



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



OPINION

Les risques de chronicisation de la prise en charge de la douleur chronique : vécus et enjeux en centre multidisciplinaire

The risks of chronicization of the management of chronic pain: Experiences and issues in a multidisciplinary center



Michael Hardy

Michael Hardy, Hugo Looockx, Michel Dangoisse*

Centre multidisciplinaire de traitement de la douleur chronique, Grand Hôpital de Charleroi, Charleroi, Belgique

Reçu le 8 mars 2021 ; accepté le 26 juillet 2021

MOTS CLÉS

Douleur chronique ;
Chronicisation ;
Multidisciplinaire ;
Traitement

Résumé Depuis plusieurs années, des centres multidisciplinaires de traitement de la douleur chronique se sont développés pour faire face à la complexité multidimensionnelle de cette pathologie. Malgré cette avancée majeure dans la prise en charge des patients, les soignants restent confrontés quotidiennement à des situations qui s'enlisent et perdurent au-delà de ce à quoi patients et soignants se seraient attendus ou auraient souhaité. Parmi les nombreuses causes possibles, certaines pourraient directement résulter de l'inadéquation de la prise en charge elle-même. Soignants et patients restent, en effet, souvent ancrés dans un modèle de prise en charge « aigu » dans lequel la douleur devrait naturellement s'atténuer – voire disparaître – après quelques semaines ou mois de traitement. Or, l'arsenal thérapeutique disponible n'a souvent que peu d'emprise sur la douleur chronique elle-même une fois installée. Par ailleurs, cette situation peut également être source de souffrance pour le personnel soignant, confronté à ses propres limites ou s'épuisant dans une surenchère diagnostique ou thérapeutique futile. La décentralisation du symptôme douloureux, qui échappe trop souvent aux possibilités thérapeutiques, pour se tourner vers des objectifs avant tout fonctionnels et adaptés au contexte particulier du patient, semble représenter un cap à franchir, tant pour le soignant que pour le patient. Ceci implique la nécessité d'un changement de paradigme et

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : michel.dangoisse@ghdc.be (M. Dangoisse).

d'une prise en charge au long cours pour finalement se donner la possibilité d'atteindre des résultats concrets en termes de fonctionnement et de qualité de vie, et d'éviter l'épuisement et le désinvestissement tant du soignant que du patient.

© 2021 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Chronic pain;
Chronicisation;
Multidisciplinary;
Management

Summary For several years, multidisciplinary pain centres have been developed to deal with the multidimensional complexity of this pathology. Despite this major advance in patient care, caregivers continue daily to face situations that get bogged down and persist beyond what patients and caregivers would have expected or wished for. Among the many possible causes, some could directly result from the inadequacy of the care itself. Caregivers and patients often remain anchored in an "acute" management model in which the pain should naturally subside – or even disappear – after a few weeks or months of treatment. However, the therapeutic arsenal available often has little control over chronic pain itself once it has set in. Moreover, this situation can also be a source of suffering for healthcare workers, confronted with their own limits or exhausting themselves in a futile diagnostic or therapeutic escalation. The decentralization from the painful symptom, which most often escapes the therapeutic possibilities, to turn to functional objectives adapted to the particular context of the patient seems to represent a milestone to be taken for both the caregiver and the patient. This implies the need for a paradigm shift and long-term care to finally give oneself the possibility of achieving concrete results in terms of functioning and quality of life, and of avoiding exhaustion and the disinvestment of both caregiver and patient.

© 2021 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Face au fardeau pour le patient et devant l'impact socioéconomique que constitue la douleur chronique, des structures multidisciplinaires de traitement spécifique se sont développées depuis de nombreuses années. Elles ciblent les patients présentant des douleurs, avec un retentissement fonctionnel, installées depuis plus de 3 à 6 mois, mais également des douleurs subaiguës ou transitionnelles à risque de chronicisation. L'objectif n'est pas tant de réduire la douleur en soi, mais d'accompagner les patients vers une meilleure auto-gestion de leur douleur, vers une amélioration fonctionnelle, en d'autres termes, viser à davantage d'autonomisation.

