

LBDP - Luc et Yannick Tousignant-Laflamme

[00:00:00] **Luc J Hébert:** bonjour à toutes et à tous. Je m'appelle Luc Hébert, je suis votre hôte Pour les balados les plus douloureux de notre deuxième saison d'épisodes en français, le balado le plus douloureux vous est présenté par le Centre d'excellence sur la douleur chronique pour les vétérans canadiens. Il vise en fait à vous informer, à informer les vétérans, leurs familles, les cliniciens des chercheurs sur la douleur chronique, mais aussi et surtout à proposer différentes solutions pour mieux la gérer.

Alors bienvenue à la [00:00:30] deuxième saison de Baladodiffusion en français. Lors de la première saison, on avait discuté, entre autres, de l'importance de la réadaptation et de la physiothérapie. dans la prise en charge de la douleur. Nous avons aussi discuté de certaines interventions non pharmacologiques qui ont fait leurs preuves pour traiter la douleur et améliorer la qualité de vie des personnes et en particulier évidemment des vétérans.

On avait aussi discuté de l'importance dans le traitement de la douleur chronique chez les vétérans de mieux comprendre [00:01:00] l'importance de l'identité et de la culture militaire et aussi d'utiliser une approche un peu plus holistique, donc un modèle qui considère les volets biologiques, psychologiques, sociologiques et même spirituels en lien avec la douleur chronique. Alors, lors du dernier balado, nous avons aussi discuté des différents types de douleurs et de la neuroplasticité dans le traitement de la douleur chronique. Et en fait, aujourd'hui, on pour aller un peu plus loin dans cette même perspective de traitement de [00:01:30] la douleur chronique, on va plus spécifiquement aborder un site de douleur qui est assurément très fréquent et en particulier au sein de nos vétérans canadiens, la douleur lombaire.

Alors j'ai un invité aujourd'hui tout à fait approprié pour vous en parler parce qu'en plus d'être Physiothérapeute, c'est un professeur et un chercheur dont les travaux de recherche se concentrent justement sur les stratégies de gestion de la douleur et en particulier de la douleur chronique. [00:02:00] Alors c'est avec un grand plaisir que j'accueille aujourd'hui le professeur Yannick Tousignant-Laflamme.

Il est professeur titulaire en physiothérapie à l'université de Sherbrooke et il est chercheur au Centre de recherche du centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Alors Yannick, bienvenue à l'émission Je suis vraiment content de te recevoir.

[00:02:19] **Yannick Tousignant-Laflamme:** Mais merci beaucoup Luc tout plaisir pour moi, c'est toujours un plaisir d'échanger avec toi.

[00:02:24] **Luc J Hébert:** oui, Alors écoute Yannick pour les bénéfices de nos auditeurs Est-ce que tu pourrais [00:02:30] te présenter, nous donner une petite idée de ton parcours?

[00:02:33] **Yannick Tousignant-Laflamme:** Oui, donc, comme tu l'as dit, je suis physiothérapeute de formation. J'ai diplômé il y a plus de vingt ans de l'université d'Ottawa. J'ai travaillé comme clinicien avant de faire de la recherche.

J'ai travaillé comme patient tous les jours à temps plein, particulièrement des gens qui ont des problèmes douloureux, problèmes douloureux, persistants ou chroniques. Ma première année, je suis plus en milieu hospitalier. Puis par la suite, j'ai oeuvré plus dans des cliniques externes cliniques privées où j'ai vu différentes clientèles [00:03:00] par la suite.

J'ai toujours aimé communiquer, aimé enseigner. C'est une des choses qu'évidemment on fait quand même beaucoup avec les patients. J'ai poursuivi ma carrière, ma formation, je devrais dire en recherche. Donc j'ai fait une maîtrise. Un doctorat à l'université de Sherbrooke puis évidemment, vers la fin de mon doctorat.

Il y a un programme qui a été mis en place à l'université et je suis prof comme tu l'as bien expliqué depuis deux mille huit. Puis oui, ma recherche est [00:03:30] vraiment ancrée sur ce que j'ai le plus aimé. dans ce que j'étais cici, c'est à dire la douleur persistante, en l'occurrence la lombalgie, tu l'as bien nommé aussi, C'est quand même assez prévalent hein.

