volume 1 numéro 2 www.yvanc.com mars 2011

l'équipe

interdisciplinaire en réadaptation au travail

Au menu

Douleur : testez vos connaissances . . . . . Page 2

Échos du 13e Congrès mondial sur la douleur . . . . . Page 3

Nouveau : service de psychologie de la douleur . . . . . Page 4

L'Équipe, la solution aux cas complexes

En réadaptation au travail, la science et la pratique nous enseignent que les interventions effectuées directement dans le milieu de vie et le milieu de travail sont les plus efficaces. C'est ce que l'on qualifie d'approche écosystémique.

Cette approche est supérieure parce qu'elle tient compte non seulement des spécificités de l'individu, mais aussi de son environnement social et physique.

Une intervention de type tertiaire

L'Équipe est spécialisée dans les cas complexes, lorsque les interventions usuelles de première et deuxième ligne n'ont pas donné de résultat.

Non seulement les membres de l'équipe sont des professionnels avec une solide formation scientifique, mais ceux-ci ont également une solide expérience pratique en réadaptation en milieu réel de travail.

l'équipe

interdisciplinaire en réadaptation au travail

Yvan Campbell, 514-754-3475

Les services de l'équipe

2 modes de fonctionnement :

Disciplinaire

Vous choisissez la discipline :

- Ergothérapie - ergonomie
- Kinésiologie
- Psychologie

Interdisciplinaire

Vous combinez les disciplines de votre choix pour former une équipe d'intervention spécialisée.

Douleur : testez vos connaissances

Vrai ou faux ?

1) Dans le cas d'une douleur persistante, il est bénéfique de bouger, peu importe l'intensité de la douleur.

2) L'hydromorphone (Dilaudid ®) est plus puissante que la morphine.

3) Les personnes souffrant de douleurs lombaires et qui sont en absence de tout travail depuis 1 an ont une probabilité d'environ 80 % de retourner à leur travail.

4) Il est possible de ressentir une douleur même après la guérison complète d'une entorse lombaire ou d'une hernie discale.

5) Deux personnes avec exactement la même blessure ressentent obligatoirement celle-ci de façon presque identique.

1) Faux. Une exacerbation de la douleur lors d'un excès d'efforts physiques peut même favoriser la douleur persistante en amenant les relais nerveux dans une zone de facilitation, augmentant ainsi les phénomènes d'hyperalgie [1] et d'allodynie [2]. L'utilisation du concept du point d'inflexion de l'intensité de la douleur permet d'éviter ce phénomène.

2) Vrai. L'hydromorphone, un dérivé semi-synthétique de la morphine est 5 à 7 fois plus puissante que la morphine.

3) Faux. Selon les études épidémiologiques, la proportion est pratiquement nulle [3].

4) Vrai. Il y a alors présence d'une douleur neuropathique et/ou d'une douleur psychogénique.

5) Faux. La douleur est une expérience tout à fait personnelle et sa modulation dépend d'une foule de facteurs spéciques à l'individu : expériences antérieures, croyances, culture, niveau de stress, etc.

(1) **hyperalgie** : augmentation de l'intensité de la douleur provoquée par un même stimulus habituellement douloureux. (ex: un stimulus provoquant une douleur à 3 sur 10 provoquera une intensité à 6 sur 10 dans une situation d'hyperalgie).

(2) **Allodynie** : est une douleur suscitée par un stimulus qui n'est normalement pas ressenti comme douloureux.

(3) Rossignol (2006), Pengel (2003)

Certification en réadaptation en contexte de douleur chronique

Niveau 1 : intervenant certifié, IRDC

Niveau 2 : spécialiste certifié, SRDC

Échos du 13e Congrès mondial sur la douleur

L'exercice et le mal de dos

Une confirmation pour les tenants de l'exercice comme modalité de réadaptation en contexte de douleur chronique : dans une des conférences terminales du congrès, Maurits VanTulder confirmait qu'un consensus existait quant à la recommandation de l'exercice dans les cas de maux de dos chroniques (Cochrane reviews). L'utilité d'un programme d'exercices serait de d'abord d'être un agent de désensibilisation systématique à la kinésiophobie (peur du mouvement), pour ensuite être la solution au syndrome de déconditionnement physique que présentent plusieurs individus souffrant de douleurs chroniques.

La marche comme mode de réadaptation n'est pas suffisante

De plus, une des conférences du congrès d'août 2010 mettait en scène l'australien Paul Hodges. Les expériences de son laboratoire démontrent que la douleur amène des changements significatifs au niveau du recrutement musculaire et dans la représentation du corps au niveau du cortex somato-sensoriel. Ces changements, adaptatifs et utliles à court terme, pourraient être néfastes à long terme. Selon Hodges, il est possible de renverser ces changements par l'entraînement.

Le chercheur australien Paul Hodges

Par contre, celui-ci doit être varié et les essais cliniques de ce professeur de Brisbane en Australie prouvent que la marche seule est inefficace. Le programme doit inclure un réentraînement neuromusculaire (musculation et exercices de proprioception).

Syndrome de douleur régional complexe

Un des points forts du congrès, un symposium sur le syndrome de douleur régional complexe (anciennement l'algodystrophie réflexe). Pas de consensus encore sur la physiopathologie exacte de l'affection, encore moins sur le traitement. Le chercheur Terence Coderre de McGill a présenté un modèle prometteur : l'ischémie transitoire subit lors d'une blessure amène un train de phénomènes physiologiques qui endommage l'environnement vasculaire local et conduit aux phénomènes observés lors de la présentation de ce syndrome, incluent l'hyperalgie et l'allodynie.

Sommeil et douleur

Selon le Dr Gilles Lavigne, il y a près de deux patients sur trois souffrant de douleurs chroniques qui nous rapportent que la qualité de leur sommeil n'est pas satisfaisante. Le sommeil fragmentée augmente la douleur (hyperalgie).

> *« Non seulement la douleur chronique empêche de dormir, mais la mauvaise nuit de sommeil engendre une sensibilité accrue à la douleur dans la journée suivante. »*

Par contre, même si l'on réussi à rétablir le sommeil chez les gens souffrant de douleurs chroniques, la douleur n'est pas améliorée ... selon les dr Nicole Tang, Micheal Smith et Gilles Lavigne.

Catastrophisme

Tout au long du congrès, j'ai pu constater que ce construit psychologique fait maintenant partie de la plupart des modèles explicatifs de la douleur chronique.
Pour les néophytes en la matière, le catastrophisme est la tendance à interpréter d'une façon excessivement dramatique les sensations corporelles, incluant la douleur. Le concept est extrêmement solide, et selon de nombreuses investigations celui-ci est un des indicateurs les plus puissants de l'incapacité liée à la douleur. L'outil de mesure utilisé partout dans le monde est le Pain Catastrophizing Scale (PCS) (disponible au www.yvanc.com).

Ce concept, mis de l'avant par le même Dr Sullivan (Université McGill) est au centre de l'approche dite biopsychosocial en douleur chronique.

Yvan Campbell, août 2010

Service de
psychologie de la douleur

- *Évaluation et intervention*
- *Gestion de la douleur chronique*
- *Soutien au retour au travail*
- *Stress post-traumatique*
- *Expertise - conseil*

Dr Sylvain Gervais, Ph.D. PSY

L'Équipe interdisciplinaire en réadaptation au travail
Institut de kinésiologie du Québec

Informations ou référence
514-754-3475