Les facteurs de risque de chronicisation de la douleur sont bien connus [1]. Ils peuvent être inhérents à la douleur elle-même, son intensité, ses caractéristiques, ses circonstances d'apparition, mais aussi liés aux patients eux-mêmes, leur environnement, notamment socioprofessionnel ou familial, leur statut émotionnel, leurs croyances et interprétations personnelles de la douleur ressentie ou rapportée comme telle, mais aussi à leur capacité physique ou leur niveau d'(in)activité. Les prises en charge désadaptées ou inadéquates, notamment lorsqu'elles n'appliquent que des modèles de soins traditionnels ne se concentrant que sur la douleur, peuvent également devenir un facteur de chronicisation.

Un défi de taille se pose pour les soignants, confrontés à une prise en charge dont

l'évolution, incertaine, peut les amener à vivre de vifs sentiments de frustration, fatigue, voire impuissance.

L'approche biopsychosociale est proposée dans les centres de la douleur précisément pour répondre à l'aspect multidimensionnel de la douleur chronique. Néanmoins, ce modèle de prise en charge multimodale se confronte aussi au quotidien à des situations cliniques qui s'enlisent et perdurent, et où l'objectif d'autonomisation se perd, parfois, dans une surenchère de propositions thérapeutiques qui ne répondent pas aux attentes et/ou besoins du patient. Nos structures douleurs seraient-elles paradoxalement un facteur de chronicisation pour certains patients douloureux chronique ?

Le patient en douleur

La douleur chronique est un fléau. Elle modifie l'ensemble des repères du patient et bouleverse l'intégralité de son existence : son corps ne répond plus comme à son habitude, ses processus mentaux sont confus, ses pensées sont sans cesse parasitées... Ses émotions s'accumulent, deviennent instables, labiles, parfois inappropriées aux situations. « La douleur est un habitat idéal pour la prospérité des inquiétudes » [2]. De plus, elles entraînent le patient dans une fatigue intense et une distorsion de leur réalité [3]. Se mouvoir est un parcours du combattant qui enterre les plus courageux et laisse les plus prudents sur la ligne de départ...

[3]. Bien souvent, elle le prive d'un travail et d'un revenu financier pour ne lui laisser aucune chance de s'évader. Le patient déprime, angoisse, et « cherche toujours à maintenir un sens de contrôle sur la douleur, qui [n'est que] situationnellement efficace » [4]. Après un certain temps, seul subsiste le souhait de se débarrasser de ce « parasite » qui a envahi son être, sa vie et qui l'empêche de redevenir l'individu qu'il était. Dès lors, le patient douloureux chronique devient un « agent actif de résolution de problème », qui, malgré les échecs et les déceptions dans sa quête de suppression de la douleur, continue inlassablement à chercher une solution, dans un monde dominé par de nombreuses menaces [2].

Au fil du temps, il prend généralement conscience que son état impacte sa famille, ses relations, son milieu professionnel... pire encore, les soignants ! Il subit, dès lors, l'ensemble de ces maux dans une solitude importante, victime de son obsolescence non programmée. Il devient, à son insu, le porte-drapeau des nombreuses difficultés sociofamiliales, des enjeux de santé publique, des échecs thérapeutiques à répétition... Un poids supplémentaire qui s'ajoute parfois à sa condition déjà précaire.

Néanmoins, le patient douloureux chronique mène, avant tout, un combat personnel, qui s'avère d'autant plus complexe que l'objet de ses souffrances est invisible. Cette invisibilité met en doute sa crédibilité, la nécessité d'un suivi régulier et l'empêche d'être reconnu dans ses souffrances par ses pairs et le monde soignant [5]... Même la qualité des soins reçus peut en être affectée, ainsi que le temps de consultation [5]. Face à ces possibles incompréhensions, le risque est grand que le patient « surjoue » ou « tempère » ses réactions de douleur pour être écouté et pris au sérieux, ou pour obtenir quelques avantages (médicamenteux ou non)... Quitte à perdre de son authenticité [6]. Ceci l'empêche d'exprimer ses vrais besoins et les objectifs qui l'amènent en Centre de la douleur, s'il en a.