Donc c'est.

[00:03:43] **Luc J Hébert:** Oui, c'est ça bien évidemment. Parcours intéressant, parcours à la fois clinique qui t'a amené en recherche? donc de toute évidence des connaissances de terrain qui t'ont permis d'amener. J'imagine ta programmation de recherche. D'ailleurs j'aimerais ça que tu nous en parles un petit peu de ta [00:04:00] programmation de recherche.

Tu travailles sur la gestion de la douleur et en particulier la douleur lombaire. Puis on sait que c'est un problème musculo squelettique qui est extrêmement prévalent chez nos vétérans canadiens. Alors j'aimerais ça que tu nous parles un petit peu de ta programmation de recherche l'année.

[00:04:14] **Yannick Tousignant-Laflamme:** En fait moi je vois ma recherche comme un moyen indirect de faire de la clinique fait que au lieu d'intervenir directement auprès des patients, j'interviens ou je fais de la recherche auprès ou au service des des cliniciens.

C'est complexe hein? Un, la douleur en général, [00:04:30] c'est c'est complexe, trouver des solutions pour un problème aussi important et complexe que la lombalgie. Ça prend plusieurs perspectives, plusieurs avenues. Puis moi, ma mission que je me suis vraiment donné c'est vraiment d'outiller les cliniciens à mieux intervenir auprès de leurs patients.

[00:04:45] **Luc J Hébert:** C'est intéressant ce que tu dis là. Yannick, tu dis c'est ma façon de continuer à faire de la clinique. Alors de toute évidence, il y a des retombées dans ce genre de projet de recherche là. Mais dis moi pourquoi t'intéresser en particulier à la lombalgie [00:05:00] au trouble du rachis, en particulier parce que la douleur, ça touche plusieurs articulations?

[00:05:04] **Yannick Tousignant-Laflamme:** Clairement, la douleur n'est pas strictement relié au rachis ou que ce soit au cou ou au dos, etc. C'est c'est ça, Ça concerne plein de d'articulation et de structures anatomiques, mais je m'intéresse à ça. Pourquoi? Parce que même si, quand, quand j'étais c'est même si Mes patients arrivaient tous avec un diagnostic similaire qui ressemble à quelque chose qui peut être lombalgie ou en torche snob ou autre.

Mais [00:05:30] tout le monde était différent. Tout le monde avait un profil différent et fallait que c'est un beau défi de s'efforcer de trouver des stratégies. personnalisé pour chacun de ces patients là, chacune de ces personnes là. Puis puis l'autre raison c'est je vais utiliser le terme anglais Reward, la récompense qu'il nous a donnée par ces patients là, elle est excellente, ça veut dire qu'elle n'est pas instantanée hein?

C'est pas facile de trouver toujours des solutions rapidement avec le patient, mais quand on en trouve ensemble, en cocon, en [00:06:00] codéveloppement, c'est la récompense, le retour sur l'investissement, façon de parler qu'on peut avoir et vraiment excellent. Ça a toujours été ma clientèle favorite.

[00:06:11] **Luc J Hébert:** Je trouve ça intéressant ce que tu dis quand t'étais comme clinicien t'essayais de trouver dans le fond des solutions un peu personnalisées.

On parle beaucoup de médecine de précision dans les dernières années. Et puis ça s'applique à plusieurs champs dans le domaine de la santé, dont la

physiothérapie. De toute évidence, c'est un peu ce que t'essaies de mettre en pratique dans [00:06:30] tes projets de recherche. Puis uh, il y a un petit oiseau qui m'a dit que t'avais déjà fait de la recherche auprès des membres des Forces armées canadiennes ou des vétérans.

J'aimerais ça que tu nous en parles un petit peu, C'était comment, dans quel contexte? Et t'en es venu à t'intéresser à la clientèle militaire?

[00:06:47] **Yannick Tousignant-Laflamme:** Oui, donc en deux mille quinze, deux mille seize, huit neuf ans environ. Il y a un membre des forces armées canadiennes qui s'appelle Ania Frans. J'ai pas son exact par coeur.

[00:06:58] **Luc J Hébert:** Que je connais très bien. [00:07:00]

[00:07:00] **Yannick Tousignant-Laflamme:** Que tu connais très bien qui est Physiothérapeute, qui a décidé d'entreprendre une maîtrise de type recherche et j'ai supervisé ses travaux.

