

Les cinq éléments de l'intervention stratégique en douleur chronique

Josée BOUCHER¹, thérapeute en réadaptation physique
Dat-Nhut NGUYEN¹, anesthésiologiste
Rodrigo DEAMO-ASSIS¹, physiothérapeute, Ph. D.
Sophie DUHAIME², M.Sc.
Rhania KHEFIF¹, anesthésiologiste
Éric CHAIZE¹, omnipraticien
Jacques CHAREST², psychologue, Ph. D.

¹ Clinique spécialisée de douleur chronique, CISSSAT de Rouyn-Noranda

² Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

© 2017

Source : <http://douleur.uqat.ca> sous *Traitement individuel – Documents utilisés*

À la clinique spécialisée de douleur chronique du CISSSAT de Rouyn-Noranda, notre traitement de la douleur chronique fait appel à des techniques de résolution de problèmes issus de l'intervention stratégique (1). Plus spécifiquement, comme l'indique le tableau 1, chacune des rencontres s'organise autour des cinq éléments décrits en détail dans le texte qui suit : 1. alliance thérapeutique, 2. cueillette d'informations, 3. pause planification, 4. intervention et 5. feedback du client.

1. ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE

Le succès de toute intervention en santé repose sur deux composantes : un traitement dont l'efficacité est reconnue et la collaboration du client à son traitement. Établir une alliance thérapeutique consiste à afficher une attitude qui augmente chez le client le désir de collaborer au traitement. Dès la 1^{re} rencontre, le praticien adopte cette attitude à travers les quatre actions suivantes.

- a) Saluer en établissant un contact visuel
- b) S'assurer du confort du client tout au long de l'entretien
- c) Trouver ou retenir une qualité du client à chaque entretien
- d) Au moment opportun, dire : « votre douleur est réelle et élastique »

Tableau 1 : Les cinq éléments de l'intervention stratégique en douleur chronique

<p>1 Alliance thérapeutique</p>	<p>Afficher une attitude qui augmente le désir du client de collaborer</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Saluer en établissant un contact visuel. - S'assurer du confort du client tout au long de l'entretien. - Trouver ou retenir une qualité du client à chaque entretien. - Au moment opportun, dire : « votre douleur est réelle et élastique ».
<p>2 Cueillette d'informations</p>	<p>2.1 Définir le problème (en prenant une position de non expert)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Problème : Qu'est-ce qui vous amène ici aujourd'hui ? Qui est impliqué ? Dans quel contexte ? Problème le plus prioritaire ? <i>Langage du client</i>. - Solutions inefficaces tentées (au plan physique, interactionnel) - Exceptions
	<p>2.2 Évaluer la condition physique sans augmentation de douleur ou de symptômes</p>	<p>Examen moteur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Respiration - Observer la qualité des mouvements de la région blessée ou autre région pertinente, de la stabilisation et des muscles locaux par rapport aux muscles globaux. - Explorer la zone neutre de la partie blessée. <p>Examen neurologique</p>
	<p>2.3 Établir des attentes réalistes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Convenir d'un objectif (<i>changement minimal</i>) et du nombre de rencontres. - Si possible, inclure dans la rencontre une personne significative.
<p>3 Pause planification</p>	<p>Prévoir environ 10 à 15 min pour compléter, en l'absence du client, le <i>Carnet de route</i> qui comprend, <u>au recto</u>, des exercices à faire d'ici la prochaine rencontre... sans augmentation de douleur et zone neutre. <u>Au verso</u> : (i) objectif convenu avec le client, (ii) une validation et un encouragement, (iii) des tâches personnalisées : actions à 180 degrés des solutions inefficaces tentées, exceptions et actions nouvelles, gestion de ses capacités, communication différente.</p>	
<p>4 Intervention¹</p>	<p>Prescrire des tâches personnalisées</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lire lentement avec le patient le <i>Carnet de route</i> et bien vérifier sa compréhension des exercices proposés et des informations écrites. - Remettre une photocopie du <i>Carnet de route</i> au client et garder l'original au dossier médical. <p>Au moment opportun, signaler la fin du traitement : « il y aura des rechutes et vous disposez maintenant de moyens pour les gérer » ou négocier un nouveau changement minimal.</p>
<p>5 Feedback du client</p>	<p>Poser deux questions en terminant l'entretien</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quel est le point le plus important que vous reprenez de la rencontre d'aujourd'hui ? - Comment avez-vous trouvé la rencontre ?

¹ Charest, Boucher, Duhaim, Nguyen, Chaize et Souza (2015). Prescription de tâches personnalisées en intervention stratégique pour la douleur chronique. *Revue québécoise de psychologie*, 36, 233-250.

a) Saluer en établissant un contact visuel

Dès le début de la rencontre, saluer le client à travers un contact visuel est souvent déterminant puisqu'éviter d'établir un contact visuel, même pour une courte période, peut le faire sentir exclu et dévalorisé (2). Dans la vie de tous les jours, le contact visuel varie selon la menace, la confiance et l'attrait ressenti (3).

