Roberto Brioschi

Traitement multimodal de la douleur

Article basé sur un exposé présenté lors du congrès du CMPR 2014

Les douleurs, qu'elles soient chroniques ou de survenue soudaine, deviennent de plus en plus un mal de société qui s'accompagne de coûts économiques très élevés. Elles ont souvent un impact majeur sur la vie quotidienne, la situation professionnelle, les relations sociales et, d'une manière générale, la qualité de vie des personnes touchées.
L'association internationale pour l'étude de la douleur «*International Association for the Study of Pain* (IASP)» a défini la douleur de la manière suivante: «La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes.» Chez l'être humain, la douleur est l'une des expériences sensorielles les plus désagréables, bien qu'en tant que signal d'alarme d'un dommage tissulaire, elle soit absolument vitale. Le point de départ de toute exploration et de tout traitement de la douleur est la recherche d'une lésion tissulaire («Qu'est-ce qui ne fonctionne pas chez moi?»). Chez de nombreux patients, ce processus d'investigation dure longtemps et s'achève souvent par une situation confuse: soit aucune lésion physique n'a été trouvée soit son ampleur est trop faible pour pouvoir expliquer les douleurs. Par ailleurs, les douleurs, en tant qu'expérience très désagréable, sont rarement valorisées et la personne concernée se voit souvent offensée ou humiliée.

Conseil 1: Prendre le patient au sérieux et reconnaître la douleur en tant que perturbateur majeur de nombreux domaines de la vie: «Je crois en vos douleurs». Rechercher ensemble d'autres causes responsables de la persistance des douleurs.

La douleur chronique a été définie comme une interaction complexe de facteurs physiques, psychologiques, sociaux, économiques et démographiques, auxquels s'ajoutent des variables d'influence essentielles telles que l'âge, le sexe, la formation, l'intensité de la douleur, la dépendance à l'alcool et aux médicaments, les attitudes cognitives vis-à-vis de l'affection douloureuse, le «commerce des médecins et des traitements» et l'endossement d'un rôle pathologique défavorable [1]. Bien que le contexte biopsychosocial soit connu, la personne concernée se met en quête de causes, de diagnostics et d'options thérapeutiques. Cette recherche se transforme fréquemment en une véritable odyssée, lors de laquelle un temps précieux est perdu et la chronicisation progresse. La perte d'emploi est souvent l'une des principales conséquences négatives de cette évolution.

Conseil 2: Rechercher à présent les facteurs de risque psychosociaux, psychiatriques et professionnels. Si les spécialistes de la douleur sont parvenus à identifier de tels facteurs et si les options thérapeutiques unimodales ambulatoires ont été épuisées, un traitement multimodal pourrait déjà être indiqué!

Choix de la forme thérapeutique multimodale: programmes de réadaptation multidisciplinaires ou interdisciplinaires

En dépit des grands efforts déployés pour définir et mettre en œuvre des standards de traitement, tels que les «*European Guidelines For The Management Of Chronic Non-Specific Low Back Pain*» [2] à l'échelle européenne, de nombreux modèles thérapeutiques très différents ont vu le jour. Ont avant tout été créés des centres multidisciplinaires ou cliniques de la douleur, des institutions orientées vers le diagnostic des douleurs (par ex. cliniques spécialisées dans les céphalées, cliniques spécialisées dans les maux de dos) et des programmes de réadaptation biopsychosociale interdisciplinaires. Bien que le groupe de travail de l'IASP n'ait pas fait la distinction entre les traitements multidisciplinaires et interdisciplinaires lors de l'élaboration des standards de traitement, une telle différence existe bel et bien! Par définition, les traitements multidisciplinaires se caractérisent par les investigations diagnostiques réalisées par divers spécialistes (médecin, physiothérapeute, psychologue, ergothérapeute, etc.) et par la prise en charge thérapeutique ultérieure sous la houlette d'un médecin, avec des objectifs plus ou moins coordonnés et fixés avec le patient. Le traitement est souvent conduit sans que les tâches à accomplir aient été clairement définies.
En revanche, dans les équipes interdisciplinaires, les décisions thérapeutiques et l'orientation commune du programme thérapeutique font l'objet d'un consensus! La définition des tâches et la détermination des objectifs avec le patient sont discutées au sein de l'équipe.