Puis tous les deux, on avait un intérêt envers la gestion des troubles du rachis. Puis évidemment, Ania, son projet voulait vraiment le faire. auprès des membres des forces armées canadiennes. Donc c'est c'est dans ce contexte là, on m'a approché, on a une codirection, puis on. On a fait un projet de recherche sur une base militaire en Ontario, où on a comparé deux [00:07:30] stratégies, si on veut, pour gérer la douleur aiguë, donc des des militaires, des membres qui revenaient de mission. Euh donc, on a comparé des membres qui avaient une approche A avec une approche B puis on pour voir s'il y avait une différence entre les deux en termes d'efficacité et aussi en terme de vitesse à je veux pas de vitesse, c'est peut-être, pas le mot plus juste, mais comment ça prend du temps avant que ça marche?

C'est ça? Donc pas pas juste l'efficacité au niveau de la réduction mais [00:08:00] après c'est plus rapide comme euh comme effet Et ben on a a documenté des résultats que somme toute assez positifs, c'est ça.

[00:08:09] **Luc J Hébert:** Puis je comprends que dans le fond on avait des résultats à court terme. On parle de un ou trois mois après le début des interventions.

[00:08:16] **Yannick Tousignant-Laflamme:** Oui, c'est ça. Donc en fait, c'est que il y a un groupe où est-ce qu'on a utilisé un facteur pronostic peut-être qu'on en reparlera un peu tantôt, qui est la notion de direction préférentielle. Ça veut dire que les gens qui se présentent, qui ont qui ont une lombalgie dans pas tout

le monde, Mais dans [00:08:30] bien des cas, les gens vont avoir une direction préférentielle.

Ça veut dire que quand ils vont se pencher dans une direction, ça va être pire. D'un autre côté, ça va être mieux. Donc il y en a un qui préfère si on veut. Mais ce qu'on voulait voir, c'est lorsqu'on introduit cette notion là. dans le processus d'évaluation du clinicien que systématiquement il va documenter ça et qu'il l'utilise parce que, comme le geste, c'est un facteur pronostic, hein.

Donc si la personne a une direction préférentielle, ça nous dit que on devrait utiliser cette direction [00:09:00] là, que ça soit se pencher vers l'avant ou vers l'arrière pour gérer, pour gérer ses symptômes. puis dans l'autre groupe, on a, on a utilisé l'approche usuelle. C'est à dire que cette approche là, d'identifier une direction préférentielle n'était pas utilisée.

Ce qu'on a vu bien en un mois, puis il y a trois mois, c'est que le groupe dans lequel on a systématiquement évalué le patient pour la présence d'une direction préférentielle et qu'on a utilisé cette direction préférentielle là comme moyen de traitement bien, ils se sont améliorés plus et surtout beaucoup plus vite que [00:09:30] l'autre groupe.

Donc les deux groupes sont tellement physio. Les deux groupes se sont améliorés. La physiothérapie, ça l'a aidé, ces gens-là à récupérer leur niveau de fonction, puis à s'améliorer au niveau la douleur. Mais il y a eu une différence d'efficacité en termes d'ampleur et surtout en termes de réponse temporelle.

Donc ça a été plus vite dans un groupe que dans l'autre.

[00:09:48] **Luc J Hébert:** très intéressant ce que tu racontes là ça, je vois qu'il y a de la cohérence dans tes propos. On parle de médecine adaptée ou de physiothérapie adaptée aux patients. Puis dans le fond, ça m'amène à une question. Tu sais, souvent, on [00:10:00] se demande, il se fait de la recherche, les gens le savent, mais on se dit toujours est-ce que c'est utile.

À qui puis à quoi ça sert finalement la recherche, puis justement pour connaître un peu ta programmation de recherche. Il y a un aspect que je trouve intéressant, qui répond à cette question là. Parce que effectivement, recherche, tu vises, tu l'as dit en d'entrée de jeu au début de notre entretien, que tu visais surtout à outiller les cliniciens pour qu'ils ou qu'elles puissent mieux intervenir auprès de leurs [00:10:30] patients.

