



# Bouger pour vaincre la douleur chronique

Par Yvan Campbell, kinésiologue et professeur adjoint de clinique, Université de Montréal

« Apprendre à vivre avec la douleur » est depuis longtemps le discours à la mode auprès des personnes aux prises avec une douleur persistante. Heureusement, on sait maintenant que c'est une fausse piste : un programme de réadaptation encadré par des spécialistes permet en effet de réduire, voire d'enrayer une douleur chronique non cancéreuse.

## Le saviez-vous ?

- Une étude pancanadienne révèle que 16 % des 18 à 64 ans et 27 % des personnes âgées disent souffrir de douleurs chroniques<sup>1</sup>.
- Face à celles-ci, les études démontrent que les meilleurs programmes de réadaptation reposent sur quatre piliers :
  - l'éducation
  - un programme d'exercices thérapeutiques couplé à un système de gestion de la douleur à l'effort
  - une médication appropriée
  - une participation à des groupes d'entraide<sup>2,3,4,5</sup>

**beneva**

# Mieux comprendre la douleur pour mieux la traiter

Une douleur chronique (ou persistante) dure depuis au moins trois mois ou dépasse la durée habituelle de guérison d'un traumatisme ou d'une maladie<sup>3</sup>. Généralement, on en identifie deux principaux types :

**La douleur nociceptive** : autrefois appelée « douleur aiguë », c'est la **sensation normale** produite par notre système nerveux central (SNC) en lien direct avec une lésion. Ça inclut la douleur neuropathique, qui résulte d'un dommage à une composante du système nerveux. Ce type de douleur a trois fonctions :

## 1. Sonner l'alarme

C'est ce qui se produit quand on fait un faux mouvement et que ça nous fait mal. Des fibres spécialisées du SNC envoient un message rapide au cerveau pour l'avertir d'un dommage au corps. Cet influx nerveux se transforme en expérience consciente : la douleur.

## 2. Forcer une immobilisation

Après une blessure, la sensation désagréable nous contraint à ne plus bouger ou à limiter nos mouvements. C'est logique, puisque la structure endommagée a besoin d'immobilité pour se réparer et guérir.

## 3. Moduler le retour au mouvement

Au fur et à mesure que la guérison suit son cours, l'inconfort s'estompe et permet la reprise graduelle du mouvement. Une activité trop intense la fait revenir afin de protéger les nouveaux tissus. La douleur est donc un précieux guide pour retrouver ses capacités.



**La douleur nociplastique** : il s'agit d'une douleur **anormale** ; elle ne découle pas d'une blessure qui tarde à guérir, mais bien d'un **mauvais fonctionnement du SNC**.

Habituellement, deux groupes de mécanismes dans le SNC travaillent en équilibre. Des « accélérateurs » augmentent l'intensité de la douleur tandis que des « freins » la diminuent. La douleur nociplastique résulte d'un dérèglement de cet équilibre.

Cette douleur persiste donc au-delà d'un rétablissement. Non seulement elle est inutile, mais elle peut grandement affecter le quotidien des personnes qui en souffrent. Pire, plus le temps avance, plus le problème prend racine. Sans intervention, les impacts physiques, psychologiques et sociaux peuvent même aggraver les choses.

La bonne nouvelle, c'est qu'il y a de l'espoir... La science et la pratique clinique démontrent qu'on peut vaincre une douleur devenue chronique. Oui, il faut y mettre de l'effort, mais la prise en charge par des spécialistes tient compte de l'origine de la douleur : voilà qui permet plus d'avancées !



## Vers une meilleure qualité de vie : cap sur les traitements

Deux catégories de traitements existent pour vaincre la douleur chronique, et elles se complètent. Pour optimiser les chances de guérison, on doit faire appel aux deux.

### Les traitements passifs

Ces solutions **temporaires** servent à soulager. On parle ici de traitements physiques (orthèse), chimiques (médication, infiltration) ou thérapeutiques (thérapie manuelle, chirurgie) qui demandent peu d'engagement de la part des personnes traitées.

### Les traitements actifs

Ces solutions demandent un engagement direct, physique et psychologique des personnes concernées. Leur thérapeute devient un coach qui partage son expertise; il ou elle conçoit un système de motivation pour soutenir ses clients dans les bons et moins bons jours du programme. Côté résultats, rien d'instantané, mais la recherche montre que les approches actives s'avèrent essentielles pour bien agir sur les causes et les conséquences de la douleur chronique **à long terme**<sup>6</sup>.

**Le plus important : passer à l'action au plus vite avec un encadrement adapté! De cette façon, les gestes portent fruit; les progrès amènent la motivation nécessaire pour vaincre la douleur et reprendre une vie satisfaisante et productive.**

# Connaître des pièges à éviter

Vivre avec des douleurs chroniques nuit au bien-être. Afin de se préserver, les personnes atteintes adoptent parfois – intuitivement – des stratégies pour se protéger. Pourtant, ces mêmes stratégies finissent par faire obstacle à leur guérison. En voici deux en particulier :

## La kinésiophobie

C'est **éviter des activités physiques par peur d'avoir mal ou d'aggraver une blessure**<sup>7</sup>. Dans un contexte de douleur chronique, cet évitement finit par provoquer une incapacité (physique et psychologique) à être actif. Plus le temps passe, plus l'inconfort persiste et s'intensifie.

