

TMPP-S2E4

La douleur chronique et la santé mentale — Don Richardson

Intro

Ici SSN. Story Studio Network.

Tom Hoppe

Je m'appelle Tom Hoppe et je suis votre hôte du *Balado le plus douloureux*.

Nous continuerons, à l'épisode d'aujourd'hui, d'explorer le lien entre la santé mentale et la douleur chronique. Nous recevons aujourd'hui le Dr Don Richardson, un psychiatre qui travaille avec les vétérans et qui mène actuellement un projet de recherche sur le lien entre la douleur et la santé mentale. Bienvenue au balado, Don.

Don Richardson

Bienvenue. Merci beaucoup.

Tom Hoppe

C'est fantastique de vous avoir avec nous. Vous pouvez peut-être commencer par nous parler un peu de vos antécédents et des recherches que vous menez auprès des vétérans.

Don Richardson

Je suis psychiatre et chercheur clinicien. Je suis en outre directeur scientifique du MacDonald Franklin OS High Research Centre, un centre voué à l'amélioration de la santé mentale et du bien-être des vétérans et de leurs familles, principalement au moyen de la recherche.

Tom Hoppe

Je me souviens qu'on s'est rencontré à Montréal et vous aviez parlé du projet de recherche que vous menez et du lien entre la santé mentale et la douleur chronique, mais je suppose que vous vous concentrez davantage sur les blessures de stress opérationnel. Est-ce exact ou s'agit-il plutôt du lien en général entre la santé mentale et la douleur chronique?

Don Richardson

Bien, principalement plus en lien avec les blessures de stress opérationnel.

Donc, d'après ce qu'on voit communément, à la fois comme clinicien et comme chercheur, on constate qu'un nombre important de personnes qui souffrent de blessures de stress opérationnel, en particulier de TSPT et de dépression majeure, souffrent aussi de douleur chronique.

Tom Hoppe

Est-il possible que, lorsque vous parlez de la douleur chronique, qu'une personne souffre de douleur chronique sans avoir de blessure de stress opérationnel ou même un problème de santé mentale?

Peut-elle survenir plus tard dans le temps? Nous savons que la douleur chronique peut être très débilitante. Est-ce qu'elle pourrait affecter l'état mental d'une personne qui pourrait ensuite avoir des problèmes de santé mentale ou une blessure de stress opérationnel? Ou est-ce l'inverse, avoir une blessure de stress opérationnel, puis de la douleur chronique? Oui, je pense que c'est...

Don Richardson

Une très, très bonne question. Donc, cela dépend d'où l'on part dans le parcours de rétablissement.

Il y a des personnes, par exemple, je suis psychiatre, les personnes qui viennent me voir ont fort probablement un problème de santé mentale. Si on parle de ce qu'il en est pour les vétérans, les deux principaux problèmes sont probablement le TSPT et la dépression majeure. Environ un tiers, je dirais, souffrira aussi de douleur chronique. Souvent, la douleur chronique est reliée. Elle pourra être directement liée à un événement qui est survenu pendant le service. Donc, si on pense à un moment où le vétéran était déployé, le problème pourrait être lié à une explosion, à une blessure subie à ce moment-là, comme cela aurait pu se produire ici le vétéran s'est blessé physiquement ou a eu un accident pendant l'entraînement.

Du point de vue de la santé mentale, la personne peut revivre les événements. Le lien se fait souvent, par exemple... lorsque la douleur déclenche le souvenir et celui-ci peut déclencher l'événement qui pourrait contribuer au TSPT. Par exemple, si une personne a été blessée physiquement, on peut imaginer qu'une personne blessée parce qu'elle a mis le pied sur une mine terrestre, elle a subi des blessures très graves.

Cette blessure physique, chaque fois qu'elle s'aggrave, déclenchera des souvenirs et aggravera les symptômes du TSPT et de la dépression. Si les symptômes de TSPT s'aggravent et qu'ils sont déclenchés, ils peuvent alors aggraver les symptômes de douleur chronique. C'est ce qui concerne la santé mentale.

Je constate que beaucoup de mes collègues qui travaillent dans des cliniques de gestion de la douleur chronique, voient les choses d'un point de vue différent, en ce sens que les patients iront les voir pour obtenir de l'aide et du soutien en raison de la douleur chronique. Donc, presque tous leurs patients ont de toute évidence de la douleur chronique et un certain nombre d'entre eux souffriront aussi d'un TSPT et d'une dépression majeure.