b) S'assurer du confort du client tout au long de l'entretien

Au cours de chacune des rencontres, le praticien s'assure que le client soit le plus confortable possible. Dès qu'il perçoit des signes de douleur plus intenses (par exemple, des contractions sur le visage suite à un changement de position), il vérifie auprès du client : est-ce que ce changement de position est douloureux ? Si oui, il intervient immédiatement en plaçant soit des oreillers sur les appuie-bras de la chaise du client afin de soulever ses avant-bras, soit des serviettes sous ses pieds qui ne touchent pas suffisamment au sol, ou encore, un coussin dans le bas du dos ou toute autre intervention appropriée à la situation. Le clinicien peut aussi inviter le patient à s'allonger sur un divan, une civière ou autre meuble disponible dans le local de travail, tout en continuant l'entretien. (Dans notre pratique, il arrive parfois que le patient soit allongé tout au long de l'entretien car les autres positions, assis et debout, augmentent sa douleur ; en outre, si le client se tient debout pour des raisons de confort, le praticien poursuit l'entretien en se tenant lui aussi dans la position debout.) Le praticien mentionne également au client que toute position confortable devient invariablement inconfortable après un certain temps. Il faut donc bouger régulièrement. Cette intervention au cours de la séance vise à amener le client à prendre l'habitude de changer de position régulièrement et à éviter les positions qui augmentent la douleur.

c) Trouver ou retenir une qualité du client à chaque entretien

Au plan des attitudes du praticien, nous cherchons à trouver ou à retenir, à chacun des entretiens, une qualité du client. Au fond, porter un regard admiratif envers ce client qui, malgré la difficulté considérable de sa situation, fait encore des efforts pour organiser sa vie, être un bon père, un bon conjoint, etc.

d) Dire au moment opportun : « votre douleur est réelle et élastique »

Au moment opportun durant la première rencontre, le praticien mentionne clairement au patient qu'il croit que sa douleur est réelle et non imaginaire. De nouvelles technologies, comme la résonance magnétique, ont démontré que la douleur chronique est bel et bien réelle (4). À ce chapitre, les professionnels de la santé, y inclus les physiothérapeutes et les médecins, reçoivent très peu de formation sur la différence entre douleur aiguë et douleur chronique (5). Bon nombre d'entre eux soulèvent la suspicion d'incompétence en expliquant au patient cette information erronée voulant que sa douleur « est causée soit

par une lésion tissulaire qui ne guérit pas, soit par un problème de santé mentale (p. 184) » (6).

D'autre part, toujours au moment opportun, nous signalons au patient qu'en plus d'être réelle, sa perception de la douleur chronique est élastique. Important : il faut formuler cette phrase en utilisant le langage du client. Exemple de formulation adaptée : « vous m'avez mentionné que votre douleur est pire le matin lorsque vous êtes stressée ou lorsque vous avez passé une mauvaise nuit. Dans ce sens, on dit que la douleur est variable ou élastique ». D'ailleurs, la recherche montre que de nombreux facteurs influencent la douleur comme les attentes (7), le fait de percevoir la douleur comme menaçante (8), les émotions (9), la satisfaction liée à l'information fournie par le médecin (10), l'exclusion sociale (11), la caféine (12) et le stress (13).

2. CUEILLETTE D'INFORMATIONS

Comme nous le verrons maintenant, en intervention stratégique, la cueillette d'informations s'attarde essentiellement aux trois actions suivantes : définir le problème en prenant une position de non expert, évaluer la condition physique sans augmentation de douleur ou de symptômes et établir des attentes réalistes.

2.1 DÉFINIR LE PROBLÈME EN PRENANT UNE POSITION DE NON EXPERT

Le praticien adopte le plus souvent possible la position de non expert pour définir le problème. Regarder davantage en écoutant et poser des questions caractérisent la position de non expert. Alors que regarder moins en écoutant et répondre aux questions définissent la position d'expert. À mesure qu'évolue le traitement, le praticien utilise une position adaptée aux particularités du client et à la spécificité de la situation. En cas de doute, le praticien privilégie la position de non expert pour les raisons suivantes. D'abord, le client demeure l'unique expert de son problème. Ensuite, il est assez rare de trouver un client qui réagisse bien et longtemps à une position d'autorité (expert). Enfin, en position d'expert, nous reconnaissons plus difficilement les émotions de notre interlocuteur (14).

- a) Problème : Qu'est-ce qui vous amène ici aujourd'hui ? Qui est impliqué ? Dans quel contexte ? Problème le plus prioritaire ? *Langage du client*.
- b) Solutions inefficaces tentées (au plan physique, interactionnel)
- c) Exceptions

a) Problème

Pour définir le problème de façon résoluble, le praticien clarifie la situation problématique en posant des questions spécifiques. Qu'est-ce qui vous amène ici aujourd'hui ? Qui est impliqué ? Dans quel contexte ? Il est parfois utile de poser la question suivante pour obtenir une description explicite : « si j'avais un court segment de vidéo de ce qui se passe, qu'est-ce que je verrais et entendrait ? »

Le praticien poursuit la clarification du problème en identifiant le problème le plus prioritaire. Les clients ne se présentent pas d'habitude avec un seul problème bien cerné. Ils décrivent plutôt des symptômes complexes. Le praticien s'informe alors directement : « laquelle de ces choses vous dérange le plus ? » ou « quel est le pire problème pour vous actuellement ? » ou « pour faire la plus grande différence, par où devrions-nous commencer, vous et moi ? ».

Langage du client

De plus, à travers tous ces échanges, le praticien « porte une attention particulière au langage du client, c'est-à-dire son opinion quant aux causes possibles du problème présenté, ses valeurs et ses croyances, ainsi que sa conception du traitement. Ces informations permettront plus tard de formuler la prescription de tâches en des termes qui reflètent le point de vue du patient, augmentant ainsi considérablement la probabilité qu'il les réalise (p. 241) » (15).

b) Solutions inefficaces tentées

Le praticien recherche activement les solutions tentées par le client ou ses efforts pour atténuer le problème en s'informant directement : « Pouvez-vous m'expliquer ce que vous et ceux concernés par le problème avez fait pour essayer de le résoudre, qui a été inefficace ou pas assez efficace ? ».