## Le comportement de persistance malgré la douleur

Au contraire de la kinésiophobie, certains vont **persister dans l'effort malgré la douleur**. Au quotidien comme en exercice de réadaptation, cet acharnement provoque un « bombardement » de signaux douloureux au système nerveux<sup>8</sup>. La sensation de douleur empire, même pour les gestes routiniers.

Par chance, une technique novatrice aide maintenant à moduler le niveau de douleur durant l'effort physique : identifier le *point d'inflexion* de l'intensité de la douleur. Il s'agit du moment précis où elle augmente – et c'est là qu'on doit cesser l'activité.

Enseignée en clinique et transposée au quotidien, la réaction au point d'inflexion se révèle un concept clé en réadaptation par l'exercice en contexte de douleur chronique.



## Les essentiels pour passer à l'action

Une approche active (et réussie) doit se baser sur trois concepts essentiels, souvent nommés « les 3 E ».

### 1. Exercice

Un programme d'exercices adaptés constitue un départ pour récupérer des forces et reprendre une vie active et productive. L'exercice agit surtout de trois façons :

1. **Contrer la kinésiophobie** grâce à une exposition graduelle au mouvement.

2. **Augmenter les capacités physiques et diminuer l'effort relatif** nécessaire pour vaquer à ses activités quotidiennes. Un lien direct existe entre l'intensité de l'effort, la fatigue et le degré de douleur.

3. Stimuler la libération d'**analgésiques naturels** : les endorphines et les endocannabinoïdes.

En parallèle, un système de gestion de la douleur à l'effort sert à éviter d'empirer le problème chronique compte tenu de la sensibilité du SNC<sup>9</sup>. L'encadrement par des professionnels qualifiés devient primordial. Sans eux, les résultats du programme d'exercices peuvent mener à l'opposé du but fixé, avec une douleur plus forte et/ou de la détresse psychologique.



## 2. Éducation

Scientifiquement, c'est prouvé : comprendre les mécanismes de la douleur permet de la diminuer<sup>2</sup>.

Pour la plupart des gens qui en vivent, le lien entre la réduction de la douleur et l'exercice physique peut sembler contradictoire. Une clé pour eux consiste à comprendre un peu plus le phénomène de douleur chronique pour se donner des chances de la vaincre. Participer à un programme de réadaptation demande un engagement physique et émotif important, avec une motivation solide. Mieux vaut savoir pourquoi on s'implique ainsi!

**« Une douleur identifiée à une cause, à une signification, est plus supportable qu'une douleur restée dans le non-sens, non diagnostiquée, non comprise par celui ou celle qui souffre. »**

Le Breton, 1995

## 3. Entraide

Le contact avec des personnes qui vivent la même situation suscite un effet positif impossible à obtenir d'une autre façon. Ce lien normalise le vécu en plus de diminuer l'isolement fréquent en cas de douleur chronique.

**« Les organismes qui survivent le mieux aux conditions difficiles ne sont pas les plus forts, ce sont ceux qui arrivent à coopérer. »**

Servigne et Chapelle, 2017

## En bref

**C'est possible de réduire, voire d'éliminer la douleur chronique. Contrairement aux croyances de certains, la réadaptation par l'exercice joue un rôle central dans les traitements de gestion de la douleur.**

**Pour tabler sur l'engagement et l'effort individuel, une approche encadrée par des spécialistes peut changer les choses en mieux.**

1. RAMAGE-MORIN, Pamela. « Consommation de médicaments chez les Canadiens âgés », *Rapports sur la santé*, produit no 82-003 au catalogue de Statistique Canada, 2009, vol. 20, no 1, p. 39-47. | 2. HOPIN, Lee, James H. MC AULEY et autres. « Does Changing Pain-Related Knowledge Reduce Pain and Improve Function through Changes in Catastrophizing? », *Pain*, avril 2016, vol. 157, no 4, p. 922-930. | 3. LANDMARK, Tormod, Pal ROMUNDSTAD et autres. « Associations between Recreational Exercise and Chronic Pain in the General Population : Evidence from the HUNT 3 Study », *Pain*, octobre 2011, no 152, p. 2241-2247. | 4. LEITZELAR, Brianna et Kelli F. KOLTYN. « Exercise and Neuropathic Pain : A General Overview of Preclinical and Clinical Research », *Sports Medicine—Open*, mars 2021. | 5. SMITH, Benjamin E., Paul HENDRICK et autres. « Musculoskeletal Pain and Exercise - Challenging Existing Paradigms and Introducing new », *British Journal of Sports Medicine*, juillet 2019, no 53, p. 907-912. | 6. KOROWNYK, Christina S., Lori MONTGOMERY et autres. « Management of Chronic Low Back, Osteoarthritic, and Neuropathic Pain in Primary Care », *Canadian Family Physician*, mars 2022, no 68 (3), p. 179-190. | 7. VLAEYEN, Johan W. S. et autres. « Fear of Movement/(re)injury in Chronic Low Back Pain and its Relation to Behavioral Performance », *Pain*, septembre 1995, no 62, vol. 3, p. 363-372. | 8. HASENBRING, Monika et Jeanine A. VERBUNT. « Fair-Avoidance and Endurance-Related Responses to Pain: New Models of Behavior and their Consequences for Clinical Practice », *The Clinical Journal of Pain*, novembre-décembre 2010. | 9. CALVINO, Bernard et Rose Marie GRILLO. « Le contrôle central de la douleur », *Revue du Rhumatisme*, no 73, 2006, p.10-18.