Leur attention est tournée vers la douleur chronique. Mais en traitant les symptômes de la douleur chronique, ils ont également remarqué que les symptômes de dépression et de TSPT pouvaient s'améliorer. Donc, cela dépend du problème qu'on s'efforce de résoudre. Ce qu'on essaie de faire, non seulement en clinique, mais aussi en recherche, c'est d'améliorer cette collaboration parce que c'est souvent le même vétérans qui vient me voir et je me concentre sur celui-là.

Puis, en douleur chronique, on se concentre sur la douleur chronique et on espère que le TSPT ou la dépression va s'améliorer.

Tom Hoppe

Il faut donc, en un certain sens, une approche concertée.

Don Richardson

Oui, absolument. Ce serait l'idéal, oui.

Tom Hoppe

Oui. Vos travaux de recherche montrent-ils des différences entre les vétérans et les civils, lorsqu'il est question de douleur chronique et du lien entre la dépression ou le TSPT?

Ou, observez-vous, d'après votre expérience, qu'il n'y a pas beaucoup de différences entre les uns et les autres, les civils et les vétérans?

Don Richardson

Vous soulevez une très, très bonne question que nous n'avons pas examinée comme telle lors de la conférence sur la douleur chronique, très précisément. On examine l'impact potentiel ou l'utilisation de la kétamine dans le traitement de la douleur chronique, de même que son bienfait potentiel pour la dépression et le TSPT.

C'est donc un aspect. La plupart des recherches sur le TSPT qu'on observe — sur le TPST en particulier — montrent que le TSPT lié au domaine militaire ne répond pas aussi bien aux médicaments ou à la thérapie par la parole, la psychothérapie, que le TSPT chez les civils, et personne ne sait vraiment pourquoi. Nous étudions certaines des raisons qui pourraient être liées à la gravité des symptômes, car le TSPT chez les militaires tend à être plus aigu que le TSPT chez les civils.

C'est peut-être lié au fait que les vétérans sont souvent exposés à plusieurs événements traumatiques. Au lieu de subir un seul incident traumatique, ce qui est également très courant chez les civils et aussi dans le contexte militaire, il peut y avoir des différences en ce qui concerne le genre ou le sexe, autrement dit, dans le contexte militaire, la majorité des personnes sont des hommes.

Chez les civils, la répartition des personnes atteintes de TSPT est plus 50-50 ou plus souvent des femmes cherchent un traitement. Il existe donc de légères différences et nous ne comprenons pas encore complètement pourquoi les vétérans ne réagissent pas aussi bien. Dans le monde civil, les collègues qui traitent la douleur chronique à qui je parle ont également remarqué que les personnes atteintes de douleur chronique qui sont des vétérans ne répondent pas aussi bien que les civils.

Cette observation pourrait résulter des mêmes raisons. Il se peut que les blessures soient plus graves et qu'au moment où les patients obtiennent des services, ce soit des années plus tard, s'il s'agit de vétérans. Ce ne sont pas des gens qui sortent... ils sont toujours en service. Ce sont donc de très bonnes questions qu'il nous faut beaucoup approfondir pour en comprendre les raisons.

Y a-t-il des approches différentes? Devons-nous aborder la douleur chronique chez les vétérans ou les militaires d'une manière différente que chez les autres?

Tom Hoppe

Je veux revenir un peu en arrière quand vous avez dit que les vétérans ne réagissent pas au même type de traitements, j'espère que je le dis correctement, mais comment ne réagissent-ils pas?

Par exemple, comment? Leur faut-il plus de temps pour se rétablir? Les médicaments ne fonctionnent pas? Demeurent-ils anxieux? À quoi ne réagissent-ils pas, par comparaison avec l'autre groupe?

Don Richardson

Cette question est très importante et on essaie d'y répondre et de comprendre pourquoi ils ne réagissent pas.

Quand on dit qu'ils ne répondent pas aussi bien, c'est quand on fait des essais cliniques, par exemple, on s'attend à ce qu'un certain nombre de personnes réagissent. Quand on mélange... quand on compare un groupe de vétérans qui suit exactement le même traitement que des civils, qui fait exactement... qui reçoit le même traitement. Par exemple, si on a un groupe de vétérans et qu'on leur prescrit, par exemple, de la sertraline, un antidépresseur, et qu'on a un groupe de civils atteints de TSPT et qu'on leur prescrit de la sertraline — le même médicament —, les vétérans ne répondront pas aussi bien, et on obtient le même résultat si on prolonge l'exposition ou proposent différents types de psychothérapies. En général, les vétérans ne répondent pas aussi bien, ce qui est différent de prédire une réaction individuelle. Cela signifie qu'un grand nombre de vétérans ayant reçu un traitement s'en sortent très bien, mais en tant que groupe, ils ne répondent pas aussi bien.

