Voici quelques détails cliniques supplémentaires selon les types de douleur :

Douleur nociceptive

Cliniquement, il s'agit d'une douleur localisée et explicable par le diagnostic posé et le délai de guérison. Par exemple, une douleur à la cuisse chez un client présentant une fracture du fémur deux mois post-trauma. Dans cette situation, l'utilisation de modalités à visée analgésique, ou qui favorisent la guérison des tissus, serait indiquée. Un autre exemple pourrait être le même client qui présente de la douleur huit mois post-fracture, avec évidence radiologique de retard de consolidation. Dans cet exemple précis, bien que le délai de guérison évoque la possibilité d'une douleur chronique, celle-ci demeure expliquée par le fait que l'os n'est pas consolidé. Dans ce cas, le choix de traitement sera différent. En effet, l'utilisation de modalités favorisant la consolidation osseuse serait à prioriser en plus des modalités analgésiques.

Douleur nociceptive secondaire à une autre condition

Le choix des modalités de traitement est ici différent de la précédente catégorie. Le clinicien doit s'attarder davantage à corriger les facteurs qui contribuent à la douleur plutôt que d'agir uniquement sur le soulagement de celle-ci.

Exemple : un client amputé avec une douleur lombaire persistante et qui démontre à la fois une altération de son patron de marche. Dans cet exemple, il est possible que la boiterie impose un stress aux tissus lombaires causant ainsi une blessure récurrente. Celle-ci ne peut pas guérir puisque l'agent causal est toujours présent. Dans cette situation, des efforts devront être déployés pour corriger la boiterie et les causes de celle-ci (faiblesses ou rétractions musculaires, composantes prothétiques inappropriées etc.). Il s'agit de la notion du criminel et de la victime.



Le défi dans le traitement de ce type de douleur est d'identifier le criminel et le traiter plutôt que de s'attarder à la victime. Dans cette situation, la possibilité d'une douleur chronique pourrait être évoquée. Toutefois, lorsque l'agent causal sera retiré, il y a de fortes chances que celle-ci disparaisse progressivement. Les stratégies d'intervention sont donc différentes que dans les cas réels de douleurs chroniques.

Douleur neuropathique

Ce type de douleur répond mieux à des modalités ayant un impact sur les relais spinaux, les CIDN et les centres supérieurs (connaissances, facteurs psychologiques, etc.). Il est à noter qu'une pharmacologie adéquate joue un rôle primordial dans le soulagement de ce type de douleurs (veuillez vous référer à la section sur les modalités pharmacologiques à la p 75).

Une douleur nociceptive qui devient de type neuropathique suite à une sensibilisation du système nerveux entre aussi dans cette catégorie. Voir les implications cliniques présentées dans le tableau 11 à la page 81. Il est à noter que nous assumons ici que le diagnostic médical est complet et que les investigations nécessaires pour éliminer d'autres pathologies sérieuses ont été réalisées.

Douleur fonctionnelle (psychogène)

Au plan clinique pour ce type de douleur, il est notamment mentionné l'importance d'une prise en charge psychothérapeutique [36].



Il arrive régulièrement qu'un client présente un tableau mixte, c'est-à-dire qu'il peut présenter plusieurs types de douleurs.

Par exemple, un client avec une lésion médullaire lui causant des douleurs neuropathiques peut aussi présenter, en cours de réadaptation, une irritation de la hanche secondaire à l'installation d'ossification hétérotopique. Cette nouvelle condition peut contribuer à une augmentation des douleurs neuropathiques déjà présentes. Cette lésion doit être détectée et traitée adéquatement. L'examen clinique rigoureux et le suivi des réactions aux diverses modalités introduites permettront à l'équipe d'identifier ces situations et d'orienter le traitement adéquatement. Il importe donc de ne pas assumer d'emblée qu'il s'agit de douleurs neuropathiques ou de sensibilisation du système nerveux.

Introduire chaque modalité de façon judicieuse et analytique

Il est plus efficace de choisir quelques modalités à la fois et de les introduire à des moments stratégiques. Il est difficile d'évaluer l'efficacité d'une intervention si le client fait l'essai de plusieurs modalités à la fois. Par exemple, l'essai d'une nouvelle modalité électro-analgésique sur un membre lésé, en plus de l'amorce d'une mise en charge sur ce même membre. Dans ce cas-ci, il serait stratégique d'introduire l'agent analgésique avant ou après le début de la mise en charge, ce qui permettra de valider l'efficacité du traitement.

De plus, le fait d'avoir une bonne connaissance de l'ensemble des modalités en cours permettra au clinicien de choisir un traitement qui est complémentaire aux modalités déjà en place. Par exemple, lorsqu'un client semble bien soulagé avec la médication, le clinicien pourra se concentrer sur d'autres buts thérapeutiques. Par contre, si le soulagement n'est pas efficace et que cela nuit à la reprise des activités, une modalité physique analgésique pourra être utilisée en complément à la médication.

Finalement, il est souvent très pertinent de diversifier les modalités afin d'utiliser les différents mécanismes endogènes de contrôle de la douleur (vous réferez à la page 17 pour des détails sur ces mécanismes) et ainsi maximiser l'effet thérapeutique. Par exemple, l'équipe pourrait choisir d'utiliser une pharmacologie ayant un impact sur le relais spinal en complémentarité avec l'utilisation d'un TENS en mode acupuncture pour agir sur les CIDN, tout en supportant le client dans la mise en application de techniques de gestion de l'anxiété pour impliquer les centres supérieurs.



*Devant les différentes alternatives de modalités, et au-delà des effets physiologiques attendus, il est plus efficace de prioriser des choix **qui font sens pour le client**, en fonction de ses croyances, intérêts, attentes, et ce, afin d'optimiser son adhésion.*

Avoir une concertation d'équipe interdisciplinaire et des discussions régulières pour choisir, adapter ou modifier les modalités

Veuillez vous référer à la section 3.1.2 à la page 23 pour plus de détails sur les conditions relatives à l'équipe interdisciplinaire.

Modalités passives



Qu'est-ce qu'une modalité passive?

Dans ce guide, le terme modalité passive est employé pour des modalités où le client fournit peu ou pas d'efforts; le traitement est délivré par l'intervenant, un appareil ou par l'intégration d'une aide technique.

*Le tableau 12 présente les principales modalités passives. En général, **ces modalités sont davantage utilisées en phase aiguë et subaiguë**. Elles sont plus rarement utilisées en phase chronique, entre autres parce que les données probantes nous dirigent vers des programmes plus actifs à cette phase. Cependant, des modalités passives peuvent à l'occasion être utilisées comme adjuvant, afin de faciliter la reprise progressive de modalités actives (vous réferez à la figure 9 sur l'évolution des modalités selon les phases de douleur).*

Tableau 12 : Les modalités physiques non pharmacologiques passives

Modalités	Phase d'utilisation et effet analgésique	Mécanismes d'action sur la douleur / Données et commentaires
Modalités mécaniques de gestion de l'œdème: • Élévation • Modalités de compression : • Bandage élastique • Compression pneumatique intermittente • Etc.	Phases : • Aiguë • Subaiguë • Chronique (rarement) Effet analgésique : • Immédiat et de courte durée	• Diminution de l'œdème • Facilitation du processus de guérison (apport d'oxygène et de nutriments dans les tissus par l'élimination de la barrière liquidienne entre les tissus et les capillaires) • Prévention de la formation d'adhérences • Diminution de l'activation des nocicepteurs locaux par l'évacuation des agents irritants et la diminution de compression sur les tissus • Protection contre les lésions hypoxiques secondaires
Hydrothérapie	Phases : • Aiguë • Subaiguë Effet analgésique : • Immédiat et de courte durée	• Facilitation du processus de guérison : apport d'oxygène et nutriments dans les tissus par l'augmentation de la circulation • Blocage des signaux douloureux au niveau spinal par la stimulation des fibres afférentes de gros calibre (théorie du portillon) • Diminution de l'œdème (voir les modalités de compression) Note : Ces effets peuvent être combinés à ceux des agents thermiques selon la température de l'eau choisie (voir les modalités thermiques)
Technique de drainage lymphatique	Phases : • Aiguë • Subaiguë Effet analgésique : • Immédiat et de courte durée	• Idem aux modalités de compression • Blocage des signaux douloureux au niveau spinal par la stimulation des fibres afférentes de gros calibre (théorie du portillon), lorsque réalisé sous forme de massage

Massothérapie	Phases : • Aiguë • Subaiguë • Chronique (rarement) Effet analgésique : • Immédiat et de courte à moyenne durée (massage profond)	• Idem à drainage lymphatique • Activation du contrôle endogène par les centres supérieurs (↓stress) par un massage superficiel • Libération d'endorphines et d'énképhalines par activation des CIDN par contre-irritation (massage profond) • Diminution de l'activation des nocicepteurs locaux par le relâchement des tensions musculaires (↓excitabilité des neurones moteurs et donc ↓ischémie musculaire) et l'évacuation des agents chimiques irritants • Facilitation du processus de guérison : apport d'oxygène et nutriments dans les tissus par l'augmentation de la circulation <i>Une revue systématique (groupe Cochrane) pour les douleurs lombaires a conclu que le massage peut présenter une efficacité, pour les conditions lombaires subaiguës et chroniques, lorsque combiné à l'exercice et à l'éducation [37].</i>
Modalités thermiques • Enveloppements chauds • Glace • Etc.	Phases : • Aiguë • Subaiguë • Chronique (rarement) Effet analgésique : • Immédiat et de courte durée	Froid : • Prévention des dommages hypoxiques secondaires par diminution du métabolisme cellulaire • Libération d'endorphines et d'énképhalines par l'activation des CIDN par contre-irritation • Ralentissement de la conduction nerveuse • Diminution de l'œdème (voir les modalités de compression pour les effets) Chaud : • Augmentation du métabolisme cellulaire (action sur la guérison tissulaire) • Augmentation de l'extensibilité des tissus Les deux : • Augmentation de l'apport en oxygène et nutriments aux tissus par modification de la vascularisation • Diminution de l'activation des nocicepteurs locaux par diminution des spasmes musculaires et évacuation des agents chimiques irritants

Modalités électro-thérapeutiques • Ultrasons • Neurostimulation électrique transcutanée (TENS) • Courants dyadynamiques • Courant interférentiel • Laser • Micro-courant • Haut voltage • Appareil à rétroaction musculaire Modalités mécaniques • Stimulations vibratoires de basses fréquences • Etc.	Phases : • Aiguë • Subaiguë • Chronique (certaines des modalités selon les besoins) Effet analgésique : • Immédiat à court, moyen ou long terme selon certaines modalités ou les paramètres choisis (ex. : TENS, courant interférentiel) • Certaines modalités n'ont aucun effet analgésique immédiat. La douleur diminuera par l'installation de la guérison (ex. : ultrasons, biofeedback, etc.)	Les modes d'action seront différents selon la modalité [32, 38, 39]. Voici en résumé certains mécanismes possibles : • Diminution de l'œdème (voir les modalités de compression pour les effets) • Libération d'endorphines et d'énképhalines par l'activation des CIDN par contre-irritation • Diminution de l'activation des nocicepteurs locaux par le relâchement des tensions musculaires et évacuation des agents chimiques irritants • Blocage des signaux douloureux au niveau spinal par stimulation des fibres afférentes de gros calibre (théorie du portillon) • Modification des propriétés viscoélastiques du tissu collagène • Normalisation de la biomécanique du mouvement et du recrutement musculaire (↓le stress sur les tissus et ↓éventuelle de l'activation des nocicepteurs locaux) • Facilitation du processus de guérison : ○ Libération de facteurs de croissance ○ Rétablissement du potentiel électrique des cellules endommagées ○ Augmentation de la production d'ATP ○ Augmentation des échanges ioniques transmembranaires ○ Augmentation de la vascularisation  <i>Les évidences scientifiques sont limitées pour l'efficacité purement analgésique de plusieurs de ces modalités au-delà d'un soulagement à court terme. Ces agents sont donc plus efficaces lorsqu'utilisés en complément avec un programme dont l'emphase est centrée sur des exercices, du renforcement, des mobilisations et de l'éducation [37].</i> Concernant le TENS : Le TENS a un effet analgésique qui diminue avec une utilisation quotidienne [6]. Il est donc pertinent de varier les paramètres de cette modalité (de même que des différentes modalités à visée analgésique). Il a été démontré que la caféine, à un dosage de 200 mg (comparable à 2 cafés), bloque complètement l'effet analgésique du TENS sur la douleur expérimentale chez l'humain [6]. Ainsi, il peut être très pertinent de se questionner sur le mode de vie des clients, notamment l'alimentation, lorsque l'effet des traitements est mitigé. De plus, toujours en lien avec le TENS, un questionnement est soulevé quant à une interaction possible entre les médicaments opiacés et le TENS. Ces interactions restent à démontrer chez l'humain. Cependant, il pourrait y avoir un effet de tolérance croisée entraînant une diminution de l'efficacité du TENS par les opiacés et vice-versa [6]. Ces données soulèvent l'importance de bien coordonner l'utilisation des approches pharmacologiques et non pharmacologiques dans le traitement de la douleur.
---	---	--

Thérapie manuelle • Mobilisations articulaires / neurales • Mobilisations des tissus mous • Techniques myofasciales • Etc.	Phases : • Subaiguë • Chronique Effet analgésique : • Immédiat et de courte durée pour certaines techniques • Pour d'autres techniques, l'effet sera indirect, et s'installera progressivement. Il devrait se maintenir dans le temps	• Blocage des signaux douloureux au niveau spinal par stimulation des fibres afférentes de gros calibre (théorie du portillon) • Diminution de l'activation des nocicepteurs locaux par le relâchement des tensions musculaires (↓ excitabilité des neurones moteurs et donc ↓ ischémie musculaire) • Correction des facteurs (raideurs/adhérences articulaires et musculaires, etc.)/normalisation de la biomécanique du mouvement contribuant au maintien de la douleur Note : Certaines études démontrent une diminution de douleur aux articulations lésées suite à des mobilisations des articulations saines, suggérant ainsi des mécanismes d'inhibition centrale [37]. <i>Des évidences supportent l'utilisation de mobilisations ou manipulations combinées aux exercices pour les douleurs cervicales. Il n'y aurait pas d'amélioration significative avec l'utilisation unique de mobilisations ou manipulations [37]. Cette pratique est également supportée pour les conditions lombaires aiguës et chroniques. De plus, certaines évidences supportent l'utilisation des mobilisations périphériques pour différentes conditions telles que l'ostéo-arthrite du genou [37]; En bref, tout comme l'utilisation des agents électro-thérapeutiques, le niveau d'évidence pour l'utilisation en solo de la thérapie manuelle et du massage est relativement limité. Ces agents devraient donc être utilisés comme des adjuvants thérapeutiques en complémentarité à un programme d'exercices et de l'éducation [37].</i>
Utilisation des aiguilles sous le derme (UASD)	Phases : • Subaiguë • Chronique Effet analgésique : • Augmentation possible de la douleur suite au traitement (jusqu'à 36 heures). Le soulagement s'installe progressivement	<i>Il s'agit d'une pratique émergente, différente de l'acupuncture, qui s'appuie sur des connaissances modernes d'anatomie et de pathophysiologie neuro-musculo-squelettique, délivrée par des physiothérapeutes certifiés. Elle est indiquée pour l'inflammation locale subaiguë et chronique de toute lésion musculo-squelettique [62].</i> • Blocage des signaux douloureux au niveau spinal via stimulation des fibres afférentes de gros calibre par la ponction de l'aiguille (théorie du portillon) • Libération d'endorphines et d'énképhalines via l'activation des CIDN par contre-irritation • Diminution de l'activation des nocicepteurs locaux par divers mécanismes dont le relâchement des points de tensions myofasciaux • Activation du processus de guérison au site de ponction par la réactivation d'une réponse inflammatoire

	par la suite	locale et libération de substances favorisant la guérison tissulaire ! <i>L'utilisation des aiguilles sous le derme n'est pas une modalité unique en soi, elle doit être utilisée en complémentarité avec un programme de rééducation de la condition douloureuse. Elle a pour but d'agir sur les signes et symptômes inflammatoires afin de les atténuer. Elle agit ainsi sur les facteurs qui contribuent à la condition douloureuse du client.</i>
Utilisation d'aides techniques, orthèses, etc.	Phases : • Aiguë • Subaiguë • Chronique Effet analgésique : • Immédiat et de courte durée • Effet analgésique qui s'installe progressivement et qui devrait se maintenir dans le temps	• Diminution de l'activation des nocicepteurs locaux par diminution du stress imposé sur les structures lésées ou susceptibles d'être lésées par des compensations • Activation de l'inhibition des centres supérieurs par la reprise des habitudes de vies antérieures (sentiment de contrôle, autonomie, etc.) • Reprogrammation des circuits neuronaux à divers niveaux du système nerveux et maintien de la représentation des aires corticales

Modalités en voie de développement actuellement

- Stimulations magnétiques ou électriques transcrâniennes;
- Neuro-modulation au niveau spinal.

Des recherches sont actuellement en cours sur ces modalités. Elles pourraient être disponibles à moyen terme, au niveau des centres surspécialisés (cliniques de douleur, IRDPQ) et des références pourraient alors être considérées selon les clientèles.



Les stimulations magnétiques transcrâniennes ont été démontrées efficaces pour diminuer la douleur post-AVC ainsi que pour les blessés médullaires à long terme [40].

Les stimulations électriques transcrâniennes ont été démontrées efficaces pour la douleur neuropathique chez les clients blessés médullaires [41].

La neuro-modulation a été démontrée efficace pour le soulagement des douleurs neuropathiques au niveau lésionnel et radiculaire chez les blessés médullaires pour les lésions incomplètes [42].

Modalités actives



Qu'est-ce qu'une modalité active?

Dans ce guide, le terme modalité active signifie que le client joue une grande part dans l'application de la modalité. Sa pleine participation est nécessaire; elle sollicite et engendre un travail physique et psychologique de sa part.

Le tableau de la page suivante présente les principales modalités actives. Ces modalités sont souvent utilisées en phase subaiguë et chronique, et parfois en phase aiguë. La proportion d'utilisation de ces modalités devrait augmenter en évolution vers une phase chronique (vous référez à la figure 9 sur les proportions des modalités selon la phase de douleur).

Tableau 13 : Les modalités physiques non pharmacologiques actives

Modalités	Phase	Mécanisme d'action sur la douleur
Rééducation posturale globale	Phases : • Subaiguë • Chronique Effet analgésique : • Effet analgésique indirect qui s'installe progressivement au cours des semaines et qui devrait se maintenir dans le temps • Effet analgésique immédiat et à court terme possible	• Correction des facteurs (raideurs articulaires/musculaires, faiblesses, etc.) qui contribuent au maintien de la condition douloureuse (↓ éventuelle de l'activation des nocicepteurs locaux); • Augmentation de l'apport d'oxygène aux tissus par des respirations profondes; • Activation de l'inhibition par les centres supérieurs par l'état de relaxation amené par les respirations diaphragmatiques.
Conditionnement physique cardio-vasculaire général	Phases : • Aiguë (utilisation des membres sains à distance de la lésion) • Subaiguë • Chronique Effet analgésique : • Immédiat et de courte durée	• Blocage des signaux douloureux au niveau spinal par stimulation des fibres afférentes de gros calibre (théorie du portillon); • Activation de l'inhibition par les centres supérieurs via action sur les diverses sphères du modèle biopsychosocial (sentiment de contrôle, diversion, ↓ anxiété et stress, meilleur sommeil et humeur, etc.); • Augmentation en oxygène et nutriments aux tissus par l'augmentation de la circulation sanguine; • Libération d'endorphines et d'énképhalines par l'activation des contrôles inhibiteurs diffus induits par des stimulations nociceptives (CIDN). Il est cependant à noter que le soulagement de la douleur par la libération d'endorphine en lien avec l'activité physique est controversé dans la littérature scientifique. La libération d'endorphine n'est pas le seul mécanisme relié à l'activité physique pouvant produire une hypoalgésie. Divers mécanismes d'hypoalgésie post-exercices sont explorés actuellement par la recherche.

- Effet analgésique indirect qui s'installe progressivement et devrait se maintenir



Quelques données sur l'exercice physique :

L'augmentation progressive de l'activité physique est associée à une réduction des douleurs [32].

Il est démontré qu'un programme d'exercices régulier diminue de façon significative la douleur chez les clients blessés médullaires [43].

Une étude démontre qu'un entraînement synchronisé de groupe augmente davantage le seuil de la douleur en comparaison avec un entraînement individuel [44]. Cet élément peut appuyer une réflexion sur la pertinence de mettre en place des séances d'entraînement aérobique de groupe, notamment chez la clientèle présentant de la douleur persistante.

Les exercices de renforcement isométrique procurent une hypoalgésie, chez les sujets sains, qui serait induite autant par des exercices de faibles que de hautes intensités et ne dépend pas de l'état de fatigue. Toutefois, pour les exercices de faibles intensités, l'hypoalgésie serait plus importante lorsque la contraction est maintenue jusqu'au point d'épuisement [37].

Données en lien avec une libération d'endorphines induite par l'activité physique (sujets sains):

Certaines études soulignent qu'une libération significative d'endorphine, chez les sujets sains, serait en lien avec la durée et l'intensité de l'exercice. Par exemple, de 15 à 25 minutes à 80 % du VO₂ max, ou encore 30 minutes à 60 % du VO₂ max. [45]. De plus, la notion de régularité aurait également des effets bénéfiques et cumulatifs pour l'hypoalgésie induite par l'exercice.

Et chez les sujets en douleur :

Les évidences sont alors moins claires. Il semblerait que les individus avec douleur chronique auraient également une hypoalgésie après un exercice aérobique intense. Toutefois, comme cette intensité est souvent impossible chez cette clientèle, des exercices de faibles intensités sont tout de même recommandés. De plus, certaines études indiquent la possibilité que les personnes en douleur présentent des réactions physiologiques différentes de la population saine, notamment un seuil plus bas pour une libération significative d'endorphines, ce qui permettrait une hypoalgésie avec des exercices de moindre intensité. [37]

		<i>Chez cette population, la réponse suite à l'essai d'un exercice ne prédit pas nécessairement la réponse à long terme. Il arrive souvent de noter une augmentation des douleurs après le premier essai d'exercices. Toutefois, une diminution des symptômes douloureux peut se manifester après une participation régulière.</i>
Exercices de rééducation spécifiques • Renforcement/stabilisation musculaire • Exercices posturaux • Assouplissement • Proprioception	Phases : • Aiguë • Subaiguë • Chronique Effet analgésique : • Immédiat et de courte durée • Effet analgésique qui s'installe progressivement au cours des semaines et qui devrait se maintenir dans le temps	• Libération d'endorphines et d'enképhalines par l'activation des CIDN si réalisée de façon intense et prolongée tel que mentionné au point précédent; • Blocage des signaux douloureux au niveau spinal par stimulation des fibres afférentes de gros calibre (théorie du portillon); • Stimulation de l'inhibition par les centres supérieurs par son action sur les diverses sphères du modèle biopsychosocial (sentiment de contrôle, diversion, etc.); • Augmentation de l'apport en oxygène aux tissus par l'augmentation de la circulation sanguine; • Correction raideurs articulaires/musculaires, faiblesses, etc./normalisation de la biomécanique de mouvement contribuant au maintien de la condition douloureuse (↓éventuelle de l'activation des nocicepteurs locaux). ! Augmentation de douleur possible à court terme (pendant ou après la réalisation de certains exercices). Cela ne devrait pas nécessairement être un critère d'arrêt. Les professionnels devront juger de l'irritabilité de la condition et adapter l'intensité et le type d'exercices.
Exercices respiratoires (respiration diaphragmatique)	Phases : • Subaiguë • Chronique Effet analgésique : • Idem à rééducation posturale globale	Idem à rééducation posturale globale ! Les exercices respiratoires sont utiles, notamment pour les clients dont l'anxiété contribue à la douleur.
Thérapie par imagerie motrice	Phases : • Subaiguë • Chronique Effet analgésique : • Effet analgésique qui s'installe	• Action sur la reprogrammation des circuits neuronaux à divers niveaux du système nerveux impliquant notamment les aires corticales de schéma corporel.  Efficacité démontrée principalement pour les douleurs fantômes (amputés) et le syndrome douloureux

	progressivement au cours des semaines et qui devrait se maintenir dans le temps	<i>régional complexe</i> [46]. Le niveau d'évidence est à préciser pour les autres conditions douloureuses. Butler [47] encourage toutefois l'utilisation de cette thérapie pour tout type de douleur pouvant être relié à un phénomène de sensibilité du système nerveux, compte tenu de son action sur la reprogrammation de ce système.
--	---	--

D'autres approches peuvent être intéressantes dans les modalités physiques non pharmacologiques, mais ne sont pas offertes en centre de réadaptation (ostéopathie, acupuncture, réflexologie et autres médecines douces). Elles ne sont donc pas abordées en détail dans ce guide. Cependant, une référence vers ces approches peut être considérée selon les besoins du client.



Des études appuient l'utilisation de l'acupuncture, notamment pour diminuer la douleur neuropathique chez la clientèle blessée médullaire [48].

De plus, certaines formes d'exercices dans la communauté peuvent être favorables avec la clientèle en douleur. Par exemple, le yoga qui incorpore des techniques de respiration profonde, d'assouplissement et de contrôle musculaire, favorise la relaxation mentale et musculaire et pourrait être considéré chez un client pour qui ces facteurs sont des enjeux importants [32]. Cependant, ces approches ne devraient pas remplacer, dédoubler ou nuire aux modalités de réadaptation, mais plutôt y être complémentaire, dans un esprit de partenariat.

4.4.4 Modalités touchant aux connaissances, au comportement et aux cognitions

Cette section présente une synthèse non exhaustive des modalités pouvant avoir un impact sur les connaissances, le comportement ainsi que les cognitions. Ce sont les modalités qui prendront de plus en plus de place dans un plan d'intervention interdisciplinaire face à une condition douloureuse qui évolue vers une chronicité (voir la figure 9 sur l'évolution des modalités). Par leur nature, puisqu'elles touchent aux apprentissages et aux habiletés d'autogestion, elles rejoindront souvent les autres modalités, ce qui les amène à devenir le cœur des interventions.

Les modalités présentées dans cette section doivent être envisagées comme des modalités qui évoluent souvent en parallèle, de façon interdisciplinaire et complémentaire, selon la condition et les besoins du client. Toute l'équipe collabore dans l'utilisation de ces modalités. Il n'y a généralement pas d'ordre préétabli dans leur choix ou leur application. Il est cependant important, et ce dès le début de suivi, de cibler et traiter les conditions associées de nature psychologique (dépression, anxiété).



Il est démontré dans la littérature que le fait de présenter des symptômes dépressifs est un prédicteur important de résultats pour les interventions en douleur. Il s'agit donc d'un élément important à cibler et à adresser dès la phase de douleur aiguë ou en début de démarche [49].

