

La douleur chronique,

symptôme d'alarme

d'une société malade

Leen Vermeulen

Près de trois millions de Belges souffrent de douleur chronique. Si nous voulons maîtriser cette épidémie, nous avons besoin d'un modèle de société inclusif qui s'attaque à ses causes.



Une étude européenne de 2019 indique que 2,9 millions de Belges souffrent de douleur chronique.

L'Institut scientifique de santé publique a constaté dans son enquête de santé 2018 que 56,2% des Belges de plus de 15 ans font état de douleur et de malaise. 34,5% s'étaient sentis gênés par des douleurs physiques dans l'accomplissement de leur travail normal au cours des quatre semaines précédant l'enquête¹.

Une étude européenne de 2019 indique le

chiffre de 2,9 millions de Belges souffrant de douleur chronique². Les trois quarts d'entre eux ressentent même de la douleur tous les jours. Un cinquième d'entre eux sont sans emploi, et les quatre cinquièmes des personnes souffrant de douleurs persistantes qui travaillent encore sont absentes deux fois plus souvent que la moyenne. Cela les rend très anxieuses quant à leur emploi. Souvent, elles continuent à travailler pendant trop longtemps. «Mon patron ne doit pas savoir que j'ai mal au dos, sinon il ne renouvellera pas mon contrat. Et je ne peux vraiment pas me permettre de perdre mon emploi», entend-on. Dans de telles situations, la douleur ne fait qu'empirer, et le chemin du rétablissement risque de devenir deux fois plus long. En conséquence, de nombreux travailleurs sont, à un certain moment, totalement épuisés physiquement et mentalement et sont alors absents pendant une longue période.

En 2010, les coûts sociaux des patients souffrant de douleur chronique étaient déjà aussi élevés que les coûts du cancer, du diabète et des maladies cardiovasculaires réunis³. Depuis 2010, le nombre de malades chroniques a doublé, indique la Mutualité chrétienne (MC) dans un récent rapport. Ce rapport précise que la majorité des personnes interrogées, 56%, attribuent leur maladie en partie aux conditions de leur lieu de travail : pression de travail élevée, travail physiquement exigeant, mauvaises relations avec les supérieurs⁴.

La douleur est plus qu'un symptôme physique

Toute personne souffrant de douleur persistante se bat quotidiennement avec un corps qui ne veut pas coopérer. Mais c'est bien plus qu'un malaise physique qui peut/doit ou non nécessiter un traitement médical.

Ceux qui chaque jour se sortent difficilement de leur lit, parce qu'ils se sentent comme s'ils avaient fait un gros déménagement pendant la nuit ou parce qu'ils ont l'impression que leur dos, leur bassin ou leurs genoux vont céder au premier mouvement, commencent la journée morts de fatigue, avec du plomb dans les jambes. Ils prennent alors les transports publics pour emmener leurs enfants à l'école, puis se précipitent au travail...

Le stress et la pression au travail n'ont jamais été aussi élevés, notamment en raison du non-remplacement de collègues. Il ne suffit pas de bien faire son travail,

il faut le faire à 150%, chaque minute de chaque heure de travail. Amazon, par exemple, surveille chaque mouvement des coursiers flexibles. Par des algorithmes, ils calculent certains schémas de performance et, sur cette base, décident quels coursiers se voient attribuer davantage d'itinéraires et lesquels sont «désactivés»⁵. Bien sûr, ils ne tiennent pas compte des limites du corps humain, de l'âge, de la limitation physique...

Depuis la suppression de la préretraite et le relèvement de l'âge de la retraite, le nombre de malades de longue durée a augmenté proportionnellement. De 2019 à 2021, le nombre de préretraités est passé d'environ 120 000 à 60 000. Dans la même période, le nombre de malades de longue durée âgés de 55 ans et plus a augmenté de plus de 70 000⁶.

Les plus de 55 ans qui sont à la fin d'une longue carrière ne peuvent plus faire face à l'augmentation de la charge de travail physique et psychologique, à la flexibilité et à la polyvalence.

