

## **Interdisciplinarité et douleur chronique : Quelle réalité? Quelles difficultés?**

Jean Michel GAUTIER<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Infirmier anesthésiste, cadre de santé coordonnateur du Réseau InterCLUD Languedoc Roussillon*

Le modèle traditionnel de soins qui s'attaque à la maladie plutôt qu'à la personne dans sa globalité est particulièrement mal adapté à la majorité des patients souffrant de douleur chronique. A l'instar d'autres pathologies chroniques, le modèle de soins de plus en plus privilégié, favorise une approche interdisciplinaire, soutenue, intégrée, centrée sur le patient et avec le patient en qualité de partenaire engagé dans la gestion de sa douleur. "*Le plus important est de comprendre que la douleur chronique est une maladie de la personne, et qu'une approche biomédicale traditionnelle ne peut répondre adéquatement à tous les problèmes liés à la douleur de cette population de patients*" [Schatman, 2012].

La nature multidimensionnelle de la douleur chronique exige donc une approche holistique, s'intéressant simultanément aux questions concernant le diagnostic biomédical de la maladie et des processus physiopathogéniques, aux aspects affectivo-émotionnels, cognitivo-comportementaux et socio-professionnels. Ce modèle biopsychosocial est recommandé comme cadre de référence des équipes de prise en charge de la douleur chronique [Sanders et al. 2005]. L'application du modèle biopsychosocial suppose que le patient soient reçus par une équipe comprenant des professionnels de différentes disciplines ayant chacun une formation spécifique leur permettant d'acquérir des compétences nécessaires à la prise en charge de la douleur chronique. Cette approche interdisciplinaire a été développée dès les années 50 par Bonica. Même si le modèle initial de Bonica a changé en raison de l'évolution des techniques de traitement de la douleur, le principe reste toujours d'actualité.

Pour autant, il est important de bien clarifier la nuance subtile mais fondamentale qui existe entre les termes souvent employés de manière interchangeable dans le domaine de la douleur chronique : multidisciplinaire et interdisciplinaire [Opsina et Harstall, 2003].

Le terme *multidisciplinaire* s'applique aux soins offerts en parallèle à un patient par plusieurs professionnels de santé de différentes disciplines. Chacune de ces disciplines sait ce qu'elle a à faire et le fait de façon autonome. La multidisciplinarité est donc une juxtaposition de plusieurs disciplines, sans relation réciproque, ni synthèse autour de l'analyse d'un objet commun. Dans la complexité des prises en charge où l'incertitude est grande, la multidisciplinarité ne répond pas au souci d'efficacité des intervenants.

Le terme *interdisciplinaire*, quant à lui, signifie que des professionnels de santé, "*ayant une formation, une compétence et une expérience spécifiques, travaillent ensemble à la compréhension globale, commune et unifiée d'une personne en vue d'une intervention concertée à l'intérieur d'un partage complémentaire de tâches*"[Herbert, 1990].

On peut parler d'interdisciplinarité quand les intervenants de différentes disciplines travaillent dans le respect de leur compétence et dans le partage du pouvoir pour atteindre un but commun. L'interdisciplinarité exprime la dynamique entre les personnes qui échangent à partir de leur domaine de connaissances, le but étant un enrichissement de la compétence des professionnels et de leur compréhension de la complexité de prise en charge du patient douloureux chronique.

L'approche interdisciplinaire est donc considérée comme optimale dans les structures de prise en charge de la douleur [Veillette, 2004]. Cette approche est retrouvée dans le modèle français au sein des structures spécialisées constituées à minima par une triade médecin, infirmier et psychologue. Pour que l'interdisciplinarité en douleur chronique soit efficace, il est nécessaire d'avoir l'adhésion de tous les intervenants à ce modèle, intervenants qui auront la capacité de travailler ensemble à l'atteinte d'objectifs communs. Ces professionnels ressentent le besoin de communiquer entre eux pour mieux connaître le patient, son environnement familial, professionnel et de définir ensemble la stratégie de prise en charge. C'est ainsi que les réunions interdisciplinaires sont organisées. Mais pour cela, il est nécessaire que chaque intervenant ait une compréhension claire de son rôle et de ses responsabilités, ainsi que ceux des autres professionnels. L'interdisciplinarité exige que chaque membre possède une solide identité professionnelle et qu'il maintienne un niveau de compétence élevé dans sa propre discipline. Cependant, cette identité professionnelle détermine parfois des attentes différentes. Chacun a une idée qui lui est propre quant aux besoins réels du patient, à la priorité d'intervention, au leadership, au processus de prise de décision et à l'autonomie professionnelle. C'est là que réside la difficulté, car il s'agit de « s'approprier les moyens d'un autre métier, tout en gardant son objectif propre, "son scopos" sans risque de confusion identitaire voire de glissement de tâche » [Blanc, 2009].