Toutes les modalités présentées dans les sections suivantes sont soutenues par un modèle d'apprentissage et sont donc en lien avec une approche éducative. Elles permettent ainsi l'intégration des apprentissages dans le quotidien, notamment par l'apport d'un accompagnement éducatif.

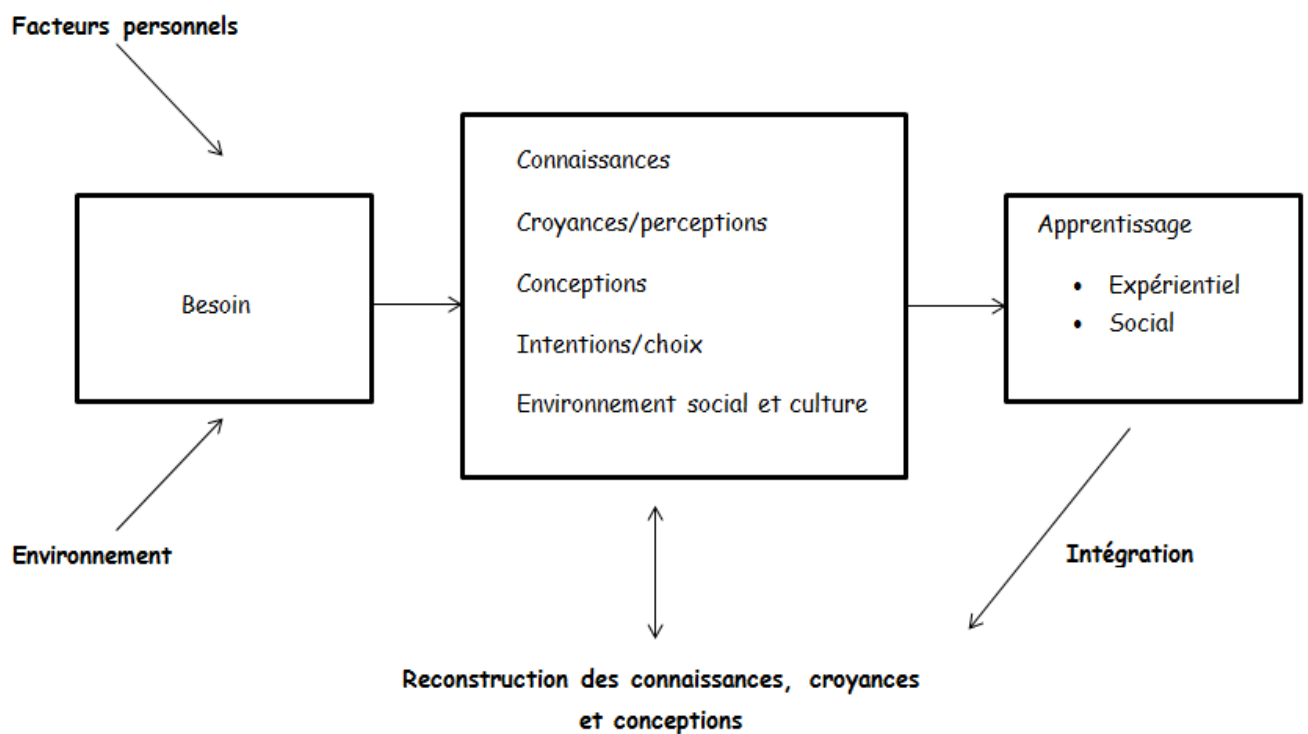
L'apprentissage en problématique de douleur

Le fait que nous apprenons tout au long de notre vie peut paraître évident. Néanmoins, les apprentissages que nous retirons dépendent des situations que nous expérimentons [50]. Or, pour la personne en problématique de douleur, sa nouvelle situation de vie suscite des ajustements qui requièrent des apprentissages. Tout au long du processus de réadaptation, les intervenants œuvrant auprès d'un client présentant des douleurs contribuent aux apprentissages en lien avec cette condition, toujours selon le niveau de compréhension du client envers sa problématique et en s'adaptant à sa situation et à ses besoins.

L'apprentissage qu'une personne retire d'une activité sera déterminé selon sa perception de la situation, ses intentions et son choix d'actions. Il sera également

influencé par les interactions sociales et les références culturelles de la personne, et même, davantage ancré en fonction de celles-ci [50]. Par conséquent, « pour être innovantes et inclusives, les stratégies en matière d'apprentissage et d'éducation doivent tenir compte de tous les lieux où s'effectue l'apprentissage : au travail, au sein de la communauté, en famille, et dans le cadre de la vie sociale et civique » (Unesco, 2013).

Figure 14 : L'apprentissage en problématique de douleur



Inspiré en partie de Butler, D. L. (2005). L'autorégulation de l'apprentissage et la collaboration dans le développement professionnel des enseignants. *Revue des sciences de l'éducation*, 31(1), p.58.

Certains apprentissages requièrent plusieurs types d'interventions à plus d'une reprise durant tout le processus, peu importe la phase de douleur où se situe le client. Une base aux apprentissages peut se constituer par un processus de transfert de connaissances. Par exemple, plusieurs informations de base peuvent être données, après consensus, par un ou quelques intervenants de l'équipe interdisciplinaire, selon leur disponibilité et leur champ d'expertise. De plus, elles peuvent être supportées par la remise de documents écrits ou imagés représentatifs (soit des documents maison, ou provenant d'organismes externes, tel que, par exemple, l'Association québécoise de la douleur chronique (AQDC)). Par ailleurs, plusieurs outils d'enseignement sont disponibles (voir annexe 10).

Cependant, pour qu'il y ait un **réel apprentissage**, le client doit pouvoir s'approprier ces connaissances, par exemple par un processus d'apprentissage expérientiel et social. Un transfert d'informations par un ou des intervenants est donc une base, mais est bien souvent insuffisant : pour qu'il y ait apprentissage, le client doit pouvoir expérimenter et faire le lien avec son environnement social. De plus, pour un réel apprentissage, le contenu doit répondre à un besoin bien ressenti.

Il est donc primordial de s'assurer que le client intègre les apprentissages dans la réalisation de ses activités quotidiennes. Ainsi, les intervenants qui travaillent à développer les capacités par le biais des activités significatives du client sont des acteurs importants à ce niveau. Notons ici que l'accompagnement éducatif constitue une modalité de choix pour supporter le client dans un apprentissage expérientiel et dans une intégration dans le quotidien. Cette modalité optimise la maîtrise et l'utilisation des connaissances et stratégies. Tous les apprentissages soutiennent le développement de la capacité d'autogestion du client.



Faire de la psychoéducation, c'est quoi?

*Tout intervenant peut être appelé à faire de la psychoéducation en fonction du rôle qu'il joue auprès de la personne. Les séances de psychoéducation dépendent des besoins de chacun et comprennent une dimension **pédagogique** (information scientifique ou pertinente sur le trouble et ses manifestations), une dimension **psychologique** (écoute empathique, soutien) et une dimension **comportementale** (conseils pratiques ou enseignements issus de l'expérience ou des données probantes pour mieux vivre avec le trouble).*

Les domaines d'apprentissages en problématique de douleur

À titre d'exemple, des apprentissages sont souvent requis dans les domaines suivants :

- la neurophysiologie de la douleur
- la biomécanique corporelle et les mouvements fonctionnels
- la pathologie;
- l'activité aérobique et le conditionnement physique
- les effets positifs de l'exercice sur la douleur
- la gestion des symptômes
- le pronostic de récupération
- la prise adéquate de la médication (indications, bénéfices, effets secondaires, interactions avec d'autres produits, etc.)
- Techniques de :
 - relaxation
 - distanciation cognitive
 - respiration
- l'hygiène de vie (sommeil, alimentation, ...)
- les pensées intrusives
- les distorsions cognitives
- les pensées et les émotions
- la gestion de la fatigue et de l'énergie
- la gestion des activités
- l'anatomie
- la posture et l'hygiène posturale



Quelques données probantes...

La littérature scientifique supporte les approches éducatives face à une problématique de douleur [15, 51, 52, 53].

*Notamment, des impacts positifs ont été démontrés (amélioration des cognitions sur la douleur, des attitudes, des croyances ainsi que des performances physiques) suite à de l'éducation sur la neurophysiologie de la douleur [52,53]. Ce type d'intervention est donc une base intéressante, mais il est aussi démontré que d'autres modalités doivent y être alliées pour obtenir un changement sur la **perception de l'incapacité** (intégration expérientielle et sociale, etc.).*

*Donc, l'éducation sur la neurophysiologie de la douleur est supportée par la littérature. Il n'est cependant pas recommandé, voir carrément déconseillé, d'axer sur une éducation **uniquement anatomique** (par exemple, l'anatomie du dos pour les problématiques de douleurs lombaires), car cela peut entraîner des impacts négatifs, notamment parce que ce type d'intervention peut axer l'attention sur une perception de fragilité des structures anatomiques [52].*

Les interventions en groupe peuvent avoir des effets très intéressants sur le processus d'apprentissages et de réadaptation, notamment : *Restauration d'interactions sociales, qualité du soutien mutuel, cohésion, apprentissage par partage d'expériences ou par imitation (modelling), validation de l'expérience du patient par comparaison au vécu des autres participants.* Il s'agit donc d'une modalité à envisager (groupes de connaissances et autres) [7].

Techniques de base pour les interventions face à une problématique de douleur

Voici quelques exemples de techniques ciblées par le comité d'élaboration comme étant un choix de modalités efficaces en problématique de douleur dans le contexte du CRDP-CA, selon les besoins du client. Ces techniques sont présentées sur un mode interdisciplinaire. Vous référez à l'annexe 7 pour prendre connaissance en détail des approches en psychologie préconisées lors d'une problématique de douleur.

Valider et normaliser l'expérience du client

La douleur, qu'elle soit aiguë ou chronique, est souvent accompagnée de détresse psychologique. L'intensité et la perception de la douleur s'en trouvent alors accentuées, ce qui peut conduire à l'adoption de comportements plus ou moins adaptés (stratégies d'évitement, de fuite ou de contrôle). Ce faisant, la personne peut alors ressentir qu'elle se trouve embourbée, inadéquate ou confuse.

Valider et normaliser l'expérience du client permet de conforter la personne face à ses ressources personnelles. Cela consiste, pour l'intervenant, à reconnaître que compte tenu de son historique, le vécu actuel de la personne fait sens. Il s'agit d'exprimer notre compréhension de la situation actuelle du client et de reconnaître la détresse qui l'accompagne de manière à ce qu'il se sente accueilli, accepté, adéquat et entier. L'intervenant valide le ressenti de la personne en faisant ressortir qu'il est normal et acceptable de ressentir ce qu'elle ressent et de faire ce qu'elle fait.

Cela se fait par l'adoption d'une attitude empreinte de compassion. L'intervenant fera preuve d'écoute active et d'empathie. Il utilisera les reflets du discours et proposera certaines interprétations du langage non verbal de la personne, prenant soin de vérifier auprès d'elle que ces interprétations correspondent à son vécu. Il normalisera les craintes et les appréhensions de la personne, lui témoignera son soutien, l'accueillera dans sa détresse sans toutefois chercher nécessairement à la réconforter. Il ne s'agit pas en effet de chercher nécessairement à soulager cette souffrance ou de manipuler la réalité pour la rendre momentanément plus acceptable - « ne vous en faites pas, ce n'est pas si grave, ça va passer ». Il s'agit plutôt de démontrer notre compréhension de la situation. Cette approche jettera les bases à la création d'une alliance thérapeutique propice au changement. Elle deviendra l'assise sur laquelle la personne pourra donner, conjointement avec l'intervenant, une orientation nouvelle à son processus de réadaptation et favoriser la formulation d'objectifs davantage fonctionnels.

Linehan [54] propose six niveaux de validation de l'expérience du client :

- 1- *Prêter toute son attention à ce que le client dit*, en faisant preuve d'écoute, d'accueil et d'empathie;
- 2- *Refléter ce que le client dit*, par exemple en utilisant la reformulation ou en proposant un résumé des échanges ayant eu lieu lors de la rencontre;
- 3- *Proposer des interprétations du langage non verbal*, par exemple en soulignant verbalement une attitude qui semble empreinte de tristesse, *ou des sous-entendus présents dans le discours*, soit en soulignant verbalement le sentiment implicite que le client souffre d'isolement conséquemment à sa situation;
- 4- *Valider le ressenti du client*, par exemple en faisant ressortir qu'il est en tout temps normal et acceptable de ressentir ce qu'il ressent;
- 5- *Valider l'historique du client*, en reconnaissant le vécu émotionnel qui y est attaché, tout en se gardant toutefois de valider l'idée que cet historique puisse compromettre le changement;
- 6- *Valider la personne*, en prenant soin de distinguer ce qu'il est (acceptable tel qu'il est) de ce qu'il vit (situation problème).

Renforcement des comportements du client



On parle de **renforcement** lorsque la conséquence qui suit un comportement tend à faire augmenter la fréquence de celui-ci.

Le renforcement est le processus **le plus efficace** de changement du comportement. L'attention que l'on porte à quelqu'un est généralement le renforçateur naturel le plus puissant, en autant que cette attention soit prodiguée de façon authentique. Aussi, pour qu'une conséquence soit renforçante, elle doit être contingente au comportement c'est-à-dire venir simultanément ou immédiatement après celui-ci. Par ailleurs, une même conséquence pourra être source de renforcement positif pour un individu et de punition pour un autre – par exemple pour l'un, un compliment sera perçu comme positif et augmentera la probabilité du comportement renforcé alors que pour l'autre, ce même compliment sera source de gêne.



Le **renforcement positif** désigne la procédure par laquelle la probabilité d'apparition d'un comportement, souhaité ou non, tend à augmenter suite à l'ajout (+) d'une conséquence. Par exemple, l'attention, les félicitations ou les encouragements qui consolident le client dans ses efforts et l'amènent à se mobiliser davantage. Par contre, l'argumentation de l'intervenant qui augmente les résistances du client au traitement, constitue un exemple de **renforcement positif non souhaité**.



Le **renforcement négatif** est la procédure par laquelle la probabilité de fréquence d'apparition d'un comportement tend à augmenter suite au retrait (-) d'une conséquence. Par exemple, l'évitement d'une situation qui fait disparaître un état anxieux et rend plus probable l'évitement ultérieur; la sieste ou la prise de médication qui fait s'apaiser la douleur et qui rend plus probable à l'avenir ces mêmes comportements.

Recadrage

Le recadrage est une intervention visant à amener la personne à considérer une situation d'un autre point de vue et ainsi lui permettre de donner un autre sens à son expérience. Le sens de l'expérience étant changé, les réactions seront modifiées du point de vue des pensées et pourront éventuellement se concrétiser au niveau du comportement. Le recadrage porte généralement sur les croyances à propos d'une situation, son contexte d'apparition ou sur les valeurs qui le détermine ou le renforce.

Il ne s'agit pas d'argumenter, de convaincre ou de confronter le client puisque ces comportements ont plutôt tendance à augmenter davantage les résistances face aux traitements ou aux changements souhaités par l'intervenant. Il s'agit plutôt d'introduire de nouvelles données aux croyances de base ou de suggérer de nouvelles représentations ou significations à un événement afin d'amener le client à cheminer vers une compréhension mieux adaptée de sa situation.



De façon régulière, tous les intervenants peuvent être appelés à effectuer du recadrage, particulièrement dans la réalisation des activités significatives. Par exemple, si une personne croit être incapable de faire toutes activités qui impliquent le maintien d'une posture spécifique (ex. : posture accroupie), l'intervenant pourrait questionner le client de cette façon : Avez-vous déjà pensé à faire ces activités en adoptant une posture différente ou en utilisant un accessoire tel que ...? Qu'est-ce que vous croyez qui arrive dans votre corps lorsque vous adoptez cette posture? Quel est le risque que vous courez lorsque vous adoptez cette posture? L'intervenant peut aussi introduire des faits scientifiques ou des exemples tirés d'expériences cliniques antérieures afin de soutenir son recadrage. Tout ça dans le but de modifier les croyances du client en lien avec sa condition.

Exposition

Traditionnellement appliquées en psychothérapie au niveau des troubles anxieux, les techniques d'exposition reposent sur le mécanisme d'habituation. Il s'agit d'amener la personne à expérimenter la diminution de sa peur ou de toute autre sensation, émotion ou pensée face à la situation problématique autrement que par l'évitement. En effet, l'évitement soulage souvent à court terme la sensation indésirable mais la renforce à long terme. L'exposition se fait généralement de façon progressive.

L'exposition graduelle aux activités susceptibles d'induire de la douleur (ou la crainte de son apparition) peut être réalisée de façon interdisciplinaire. L'exposition s'accompagne souvent d'une démarche psychoéducative d'informations visant à « décatastropher » la situation et les appréhensions initiales de la personne. Il est important que le client comprenne la nature cyclique de la plupart des conditions de douleur, c'est-à-dire que la condition peut varier au courant de la journée peu importe le niveau d'activités. L'augmentation des douleurs aura alors moins de chance d'être interprétée comme un signe de danger face à une reprise d'activités. Dans l'exemple d'une condition de douleur persistante, il s'agira d'explorer avec la personne ses propres représentations autour de la douleur, en lui donnant, si nécessaire, des informations objectives sur les mécanismes de la douleur et, selon le cas, en lui exposant l'absence de danger que constitue par exemple, la mise en action. La reprise d'activités pourra alors être soutenue par un accompagnement direct ou sa planification graduelle à l'horaire. Elle intégrera également, selon le cas, les principes d'activation comportementale (voir la section sur l'activation comportementale page 108).



Qu'est-ce que l'évitement?

L'évitement consiste à ne pas faire face à une situation en raison de la crainte qu'elle inspire. Un comportement a fonction d'évitement lorsqu'il vise à modifier la forme, la fréquence ou encore l'intensité d'une expérience (situation, sensation physique, émotion, pensée etc.). Le comportement d'évitement renforce la peur liée à l'expérience. L'évitement va le plus souvent résulter en l'augmentation de l'importance et de la fréquence de l'expérience évitée et en la diminution de la réalisation des habitudes de vie. Ainsi, plus la personne évite sa peur, plus elle l'aggrave. En effet, son comportement d'évitement lui confirme, à chaque fois, que l'angoisse est moindre en fuyant la situation qu'en l'affrontant. À terme, la personne a de moins en moins la possibilité de réagir autrement que par ses stratégies d'évitement.

Les comportements d'évitement s'associent aux pensées catastrophiques, aux émotions négatives et à l'hypervigilance dans le contexte de la douleur persistante.

Activation comportementale



L'activation joue un rôle proéminent dans l'approche comportementale. L'efficacité des techniques d'activation comportementale est supportée par un corps imposant de recherche. L'activation comportementale repose sur le concept fondamental de renforcement.

Dans la problématique de la douleur persistante, cette dernière éloignera graduellement la personne de ses sources habituelles de renforcements positifs (le travail, les sports, les loisirs ou autres) et augmentera l'occurrence de comportements dont la conséquence est le renforcement négatif (comportements orientés vers le contrôle excessif de la douleur ou l'évitement des activités potentiellement douloureuses). Avec l'évolution de la condition douloureuse, c'est le répertoire comportemental entier de la personne qui se trouvera modifié. Cela risque, à plus long terme, de maintenir la personne dans une problématique chronique.

L'intervention centrale de l'activation comportementale est l'activation directe, qui se distingue d'une simple remise en action. L'activation comportementale vise à favoriser la planification et la réalisation d'activités permettant à la personne d'entrer en contact avec des sources diversifiées et stables de renforcement positif. Le choix des activités à l'agenda ne sera pas uniquement déterminé par la notion de plaisir, mais s'appuiera sur les valeurs de la personne. Plusieurs des activités planifiées pourront ainsi revêtir de

prime abord une connotation désagréable. Leur réalisation demandera souvent d'abandonner les comportements adoptés en réaction à la douleur, et dans lesquels la personne trouve un soulagement temporaire. Afin d'obtenir des résultats significatifs et durables, les activités devront être déterminées par les valeurs de la personne, ou par des objectifs en lien avec ces valeurs. Pour être réellement efficace, l'activation comportementale devra donc prendre place à l'intérieur d'un processus global de prise de conscience et de changements.

Il est possible de distinguer quatre formes d'activation, de la plus simple à la plus complète. À noter que les formes 3 et 4 sont les plus significatives, celles qui permettent d'atteindre des résultats durables. Les deux premières formes ne sont cependant pas à évacuer d'emblée, car avec certains clients, il est nécessaire de débiter par les niveaux 1 et 2 :

- 1- **Activation simple** : on s'engage dans une activité parce que cela nous l'a été demandé, ou parce qu'il s'agit d'un prérequis à d'autres catégories d'activation (ex. : se lever à une heure prédéterminée);
- 2- **Activation basée sur la notion de plaisir** : on s'engage dans une activité parce qu'elle est plaisante (ex. : jouer au billard, lire un livre, écouter de la musique);
- 3- **Activation fonctionnelle** : on s'engage dans une activité parce qu'elle est davantage adaptée ou nécessaire (ex. : remplacer la sieste de l'après-midi par une marche, faire une activité le matin plutôt que l'après-midi, faire mon budget, préparer le repas, aller travailler);
- 4- **Activation orientée par les valeurs (action engagée¹⁸)** : on s'engage dans une activité parce qu'elle est importante et signifiante pour nous (ex. : m'engager dans une activité bénévole non pas parce que mon intervenant me suggère de le faire et que cela sera certainement bon pour moi mais parce que fondamentalement cela correspond à ma valeur d'engagement social et répond à mon besoin de reconnaissance sociale et d'estime personnelle).

¹⁸ **Action engagée** : Issue des principes de psychothérapie ACT (acceptation and commitment therapy), l'action engagée réfère à la qualité de l'attention et l'intensité du niveau de conscience avec lesquelles une action est entreprise et exécutée. Ce niveau de conscience et cette qualité d'attention ne sont accessibles qu'en se référant aux valeurs qui animent notre action. L'action engagée s'avère ainsi indissociable des valeurs propres à l'individu.

Banque de stratégies de gestion de la condition douloureuse

Cette énumération représente un échantillon des diverses stratégies qui peuvent être mises en place selon le contexte, la phase de douleur, l'évolution, l'engagement et les besoins démontrés par le client. Elles ont été ciblées par le comité d'élaboration comme étant un choix de stratégies efficaces, de façon générale, pour la clientèle en réadaptation :

La planification d'activités adaptées et significatives (basée sur la technique d'activation comportementale, voir page 108)

Pour en faciliter l'intégration, le clinicien amène le client à choisir, planifier et réaliser graduellement certaines activités qu'il effectuait antérieurement, ainsi ce dernier présente plus facilement les habiletés et les ressources nécessaires. Ces activités sont intégrées dans l'horaire, idéalement sur une base quotidienne tout en demeurant réaliste. La fréquence, la durée et les exigences des activités sont analysées avec le clinicien en fonction des intérêts du client et de ses capacités. Lorsque le client présente des difficultés à réaliser les activités planifiées, le clinicien doit en investiguer les raisons et élaborer avec le client une stratégie visant l'assiduité. La réalisation effective des activités doit être soulignée et renforcée dans le but de refléter au client ses capacités réelles à terminer une activité, tout en normalisant les émotions liées à l'augmentation des symptômes et ainsi faciliter l'engagement.

Se concentrer davantage sur les bonnes journées

Il est important de noter qu'une bonne journée fait référence au niveau d'activités réalisé par le client et non au niveau de douleur ressenti. Il est recommandé de ne pas faire indiquer le niveau de douleur ressenti dans les horaires de vie pour éviter de mettre l'emphasis sur cet aspect.

Favoriser l'engagement dans l'activité significative

L'intervenant doit encourager son client à choisir la pratique d'activités significatives nécessitant un bon niveau d'attention. Lorsque la personne s'engage dans une activité significative, le focus sur la douleur prend moins de place. Par exemple, pour certaines personnes, la douleur ressentie sera moins importante lors d'une marche en forêt que dans le milieu clinique.

Développer une liste des activités redoutées

Demander au client d'établir une liste des activités qui ne sont plus réalisées à cause de la douleur et qu'il aimerait pratiquer à nouveau. Ensuite, le client évalue ses craintes hiérarchiquement. Progressivement des stratégies seront discutées et mises en place afin de désensibiliser le client à ses craintes.

Se fixer des buts

L'intervenant doit encourager et supporter son client à adopter une position proactive en ce qui concerne sa réintégration dans ses rôles interpersonnels, sociaux et professionnels malgré ses symptômes de douleur. Cela peut être une tâche difficile pour lui, car son sentiment d'efficacité personnelle (perception de ses capacités) est biaisé par l'intensité des douleurs ressenties. Souvent, il se perçoit en plus mauvaise condition qu'il ne l'est réellement.

Adapter les activités

Lorsque le client pense aux activités qu'il n'est plus en mesure de faire, il pense souvent à l'activité dans son ensemble. Un des moyens pour faciliter la reprise sera de la décomposer en petites unités afin de permettre au client de l'aborder avec plus de confiance (unité de temps ou de tâches). Une erreur qui est faite régulièrement par le client est de réaliser une activité jusqu'à ce que les symptômes de douleurs s'intensifient, ce qui permet alors à la douleur de contrôler son activité et de prendre toute la place. Idéalement, il faut amener le client à mieux percevoir les signes précurseurs à l'apparition ou l'intensification des symptômes douloureux et à s'arrêter au bon moment. Un autre moyen sera d'amener le client à faire une saine gestion de son énergie. Pour cela, de l'enseignement lui sera fait sur la répartition des tâches, les bonnes postures à adopter, la modification des modes opératoires (façons de faire), etc. Aussi, des stratégies seront élaborées avec le client pour l'aider à intégrer ses nouvelles connaissances dans son horaire occupationnel. Stratégiquement, en adaptant l'activité, le client complétera l'objectif fixé avec un sentiment d'accomplissement et de maîtrise, ce qui aura un impact sur le sentiment d'efficacité personnelle.

Introduire des attentes réalistes face à la performance (critères)

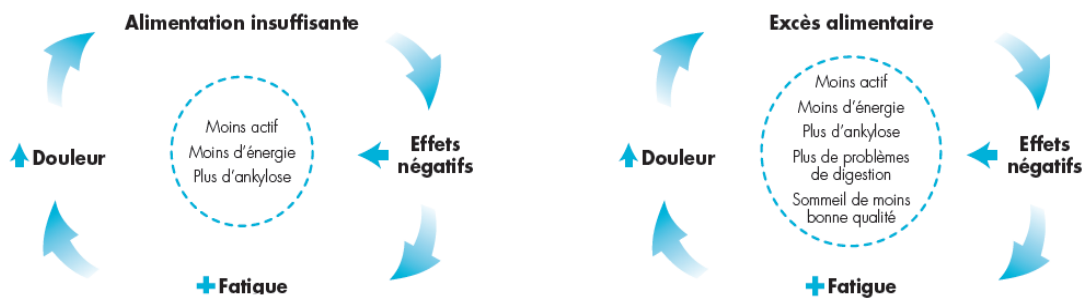
Pour beaucoup d'individus, une partie du plaisir obtenu dans la réalisation d'une activité n'est pas seulement associée à la pratique de l'activité comme telle, mais également en fonction d'un certain niveau de performance. Pour certains, toute performance sous le critère défini est considérée comme une déception ou un échec. Le but du clinicien sera d'opérer des changements au niveau de ces critères de performance et de les rendre plus flexibles. L'intervenant devra continuellement réitérer l'aspect positif associé au niveau de performance actuelle du client et le féliciter régulièrement.