Par exemple, lorsque le client vous dit qu'il a mal le matin au réveil, vous lui demandez ce qu'il fait pour améliorer son problème ou diminuer sa douleur. Pour les clients qui rapportent ne rien faire, vous pouvez toujours les questionner sur ce qu'ils font... quand ils ne font rien ! Vous serez surpris d'apprendre tout ce qu'ils ont fait. Les gens souffrants font toujours quelque chose pour s'en sortir. Vous pouvez les aider en faisant préciser un moment plus récent : « pouvez-vous me décrire en détails (comme dans un film) ce que vous avez fait depuis votre réveil ce matin jusqu'à maintenant ? »

L'intervention stratégique postule que « les problèmes persistent parce que les tentatives du patient et des autres personnes impliquées dans le problème (les solutions inefficaces tentées) servent involontairement à maintenir ou à exacerber le comportement problématique (p. 160) » (16). En fait, connaître les solutions inefficaces tentées pour résoudre le problème est fondamentale pour deux raisons. Premièrement, les solutions tentées indiquent ce qu'il faut éviter de prescrire à nouveau puisqu'elles ne fonctionnent pas. Deuxièmement, elles permettent d'identifier avec précision des tâches personnalisées à prescrire et qui se situent à l'opposé des solutions tentées, aussi appelées des actions à

180 degrés (ce point est présenté en détail plus loin sous le thème : prescriptions de tâches personnalisées).

c) Exceptions

Les exceptions désignent les solutions qui fonctionnent. Elles se regroupent en deux catégories. La première : les solutions efficaces utilisées par le patient ; le praticien invitera le patient à continuer l'application de ces solutions lors de sa prescription de tâches (exemples : appliquer de la glace ou prendre une micro-pause dès l'apparition des premiers symptômes). La seconde catégorie : l'observation des moments où le problème est moins intense ou absent dans la vie du client (exemple : il va mieux les matins en fin de semaine). Ces exceptions représentent une piste pour résoudre le problème. Comme le mentionnait Paul Watzlawick, un spécialiste renommé de l'intervention stratégique, connaître « ce qui sous certaines circonstances a aidé le client est de la plus haute importance. Évidemment, je veux connaître cela parce que je pourrais alors essayer de l'appliquer d'une façon pratique à nouveau. Si cela a été utile dans le passé, cela possède peut-être encore beaucoup de potentiels (p.3) » (17)

2.2 ÉVALUER LA CONDITION PHYSIQUE SANS AUGMENTATION DE DOULEUR OU DE SYMPTÔMES

Au cours de l'évaluation de la condition physique, nos observations visent toujours à découvrir les solutions inefficaces tentées et les exceptions. Plus spécifiquement, nous voulons connaître ce que le client parvient à faire sans augmenter ses douleurs. Il est important de demander au client de nous informer aussitôt qu'un mouvement ou une position augmente ses douleurs, cela nous aidera à mieux l'aider. Il faut aussi porter attention à la communication non verbale du client comme, par exemple, le froncement des sourcils, les grimaces, les soupirs et le gigotement.

En outre, l'examen physique vise à confirmer notre impression clinique et à établir des mesures de base qui permettront des comparaisons plus tard au cours du traitement.

Enfin, on questionne brièvement sur la douleur et le sommeil :

- Composante neuropathique et/ou composante somatique.
- Ce que le client fait pour améliorer son problème.
- Exceptions : ce qui aide. Quand le problème est-il moins présent ?
- Solutions tentées : ce qui est peu ou pas efficace.
- Niveau de base, au repos, à l'effort.
- Sommeil, horaire.

L'évaluation de la condition physique comporte un examen moteur et un examen neurologique.

Examen moteur :

- a) Évaluer la respiration
- b) Observer la qualité des mouvements de la région blessée ou autre région pertinente, de la stabilisation, des muscles locaux par rapport aux muscles globaux
- c) Explorer la zone neutre de la partie blessée

Examen neurologique

Pour chacune des trois actions de l'examen moteur décrites ci-après, prendre en note :

- la posture et les changements de postures,
- le contrôle moteur et
- la qualité du mouvement (fluidité, stabilisation, saccade).

Examen moteur

a) Évaluer la respiration

Tout au long de l'entretien, nous observons discrètement la respiration du client. Ici les observations doivent se faire discrètement car annoncer au client que nous observons sa respiration l'amène souvent à ne plus respirer de façon naturelle. Ce qu'il faut observer :

1. Si le client respire naturellement par l'abdomen, par le thorax ou en soulevant les « épaules ».
2. Si la respiration est superficielle ou profonde, lente ou rapide.
3. Si le client arrive à parler de façon fluide ou s'il dit quelques mots, puis cesse de parler pour respirer et reprend ensuite la parole.

Si l'occasion se présente, faire les mêmes observations en position couchée, assise et debout.

b) Observer la qualité des mouvements de la région blessée et autres régions pertinentes, de la stabilisation et des muscles locaux par rapport aux muscles globaux

Dans un premier temps, nous observons si le mouvement de la région atteinte est harmonieux, s'il y a des saccades, hésitations, tremblements, des mouvements compensatoires ou des grimaces. De plus, on vérifie l'amplitude articulaire dans la partie qui n'augmente pas la douleur (en douleur chronique, la sensation de fin de mouvement n'est pas utile).