Tom Hoppe

Et je me demande, je sais que dans notre épisode précédent, nous avons parlé de l'identité et de la mentalité militaires et je l'ai constaté moi-même quand j'ai observé certains des programmes familiaux offerts où l'identité et la mentalité militaires ont joué un rôle et je me le demande si cela ne pouvait pas expliquer la différence. Parce que je pense que si on observe des policiers et d'autres premiers intervenants, ils sont constamment exposés aux traumatismes au fil du temps aussi. Mais vous soulevez beaucoup de points intéressants sur les raisons pour lesquelles les vétérans souffrant de blessures de stress opérationnel se distingueraient des policiers qui sont exposés à beaucoup de choses. Et je repense à des épisodes précédents et une chose qui diffère entre les deux groupes est la mentalité et la culture.

Les changements que vit un soldat, vous savez?

Don Richardson

Absolument. Je pense qu'il y a de nombreux aspects qui n'ont pas été étudiés et ce pourrait être l'un de ces aspects, l'identité, mais aussi les questions de confiance, autrement dit pour un grand nombre de vétérans, si on considère la culture militaire, ils ont peut-être été socialisés à penser que ce sont eux qui sont entraînés à prendre soin de nous, les civils.

Et maintenant, quand ils deviennent des civils et qu'ils cherchent de l'aide, ils doivent chercher de l'aide auprès de civils comme moi, un civil. Il y a donc toute une question de confiance qui a des répercussions sur le fait que vous, en tant que vétéran, vous en général, allez ou pas me faire confiance et croire que ce que je recommande va vraiment être utile.

On sait aussi que la relation thérapeutique est l'un des principaux facteurs prédictifs de la réponse à une thérapie par la parole. Autrement dit, le niveau de confiance ou d'engagement est donc très important. Parfois, on sous-estime le fait qu'on prescrit une pilule et que la confiance n'est pas importante, mais des données probantes, je pense, montreraient que la confiance envers son psychiatre ou son médecin de famille joue également un rôle important, car on sait que même les médicaments ont une forte réponse placebo.

Tom Hoppe

Oui, c'est intéressant, car cela me fait penser à l'histoire d'un vétéran qui souffrait de douleur chronique et qui avait aussi des problèmes de stress opérationnel et qui s'en sortait plutôt bien et qui a été mis en situation de compétition. Il avait une tâche à accomplir, dans le cadre d'un programme, il a été mis dans une situation de compétition et il a tout simplement repris la mentalité militaire, commencé à donner des ordres aux gens sans même s'en rendre compte, comme si c'était tout à fait naturel. On peut se demander si cela devient si naturel de vivre de cette manière, quel effet cette mentalité a-t-elle sur les vétérans? Comment ils agissent, comment ils voient le monde, comment ils voient le monde sans même le savoir, sans en être conscients. Cela a-t-il une incidence sur le traitement?

Parce qu'on sait que dans certaines des cliniques de gestion de la douleur qui nous l'ont dit — et des vétérans nous l'ont dit aussi — qu'en raison de la mentalité de la mission

d'abord, soi ensuite, on devient insensible à la douleur. On ne s'en occupe tout simplement pas. C'est un exemple, n'est-ce pas? Donc, si quelqu'un dans l'armée, par exemple, est en retard, cela a de graves conséquences.

Je suis coupable de cela aussi. Ma femme me reprend tout le temps quand je dis : « Hé, on doit avoir 15 minutes d'avance ». Ou je commence à devenir nerveux parce qu'on m'a inculqué pendant de nombreuses années que si on est en retard, on aura des problèmes. Une fois qu'on en a pris conscience, on apprend en quelque sorte qu'on peut travailler à corriger cela, mais je me demande si tout cet aspect de la mentalité joue un rôle aussi à cet égard.

N'est-ce pas?

Don Richardson

Certainement. Et même lorsque vous en parlez, je peux imaginer qu'un des traitements, en particulier dans le cas de la douleur chronique, c'est d'avancer progressivement, de dire à la personne qu'elle doit faire ceci ou cela dans une certaine mesure seulement, mais si elle a été entraînée, elle ne peut pas en réalité se limiter à 80 %, si elle avait l'habitude de la faire à 100, 110 %.