Comme évoqué par Fagheraugh & Strauss [4], le patient se forge des théories et des croyances sur ses douleurs et les traitements qu'il devrait expérimenter ou non. Ces traitements s'avèrent, d'ailleurs, globalement insuffisants face à ses attentes de suppression de la douleur. Souvent, ces « échecs » encouragent davantage le patient à « orienter l'activité diagnostique du médecin » et participer à la sur-enquête médicale d'examens et de thérapies en tout genre, entretenant sa souffrance ainsi qu'un cadre de traitement strictement biomédical [2,4]. Comme l'ont suggéré Eccleston et Crombez, cet ancrage dans le modèle biomédical et la recherche d'une solution miracle à la douleur représente un moyen de défense limitant le risque de capitulation prématurée [2]. Le problème de douleur n'étant pas solutionné, le patient continue d'être un « agent actif » dans la résolution de son problème, avec le risque de rester coincé dans cette conception étroite et de ne plus arriver à concevoir de solutions alternatives [2].

Dans la majorité des cas, si le problème ou la prise en charge reste « mal orienté », le patient au départ prêt à lutter jusqu'à n'en plus pouvoir tend généralement vers « une attitude passive du traitement magique susceptible de supprimer sa douleur radicalement » [7]. Les patients douloureux en viennent progressivement à « incarner la douleur », et se figent alors « narcissiquement » sur la zone algique, surinvestissant les sensations douloureuses et se

désinvestissant de tout ce qui n'est pas douleur [8]. Autrement dit, l'installation d'une hypervigilance à la douleur monopolise dès ce moment l'attention entière du patient, largement aux dépens d'un engagement dans d'autres activités [2]. C'est pourquoi la douleur demande un temps de deuil et d'acceptation avant l'engagement « sincère » du patient dans une prise en charge multidisciplinaire.

La chronicité de la douleur nécessite d'être reconnu dans ses souffrances par des personnes de confiance, qui aideront à accepter l'irréversibilité des sensations douloureuses.

Cette thérapie d'acceptation, de prime abord contre intuitive pour le patient, est nécessaire afin qu'il intègre de nouvelles croyances, de nouveaux objectifs de vie et un nouveau rapport à « sa douleur » [9]. Dès lors qu'il en sera capable, il pourra tenter de s'engager dans des activités valorisantes, permettant d'améliorer l'estime de soi, les capacités fonctionnelles, pour finalement développer « la possibilité de passer d'une position où ce sont ses douleurs qui le « possèdent » à une autre où c'est lui qui a les douleurs » [10].

Comme lors d'un deuil, le patient aura l'opportunité à chaque instant, d'osciller entre ses stratégies habituelles de défense et de nouvelles plus adaptées, entre la sécurité de la douleur et l'incertitude d'aller mieux [11]. Ce choix conscient ou inconscient peut prendre du temps, et ce, dans l'espoir de vivre « avec la douleur », voire « grâce à la douleur ».

Le patient douloureux chronique : un « ugly client » pour le(s) soignant(s) ?

Comme soignant, nous avons appris à analyser le symptôme douleur de manière « froide » et analytique : à corrélérer sa localisation, son irradiation, son caractère particulier (pulsatile, en étau, transfixiant, etc.) avec un catalogue de possibilités étiologiques qui nous conduit dans une démarche de validation d'une hypothèse diagnostique initiale par un examen clinique et des examens complémentaires pour déboucher sur une proposition thérapeutique.

Dans cette approche, le symptôme douleur se veut dépouillé de tout caractère émotionnel ou personnel. À force de contacts avec les patients douloureux, les soignants ont appris à réguler la sensation désagréable générée par la perception d'un individu en douleur, une capacité indispensable pour prendre en charge ces patients [12]. Et toute évocation qui rappellerait de près ou de loin une expérience personnelle est idéalement évacuée par le soignant pour ne pas troubler la démarche thérapeutique.

Dans ce processus, et sans nier le caractère individuel et personnel de sa plainte douloureuse, l'expression de celle-ci par le patient est néanmoins censée suivre une évolution prévisible par rapport à son étiologie et au traitement appliqué, expression qui doit s'éteindre avec la guérison, confirmant ainsi le succès tant du processus thérapeutique que du thérapeute...