Il y a aussi l'insécurité d'emploi croissante. Les contrats fixes ne sont plus la norme depuis longtemps. De plus en plus de personnes combinent différents flexi-jobs pour pouvoir joindre les deux bouts. Si vous tombez malade, vous subissez une perte de revenus immédiate. Les contrats temporaires ou intérimaires ne sont pas renouvelés si vous ne répondez pas aux exigences élevées.

Après le travail, les jeunes parents sont censés emmener leurs enfants chez le logopède ou l'orthodontiste ou à l'une des nombreuses activités extrascolaires nécessaires au développement social et créatif de leurs bambins. Ensuite, il y a les devoirs à superviser et il faut encore préparer un repas sain et varié. Nous courons à travers la vie, manquant d'heures chaque jour et nous couchant tard le soir, avec des hormones de stress très élevées, pour nous réveiller épuisés le matin.

Les personnes souffrant de douleur chronique ont également une peur chronique de la perte d'emploi, des problèmes financiers, de l'exclusion sociale et de la solitude parce qu'elles ont décroché de la course effrénée d'une société folle.

La douleur se situe entre les deux oreilles

L'Association Internationale pour l'Étude de la Douleur a défini en 2020 la douleur comme «une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou décrite par rapport à cette lésion». Elle ajoute que la douleur est toujours une

Leen Vermeulen



Leen Vermeulen est médecin généraliste à Médecine pour le Peuple depuis 25 ans. Elle a suivi une formation en psychothérapie intégrative et en thérapie de groupe et elle s'est spécialisée dans le phénomène de la douleur.

Elle accompagne des patients souffrant de douleur persistante.

En 2010, les coûts sociaux des patients souffrant de douleurs chroniques étaient déjà aussi élevés que les coûts du cancer, du diabète et des maladies cardiovasculaires réunis.

expérience personnelle qui est influencée à des degrés divers par des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux⁷.

La douleur n'est donc pas seulement physique, elle s'accompagne d'émotions. Ceux qui ressentent de la douleur se sentent rarement heureux, sont généralement plus ou moins anxieux, frustrés, en colère ou désabusés. Parfois, les tissus ne sont pas du tout endommagés : une douleur musculaire après une séance d'entraînement intense ne signifie pas

nécessairement une blessure musculaire, un mal de ventre juste avant un examen n'a pas grand-chose à voir avec un problème intestinal, et des maux de tête après un manque de sommeil ou à cause d'un environnement agité ne doivent pas faire craindre une tumeur au cerveau. Un autre exemple est la douleur d'un « membre fantôme », la douleur à un doigt ou un pied amputé.

La douleur est toujours une expérience personnelle dans un contexte spécifique : mon mal de tête est différent du vôtre, car nous sommes exposés à des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux différents. Le contexte est également important : un enfant qui tombe dans la cour de récréation pendant un jeu amusant se relèvera et continuera à jouer plus vite que si maman ou papa est à proximité et peut lui donner un câlin apaisant comme antidouleur. Un enfant dont on se moque parce qu'il est tombé souffrira davantage et plus longtemps que s'il était pris en charge avec amour.

La douleur ne peut donc pas être expliquée de manière purement médicale et/ou biologique et ne peut pas toujours être traitée médicalement. J'ai mal au dos, il doit donc y avoir un problème à ma colonne vertébrale ou à mes muscles. Un examen radiologique ou un scanner doit le montrer, afin que les médecins puissent intervenir par une infiltration locale ou une chirurgie si nécessaire. Dans le meilleur des cas, des exercices ou des traitements ciblés effectués chez un kiné ou physiothérapeute devraient guérir le problème musculaire ou ligamentaire. Mais, la plupart du temps, ce n'est pas comme ça que ça fonctionne : chez seulement 5% des patients souffrant de douleur dorsale persistante, un problème physique offre une explication complète. Les scanners montrent de multiples changements chez les personnes de plus de 40 ans, tels que le bombement des disques, les changements osseux dus à l'arthrite, le rétrécissement des ouvertures vertébrales... qui peuvent être considérés comme des signes normaux de vieillissement, mais qui ne doivent pas nécessairement causer de la douleur.