Alors j'aimerais ça que tu m'en parles un petit peu. Comment toi et ton équipe là, vous arrivez à faire ça, c'est à dire à réaliser cet objectif là. C'est une belle mission. puis on soi. On souhaiterait que ce soit toujours comme ça, parce que les cliniciens euh veulent donner des traitements de pointe, des traitements efficaces.

Alors comment t'arrives à faire ça, toi, à réaliser ça dans dans avec ta programmation de recherche?

[00:10:53] **Yannick Tousignant-Laflamme:** Ben, je pense qu'on se colle sur sur la réalité clinique, puis dans le fond là, puis là je parle, je je vais dire les [00:11:00] patients, ce qu'ils veulent savoir. Mais moi là, quand je suis patient là, parce que des fois je joue de l'autre côté,

[00:11:05] **Luc J Hébert:** on est tous.

[00:11:05] **Yannick Tousignant-Laflamme:** On a tous un moment donné. C'est quoi qu'on veut savoir. on veut savoir qu'est ce qui se passe quand est-ce que ça va partir? Donc ce qu'on veut savoir, c'est le des informations de nature diagnostique et le quand est-ce que ça va partir. Des informations de nature plus en lien avec le pronostic. Qu'est ce qui va advenir de ma condition

[00:11:24] **Luc J Hébert:** exacte,

[00:11:24] **Yannick Tousignant-Laflamme:** surtout pour le qu'est?

C'est qu'il faut que je fasse pour que cette problématique là [00:11:30] s'atténue ou disparaisse idéalement. donc j'ai. J'ai deux volets de de recherche qui répondent à cette mission là. Le premier volet, c'est plus pour essayer vraiment d'accentuer le diagnostic vers quelque chose qui est un petit peu plus compréhensif.

Excusez, c'est un anglicisme, mais un petit peu plus complet que souvent. Le libellé. diagnostic qu'on a, hein,

[00:11:53] **Luc J Hébert:** On va dire qu'on a une lombalgie pour dire

[00:11:56] **Yannick Tousignant-Laflamme:** qu'on a une lombalgie ou une entorse lombaire ou etc, [00:12:00] etc. Ça veut pas dire grand chose, ça veut juste dire Tu sais ce qu'on a fait six ans d'études pour être capable de faire ce diagnostic là.

C'est à dire que le patient me dit qu'il a mal au dos. Donc sur un papier, j'écris qu'il a mal au dos. Ça,

[00:12:12] **Luc J Hébert:** ça pas très utile en bout de ligne,

[00:12:14] **Yannick Tousignant-Laflamme:** c'est pas très utile en bout de c'est utile pour catégoriser, mais pas utile pour le pour le patient. donc ce qu'on sait. Puis c'est basé sur mon expérience publique, basée sur la littérature.

Ce qu'on a fait, c'est dans les dernières années. J'ai développé un modèle, un modèle de gestion, des vecteurs de [00:12:30] douleurs et d'incapacité. Puis les vecteurs en anglais, on l'a baptisé Driver. en fait, c'est

[00:12:35] **Luc J Hébert:** ah oui,

[00:12:36] **Yannick Tousignant-Laflamme:** les symptômes et une capacité de cette de cette personne là. Donc les gens nous consultent parce qu'ils ont mal au dos parfait.

Il y a différentes causes avec ce mal de dos là, mais on regardera pas exactement est-ce que c'est une est-ce, que c'est un un facette ou une structure très très isolée. On dit OK, il y a, la douleur est au dos. Il y a [00:13:00] potentiellement une ou plusieurs structures qui pourraient augmenter ça. On va aussi voir bon, mais est-ce que le système nerveux ne pourrait pas être une cause des symptômes.

Parce qu'on le sait, hein. La douleur, c'est ce qu'on perçoit, mais à l'origine nerveux, elle passe par le système nerveux.

[00:13:15] **Luc J Hébert:** C'est complexe,

[00:13:16] **Yannick Tousignant-Laflamme:** c'est c'est vraiment complexe. Les patients aussi. Souvent, ils ont mal au dos, mais ils peuvent avoir. d'autres problèmes de santé, d'autres comorbidités physiques ou reliées à la santé mentale, qui viendrait augmenter le volume ou driver [00:13:30] un peu les symptômes.