Par son expérience clinique, le corps médical attribue ainsi implicitement une sorte de hiérarchisation au symptôme douleur en fonction de son étiologie, de la gravité éventuelle de la lésion causale sous-jacente et ainsi, involontairement, une légitimation de la plainte du patient. En ce sens, Paul-Savoie et collègues ont montré que les soignants étaient plus enclins à adopter une approche centrée sur le patient et un comportement empathique lorsque le patient douloureux chronique présentait des signes visibles de la pathologie sous-jacente [5].

Empiriquement, des schémas antalgiques codifiés seront administrés selon la réputation de la cause de la douleur. Dans ce modèle de « prêt-à-porter » médical, le patient ne réclamant que peu ou pas d'antidouleurs (par exemple, pour des douleurs cancéreuses ou pour une procédure réputée sensible), sera gratifié d'un statut particulier, soulignant sa force et son courage... A contrario, tout comportement s'écartant de la prescription conventionnelle (par exemple, par des demandes supplémentaires d'antidouleurs) sera perçu comme « particulier », suscitant au mieux questionnement, au pire, suspicion, avec remise en question de la légitimité et du bien-fondé de l'expression douloureuse [13]. Si une intensité inhabituelle de la plainte interpelle, sa persistance dans le temps au-delà de la durée attendue ou dans une situation clinique considérée comme « guérie » bouscule les stéréotypes des professionnels. Dans cette équation simpliste, la relation thérapeutique et de confiance mutuelle peut rapidement être malmenée.

Par sa formation scientifique rigoureuse, le soignant est devenu un expert du symptôme douloureux et il partage, parfois, peu facilement avec le patient ce statut gagné après tant d'années de formation exigeante et d'expérience. Le « bon » patient va s'inscrire dans le formatage de la pratique médicale, va répondre au traitement, sans effet secondaire ni complications et sera reconnaissant du service reçu. Le « mauvais » patient ou « *ugly client* », au sens sociologique du terme, nous conduit dans un travail émotionnel difficile. Il va échapper à la destinée écrite pour lui, va (nous) poser problèmes, ne va pas suivre son traitement, ne pas y répondre, ou présenter des effets secondaires rares ou inhabituels, ou, pire, va présenter des plaintes interpellantes qui ne s'inscrivent pas dans notre inventaire d'hypothèses diagnostiques. Il prend ainsi le risque de la stigmatisation, de la perte de crédit ou de la culpabilisation par les soignants de cet « échec thérapeutique » dont il devient lui-même l'artisan et le responsable...

Et cette incapacité à répondre à l'impatientte attente du patient d'être soulagé de ce mal qui le fait souffrir et l'empêche de reprendre le cours de son existence peut également être source de souffrance pour le soignant, même pour un praticien expérimenté œuvrant dans un centre multidisciplinaire de la douleur chronique, pourtant bien au fait des mécanismes complexes des douleurs persistantes.

Le soignant en souffrance

Traditionnellement, la notion d'art de guérir, même si elle inclut également les aspects préventifs, continus, palliatifs... sous-entend l'idée de curatif. De par sa formation, le soignant s'attend à obtenir certains résultats de

l'approche thérapeutique proposée, attentes généralement vaines en algologie concernant la douleur elle-même.

Le soignant se heurte à un rythme différent, une pensée diverse des patients et des croyances qui sont autant de freins à l'évolution souhaitée.

Et le besoin d'efficacité propre à la médecine moderne n'est ici pas rencontré.

Malgré l'ouverture à une approche biopsychosociale où les déterminants biologiques, psychologiques et sociaux sont intégrés sans prédominance particulière de l'un par rapport à l'autre, la formation médicale traditionnelle reste, néanmoins, ancrée dans un modèle aigu « de référence », tant pour le soignant que pour le soigné, qui, dans l'enlisement de sa situation douloureuse chronique, est tenté de réclamer un nouveau bilan ou une nouvelle procédure, pourtant souvent déjà réalisés précédemment.