Dans un second temps, nous observons si les mouvements sont effectués avec le bon type de muscle. Exemple : pour la rotation cervicale, nous devrions observer une légère contraction des sternocléidomastoïdiens et des trapèzes. Si nous notons une contraction très visible de l'un de ses muscles, une solution tentée vient d'être identifiée (l'utilisation plus importante des muscles globaux pour un geste ne nécessitant pas une aussi grande contraction). En douleur chronique, nous ne testons pas d'habitude la force musculaire comme en orthopédie, un examen qui s'avère la plupart du temps beaucoup trop irritant pour les clients. Tel que mentionné plus tôt, on observe la qualité de la contraction et si les bons groupes musculaires font leur travail.

Pour éliminer une cause neurologique, on vérifie la force en stabilisant l'articulation qui ne fait pas mal. Les mêmes critères prévalent pour l'évaluation de la marche, de l'équilibre ou de la capacité de monter les escaliers.

Pour l'évaluation de la proprioception, demander au client s'il s'accroche dans les meubles et les cadres de porte, ou encore, s'il perçoit des asymétries de postures ou de mouvements. Au besoin, des tests complémentaires proprioceptifs peuvent être effectués. Mais ces tests ne sont pas une priorité lors de la première évaluation, à moins que ce soit le principal problème présenté.

c) Explorer la zone neutre de la partie blessée

Pour chaque partie blessée, nous explorons avec le client une zone neutre, c'est-à-dire la position de son articulation (ou groupe d'articulations) présentant le moins de douleur possible.

Tout d'abord, nous invitons le client à s'installer dans la position la plus confortable pour lui (couché ou assis). On vérifie ensuite l'intensité de la douleur actuelle. Si le client nous dit que sa douleur est de 7/10, nous débutons la recherche de la zone neutre vers une position qui diminue légèrement la douleur en deçà de cette balise (douleur à 6.5 par exemple). Il peut être difficile de trouver une zone neutre les premières fois. Une façon d'aider le client consiste à le guider en lui faisant expérimenter les mouvements avec amplitude maximale et de chercher ainsi avec lui les mouvements qui augmentent ou diminuent ses douleurs. Par exemple, avec un client lombalgique : lui demander de positionner le bas de son dos creux (lordose exagérée) et de noter ce qui se passe avec sa douleur (augmentation ou diminution par rapport au 7/10 de départ). On demande ensuite au client d'arrondir le bas du dos (cyphose) et on repose les mêmes questions par rapport à la douleur. Si la douleur diminue avec une légère cyphose, vous venez de trouver une zone neutre qui constitue une exception. La zone neutre peut varier un peu d'un moment à l'autre et souvent ne durer qu'un bref instant les premières fois. Avec la pratique, il deviendra plus facile de conserver la zone neutre. Il existe des zones neutres pour toutes les articulations. La démarche est toujours la même pour trouver cette fameuse zone neutre.

Examen neurologique

Réflexes, dermatomes, myotomes sont évalués au besoin ainsi que les examens sensitifs pour préciser l'atteinte (si pertinent, diapason, discrimination de température, filament de Von Frey...).

2.3 ÉTABLIR DES ATTENTES RÉALISTES

Le praticien établit des attentes réalistes en convenant avec le client d'un changement minimal.

- a) Convenir d'un objectif (changement minimal) et du nombre de rencontres
- b) Si possible, inclure dans la rencontre une personne significative

a) Convenir d'un objectif (changement minimal) et du nombre de rencontres

Quel que soit votre milieu de travail, un bon pourcentage de votre clientèle consulte pour des douleurs chroniques. Ces patients vivent de nombreux échecs. En effet, la douleur chronique empoisonne la vitalité d'une personne et contamine ses interactions avec les membres de sa famille et de sa vie sociale. Quand les clients arrivent en consultation, leur désir de retrouver la vie d'avant les douleurs chroniques est si vaste et leurs douleurs sont si importantes que le professionnel ne sait pas toujours comment gérer l'objectif du patient. Qui plus est, une étude récente révèle « qu'aucun des buts considérés par les patients n'étaient associés aux mesures traditionnelles de la douleur, de l'amplitude articulaire ou de la force » (18).

Par conséquent, dès la première rencontre, notre équipe interdisciplinaire en douleur chronique profite toujours de ce moment opportun pour convenir d'un objectif, ce qui permet de renforcer très tôt chez le patient le désir de collaborer et de s'impliquer dans le traitement (i.e. : l'alliance thérapeutique). Plus spécifiquement, nous commençons avec l'objectif énoncé par le patient et, ensemble, nous le transformons en objectif stratégique aussi appelé *changement minimal*. Ce qui signifie convenir avec le patient du plus petit changement significatif à ses yeux qu'il pourra assurément atteindre et même dépasser d'ici la fin du traitement. La plupart du temps, nous proposons de six à huit rencontres réparties sur une période d'environ six mois pour atteindre l'objectif convenu.

Avantages

(i) D'abord, réduire l'objectif à un changement minimal le rend nécessairement plus facile à atteindre. Ainsi, pour le patient, cette réduction augmente la probabilité de vivre une réussite et son espoir d'y parvenir à la suite de ses efforts qui incluent généralement

d'exécuter, sans augmentation de douleur, un programme d'exercices personnalisés de 15 à 20 minutes maximum par jour, en continue ou en période de 5 minutes, 6 jours par semaine.