Adopter un mode de vie sain

Il est important d'aider le client à prendre conscience que le maintien de saines habitudes de vie influence favorablement la gestion des symptômes douloureux. Par exemple, la psychoéducation sur l'impact des habitudes de vie sur la douleur peut contribuer à favoriser une saine alimentation, un meilleur sommeil et à régulariser la consommation de substances diverses (caféine, boisson gazeuse, drogues, alcool, etc.).

En effet, le mode de vie est un des facteurs de risques de chronicisation ou de maintien de l'incapacité dans la problématique de la douleur (vous référez au point *Mode de vie* de l'outil d'intégration clinique à la page 123).

La nutrition est essentielle à considérer en contexte de douleur chronique. Elle peut avoir un impact significatif, soit positif ou négatif, sur l'efficacité des interventions en réadaptation. Par exemple, certains aliments peuvent interagir avec les modalités utilisées par les intervenants, telle l'interaction entre la caféine et le TENS (vous référez à la donnée sur la caféine dans le tableau de la page 88).



Source : Regroupement des forces pour gérer la douleur chronique, *La douleur, je m'en occupe ; nutrition et douleur chronique*, Association québécoise de la douleur chronique (AQDC).
www.programmeaccord.org

4.4.5 Modalités axées sur l'environnement physique

Lorsque le client n'est plus en mesure, pour différentes raisons, de réaliser une ou des habitudes de vie telles qu'antérieurement, il est possible d'amener celui-ci à explorer une nouvelle façon de faire, d'adapter ou remplacer les équipements utilisés ou adapter l'environnement. Selon les champs d'expertise de chaque professionnel, ces derniers peuvent être impliqués à différents moments tout au long du processus de réadaptation en fonction de l'évolution de la condition du client. Selon les cas, des essais ou des recommandations d'aides techniques, d'équipements de travail ou de loisirs, ainsi que des modifications de l'environnement ou des modes opératoires peuvent être proposés pour faciliter la réalisation des activités quotidiennes. De plus, les intervenants peuvent être appelés à intervenir au domicile du client, dans le milieu de travail, dans la communauté ou même dans le milieu où est réalisé un loisir significatif.

4.4.6 Modalités axées sur l'environnement humain

On peut définir l'environnement social et humain par :

- Les membres de la famille immédiate (conjointe ou conjoint et enfants);
- Les membres de la famille initiale (père, mère, frères, sœurs);
- Les amis, les collègues de travail;
- Les ressources communautaires, institutionnelles et de loisirs;
- Le contexte culturel.

Le contexte social de la douleur

Certains facteurs en lien avec l'environnement social et humain, tel un soutien social absent ou inadéquat, des perceptions ou des réactions inappropriées de l'entourage, des conflits avec l'assureur ou l'employeur ainsi que des exigences élevées dans les rôles de travail, familiaux ou sociaux, sont des facteurs de risques de chronicité ou de maintien de l'incapacité de la personne aux prises avec une problématique de douleur (voir l'outil d'intégration clinique page 119). Les modalités utilisées viseront donc particulièrement à intervenir sur ces facteurs afin d'optimiser le processus de réadaptation.

Malgré le fait que nous concevons souvent la douleur comme quelque chose d'individuel, la douleur est aussi une expérience sociale. Notre douleur prend souvent la forme de mots ou de comportements qui communiquent à autrui quelque chose à propos de notre expérience. En retour, les gens dans notre environnement réagissent à la communication de notre douleur, et ces réactions peuvent influencer notre expression future de douleur, qui s'en trouvera augmentée ou réduite [55].

Les grandes catégories de modalités habituellement utilisées

Soutien psychosocial auprès du système client

- Valider et normaliser le vécu des proches envers la douleur du client (la section *Valider et normaliser l'expérience du client* à la page 104, peut s'appliquer auprès des proches);
- Valider la douleur du client auprès des proches;
- Mettre en place des mesures de soutien émotionnel auprès du système client. Ex. : favoriser la communication et l'expression des émotions au sein de la famille en lien avec la problématique, rassurer vis-à-vis des inquiétudes au cours du processus de réadaptation, offrir un soutien psychologique en prévention de l'épuisement, etc.;
- Assurer un lien de communication optimal entre l'équipe de réadaptation et le système client, notamment par une bonne connaissance du fonctionnement du système client;
- Soutenir la redéfinition des rôles et responsabilités à l'intérieur de la cellule familiale (selon les impacts des incapacités du client sur la dynamique familiale);
- Soutenir la préservation ou l'amélioration de la qualité des relations interpersonnelles.



Il est reconnu que le soutien des pairs est un élément très efficace de soutien social. Les modalités qui utilisent cet élément sont donc à encourager (toute activité impliquant un contact avec les pairs, groupe de soutien ou tout groupe permettant contact et échanges avec les pairs).

Soutien de l'apprentissage chez les proches de la personne en problématique de douleur

De la même façon que divers apprentissages sont nécessaires à la personne en problématique de douleur, des apprentissages sont aussi essentiels pour les proches de cette personne, afin d'acquérir les habiletés nécessaires pour réagir de façon appropriée à la problématique, ainsi que pour soutenir la personne de façon adéquate. **Ces habiletés acquises sont d'une grande importance dans le processus de réadaptation et permettent de neutraliser l'impact des facteurs de risques reliés à l'environnement social.** Il est à noter que la section sur l'apprentissage en problématique de douleur à la page 99, peut aussi s'appliquer aux proches. Pour soutenir ces apprentissages :

- Information et enseignement auprès des proches. Un lien doit être fait auprès des proches significatifs afin de favoriser les apprentissages, spécifiquement sur le processus de réadaptation, l'approche en douleur, les principes de gestion de la douleur et les attitudes à adopter;
 - o Par exemple, il peut être gagnant d'inviter les proches à participer aux activités d'éducation ou à certaines interventions offertes au client (groupe de connaissances ou autres). Cette intégration peut leur permettre de mieux comprendre le processus de réadaptation, les raisons qui motivent les différentes interventions et aussi de renforcer certains comportements ou efforts du client au quotidien;
- Recadrage des croyances et des attentes irréalistes des proches face à la réadaptation;
- Guidance auprès des proches pour le développement de saines habiletés de soutien;
- Enseignement sur les comportements et attitudes à adopter pour conserver sa santé psychologique et physique comme aidants naturels;
- Intégration des proches dans les rencontres PII et implication dans le processus de réadaptation;

- Information et éducation auprès de personnes significatives dans l'environnement social, par exemple, le milieu de travail lorsque pertinent. Vous référez à l'outil d'intégration clinique à la page 119 pour des exemples de pistes d'interventions.

Liens avec les ressources de la communauté

Selon les besoins, les ressources de la communauté peuvent devenir de précieux outils de soutien pour les proches (groupes d'entraide, ressources pour de l'aide à domicile, programmes sociaux divers, etc.). Ces ressources peuvent aussi être un outil d'activation pour le client, telle que la participation à des activités d'associations diverses, de bénévolat, de loisirs, etc. (vous référez à la section sur l'activation comportementale à la page 108). Toutes les interventions permettant de soutenir une intégration aux ressources de la communauté peuvent donc avoir un impact positif sur le processus de réadaptation. Ainsi, l'intégration d'un client à une activité dans la communauté soutient à la fois son activation et un répit pour ses proches.

À noter qu'une ressource spécifique pour la problématique de la douleur est *l'Association québécoise de la douleur chronique* (offre un groupe d'entraide).

Soutien psychosocial en lien avec les organismes payeurs (SAAQ, CSST, assurances privées)

Un *conflit avec un assureur* est un des facteurs de risques modifiables de chronicisation ou de maintien de l'incapacité. Le stress causé par ce type de conflit entraîne bien souvent des impacts négatifs se répercutant sur le processus de réadaptation. Il est à considérer que les conflits prennent souvent naissance suite à diverses incompréhensions. Le fait de s'assurer que le client ait accès aux bonnes informations sur le fonctionnement des organismes (processus administratifs, responsabilités et droits, recours possibles, etc.) et de soutenir une saine collaboration entre tous les acteurs sont des modalités agissant sur ce facteur de risque. Vous référez à l'outil d'intégration clinique à la page 119 pour davantage de pistes d'interventions.



Quelques données qui soutiennent la pertinence des modalités

- *L'impact des relations interpersonnelles sur la douleur*

La condition douloureuse d'une personne peut avoir un impact significatif sur les proches, et ainsi sur les relations interpersonnelles. Par exemple, les difficultés de la personne à participer aux activités habituelles à la maison, au travail et dans les loisirs ainsi que les difficultés socioéconomiques et les comportements associés à la douleur, telle l'irritabilité, peuvent créer des problématiques avec l'environnement social. Ces problématiques peuvent augmenter la détresse somatique et psychologique de la personne aux prises avec une problématique de douleur. Ainsi, il est admis que la nature et la qualité du rapport social et humain pour la personne en douleur ont un impact sur sa souffrance et sa relative incapacité. Un bon support social peut augmenter le bien-être psychologique pour les personnes qui doivent vivre avec de la douleur. Par contre, si la sollicitude envers celles-ci est excessive, cela peut amener une augmentation de la douleur et de l'incapacité. Les modalités de soutien psychosocial, de guidance sur les habiletés de soutien ainsi que les modalités d'intégration aux ressources de la communauté peuvent être utiles face à ce type de problématique.

- *L'impact des réactions et des croyances face à la douleur*

Selon Prkachin, Mass et Mercer [56], l'entourage d'une personne souffrante peut réagir différemment à l'expression verbale et non verbale de la douleur. Ces différences peuvent être attribuées au vécu expérientiel par rapport à la douleur et peuvent amener à exprimer diverses émotions telles que : l'empathie, la sympathie, la peur, l'hostilité et la détresse psychologique. La réaction de l'entourage peut donc être aidant pour la personne ou, au contraire, produire un impact négatif qui augmente la problématique.

De plus, Gauthier, Thibault et Sullivan [55] suggèrent que, dans une dynamique de couple, les personnes exprimant une plus grande quantité de comportements douloureux sont celles présentant un niveau élevé de catastrophisme et dont le conjoint présente un faible niveau de catastrophisme. Il est suggéré que les conjoints présentant de faibles niveaux de pensées catastrophiques ne sont pas seulement moins attentifs à leur propre douleur, mais également moins attentifs à la douleur d'autrui, incluant celle de leur partenaire. Ainsi, les clients présentant des tendances au catastrophisme augmentent l'intensité de leurs comportements de douleur, de façon à la communiquer efficacement à leur partenaire. Le besoin n'est pas le même si ces personnes ont un conjoint qui est plus attentif à la communication de la douleur. Les interactions avec l'entourage et le degré de réceptivité que la personne reçoit sur sa douleur sont donc d'une grande

importance dans le processus de réadaptation. Les modalités sur l'apprentissage, telles que l'éducation, le recadrage des croyances ainsi que la guidance sur les attitudes et les habiletés de soutien peuvent être utiles dans ce contexte.

Section 5 : Outil d'intégration clinique

Le tableau 8 se veut un outil d'intégration clinique. Il présente tous les facteurs de risques modifiables, les outils d'évaluation leur étant associés ainsi que des pistes d'interventions spécifiques pour chacun. Les outils d'évaluation et les pistes d'interventions constituent des exemples visant à illustrer le processus d'interventions en douleur. L'utilisation d'une approche ou technique particulière repose cependant sur différents éléments dont l'évolution clinique, le contexte d'interventions, les besoins identifiés chez le client et le jugement clinique. Les pistes présentées ne sont donc pas limitatives ou exhaustives. De plus, il est important de noter que les facteurs de risques ne devraient pas être ciblés tous au même moment en intervention. Ils doivent faire l'objet d'une priorisation, et cette priorisation doit se faire en équipe interdisciplinaire.

Afin d'alléger la présentation, les pistes d'interventions générales pouvant s'appliquer à plusieurs des facteurs modifiables ne sont pas incluses dans le tableau. Nous les résumons ici (elles sont particulièrement applicables aux facteurs psychologiques, aux comportements de douleur et mauvaises stratégies d'adaptation ainsi qu'au mode de vie) :

Pistes d'interventions générales récurrentes :

- Références aux professionnels concernés;
- Traitement spécifique en psychologie selon l'approche préconisée, l'analyse fonctionnelle et les précisions diagnostiques apportées;
- Exposition graduelle dans les activités significatives;
- Enseignement / psychoéducation;
- Renforcement des réussites et de l'intégration des enseignements reçus;
- Accompagnement éducatif dans les activités significatives ainsi que dans l'intégration et la généralisation des apprentissages.

Tableau 14 : Outil d'intégration clinique (Facteurs modifiables / outils d'évaluation / pistes d'intervention)

Facteurs modifiables		
Facteurs psychologiques		
Facteurs	Outils d'évaluation	Pistes d'interventions spécifiques
Détresse psychologique, anxiété et dépression	- Observations / entrevues - Indice de détresse psychologique de santé Québec (IDPSQ) - Inventaire de dépression de Beck-2^e édition - Inventaire d'anxiété de Beck	- Faire preuve d'empathie. Normaliser les manifestations observées et reconnaître que le niveau de détresse fait sens pour la personne considérant son vécu (validation) - Médication si indiquée, selon les recommandations du médecin
Pensées catastrophiques, dramatisation, évitement	- Observations / entrevues - Échelle de dramatisation de la douleur (PCS-CF)	- Enseigner des méthodes d'autorégulation (par exemple la relaxation ou la pleine conscience) et soutenir leur appropriation - Utiliser des techniques de résolution de problème afin de modifier les façons de faire et d'augmenter le niveau perçu de contrôle sur la douleur et le sentiment d'efficacité personnelle - Intervenir par restructuration cognitive
Peurs	- Observation / entrevue - Échelle de kinésiophobie de Tampa (EKT; TSK) - Fear Avoidance Belief questionnaire (FABQ)¹⁹.	- Psychoéducation pertinente. Par exemple : - Expliquer le cycle de la dépression en termes comportementaux afin de favoriser directement l'activation - Présenter comment les pensées, les émotions et comportements modulent l'expérience douloureuse - Exposer le cycle de l'évitement afin de favoriser l'exposition ou l'acceptation des pensées, émotions ou sensations douloureuses - Identifier les renforcements des comportements douloureux et intervenir à l'aide d'une approche comportementale - Augmenter graduellement le répertoire comportemental par l'activation - Afin de garantir des effets à long terme, dépasser la seule notion de plaisir et encourager également la reprise d'activités fonctionnelles redoutées

¹⁹ Cet outil est utilisé à l'IRDPQ (disponible en traduction française); selon les besoins des équipes, cet outil pourrait être implanté au CRDP-CA.

Croyances et perceptions	▪ Observations / entrevues ▪ Questionnaire évaluant le sentiment d'efficacité personnelle (CAPRIT²⁰) ▪ L'index d'incapacités de la douleur (PDI) ▪ Questionnaire maison sur la représentation de la condition médicale; ▪ Questionnaire sur les attitudes envers la douleur (SOPA) ▪ EPIC Spinal Function Sort ▪ EPIC Hand Function Sort ▪ Questionnaire Dash-MS (membres supérieurs) ▪ Questionnaire Vernion-Mior du cou; ▪ Outils spécifiques pour des problématiques de dos (recommandés par le guide CLIP²¹) - o Questionnaire d'incapacités du dos du Québec - o Questionnaire d'incapacités Roland-Morris - o Questionnaire d'incapacités Oswestry ▪ Injustice expérience questionnaire (IEQ)²²	▪ Favoriser la psychoéducation sur le cycle de la douleur, et l'incapacité ▪ Recadrer les fausses croyances ou perceptions erronées ▪ Favoriser la résolution de problème ▪ Introduire des attentes plus réalistes face aux performances ▪ En psychologie, favoriser la thérapie cognitive-comportementale classique ou de 3^e génération
--------------------------	---	---

²⁰ CAPRIT : Centre d'action en prévention et en réadaptation de l'incapacité au travail.

²¹ Guide de pratique CLIP (Clinique des lombalgies interdisciplinaires en première ligne), 2006, à consulter sur Internet (voir lien dans l'intranet, projet Douleur).

²² Cet outil existe dans la littérature en version originale anglaise. S'il y a un besoin pour un outil à ce sujet pour les équipes du CRDP-CA, une traduction/adaptation pourrait être envisagée.

Comportements de douleur ou mauvaises stratégies d'adaptation		
Facteurs	Outils d'évaluation	Pistes d'interventions spécifiques
		**À noter qu'une approche comportementale sera souvent privilégiée avec les clients présentant de nombreux comportements de douleur;
Usage excessif ou inapproprié de médication	- Entrevues / observations - Examen physique - Risk tool index	- Éducation en regard d'une prise de médication adéquate (posologie, type de médication, effets secondaires, prise telle que prescrite etc.) - Selon l'avis médical, privilégier une prise de médication selon un horaire établi afin de diminuer le renforcement négatif pouvant être associé à une prise PRN - Éducation sur différents moyens de gestion de la douleur (reprise d'activités significatives, activités physiques, etc.) - Enseignement et appropriation de techniques autorégulatrices (relaxation, méditation, etc.)
Inactivité	- Observations, entrevues - Grille d'horaire de vie	- Éducation sur les bienfaits de l'activité physique (libération d'endorphine, modelage des tissus cicatriciels) - Favoriser une approche d'activation comportementale - Intégrer un programme d'activités physiques - Favoriser l'autoprise en charge (programme d'exercices à domicile, modalités actives plutôt que passives, etc.)
Rumination autour des symptômes de douleur	- Observations / Entrevues - Échelle de dramatisation de la douleur (PCS-CF)	- En psychologie, appliquer une approche visant spécifiquement la modification du contenu ou des relations que la personne entretient avec ses pensées et ressentis - Dans les interventions, recentrer la personne sur l'activité en cours
Centration sur les stratégies de gestion de la douleur	- Questionnaire sur les attitudes envers la douleur (SOPA) - Observations / Entrevues	- Éviter de questionner à répétition les symptômes douloureux (intensité, fréquence, etc.) et axer plutôt sur l'augmentation du niveau d'activités et d'autonomie - Procéder avec une approche favorisant l'exposition aux situations ou ressentis redoutés de même que l'activation comportementale plutôt que vers la recherche de stratégies de contrôle

Désengagement des rôles sociaux et des activités normalement valorisées	- Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO) - L'index d'incapacités de la douleur (PDI) - Grille d'horaire de vie	- Axer sur une action engagée. Soutenir une activation axée sur les valeurs - Valoriser les activités réalisables dans les rôles sociaux normalement valorisés
Mode de vie		
Facteurs	Outils d'évaluation	Pistes d'interventions spécifiques
Sédentarité Alimentation Habitudes de consommation	- Observations / Entrevues - Grille d'horaire de vie	- Éducation sur l'importance d'un mode de vie sain en problématique de douleur - Références à des ressources spécialisées au besoin
Cycle veille / sommeil	- Observations / Entrevues - Grille d'horaire de vie - Index de sévérité de l'insomnie	- Traitement des troubles du sommeil (psychologue, médecin) - Enseignement et intégration des principes de gestion de l'énergie - Enseignement et appropriation de techniques autorégulatrices (relaxation, méditation etc.)
Soutien social		
Facteurs	Outils d'évaluation	Pistes d'interventions spécifiques
Soutien absent ou inadéquat	- Observations / Entrevues auprès du client et des proches - Family Impact of Pain Scale (FIPS)²³.	- Exploration du vécu des aidants naturels - Sensibilisation de l'entourage aux besoins du client - Vérifier la congruence des perceptions du client et de ses proches - Guidance pour développer de saines habiletés de soutien

²³ Cet outil existe dans la littérature en version anglaise. S'il y a un besoin pour un outil à ce sujet dans les équipes du CRDP-CA, une traduction/adaptation pourrait être envisagée.

Perception ou réaction inappropriée de l'entourage	- Observations / Entrevues auprès du client et des proches - Échelle de dramatisation de la douleur <u>pour les conjoints</u> (PCS-S-CF) - Social Support and Pain Questionnaire (SPQ)²⁴	- Évaluer le catastrophisme chez le proche aidant (à l'aide du PCS-S-CF) - Vérifier la congruence des perceptions du client et de ses proches - Enseignement aux proches sur le processus de production de la douleur, les principes de gestion et attitudes à adopter pour mieux la gérer - Soutien et information pour les proches aidants - Favoriser une bonne communication entre les proches aidants et le client - Guidance pour développer de saines habiletés de soutien chez les proches aidants
Influence du système de prise en charge		
Facteurs	Outils d'évaluation	Pistes d'interventions spécifiques
Médical inachevé	Dossier, entrevues, questionnaires (par exemple le questionnaire sur la représentation de la condition médicale), rapports médicaux ou communication avec médecin	- Communication avec le médecin ou le spécialiste impliqué (précisions diagnostiques) - Accompagner le client dans son cheminement par rapport à ses attentes face à sa réadaptation - Présentation des pronostics lors des plans d'interventions individualisés
Non continuité des services	- Dossier / Observations / Entrevues - PII - RIC - Suivi clinico-administratif par le coordonnateur clinique	- S'assurer d'un lien entre les divers services - Préparation du client à une période d'attente pour le début des interventions - Aide-mémoire sur les enseignements réalisés - Cibler une personne-ressource au CRDP-CA
Attentes pour des services (interne ou externe)	Idem au facteur précédent	- Idem au point précédent - Évaluation préliminaire pour dépistage et recommandations - Informations de base à transmettre au client en prévision de la période d'attente - Appeler directement les consultants au besoin pour ajout d'informations pertinentes à la priorisation du dossier

²⁴ Cet outil existe dans la littérature en version anglaise. S'il y a un besoin pour un outil à ce sujet dans les équipes du CRDP-CA, une traduction/adaptation pourrait être envisagée.

Multitudes d'interventions parallèles	▪ Idem au facteur précédent	▪ Établir des mécanismes de communication ▪ Clarifier les champs d'action ▪ PII, PSI
Mauvaise orientation des services	▪ Idem au facteur précédent	▪ Référer aux ressources appropriées
Problème de communication/cohésion entre les intervenants	▪ Idem au facteur précédent	▪ Établir des mécanismes de communication : discussions cliniques, PII (avec balises sur fréquence, plus élevée si pertinence), éviter d'avoir seulement des discussions imprévues ou de corridor qui n'implique pas tous les intervenants ▪ Dossier et notes évolutives à jour ▪ Implication plus étroite du coordonnateur, au besoin, (par exemple pour discussions et préparation de plans)
Non-concordances des stratégies	▪ Idem au facteur précédent	▪ Idem au point précédent; Établir un plan d'action clair et le réviser fréquemment en s'assurant de l'adhésion de toute l'équipe

Conflit avec assureur ou employeur, conditions de travail difficiles		
Facteurs	Outils d'évaluation	Pistes d'interventions spécifiques
	- Entrevues, questionnaires, évaluations, observations - Info recueillie de la part de l'employeur, client, assureur - Questionnaire sur les pratiques et les politiques organisationnelles (CAPRIT) - Cueillette d'informations sur les principes de marges de manœuvre (CAPRIT)	- Favoriser le travail d'équipe ainsi que le partenariat - Favoriser la participation de tous les acteurs à l'élaboration et à la révision du Plan d'intervention individualisé - Favoriser l'échange et une bonne connaissance de la situation - Dresser un plan d'action écrit (doit être connu de tous) - Favoriser des communications régulières avec l'employeur ou l'assureur - Informer le client sur les mécanismes de défense de ses droits - Discussions/rencontres avec les supérieurs et collègues pour développer des marges de manœuvre afin de faciliter le retour au travail
Exigences élevées au travail ou dans les rôles familiaux et sociaux		
Facteurs	Outils d'évaluation	Pistes d'intervention spécifiques
	- Observations / Entrevues et cueillette d'informations auprès du client, des proches, de l'employeur, de l'assureur - Questionnaires maison (ex. : le questionnaire sur le travail antérieur de DMA-NT) - Questionnaire sur les pratiques et les politiques organisationnelles (CAPRIT) - Cueillette d'informations sur les principes de marges de manœuvre (CAPRIT) - Worker Role Interview (W.R.I.) - Le Position Analysis Questionnaire (PAQ- traduction française) - Work Environnement Impact Scale (WEIS-	- Aide à la réorganisation des tâches et une distribution adéquate des rôles au sein de la famille - Identification des ressources d'aide disponibles dans le réseau social (amis, voisins, collègues de travail) - Mise en place de mesures pour la prévention de l'épuisement; (référence aux organismes d'aide) - Adaptation et réaménagement de l'environnement - Discussions/rencontres avec les supérieurs et les collègues pour développer des marges de manœuvre

	traduction française) ▪ Repères et Classification Nationale des Professions (CNP) ▪ Grilles d'estimation des exigences physiques du travail (OMRT/ Direction de la santé publique de Montréal, 2004) ▪ Profil des exigences du poste de travail, partie II de la Méthode d'analyse ergonomique des capacités de travail en relation avec les exigences de la situation de travail (MAECES) ▪ Visite du poste et du milieu de travail (utilisation de la cotation poste de travail de la GACE, partie III de la MAECES)	
--	--	--

Section 6 : Recommandations

1. Clarifier l'offre de services

- L'organisation devrait s'assurer que l'offre de services pour la clientèle présentant une problématique de douleur soit claire et bien connue des équipes, incluant l'accès centralisé;
- L'organisation devrait s'assurer que l'offre de services des partenaires soit bien connue des équipes, incluant l'accès centralisé.

2. Prévenir la chronicisation

- Il est important de considérer les facteurs de risques et de maintien de l'incapacité de façon régulière, et de façon impérative si le client ne semble pas bien évoluer. Identifier les facteurs modifiables impliqués et reconsidérer le plan de traitement à la lumière des réévaluations;
- Préparation à un délai / soutien entre deux phases de réadaptation;

Lors d'une période d'attente entre les phases interne et externe de réadaptation, la problématique de douleur peut devenir chronique si la personne n'a pas d'informations et de moyens de gestion. De plus, cette période d'attente étant souvent difficile à vivre, la clientèle est fragilisée à ce moment. Pistes de solutions possibles :

- o Préparer l'attente en outillant la personne dès la phase interne par des enseignements, des conseils et des outils d'autogestion;
- o Organiser un soutien structuré entre deux phases (ex. : personne de référence, tel un intervenant pivot, pour conseils ou contrôle téléphonique).