Il est important de comprendre la neurophysiologie de la douleur. La douleur n'est pas créée là où nous la ressentons, mais dans notre système nerveux central. C'est notre cerveau qui décide de convertir ou non les signaux inconscients de notre corps en une sensation de douleur consciente.

Les signaux provenant de nos tissus (muscles, ligaments, intestins...) sont réceptionnés par de petits capteurs dans nos nerfs périphériques, qui, avec leurs fines ramifications, forment un réseau complexe dans nos tissus. Ces signaux sont envoyés à notre moelle épinière, où ils sont transmis à un nerf central, qui envoie le message – de manière automatique, sans intervention de la volonté – au cerveau. Ces signaux sont un changement de pression, de chaleur ou de chimie. Si ces trois signaux proviennent d'une même région, le message est « danger possible dans cette région ». C'est au cerveau de décider ce qu'il doit faire de ce message.

Si le cerveau décide qu'il y a effectivement un danger et que celui-ci doit être traité en priorité, ces signaux sont convertis en un signal d'alarme conscient, à savoir la douleur. Seule la douleur peut nous pousser à nous protéger du danger : si vous vous tordez la cheville et que vous vous déchirez des ligaments, la douleur vous fera arrêter de vous appuyer sur votre pied, afin que vos ligaments ne se déchirent pas davantage.

Au fur et à mesure de la guérison d'une blessure, ce signal d'alarme est moins nécessaire et s'éteint. La douleur est donc un signal d'alarme très utile pour signaler un problème aigu nécessitant une protection ou un traitement.

Pour la douleur chronique, c'est une tout autre histoire. Il est normal de ressentir de la douleur pendant deux à trois mois après une fracture de la jambe, une déchirure musculaire ou ligamentaire ; c'est le temps nécessaire à la guérison complète de la blessure. Si la douleur dure plus longtemps, le système d'alarme de notre système nerveux devient hypersensible et la douleur n'a plus de fonction protectrice. Faisons la comparaison avec un détecteur de fumée : normalement, celui-ci ne se déclenche qu'en cas de fumée dangereuse ou de flammes. L'alarme vous enjoint d'appeler les pompiers pour protéger votre maison contre de gros dégâts. Toutefois, il peut arriver que l'alarme se déclenche alors que c'est juste un peu de fumée qui émane de l'appareil à fondue. Dans ce cas, il ne faut pas appeler les pompiers, mais réinitialiser l'alarme. Il en va de même pour la douleur chronique : les signaux normaux provenant des tissus, par exemple les changements de pression dans un muscle pendant un mouvement, provoquent déjà de la douleur. L'alarme de la douleur est alors devenue trop sensible et n'a plus de fonction d'alarme. Il n'y a rien d'anormal à ce muscle ou ce ligament, l'orthopédiste ou le chirurgien ne peut rien faire de plus, mais la douleur persiste. L'alarme de la douleur doit être réinitialisée.

Le cerveau réagit différemment à la douleur aiguë et à la douleur chronique

C'est donc notre cerveau qui décide quand créer une douleur consciente. Grâce à des recherches pionnières sur le cerveau à l'aide de scanners IRM fonctionnels du cerveau, nous savons depuis une quinzaine d'années que toutes les parties de notre cerveau travaillent ensemble en une fraction de milliseconde pour prendre cette décision. L'ensemble des connexions nerveuses ou des voies neuronales entre les différentes zones de notre cerveau est appelé neuromatrice. Toutes les parties de notre cerveau donnent leur propre signification aux signaux entrants. Selon la partie du cerveau la plus active à ce moment-là, un signal de danger émis par le corps prend une importance différente et peut entraîner une conséquence différente. Nous savons que les zones cérébrales actives dans la douleur chronique sont plus nombreuses et différentes que celles liées à la douleur aiguë. En d'autres termes, la décision de convertir les signaux du corps en douleur se produit différemment et plus rapidement au fur et à mesure que les plaintes se prolongent.