(ii) Ensuite, convenir d'un changement minimal à atteindre dans un nombre de rencontres déterminées module les attentes du patient tout en fournissant des critères précis qui encadrent autant le patient que le clinicien. Adopter le même but permet en effet d'éviter ce qui se produit trop souvent, soit des attentes complètement différentes pour le patient et le clinicien.

(iii) Enfin, dépasser le changement minimal n'entraîne jamais de plainte de la part du patient... bien au contraire !

Exemples de changements minimaux

- Passer de 5 /10 à 7 /10 sur l'échelle « capacité de faire de la broderie et de la couture pendant 40 minutes sans augmenter mes douleurs ».
- Parvenir à faire 3 pas sans que la douleur augmente.
- Diminuer de 7-8 /10 à 6 /10 sur l'échelle « avoir des spasmes ».
- Passer de 2-3 /10 à 5 /10 sur l'échelle « arriver à faire mes tâches ménagères ».
- Passer de 4 /10 à 5 /10 sur l'échelle « connaître des outils pour gérer mes douleurs ».

Comment convenir d'un changement minimal ?

Le changement minimal est négocié au cours de la première rencontre au moment approprié, soit avant ou après la pause planification. Le clinicien procède de la façon suivante. À la question « quel serait l'objectif que vous aimeriez atteindre d'ici la fin de nos rencontres ? », imaginons maintenant que le patient réponde : « diminuer ma douleur ». À notre clinique, nous considérons que le meilleur moyen pour le client de diminuer ses douleurs est d'augmenter sa capacité de gérer ses douleurs. Aussi, le clinicien dessine alors sur un papier à la vue du patient une échelle numérique (un trait de crayon horizontal) qu'il intitule *capacité de gérer ma douleur* et qui va de 0 (totalement incapable) à 10 (totalement capable). Il demande ensuite au patient d'indiquer à combien il se situe actuellement sur cette échelle. Le patient répond 2-3.

Ensuite, le clinicien présente sa seconde question. Imaginons qu'au cours de nos rencontres votre capacité de gérer la douleur commence lentement à s'améliorer. Sur notre échelle, quel chiffre serait à vos yeux le premier signe d'une amélioration ? Le patient répond 7-8. Le clinicien lui demande alors cette dernière question : et si vous atteignez 4-5 sur 10 d'ici la fin de nos six rencontres, est-ce que cela signifierait que ça n'a pas valu la peine de venir en traitement ? La majorité de nos patients donne ce type de réponse : « non...non... mais pas du tout. Atteindre 4-5 sur 10 serait déjà un gain important ». (Pour d'autres exemples détaillés de négociation d'un changement minimal, avec ou sans échelle, vous pouvez consulter en ligne ou télécharger gratuitement le document *Convenir d'un but* à partir de notre site Internet : <http://douleur.uqat.ca> sous les onglets *Traitement individuel – Documents utilisés.*)

En somme, pour la plupart de nos patients aux prises avec la douleur chronique, convenir d'un changement minimal leur donne accès à une réussite. En retour, cette réussite favorise l'auto-prise en charge en modifiant chez le patient sa vision de lui-même qui l'amène à se considérer peu à peu capable de composer avec son problème de douleur chronique.

b) Si possible, inclure dans la rencontre une personne significative

Inclure dans la rencontre une personne significative ou un accompagnateur du client (partenaire, membre de la famille ou ami) présente plusieurs avantages. D'abord, au cours de la rencontre, cette personne peut être en mesure de fournir des informations supplémentaires utiles à la compréhension et au traitement du problème présenté. Puis, en ayant assisté à la rencontre, l'accompagnateur devient aux yeux du patient un interlocuteur naturel pour discuter ensemble après la rencontre clinique. De plus, la recherche montre que l'empathie du partenaire diminue la douleur du client (19). Enfin, il faut aussi se rappeler que « la santé du patient affecte celle de son aidant naturel et que le bien-être de l'aidant naturel affecte celui du patient (p. 1804) » (20).

Si le patient est seul, on lui demande s'il peut être accompagné d'une personne significative à la prochaine rencontre. De plus, il est toujours intéressant de demander au client qui est seul ce que son conjoint dirait s'il était présent par rapport à sa gestion de la douleur au quotidien.

3. PAUSE PLANIFICATION

Après environ 45 minutes d'entretien, le praticien annonce au client qu'il va prendre une pause pour préparer les exercices et les tâches qu'il lui proposera de réaliser à domicile. Le client est invité à aller attendre dans la salle d'attente ou le praticien se retire dans une autre salle. En ce qui nous concerne, notre équipe multidisciplinaire (médecin, thérapeute en réadaptation physique, physiothérapeute, psychologue) travaille dans une salle munie d'un miroir sans tain. À la pause (d'une durée d'environ 15 min), le praticien vient rejoindre l'équipe derrière le miroir pour construire les tâches qui seront proposées au client.

Au cours de la pause, nous utilisons une feuille imprimée recto verso appelée *Carnet de route* (vous pouvez le télécharger gratuitement sous l'onglet « exercices » sur notre site Internet : <http://douleur.uqat.ca>). Plus spécifiquement, le Carnet de route permet de décrire, de référer ou de dessiner, au recto, les exercices à faire d'ici la prochaine rencontre et, au verso, à inscrire l'objectif convenu avec le client, soit – dans l'exemple illustré plus haut dans le paragraphe intitulé Comment convenir d'un changement minimal – de passer en six rencontres de 2-3 à 4-5 sur l'échelle *Capacité de gérer ma douleur*.