Puis des fois, quand on est des humains, on a des émotions, on a des commissions, on pense, on peut avoir des comportements qui sont pas toujours adéquats et et là, ben ça, ça peut aussi devenir un driver de douleur et d'incapacité. donc c'est l'idée, c'est de regarder, de mettre tout ça ensemble pour qu'un clinicien puisse dresser un portrait complet de ce patient.

Dire ok, mon patient a mal au dos. Il y a sûrement une structure ou il y a une structure qui a peut-être [00:14:00] été identifiée avec un test d'imagerie. Dans certains cas, ça arrive, on c'est ça. Mais qu'est ce que je peux faire de façon biopsychosociale pour aider mon patient à mieux gérer cette douleur là.

est-ce que c'est avec des c'est ça vas-y?

[00:14:16] **Luc J Hébert:** Non mais tu l'as bien dit. En fait, c'est que comme c'est complexe il y a, il y a plusieurs composantes qui vont contribuer à produire cette douleur là. Puis on sait que la douleur, c'est un c'est émotif, hein? C'est la [00:14:30] perception de d'un symptôme qui qui est pas agréable et c'est ça et c'est c'est ce que je comprends, c'est que t'arrives toi dans ton approche à identifier les différents morceaux du casse-tête et il y en a qui sont plus importants que d'autres.

[00:14:45] **Yannick Tousignant-Laflamme:** Oui, il y en a qui sont plus importants que d'autres. Puis en et ces ces morceaux de casse-tête là ben ils vont parler au donc là le tien va dire au patient mais c'est peut-être, pas juste un exercice spécifique. Je vais prendre l'exemple que je donnais, tantôt en lien avec la direction [00:15:00] préférentielle.

Elle va être pire quand vous vous penchez par en avant, donc on va arrêter de se pencher. Puis vous êtes mieux lorsque vous faites de l'extension? Ben vous allez faire de l'extension mais ça, ça peut régler une partie des de la problématique. Mais si la personne elle se limite beaucoup, elle a beaucoup toute peur ou qui a des grosses réactions émotives en lien avec ça.

Mais il faut chercher à comprendre qu'est ce qui cause ça? Puis est-ce que ça devient un obstacle à la, à la récupération donc c'est ça.

[00:15:26] **Luc J Hébert:** Donc en puis en fait si je comprends bien, c'est qu'évidemment en fonction de chacun des morceaux [00:15:30] du casse-tête ben on a différents outils des différents types d'interventions qui sont à la disposition des cliniciens.

Ça peut être pharmacologique ou non pharmacologique.

[00:15:39] **Yannick Tousignant-Laflamme:** Oui et ben le modèle on l'a fait vraiment dans une optique non pharmacologique en fait pour les cliniciens physio en réadaptation si on veut puis on sait que la la le le c'est le non pharmacologique qui qui est notre c'est ça notre notre quotidien.

Cependant si votre patient il dort pas si votre patient a des évidences fortes de [00:16:00] douleur neuropathique qui proviennent du système nerveux. Ben ça peut permettre aussi au clinicien de faire un petit appel au médecin docteur untel. Je pense que votre patient il pourrait bénéficier d'une approche pharmacologique parce que j'ai vu X Y Z le médecin le prescripteur va décider s'il prescrit ou pas, mais on peut venir comme soutien conseil au médecin à ce moment là.

[00:16:23] **Luc J Hébert:** Tout à fait comme approche complémentaire pour nous aider pendant quelque temps à dormir, à dormir [00:16:30] mieux.

[00:16:31] **Yannick Tousignant-Laflamme:** Le sommeil est très important.

[00:16:33] **Luc J Hébert:** Oui, c'était c'est pertinent ce que tu disais, tantôt En fait, Cette approche là s'applique beaucoup aux vétérans parce que tu l'as dit tantôt en présence de lombalgie, il y a souvent de la c morbidité et c'est le vécu de nos vétérans canadiens.

Donc c'est clair que une approche comme celle là serait tout à fait, je dirais parfaite pour tenir compte des différentes composantes qui peuvent [00:17:00] contribuer à produire de la douleur chronique chez ces gens là.

[00:17:03] **Yannick Tousignant-Laflamme:** Ouais, c'est ça de tenir compte de la réalité. Souvent, chez les vétérans, la douleur est installée depuis un petit bout.