Moseley et Butler, experts australiens en gestion de la douleur, comparent cette situation aux différents instruments d'un orchestre. Selon l'instrument qui joue la mélodie principale, le morceau de musique aura un son différent. Si notre cerveau de la peur (amygdale), notre mémoire des expériences négatives (hippocampe) ou notre cerveau émotionnel (système limbique) joue le rôle principal pendant trop longtemps, il y a une chance que notre cerveau de la résolution des problèmes et de la perspective (cortex préfrontal) n'ait pas la possibilité de décider d'arrêter l'alarme de la douleur. Les parties du cerveau qui jouent un rôle décisif dépendent de divers facteurs (bio) psychosociaux. Par ces facteurs psychosociaux, nous entendons les pensées concernant la douleur (la cause, la solution possible, les conséquences) : la douleur, notre comportement et nos habitudes, nos émotions et notre état mental (anxieux et déprimé ou confiant), les événements stockés dans notre mémoire de la douleur, le sommeil, le stress, le contexte dans lequel nous vivons/travaillons/expérimentons la douleur...

Les hormones du bonheur arrêtent la douleur

La neuromatrice contrôle le volume de la douleur. Elle peut créer une douleur consciente (sensibilisation centrale) mais elle peut aussi ignorer et même bloquer les signaux provenant des tissus au niveau de la transmission du signal dans la moelle épinière (désensibilisation centrale). Si vous devez sauver votre vie, vous vous sortirez d'une voiture en feu avec une jambe cassée. Les signaux de danger émis par la jambe ne sont pas convertis en douleur consciente à ce moment-là, car le plus important est de sauver votre

vie. L'adrénaline qui circule dans votre corps à cet instant a un effet antidouleur. Un marathonien qui se déchire un ligament juste avant l'arrivée pourra probablement continuer à courir jusqu'à la ligne d'arrivée. La dopamine, hormone qui est libérée dans son corps lorsqu'il a son objectif en vue, agit comme un antidouleur produit par son corps. Ceux qui se sentent entourés d'amour et cajolés dans un environnement chaleureux ressentiront moins de douleur que ceux qui sont isolés. L'hormone des câlins, l'ocytocine, a un effet apaisant et curatif, comme chez un petit enfant. Si, dans un élan d'enthousiasme, vous sentez que ce que vous faites a de la valeur, vous ressentez une énergie positive grâce aux endorphines et à la sérotonine libérées, et la douleur passe naturellement au second plan. Votre cerveau de l'attention est occupé par des choses plus importantes que les signaux de votre corps qui n'ont plus de message de danger. Ces analgésiques d'origine corporelle sont jusqu'à 60 fois plus puissants que les analgésiques synthétiques.

Dans le traitement de la douleur chronique, il s'agit donc de rechercher des moyens d'ouvrir l'armoire de notre pharmacie cérébrale antidouleur. Cesser de se concentrer sur la douleur, ses causes et les moyens de la réduire, car trop se concentrer sur la douleur entretient et renforce les voies neurogènes qui la favorisent. L'objectif principal du traitement doit être axé sur la qualité de vie et l'amélioration du fonctionnement physique, ce qui permettra de mener des activités et de mener une vie satisfaisante et utile, plutôt que de principalement souffrir de la douleur. Il est important de se fixer des objectifs réalistes, décomposés en de nombreuses petites étapes intermédiaires réalisables, qui permettront de restaurer la confiance dans le corps et de réduire les pensées pessimistes concernant la douleur. La distraction de la douleur entraîne une réduction de la douleur parce que la « menace du danger » dans la neuromatrice est réduite et l'hypersensibilité du système nerveux peut être réinitialisée.

Ceux qui se sentent entourés d'amour et cajolés dans un environnement chaleureux ressentiront moins de douleur que ceux qui sont isolés.

Le retour au travail dans notre société folle

Le fait que la neuromatrice décide d'amplifier les signaux d'alarme du corps en douleur ou non dépend beaucoup de la situation et du contexte. Il faut voir cela au sens large, également sur le plan social. Paul Verhaeghe écrit : « Quand tant de personnes développent les mêmes symptômes en à peine une seule génération, on ne peut plus parler de problèmes individuels. On a alors affaire à autre chose. Il y a un éléphant dans la pièce, et il faut le

nommer. Les gens tombent malades en grand nombre parce que leur travail est trop lourd physiquement et/ou mentalement⁸.»