Après l'objectif convenu, le verso du carnet de route comporte un espace permettant d'inscrire des commentaires. Le premier commentaire transmet un encouragement, c'est-à-dire un énoncé soulignant les forces du client, ses efforts ou ses réussites en lien avec ce qu'il a mentionné lors de la rencontre. Alors que le second commentaire souligne une validation, ce qui signifie se dire d'accord avec l'un des propos du client ou encore lui indiquer qu'on reconnaît et respecte sa réalité (ce qu'il vit, croit ou ressent).

Exemples d'encouragement :

- Vous avez réussi durant la rencontre à trouver la zone neutre, respiration lente et diminuer la douleur. C'est très difficile. Bravo.
- Vous êtes une femme fière, organisée, vous planifiez bien votre journée. C'est une force. Félicitations.
- Vous avez eu le courage de persister dans la méditation même si des émotions difficiles sont apparues. Et cela vous a fait du bien. Vous avez réussi la première étape de la méditation pleine conscience. : prendre conscience de l'État des lieux. Bravo.

Exemples de validation :

- L'équipe considère que vous êtes en crise de douleur actuellement (douleur continue, sans période de répit). Dans une crise, la seule priorité est de sortir de la crise : ajuster les médicaments, pratiquer les exercices de rééducation 6 fois par jour.
- Vous avez mentionné que vous avez encore deux bons amis. C'est précieux et il est important d'entretenir ces amitiés.
- Vous vous occupez de votre mari et vous l'accompagnez pour visiter la famille. Ce sont des choses importantes que vous avez eu raison de choisir.

Sous les commentaires au verso du carnet de route, un espace permet d'inscrire 3 prescriptions de tâches personnalisées (il nous arrive parfois de prescrire plus de trois tâches). Les différentes tâches – comme les exercices d'ailleurs – sont toujours en lien avec les conclusions de l'entretien (évaluation) et avec le but convenu (changement minimal). Les prescriptions de tâches incluent selon le cas :

- a) des apprentissages d'ajustements précis de posture et de positionnement,
- b) la rééducation des sensations et du contrôle du mouvement,
- c) des stratégies de gestion des capacités
- d) des stratégies de gestion du stress et du sommeil,
- e) des modifications d'habitudes de vie et de communication.
- f) des stratégies de gestion des médicaments et de leurs effets secondaires.

Les tâches personnalisées se regroupent en trois catégories : exceptions (solutions qui fonctionnent déjà), actions nouvelles et actions à 180 degrés des solutions inefficaces tentées.

Exemples d'exceptions (solutions qui fonctionnent) :

- Continuer à sortir du lit par étape et sans augmentation de douleur.
- Continuer à bien gérer vos exercices et vos médicaments.
- Continuer l'alignement du bas vers le haut, couché sur le côté.
- Comme vous le faites actuellement, continuer à appliquer de la glace et à changer de position au 20 minutes.

Exemples d'action nouvelles :

- Collez 20 autocollants dans votre maison et votre auto. Ensuite, à chaque fois que vous voyez un autocollant : alignement du bas vers le haut, zone neutre, respiration lente et naturelle par le ventre ; en position debout : genoux débarrés.
- Ne pas déterrer les squelettes dans le placard.
- Nous vous demandons de communiquer avec la travailleuse sociale du CLSC pour obtenir de l'aide à domicile. Important : toujours faire les exercices en dehors des périodes de crises de douleur.
- Nous sommes d'accord avec vous : c'est important de pouvoir s'exprimer avec quelqu'un de neutre. Nous vous demandons d'écrire une lettre – que vous n'enverrez pas – intitulée : « ce que je veux exprimer à la personne neutre » et l'amener à la prochaine rencontre.
- Une journée sur deux, noter le moment de la journée où votre douleur est à son plus bas niveau en décrivant ce moment (1 à 2 lignes) de sorte qu'il sera possible d'en parler lors de notre prochaine rencontre.

Exemples d'actions à 180 degrés :

- *Solution tentée* : « J'ai de plus en plus mal au dos. Cela fait un an que je pratique la brasse ». *Prescription à 180 degrés* : « Abandonnez la brasse (extension) pour une nage plus en flexion (crawl). Ou encore, choisissez un programme favorisant les postures en flexion comme la bicyclette par exemple (p. 196) » (21)
- *Solution tentée* : Une personne avec un problème de perte d'équilibre et de chute marche les pieds très rapprochés (base de sustentation restreinte ou base d'équilibre précaire). *Prescription à 180 degrés* : demander au client de marcher en écartant les pieds le plus largement possible.
- *Solution tentée* : Ayant moins mal un matin, le client se rattrape sur le temps perdu en faisant toutes les tâches ménagères, en déneigeant l'entrée et en rentrant du bois sans prendre de pause. Résultat : une augmentation importante de douleur et 2 jours au lit. *Prescription à 180 degrés* : demander au client lorsqu'il se sentira mieux d'expérimenter, à une occasion, une activité légère à modérée et de noter pour la prochaine rencontre comment cela s'est passé.

- *Solution tentée* : « J'ai très mal au dos en auto où je suis immobile avec le dos rond (cyphose lombaire). *Prescription à 180 degrés* : « Bougez régulièrement et creusez le bas de votre dos ».
- *Solution tentée* : Même s'il est très souffrant (8/10), un client très orgueilleux ne donne aucun signe facial ou corporel de ses douleurs. Pour cette raison, lorsqu'il consulte (médecin, physiothérapeute, pharmacien, etc.), il passe pour un simulateur qui exagère. *Prescription à 180 degrés* : Apprendre à communiquer de façon non verbale l'intensité de sa douleur.

