



La douleur, mise à part quelques exceptions, est universelle, intemporelle et transculturelle chez l'humain (1). Or, même si cette expérience inconfortable peut être vécue partout sur le globe, il reste que la sensation de la douleur relève du subjectif et qu'elle est unique à l'individu. En effet, deux jumeaux ou deux personnes ayant eu la même opération peuvent présenter un portrait très divergeant de l'un et l'autre (2).

Paradoxalement, ce n'est qu'assez récemment qu'un modèle holistique a été proposé pour tenter d'expliquer cette variabilité dans l'expérience de la douleur (3), faisant concurrence au modèle plutôt biologique sur lequel plusieurs corps médicaux se collaient.

En quelques lignes, le modèle bio-psycho-social tente d'expliquer que l'expérience de la douleur peut être influencée de plusieurs manières : les traits psychologiques, l'environnement culturel et familial de l'individu, sa relation avec son employeur, son type d'emploi, etc. (3). Ceci fût en effet bien loin du modèle biologique, qui tente d'expliquer la douleur que par la nociception (ex. : ma main touche le feu, je ressens de la douleur qui me donne le signal d'enlever ma main pour la protéger). Ce type de pensée a généré plusieurs interrogations pendant longtemps en ce qui a trait à expliquer une douleur chronique, où aucun élément physiopathologique pouvait expliquer le maintien et la sévérité de la douleur.

LE PHÉNOMÈNE DE LA DOULEUR

Travaillant à la fois comme clinicien et *apprenti-chercheur*, l'idée de commencer à écrire quelques capsules sur le phénomène de la douleur m'a semblé être un exercice pertinent, autant pour moi afin d'affiner mes aptitudes de vulgarisateurs, que pour l'érudit pour l'aider les intéressés au phénomène.

Ainsi, le but des prochains écrits sera de discuter du phénomène de la douleur, des trucs que l'on peut adopter en réadaptation pour mieux la comprendre et de faire un parallèle avec la pratique d'ergothérapeute.

Premièrement, il est important de comprendre que la douleur est un mécanisme de protection et un signal important à considérer pour éviter les blessures plus graves. Si on reprend l'exemple donné plus tôt (c.à.d., celui de la main), on comprend que la douleur est nécessaire. Cependant, pour certaines personnes, le signal de douleur peut être disproportionnel au stimulus (ex. : on touche le bras et la personne sursaute de douleur). N'est-ce pas curieux?

Le corps humain a cette belle capacité de s'adapter aux stimuli qu'il subit. Si on s'entraîne, le corps développe les qualités musculaires et cardio-respiratoires pour être en mesure de faire l'entraînement de manière plus efficace (après un repos et nutrition adéquate, bien entendu!). Or, il peut arriver que les changements induits par une blessure et/ou la douleur peuvent occasionner des changements au niveau des nerfs, ce qui expliquerait pourquoi la douleur demeure et/ou se transforme en douleur persistante. Bien entendu, chaque condition de douleur persistante / chronique a ses particularités (p.ex. : la fibromyalgie, les douleurs lombaires/lombalgies, l'ostéoarthrose, le SDRC), mais il demeure globalement accepté que des changements nerveux s'opèrent. Ceux-ci se manifestent à deux niveaux, dans la périphérie (comme au niveau des muscles, tendons, nerfs) et au niveau central (cerveau).



Quoi faire si vous ou un de vos proche a de la douleur persistante (anciennement appelée 'douleur chronique')?

LA DOULEUR, LA RÉADAPTATION ET L'ERGOTHÉRAPIE:

S'il existe plusieurs modalités pour réduire une douleur chronique (ex.: pharmacologie, TENS, massage, bouger, chirurgie), la science nous indique maintenant qu'il est important d'utiliser d'autres modalités pour maximiser ses chances de récupérer en cas de douleur persistante (ou douleur chronique). Idéalement, bien qu'une modalité visant l'endroit d'où provient la douleur soit intéressante, elle demeure incomplète si les interventions ne ciblent pas le cerveau!

L'exemple le plus typique qui me vient à l'esprit est le fameux « bouger ». Bien qu'il soit généralement bien accepté que le mouvement, l'entraînement et/ou bouger soit la clé du succès pour une personne en douleur chronique malgré ses douleurs, la personne vivant avec des douleurs persistantes / chroniques doit comprendre pourquoi elle bouge, le faire à petite échelle en augmentant progressivement. Elle doit aussi comprendre que la sensation de douleur, normalement perçue comme « DANGER » et où on cesse l'activité, est en fait une sensation erronée que son corps lui envoie.

Parallèlement, l'ergothérapie peut aussi offrir une approche intéressante pour aider à gérer sa douleur. L'utilisation des activités significatives (ex.: emploi, sport, projet manuel) peut être clé à la motivation et pour arriver à bouger en limitant son attention donnée envers la douleur. Ceci change tranquillement le cerveau, lequel passe d'une sensation de déception / frustration / affect négatif à une sensation de joie / sentiment d'accomplissement / affect plutôt positif. L'ergothérapie peut aussi proposer l'individu ayant des douleurs chroniques / persistantes (p.ex. : la fibromyalgie, les douleurs lombaires/lombalgies, l'ostéoarthrose, le SDRC) à mieux comprendre les demandes relatives aux activités significatives afin de proposer une exposition graduelle in vivo (4) aux activités anxiogènes / douloureuses pour développer la tolérance à ces activités en vue d'une reprise graduelle réelle de ces activités. La première étape pour y arriver est bien entendu de comprendre les changements qui se passent lors de l'apparition de la douleur et de réduire le stress qu'elle peut engendrer. Comme précédemment mentionné, l'approche individualisée selon l'ensemble de la personne est centrale (ex. : selon son profil d'adaptation à la douleur, type d'emploi, etc.) et où l'emphase est mise sur la participation des activités significatives... C'est votre ergothérapeute qui sera le professionnel en la matière!

Voilà pour ce premier contact! Merci d'avoir lu jusqu'au bout. Pour les curieux, allez nous rejoindre sur Facebook, où des nouvelles seront régulièrement publiées!

Maxime Mireault - M.Sc. Ergothérapeute (#OEQ 14-191), B.Sc. Kinésiologie, étudiant au doctorat en sciences de la réadaptation.



Références:

1. Lovering S. Cultural attitudes and beliefs about pain. Journal of Transcultural Nursing. 2006 Oct;17(4):389-95. [Cultural Attitudes and Beliefs About Pain - Sandy Lovering, 2006 \(sagepub.com\)](#)
2. Nielsen CS, Staud R, Price DD. Individual differences in pain sensitivity: measurement, causation, and consequences. The journal of pain. 2009 Mar 1;10(3):231-7. [Individual Differences in Pain Sensitivity: Measurement, Causation, and Consequences - ScienceDirect](#)
3. Gatchel RJ, Peng YB, Peters ML, Fuchs PN, Turk DC. The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. Psychological bulletin. 2007 Jul;133(4):581. [The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. - PsycNET \(apa.org\)](#)
4. Vlaeyen JW, de Jong J, Leeuw M, CrombezG. Fear reduction in chronic pain: graded exposure in vivo with behavioral experiments. Understanding and treating fear of pain. 2004:313-43. [Understanding and Treating Fear of Pain - Google Books](#)
5. Lagueux E, Dépelteau A, Masse J. Occupational Therapy's Unique Contribution to Chronic Pain Management: A Scoping Review. Pain Research and Management. 2018;2018. [Occupational Therapy's Unique Contribution to Chronic Pain Management: A Scoping Review \(hindawi.com\)](#)