Si je vous demande, dans le cadre de votre rétablissement, de ralentir et de simplement gérer vos attentes pour atteindre peut-être 60 %, mais que vous repartez et faites 110 %, vous serez tellement endolori que vous aurez reculé de deux pas parce que vous devez prendre des antidouleurs ou même vous pourrez avoir une rechute et vous devrez rester couché parce que vous en avez trop fait.

Il faut donc s'adapter à cette culture et quand des vétérans consultent pour se faire traiter, quand on leur donne ces petits exemples de choses qu'ils font, il faut leur parler de la culture d'où proviennent ces façons de faire parce que si on demande à quelqu'un de faire 60 %, ils pourraient se rendre à 100 %. Il faudrait vraiment leur parler de cette situation pour que l'un et l'autre, on ait les mêmes attentes. J'aime beaucoup votre exemple de la ponctualité parce qu'un grand nombre de cliniciens ne commencent pas à l'heure et je me demande si, du point de vue du vétéran, c'est interprété comme un manque de respect et si cela peut avoir une incidence sur l'établissement d'une relation de confiance.

Tom Hoppe

Oui, 100 %. Quand vous parlez de progression, quand quelqu'un m'a parlé de cela, je pensais qu'on allait courir à côté de moi. Vous avez raison, c'est un bon point aussi, parce qu'à CHANGE Pain, ici à Vancouver, nous avons fait un petit programme d'encadrement pour les vétérans qui viennent à notre clinique. Un programme entre le coach et le médecin pour faire le pont en quelque sorte parce que, comme vous le savez, aller dans une clinique de gestion de la douleur peut être une source de grande anxiété. C'est un endroit où tout va très vite. L'une des choses dont nous avons parlé est le temps, et l'on dit simplement aux vétérans qu'en raison de certaines situations, le clinicien peut ne pas être à l'heure, qu'il ne faut pas s'en inquiéter. Mais vous avez raison, si on ne le reconnaît pas, les vétérans peuvent ne pas, si on leur a inculqué que vous commencez à l'heure tout le temps, ressentir de la frustration.

Non, il y a beaucoup à dire à ce sujet. Les recherches que vous menez actuellement visent à cerner certaines de ces nuances entre les vétérans et la douleur chronique, et à déterminer les pierres d'achoppement sur le chemin du rétablissement, entre la blessure de stress opérationnel et la douleur?

Don Richardson

Oui, on essaie d'étudier tous les aspects.

Il y a un aspect qui nous intéresse beaucoup, et c'est celui de la stadification des blessures de stress opérationnel, et plus particulièrement du TSPT. Quand on parle de stadification en particulier, on veut dire que les personnes qui ont un TPST et rien d'autre. Ce peut être très différent d'un vétéran que je traite et qui a un TPST et de la douleur chronique. Il peut aussi avoir de l'apnée du sommeil et peut avoir développé un diabète.

Il peut s'agir d'un type de TSPT différent de celui d'une personne qui n'a qu'un TSPT et rien d'autre. Donc, ce qu'on veut faire, c'est rassembler autant de données cliniques que possible et essayer de démêler si la stadification est utile non seulement pour décider du type de traitement et pour personnaliser le traitement, mais aussi pour gérer les attentes de la même manière que si vous veniez et que vous aviez du diabète, parce que votre glycémie est élevée, mais que vous aviez du diabète, mais aussi de l'hypertension, et que vous aviez aussi des problèmes parce que vous ne pouvez pas sentir vos orteils, c'est une indication que vous avez une maladie vasculaire périphérique, petite, et qui pourrait aussi affecter vos yeux.

La perte de poids et le régime alimentaire pourraient ne pas suffire dans votre cas. Parce que si vous faites du diabète et avez autre chose, des facteurs aggravants, nous devons peut-être nous montrer beaucoup plus énergiques et dire, ok, dans votre cas, d'après vos signes et symptômes, vous devrez probablement abaisser votre glycémie. Vous aurez peut-être besoin d'insuline.

Il nous faudra peut-être vous faire suivre un meilleur régime alimentaire. Je veux... vous pourriez avoir besoin de voir un de mes collègues pour nous assurer que votre cholestérol va bien, c'est un type de traitement complètement différent. L'une des difficultés que cause le TSPT, par exemple, est que nous traitons tout le monde ayant un TSPT de la même manière.