Nous observons deux causes.

L'étude sur la fin de carrière réalisée par Médecine pour le Peuple montre que la moitié des travailleurs de plus de 55 ans ne peuvent pas continuer à travailler jusqu'à l'âge de la retraite parce que leur santé ne le permet pas. Ils deviennent souvent des malades de longue durée⁹.

En outre, il faut travailler de plus en plus dur et de manière de plus en plus flexible. Jeffrey Pfeffer est professeur à la Graduate School of Business de Stanford, il est considéré comme l'un des penseurs les plus influents en matière de management aujourd'hui. Il étudie l'influence des facteurs de stress psychosociaux dans l'environnement de travail sur la santé des employés : Pfeffer et ses collègues ont traité 228 études sur les conséquences du stress au travail et sont parvenus à la conclusion que le risque de maladie augmente de 35% en raison des exigences professionnelles élevées et de moitié en raison de l'insécurité de l'emploi¹⁰.

La pression exercée par le gouvernement Vivaldi sur les malades de longue durée ne fait qu'aggraver la situation

Dans son accord de coalition d'octobre 2021, le gouvernement Vivaldi met plus durement que jamais l'accent sur la réinsertion des malades de longue durée. Le taux d'emploi¹¹ devrait monter à 80%. Le médecin d'entreprise joue ici un rôle important pour déterminer si un travailleur a encore la capacité de faire son travail, éventuellement avec des adaptations, et quelles sont les possibilités de réintégration. Dans le cas des personnes sans contrat de travail, le médecin-conseil de l'assurance maladie joue un rôle crucial. Après 10 semaines d'incapacité de travail, les travailleurs malades doivent remplir un questionnaire qui évalue les possibilités de retour au travail. S'ils refusent, ils risquent de perdre 2,5% de leur indemnité. Après trois mois d'incapacité de travail, ils devraient être guidés en douceur vers le retour au travail – c'est ainsi que Vandembroucke décrit son plan. À cette fin, 60 coordinateurs de remise au travail sont employés par les caisses d'assurance maladie. Vandembroucke souhaite que 24 000 de ces parcours de réintégration soient effectués chaque année à partir de 2023. Les caisses d'assurance maladie sont rendues responsables de leur coopération : elles perdent des moyens si elles n'atteignent pas certains objectifs¹².

Du point de vue de la gestion de la douleur, ces mesures sont compréhensibles : elles permettent de ne plus se focaliser sur la douleur, mais sur une manière de passer son temps de manière utile. Personne ne choisit ou ne

trouve de bénéfice à rester longtemps malade à la maison. Nous savons que le fait de rester chez soi, l'isolement, les conséquences financières, l'absence de structure quotidienne et de contact avec les collègues et l'absence de sentiment de contribuer utilement à la vie sociale sont en soi des facteurs psychosociaux susceptibles d'accroître la douleur. Maintenant que nous connaissons la neurophysiologie de la matrice de la douleur dans notre cerveau, nous pouvons l'expliquer biologiquement.

Mais en réalité, la chasse aux malades de longue durée a un effet négatif : les personnes sont harcelées pour fournir des preuves médicales de leur incapacité permanente à travailler. Elles sont obligées de courir après les médecins, d'obtenir de multiples attestations de médecins traitants, de médecins consultants et de médecins du travail, ce qui ne fait qu'accroître l'attention portée à leur douleur. Tout cela dans un cadre purement biomédical dont nous savons qu'il ne fonctionne plus dans le cas de la douleur chronique. C'est tout le contraire de l'approche efficace de la douleur décrite plus haut, qui cherche des moyens de stimuler nos hormones de bonheur antidouleur.

On assiste ici une nouvelle fois à l'application de ce modèle dépassé, purement biomédical, qui place la responsabilité sur le patient en tant qu'individu. Comme expliqué plus haut, ce modèle ne fonctionne pas et ne peut expliquer ou évaluer correctement la douleur. De plus, on ne peut jamais forcer les gens à guérir. Au contraire, la contrainte est néfaste sur le plan médical et psychosocial.