3. Collaborer avec les partenaires

- L'organisation devrait s'assurer de clarifier les liens avec les partenaires (particulièrement HDL et IRDPQ), incluant les critères de référence, les mécanismes de concertation (corridors de services), les collaborations, etc. S'assurer que ces informations soient transmises aux équipes de façon claire et harmonisée. Ce besoin de clarification a été identifié par le comité d'élaboration ainsi que par l'ensemble des équipes lors de l'analyse des besoins sur la problématique de douleur;
- o Plus spécifiquement, assurer un lien avec le consortium régional en douleur chronique, notamment pour l'accès au soutien expertise de 3^e ligne et l'accès à de la formation;

- L'organisation devrait s'assurer que les partenaires connaissent bien les services offerts au CRDP-CA en ce qui concerne la clientèle avec une problématique de douleur;
- Les équipes devraient s'assurer d'établir une bonne communication avec le référent ou le médecin de famille ainsi que les spécialistes pour information et suivi de la condition (par exemple sur la médication, etc.). Il est recommandé que les équipes établissent une structure et systématisent les actions afin que les informations circulent de façon adéquate et que tous puissent aller dans le même sens pour le client;

Pistes de solutions possibles :

- o Envoyer une lettre d'information sur la prise en charge du client au CRDP suite à l'admission (ex. : voir lettre BOG annexe 14);
- o Inviter à participer au PII;
- o Envoyer les PII papier (ou un résumé avec questions spécifiques);
- o Identifier une personne responsable des communications avec des partenaires ciblés;
- o Soutenir l'usager dans sa préparation lors des rencontres avec son médecin ou des médecins spécialistes, afin qu'il soit outillé de manière à obtenir la bonne information sur sa condition et sur les indications médicales. Si besoin, l'équipe peut adresser une lettre au médecin en question (ex. : questions sur les restrictions médicales, etc.), ou envisager une mesure d'accompagnement dans des cas complexes.

4. Intervenir en interdisciplinarité dans le cadre d'un partenariat

- L'organisation devrait soutenir une structure clinique interdisciplinaire (la prise en charge simultanée d'un client par les professions pertinentes) pour intervenir en problématique de douleur;
- Les équipes devraient actualiser une structure interdisciplinaire selon les conditions présentées à la section de la page 23.

5. La modalité de groupe

- Considérant l'efficacité démontrée dans la littérature sur les modalités de groupe, envisager d'offrir davantage ce type de modalités. Exemples :
 - o Groupes d'enseignement (processus de production de la douleur, principes de gestion, etc.);
 - o Groupe de soutien et d'information pour les aidants des usagers en problématique de douleur;
 - o Groupes de pairs (soutien et autres, activités diverses) et références à des groupes de pairs (ex. : AQDC) ou des groupes d'activités dans la communauté.

6. Les outils

- Envisager l'intégration, l'harmonisation, l'adaptation ou l'élaboration de divers outils selon les besoins. Exemple :
 - o Il y a peu d'outils d'évaluation disponibles au CRDP-CA dans le domaine du service social, par exemple des outils pour évaluer les facteurs de risque chez les proches (catastrophisme, perceptions, croyances, etc.);

De façon spécifique, la littérature recommande d'évaluer le catastrophisme chez les conjoints. **Nous recommandons donc aux programmes de se procurer l'outil suivant, pouvant évaluer le catastrophisme chez les conjoints : *Échelle de dramatisation de la douleur pour les conjoints* (PCS-S-CF);**

- ✓ Rendre disponible et harmoniser une banque d'outils d'enseignement efficaces;
 - ✓ Faciliter un accès informatique aux divers outils;
- Les équipes et les communautés de pratique devraient identifier un mécanisme permettant une mise en commun des outils d'évaluation et d'intervention ainsi qu'un accès facile à ces outils. Une attention devra être portée à la légalité (ex. : si on souhaite rendre des outils disponibles sur intranet, par photocopies, etc.);

- Les documents suivants devraient être facilement disponibles dans les programmes :
 - o Butler, D., Moseley, L. (2003) *Explain Pain*, Noigroup Publications.
 - o O'Donnel-Jasmin, L. (2010) *Faire équipe face à la douleur chronique ; Un ouvrage conçu pour les clients et écrit par leurs professionnels de la santé*, Les Productions Odons.
 - o Bourreau, François (2004) *Contrôler votre douleur ; faire face à une douleur rebelle*, Éditions Payot et Rivages (2004).
 - o Rivard, Marie-Josée (2012) *La douleur ; de la souffrance au mieux-être*, Les éditions du Trécarré.
 - o Dépliants sur douleur produits par le programme ACCORD.
 - o Bahram, Jam (2013) *La vérité à propos de la douleur... et rien de plus*, APTEI, Thornhill, Ontario, Canada.

7. Formations spécifiques

- Les communautés de pratique devraient identifier les formations spécifiques à acquérir pour une prise en charge optimale de la problématique de la douleur. Par exemple :
 - o En psychologie, considérant les données probantes, ainsi que les données expérientielles au CRDP-CA sur l'utilisation de l'hypnose avec la clientèle présentant une problématique de douleur, envisager la formation d'au moins un psychologue dans cette spécialisation, afin que ce type de thérapie soit accessible à notre clientèle;
 - o En physiothérapie, la pertinence de plusieurs formations spécifiques sera à évaluer en communauté de pratique (ex. : la thérapie manuelle orthopédique, certaines approches myofasciales, la rééducation posturale globale, les mobilisations du système nerveux, l'utilisation des aiguilles sous le derme, la rééducation musculaire incluant des principes de stabilisation et de contrôle musculaire);
 - o Etc;
- L'organisation devrait envisager, selon les formations recommandées, les possibilités de formation les plus optimales possible. Notamment, si un intervenant est formé à une technique particulière, un système de référence des clients pour cette technique devrait être envisagé (intra et inter équipes).

8. La fin des interventions

L'organisation devrait s'assurer de l'appropriation et de l'application rigoureuse par les équipes de critères de fin d'interventions clairs et bien harmonisés.

9. Organiser la structure clinique pour la clientèle présentant une problématique de douleur chronique

Le tableau 15 propose des balises cliniques pour ce type de clientèle.

Tableau 15 : Balises cliniques pour la prise en charge d'une clientèle en douleur chronique

Critères d'admissibilité	— A préciser. — Une fois l'admissibilité générale statuée par l'accès centralisé, prévoir une rencontre préliminaire avec le client (ex : md-psy-ergo), avant la prise en charge au programme, afin de préciser le profil du client et sa motivation réelle à s'engager dans un processus de réadaptation. Cela peut également permettre d'orienter le client vers une autre ressource afin de préciser le diagnostic (ex. : psychiatrie).
Interdisciplinarité	— Incontournable : prise en charge simultanée des professions.
Pronostic de réadaptation	— Statuer le plus tôt possible sur le pronostic de réadaptation, particulièrement au niveau de la reprise de l'emploi ou du socioprofessionnel, ce qui permettra d'orienter le plan d'intervention et le choix des modalités (type de suivi : réduction des symptômes ou mode adaptatif). — Réviser de façon régulière le pronostic et ajuster les interventions en conséquence.
Plan d'intervention individualisé	— Prévoir un premier PII au plus tard un mois à la suite de la prise en charge, avec élaboration des pronostics. — Réviser le PII aux 4 à 8 semaines selon les besoins et l'évolution du client. — Cibler des objectifs concrets, précis, mesurables, formulés en habitudes de vie et réalisables dans la période de PII établie (4 à 8 semaines). — Présence du client essentielle à la tenue du PII.
Intensité du suivi	— Participation du client à des interventions ou activités de réadaptation 2 à 3 fois par semaine, en plus de l'implication du client dans son quotidien (programme d'exercices, activités dans son milieu, etc.). — Prévoir une intensité plus élevée en début de suivi, avec prise en charge interdisciplinaire, suivi d'une période à intensité moindre où l'équipe est toujours présente, mais davantage pour soutenir le client dans sa démarche d'auto-prise en charge²⁵. — Intensité variable selon l'évolution et les besoins du client. Par exemple, un suivi psychologique peut être réalisé à une fréquence de 1 à 2 fois semaine selon l'étape de la réadaptation et le cheminement du client.

²⁵ Les données probantes recommandent une phase d'interventions intensive interdisciplinaire dans les trois premiers mois de suivi. Par la suite, une période de soutien offerte par l'équipe interdisciplinaire, à intensité moindre, est recommandée. [7]

Durée du suivi	— Envisager une durée maximale de 6 mois. Cependant, une prolongation pour la durée d'un PII peut être envisagée selon des besoins particuliers (incluant la période de soutien). — Lors d'une prolongation, informer le client de cette modalité, des raisons qui la motivent et établir clairement l'échéance du PII (date).	
Discussions de cas	— Il est essentiel de prévoir des discussions de cas entre les membres de l'équipe pendant la période du PII. Il est donc recommandé que l'organisation clinique prévoit une plage horaire de discussion hebdomadaire, qui pourra être utilisée, au besoin, par quelques membres ou l'ensemble de l'équipe.	
Entente de participation	— Prévoir une entente écrite de participation où le client s'engage à participer aux activités de réadaptation, à mettre en application les recommandations des intervenants et à s'impliquer activement, autant lors des thérapies que lors des activités devant être réalisées dans son milieu de vie.	
Modalités de groupes (cette modalité est à optimiser au CRDP-CA)	Enseignement sur divers thèmes : — Processus de douleur — Hygiène posturale — Hygiène de vie — Nutrition — Cycle de l'évitement — Etc.	Activités (exemples) : — Entraînement (ex. : CIRCO, stabilisation lombaire) — Méditation /yoga — Marche — Cuisine — Soutien/échanges avec les proches Progressivement, envisager l'intégration de groupe de la communauté.
Critères de fin d'intervention	— Atteinte des objectifs du PII (fonctionnels). — Absence d'objectifs directement liés aux habitudes de vie. — Absence de progrès significatifs pour la durée d'un PII ou atteinte d'un plateau. — La santé physique ou psychologique de l'utilisateur fait en sorte qu'il n'a plus la capacité de participer aux objectifs prévus au PII. — Le client ne présente pas la disponibilité physique, psychologique ou familiale (ex. : grossesse, changement de la condition médicale, chirurgie, situationnel) lui permettant de participer aux interventions requises dans le cadre du processus de réadaptation (absences fréquentes qui nuisent au processus). — Le client ne s'implique pas ou ne participe pas activement aux activités du programme. — Le client signifie de manière éclairée son intention de mettre fin au processus de réadaptation. — Les besoins du client relèvent d'une intervention unidisciplinaire pour une durée de plus de trois mois. — Les besoins du client ne relèvent plus de l'expertise du CRDP. — Critères de réflexion : consommation/intoxication, attente de guérison ou recherche d'approches alternatives nuisant à l'engagement au processus de réadaptation. — Changement de territoire.	

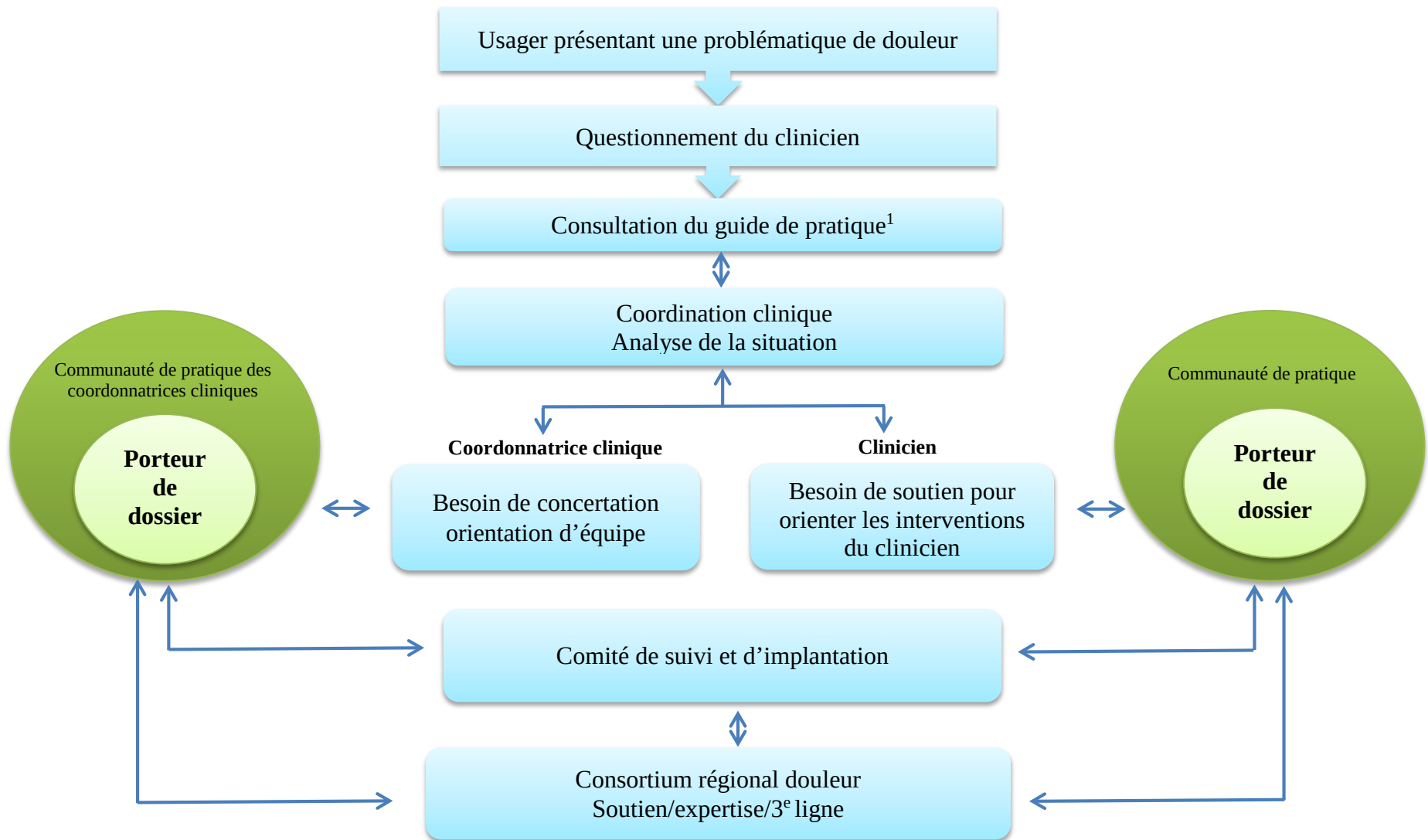
10. Implantation, appropriation et maintien du guide

- Soutenir la réalisation d'une stratégie d'implantation et d'appropriation pour ce guide :
 - Mettre en place un comité d'implantation et de suivi;
 - Nommer une personne en charge de l'appropriation;
 - Assurer un arrimage étroit avec les coordonnateurs cliniques;
 - Assurer un lien avec les communautés de pratique;
 - Assurer un lien avec les médecins et les pharmaciens;
 - Assurer un soutien clinique sur le terrain, par exemple des intervenants experts, ou « coachs » désignés;
 - Supporter une libération adéquate des ressources nécessaires à l'appropriation;
- En parallèle à l'appropriation du guide, s'assurer que les équipes maîtrisent les compétences requises à l'élaboration d'un PII efficace, axé sur l'approche pronostic;
- L'organisation devrait s'assurer du suivi et du maintien de l'application du guide, afin d'assurer la pérennité des acquis et l'amélioration continue.

Figure 15 : Soutien et concertation

La figure de la page suivante présente un algorithme de gestion de cas, permettant d'illustrer la concertation et le soutien possible pour les équipes lors d'une problématique de douleur.

Mécanisme de soutien/concertation des interventions en douleur - Algorithme de gestion de cas



¹ À toutes les étapes du processus, le guide pratique d'intervention demeure un outil de référence pour guider la pratique.

Section 7 : Éléments en annexe

Annexe 1 Synthèse des compétences clefs du Partenariat

PARTENARIAT DE SOINS ET DE SERVICES

RUIS de l'UdeM, 2013

Relation de **coopération/collaboration** entre le patient, ses proches et les intervenants de la santé et des services sociaux (cliniciens, gestionnaires ou autres) qui s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages et qui favorise **l'autodétermination du patient, une prise de décisions libres et éclairées et l'atteinte de résultats de santé optimaux.**

Fondée sur la reconnaissance des savoirs de toutes les parties, cette relation consiste pour les partenaires à **planifier, à coordonner les actions et à intervenir** de façon concertée, personnalisée, intégrée et continue autour des besoins et du projet de vie du patient.

Travail d'équipe

Pour une collaboration efficace, patient, proches et intervenants appliquent les principes régissant la dynamique d'une équipe et les processus de groupe.

Leadership collaboratif

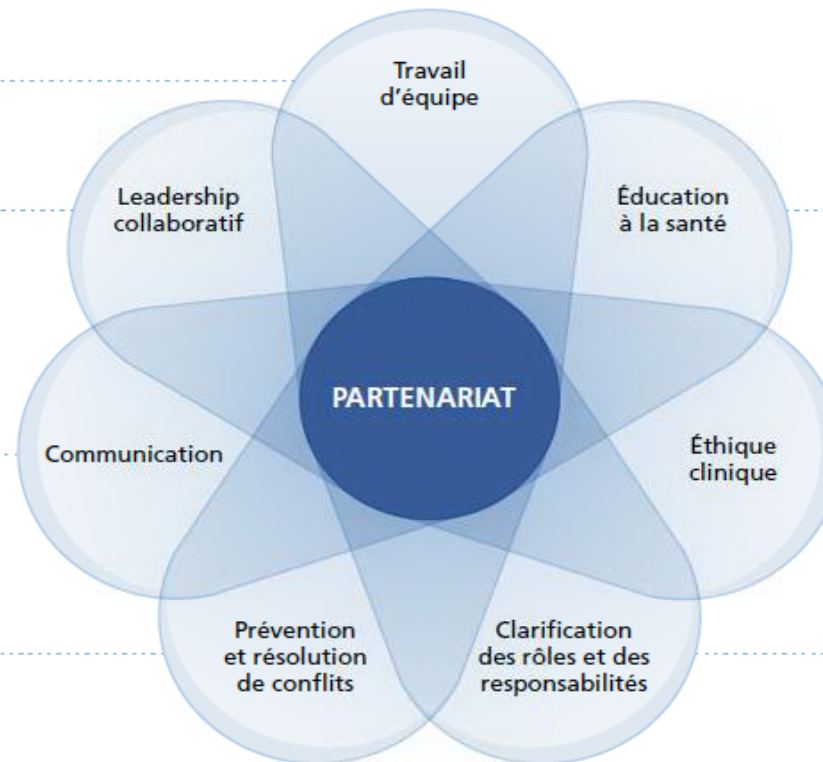
Patient, proches et intervenants contribuent, par leurs savoirs propres, à la construction d'une vision commune en vue d'une prestation optimale de soins et services de santé.

Communication

Patient, proches et intervenants communiquent entre eux de façon efficace et responsable avec un esprit d'ouverture et de collaboration.

Prévention et résolution de conflits

Patient, proches et intervenants s'engagent activement dans la prévention et la gestion efficaces des conflits au sein de l'équipe dans un esprit de concertation où toutes les opinions sont prises en compte.

Travail
d'équipeÉducation
à la santéÉthique
cliniqueClarification
des rôles et des
responsabilitésPrévention
et résolution
de conflits

Communication

Leadership
collaboratif

Éducation à la santé

Démarche continue d'apprentissage intégrée au processus de soins et de services par laquelle le patient développe sa compréhension de sa maladie et de son traitement pour devenir progressivement autonome et partie prenante de la dynamique de soins et de services.

Éthique clinique

Patients, proches et intervenants tiennent compte des besoins collectifs et des ressources disponibles et se conduisent selon des valeurs et règles propres au partenariat de soins et de services.

Clarification des rôles et des responsabilités

Patient, proches et intervenants comprennent leur propre rôle et celui des autres pour définir et atteindre les objectifs souhaités.

Annexe 2 Les contributions spécifiques des professions dans la problématique de la douleur

Les disciplines présentées sont celles qui ont été impliquées dans le comité d'élaboration du présent guide, et ainsi celles pouvant être impliquées de façon régulière avec une clientèle présentant une problématique de douleur. Chacune d'entre elles participe à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan individualisé des interventions ainsi qu'à l'établissement des pronostics d'autonomie personnelle, socio-résidentielle et communautaire, scolaire ou professionnelle chez le client. Chaque discipline se réfère à ses approches et standards disciplinaires (les cadres normatifs disciplinaires ne sont pas abordés dans le présent document). Malgré la spécificité de ses interventions, chaque discipline oriente ses activités vers l'atteinte d'objectifs interdisciplinaires. Les intervenants partagent mutuellement des connaissances propres à leur secteur afin que tous puissent agir de façon optimale et concertée auprès du client. Ainsi, la collaboration interprofessionnelle dans une optique partenariale est mise de l'avant. Cette collaboration s'actualise dans la démarche PII, les discussions diverses et les interventions directes. C'est donc dans une perspective de collaboration et d'interdisciplinarité que l'apport particulier de chaque profession s'articule. Voici les contributions spécifiques dans la problématique de la douleur.

Chef en réadaptation

Le chef en réadaptation est la personne responsable d'assumer la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles du programme en plus d'assurer l'accès à la population aux services d'adaptation, de réadaptation et de soutien à l'intégration sociale. Il a la responsabilité de diffuser et d'assurer la mise en application des politiques et procédures du CRDP-CA. Il doit s'assurer de la pertinence, la qualité et l'efficacité des services offerts, tout en s'assurant du développement et du maintien de l'expertise de son équipe, du travail interdisciplinaire et du respect des normes professionnelles.

Ainsi, il est notamment responsable de la mise en œuvre de l'offre des services concernant la problématique de la douleur, telle que définie par la DPR. Pour ce faire, il met en place, en collaboration avec le coordonnateur clinique, les conditions requises à l'appropriation des bonnes pratiques en douleur, entre autres par une organisation clinique qui favorise le suivi rigoureux des dossiers, la transmission de l'information et les discussions cliniques fréquentes. Il favorise l'implantation du guide pratique d'intervention en douleur. Il s'assure particulièrement que les intervenants développent une connaissance de base des principes sur la prise en charge de la problématique douloureuse en réadaptation, afin d'optimiser le rôle de chacun dans le cadre d'une intervention interdisciplinaire de qualité.

Coordonnateur clinique

En présence d'une problématique de douleur, le travail interdisciplinaire est primordial. Le coordonnateur clinique joue un rôle-clé à ce niveau. En fonction de la problématique, il s'assure de la contribution du bon professionnel au bon moment.

La communication et la cohésion au sein de l'équipe interdisciplinaire étant déterminantes, le coordonnateur contribue, avec l'équipe, à mettre en place une organisation clinique qui favorise le suivi rigoureux des dossiers, la transmission de l'information et les discussions cliniques fréquentes entre les membres de l'équipe. Ainsi, une orientation et des messages clairs et cohérents seront émis au client. De plus, le coordonnateur contribue au développement des connaissances de son équipe sur les principes de prise en charge de la problématique douloureuse en réadaptation, afin d'optimiser le rôle de chacun dans le cadre d'une intervention interdisciplinaire de qualité. Aussi, il accompagne l'équipe dans le développement d'outils cliniques interdisciplinaires.

L'intervention interdisciplinaire doit être mise en place le plus tôt possible dans le processus de réadaptation du client. Dès la prise en charge du client, le coordonnateur s'assure que la problématique douloureuse soit dépistée, que l'équipe analyse la situation, identifie les facteurs de risque modifiables et émette son pronostic à l'égard de la participation sociale du client. Il veille ensuite à l'élaboration d'un plan d'intervention individualisé (PII) qui intègre la problématique de douleur du client en conformité avec la mission du CRDP-CA. Il planifie la tenue de discussions de cas et la révision fréquente du PII, afin de permettre un suivi adéquat de l'évolution du client et de l'impact des interventions sur les facteurs de risque, ainsi que pour réviser le pronostic et ajuster rapidement les objectifs ou les interventions au besoin.

Dans une perspective d'approche partenariale, le coordonnateur accompagne l'équipe afin de favoriser la responsabilisation et l'autodétermination du client. Il suscite l'implication active du client et de ses proches dans le cadre de la rencontre visant l'élaboration et la révision du PII.

Également, puisque la prise en charge de la douleur persistante peut représenter un défi pour les professionnels, le coordonnateur est une personne-ressource qui offre du soutien individuel aux intervenants impliqués. Il peut aider l'intervenant à bien délimiter ses zones de responsabilités, valider certaines interventions ou orientations ou tout simplement, offrir écoute et temps de réflexion à la suite d'une intervention difficile.

Finalement, le coordonnateur clinique guide l'équipe interdisciplinaire sur la fin des interventions de réadaptation, en fonction du pronostic de participation sociale du client, des progrès obtenus en réadaptation, dans le respect de la mission du CRDP-CA. Selon la situation, il oriente le client vers d'autres ressources externes ou partenaires et assure les liens avec ceux-ci.

Éducateur spécialisé

En collaboration avec les autres professionnels, et suite à leurs évaluations et recommandations, l'éducateur offre à la personne aux prises avec de la douleur, un accompagnement éducatif dans la reprise graduelle de ses activités et dans l'application des recommandations de l'équipe. Il l'accompagnera ainsi dans ses nouveaux apprentissages, dans de nouvelles façons de faire les choses et favorisera des situations pour permettre la généralisation des interventions. Ce type d'accompagnement se réalise majoritairement dans la communauté et dans le milieu de vie de la personne.

Par cet accompagnement éducatif, l'éducateur spécialisé aide la personne à intégrer les nombreux enseignements, recommandations et stratégies reçus en lien avec la problématique de la douleur, à les utiliser au moment opportun, et à les transposer dans d'autres contextes. Ainsi, il guide la personne dans ses choix, fait des rappels, recadre spontanément.

L'éducateur peut accompagner la personne en la motivant à reprendre une activité significative pour augmenter son niveau d'activation ou l'accompagner dans une activité qu'elle redoutait (ou évitait). Il l'aidera à la reproduire plus d'une fois, à mieux la planifier, à doser ses énergies pendant l'activité, à mieux reconnaître les signes précurseurs de douleur, etc.

Par son rôle d'accompagnement et ses interventions régulières dans le quotidien de la personne, l'éducateur spécialisé joue un rôle intégrateur qui permet d'avoir accès à une vision complémentaire de l'usager. Sa présence significative et ses observations facilitent la synergie des interventions et la compréhension globale de la personne par l'ensemble de l'équipe.