4. INTERVENTION : prescrire des tâches personnalisées

Après la pause, le retour dans la salle de traitement s'organise de la façon suivante. Le praticien s'assoit près du client de sorte qu'ils peuvent lire ensemble le *Carnet de route*. Le praticien débute en lisant lentement l'objectif convenu qu'il a consigné. Puis il procède de la même façon avec le premier commentaire (essentiellement un encouragement) en s'assurant de regarder le client dans les yeux au moment de dire « félicitations » ou « bravo ». Ensuite, le praticien lit de la même manière le second commentaire (essentiellement une validation).

Après les commentaires, le praticien commence la lecture une à une les tâches personnalisées en laissant le temps au client de réagir après l'énoncé de chacune des tâches. Si le client semble en désaccord avec la tâche ou une partie de la tâche prescrite (il la trouve difficilement réalisable vu sa condition actuelle par exemple), le praticien modifie aussitôt la tâche afin de maximiser la probabilité que le client réussisse chacune des tâches proposées. Autrement dit, « le praticien doit adapter le traitement au patient et non le patient au traitement » p. 54 (22).

Enfin, avant de passer au prochain élément du *Carnet de route*, le praticien vérifie la compréhension des tâches prescrites et des exercices à faire. Ici, le praticien pose la question suivante : « pour vérifier si je me suis bien exprimé, pourriez-vous me relire les commentaires et les tâches ? ». Remarquer qu'on ne dit pas « pour vérifier si vous avez bien compris »; une telle formulation blâme à l'avance le patient si jamais le praticien doit corriger sa rédaction d'une tâche ou d'une partie de tâche. En ce qui concerne les exercices prescrits, le praticien s'assure que le client maîtrise bien leur exécution en lui demandant de les réaliser devant lui. Il l'observe attentivement et le corrige au besoin.

Établir un plan d'action

Le prochain élément après les tâches concerne le plan d'action. Particulièrement lors de la première rencontre, le thérapeute s'informe auprès du client de son plan d'action : à

quel moment de la journée prévoit-il effectuer les tâches et les exercices prescrits ? Comment s'organisera-t-il pour rassembler le matériel requis (chaise, tapis, etc.) ? Où peut-il s'installer à la maison pour réaliser les exercices ? Plus le praticien amène le client à imaginer un plan précis, plus la probabilité augmente qu'il réalise les tâches et les exercices prescrits.

Rechutes, fin du traitement ou nouveau changement minimal

De peur de décourager leurs clients, plusieurs praticiens ne leur mentionnent pas à la fin du traitement la possibilité de rechutes. Au contraire, à notre clinique, nous annonçons clairement à nos clients au moment opportun qu'il y aura des rechutes et qu'ils disposent maintenant de moyens pour les gérer. En les prévoyant à l'avance, on rend ainsi les rechutes « normales » sur le chemin de l'amélioration. Au lieu de décourager la patient, l'arrivée prévue d'une rechute lui indique alors que c'est le moment d'appliquer les stratégies apprises pendant le traitement pour gérer la crise de douleur.

Une fois l'objectif atteint, deux scénarios peuvent se produire. Premier scénario, le client et le praticien conviennent de mettre fin au traitement. Nous proposons alors une dernière rencontre dans environ 3 mois pour vérifier le maintien des acquis.

Deuxième scénario, le client souhaite traiter un autre problème. Le praticien négoce alors un changement minimal incluant un nombre déterminé de rencontres (habituellement entre 6 et 8 rencontres sur une période de 6 mois) et procède à nouveau selon la démarche décrite au tableau 1 : Les cinq éléments de l'intervention stratégique en douleur chronique.

5. FEEDBACK DU CLIENT

Après le plan d'action, le prochain élément dans Carnet de route consiste à poser au client les deux questions suivantes :

- Quel est le point le plus important que vous retenez de notre rencontre d'aujourd'hui ?
- Comment avez-vous trouvé la rencontre ?

Le praticien prend soin de noter dans le Carnet de route les réponses du client à ces deux questions tout en évitant de les commenter pour s'assurer de ne pas prolonger la rencontre. Ces deux questions permettent d'obtenir une rétroaction précieuse susceptible d'influencer les prochaines rencontres.

Ensuite, après avoir convenu du dernier élément (date de la prochaine rencontre), le praticien fait une photocopie du carnet de route qu'il remet au patient. Le carnet de route s'avère un outil pédagogique fort utile pour deux raisons. Premièrement, l'adhérence au traitement augmente du fait que cette photocopie permet au client de se rappeler avec

exactitude l'objectif convenu ainsi que toutes les prescriptions de tâches, les exercices enseignés, les commentaires et les consignes du clinicien. Un avantage d'autant plus important que la littérature scientifique montre que les patients se rappellent moins de 30% des consignes du professionnel rencontré autant en santé physique que mentale (23-25). Deuxièmement, l'original peut être placé directement dans le dossier médical du client, comme c'est le cas à notre clinique spécialisée de douleur chronique.

Enfin, le praticien termine la séance en serrant la main du client ou en établissant simplement un contact visuel avec un visage chaleureux au moment de dire « à la prochaine rencontre ».