De plus, le questionnaire donne aux malades de longue durée un sentiment d'échec, comme s'ils ne pouvaient pas faire face à autant de choses que les autres, comme s'ils ne faisaient pas assez d'efforts, comme s'ils étaient une charge pour leurs collègues, comme s'ils auraient dû se rétablir hier. Ce sont toutes des pensées négatives que les personnes souffrant de douleur doivent essayer de se sortir de la tête, car celles-ci augmentent la douleur. Leur période de rétablissement ne sera donc pas un temps de repos et d'atténuation du système de douleur mais le stress et l'anxiété ne feront que rendre le système d'alarme encore plus sensible. Un cercle vicieux, donc!

Forcer un patient à guérir ? Ça ne marche pas, jamais

La reprise progressive du travail en fonction de ses capacités et limites physiques et mentales permet de restaurer la confiance en son corps, de retrouver progressivement sa force et de *désensibiliser* son système de

Le fait que la neuromatrice décide d'amplifier les signaux d'alarme du corps en douleur ou non dépend beaucoup de la situation et du contexte.

La moitié des travailleurs de plus de 55 ans ne peuvent pas continuer à travailler jusqu'à l'âge de la retraite parce que leur santé ne le permet pas.

douleur. C'est comparable à un haltérophile qui, après une blessure, ne soulève pas 200 kg d'un coup, mais ajoute progressivement des kilos à sa barre au fur et à mesure de sa récupération. C'est ainsi qu'il faut procéder. Malheureusement, il est rarement question de « travail adapté » dans le contrat de travail, ou seulement de manière très temporaire. Une étude de 2018 de la FGTB révèle que 60 à 80 % des parcours de réinsertion se terminent

par la résiliation du contrat pour raison médicale¹³. Les personnes peu qualifiées qui occupent principalement des emplois physiques lourds ont beaucoup de difficultés à trouver un autre emploi qu'elles peuvent physiquement assumer. Tant que les conditions de travail et l'attitude des employeurs ne changent pas, les mesures gouvernementales sont contre-productives et augmentent principalement le stress et la douleur des travailleurs malades.

L'accord de coalition de coalition Vivaldi comprenait initialement un paragraphe qui rendrait les employeurs plus responsables de l'incapacité de leurs travailleurs. Ce paragraphe a été supprimé, a souligné le président de la Mutualité chrétienne (MC), Luc Van Gorp, lors de la présentation de l'étude de la MC. Il est question d'amendes pour les employeurs dont le nombre de travailleurs en incapacité est supérieur à la moyenne, mais seules les entreprises comptant au moins 50 employés sont contrôlées. Cela représente 0,9 % du nombre total. En outre, les jeunes et les plus de 55 ans – les groupes les plus touchés – ne sont pas comptabilisés dans les contrôles. *De Standaard* titre le 14 octobre 2021 : « La sanction pour les entreprises semble être une mesure pour rien. » Les entreprises qui comptent un nombre supérieur à la moyenne de travailleurs en congé de maladie de longue durée ne risquent une pénalité que si elles ont trois fois plus de salariés en incapacité que leurs homologues du secteur. En d'autres termes, la responsabilité reste attribuée au travailleur. Le gouvernement Vivaldi ne se concentre pas sur les causes, mais plutôt sur les victimes : c'est elles qui sont montrées du doigt.

Notre système de santé est également complice

Tout le monde a le droit de vivre une vie aussi saine que possible. À cet effet, il faut des pouvoirs publics qui fassent de cela une priorité. C'est la raison pour laquelle nos soins de santé sont un bien public, financé avec l'argent de la sécurité sociale. Mais le néolibéralisme veut que les pouvoirs publics se retirent des soins de santé pour laisser la place au privé. Les soins de santé deviennent alors un marché, tout comme le marché de la viande

ou le marché immobilier, où des entreprises privées proposent des soins de santé comme une marchandise. Le but est alors de faire du profit, et les soins en deviennent le moyen. La grande majorité des médecins et des hôpitaux sont payés à la prestation. Chaque consultation, chaque service technique, est un service distinct, qui est facturé séparément. Un médecin qui voit vingt patients en une matinée est beaucoup plus efficace sur le plan commercial qu'un médecin qui n'en voit que dix pendant cette même période. Il en va de même pour les hôpitaux. « Si je prends 20 % de CT scans en moins, je suis pour ainsi dire en faillite », explique Marc Noppen, directeur de l'UZ à Bruxelles, mettant le doigt sur la plaie.

