

INTERVIEW : DOULEUR ET TRAVAIL

Jean-Baptiste FASSIER d'abord interne en chirurgie, puis médecin généraliste capacitaire en douleur et soins palliatifs, a vécu deux ans à Montréal pour finaliser une thèse de recherche sur le modèle de Sherbrooke. De retour en France depuis 2005, il est aujourd'hui médecin du travail et praticien hospitalier.



❖ Tu as un parcours atypique : que t'a apporté ton expérience Québécoise ?

JBF : Essentiellement deux choses. Ces deux années ont d'abord été pour moi une intense période de formation intellectuelle. Je me suis inscrit au programme de doctorat en sciences cliniques (Ph.D.) avec des cours assez poussés en méthodologie et en évaluation de programmes de santé. J'y ai reçu les bases de ma formation intellectuelle de chercheur, dans un contexte d'apprentissage absolument fabuleux. Mon équipe d'accueil (le CAPRIT: <http://www.usherbrooke.ca/caprit/>) effectuait à la fois de la clinique, de la recherche et de l'enseignement, ce qui était très riche. Au sein de l'école doctorale, les enseignants étaient à la fois compétents, pédagogues et accessibles. Les étudiants avaient une liberté d'expression et d'exploration sans commune mesure avec ce que nous connaissons en France. Au final, cet apprentissage a été couronné par mon diplôme de doctorat remis au cours d'une grande cérémonie « à l'américaine », à l'intérieur du stade de l'université de Sherbrooke avec plusieurs milliers d'étudiants et leur famille !

Sur un plan plus personnel, j'ai énormément apprécié la simplicité des relations avec les Québécois. Les membres de mon équipe de recherche sont devenus de vrais amis que je vois encore dix ans plus tard. Et bien sûr, il y a le fameux hiver canadien et la beauté des paysages dont la réputation n'est pas surfaite.

❖ Le réseau LCD a eu la chance en 2006 de profiter durant 9 mois de ton expérience : en tant que médecin coordinateur, tu as ouvert nos formations pluri professionnelles aux médecins du travail, et mis en place une consultation d'évaluation socio professionnelle pour les patients douloureux chroniques.

Selon toi cette consultation peut elle s'inscrire dans un centre de la douleur ?

JBF : Non seulement la consultation d'évaluation socio professionnelle peut, mais elle doit s'inscrire dans un centre de la douleur ! Les enjeux sociaux et professionnels sont inéluctables dans les problématiques de douleur chronique chez les personnes de la population active. La crise économique que nous traversons a tendance à détruire des emplois, plutôt que d'en créer. Il se trouve que les douleurs musculo-squelettiques affectent majoritairement des personnes ayant un faible niveau de qualification. Ce sont des gens qui ont commencé à travailler entre 16 et 18 ans, et qui se retrouvent à l'âge de 40 ou 45 ans avec 20 ans d'exposition professionnelle. On peut ajouter à cette population tous les accidents du travail, et les accidents de la vie courante.

L'objectif de maintenir un patient dans son emploi devrait faire partie selon moi des objectifs explicites de la prise en charge, dès le début. Les centres de la douleur sont bien placés pour identifier les besoins de ces patients et les prendre en charge. Cependant, cela exige une formation appropriée des intervenants dans plusieurs domaines, en plus de l'évaluation et de la prise en charge de la douleur : psychologie de la douleur (évaluation des

peurs et des croyances dysfonctionnelles), domaine social (différents régimes de protection sociale et mesure mobilisable pour le maintien dans l'emploi), domaine professionnel (connaissance du rôle et des possibilités des médecins du travail).

En plus de ces connaissances théoriques et pratiques, **ces prises en charge complexes nécessitent un travail de coordination important avec le médecin traitant, le médecin du travail, et parfois le médecin-conseil. C'est ici qu'un réseau ville-hôpital comme LCD a selon moi un rôle essentiel à jouer dans le développement d'une offre de soins décloisonnée, capable de répondre à tous les besoins de ces patients dans des situations complexes.**

❖ **Ton travail de PH, qui associe clinique et recherche, est-il encore en lien avec la prise en charge de la douleur ?**

JBF : Oui, bien sûr. En tant que médecin du travail du personnel hospitalier, je vois fréquemment des membres du personnel qui ont des douleurs d'origine musculo-squelettique ou autre. Ma formation de capacitaine et mon expérience au CETD de l'hôpital Saint Antoine m'ont donné de bons outils pour évaluer leur situation. Cependant, je n'ai plus de lien direct avec la prise en charge thérapeutique médicamenteuse, puisque cela n'est pas le rôle du médecin du travail. Cela ne m'empêche pas à l'occasion d'effectuer un travail d'explication sur les effets secondaires éventuels des traitements mis en œuvre, ou de suggérer une réévaluation des indications ou des posologies en faisant le lien avec le médecin traitant.

Cela étant dit, mes préoccupations aussi bien cliniques que de recherche sont maintenant plutôt dans le champ de la réadaptation. Je suis particulièrement intéressé à **développer et évaluer des programmes ou des filières de soins permettant d'identifier et de prendre en charge précocement les enjeux professionnels des patients. Pour cela, des collaborations nouvelles doivent être inventées notamment avec les médecins traitants qui sont en première ligne. Nous devons également inventer des solutions nouvelles pour fluidifier la prise en charge avec les professionnels de la réadaptation, les centres antidouleur et les médecins spécialistes libéraux** qui prennent en charge ces patients (rhumatologues, neurologues, psychiatres, etc.).

Je pense que le développement de ce type de prise en charge permettrait d'éviter beaucoup d'anxiété chez les patients, de douleurs iatrogènes, de consommation de soins et d'examen complémentaires inutiles. Cela devrait également permettre de **réduire la durée de certains arrêts de travail, et d'éviter les situations extrêmes de désinsertion socioprofessionnelle des patients arrivant en bout de course...** Sur le plan de la recherche, la difficulté est ici de pouvoir associer des approches de recherche éclectiques, et de trouver des financements pour ce type de projet au carrefour du secteur sanitaire, social et professionnel.

Pour terminer cette entrevue, j'aimerais remercier la direction du réseau LCD, qui m'a fait confiance à mon retour du Canada pour promouvoir ce type d'approche. J'aimerais vous encourager à persévérer dans les efforts indispensables pour améliorer nos pratiques et la qualité des services rendus aux patients / travailleurs.

Enfin, je souhaite rendre hommage à la mémoire de François Boureau grâce auquel j'ai beaucoup appris. C'est lui qui m'avait permis en 2003 d'identifier mon équipe d'accueil à Montréal, et je regrette qu'il n'ait pas pu en voir les fruits.