De guerre lasse ou de crainte de passer à côté d'un diagnostic méconnu, le soignant peut céder à ces demandes inutiles. Se perdre dans une démarche éperdue de recherche de solutions illusoire, face à une demande quoique légitime de soulagement pérenne, conduit inmanquablement à une impasse thérapeutique, et à un risque d'épuisement et de frustration, tant chez le soigné que le soignant. L'inadaptation de ce modèle aigu peut ainsi conduire le soignant à des sentiments d'irritation, de frustration, de culpabilisation du patient ou de désengagement personnel dans la prise en charge [13].

Il doit, en effet, renoncer à la toute-puissance du modèle aigu et s'ouvrir à une nouvelle perspective, en considérant le patient comme partenaire de la prise en charge. Ce partage d'expertise dans un processus thérapeutique, par définition long et complexe, n'est pas évident pour le soignant qui doit rester vigilant sur l'impact émotionnel et physique que ce nouveau paradigme opère chez lui [13].

Outre la prise en charge et la relation qui unit le soignant à « ses » patients, l'environnement particulier de la médecine « moderne », dans lequel il évolue, se modifie structurellement : des durées de prise en charge de plus en plus courtes ; une multiplication importante du nombre de patients ; un « *turn over* » de plus en plus élevé ; des comptes rendus administratifs pour chaque contact patient ; des rapports d'activités pour justifier les ressources allouées ; des équipes en sous-effectifs où rentabilité et performance sont les maîtres-mots d'une entreprise et d'une société à la « recherche du toujours mieux, plus fort, plus vite, moins cher » [14].

Alors, comment « accorder nos stéthoscopes » pour mieux entendre les plaintes et souffrances de chacun ? Comment aller à la rencontre de cette réalité si différente et singulière de ce patient assis devant nous ? Et plus encore, d'une conscience de notre propre réalité et de nos propres souffrances de soignant ?

Car le risque est grand de rentrer dans une triade de symptômes bien connus que sont l'épuisement, la déshumanisation et la perte d'accomplissement personnel. « Le soignant soigne les autres, mais tend bien souvent à s'oublier » [14].

Se protéger pour mieux aider

Dans ce type de prise en charge « incertaine », qui sort du schéma médical classique, les soignants sont malheureusement exposés à de nombreux coûts émotionnels. Du point de vue biomédical, un sentiment d'échec peut survenir face à la difficulté à soulager un patient, à diagnostiquer un problème ou à satisfaire les attentes de traitements et d'examen de celui-ci. Sans compter un éventuel stress supplémentaire de « passer à côté » d'une autre pathologie, pouvant expliquer les différents symptômes observés [13]. Au niveau personnel, bien que les soignants aient appris à réguler leurs sentiments d'inconfort face à la perception de la douleur d'autrui [12], l'évocation de nombreux deuils et pertes par les patients en consultation peuvent entraîner un sentiment d'impuissance, voire de désespoir [13]. De plus, en contexte de douleurs chroniques, le manque de corrélation entre l'intensité de la douleur exprimée par les patients et leur condition médicale peuvent fortement déconcerter et entraîner de nombreux jugements et biais inconscients chez les soignants [5].

Il est donc essentiel que les soignants puissent rester particulièrement vigilants à ne pas se tromper de rôle en se substituant au travail thérapeutique d'un patient devant être acteur de son propre changement. Privilégier un objectif partagé d'autonomisation évite de s'épuiser dans le traitement, de stigmatiser le patient dans l'absence d'évolution attendue ou de le rendre responsable de l'échec d'une offre de soin potentiellement inadaptée. Mais le refus du changement est parfois massif et « les sources de résistance sont plurielles » tant du côté du patient que de celui du soignant. « Le paternalisme n'est pas mort » [15].

Pour faire face à la complexité de ces prises en charge, Decamp et collègues proposent plusieurs possibilités. Outre se réunir en équipe lors de moments (in)formels ou d'entretiens de supervision individuels et de service, il semble important de ne pas négliger le soutien de couloir [14]. Il permet de partager et évacuer le trop plein d'émotions de façon temporaire, sans devoir « consulter ». De plus, il serait particulièrement protecteur d'une fatigue de compassion et d'un « burn-out » chez les soignants plus isolés [16].