Il se peut cependant que certaines de ces comorbidités soient un type différent de maladie parce que... et ils peuvent nécessiter des traitements différents. Comment pouvons-nous mieux les gérer et aussi gérer les attentes pour dire, d'après les signes et les symptômes, je ne pense pas que la thérapie par la parole va vous être utile. Vous pourriez avoir besoin de médicaments, de thérapie par la parole, mais vous pourriez aussi avoir besoin de consulter mes collègues pour obtenir de la kétamine pour traiter la douleur chronique, et vous pourriez avoir besoin aussi d'autres types de traitements.

Donc, en quelque sorte passer à la deuxième et à la troisième ligne au lieu de nous contenter d'un seul type de traitement. Gérer aussi les attentes qu'on pourrait avoir, à la fois le vétérinaire et sa famille, et dire : « d'après ce qu'elle présente, je ne vois pas pourquoi cette personne ne peut pas entièrement se rétablir ».

Ou, d'après ce que présente la personne, je pense qu'elle pourrait se rétablir dans une proportion de 50 % environ. Elle ne sera plus, toutefois, là où elle était. Je pense donc que la recherche vise globalement à mieux personnaliser le traitement, mais aussi à gérer les attentes pour que nous puissions avoir une compréhension commune de ce que je recommanderais ou de ce que la recherche montre comme étant susceptible d'optimiser le rétablissement. Mais en fin de compte, c'est le vétérinaire qui décide de ce qui lui semble acceptable. Mais au moins, nous ne sommes pas en train de lancer des fléchettes, dans l'obscurité, en disant, ok, essayons ceci et cela. Et six mois plus tard, on n'est pas plus avancés.

Tom Hoppe

Donc, je pense que la clé... j'en déduis qu'il faut gérer les attentes et aussi éduquer, l'une des raisons d'être de ce balado, faire connaître aux gens les méthodes et les traitements, ainsi que la recherche en cours pour qu'ils puissent prendre des décisions éclairées. En fin de compte, si on ne s'occupe pas de la santé mentale, la douleur chronique en pâtit.

Si nous ne nous occupons pas de la douleur chronique, la santé mentale en pâtit. Donc, comme vous l'avez dit, il faut une approche concertée entre les deux.

Don Richardson

Oui. Je pense, de mon point de vue, nous avons constaté dans une de nos recherches que la chronicité de la maladie n'était pas un élément prédictif du rétablissement. Nous en avons été très étonnés.

Tom Hoppe

Hum.

Don Richardson

Ce qui veut dire que les gens qui sont venus nous consulter et qui avaient un TSPT depuis quelques années, certains depuis 15, 20 ans, n'ont pas... pouvaient se rétablir aussi bien que les autres. Donc, ce n'était pas un facteur prédictif, ce qui nous a étonnés. On pensait que les personnes ayant un TSPT depuis longtemps auraient moins de chances de s'en remettre.

Donc il y a... quelque chose d'autre que la durée entre en jeu. On commence maintenant à examiner si la comorbidité peut en fait être en cause? Y a-t-il autre chose? Peut-être, comme vous l'avez mentionné, peut-être ne faisons-nous pas assez pour mesurer la confiance ou les problèmes liés à l'identité. Peut-être y a-t-il d'autres facteurs sociaux qui ont probablement une plus grande influence que la durée de l'état de stress post-traumatique.

Tom Hoppe

J'ai hâte de voir les résultats de la recherche et je suis certain que vous reviendrez nous en parler, lorsque vous les aurez, lorsque la recherche sera terminée. Je vous remercie d'avoir consacré de votre temps à notre balado, Don. Vous nous avez beaucoup renseignés. J'espère que nous vous reverrons un jour pour nous en parler.

Don Richardson

Très bien, merci beaucoup.

Tom Hoppe

Soyez sans inquiétude. Donc, à notre auditoire, je vous informe qu'au cours de notre prochain épisode, nous parlerons de pleine conscience et de douleur chronique. Avez-vous des commentaires au sujet du balado ou voulez-vous de plus amples renseignements sur la douleur chronique? Visitez notre site Web, à veteranschronicpain.ca, ou suivez-nous sur Facebook et Twitter à @ChronicPainCoe, et sur Instagram, @ChronicPain_Coe. Une fois encore, Don, merci beaucoup d'avoir participé à cet épisode. À vous tous, auditeurs et auditrices, prenez soin de vous et gardez espoir. Merci.

Extro

Le balado le plus douloureux est produit pour le Centre d'excellence sur la douleur chronique par Story Studio Network et iContact Productions.