Ergothérapeute²⁶

Plusieurs des interventions en ergothérapie mettront l'emphasis sur les principes d'autogestion de la douleur, ceci en tenant compte du milieu de vie de la personne. Les traitements visent l'amélioration des capacités fonctionnelles et de la qualité de vie. Au besoin, l'ergothérapeute évaluera la possibilité de modifier l'environnement physique de la personne, lui enseignera de nouvelles façons d'accomplir ses activités, pourra lui recommander l'utilisation d'aides compensatoires et s'assurera que le client intègre ces derniers dans l'exécution de ses activités quotidiennes. Selon le contexte de vie psychosocial et l'influence des autres membres de l'entourage sur la personne présentant des douleurs, il peut être nécessaire d'intégrer la participation de ceux-ci dans les activités d'enseignement et d'intégration des principes dans les habitudes de vie. Voici quelques-uns des principaux pôles d'intervention en problématique de douleur :

²⁶ Inspiré du chapitre *Ergothérapie et douleur chronique* tiré du document *Faire équipe face à la douleur chronique* [32]

- **La réactivation** : Tôt dans le processus, l'ergothérapeute guide les personnes aux prises avec des douleurs dans la reprise graduelle de leurs activités significatives en respectant leurs capacités et malgré la présence de douleurs. Cela en vivant des expériences positives (réussites) le plus possible afin de les aider à bien gérer les émotions qui entourent l'expérience de douleur. L'ergothérapeute aide la personne à analyser ses activités significatives, à développer des stratégies compensatoires et à les intégrer dans leur réalisation (ex. : comment ça s'est passé?, qu'est-ce qui est arrivé?, qu'est-ce que vous avez fait?, qu'est-ce qui aurait pu être fait?,...). Généralement, les activités préconisées au départ seront la participation à des loisirs significatifs afin de mettre l'emphasis sur la notion de plaisir. Par la suite, l'ensemble des autres activités significatives sera intégré;
- **L'éducation sur sa condition** : Afin de favoriser sa participation, la personne doit comprendre ce qu'est la douleur en relation avec sa condition, et en quoi consistera sa réadaptation;
- **Les principes de conservation d'énergie** :
 - La **planification** : consiste à organiser ses activités quotidiennes, hebdomadaires et mensuelles en respectant certains critères à l'aide d'outils et stratégies compensatoires (ex. : agenda, alternance des activités, fractionnement des activités);
 - La **priorisation** : consiste à mettre en ordre d'importance les tâches à accomplir et de déterminer celles qui sont obligatoires, celles qui peuvent être réduites, éliminées, déléguées à autrui ou celles qui peuvent être ajoutées (loisirs significatifs);
 - La **prise de pauses** : de l'enseignement sur les différentes façons d'intégrer des pauses dans son horaire de vie est réalisé auprès de la personne pour ensuite l'aider à en faire l'intégration dans sa planification, comme une activité en soi;
 - La **posture** : consiste à sensibiliser la personne à maintenir une bonne posture dans l'ensemble des habitudes de vie dans le but de préserver son énergie;
- **L'hygiène posturale / la mécanique corporelle** : L'ergothérapeute participe à l'enseignement des principes de base et l'intégration dans les différentes habitudes de vie;
- **L'hygiène du sommeil** : L'ergothérapeute participe à l'enseignement et l'intégration de moyens pour aider la personne à modifier ses comportements dans le but de favoriser un meilleur sommeil. Par exemple, par le biais de l'analyse de l'horaire de vie, il amène le client à se questionner sur l'application des principes enseignés lorsqu'il constate une problématique avec celui-ci;
- **Les techniques de relaxation** : L'ergothérapeute participe à l'enseignement et l'intégration de l'utilisation de techniques de relaxation. Par exemple, par le biais de l'analyse de l'horaire de vie, il amène le client à se questionner sur l'application des principes enseignés lorsqu'il constate une problématique avec celui-ci.

Infirmier

L'infirmier en réadaptation physique intervient auprès de la clientèle en douleur sur une base régulière étant donné le rôle élargi qu'il occupe. Son implication variée dans le plan de traitement du client en fait une référence pour les questionnements des membres de l'équipe. Dans le contexte de l'Unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI), l'infirmier devient souvent le pivot de l'équipe car sa présence est très régulière auprès du client, ce qui facilite la cueillette et la mise à jour constante des données, ainsi qu'un lien avec tous les membres de l'équipe interdisciplinaire.

En contexte de douleur, l'infirmier évalue et fait le suivi de la condition douloureuse du client. À l'aide des observations et des données qu'il recueille, l'infirmier est en mesure d'établir une analyse complète de la situation du client et de poser les interventions qu'il juge les plus pertinentes afin de soulager ce dernier. Il s'implique dans le soulagement de la douleur par l'administration de divers traitements pharmacologiques prescrits ainsi que par l'utilisation de différents moyens non pharmacologiques tels que les massages, les frictions, le repositionnement, l'application de chaud et de froid selon la situation clinique et l'appréciation du client. Il discute aussi de la situation avec l'équipe interdisciplinaire afin d'ajuster les interventions et de répondre de façon optimale aux besoins du client.

Sa présence régulière auprès du client, à l'URFI, facilite la création d'un lien de confiance. Ainsi, l'infirmier devient souvent une figure de référence pour le client (réponses aux nombreuses questions, rassurance lors des périodes plus difficiles, etc.). L'infirmier travaille, de plus, en lien avec la famille afin de leur expliquer les soins et les interventions offerts par l'équipe, ce qui permet à la famille de comprendre les interventions et d'y collaborer. L'infirmier est souvent en situation d'assumer un rôle d'accompagnement auprès des clients et de leur famille. Il peut, à ces moments, utiliser l'écoute active, la reformulation et le reflet. Le lien de confiance avec le client et sa famille lui permet d'obtenir de précieuses informations. Il peut ensuite rediriger les informations pertinentes dans l'équipe et optimiser la concertation entre tous.

Enfin, l'infirmier est la personne la mieux placée pour effectuer l'évaluation constante de la douleur du client, entre autres, lors des séjours à l'URFI, étant donné la régularité de ses interventions. Les nombreux ajustements dans les traitements faits par les différents intervenants amènent parfois des modifications importantes de la condition douloureuse, que l'infirmier est à même d'observer. L'infirmier demeure à l'affût des premiers signes de possible chronicisation de la douleur. Il s'assure de transmettre toutes les informations pertinentes aux membres de l'équipe et applique leurs recommandations de traitement. De plus, il renforce les interventions des autres intervenants durant ses interventions et transmet au client de nombreux rappels concernant les recommandations des intervenants.

Médecin

Le médecin évalue le client en vue d'établir ou préciser le ou les diagnostics. Pour ce faire, il peut recourir à des investigations supplémentaires telles les prises de sang ou l'imagerie médicale. Il élabore un plan de traitement, avec la collaboration du client et de l'équipe traitante. Il pourra prescrire une médication appropriée, de même que des modalités non pharmacologiques selon les résultats des évaluations faites. Il pourra également émettre des suggestions qu'il fera parvenir, par écrit, au médecin de famille du client.

Dans certains cas, il référera le client à un confrère spécialiste pour consultation telle en physiatrie, orthopédie ou neurologie. Il pourra référer, dans des cas particuliers, le client à la Clinique de la douleur de l'Hôtel-Dieu de Lévis, lorsqu'indiqué. Le médecin est également bien placé pour faire de l'enseignement au client sur sa condition.

Le médecin peut aussi soutenir l'équipe dans l'élaboration du pronostic de réadaptation ainsi que l'orientation des interventions. Il peut aussi, par son statut, contribuer à entériner auprès du client le PII de l'équipe et ainsi aider à l'adhésion.

Pharmacien

Le pharmacien intervient auprès du client dans le suivi de la douleur :

- Histoire médicamenteuse pour savoir ce qui a déjà été essayé (médicaments, doses, raison d'arrêt ou abandon du traitement, efficacité, effets indésirables);
- Vérification de l'efficacité des médicaments actuels;
- Vérification de la présence d'effets secondaires;
- Vérification de l'observance au traitement;
- Conseils sur les médicaments (indication, posologie, particularités du médicament, effets secondaires possibles);
- Réponses aux questions.

De plus, le pharmacien intervient auprès du médecin et des autres intervenants. Il est une personne-ressource pour toute information sur les médicaments et l'optimisation de la pharmacothérapie.

Il peut aussi intervenir lors de la gestion de l'ordonnance :

- Vérification de la dose selon fonction rénale si nécessaire;
- Vérification allergie/intolérance;
- Vérification et gestion des interactions.

Physiothérapeute et Thérapeute en réadaptation physique

En physiothérapie, le physiothérapeute et le thérapeute en réadaptation physique interviennent avec la clientèle qui présente de la douleur. Afin d'alléger le texte, le terme **intervenant** sera utilisé pour décrire les rôles assumés par ces deux entités.

Rôle spécifique du physiothérapeute :

Le physiothérapeute évalue les déficiences, les limitations et les incapacités du client en lien avec la douleur, et ce, dans une vision globale de la personne afin d'identifier les structures et les mécanismes responsables de la douleur. Il pose ainsi un diagnostic physiothérapique. Il s'assure de détecter les drapeaux jaunes et rouges qui nécessitent une attention particulière. Également, il identifie les facteurs musculo-squelettiques qui contribuent au maintien ou à l'exacerbation de celle-ci. Il partage son impression aux autres intervenants de l'équipe afin de tenir compte de ces facteurs lors de la réalisation du plan d'intervention. Le physiothérapeute agit également en collaboration avec les autres intervenants en ce qui a trait aux pronostics de récupération ainsi qu'aux contre-indications et précautions à considérer dans les interventions.

Pour certaines clientèles plus complexes, il élabore le plan de traitement en physiothérapie et, lorsque nécessaire, il a recours à des approches spécialisées de rééducation. De plus, il peut agir comme consultant.

Rôle spécifique du thérapeute en réadaptation physique (T.R.P.) :

Pendant la réadaptation, le T.R.P. peut contribuer à la réalisation optimale des habitudes de vie et des rôles sociaux du client. Son rôle rejoint celui du physiothérapeute avec toutefois une collaboration étroite et un niveau de responsabilité établi par le physiothérapeute. Il est un complément à l'équipe permettant l'atteinte des objectifs du client en physiothérapie. Parmi les diverses modalités utilisées, le T.R.P. peut, entre autres, animer différents groupes en physiothérapie.

Rôles assumés par les deux intervenants :

- Lorsque la situation le justifie, l'intervenant peut **soulager la douleur** avec l'utilisation d'appareils **d'électrothérapie** (TENS, ultrasons, etc.), **d'agents physiques** (chaleur, glace, etc.), de mobilisations articulaires, de techniques de tissu mou (massage, relâchement myofascial, etc.). Il peut également utiliser certains de ces agents pour **favoriser la guérison tissulaire**;
- Tôt dans la réadaptation, il encourage la reprise précoce des habitudes de vie, et il guide le client dans le choix d'exercices de **conditionnement physique et**

cardiovasculaire en tenant compte des diagnostics, capacités et objectifs du client (vélo stationnaire, natation, elliptique, renforcement musculaire général, etc.). Le but visé sera, entre autres, d'utiliser l'activité physique pour ses effets bénéfiques généraux (action analgésique, diminution du stress et de l'anxiété, amélioration de l'humeur et du sommeil, apport nutritionnel aux tissus par l'amélioration de la circulation sanguine, etc.);

- Il met en œuvre un plan de traitement qui vise le **développement de l'ensemble des prérequis physiques** (mobilité articulaire, souplesse, force musculaire, etc.) nécessaires à la reprise ou l'amélioration de ses habitudes. Il tiendra compte de la structure responsable de la douleur et tentera également de **corriger les facteurs qui contribuent au maintien de celle-ci**. Ce développement se réalisera à travers la prescription **d'exercices spécifiques** et l'application de **diverses techniques manuelles** ou **l'utilisation de certains agents physiques**;
- En se basant sur le diagnostic, l'évaluation et la réaction du client au traitement, il participe à la planification et **l'enseignement au client** des concepts suivants :
 - Diagnostics du client et leurs impacts;
 - Les causes et les mécanismes de production de la douleur;
 - L'effet thérapeutique escompté par les différentes modalités thérapeutiques employées en physiothérapie, la reprise des habitudes de vie et l'activité physique;
 - Les mouvements à favoriser et à éviter pour optimiser la guérison;
 - L'hygiène posturale;
 - Les principes de gestion de la douleur en fonction de la phase de guérison où le client se situe;
 - Les principes généraux de promotion et la prévention de la santé;
- En collaboration avec les autres membres de l'équipe, il s'assure d'une **bonne communication** et continuité de soins **entre l'équipe de réadaptation et l'équipe médicale** (ex. : appel au médecin, spécialiste). Pour les clients qui présentent de la douleur persistante, il s'assure que la condition médicale du client a été bien évaluée et investiguée;
- Il **réfère le client vers d'autres professionnels/intervenants** afin de maximiser l'effet thérapeutique de ses interventions (ex. : médecins spécialistes, orthésiste, ostéopathe, etc.);

- Il peut avoir recours à l'utilisation et l'enseignement de diverses **aides techniques** (ex. : canne, attelle, « taping », etc.) dans le but de diminuer la douleur, prévenir sa récurrence et permettre une remise en action rapide.

Psychologue

Le psychologue analyse d'abord le dossier, recueille les données fonctionnelles interdisciplinaires et procède par entrevue clinique afin d'identifier les facteurs de risque de chronicisation et autres conditions psychologiques préexistantes ou réactionnelles pouvant influencer le pronostic de récupération. Lorsque nécessaire, il administre les outils d'évaluation propres à affiner son impression clinique.

Il réalise la psychoéducation en regard des facteurs de risque ou autres éléments psychologiques préalablement évalués. Il identifie auprès de l'équipe traitante les dimensions psychologiques susceptibles de complexifier la problématique de douleur et ce faisant, soutient l'orientation thérapeutique interdisciplinaire. Il effectue les interventions préventives pertinentes et, le cas échéant, met en place les traitements psychologiques appropriés. Le psychologue utilise les techniques et approches démontrées efficaces et qui caractérisent sa pratique : approches motivationnelles, autorégulatrices, comportementales, cognitives-comportementales classiques et de 3^e vague, etc.

Lorsque la douleur est persistante, le traitement vise plus spécifiquement les facteurs psychologiques liés à la chronicisation. Dans ce cas, le traitement ne vise pas nécessairement la gestion de la douleur elle-même mais plutôt l'adoption d'attitudes et de comportements propices à la reprise d'activités fonctionnelles significatives pour la personne.

La contribution spécifique du psychologue comprend donc les interventions suivantes :

- Diagnostic différentiel;
- Psychoéducation en regard des conditions préalablement évaluées;
- Orientation interdisciplinaire en fonction des caractéristiques psychologiques propres à la personne;
- Traitements psychologiques liés aux facteurs de risque de chronicisation :
 - o comportements d'évitement, centration sur les stratégies de contrôle et de gestion, désengagement social, détresse émotionnelle, peurs, croyances et perceptions;
- Traitements psychologiques spécifiques :
 - o troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles de l'adaptation, troubles du sommeil et autres conditions psychologiques.

Travailleur social

Le rôle du travailleur social porte particulièrement sur les facteurs environnementaux et psychosociaux qui influencent la réadaptation de la personne. Certains de ses facteurs peuvent avoir une influence directe sur la chronicisation ou le maintien de l'incapacité dans une problématique de douleur. Par exemple, la forme de soutien offert par l'entourage ainsi que les perceptions et les réactions de l'entourage. Ainsi, le travailleur social intervient pour apporter des changements significatifs pour le système-client au plan personnel, relationnel et environnemental. Les interventions peuvent viser les croyances, les perceptions, les attitudes et les comportements.

Les principaux pôles d'intervention du travailleur social en lien avec la problématique de douleur sont :

- Les relations avec l'entourage :
 - o Rencontres auprès des proches afin d'enseigner le processus de production de la douleur, les principes de la gestion de la douleur ainsi que les attitudes à adopter pour mieux la gérer;
 - o Cueillette de données concernant le fonctionnement du client dans son milieu (vision des proches);
 - o Rencontres avec le client et sa famille afin de clarifier les besoins et les attentes de chacun et améliorer leur communication;
 - o Supporter le système-client dans la réorganisation des rôles au niveau familial;
 - o Référence du client à un groupe de soutien pour verbaliser avec des pairs.
- Soutien aux aidants naturels :
 - o Rencontres auprès des aidants naturels afin de les accompagner dans l'application des recommandations de l'équipe de réadaptation en laissant au client le plus d'autonomie possible;
 - o Encouragements donnés à répondre à leurs besoins et à prendre soin d'eux-mêmes, afin de préserver leur santé mentale et physique;
 - o Écoute et soutien reliés à la verbalisation du vécu émotif en lien avec la situation et aussi pour reconnaître les signes d'épuisement;
 - o Accompagnement dans la recherche de solutions (ressources d'aide à domicile, aide pour le transport, recherche de milieu de convalescence, etc.);

- o Référence à un groupe de soutien au besoin.
- Soutien dans les démarches diverses :
 - o Soutien et accompagnement dans le cadre des démarches en lien avec l'organisme payeur (SAAQ, CSST, assurances privées);
 - o Soutien et accompagnement dans le cadre de démarches en lien avec l'assurance chômage, la sécurité du revenu, la régie des rentes, etc.;
 - o Références à des organismes communautaires au besoin (ACEF pour consultation budgétaire et banques alimentaires;
 - o Soutien de l'utilisateur dans diverses démarches pour comprendre et faire valoir ses droits;
 - o Référence à l'aide juridique au besoin.
- Relations avec les membres de l'équipe de réadaptation :
 - o Guidance au niveau de l'équipe sur les interventions à privilégier avec le client et ses proches;
 - o Accompagnement du client à nommer ses besoins et, s'il y a lieu, ses insatisfactions en lien avec l'équipe ou une profession en particulier.

Pour conclure, nous essayons par notre travail auprès de la clientèle de créer les conditions optimales afin que les interventions en réadaptation soient adoptées par tout le système familial, et ainsi optimiser leur efficacité.

Annexe 3 Interventions correspondantes aux divers stades de changements

(voir approche motivationnelle à la page 28)

1. Pré-contemplation (Contre > Pour)

Dans ce stade, le client ne perçoit pas d'avantages au changement. Il démontre des résistances marquées en entrevue et a recours, au plan fonctionnel, à l'évitement et au contrôle.

2. Contemplation (Pour = Contre)

Ici, le client présente de l'ambivalence et émet des doutes. Il perçoit la nécessité d'un changement éventuel mais dans un futur plus ou moins rapproché. Il maintient ses stratégies d'évitement et de contrôle mais démontre une certaine ouverture à l'exploration de nouvelles possibilités.

Pour les stades 1 et 2, il faudra augmenter graduellement le doute du client par rapport à ses façons de faire et leur utilité en regard de l'atteinte de ses propres objectifs. L'on évaluera la manière dont le problème affecte la personne. L'on prendra soin de clarifier les valeurs en jeu, les émotions et les croyances. L'on favorisera l'expression des réactions émotionnelles concernant le problème et ses solutions. Les techniques de recadrage et la psychoéducation seront ici particulièrement utiles.

3. Préparation (Pour > Contre)

Ici le client est à la recherche de stratégies alternatives, il a l'intention de changer et désire mettre en place ces changements dans un futur proche.

4. Action

Il s'agit ici du stade d'application des stratégies de façon concrète.

Pour les stades 3 et 4, il faudra soutenir la prise de décision et la résolution de problème. L'on favorisera l'action et la croyance de la personne en sa capacité de changer en déterminant des objectifs à court terme susceptibles de se traduire en succès. L'on favorisera l'identification de stratégies alternatives et la mise en œuvre de ces stratégies. L'on usera du renforcement positif afin de favoriser l'occurrence et le maintien du changement. L'on interviendra auprès des proches afin de s'assurer de leur soutien dans la mise en œuvre des solutions ciblées.

5. **Maintien**

Il s'agit de la phase où le client déploie des efforts importants afin de maintenir ses acquis.

L'on permettra graduellement ici une saine distance thérapeutique. Afin de stimuler la motivation du client, les rencontres avec celui-ci viseront principalement le renforcement des actions entreprises et des succès obtenus. La prévention de la rechute sera ici abordée.

6. **Rechute**

Les gens ayant une rechute n'échouent pas le plus souvent de manière définitive, mais régressent à un stade antérieur puis recommence à progresser au travers des différents stades. Cette étape est souvent inévitable et fait partie intégrante du processus de changement. La rechute peut prendre place alors que l'activation au changement est source de douleur, de fatigue et souvent même d'anxiété.

L'apparition de ces éléments dans le cadre de la mise en œuvre doit être prévue et normalisée auprès de la personne. Les interventions viseront à identifier les pièges éventuels ainsi que les ressources de la personne face aux difficultés. L'on devra s'attarder plus particulièrement à la déception et au sentiment de culpabilité qui accompagne souvent le retour aux stratégies antérieures.

Annexe 4 Évaluation de la douleur : la méthode PQRSTU

PISTES D'ÉVALUATION CLINIQUE

ENCADRÉ 33.7

Exemples de questions pour l'évaluation de la douleur à l'aide de la méthode PQRSTU^a

P (provoquée ou palliée)

- Provoquer :
 - Qu'est-ce qui a provoqué votre douleur ?
 - Qu'est-ce qui aggrave votre douleur ?
- Pallier :
 - Qu'est-ce qui aide à soulager ou à diminuer votre douleur ?

Q (qualité et quantité)

- Qualité :
 - Comment décririez-vous votre douleur ?
- Quantité :
 - Sur une échelle de 0 à 10, à combien évaluez-vous votre douleur actuellement ?
 - Quelle est la pire douleur que vous ayez ressentie au cours des 24 dernières heures ?
 - Sur une échelle de 0 à 10, quelle intensité de douleur avez-vous ressentie, en moyenne, au cours des 24 dernières heures ?

R (région et irradiation)

- Région :
 - À quel endroit ressentez-vous de la douleur ?
- Irradiation :
 - Ressentez-vous une douleur ailleurs ? Cette douleur s'étend-elle à d'autres régions ?

S (symptômes et signes associés)

- Quels sont les symptômes associés à votre douleur ?
- Ressentez-vous d'autres malaises en plus de cette douleur ?

T (temps ou durée)

- Apparition :
 - Comment votre douleur est-elle apparue : subitement, graduellement ?
- Durée :
 - Depuis combien de temps souffrez-vous de cette douleur ?
 - Votre douleur est-elle constante, intermittente ou les deux ?
 - À quel moment de la journée survient-elle ?
 - Comment votre douleur évolue-t-elle ?

U (understanding: compréhension et signification pour le client)

- Que comprenez-vous de votre douleur ?
- De quel problème croyez-vous qu'il s'agit ?
- Quel sens pouvez-vous donner à votre douleur ?

Autres questions pertinentes

- Effets de la douleur sur votre qualité de vie : votre douleur vous empêche-t-elle de faire des activités que vous aimez ou de vaquer à vos occupations quotidiennes ?
- Quels médicaments prenez-vous actuellement, y compris les produits naturels ?
- Avez-vous des allergies ?
- Jusqu'ici, qu'avez-vous fait pour soulager votre douleur ?
- Lorsque vous avez ressenti de la douleur par le passé, quels médicaments vous ont soulagé ?
- Avez-vous déjà fait usage de drogues ou d'alcool afin de soulager la douleur ?
- Avez-vous déjà reçu un diagnostic de saignement gastro-intestinal, ou de maladie du rein ou du foie ?
- Suivez-vous actuellement des traitements pour d'autres problèmes de santé ?
- Vivez-vous avec d'autres personnes ? Si oui, comment ces dernières vous aident-elles lorsque vous ressentez de la douleur ?
- Quels sont vos objectifs de soulagement ?

a. Cette méthode s'applique à l'évaluation d'autres symptômes telles la fatigue ou la nausée.

Source : Adapté de Jarvis, C. (2009). *L'examen clinique et l'évaluation de la santé*. Montréal : Beauchemin.

Annexe 5 Les caractéristiques des différentes versions du questionnaire McGill / Melzack (MPQ)

[27, 28, 57, 58, 59, 60, 61]

Version du MPQ	Méthode d'administration	Forces	Faiblesses
McGill Pain Questionnaire (MPQ) Questionnaire de 78 descriptifs de la douleur avec un item sur l'intensité de la douleur (passation en 30 minutes)	- Papier/ crayon - Soumis par l'intervenant	- Évaluation multidimensionnelle; évalue plusieurs dimensions de la douleur en plus de l'intensité - Bonnes valeurs psychométriques démontrées sur plusieurs types de clientèle	- Besoin d'un vocabulaire riche - Besoin de la présence d'un intervenant pour aider la compréhension de certains termes descriptifs pouvant être plus difficiles à comprendre - Nécessite de la concentration - Peut être plus ou moins adapté pour un usage multiculturel (la sélection des descriptifs peut varier d'une culture à l'autre)
Version courte du McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ) Questionnaire de 15 descriptifs de la douleur (passation en 2 à 5 minutes)	- Papier/ crayon - Soumis par l'intervenant	- Évaluation multidimensionnelle; évalue plusieurs dimensions de la douleur en plus de l'intensité - Plus courte et plus facile à réaliser que la forme longue du MPQ - Bonnes valeurs psychométriques pour plusieurs types de clientèle	
SF-McGill Pain Questionnaire adapté pour douleur neuropathique Questionnaire version courte incluant des descriptifs de la douleur neuropathique (passation en 2 à 5 minutes)	- Papier/ crayon - Soumis par l'intervenant	- Évaluation multidimensionnelle; évalue plusieurs dimensions de la douleur en plus de l'intensité - Bonnes valeurs psychométriques pour les douleurs neuropathiques et non neuropathiques pour plusieurs types de clientèle aiguë et chroniques	- Plus ou moins validé pour clientèle plus âgée ou moins instruite

Annexe 6 Modalités pharmacologiques : Outils pratiques

Les pages suivantes présentent des outils pratiques complémentaires sur la médication.