Un autre élément évident reste la « bonne » formation du personnel : d'une part, aux pathologies qu'ils sont susceptibles de rencontrer et traiter sur le terrain et, d'autre part, à une formation aux risques psychosociaux auxquels sont exposés les soignants [13].

Une formation plus générale sur le développement des facteurs protecteurs aurait également tout son sens [16].

Plus essentiel encore, Tei et collègues suggèrent la formation des soignants à l'observation et la conscience de leurs propres émotions [17]. Car c'est bien souvent la difficulté à comprendre le sens de leur propre souffrance, et de celle du malade, qui peut entraîner le développement ou le maintien d'une usure de compassion, de traumatismes vicariants ou encore d'un burn-out [14].

Étonnamment ou pas, « irritation, fatigue, impuissance, révolte, frustration, incompréhension sont des termes qui reflètent à certains égards le vécu des cliniciens. À y bien regarder, ce sont assez les mêmes émotions que les patients eux-mêmes rapportent » [6,15]. Une attention particulière devrait ainsi être accordée à chacun d'eux.

Accompagner sans s'égarer

Comment, dès lors, répondre aux besoins complexes du patient tout en évitant le risque de chroniciser la prise en charge et de s'épuiser soi-même comme soignant ? En s'émancipant du modèle traditionnel de prise en charge médicale basé sur les pathologies aiguës et en explicitant des objectifs adaptés aux besoins réels de chaque patient.

Le modèle traditionnel de prise en charge médicale, centré sur la maladie et son éradication, n'est pas adapté à la complexité de la douleur chronique, qui échappe à cette conception simpliste du problème. Plutôt que de l'assimiler dans les faits à une pathologie aiguë que l'on pourrait guérir en quelques semaines, la douleur chronique doit plutôt être reconnue comme une maladie chronique à part entière, au même titre, par exemple, que le diabète de type I (Tableau 1), et la prise en charge adaptée en conséquence. Il s'agit, en effet, dans les deux cas, d'une pathologie le plus souvent incurable, dont le traitement a pour objectif de limiter l'impact de la maladie sur le quotidien du patient afin d'améliorer son fonctionnement et sa qualité de vie. La prise en charge se veut multidisciplinaire, afin de pouvoir aborder la complexité de la situation sous différentes facettes, et individualisée en fonction des besoins du soigné. Dans les deux cas, cela implique des modifications profondes du fonctionnement du patient afin de pouvoir adapter ses habitudes et ses croyances à son nouvel état de santé. En outre, un suivi à long terme restera indispensable afin de s'assurer du maintien des changements effectués et renforcer ceux-ci, de repérer de nouveaux besoins ou de nouvelles difficultés et dépister et prévenir la survenue de complications. Le soignant doit donc s'affranchir du modèle aigu et s'ouvrir à une nouvelle perspective, celle d'accompagnateur d'un changement nécessaire (habitudes, croyances, comportements...). Le patient devient partenaire et acteur de son changement à défaut de sa guérison.

Par ailleurs, la poursuite d'objectifs inappropriés ou le manque de cap clair dans la prise en charge contribue également à l'inadéquation de celle-ci. Trop souvent, le soignant se lance dans une démarche diagnostique ou thérapeutique sans prendre le temps d'identifier les besoins réels du patient ni de fixer le cap général de la prise en charge [18]. Ce cap, implicite ou explicite, peut également être irréaliste (centré sur le symptôme douloureux, par exemple, qui échappe le plus souvent aux traitements disponibles) ou inadapté au contexte de vie global du patient (trop ambitieux d'emblée, en désaccord avec les représentations mentales du patient...), conduisant soignant et patient dans une impasse. Ces facteurs peuvent également contribuer à l'errance de la prise en charge, au renforcement de croyances ou de comportements dysfonctionnels du patient ainsi qu'au mal-être du soignant.

Pour éviter ce piège, il est important de pouvoir discuter avec le patient de ses attentes par rapport à la prise en

Tableau 1 Comparaison de deux pathologies chroniques : le diabète de type I et la douleur chronique.