Là, c'est pas un événement récent, c'est souvent peut-être, même plusieurs événements concomitants. Il y a peut-être eu des pauses là-dedans, mais il y a un cumul. Puis là on arrive à un certain moment dans la vie. Puis là ça marche plus, là c'est ça. Donc là, c'est important d'aller voir. C'est quoi les différentes cibles thérapeutique, mais pas juste d'un aspect physiologique. Si on veut, [00:17:30] je pourrais prendre l'exemple de l'imagerie. Est ce que l'imagerie peut nous aider? Oui, mais vous rappelez que l'imagerie a souvent ce qu'on pourrait appeler des faux positifs rend ça très pragmatique. On va au centre d'achat un dimanche après midi.

On prend cent personnes qui n'ont pas de symptômes. on leur demande qu mal au dos non, on les rentre dans un scan ou un IRM. Puis il y a à peu près trente à quarante personnes sur les cent qui vont avoir des trouvailles à l'IRM. Donc des fois ça peut être aidant, mais pas toujours. Donc de là l'importance [00:18:00] de comprendre le patient dans son ensemble et pas juste comprendre les vertèbres ou les structures du dos du patient.

[00:18:06] **Luc J Hébert:** Oui, parce que, comme on, comme on le disait dans le titre de la présentation, on ne traite pas des vertèbres ou des structures, on traite les personnes, alors il faut. Il faut avoir une approche très holistique, très intéressante tout ça. Yannick écoute. Je sais pas s'il y a Est-ce, qu'il y aurait des choses selon toi qui pourraient être faites à la maison pour participer à la gestion de la douleur [00:18:30] lombaire.

Tu sais, les gens souvent euh quand ils sont actifs dans leur traitement ben les résultats sont meilleurs alors est-ce qu'il y a des choses que tu pourrais recommander de faire à la maison pour participer à la gestion de la douleur chronique. Que chaque personne puisse faire un petit peu sa part dans le fond.

[00:18:47] **Yannick Tousignant-Laflamme:** Ouais c'est ça puis l'exemple que que je peux mettre de façon encore une fois très pragmatique c'est c'est l'exemple un peu de que j'utilise quand je donne des formations aux cliniciens, notre job au c'est de donner des cartes au patient pour qu'il puisse gérer sa douleur. [00:19:00] puis des fois, ça sera pas toujours des as de coeur.

Des fois, il va y avoir un sept, un, quatre, un huit, etc. Mais qui Qui est au courant de ces cartes là? Là? C'est une analogie. Là, c'est le patient lui même, là le patient. Là, la personne qui a mal dans son quotidien est capable souvent. Des fois elle sait pas. Peut être pas toujours explicite, mais d'identifier qu'est ce qui fait du bien, même si c'est cinq pour cent?

Puis qu'est ce qui l'irrite? Puis l'idée c'est de rentrer des stratégies là dedans. C'est quoi aussi qu'elle fait comme comme dans son [00:19:30] parcours est-ce, qu'elle utilise des stratégies de est-ce, qu'elle modère un petit peu ses activités ou stock, que ma douleur passe de six à deux. J'en profite pour tout faire, mon ménage, mes commissions, puis tout ce que j'ai à faire.

Puis là, je remonte à huit pendant deux jours. Ah mais ça c'est c'est c'est c'est, c'est quelque chose qu'on peut, on peut remarquer. Mais moi ce que ce que ce que je peux dire aux gens, c'est la chose la plus importante, c'est vraiment bouger. mais je sais, je sais que ça peut être très dur. Puis même [00:20:00] Contre-intuitif fait que là, les gens vont dire Hey Yannick, tu me demandes de bouger mais j'ai mal à sept, huit sur dix.

Puis ça va me faire mal. Quand je veux bouger, je vous comprends, mais si on bouge pas, ça va être pire. Fait que l'idée.

[00:20:11] **Luc J Hébert:** Ouais.

[00:20:11] **Yannick Tousignant-Laflamme:** C'est c'est de qui peut être Contre-intuitif, c'est de continuer à bouger. Mais avec les bons paramètres, puis là, Mais les paramètres, souvent, ont besoin les En tout cas, là, je prêche pour.