Dans ce contexte, je constate le calvaire des personnes souffrant de douleur chronique qui vont désespérément d'un spécialiste à l'autre, mais qui, après un an de parcours de tests, d'exams, de contrôles, de traitements et de conseils, ne se sentent toujours pas mieux. C'est un fait, en raison de la pensée du marché dans les soins de santé, l'approche purement biomédicale continue de régner en maître. On continue à chercher une maladie, une lésion ou autre chose à l'origine de la douleur par des examens sans fin. Si on ne la trouve pas, on reste dans l'inquiétude. L'anxiété, le découragement, la frustration et l'incompréhension deviennent de plus en plus grands. Et c'est l'une des raisons pour lesquelles la douleur persiste, car l'alarme de danger est activée encore et encore tant que le médecin ne vous donne pas une raison et/ou une solution efficace. Un deuxième cercle vicieux.

L'accumulation de preuves scientifiques issues de la recherche neurophysiologique de ces dernières années et l'expérience quotidienne avec les patients devraient renforcer le soutien au sein du secteur des soins de santé pour traiter la douleur persistante à partir d'un modèle biopsychosocial. Un modèle qui dissocie la douleur chronique des lésions tissulaires où la douleur est ressentie, mais qui implique le contexte concret de pensée, de vie et de travail de chaque patient avec ses propres pensées et sentiments dans les causes et les solutions au problème de la douleur. Une telle approche nécessite beaucoup de temps et d'espace pour écouter et parler, tant dans les consultations individuelles que dans les groupes. Et pour encourager les patients à faire plus d'exercice, selon leurs propres capacités. Bart Morlion, directeur du LAC (Leuven Algology Centre) à Pellenberg et président de l'European Pain Association écrit dans son livre *Pain* : « Le secteur médical est devenu trop technique. Ce n'est pas incompréhensible quand on sait qu'un bloc opératoire est cinq fois plus rentable qu'une salle de consultation. De plus, il n'y a pas non plus de temps à consacrer à cela. Si, lors d'une consultation à l'hôpital, vous discutez avec le médecin pendant une heure, vous payez autant que si vous n'y étiez resté que cinq minutes¹⁴ ».

Il est minuit moins cinq pour un changement de paradigme dans les soins de santé. Nous devons nous écarter de la médecine à la prestation dans un système de soins de marché. Les soins de santé doivent rester un bien public dans lequel chacun peut recevoir les soins dont il a besoin, et auquel chacun contribue en fonction de ses capacités grâce à une sécurité sociale forte. Comme cela fonctionne au sein des maisons médicales de Médecine pour le Peuple. Un paiement forfaitaire garantit des soins gratuits lorsqu'on va consulter le médecin, ainsi qu'un bon salaire mensuel pour chaque prestataire de soins. Ce modèle permet aux médecins d'accorder plus de temps et d'espace aux patients qui en ont besoin et de remplir cet espace de manière créative afin de soutenir leur santé, avec des séances de groupe informatives, de prévention, d'exercices adaptés... C'est un système qui peut se concentrer beaucoup plus sur la prévention et le conseil, plutôt que de se contenter de rechercher un diagnostic et de traiter les symptômes. Pour les personnes qui ont mal de manière persistante, cela fait toute la différence et peut représenter la lumière au bout de leur tunnel de douleur.

Il est temps de changer le paradigme de la société

Il est grand temps que ce changement de paradigme s'opère également dans la société. Si nous voulons contrôler la pandémie de douleur chronique, nous avons besoin d'un modèle de société inclusif où les causes sont traitées et où il y a de la place pour les personnes qui ne peuvent plus suivre cette course effrénée à 100%. Un lieu où ils ont la possibilité et le temps de se rétablir pas à pas, de réinitialiser leur alarme de douleur trop sensible grâce à un environnement positif et compréhensif. Une société qui prend soin des gens, qui les soutient et les encourage, au lieu de les traquer et de les mépriser. Une société qui veille à ce que les petits bourgeons verts sur les branches un peu sèches puissent reflleurir grâce aux soins et à l'attention nécessaires.