	Diabète de type I	Douleur chronique
Symptôme	Hypoglycémie	Douleur
Étiologie	Déficit de synthèse d'insuline	Dysfonction du système nerveux central
Pronostic	Incurable	Incurable
Complications	Maladies cardiovasculaires, polyneuropathie...	Isolement social, détresse psychologique, déconditionnement physique, troubles du sommeil...
Principes de prise en charge	Médicaments au centre (insuline)	Médicaments au second plan (antalgiques)
	Objectif centré sur le symptôme	Objectif décentré du symptôme
	Interdisciplinaire et multimodal	Interdisciplinaire et multimodal
	Doit s'intégrer au quotidien du patient	Doit s'intégrer au quotidien du patient
	Dépistage/prévention des complications	Dépistage/prévention des complications
	Suivi au long cours	Suivi au long cours

charge et de l'adéquation de celles-ci avec ce que le soignant est réellement en mesure de proposer [19]. En effet, certains patients restent figés dans la recherche ou l'attente d'une solution miracle à leur douleur sans arriver à prendre du recul et à trouver des solutions alternatives au problème [2]. Il est alors important de pouvoir les aider à modifier leur perception de leur situation et à reformuler leurs attentes afin que celles-ci puissent déboucher sur des solutions réalisables. De cette rencontre pourra alors émerger des pistes d'action, qu'il faudra faire évoluer en une proposition thérapeutique cohérente avec des objectifs concrets et réalistes puisés dans le contexte de vie du patient (pouvoir rendre à nouveau visite à des amis, reprendre une activité précise...) [18,20]. Ce projet de soins devra souvent évoluer par étapes successives et suivre les progrès du patient. La proposition thérapeutique, les objectifs et l'adéquation entre ceux-ci devront cependant être réévalués régulièrement afin de pouvoir adapter le plan de soins et le faire évoluer avec le patient.

Cette vision de la prise en charge, décentrée du symptôme douloureux et axée sur le fonctionnement, nécessite des modifications parfois profondes du système de croyances et des habitudes du patient. Or, ce travail de fond est, par définition, long et complexe, et nécessite un accompagnement régulier. Par exemple, Lally et collègues [21] ont démontré que l'implémentation d'une habitude de vie simple (manger un fruit à midi, aller courir 15 minutes avant le dîner...) nécessite une période pouvant aller de 18 à 254 jours, variable selon les individus. Pour des comportements plus complexes ou des modifications plus profondes du mode de fonctionnement, une durée plus longue est probablement nécessaire. Ceci met l'accent sur la nécessité d'un accompagnement prolongé, régulier et adapté à l'évolution du patient. La temporalité de la prise en charge doit donc pouvoir suivre celle de la maladie, qui par définition est chronique.

Conclusion

Les facteurs de risque de chronicisation de la douleur sont bien connus et sont autant de *yellow*, *red*, *blue* ou *black*

flags qui s'agitent autour du patient en risque de développement d'une douleur chronique. À ces différentes nuances, s'ajoute aussi le drapeau multicolore de toutes ces prises en charge thérapeutiques ponctuelles, qu'elles soient médicamenteuses, interventionnelles et aussi psychosociales, où les propositions des thérapeutes deviennent une succession d'interventions itératives inutiles, parce que s'inscrivant dans un modèle somatique classique inapproprié dans lequel patient et soignant replongent, tant il est difficile de garder le cap d'un objectif réadaptatif d'autonomisation plutôt que d'une approche symptomatique réductrice au symptôme douleur.

La prise en charge du patient douloureux chronique devrait au contraire consister en un accompagnement du patient au long cours dans l'adaptation de son mode de vie à sa nouvelle condition, l'aider à se réapproprier ce nouveau corps pour pouvoir vivre avec la douleur et non malgré elle.

S'éloigner de ce paradigme constitue un facteur de risque complémentaire de chronicisation dans une situation clinique déjà suffisamment complexe.

Intégrer cette vision à notre pratique propre permet aussi aux soignants de se prémunir de leurs propres vulnérabilités, de ne pas chercher à sauver une situation par définition chronique, et quelque part incurable.