Tableau 16 : Médicaments et effets secondaires pouvant avoir impact sur les traitements

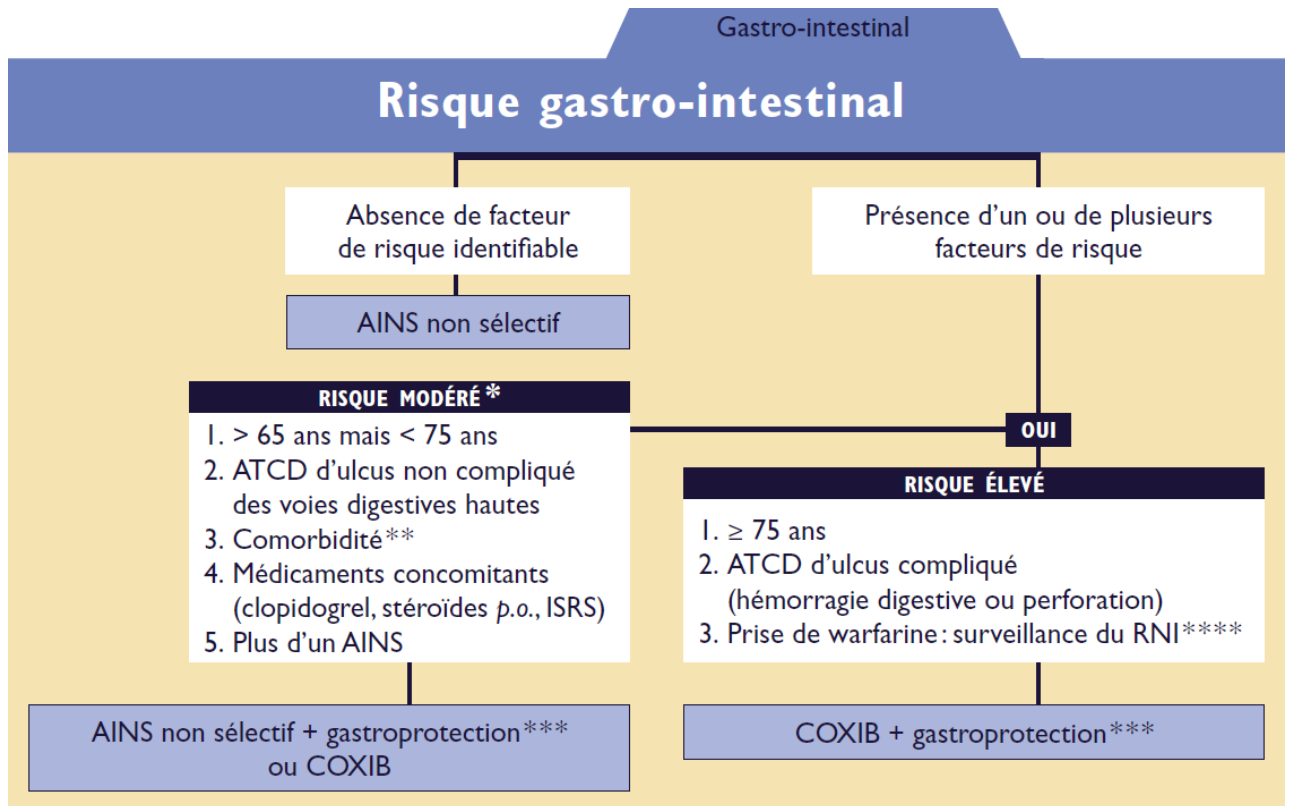
Note gériatrique : Les personnes âgées sont plus sensibles aux effets secondaires touchant le système nerveux central.

Avis : Ce tableau n'est pas exhaustif et comprend les médicaments les plus courants. De plus, de nouveaux médicaments arrivent régulièrement sur le marché. Consulter un pharmacien au besoin.

Effets secondaires	Médicaments pouvant être en cause (classés par ordre alphabétique)
Diminution équilibre	Les médicaments qui peuvent causer les effets secondaires contenus dans ce tableau contribuent indirectement à diminuer l'équilibre.
Étourdissements	AINS : ex. : naproxen, diclofenac, celecoxib Anticonvulsivants (tous) : ex. : phénytoïne, ac. valproïque, levetiracétam, prégabaline, gabapentine Antidépresseurs (plusieurs) : ex. : ISRS (citalopram, escitalopram, paroxétine, sertraline), bupropion, venlafaxine, nortriptyline, amitriptyline Antihypertenseurs Antiparkinsoniens : ex. : levodopa, pergolide, pramipexole, ropinirole, amantadine, trihexylphenidyl Benzodiazépines (tous) : ex. : lorazépam, oxazépam, alprazolam, bromazépam Cannabinoïdes : Sativex ^{md} , Césamet ^{md} Nicotine Opioïdes (tous) : ex. : morphine, oxycodone, hydromorphone, fentanyl Relaxants musculaires : ex. : baclofen, cyclobenzaprine, méthocarbamol, tizanidine
Somnolence – (une tolérance peut s'installer avec le temps)	Acétaminophène AINS : ex.: naproxen, diclofenac, celecoxib Anticonvulsivants (tous) : ex. : gabapentine, prégabaline, phénytoïne, ac. valproïque, lamotrigine, levetiracetam, clobazam Antidépresseurs (la plupart) : ex.: amitriptyline, désipramine, mirtazapine, fluvoxamine, sertraline, citalopram, venlafaxine Antihistaminiques : ex. : diphénhydramine, hydroxyzine Antiparkinsonniens : ex. : ropinirole, pramipexole, pergolide Antipsychotiques : ex. : quétiapine, rispéridone, olanzapine, aripiprazole ... Benzodiazépine (toutes) : ex. : clonazépam, lorazépam, oxazépam, témazépam Clonidine Métoprolol Opioïdes (tous) : ex. : fentanyl, morphine, hydromorphone, oxycodone, tramadol (dérivé opioïde) Relaxants musculaires (tous) : ex. : baclofen, cyclobenzaprine, méthocarbamol, tizanidine Voir suite page suivante...

Tremblements	Amiodarone Anticonvulsivants : ex. : acide valproïque, phénytoïne, topiramate, gabapentine Antidépresseurs – ISRS : ex. : citalopram, fluvoxamine, paroxétine - Tricycliques : ex. : amitriptyline, nortriptyline, désipramine Antipsychotiques : ex. : rispéridone, quétiapine, olanzapine, halopéridol Bronchodilatateurs : ex. : salbutamol, terbutaline, salmétérol Éthanol - Nicotine et certaines drogues (ex. : cocaïne, amphétamines, ecstasy) Hormones : insuline (si hypoglycémie), lévothyroxine (en surdose) Lithium Théophylline, Caféine Autres : Buspirone, certains agents immunosuppresseurs, anti-infectieux et de chimiothérapie Sevrage de plusieurs médicaments/drogues/éthanol
Effets extrapyramidaux = effets d'ordre moteur qui comprend le parkinsonisme, la dystonie et l'akathisie.	Antidépresseurs - ISRS : <u>chez les personnes âgées ou à profil gériatrique</u> (ex : citalopram, fluvoxamine, paroxétine...) Antipsychotiques : ex. : rispéridone, quétiapine, olanzapine, halopéridol Dompéridone (en surdosage) Métoclopramide Prochlorpérazine (Stémétil^{md})
Hypotension orthostatique	Alpha₁- bloquants : prazosine, térazosine Antidépresseurs tricycliques : ex. : amitriptyline, nortriptyline, imipramine... Antiparkinsoniens : ex. : levodopa, pergolide, pramipexole, rasagiline, amantadine, entacapone, trihexylphénidyl Antipsychotiques : ex. : rispéridone, quétiapine, palipéridone Cannabinoïdes : Sativex^{md}, Césamet^{md} Clobazam Clonidine Diurétiques : ex. : HCT, furosémide, indapamide IECA: cilazapril, enalapril, ramipril, fosinopril Autres: tamsulosine, silodosine, Imdur^{md}

Figure 16 : Risque gastro-intestinal

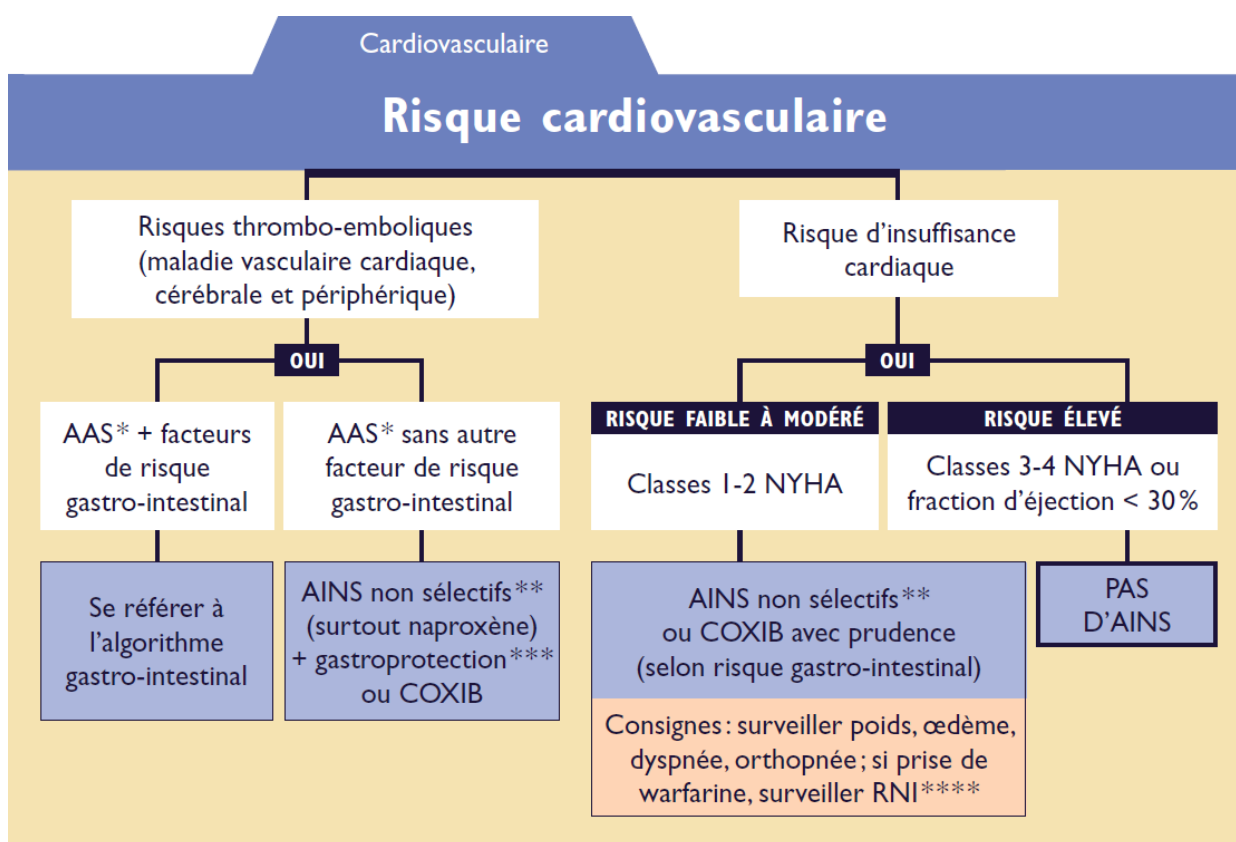


Considérations sur le risque gastro-intestinal

- Aux AINS est associé un risque de complications au niveau du tube digestif bas, risque que les gastroprotecteurs (IPP, misoprostol) ne préviennent pas. Les coxibs semblent présenter un risque de complications moins élevé à ce niveau.
- L'administration concomitante d'AAS et d'un coxib limite considérablement les bénéfices du coxib en fait de protection gastro-intestinale.
- Même si les données des analyses pharmacoéconomiques sont équivoques, la prescription d'un coxib chez les patients avec un risque de complications gastro-intestinales est une stratégie dont le rendement coût-efficacité est possiblement supérieur à l'utilisation d'un AINS traditionnel et d'un IPP.

-
- * Le risque de complications gastro-intestinales croît avec l'augmentation du nombre de facteurs de risque. Le nombre de facteurs justifiant l'ajout d'une gastroprotection repose sur le jugement du clinicien.
- ** La comorbidité est une condition médicale sérieuse qui prédispose à une exacerbation de la condition clinique de la personne à la suite de la prise d'un AINS.
- *** Gastroprotection : IPP une fois par jour ou misoprostol à une dose quotidienne minimale de 800 mcg
- **** Ratio normalisé international (RNI)

Source : Conseil du Médicament (INESSS), FMOQ, FMSQ, Algorithme d'utilisation optimale des AINS (2010).

Figure 17 : Risque cardiovasculaire**Considérations sur le risque cardiovasculaire**

- Les AINS non sélectifs et les coxibs présentent un risque de complications cardiovasculaires similaire.
- L'administration d'un coxib commande les mêmes précautions que l'administration d'un AINS non sélectif.
- Les AINS non sélectifs et les coxibs ne sont pas des substituts de l'AAS en prévention des accidents vasculaires. L'administration d'AAS à faible dose doit être maintenue pour les patients à risque de maladies cardiovasculaires, même s'il augmente la toxicité gastro-intestinale du coxib.

* AAS à une dose de 325 mg ou moins, utilisé comme antiplaquettaire

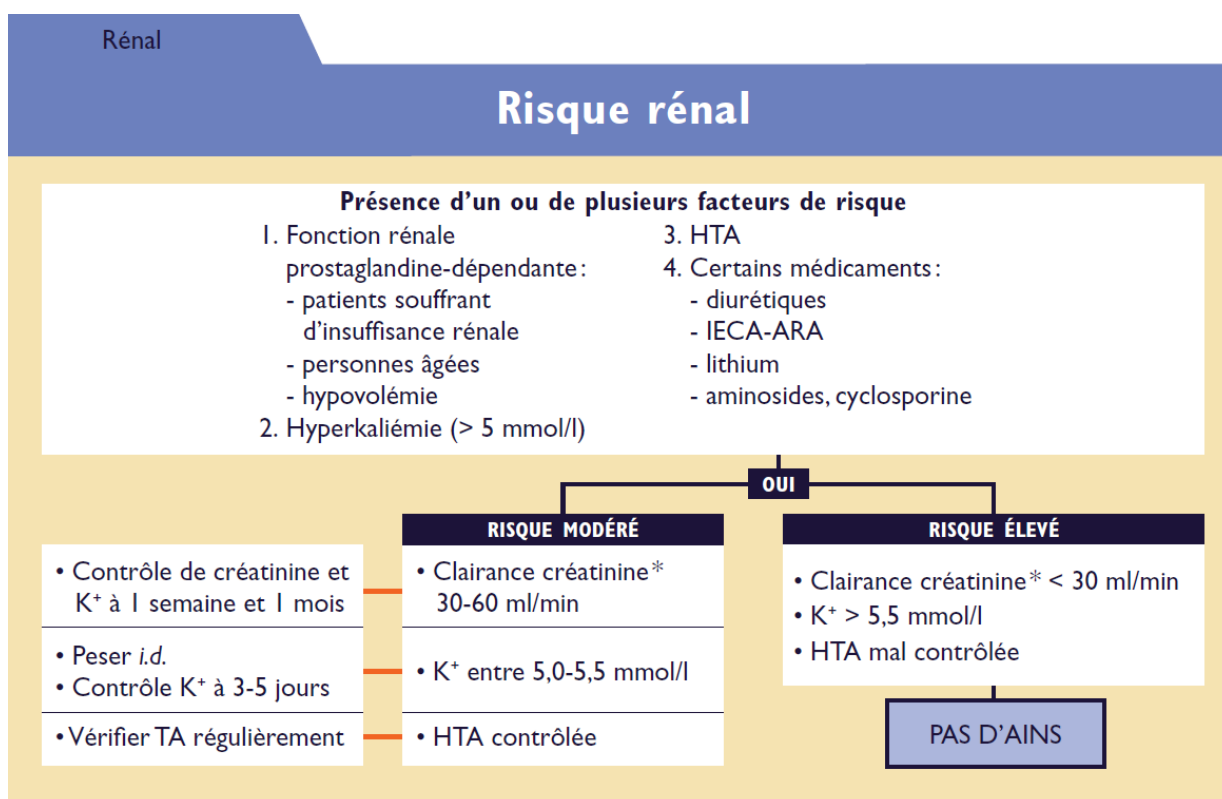
** Mise en garde: le risque cardiovasculaire est démontré pour les coxibs. Cependant, pour les AINS non sélectifs, il n'y a aucune étude randomisée, contrôlée avec placebo ou avec un autre médicament, qui évalue ce risque. Il n'existe à l'heure actuelle que des études observationnelles qui leur attribuent un risque semblable (à l'exception du naproxène) à celui des coxibs, mais sans le même degré de certitude.

*** Gastroprotection: IPP une fois par jour ou misoprostol à une dose quotidienne minimale de 800 mcg

**** Ratio normalisé international (RNI)

Source : Conseil du Médicament (INESSS), FMOQ, FMSQ, *Algorithme d'utilisation optimale des AINS* (2010).

Figure 18 : Risque rénal



Considérations sur le risque rénal

- Les AINS non sélectifs et les coxibs présentent un risque de complications rénales similaire.
- Les complications électrolytiques et l'insuffisance rénale peuvent survenir rapidement après le début de l'administration d'AINS non sélectifs ou de coxibs.
- Avant de prescrire un AINS (non sélectif ou coxib), on doit s'assurer que le patient ne consomme pas d'AINS offert en vente libre.
- La créatinine sérique est insuffisante pour évaluer la fonction rénale. L'estimation de la clairance de la créatinine se fait à l'aide de la formule de Cockcroft et Gault, où l'on considère le poids, l'âge et le sexe.
- Le dosage et l'efficacité de tous les médicaments éliminés par voie rénale doivent être surveillés. Entre autres, la lithémie d'un patient traité au lithium doit absolument être vérifiée au début du traitement par AINS, quand il y a modification de ce traitement et au moment où cesse le traitement.

* Calcul de la clairance de la créatinine selon la formule de Cockcroft et Gault :

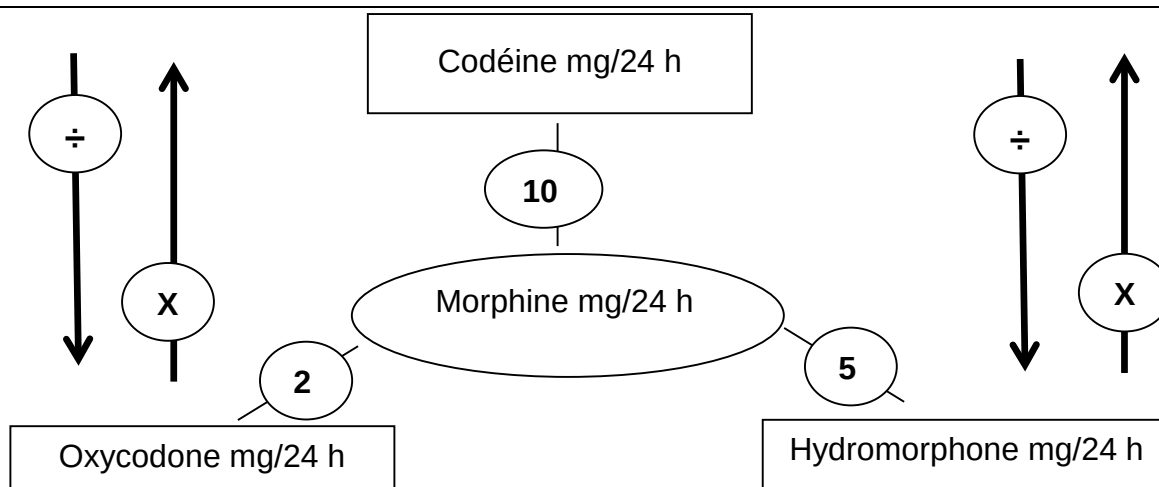
Clairance (ml/min) femme :

$$\frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids (kg)}}{\text{créatinine sérique } (\mu\text{mol/l})}$$

Clairance (ml/min) homme :

$$\frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids (kg)} \times 1,2}{\text{créatinine sérique } (\mu\text{mol/l})}$$

Source : Conseil du Médicament (INESSS), FMOQ, FMSQ, *Algorithme d'utilisation optimale des AINS* (2010).

Figure 19 : Algorithme de conversion des principaux opioïdes

- Dose S.C. = 50 % de la dose per os
- Entre-doses = 10 % de la dose de 24 heures
- Lors d'un changement de molécule, réduire de 25 % à 30 % la dose calculée car la tolérance croisée est incomplète
- Pour les doses élevées²⁷ : réduire de 50% la dose calculée
- Lors d'un changement de voie d'administration combinée à un changement de molécule : il est plus prudent de réduire la dose de 50 % (ex : si on soupçonne une mauvaise absorption per os de l'opioïde de départ.)
- Pour la conversion entre l'Oxycodone et l'Hydromorphone :
Oxycodone 10 mg = 4 mg Hydromorphone.

Pour le passage d'un opioïde P. O. ou S.C. au Fentanyl en timbre

Si voie actuelle est P.O. :

- Convertir la dose totale de 24 h de l'opioïde actuel en morphine selon le tableau ci-dessus
 - Diviser par 2 pour convertir en S.C.
 - Le résultat obtenu = Teneur du timbre de Fentanyl à dose équivalente
 - Réduire de 30 à 50 % pour la tolérance croisée = Dose à prescrire (possibilité de fraction de timbre)
- Ex : Opiacé de départ :
Hydromorph Contin 9 mg BID = 18 mg p.o./24h = Morphine 90 mg p.o./24h = 45 mg S.C.
= Timbre de Fentanyl : « 45 mcg » → Diminuer de 30 % à 50 %. Si on diminue de 50% = 22.5 mcg. → On pourrait donner un timbre de Fentanyl 25 mcg. (Diminution de 45 %)

Si voie actuelle est S.C. :

- Convertir la dose totale de 24 h de l'opioïde actuel en morphine selon le tableau ci-dessus
- Le résultat obtenu = Teneur du timbre de Fentanyl à dose équivalente
- Réduire de 30 à 50 % pour la tolérance croisée = Dose à prescrire (possibilité de fraction de timbre)

²⁷ Il n'y a pas de définition de ce qu'est une dose élevée. Celle-ci peut être patient-dépendant.

Tableau 17 : Résumé des co-analgésiques contre la douleur neuropathique

1 ^{ère} ligne	Personnes âgées ou clients avec plusieurs comorbidités : Débuter avec la plus petite dose et titrer lentement			
Médicaments	Dose départ + Titration	Dose usuelle (par jour) et Dose max (par jour)	Délai usuel pour juger de l'efficacité	Commentaires
TOUS CES MÉDICAMENTS NÉCESSITENT UN SEVRAGE À L'ARRÊT DU TRAITEMENT (sauf lidocaïne topique)				
Prégabaline (Lyrica ^{md})	25-50 mg HS, BID ou TID. Augm. hebdomadaire selon tolérance et dose de départ (50-150 mg/sem.)	300 à 600 mg Divisés en 2 ou 3 prises Max : 600 mg	3 à 4 semaines	Ajustement <i>selon fonction rénale</i> <u>Prudence</u> : Insuff. cardiaque classe III ou IV <u>Effets 2^e</u> : Somnolence, étourdissement, confusion, céphalées, myoclonies, ataxie, œdème périphérique (prégabaline > gabapentine)
Gabapentine (Neurontin ^{md})	100-300 mg HS, BID ou TID Augm. de 100 à 300 mg die à TID aux 1 à 4 sem.	1200 à 2400 mg Divisés en 3 ou 4 prises Max : 3600 mg	3 à 8 semaines	
ADT : amitriptyline (Élavil ^{md}), nortriptyline (Aventyl ^{md}), désipramine (Norpamin ^{md})	10 mg HS Augm. de 10 mg aux 3 à 7 jrs selon tolérance	50 à 100 mg Max: 150 mg HS ou 75mg BID. Désipramine : divisés en 2-3 prises <u>de jour</u> (car est stimulant)	3 à 8 semaines	<u>Effets 2^e</u> : effets anticholinergiques, HTO, Abaisse le seuil de convulsion, confusion, photosensibilisant <u>Prudence ou CI</u> : histoire de maladies cardiaques (long QTc, bloc de branche, arythmie...) (ECG si client > 40 ans), glaucome, HBP, épilepsie, âge >65ans
Lidocaïne top. 10 %	Application TID ou QID Titration non nécessaire	Max : 300 cm ² à la fois (½ feuille 8 ½ x 11)	Immédiat	Application sur peau saine seulement. Si plaie ouverte : appliquer au pourtour sain de la plaie. Jamais dans la lésion ni sur tissus de granulation(pénétration accrue et risque d'arythmie) NE PAS faire d'occlusion

2 ^e ligne	Personnes âgées ou clients avec plusieurs comorbidités : Débuter avec la plus petite dose et titrer lentement			
Médicaments	Dose départ + Titration	Dose usuelle (par jour) et Dose max (par jour)	Délai usuel pour juger de l'efficacité	Commentaires
TOUS CES MÉDICAMENTS NÉCESSITENT UN SEVRAGE À L'ARRÊT DU TRAITEMENT (sauf lidocaïne topique)				
Venlafaxine (Effexor ^{md})	37,5 mg Augm. de 37,5 à 75 mg aux 1 à 4 sem.	150 mg Max : 225 mg	4 à 6 semaines	Ajustement <i>selon fonction rénale</i> <u>Effets 2^e</u> : Nausées, céphalées, sudation, tremblements, HTA (relié à la dose), dysfonction sexuelle
Duloxétine (Cymbalta ^{md})	30 mg (dose inefficace contre douleur mais nécessaire pour débiter) Augm. à 60 mg après 1 à 2 sem.	60 mg die à BID Max : 120 mg Divisés en 2 prises	4 semaines	Non recommandé si Cl.Cr. < 30 ml/min <u>C-I</u> : I.H ou si consommation substantielle R-OH (dommage hépatique) Doses > 60 mg : pas d'évidence de plus grande efficacité et clairement moins bien toléré et augmente le risque d'HTO. <u>Effets 2^e</u> : Nausées, céphalées, xérostomie, étourdissements, constipation, fatigue, tremblements, HTA
Nabilone (Cesamet ^{md})	0,25 à 0,5mg HS ou BID Augm. de 0,25 à 1 mg HS ou BID aux 1 à 4 sem. (Pourrait être augmenté aux 3 jours si besoin et bien toléré)	0,25 à 1 mg (gériatrie) 1 à 2 mg BID (adulte) Max : 4 mg (gériatrie) 6 mg (adulte) Divisés en 2 prises	2 semaines	<u>Effets 2^e</u> : Somnolence, vertiges, xérostomie, euphorie, confusion, dépression Meilleure tolérance avec dose ≤ 2,5 mg/jr Propriétés anxiolytique et antiémétique <u>C-I</u> : allergie à la marijuana, ATCD tr. psychotiques Potentialise l'effet des opiacés Éviter alcool

Delta-9-THC + Cannabidiol (Sativex ^{md})	Jour 1 : 1 vapo sous la langue ou à l'intérieur des joues aux 4 heures (Max : 4 vapo/jr) Jours suivants : Ajuster progressivement selon réponse clinique et tolérance	Dose de maintien : 1 à 2 vapo QID Max : 12 vapo/24hres *Respecter 30 minutes entre 2 vaporisations * * Ne pas boire dans les 10 minutes suivant la dose * ** Ne pas conduire dans les 2 heures qui suivent la prise **	2 semaines	Traitement de la douleur en SEP Peu d'expériences en gériatrie <u>C-I</u> : tr. cardiaques (ex. : angine, insuff. cardiaque sévère, arythmie), HTA <i>non contrôlée</i>, I.R. sévère, schizophrénie (active ou ATCD), allergie à la marijuana <u>Prudence</u> : HTA, angine, I.H., troubles psychiatriques (incluant panique et anxiété), épilepsie/convulsions (actif ou ATCD) <u>Effets 2^e</u> : Irritation et sécheresse buccale, étourdissements, fatigue, céphalées, nausées, tachycardie, tr. de concentration, dépendance, réaction psychotique Éviter alcool
3^e ligne	Personnes âgées ou clients avec plusieurs comorbidités : Débuter avec la plus petite dose et titrer lentement			
Médicaments	Dose départ + Titration	Dose usuelle (par jour) et Dose max (par jour)	Délai usuel pour juger de l'efficacité	Commentaires
TOUS CES MÉDICAMENTS NÉCESSITENT UN SEVRAGE À L'ARRÊT DU TRAITEMENT (sauf lidocaïne topique)				
Citalopram (Celexa ^{md})	10 mg Augm. 10 mg aux 1 à 4 sem.	20 à 40 mg Max : 20 mg (gériatrie) 40 mg	4 à 6 semaines	Généralement bien toléré et stimulant Peu d'interactions médicamenteuses Éviter si Cl.Cr. < 20 ml/min <u>Effet 2^e</u> : céphalées, nausées, xérostomie, étourdissements, somnolence, insomnie Clientèle gériatrique : hyponatrémie et effets extrapyramidaux
Paroxétine (Paxil ^{md})	10 mg Augm. 10 mg aux 1 à 4 sem.	20 à 30 mg Max : 50 mg	4 à 6 semaines	Éviter en gériatrie : potentiel anticholinergique environ = désipramine.