[00:20:24] **Luc J Hébert:** Il faut, il faut démystifier en fait tout ça, c'est à dire que il y a pas de danger à bouger et [00:20:30] il est possible qu'il y ait de la douleur.

Mais en bout de ligne, c'est peut-être, ce qui va faire en sorte qu'on va demeurer fonctionnels et autonomes. Et peut être que la douleur va être réduite, éventuellement.

[00:20:38] **Yannick Tousignant-Laflamme:** Oui, c'est ça. Puis si on met les bonnes cartes au bon moment, puis si on bouge de la bonne façon. Puis tu sais le le pas assez bouger, c'est pas bon.

trop bouger c'est pas bon non plus fait quelque part c'est trouver le juste milieu, mettre les bonnes stratégies est-ce qu'aller voir un professionnel de la santé pour se faire aider un peu à mettre ces stratégies là en place. Je pense que ça serait une très bonne idée là tu vois [00:21:00] t'es biaisé puis je pense que je pense que t'as raison, mais je pense que les gens ont besoin d'être soutenus quand même.

puis aussi garder en tête que la douleur, tu, ça relève de la perception là. Puis si des gens que quelqu'un vous dit la douleur est dans votre tête, là, oui, elle est dans votre tête. Maintenant, la douleur est bien réelle.

[00:21:17] **Luc J Hébert:** Elle existe cette douleur.

[00:21:18] **Yannick Tousignant-Laflamme:** Elle existe là exactement. Puis ce qu'on peut peut-être dire aux gens, c'est que la douleur, la source principale est pas toujours dans vos vertèbres.

des fois, elle peut venir de cognition, de croyance. Quand [00:21:30] on est stressé, quand on a des émotions négatives, c'est sûr que c'est quelque chose qui va pas, qui va augmenter le volume. Si on veut de la, si on veut de la douleur.

[00:21:39] **Luc J Hébert:** Tout à fait, ça va catalyser le symptôme un petit peu, de l'augmenter. En fait, ce que je comprends, ce que je retiens de ce que tu viens de dire, c'est que il faut penser que dans bien des cas, la meilleure personne pour trouver les solutions, ça peut être le patient.

et il faut arriver à le soutenir puis à identifier ces choses là. Mais de toute évidence, le patient peut nous en dire beaucoup sur sa [00:22:00] condition puis faire.

[00:22:02] **Yannick Tousignant-Laflamme:** Le patient. Le patient connaît plus sa condition que le clinicien va connaître la condition. Donc le job de clinicien, c'est de soutenir le patient peut-être, faire ressortir certains éléments, lui donner des cartes pour être pour être capable de mieux gérer ça.

Mais je pense que ça se fait ensemble. C'est pas une approche top down. Non, tout à fait, c'est c'est c'est ça.

[00:22:24] **Luc J Hébert:** écoute Yannick, Tout ça est extrêmement intéressant. On aurait pu en parler pendant au moins une heure et plus. [00:22:30] Je voudrais vraiment te remercier. Un immense Merci Yannick pour toutes ces informations très pertinentes que tu nous as données aujourd'hui.

Ça a été un plaisir de te retrouver, d'être avec toi. J'ai appris des choses. Puis je rappelle aussi à nos auditeurs et auditrices que vous pouvez nous donner votre avis sur l'émission. ou pour avoir plus d'informations sur la douleur chronique, vous pouvez consulter notre site internet à vétérans douleurs chroniques vétérans avec un S dans un seul mot Ca ou vous pouvez nous suivre [00:23:00] sur Facebook ainsi que sur Twitter au pseudo arobase Chronic Pain CoE et instagram au pseudo at chronic pain barres de soulignement CoE Alors Je vous rappelle aussi que le podcast le plus douloureux s'est produit par, pour, le centre d'excellence sur la douleur chronique par Story Studio Network et iContact Productions.

Alors merci encore Yannick, on va sûrement se retrouver dans d'autres conditions aussi [00:23:30] agréables, j'en suis sûr.

[00:23:31] **Yannick Tousignant-Laflamme:** Ben merci de l'invitation et ça me fait un grand plaisir. Merci, Luc.

[00:23:35] **Luc J Hébert:** parfait. Alors chers auditeurs et chères auditrices, merci au plaisir de vous retrouver bientôt et prenez bien soin de vous.