Contribution

Conception du projet : M. Hardy, H. Lookx, M. Dangoisse.

Rédaction du manuscrit initial et révisions du manuscrit : M. Hardy, H. Lookx, M. Dangoisse.

Tous les auteurs ont relu et approuvé la version finale du manuscrit.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Mills SEE, Nicolson KP, Smith BH. Chronic pain: a review of its epidemiology and associated factors in population-based studies. *Br J Anaesth* 2019;123(2):e273–83.
- [2] Eccleston C, Crombez G. Worry and chronic pain: a misdirected problem solving model. *Pain* 2007;132(3):233–6.
- [3] Girard G, Arsenault P. Représentation de la douleur chronique chez une patiente fibromyalgique. *J Int Representations Soc* 2005;2(1):33–43.
- [4] Baszanger I. Douleur, travail médical et expérience de la maladie. *Sci Soc Sante* 1989;7(2):5–34.
- [5] Paul-Savoie E, Bourgault P, Potvin S, Gosselin E, Lafrenaye S. The impact of pain invisibility on patient-centered care and empathetic attitude in chronic pain management. *Pain Res Manag* 2018;2018:6375713.
- [6] Col N, Hull S, Springman V, Ngo L, Merritt E, Gold S, et al. Improving patient-provider communication about chronic pain: development and feasibility testing of sharde decision-making tool. *BMC Med Inform Dec Mak* 2020;20:267.
- [7] Bouckenaere D. La douleur chronique et la relation médecin–malade. *Cah Psychol Clin* 2007;1(28):167–83.
- [8] Cavro E. Douleurs et intersubjectivité. *J Psychol* 2007;246(3):30–4.
- [9] Hughes LS, Clark J, Colclough JA, Dale E, McMillan D. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for chronic pain. *Clin J Pain* 2017;33(6):552–68.
- [10] Monestès J-L, Vuille P, Serra E. Thérapie de pleine conscience, thérapie d’acceptation et d’engagement et douleur chronique. *Douleurs* 2007;8(2):73–9.
- [11] Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: rationale and description. *Death Stud* 1999;23(3):197–224.
- [12] Cheng Y, Lin CP, Liu HL, Hsu YY, Lim KE, Hung D, et al. Experience modulates the perception of pain in others. *Curr Biol* 2007;17(19):1708–13.
- [13] Toye F, Seers K, Barker K. A meta-ethnography of health-care professionals’ experience of treating adults with chronic non-malignant pain to improve the experience and quality of health care. *Health Serv Deliv Res* 2018;6(17):1–105.
- [14] Petiau A. « Ne dites surtout pas que vous êtes médecin » : plaidoyer pour une prise en compte du vécu des soignants. *Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux* 2016;2(57):103–18.
- [15] Grisart J. Douleur chronique, histoires de rencontres. *Douleur Analg* 2011;24:38–45.
- [16] Sprang G, Clark JJ, Whitt-Woosley A. Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: factors impacting a professional’s quality of life. *J Loss Trauma* 2007;12:259–80.
- [17] Tei S, Becker C, Kawada R, Fujino J, Jankowski KF, Sugihara G, et al. Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity? *Transl Psychiatry* 2014;4(6):e393.
- [18] Wiering B, de Boer D, Krol M, Wieberneit-Tolman H, Delnoij D. Entertaining accurate treatment expectations while suffering from chronic pain: an exploration of treatment expectations and the relationship with patient- provider communication. *BMC Health Serv Res* 2018;18(1):706.
- [19] Penney LS, Ritenbaugh C, DeBar LL, Elder C, Deyo RA. Provider and patient perspectives on opioids and alternative treatments for managing chronic pain: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2017;17(1):164.
- [20] Gardner T, Refshauge K, McAuley J, Hübscher M, Goodall S, Smith L. Combined education and patient-led goal setting intervention reduced chronic low back pain disability and intensity at 12 months: a randomised controlled trial. *Br J Sports Med* 2019;53(22):1424–31.
- [21] Lally P, van Jaarsveld CHM, Potts HWW, Wardle J. How are habits formed: modelling habit formation in the real world. *Eur J Soc Psychol* 2010;40:998–1009.