Bupropion (Wellbutrin ^{md})	100 mg Augm. 100 mg aux 1 à 4 sem.	100 à 300 mg Dose unique ne doit pas dépasser 150 mg Max : 300 mg en 2 prises	4 à 6 semaines	<u>Prudence</u> : HTA, convulsions (éviter si possible), I.H. (ajust. dose), I.R. Artériosclérose <u>Effets 2^e</u> : tremblements, insomnie, agitation, anxiété, cauchemars,
Carbamazépine (Tégréto ^{lmd})	100 mg id ou BID Augm. 100 mg à 200mg aux 3 à 7 jours	400 mg à 1200 mg Divisés en 2 à 4 prises Max : 1200 mg	4 semaines	Éviter jus de pamplemousse. <u>Prudence</u> si présence ou ATCD: I.H., bloc AV, aplasie médullaire (éviter si possible) <u>Effets 2^e</u> : somnolence, étourdissements, hyponatrémie, nausées, leucopénie, éruptions cutanées <u>Labo</u> : dosage sérique, FSC, enz. hépatiques Beaucoup d'interactions médicamenteuses
Topiramate (Topamax ^{md})	12.5 à 25 mg HS Augm. de 12,5 à 25 mg aux sem.	200 mg à 400 mg Divisés en 2 prises Max : 400 mg	4 semaines	<u>C-I</u> : I.H. Si Cl.Cr. < 70 ml/min : débiter à 15 mg et titrer plus lentement <u>Effets 2^e</u> : étourdissements, somnolence, paresthésies, ataxie, perte de poids, confusion Labo : bicarbonate Surveiller : Sx dépressifs, changement comportement, idées suicidaires **Boire beaucoup d'eau lors de la prise pour diminuer risque de néphrolithiase
Lévétiracétam (Keppra ^{md})	250 mg BID Augm. 500 mg aux 1 à 4 semaines	1000- 3000 mg Divisés en 2 prises Max : 3000 mg	4 semaines	Ajustement selon fonction rénale lorsque Cl.Cr. ≤ 80 ml/min. <u>Effets 2^e</u> : Somnolence, étourdissements, fatigue, tr. de comportement, anxiété

Lamotrigine (Lamictal ^{md})	25 mg die x 2 sem. Puis 25 mg BID x 2 sem. Puis augm. de 25 à 50 mg aux 2 sem. <i>Titrer lentement pour dim. risque de réactions cutanées graves :</i> Ne pas atteindre 100 mg avant 4 semaines	200 à 400 mg Divisés en 2 prises Max: 500 mg	4 semaines	Si le client prend de l'acide valproïque ou un autre anticonvulsivant : le titrage est différent. (voir monographie de la Cie) Beaucoup d'interactions médicamenteuses. <u>Effet 2^e</u> : Nausées, étourdissements, dyspepsie, diaphorèse, vision brouillée, éruptions cutanées
4 ^e ligne	Personnes âgées ou clients avec plusieurs comorbidités : Débuter avec la plus petite dose et titrer lentement			
Médicaments	Dose départ + Titration	Dose usuelle (par jour) et Dose max (par jour)	Délai usuel pour juger de l'efficacité	Commentaires
TOUS CES MÉDICAMENTS NÉCESSITENT UN SEVRAGE À L'ARRÊT DU TRAITEMENT (sauf lidocaïne topique)				
Kétamine (Kétalar ^{md})	<u>Sol. injectable administrée par voie orale</u> : 10 mg TID à QID avec du jus Doublér la posologie après 2 à 7 jours ad dose minimale efficace ou dose max.	<u>Par voie orale</u> : 100 mg à 300 mg Divisées en 3 ou 4 prises Max : 450 mg	Rapide : en quelques jours selon la vitesse de titration	<u>Plusieurs C-I absolues /relatives</u> : À vérifier. Augmente l'effet des opiacés : diminuer dose de l'opiacé lors de l'introduction et réviser dose en cours de titrage <u>Effets 2^e</u> : somnolence, hallucinations, tr. psychotiques *** Prévoir benzo ou halopéridol ***

Clonazépam (Rivotril ^{md})	0.25 à 0,5 mg die ou BID Augm. 0,5 mg id ou BID aux 1 à 4 sem.	2 à 6 mg Divisés en 2 à 4 prises Max : 6 mg	4 à 6 semaines	Intéressant si présence de myoclonies 2 ^e aux opiacés, syndrome des jambes sans repos ou spasticité <u>C-I</u> : glaucome angle fermé, I.H. sévère, myasthénie grave, atteinte pulmonaire sévère <u>Prudence</u> : apnée du sommeil, MPOC <u>Effets 2^e</u> : Somnolence, tr. de mémoire, ataxie, dépendance Longue demi-vie → risque d'accumulation chez clientèle gériatrique
Clonidine (Catapres ^{md})	0,05 mg die ou BID Augm. 0,1 mg aux 2 à 4 sem.	0,1 à 0,2 mg Divisés en 2 prises Max : 0,6 mg	4 à 6 semaines	Évaluer le risque d'hypotension orthostatique avant de débiter tx. <u>Effet 2^e</u> : somnolence, étourdissements, hypotension, xérostomie
Baclofène (Lioresal ^{md})	5 mg BID à TID Augm. de 5 mg B-TID aux 3- 7 jours ou selon tolérance	10 à 80 mg Divisés en 3 ou 4 prises Max : 80 mg	4 à 6 semaines	I.R. : Titrer plus lentement <u>Effets 2^e</u> : Hypotension, somnolence, étourdissements, constipation
Tizanidine (Zanaflex ^{md})	2 mg HS Augm. 2 à 4 mg aux 1 à 2 sem.	6 à 12 mg Divisés en 3 prises Max : 36 mg	4 à 6 semaines	C-I : I.H. <u>Effets 2^e</u> : hypotension, somnolence, xérostomie, étourdissements, bradycardie Labo : Suivi hépatique 1 - 3 - 6 mois
TOUS CES MÉDICAMENTS NÉCESSITENT UN SEVRAGE À L'ARRÊT DU TRAITEMENT (sauf lidocaïne topique)				
Éviter alcool avec la plupart de ces médicaments				

Effets 2^e = Effets secondaires. → N.B. La liste n'est pas exhaustive. Les rubriques « C-I » et « Prudence » ne sont pas exhaustives.

SEP : sclérose en plaques HTO : hypotension orthostatique ATCD : antécédent I.H. : insuffisance hépatique I.R. : insuffisance rénale ROH : alcool

Ce tableau est inspiré de : -Dr A. Boulanger et coll. Recommandations d'un forum québécois sur al douleur neuropathique (II) Med Actuel 14 mai 2008.
-Geriatric Dosage Handbook, 13e édition Lexicomp's.
-Logiciels d'information pharmacologique : Micromedex et Vigilance et e-CPS.

Annexe 7 Les approches psychologiques préconisées en douleur

Les approches psychologiques préconisées en douleur et qui offrent un support empirique solide se déclinent sous cinq catégories : l'approche motivationnelle et les approches autorégulatrices, comportementales, cognitives-comportementales (TCC) classiques et cognitives-comportementales de 3^e vague (thérapie d'acceptation et d'engagement).

1. Approche motivationnelle :

L'Approche motivationnelle se distingue de l'Entrevue motivationnelle qui elle réfère davantage à un processus propre à la psychothérapie.

L'approche motivationnelle est une approche communicative interdisciplinaire en relation d'aide qui vise à créer le contexte propice à l'engagement de la personne dans un traitement spécifique ou un processus de changement. Elle ne vise pas à motiver directement l'individu, mais plutôt à créer un contexte qui favorise sa motivation. L'approche motivationnelle est utilisée comme adjuvant à la prise en charge interdisciplinaire et ses principes devraient faire partie intégrante de tout traitement.

L'intervenant cherchant à créer ce contexte fera preuve d'empathie envers la personne, il validera son expérience et prendra soin de partir de son point de vue, de la rejoindre là où elle est rendue dans son désir de changement. Il développera un partenariat avec elle et favorisera la négociation et la collaboration plutôt que de chercher à diriger ou prescrire, évitant ainsi délibérément de prendre une position d'expert. Par ses reflets et les questions ouvertes, il tentera de faire doucement ressortir les divergences perçues entre la situation actuelle et la situation désirée créant ainsi une légère dissonance. Il évitera les argumentations ne cherchant pas à convaincre mais plutôt à mettre en place les éléments propices au changement. Face aux éventuelles résistances, il fera preuve de flexibilité dans ses interventions adaptant son style et ses techniques au stade de changement où la personne se trouve. Finalement, il nourrira le sentiment d'efficacité personnelle de la personne en renforçant les comportements liés au changement lui permettant ainsi de croire que la démarche et les actions qu'elle entreprend auront un impact.

2. Approches autorégulatrices :

Les approches autorégulatrices incluent l'entraînement à la relaxation, l'hypnothérapie et la pratique de la pleine conscience.

Entraînement à la relaxation : l'entraînement à la relaxation est utilisé le plus fréquemment en complémentarité à la thérapie comportementale-cognitive. Typiquement, l'identification des états de tension physique ou psychologique est suivie de l'application d'une méthode systématique comme la respiration diaphragmatique, la relaxation musculaire progressive ou la visualisation, le tout dans une optique de réduction des tensions et d'altération de la perception de la douleur. Pour le client, l'entraînement à la relaxation précise l'association entre le stress physiologique et émotionnel et permet de responsabiliser l'individu en lui enseignant une méthode facilement reproductible d'autocontrôle des états de tension. L'utilisation de ces techniques est démontrée efficace pour une variété de conditions telles la migraine, les douleurs musculo-squelettiques et les douleurs dorsales.

Hypnothérapie : l'hypnothérapie implique un état de conscience altéré guidé par suggestion et qui vise à diriger l'attention de l'individu d'une manière permettant de transformer son expérience subjective de la douleur. Tout comme avec l'entraînement à la relaxation, l'état de relaxation hypnotique peut être reproduit volontairement par le participant lorsque nécessaire (enseignement de techniques d'auto-hypnose). L'hypnose appliquée au traitement de la douleur reçoit un bon appui de la recherche. Une méta-analyse récente rend compte de résultats significatifs pour diverses formes de douleur chronique incluant la douleur liée au cancer, l'arthrite, la douleur temporomandibulaire, la fibromyalgie et les douleurs lombaires. L'hypnothérapie n'est pas offerte actuellement en psychologie au CRDP-CA.

Pleine conscience : la pleine conscience est issue des approches méditatives bouddhistes et fondée sur l'attention consciente du moment présent. Les techniques de pleine conscience sont reconnues efficaces pour la réduction des états de stress et le traitement de la douleur chronique. L'objectif central visé par cette approche est d'isoler les sensations de douleur des pensées et émotions qui y sont normalement associées. L'individu peut alors expérimenter la douleur comme un phénomène distinct des interprétations cognitives ou émotionnelles qui y sont normalement associées. La pleine conscience favorise ainsi la diminution des comportements d'évitement tout en permettant un plus haut niveau d'acceptation de la condition et d'engagement dans les activités fonctionnelles.

3. Approches comportementales :

Les approches comportementales visent à diminuer les comportements douloureux en minimisant les renforcements normalement attribués à ces comportements et en

augmentant l'attrait de comportements alternatifs plus sains. Les composantes principales du traitement incluent : 1) les comportements de douleur; 2) les stimuli discriminatifs qui précèdent et influencent ces comportements et 3) les renforcements de ces comportements.

Ainsi, la rassurance et l'attention prodiguée par les proches en réaction aux comportements douloureux pourront être substituées par des encouragements ou propositions à plutôt entreprendre une activité fonctionnelle.

Une autre manière d'affaiblir l'association entre les comportements douloureux et les contingences de l'environnement est de favoriser la production des comportements cibles selon une conjoncture temporelle plutôt qu'en réaction aux événements. Ainsi, au lieu de prendre une médication en réponse à la douleur, il sera préférable une prise de médication à intervalles réguliers. La prise de médication en réponse à la douleur agit comme renforcement négatif et rend ainsi davantage probable la prise de médication. Le même raisonnement s'applique à la sieste qui sera préférable à intervalles réguliers selon un horaire préétabli et dans le cadre d'un horaire axé sur la reprise graduelle des activités plutôt qu'en réaction à la douleur.

Les pensées catastrophiques liées à la douleur, les comportements d'évitement motivé par la peur de la douleur de même que l'hypervigilance aux symptômes douloureux sont à l'origine des comportements d'évitement (kinésiophobie). Les techniques d'exposition in vivo se sont avérées efficaces comme moyen de diminuer la peur associée à la reprise d'activités.

La thérapie comportementale obtient de façon constante un support empirique solide dans la littérature. Elle sera utilisée de façon plus intensive avec les clients présentant de nombreux comportements liés à la douleur alors que les approches TCC classiques et de 3^e vague seront davantage utilisées pour les clients présentant un haut degré de détresse émotionnelle.

4. Thérapie cognitive-comportementale (TCC) :

La TCC recèle trois composantes principales dans le traitement de la douleur. La première, de nature psychoéducative, aide les individus présentant de la douleur à mieux cerner la façon dont les pensées, les émotions et les comportements modulent l'expérience même de la douleur. Elle met l'accent sur le rôle que peut jouer la personne dans le contrôle de sa propre douleur suivant les attributions et les perceptions qui y sont associées.

La seconde composante consiste en l'enseignement de stratégies de contrôle de la douleur. Il peut s'agir de techniques autorégulatrices ou encore de procédures d'activation comportementale. L'enseignement de techniques distractives comme

l'imagerie mentale peut être utile. La restructuration cognitive permet quant à elle de reconsidérer les pensées et anticipations négatives liées à la douleur et de les remplacer par des pensées mieux adaptées et permettant d'y faire face de façon davantage fonctionnelle.

La dernière composante consiste en l'application et la généralisation fonctionnelle des stratégies adaptatives. Les individus sont alors encouragés à appliquer les stratégies apprises à un éventail progressivement plus large de situations de la vie courante. Les techniques de résolution de problème permettent alors l'analyse de chaque situation et le développement de solutions adaptées permettant d'y faire face.

L'utilisation de l'approche cognitive-comportementale a été démontrée efficace pour une variété de composantes liées à la douleur chronique. Les variables médiatrices démontrant le plus grand impact adressaient le niveau de contrôle perçu sur la douleur, le sentiment d'efficacité personnelle de même que les pensées catastrophiques.

5. Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) :

L'ACT trouve ses racines dans la thérapie comportementale et les approches méditatives bouddhistes fondées sur l'attention consciente du moment présent (pleine conscience). Elle porte une attention particulière à l'analyse fonctionnelle des comportements d'évitement de la détresse émotionnelle ou de la douleur. Ce faisant, elle cherche à amener la personne à adopter des comportements davantage susceptibles de l'approcher de ce qui donne un réel sens à sa vie (ses valeurs).

La prémisse de base de l'ACT concernant la douleur persistante est que si la douleur fait effectivement mal, ce sont les tentatives incessantes d'éradication de celle-ci qui cause la souffrance chronique. Le même principe s'applique aux pensées, émotions et autres sensations corporelles. Ces phénomènes représentent le plus souvent des manifestations adaptatives normales (e.g. peurs, tristesse, états de tension). C'est la lutte contre ces manifestations et leur évitement systématique qui devient cause de détresse psychologique (e.g. phobie, dépression, troubles anxieux). L'abandon des stratégies de contrôle et l'ouverture à l'expérience deviennent alors les points d'ancrage de l'adoption de comportements permettant à la personne de retrouver une vie qui a du sens.

L'ACT met l'emphasis sur l'observation des pensées, la distanciation des pensées et l'acceptation des émotions et les sensations douloureuses sans tentative de contrôle ou de modification de leur état. Utilisant les principes d'exposition, d'habituation et de consentement à l'expérience, elle ne porte pas une réelle attention au contenu ou à la forme des pensées mais cherche plutôt à modifier la relation que la personne entretient avec celles-ci (notion de fonctionnalité). Aussi, puisant dans l'activation comportementale, elle met l'accent sur la capacité d'agir de la personne, malgré la

détresse ou la douleur, en regard d'objectifs axés sur ses valeurs. Ce faisant, elle incite à une plus grande flexibilité psychologique.

Plusieurs études démontrent maintenant pour ces clients qu'une plus grande acceptation de la douleur est associée à une diminution de son intensité, à une réduction de l'anxiété et des comportements d'évitement, à une diminution des états dépressifs, à une réduction du dysfonctionnement physique et psychosocial et à un meilleur statut de travailleur.

Deux variables médiatrices principales ont été identifiées comme importantes dans l'ACT pour la douleur chronique : le consentement à l'expérience douloureuse et l'engagement dans des activités valorisées par l'individu en dépit de la douleur. Fait intéressant, l'intensité de la douleur n'était pas toujours proportionnelle au niveau d'acceptation de celle-ci. Aussi, des études en laboratoires suggèrent que les techniques comme l'observation et l'acceptation des pensées et émotions produisent une plus grande tolérance et diminution de la douleur et de l'inconfort que les techniques plus traditionnelles telles la distraction ou la restructuration cognitive.

Annexe 8 Liste de liens et de ressources d'intérêt

- Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC) :
www.douleurchroniquequebec.ca
- ACCORD (Regroupement des forces pour gérer la douleur chronique ; dépliants d'informations disponibles sur différents aspects en lien avec la douleur chronique) :
www.programmeaccord.org
- AQDC (Association québécoise de la douleur chronique : 514 355-4198)
www.douleurchronique.org
- Réseau québécois de recherche sur la douleur
<http://qprn.ca/fr>
- Guide de pratique du CLIP (Clinique des lombalgies interdisciplinaires en première ligne) : guide de pratique axé sur les lombalgies.
http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/fileadmin/documents/dossiers_thematiques/Sante_au_travail/Troubles_musculo-squelettiques/guide_de_pratique_clip.pdf
- Guideline pour les opioïdes, lien :
<http://nationalpaincentre.mcmaster.ca/opioid/>
- Groupe de recherche en douleur chronique (Australie) :
www.bodyinmind.org
- Informations sur l'approche de la thérapie par imagerie motrice :
www.gradedmotorimagery.com
- International Association for the Study of Pain
www.iasp-pain.org
- Neuro Orthopaedic Institute (Australie), contribue au développement d'outils de traitement en douleur chronique incluant entre autres *Explain Pain*, *Graded Motor Imagery*, etc. :
www.noigroup.com

Annexe 9 Liste de documents d'intérêt

- Butler, D., Moseley, L. (2003) *Explain Pain*, Noigroup publications, Adelaide, Australia
- O'Donnel-Jasmin, L. (2010) *Faire équipe face à la douleur chronique ; Un ouvrage conçu pour les patients et écrit par leurs professionnels de la santé*, Les Productions Odons.
- Bourreau, François (2004) *Contrôler votre douleur ; faire face à une douleur rebelle*, Éditions Payot et Rivages (2004
- Rivard, Marie-Josée (2012) *La douleur ; de la souffrance au mieux-être*, Les éditions du Trécarré
- Bahram, Jam (2013) *La vérité à propos de la douleur... et rien de plus*, APTEI, Thornhill, Ontario, Canada.
- Butler, D., Moseley, L. Lorimer, Beames, T. B., Giles, T.J.(2012). *The graded motor imagery handbook*. Noigroup publications, Adelaide, Australia.
- Sluka, Kathleen A. (2012) *Mechanisms and management of pain for the physical therapist*. IASP press, Seattle, WA.

De plus, les publications suivantes sont proposées par l'IASP (International Association for the Study of Pain) :

- 1) Central neuropathic pain, focus on post stroke pain, Jame L., Henry Akbar
- 2) Emerging strategies for treatment of neuropathic pain, James N. Campbell, Allan I. Basbaum, André Dray, Ronald Dubner, Robert H. Dworkin, and Christine N. Sang
- 3) Pain in older persons, Stephen J. Gibson and Debra K. Weiner
- 4) Spinal cord injury pain : assesment, mechanism, management, Kim J. Burchiel and Robert P. Yezierski
- 5) Pediatric pain, biological and social context, Patrick J. McGrath, and G. Allen Finley

Annexe 10 Répertoire des outils d'enseignement d'intérêt disponibles au CRDP-CA

Outils d'enseignement sur la douleur		
Outils d'enseignement	Où les trouver ?	Commentaire (ex. : commande requise, etc.)
Vidéo australien imagé sur le phénomène de la douleur	• www.youtube.com/watch?v=UWY_WONbd9c (MCL) • CD (traduction française) inclus dans le cartable sur les outils d'enseignement de la douleur TOME 1 archives NT Charny E-103	Envisager de fournir plusieurs copies aux programmes
Dépliants sur douleur produits par le programme ACCORD de l'AQDC	• Bibliothèque bureau de Marianne Hettrington, Charny • E-104 • Sur le site du programme ACCORD (voir l'annexe sur les liens d'intérêt)	1 sujet par dépliant : (sexualité, douleur, émotions, nutrition, énergie, respiration, communication, sommeil, psychologie, famille, médicaments, activités)
Cartable d'outils d'enseignement de la douleur Tome 1 et Tome 2	• Archives NT Charny E-103 • Version informatique de chacun de ces outils : programme/NT/transfert NT/douleur/outils d'enseignement	Contient une multitude d'outils d'enseignement sur divers sujets en lien avec la douleur tirés de PIGAD (pensées intrusives, cycle de Vlaeyen, gestion émotions, journal de bord, relaxation etc.), certains outils sont les mêmes que ceux répertoriés ci-dessous dans le tableau
Carte des deux montagnes	• Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny) • Cartable de références gymnase physio Charny B-115) • Cartable d'outils d'enseignement TOME 1 archives NT E-103 • Version informatique : Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Douleur/Outils d'enseignement	Traduction et adaptation libre par Martine Sanfaçon, physiothérapeute; Tiré des notes de cours Explain Pain de David Butler
Carte de la douleur chronique	• Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny) • Cartable de références gymnase physio Charny B-115) • Cartable d'outils d'enseignement TOME 1 archives NT E-103 • Version informatique : Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Douleur/Outils d'enseignement	Traduction et adaptation libre par Martine Sanfaçon, physiothérapeute; Tiré des notes de cours <i>Explain Pain</i> de David Butler

Livret La vérité à propos de la douleur et rien de plus, Bahram Jam	Un exemplaire dans le gymnase physio et un exemplaire dans le gym ergo Charny pour lecture sur place. Possibilité d'achat au secrétariat du NT à Charny	Livret éducatif vulgarisé pour les clients portant sur la neurophysiologie de la douleur et les moyens à intégrer pour sortir du cercle vicieux de la douleur
Les types de douleur	Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny)	Tiré du Guide
Modèle biopsychosocial de la douleur persistante (Waddell)	- Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny) - Cartable d'outils d'enseignement archives NT Charny E-103	
Modèle de la peur du mouvement (Vlaeyen)	- Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny) - Cartable d'outils d'enseignement archives NT Charny B-115	
Techniques de gestion des symptômes (PIGAD)	Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny)	
Affiche Douleur expliquée; Voies de la douleur et médication et instructions	- Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny) - Cartable d'outils d'enseignement archives NT Charny E-103	
La douleur (document maison)	- Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny) - Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Douleur/Outils d'enseignement	
Voies de la douleur	- Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny) - Cartable d'outils d'enseignement archives NT Charny E-103	
Modèle 1 : Développement du déconditionnement et perte d'usage (NOCI clinique)	Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny)	
Mieux comprendre ma douleur (Guide pour le client)	- Cartable d'outils d'enseignement archives NT Charny E-103 - programmes/NT/transfert NT/douleur/outils d'enseignement	

Outils d'enseignement sur l'hygiène posturale		
Outils d'enseignement	Où les trouver ?	Commentaire (ex. : commande requise, etc.)
Fiches université Laval/Secteur santé sécurité du travail • Remplissage de boîtes • Manipulation de charges • Soulèvement de charges • Manipulation de chariots • Pelletage	• Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny)	
Principes de manutention de charges	• Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny)	
Tableau synthèse des principes et étapes de manutention sécuritaire de charges (ASSTSAS)	• Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny)	
Comment lever une charge	• Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny)	
Document sur l'hygiène posturale • Les mouvements • Le positionnement • Les soulèvements • Les activités de la vie quotidienne	• Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny)	
Vivre son dos au quotidien (Association Nationale Française des Ergothérapeutes)	• Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny)	
Posture	• Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny)	

Postures/Actions (CSST)	• Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny)	
Recommandations pour la station debout	• Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny)	
Hygiène posturale lors des tâches ménagères	• Classeur ergo local D-109 (Charny) • Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Douleur/Hygiène posturale	
Hygiène posturale à la cuisine	• Classeur ergo local D-109 (Charny) • Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Douleur/Hygiène posturale	
Hygiène posturale à la salle de bain	• Classeur ergo local D-109 (Charny) • Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Douleur/Hygiène posturale	
Hygiène posturale à l'ordinateur	• Classeur ergo local D-109 (Charny) • Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Douleur/Hygiène posturale	
Hygiène posturale lors des soins aux enfants	• Classeur ergo local D-109 (Charny) • Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Douleur/Hygiène posturale	
Hygiène posturale lors du magasinage et de l'épicerie	• Classeur ergo local D-109 (Charny) • Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Douleur/Hygiène posturale	
Hygiène posturale lors des travaux d'entretien extérieur	• Classeur ergo local D-109 (Charny) • Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Douleur/Hygiène posturale	
Le transport de charges	• Classeur ergo local D-109 (Charny) • Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Douleur/Hygiène posturale	
Principes de soulèvement de charges	• Classeur ergo local D-109 (Charny) • Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Douleur/Hygiène posturale	
Pelleter en toute sécurité	• Classeur ergo local D-109 (Charny) • Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Douleur/Hygiène posturale	

Posture assise, debout et couchée	• Classeur ergo local D-109 (Charny) • Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Douleur/Hygiène posturale	
Posture au fauteuil roulant	• Classeur ergo local D-109 (Charny) • Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Douleur/Hygiène posturale	
Postures préventives pour les agriculteurs	• Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Douleur/Hygiène posturale	