Dans le contexte de l'accompagnement du patient douloureux chronique, il est un exemple où la confusion identitaire peut mettre en péril l'interdisciplinarité. Les différents professionnels sont confrontés à la psychologie du patient et aux effets psychothérapeutiques de leurs interventions. La question consiste alors à déterminer ce qui dans l'accompagnement de ces patients relève du champ de chaque profession. Qu'il soit médecin, infirmier ou psychologue,

chacun est concerné par les étapes d'évaluation, d'orientation et de traitement, en particulier la mise en œuvre des pratiques psychocorporelles. Dans ce contexte, il apparaît nécessaire d'identifier les limites que chaque professionnel doit respecter dans l'exercice de sa fonction auprès de patients douloureux chroniques. Les risques de glissement de tâches et/ou de « toute puissance » peuvent en effet être présents dans ce type de prise en soin. De ce fait, chacun doit disposer de repères pour savoir ce qu'il a à faire et la façon de passer les relais auprès du patient quand il considère qu'il a atteint ses propres limites. Cette problématique a donné lieu à un travail de réflexion au sein de la Société Française d'Etude et Traitement de la Douleur. Un groupe pluriprofessionnel s'est attaché à élaborer un texte de référence [SFETD 2012] permettant à chaque personnel soignant (médecin, psychologue, infirmier, etc.) d'obtenir une information et des repères sur sa fonction et ses limites dans le domaine de l'accompagnement psychologique des personnes douloureuses suivies en consultation douleur ou en institution de soin au regard de son diplôme initial et des formations complémentaires suivies.

L'interdisciplinarité en douleur chronique impose donc à tous les professionnels intervenant auprès du patient (psychologue, psychiatre, algologue, infirmier) d'avoir le même modèle de compréhension de la douleur chronique. L'approche biopsychosociale est un modèle qui permet cette approche transprofessionnelle. Elle peut intégrer de façon complémentaire, sans les opposer, les différents modèles théoriques de référence des praticiens. L'interdisciplinarité nécessite de fait, de savoir travailler en équipe, respecter les points de vue différents qui ne font que refléter la complexité de la prise en soin et de développer une position éthique.

#### Bibliographie :

Blanc NA (2009). L'interdisciplinarité en questions – Soins Cadres; 72 : 20-21

Couturier Y (2009) Problèmes interprofessionnels ou interdisciplinaires? Distinctions pour le développement d'une analytique de l'interdisciplinarité à partir du cas d'un hôpital de soins de longue durée – Recherche en Soins Infirmiers; numéro 97.

Herbert R (1990) – Contraintes, limites et défis de l'interdisciplinarité dans les services gériatriques – In Actes du IVème Congrès International de Gériatrie, Montréal.

Ospina M et Harstall C. Alberta Heritage Foundation for Medical Research (2003) Multidisciplinary pain programs for chronic pain: Evidence from systematic reviews. HTA30; Series A Health Technology Assessment. Edmonton

Sanders SH, Harden RN, Vicente PJ. (2005) - Evidence-based clinical practice guidelines for interdisciplinary rehabilitation of chronic nonmalignant pain syndrom patients. Pain Practice; 5 : 303-315

Schatman ME (2012) – Interdisciplinary chronic pain management : International Perspectives – Pain Clinical Updates – IASP – Vol XX, numéro 7

SFETD (2012) - La prise en considération de la dimension psychologique des patients douloureux . Cahier n°1 – disponible sur le site [www.sfetd-douleur.org](http://www.sfetd-douleur.org)

Veillette Y. (2004) - L'interdisciplinarité dans la gestion de la douleur chronique. Congrès annuel de la Société québécoise de la douleur, Montréal, 22 octobre 2004. Montréal, Qc : OPPQ.