Programmes de prise en charge multimodale interdisciplinaire de la douleur

Les programmes de prise en charge de la douleur et traitements interdisciplinaires multimodaux reposent sur le modèle biopsychosocial accepté à l'échelle mondiale [3], remplaçant ainsi le modèle biomédical, qui est dualiste et réductionniste. Comme le montre déjà la définition de la douleur mentionnée ci-dessus, il est indispensable de procéder à un diagnostic et un traitement multidimensionnels, de préférence par une équipe interdisciplinaire. Dans ce contexte, les programmes interdisciplinaires devraient se conformer aux critères CARF [4] et être axés sur les résultats, faire l'objet d'une coordination entre les disciplines et être ciblés. L'amélioration des activités quotidiennes et l'utilisation raisonnable des possibilités thérapeutiques du système de santé (mise en évidence des avantages et inconvénients de formes thérapeutiques données) sont d'autres prérequis essentiels d'un programme thérapeutique réussi. L'équipe interdisciplinaire devrait idéalement inclure au moins un médecin formé à la gestion de la douleur, un psychologue, un soignant spécialisé dans les douleurs, un physiothérapeute, un ergothérapeute et une personne spécialisée dans la réintégration professionnelle. Au sein d'un programme, les membres de l'équipe peuvent avoir des rôles qui se recoupent partiellement (transdisciplinarité), renforçant ainsi la transmission d'un message commun (unité de doctrine) par les différents membres de l'équipe. A cet égard, *Main, Sullivan et Watson* [5] ont écrit: «Le langage commun, le savoir thérapeutique commun et l'interaction entre les différentes disciplines, voilà des facteurs de succès déterminants dans le traitement des affections douloureuses chroniques complexes.»

Conseil 3: Se renseigner sur les programmes multimodaux proposés dans la région où habite le patient; examiner ces offres avec le patient et décider laquelle répond le mieux aux besoins individuels. Il est primordial d'expliquer au patient ce que signifie un tel programme et ce qu'il englobe.

Contenus et approche des traitements multimodaux interdisciplinaires

Au début du programme, l'équipe interdisciplinaire réalise une évaluation des principaux domaines que sont la douleur, les paramètres physiques, les facteurs psychologiques et sociaux, et les aspects professionnels et économiques. A cet effet, il est également possible d'utiliser des instruments de mesure fiables et valides. Ensuite, l'équipe élabore avec le patient un programme de traitement individuel et ciblé. Ce plan, qui précise les tâches à accomplir, doit correspondre le plus possible aux objectifs et attentes du patient. Certains programmes prévoient la définition des missions et des objectifs ainsi que la fixation d'un contrat thérapeutique commun avant le début du programme, le type de programme pouvant ainsi être déterminé au préalable (par ex. ambulatoire, stationnaire, intensif, durée, programme adapté à la langue). Les facteurs déterminants pour obtenir un résultat thérapeutique satisfaisant et prévenir les nouveaux dommages iatrogènes sont la dynamique d'équipe, une bonne communication entre les disciplines, le respect du savoir et des compétences des autres disciplines et l'acceptation par tous les membres de l'équipe de l'orientation thérapeutique commune. En cas de divergences entre le patient et l'équipe traitante en ce qui concerne l'atteinte des objectifs, l'équipe doit formuler ensemble une marche à suivre claire à l'égard du patient et l'appliquer de manière conséquente. Des réévaluations fréquentes, c.-à-d. des vérifications des objectifs définis conjointement, sont utiles pour que la réadaptation aboutisse à un résultat final positif. A la fin du programme, une nouvelle évaluation interdisciplinaire est réalisée et elle est combinée à des questionnaires fiables et valides, ainsi qu'à des mesures objectives. Il est indispensable d'indiquer clairement et concrètement au patient comment transférer les connaissances et capacités acquises dans le cadre du programme interdisciplinaire dans la sphère privée et professionnelle afin de permettre une mise en œuvre continue et durable de ces connaissances.

Preuves en faveur des traitements multimodaux

La littérature scientifique internationale fait état d'études ayant montré qu'une réadaptation physique, psychologique et sociale (biopsychosociale) multidisciplinaire intensive (au minimum 100 heures de traitement par programme) visant à obtenir une amélioration fonctionnelle était supérieure à un traitement non-multidisciplinaire ambulatoire ou stationnaire [6].