Annexe 11 Répertoire des outils d'évaluation disponibles au CRDP-CA

Outils d'évaluation	Où les trouver?	Commentaires (commande requise, etc.)
Questionnaire maison sur la représentation de la condition médicale (programme NT)	- Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny) - Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Douleur/Outils d'évaluation/Facteurs psychosociaux	
Questionnaire McGill-Melzack (évaluation multidimensionnelle de la douleur)	Classeur ergo local E-153 (Charny)	Version longue disponible. Selon les besoins, envisager de se procurer la version courte, ainsi que la version «neuropathique»
L'international Spinal Cord Injury Pain Basic Data Set	Non disponible au CRDP actuellement	Selon les besoins des équipes, envisager d'implanter cet outil au CRDP-CA (traduction française disponible CRLB)
Échelle de dramatisation de la douleur (PCS-CF)	- Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny) - Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Douleur/Outils d'évaluation/Facteurs psychosociaux	
Échelle de dramatisation de la douleur <u>pour les conjoints</u> (PCS-S-CF)	Non disponible actuellement au CRDP-CA	À commander (voir la Recommandation 6)
Échelle de kinésiophobie de Tampa (EKT; TSK)	- Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny) - Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Douleur/Outils d'évaluation/Facteurs psychosociaux	
EPIC Hand Function Sort	Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny)	
EPIC Spinal Function Sort	Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny)	
Family Impact of Pain Scale (FIPS)	Non disponible au CRDP actuellement	Selon les besoins des équipes, envisager une traduction /adaptation?
Grille d'horaire de vie	- Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny) - Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Grilles d'horaire de vie	
Indice de détresse psychologique de santé Québec (IDPSQ)	- Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny) - Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Douleur/Outils d'évaluation/Facteurs psychosociaux	

Injustice expérience questionnaire (IEQ)	Non disponible au CRDP actuellement	Selon les besoins des équipes, envisager une traduction/adaptation?
Inventaire d'anxiété de Beck	Bureaux des psychologues	Outil utilisé en psychologie
Inventaire de dépression de Beck-2e édition	Classeur ergo local D-109 (Charny)	Outil utilisé en psychologie
L'index d'incapacité de la douleur (PDI)	- Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny) - Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Douleur/Outils d'évaluation/Facteurs psychosociaux	
Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO)	Classeur ergo local E-153 (Charny)	
Questionnaire d'incapacité du dos du Québec	Guide du CLIP : voir annexe 8	
Questionnaire d'incapacité Roland-Morris	- Guide du CLIP (voir annexe 8) - Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny)	
Questionnaire d'incapacité Oswestry	- Guide du CLIP (voir annexe 8) - Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny)	
Questionnaire Dash-MS (membres supérieurs)	Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny)	
Quick Dash	Classeur ergo local D-109 (Charny)	
Questionnaire sur l'efficacité personnelle (Dionne et al., 2014)	Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny)	
Questionnaire sur les attitudes envers la douleur (SOPA)	Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny)	Traduction de la version abrégée à 35 items du « Survey of Pain Attitudes »,
Questionnaire sur les pratiques et les politiques organisationnelles (CAPRIT)	Classeur ergo local D-109 (Charny)	
Questionnaire Vernion-Mior pour cou	Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny)	
Outil du risque de dépendance aux opioïdes pour le clinicien	Bureau des médecins (Mathilde Barbeau)	

Social Support and Pain Questionnaire (SPQ)	Non disponible au CRDP actuellement	Selon les besoins des équipes, envisager une traduction /adaptation?
Questionnaire FABQ (Fear Avoidance Belief Questionnaire)	Non disponible au CRDP actuellement	Utilisé à l'IRD PQ Voir la pertinence selon les besoins
Questionnaire DN4	Bureau des médecins NT (Charny)	Utilisé pour dépister le type de douleur, par exemple neuropathique
Questionnaire sur la douleur	Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny)	
Dallas Pain Questionnaire (DPQ)	Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny)	
Worker Role Interview (W.R.I.)	Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny)	Traduction française libre et non validée, fait par Solange Allard, erg. Hôpital Louis-H Lafontaine- Avril 2003
Inventaire multidimensionnel de la douleur	Classeur ergo local E-153 et D-109 (Charny)	Traduction du multidimensional Pain Inventory par Simon Laliberté. 2006
Cueillette d'informations sur les principes de marges de manœuvre (CAPRIT)	Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Douleur/Outils d'évaluation	
Work Role Functioning Questionnaire	Classeur ergo local D-109 (Charny)	
Questionnaire travail antérieur (outil maison DMA-NT)	Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Travail	
Position Analysis Questionnaire (PAQ-traduction française)	Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Travail/PAQ	
Work Environment Impact Scale (WEIS-traduction française)	Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Travail	
Grilles d'estimation des exigences physiques du travail (OMRT/ Direction de la santé publique de Montréal, 2004)	Programme/Partage/Ergo NT-DMA/Travail/OMRT	
Profil des exigences du poste de travail, partie II de la Méthode d'analyse ergonomique des capacités de travail en relation	Classeur ergo local E-153 (Charny)	Demande une certification

avec les exigences de la situation de travail (MAECES)		
Cotation poste de travail de la GACE, partie III de la MAECES	• Classeur ergo local E-153 (Charny)	Demande une certification

Annexe 12 Entente sur les opiacés

BOÎTE À OUTILS 1

Entente prise avec votre médecin en vue de la prescription à long terme des opiacés

On vous a prescrit des opiacés dans le but de réduire vos douleurs, d'améliorer votre sommeil et votre qualité de vie et d'augmenter, dans la mesure du possible, votre tolérance à l'effort ou au travail.

Cette médication peut vous occasionner les effets secondaires suivants : constipation, nausées, somnolence, démangeaisons, transpiration et difficultés urinaires, problèmes qui peuvent être résolus, au moins en partie, grâce à d'autres médicaments que votre médecin pourra vous proposer. Tous ces effets, sauf la constipation, peuvent disparaître avec le temps.

Il existe aussi un faible risque de tolérance (besoin d'augmenter la dose pour maintenir le même degré de soulagement) et de toxicomanie (perte de contrôle sur la consommation d'opiacés à la recherche de leurs effets euphorisants). La dépendance physique est une réaction normale et se manifeste par des symptômes de sevrage lors de l'arrêt brutal de la prise de l'opiacé (p. ex., diarrhée, coliques, frissons, etc.). N'arrêtez pas de prendre votre opiacé sans l'aide de votre médecin.

Si les effets secondaires dépassent les bienfaits escomptés, votre opiacé sera peut-être remplacé par un autre ou, encore, il sera abandonné progressivement et on vous proposera d'autres types de traitements.

Au début du traitement et à chaque augmentation de la dose, il y a risque de somnolence. Il ne faudrait pas conduire ni manipuler des objets dangereux tant que la somnolence n'aura pas disparu. La prise concomitante d'alcool ou de tranquillisants (p. ex., Ativan®) est déconseillée, car cette association peut augmenter grandement la somnolence et réduire vos capacités de conduire.

Puisqu'il s'agit de médicaments puissants et que les effets secondaires peuvent être graves, il est impératif de respecter la posologie et la voie d'administration prescrites par le médecin. Si la douleur augmente d'une façon inexpliquée et que la médication aux doses prescrites ne suffit pas à la soulager, appelez votre médecin.

Afin de vous assurer que votre traitement ne vous nuit pas, il sera important d'informer votre médecin de toute nouvelle maladie diagnostiquée et de tout nouveau médicament prescrit par un autre médecin. Il est également essentiel de l'informer si vous devenez enceinte.

Vous être responsable de vos opiacés. Ils doivent être rangés dans un endroit sûr, hors de la portée des enfants ; il ne faut en aucun cas en donner ou en vendre à d'autres personnes.

Il n'y aura qu'un seul prescripteur (D' _____), et on vous demandera de choisir une seule pharmacie distributrice. Puisque les opiacés ne vous seront prescrits que pour un nombre limité de jours à la fois, il sera important de respecter vos rendez-vous.

Votre médecin ne sera pas tenu de renouveler votre ordonnance avant terme parce que vous avez augmenté la dose vous-même ou que vous avez perdu votre ordonnance ou vos flacons de médicaments. La répétition de ces comportements inappropriés ou une violation mineure (voir liste) peut conduire à la cessation du traitement. Une violation majeure (voir liste) rendra caduque la présente entente. Votre médecin procédera alors à un sevrage de vos opiacés ou vous adressera à un centre de désintoxication et vous proposera des analgésiques non opiacés.

Signature du patient : _____ Date : _____
Signature du médecin : _____ Date : _____

Liste des comportements inappropriés et des violations de l'entente pouvant mener à l'arrêt de votre traitement par des opiacés

Comportements inappropriés	Violations mineures	Violations majeures
1. Réclamer agressivement l'augmentation des doses d'opiacés.	1. Augmenter régulièrement et sans autorisation la posologie.	1. Vendre ses opiacés.
2. Accumuler les opiacés durant les périodes où les symptômes sont plus supportables.	2. Donner ses opiacés à une autre personne.	2. Forger une prescription.
3. Refuser des préparations génériques.	3. Perdre à répétition ses ordonnances ou ses comprimés.	3. Consommer parallèlement des drogues illicites.
4. Augmenter à une ou à deux reprises la posologie sans autorisation.	4. Recevoir des ordonnances de plus d'un médecin ou aller chercher ses opiacés à plusieurs pharmacies.	4. Voler des opiacés.
5. Utiliser les opiacés pour soulager d'autres symptômes (l'anxiété, par exemple).		5. S'injecter en intraveineuse les préparations posologiques par voie orale.

Partiellement inspirée de Portenoy RK. Opioid therapy for chronic nonmalignant pain: A review of the critical issues. *J Pain Symptom Manage* 1996; 11: 203-17; et de Pappagallo M. Aggressive pharmacologic treatment of pain. *Rheum Dis Clin North Am* 1999; 25 (1): 193-213.

Cette lettre d'entente peut être copiée et utilisée pour chaque patient souffrant de douleurs chroniques sous traitement de long cours par des opiacés.

Annexe 13 Outil du risque de dépendance aux opioïdes

OUTIL DU RISQUE DE DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES POUR LE CLINICIEN

(comprend des valeurs ponctuelles pour déterminer le score total)

	Cochez la case qui s'applique Femme	Cochez la case qui s'applique Homme
1. Antécédents familiaux d'abus de drogue :		
• Alcool	☐ 1	☐ 3
• Drogues illégales	☐ 2	☐ 3
• Médicaments d'ordonnance	☐ 4	☐ 4
2. Antécédents personnels d'abus de drogue :		
• Alcool	☐ 3	☐ 3
• Drogues illégales	☐ 4	☐ 4
• Médicaments d'ordonnance	☐ 5	☐ 5
3. Âge (cochez la case si âgé de 16 à 45 ans)	☐ 1	☐ 1
4. Antécédents d'abus sexuel à la préadolescence	☐ 3	☐ 0
5. Maladie mentale		
• Trouble déficitaire de l'attention, trouble obsessionnel compulsif, maladie bipolaire	☐ 2	☐ 2
• Dépression	☐ 1	☐ 1
Score total :		

On peut placer le patient dans l'une des trois catégories de risque de dépendance aux opioïdes

Risque faible : 0 – 3 points

Risque moyen : 4 – 7 points

Risque élevé : 8 points ou plus

Webster, Lynn R., Webster Rebecca M. *Predicting Aberrant Behaviors in Opioid-Treated patients: Preliminary Validation of the Opioid risk Tool*. Pain Medicine, 2005, Vol. 6 no 6. ISSN: 1525-2375. Table 1: Opioid Risk Tool

Annexe 14 Lettre au médecin (exemple de l'équipe BOG)

Le

Docteur,

Votre client, monsieur ou madame _____
entreprend avec nous sa réadaptation au Centre de réadaptation en déficience physique
Chaudière-Appalaches (CRDP-CA). À cette étape, l'équipe du CRDP-CA l'accompagnera
dans la reprise graduelle de ses différents rôles et activités à la maison, à l'école, au travail ou
dans ses loisirs.

Nous vous faisons parvenir cette lettre car nous croyons que vous jouez un rôle important
dans le processus de réadaptation de votre client à court et à long terme et qu'une
collaboration peut nous être mutuellement bénéfique. En cours de processus, vous recevrez
une copie du « plan individualisé des interventions » élaboré en équipe interdisciplinaire.²⁸ Ce
document, révisé en moyenne aux trois mois, vous informera de l'évolution de votre client et
des objectifs ciblés en réadaptation selon sa condition et ses attentes. Vous pouvez contribuer
à ce plan en communiquant à la coordonnatrice clinique les informations que vous jugez
pertinentes par écrit, par message téléphonique ou en participant à la rencontre de plan
d'intervention.

De plus, nous souhaiterions communiquer avec vous au besoin lorsque les difficultés
d'évolution sur le plan de la réadaptation relèveront en partie d'une condition médicale pour
laquelle vous pouvez intervenir ou soutenir nos interventions.

Afin de faciliter les échanges, nous avons joint à cette lettre une liste des intervenants
impliqués au dossier de votre client. N'hésitez pas à communiquer avec eux à votre guise. De
plus, si vous souhaitez être informé de la date des plans d'intervention, veuillez vous adresser
à la coordonnatrice clinique.

Recevez, Docteur, nos meilleures salutations.

Audrey Robitaille
Coordonnatrice clinique
CRDP-CA
418-380-2064 poste 6149

²⁸ Avec autorisation signée du client.

Annexe 15 Feuille de route (exemple de l'équipe BOG)

Nom du client et No de dossier : _____

Cocher et parapher

Dépistage	☐ PDI	☐ PSC-CF	☐ IDPSQ
	☐ TSK-CF	☐ Outil maison TS	☐ SOPA
	☐ Questionnaire sur la représentation de la condition médicale		

Demande de consultation	☐ Médecin BOG	☐ Éd. spécialisée	☐
	☐ Physiatre	☐ Psychologie	

ACTIVITÉS CLINIQUES							
	Plan d'action	Date	Physio	Ergo	Psy	TS	TES
Pochette d'accueil équipe BOG							
Présentation approche interdisciplinaire							
Dépliant sur la douleur							
Relaxation et distraction							
Respiration profonde							
Échelle de douleur							
Enseignement sur la douleur (facteur de maintien de la douleur)							
Neurophysiologie de la douleur							
Anatomie							
Système osseux							
Système articulaire							
Système musculaire							
Conditionnement physique							
Activité aérobique							
Posture							
Hygiène posturale							
Relaxation musculaire progressive (Jacobson)							
Relaxation autogène (Schultz)							
Pensées et émotions au quotidien							
Échelle d'énergie							
Liste des émotions							
La gestion des activités							
Je mange mon pain...							
Le modèle biopsychosocial de Waddell							
Réflexion sur le modèle de Waddell							
Les pensées intrusives							
Les distorsions cognitives							
Liste des descriptifs de la douleur							
Registre quotidien des pensées automatiques indésirables (modèle et tableau vide)							
Le cycle de la douleur selon Vlaeyen							
Réflexion sur le cycle de la douleur selon Vlaeyen							
L'imagerie mentale							
Pathologies							
Hypnose							
Affiche douleur expliquée							
Mieux comprendre ma douleur							
Article :							
Article :							

Références

1. HADJISTAVROPOULOS et al., *A Biopsychosocial Formulation of Pain Communication, Psychological Bulletin*, 2011, vol. 137, no.6, 910-939.
2. CRAIG, K.D., *A Social Communication Model of Pain*, Canadian Psychologie, 2009, 50, 22-32.
3. *Committee on Advancing Pain Research, Care and Education (2011); Relieving Pain in America; A Blueprint for Transforming Prevention, Care and Education, and Research*, Institute of medicine of the National Academies.
4. DOBKIN, Patricia L. et BOOTHROYD, Lucy, *Prise en charge de la douleur chronique (non-cancéreuse)*, Organisation des services en santé, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, 2006.
5. Centre de réadaptation l'Interval, *Approches en gestion de douleur*. 2008.
6. MARCHAND, Serge, *Le phénomène de la douleur*, 2^e édition, Éducation Chenelière, 2009.
7. BERQUIN, A. et al., *Prise en charge de la douleur chronique en Belgique : Passé, présent et futur (rapport de consensus scientifique concernant l'évaluation des projets pilotes de la douleur chronique, mis en place dans le cadre du programme pour les maladies chroniques)*, Service public fédéral, Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 2011.
8. MARCHAND, Serge, *Formation sur les bases neurophysiologiques du développement et du traitement de la douleur*, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, 2011.
9. LAPOINTE, Valérie, *Programme interdisciplinaire de gestion autonome de la douleur (PIGAD)*, Document de travail, Centre de réadaptation en déficience physique Chaudière-Appalaches, 2005.
10. BUTLER, D. et MOSELEY, L., *Explain Pain*, Noigroup Publications, 2003.
11. ARCAND D. et al., *Formation : Prise en charge de la douleur dans un contexte de réadaptation*, IRDPQ, 2013.

12. WOOLF, C.J., (2010) *Central Sensitization : Implications for the Diagnosis and Treatment of Pain*, Pain, 2010, Volume 152, Issue 3, supplement.
13. Barcelo, A., et al., *Innovative Care for Chronic Conditions; Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Non Communicable Diseases in the Americas*, Pan American Health Organization and World Health Organization, Washington, DC, 2013.
14. Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, *Guide d'implantation du partenariat de soins et services : vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*, RUIS Université de Montréal, mai 2013, p.32.
15. BERTI, M. et COLUZZI, F., *CHANGE PAIN : Changing the Approach to Chronic Pain*, Minerva Med, 2011, volume 102, n° 4, page 289 à 307.
16. SHIHIZHEMG, D. et al., *Self-Management Programs for Chronic Musculoskeletal Pain Conditions : A Systematic Review and Meta-Analysis*, Patient Education and Counseling 85, 2011, e299-e310.
17. C.OLIVEIRA V. et al., *Effectiveness of Self-Management of Low Back Pain : Systematic Review with Meta-Analysis*, Arthritis Care & Research, novembre 2012, volume 64, n°11, page 1739 à 1748.
18. COOPER, K., SMITH B.H. et HANCOCK E., *Patients Perceptions of Self-Management of Chronic Low Back Pain : Evidence for Enhancing Patient Education and Support*, Physiotherapy 95 (2009) 43-50.
19. MAY, S., *Self-Management of Chronic Low Back Pain and Osteoarthritis*, Nature Review, April 2010, volume 6, p.199 à 209.
20. J. BAIR M. et al., *An Expanded View of Self-Management : Patients Perceptions of Education and Support in an Intervention for Chronic Musculoskeletal Pain*, Pain Medicine, 2012, n° 13, p. 1018 à 1028.
21. MCCracken, C., Eccleston et Keeffe, *Acceptance of Chronic Pain : Component Analysis and a Revised Assessment Method*, Pain, 2004, 107 (1-2) p.159-166.
22. DIONNE, F., *Accepter la douleur : la contribution de l'ACT et de la méditation en pleine conscience*, Psychologie Québec, 2014, vol. 31, numéro 1.

23. TAYLOR, R., *The Intentionnal Relationship : Occupationnal Therapy and Use of Self*, Éditions E.A. Davis Company Cité dans le document de présentation des six modes thérapeutiques du Modèle de la relation intentionnelle de Renée Taylor par Rachelle Baril, 2008, stagiaire en ergothérapie.
24. *Guide de pratique CLIP* (Clinique des lombalgies interdisciplinaires en première ligne), 2006.
25. Traduction libre de : *Committee on Advancing Pain Research, Care and Education; Relieving Pain in America, A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research*, Institute of Medecine of the National Academies, juin 2011, p.154.
26. GÉLINAS, C., *Pain Intensity Thermometer : A New Tool for Adult Critical Care Patients*, *Perspective infirmière*, 2007, 4 (4) : 12-20.
27. FAUSTO, Salafffi et al., *Clinimetric Evaluations of Patients with Chronic Widespread Pain*, *Best Practice and Research Clinical Rheumatology* 25, 2011, 249-270.
28. SAVOIE, Maryse et al., *Douleur et démence dans les milieux de soins de longue durée*, *Perspective infirmière*, novembre 2012, 36-44.
29. STEPHEN, A. et al., *Pain Measurement Tools for Clinical Practice and Research*, *Journal of the American Association of Nurse Anesthetists*, avril 1996, vol 64 no 2 pp. 133-140.
30. SALLY, V. et al., *Responsiveness of Visual Analogue and McGill Pain Scale Measure*, *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 2001, vol. 24, number 8 p.501 à 504.
31. Traduction libre de : CLAY, F.J. et al., *Bio-Psychosocial Determinants of Persistent Pain 6 Months After Non-Life-Threatening Acute Orthopaedic Trauma*, *The Journal of Pain*, 2010, 11, 420-430.
32. O'DONNELL-JASMIN, L., *Faire équipe face à la douleur chronique : Un ouvrage conçu pour les patients et écrit par leurs professionnels de la santé*, Les Productions Odons, 2010.
33. Traduction libre de Chambers, Craig and Bennet (2002) cité dans HADJISTAVROPOULOS, T. et al., *A Biopsychosocial Formulation of Pain Communication*, *Psychological Bulletin*, 2011, vol 137.

34. Traduction libre de Horgas, A.L. et McLennon, S.M., *Pain Management*, 2003, cité dans MCLENNON, S.M., *Evidence-Based Guideline : Persistent Pain Management*, Journal of gerontological nursing, 2007.
35. FLOR, H., FYDRICH, T. et TURK, D.C., *Efficacy of Multidisciplinary Pain Treatment Centers : A Meta-Analytic Review*, Pain, 1992, 49, 221-230.
36. ARCAND, Denis, LABERGE, Denis et QUIRION, René, *Prise en charge de la douleur dans un contexte de réadaptation*, Syllabus Formation réseau IRDPQ, septembre 2013.
37. SLUKA, Kathleen A., *Mechanisms and Management of Pain for the Physical Therapist*, IASP Press, Seattle, WA, 2012.
38. BÉLANGER, AY., *Evidence-Based Guide to Therapeutic Physical Agents*, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, Philadelphie, 2002.
39. BUSSIÈRE, P. et BRUAL, J., *Les agents physiques en réadaptation : Théorie et pratique*, Les Presses de l'Université Laval, Québec, 2001.
40. Migita 1995 et Defrin, 2007, cité dans : CÔTÉ, Isabelle, *Traitement de la douleur neuropathique chez les blessés médullaires*, Syllabus du Colloque lésions médullaires pratiques actuelles et futures, Québec, 21 novembre 2008.
41. Fregni, 2006, cité dans : CÔTÉ, Isabelle Dre, *Traitement de la douleur neuropathique chez les blessés médullaires*, Syllabus du Colloque lésions médullaires pratiques actuelles et futures, Québec, 21 novembre 2008.
42. Cioni et al., 1995, cité dans : CÔTÉ, Isabelle Dre, *Traitement de la douleur neuropathique chez les blessés médullaires*, Syllabus du Colloque lésions médullaires pratiques actuelles et futures, Québec, 21 novembre 2008.
43. Hicks, 2003, cité dans : CÔTÉ, Isabelle Dre, *Traitement de la douleur neuropathique chez les blessés médullaires*, Syllabus du Colloque lésions médullaires pratiques actuelles et futures, Québec, 21 novembre 2008.

44. COHEN, EE. et al., *Rowers'high : Behavioural Synchrony is Correlated with Elevated Pain Thresholds*, Institute of Cognitive and Evolutionary Anthropology, University of Oxford, UK. Cité dans Biol lett, 2010 Feb. 23, 6(1) :106-108.
45. KENNON, T. et FRANCIS, *The Role of Endorphins in Exercise : A Review of Current Knowledge*, The Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy, 1983, p. 169-173.
46. LORIMER Moseley G. et al., *The Graded Motor Imagery Handbook*, Noigroup publications, Adelaide, Australia, 2012.
47. BUTLER, David, *Graded Motor Imagery Short Course*, Congrès IFMOT, Québec, CA, sept. 2012.
48. Nayak, 2001 et Rapson, 2003 cité dans : CÔTÉ, Isabelle Dre, *Traitement de la douleur neuropathique chez les blessés médullaires*, Syllabus du Colloque lésions médullaires pratiques actuelles et futures, Québec, 21 novembre 2008.
49. Miles C.L. et al., *Can we Identify how Programmes Aimed at Promoting Self-Management in Musculoskeletal Pain Work and Who Benefits? A Systematic Review of Sub-Group Analysis within RCTs*, European Journal of Pain, 2011, 15 775-782.
50. LAVE, J. et WENGER, E., *Situated Learning : Legitimate Peripheral Participation*, Cambridge : Cambridge University Press, 1991.
51. M. MCLENNON, Susan, *Evidence-based guideline persistent pain management*, Journal of Gerontological Nursing, juillet 2007, page 5 à 14.
52. K. NICHOLAS M., LORIMER MOSELEY G. et W. HODGES P., *A Randomized Controlled Trial of Intensive Neurophysiology Education in Chronic Low Back Pain*, Clin J Pain, septembre-octobre 2004, volume 20, n°5, page 324 à 330.
53. LORIMER MOSELEY, G., *Evidence for a Direct Relationship between Cognitive and Physical Change during an Education Intervention in People with Chronic Low Back Pain*, European Journal of Pain, 2004, 8, page 34 à 45.

54. LINEHAN, M.M., *Validation and Psychotherapie*, in : BOHART, A. et GREENBER, L. (Eds), *Empathy Reconsidered : New Directions in Psychotherapy*, Washington DC : American Psychological Association, 1997, 353-392.
55. GAUTHIER, N., THIBAUT, P. et SULLIVAN, M.J.L., *Couples en douleur : Comment le niveau de catastrophisme du partenaire influence les comportements de douleur du patient*, Bulletin de nouvelles du Centre universitaire de recherche sur la douleur et l'incapacité, 2011.
56. PRKACHIN, KM., MASS H. et MERCER, SR., *Effects of Exposure on Perception of Pain Expression*, Pain, 2004, volume 111, issue 1, p.8-12.
57. ROBERT, H. et DWORKIN., *Development and Initial Validation of an Expanded and Revise Version or the Short-Forma McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ-2)*, Pain, 2009, 144 p.35-42.
58. STEPHEN, A. et al., *Pain Measurement Tools for Clinical Practice and Research*, Journal of the American Association of Nurse Anesthetists, april 1996, vol 64 no 2 pp. 133-140.
59. TRUDEAU, J. et al., *Validation of the Revise Short Form McGill Pain Questionnaire (SF_MPQ-2) for Self-Report of Pain Qualities in Patients with Acute Low Pack Pain*.
60. CHAFFEE, Amy et al., *Responsiveness of the VAS and Mc Gill Pain Questionnaire in Measuring Change in Musculoskeletal Pain*, Journal of Sports Rehabilitation, 2011, 20 pp. 250-255.
61. INGER STRAND, Liv et al., *The Short-Form McGill Pain Questionnaire as an Outcome Measure : Test-retest Reliability and Responsiveness to Change*, European Journal of Pain , 2008, 12 pp.917-925.
62. *Utilisation des aiguilles sous le derme*, Centre Montérégien de Réadaptation.