On dit souvent aux personnes souffrant de douleur chronique qu'elles doivent apprendre à accepter leur douleur, afin de mieux la gérer et d'utiliser ainsi les analgésiques de l'organisme. Mais essayez de faire cela lorsque vous êtes constamment regardé de travers et que vous devez prouver à quel point vous êtes handicapé. C'est une contradiction qui débouche inévitablement sur l'échec. Ce qui semble être une question personnelle est plutôt un signal d'alarme social qui nécessite une approche collective et politique. Peut-être la thèse de Marx s'applique-t-elle ici encore plus qu'ailleurs : «Si les circonstances sont tellement déterminantes pour les êtres humains, rendons alors les circonstances plus humaines.»

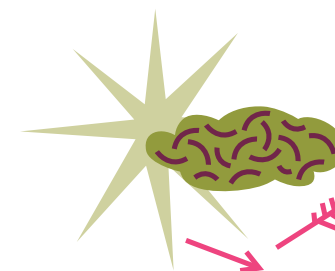
En savoir plus sur la douleur, la neurophysiologie, l'approche biopsychosociale :

Leen Vermeulen, *La Douleur. La comprendre et reprendre le contrôle sur sa vie*, EPO, Berchem, 2021.

Lorimer Moseley et David Butler, *Explain Pain*, Noigroup Publications, 2013.

Annemarieke Fleming et Joke Vollebregt, *Pijn en het brein*, Uitgeverij Prometheus, 2016.

Gatchel R., Fuchs R., Peters M., TurkD., «The biopsychosocial approach to chronic pain. Scientific advances and future directions», *Psychological Bulletin*, 2007, Vol.133, n°4, p. 581-624.



- 1 Van der Heyden J.Charafeddine RK, (red), «Gezondheid en kwaliteit van leven. Samenvatting van de resultaten gezondheidsenquête 2018», *Sciensano*, Brussel, juillet 2019
- 2 Pain Proposal, *De huidige en toekomstige behandeling van chronische pijn verbeteren*. 2010
- 3 Eline Delrue, «Chronische pijn kost 11,6 miljard euro per jaar». *De Morgen*, 23 janvier 2012.
- 4 CM-info 284, «Arbeidsongeschiktheid». *Trajecten arbeidsongeschiktheid : de ervaring van personen voor tijdens en na de ongeschiktheid*, juin 2021, p.4
- 5 Spencer Soper, «Fired by bot at Amazon : It's you against the machine», *The Seattle Times*, 3 juillet 2021
- 6 «Pour chaque prépensionné en moins, il y a un malade de longue durée en plus», *PTB*, 23 avril 2021.
- 7 Kathleen Sluka, Steven Z George, «A New Definition of Pain : Update and Implications for Physical Therapist Practice and Rehabilitation Science», *Physical Therapy & Rehabilitation Journal*, Vol 101, n° 4, avril 2021.
- 8 Cfr Paul Verhaeghe.
- 9 «La moitié des patients âgés de 55 à 65 ans craignent de ne pas pouvoir travailler jusqu'à l'âge de la retraite», *Médecine pour le Peuple*, 3 septembre 2021.
- 10 Joel Goh, Jeffrey Pfeffer, Stefanos A. Zenios, «Workplace stressors & health outcomes : Health policy for the workplace», *Behavioral science & policy*, printemps 2015, p 43-52.
- 11 Le pourcentage de la population active qui est effectivement au travail
- 12 «Malades de longue durée — Mesures de réintégration sur le marché du travail», *Cour des comptes*, 1 décembre 2021.
- 13 «Parcours de réintégration des malades de longue durée : une machine à licenciement sans frais», *FGTB*, 31 janvier 2018.
- 14 Bart Morlion, *Pijn. Beter leven met pijn*, Lannoo, Tiel, 2020