Les preuves scientifiques relatives au traitement des douleurs chroniques en Suisse confirment les résultats internationaux: grâce à un traitement interdisciplinaire dans le cadre d'un pro-

Figure 1
Prise en charge individuelle multimodale non-médicamenteuse.

gramme de prise en charge de la douleur, il est possible d'obtenir des améliorations modérées à substantielles au niveau de dimensions essentielles de la santé chez les patients souffrant de maux de dos chroniques non spécifiques, de douleurs des parties molles d'origine rhumatismale, de syndromes douloureux généralisés et de douleurs consécutives à un traumatisme d'accélération cranio-cervical.
Les résultats modérés des méta-analyses et revues pourraient amener à conclure précipitamment que les programmes de réadaptation multimodaux ne sont pas des moyens adéquats pour traiter des affections douloureuses subaiguës et chroniques complexes. Il est impossible de tirer une telle conclusion sur la base des études disponibles à ce jour. Les rares études de bonne qualité et l'expérience clinique nous permettent tout au plus de conclure que les programmes multimodaux devraient avoir une durée et une intensité suffisantes (plus de 100 heures) et que des éléments psychologiques, éducatifs et axés sur l'entraînement ainsi que la réintégration professionnelle devraient faire partie intégrante de ces programmes.
Sur le plan de l'expérience clinique, les programmes de réadaptation multimodaux interdisciplinaires présentent de grands avantages. En raison de leurs maladies complexes, multifactorielles et de longue durée, les patients souffrant de douleurs chroniques sont considérés comme difficiles à traiter et à guider. De nombreux spécialistes de diverses disciplines sont impliqués et devraient établir une marche à suivre diagnostique et thérapeutique coordonnée et compréhensible. Il est sans aucun doute plus facile d'y parvenir avec une équipe interdisciplinaire bien rôdée et bien formée et avec un programme multimodal qui tient compte de tous les aspects de la douleur et de toutes les comorbidités.
Des études supplémentaires de meilleure qualité sont nécessaires pour trouver une réponse concluante à la question de savoir quelles formes thérapeutiques et quelles combinaisons thérapeutiques, à quelle fréquence et pour quelle durée, agissent le mieux chez un groupe de patients donné.

Prise en charge individuelle multimodale non-médicamenteuse: est-ce possible?

Voici une question récurrente lors des congrès, symposiums et ateliers: Que se passe-t-il si une personne souffrant de douleurs n'est pas traitée dans le cadre d'un programme multimodal mais si elle est guidée et traitée par un seul médecin de famille, spécialiste ou thérapeute? Un professionnel est-il capable à lui seul d'appliquer une stratégie multimodale, qui est l'approche la plus efficace pour cette problématique, et d'y adhérer? La réponse est oui! Cette approche est tout à fait essentielle pour que les efforts thérapeutiques aboutissent et elle aide à cerner les personnes concernées dans leur ensemble. Par ce biais, il est également possible d'identifier plus rapidement les facteurs de risque de chronicisation ou de généralisation de l'affection douloureuse. Le graphique ci-dessous illustre les nombreuses possibilités et thèmes qui peuvent être abordés et discutés avec les personnes concernées. Cela élargit les perspectives thérapeutiques et améliore également la relation thérapeutique. Le sentiment d'impuissance des personnes touchées et des professionnels peut ainsi être considérablement réduit et des objectifs fonctionnels et axés sur le quotidien peuvent ainsi être élaborés pour les patients. Et si cette approche donne également naissance à une atmosphère de travail joviale et détendue, tout le monde sera gagnant!

Conclusion: Les douleurs chroniques multifactorielles complexes requièrent un traitement multimodal interdisciplinaire intensif. Une prise en charge multimodale et multifactorielle s'avère également indispensable dans le contexte individuel, chez le médecin ou le thérapeute. Une coordination et une collaboration interdisciplinaires des professionnels dans le domaine ambulatoire amélioreraient sans doute également le succès thérapeutique.

Références

1 Turk DC. Biopsychosocial perspective on chronic pain. In: Gatche R, Turck DC, eds. Psychological approaches to Pain Management. New York: Guilford Press; 1996: 3–32.
2 Airaksinen O, Brox JL, Cedraschi C, et al. European guidelines for the management of chronic non-specific low back pain. COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back pain. 2004.
3 Engel G. The need of a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977;96: 129–136.
4 Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities. Medical rehabilitation: Standards manual. Tucson, AZ; 2003.
5 Main CJ, Sullivan MJL, Watson PJ. Pain Management. Practical application of the biopsychosocial perspective in clinical and occupational settings. 2nd ed. Edinburgh: Churchil Livingstone Elsevier; 2008.
6 Benz T, Angst F, Aeschlimann A. Behandlung chronischer Schmerzen in der Schweiz: Wissenschaftliche Evidenz. Praxis. 2011;100 (10):591–598.

Correspondance:
lic.phil. Roberto Brioschi
Leiter Schmerzzentrum / Psychosomatik
SGSS Schmerzspezialist
RehaClinic, 5330 Bad Zurzach
r.brioschi[at]rehaclinic.ch
Vorstand chronischkrank.ch