En conclusion, l'intervention stratégique en douleur chronique comporte les cinq éléments mentionnés au tableau 1 et décrits en détails dans les pages précédentes, soit l'alliance thérapeutique, la cueillette d'informations, la pause planification, l'intervention et le feedback du client.

REFERENCES

1. P.Watzlawick and G.Nardone. *Stratégie de la thérapie brève*, Paris: Seuil, 2000.
2. J.H.Wirth, D.F.Sacco, K.Hugenberg, and K.D.Williams. "Eye gaze as relational evaluation: averted eye gaze leads to feelings of ostracism and relational devaluation." *Personality and Social Psychology Bulletin* 36, no. 7(July 2010):869-82.
3. N.Binetti, C.Harrison, A.Coutrot, I.Mareschal, and A.Johnston. "Reciprocating the gaze of others: how we look and how long we like to be looked at." *Journal of Vision* 15, no. 12(September 2015):172.
4. A.A.Mutso, D.Radzicki, M.N.Baliki, L.Huang, G.Banisadr, M.V.Centeno, J.Radulovic, M.Martina, R.J.Miller, and A.V.Apkarian. "Abnormalities in hippocampal functioning with persistent pain." *Journal of Neuroscience* 32, no. 17(April 2012):5747-56.
5. N.Ali and D.Thomson. "A comparison of the knowledge of chronic pain and its management between final year physiotherapy and medical students." *European Journal of Pain* 13,(2009):38-50.
6. L.Moseley. "Unraveling the barriers to reconceptualization of the problem in chronic pain: the actual and perceived ability of patients and health professionals to understand the neurophysiology." *The Journal of Pain* 4, no. 4(2003):184-89.
7. P.Goffaux, W.J.Redmond, P.Rainville, and S.Marchand. "Descending analgesia--when the spine echoes what the brain expects." *Pain* 130, no. 1-2(July 2007):137-43.
8. T.Jackson, X.Huang, H.Chen, and H.Phillips. "Effects of threatening information on interpersonal responses to pain." *European Journal of Pain* 13,(2009):431-38.
9. S.Bruehl, J.W.Burns, O.Y.Chung, and P.Quartana. "Anger management style and emotional reactivity to noxious stimuli among chronic pain patients and healthy controls: The role of endogenous opioids." *Health Psychology* 27, no. 2(March 2008):204-14.
10. H.Hadjistavropoulos and J.Shymkiw. "Predicting readiness to self-manage pain." *Clinical Journal of Pain* 23, no. 3(March 2007):259-66.
11. G.Macdonald and M.R.Leary. "Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain." *Psychological Bulletin* 131, no. 2(March 2005):202-23.

12. S.Marchand, J.Li, and J.Charest. "Effects of caffeine on analgesia from transcutaneous electrical nerve stimulation." *New England Journal of Medicine* 333,(1995):325-26.
13. F.J.Keefe, L.Porter, T.Somers, R.Shelby, and A.V.Wren. "Psychosocial interventions for managing pain in older adults: outcomes and clinical implications." *British Journal of Anaesthesia* 111, no. 1(July 2013):89-94.
14. S.K.Moeller, E.A.Lee, and M.D.Robinson. "You never think about my feelings: interpersonal dominance as a predictor of emotion decoding accuracy." *Emotion* 11, no. 4(August 2011):816-24.
15. J.Charest, J.Boucher, S.Duhaime, D.N.Nguyen, É.Chaize, and JB.Souza. "Prescription de tâches personnalisées en intervention stratégique pour la douleur chronique." *Revue québécoise de psychologie* 36,(2015):233-50.
16. J.H.Weakland. "Thérapie systémique individuelle." In *Stratégie de la thérapie brève*, eds., P.Watzlawick and G.Nardone, pp. 155-169. Paris: Seuil, 2000.
17. J.Sparks. "The conversation with Paul Watzlawick." *The MRI Clinical Bulletin* 1,(1997):1-4.
18. T.Gardner, K.Refshauge, J.McAuley, S.Goodall, M.Hubscher, and L.Smith. "Patient led goal setting in chronic low back pain-What goals are important to the patient and are they aligned to what we measure?" *Patient Education and Counseling* 98, no. 8(August 2015):1035-38.
19. L.E.Leong, A.Cano, L.H.Wurm, M.A.Lumley, and A.M.Corley. "A Perspective-Taking Manipulation Leads to Greater Empathy and Less Pain During the Cold Pressor Task." *Journal of Pain* 16, no. 11(November 2015):1176-85.
20. E.Wittenberg and L.A.Prosser. "Health as a Family Affair." *New England Journal of Medicine* 374, no. 19(May 2016):1804-06.
21. J.Charest, J.R.Chenard, B.Lavignolle, and S.Marchand. *Lombalgie : École interactionnelle du dos*, Paris: Masson, 1996.
22. G.Nardone and P.Watzlawick. *L'art du changement*, Paris: L'esprit du temps, 1993.
23. J.Y.Lee and A.G.Harvey. "Memory for therapy in bipolar disorder and comorbid insomnia." *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 83, no. 1(February 2015):92-102.
24. J.Jansen, P.N.Butow, J.C.van Weert, D.S.van, R.J.Devine, T.J.Heeren, J.M.Bensing, and M.H.Tattersall. "Does age really matter? Recall of information presented to newly referred patients with cancer." *Journal of Clinical Oncology* 26, no. 33(November 2008):5450-57.

25. G.N.Lewkovich and M.T.Haneline. "Patient recall of the mechanics of cervical spine manipulation." *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutic* 28, no. 9(November 2005):708-12.