



Dr Frédéric Dionne / Psychologue

Le Dr Dionne est professeur adjoint à l'Université du Québec à Trois-Rivières, chercheur associé au Groupe de recherche et d'intervention sur la présence attentive (GRIPA) et au Réseau québécois de recherche sur la douleur (RQRD). Il est aussi directeur de l'Institut de formation en thérapie comportementale et cognitive (IFTCC).
Frederick.Dionne@uqtr.ca

— Accepter la douleur : la contribution de l'ACT et de la méditation en pleine conscience

Les personnes souffrant de douleur chronique explorent parfois de nombreux moyens, plus ou moins fructueux, afin de réduire ou d'enrayer leur douleur. Dans certains cas, une consultation chez un psychologue est l'aboutissement d'un long parcours caractérisé par de multiples traitements et essais thérapeutiques. Que faire quand la douleur persiste et que l'on a tout essayé? Au cours des dernières années, la médecine comportementale a vu naître un courant de thérapies qui sont particulièrement appropriées dans la prévention et le traitement de la douleur chronique, car elles enseignent essentiellement aux patients à mieux vivre avec leur condition médicale. Cet article présente quelques aspects théoriques, cliniques et empiriques de la Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT; Hayes, Strosahl et Wilson, 2012) et du Programme de réduction du stress fondé sur la pleine conscience (MBSR; Kabat-Zinn, 2009) appliqués à la douleur chronique.

AVANCER AVEC LA DOULEUR : LA THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT (L'ACT)

L'ACT soutient que le fait de vivre de la douleur (physique et émotionnelle) est inhérent à l'expérience humaine et donc inévitable; les efforts et les solutions tentés pour « se débarrasser » de la douleur deviennent la source principale de souffrance. L'objectif de l'ACT est de favoriser une meilleure flexibilité psychologique, c'est-à-dire la faculté d'être en contact avec le moment présent en toute conscience, pleinement ouvert aux pensées, aux sensations et aux émotions difficiles et d'agir en direction de ses valeurs personnelles (Hayes, Strosahl et Wilson, 2012). Parmi les processus thérapeutiques de l'ACT, le concept d'acceptation est le plus étudié dans le domaine de la douleur chronique. Il constitue la pierre angulaire de la thérapie.

QUAND LA DOULEUR PREND TOUTE LA PLACE

L'acceptation de la douleur devient pertinente dans au moins trois contextes. D'abord, lorsque le contrôle ou la réduction de la douleur ne fonctionnent pas, malgré de multiples interventions.

Ensuite, lorsque les tentatives de contrôle, comme la prise d'un certain type de médicament, génèrent des effets indésirables ou des complications à long terme. Enfin, lorsque les tentatives de contrôle éloignent la personne de ses valeurs ou de ses objectifs de vie (McCracken, Carson, Eccleston, et Keefe, 2004). Un client qui demeure au lit une majeure partie de la journée ressent moins de douleur, mais il est beaucoup moins impliqué dans sa vie familiale et sociale. Dans ce cas, la douleur est maîtrisée, mais à quel prix?

— QU'EST-CE QU'ACCEPTER LA DOULEUR?

Le concept d'acceptation peut être mal compris ou même perçu négativement par les personnes souffrant de douleur. Ils pourraient y percevoir de la résignation ou une sorte d'abandon vis-à-vis de leur condition. Il convient donc de définir ce concept. Pour Crombez et coll. (2008), accepter transige par un processus d'adaptation et implique l'habileté à se désengager des tentatives de résolution du problème de la douleur, tout en se réengageant dans des activités quotidiennes, malgré la douleur. Pour Rankin et Holtum (2003), il s'agit de la capacité à se sentir accepté et valable malgré les problèmes et les pertes occasionnées par la condition douloureuse. Enfin, accepter la douleur peut aussi signifier de vivre avec la douleur sans réaction excessive, désaccord et tentatives répétées pour la réduire et l'éviter (McCracken, 1998). Le tableau 1 (page suivante) décrit les éléments clés de l'acceptation de la douleur¹.

— OPÉRATIONNALISER ET MESURER LE CONCEPT D'ACCEPTATION DE LA DOULEUR

Le Questionnaire d'acceptation de la douleur chronique (CPAQ; McCracken, Vowles, et Eccleston, 2004) permet de mesurer le niveau d'acceptation de la douleur en 20 items. Il s'avère l'outil le mieux validé à cette fin. Une version francophone est en processus de validation (Whitney et coll., 2013). L'acceptation de la douleur y est définie par deux éléments essentiels : 1) continuer de faire des activités importantes pour soi et 2) accueillir les sensations douloureuses.

Tableau 1

DÉMYSTIFER L'ACCEPTATION DE LA DOULEUR	
L'acceptation est	L'acceptation n'est pas
mener une vie active et engagée	se résigner ou abandonner
une attitude réaliste quant à la maladie	cesser d'espérer se rétablir
un équilibre entre les actions pour obtenir un soulagement des symptômes et celles orientées vers la qualité de vie	ne plus rechercher de traitement pour améliorer son sort
un processus, une action qui se déroule chaque jour	une fin en soi

Continuer de faire des activités importantes pour soi.

Plusieurs personnes souffrant de douleur chronique restreignent leurs activités par crainte que bouger accentue ou aggrave leur douleur. Demeurer actif au quotidien est un élément central de l'acceptation. L'acceptation n'est pas une démarche statique ou passive; elle implique un engagement dans des actions concrètes qui améliorent la qualité de vie. Les actions relatives aux valeurs du client (p. ex. la famille, les amis, le travail), lui procurant une source de renforcement positif, intrinsèque et durable (Hayes, Strosahl et Wilson, 2012), sont le moteur du changement. Les valeurs favorisent l'exposition aux situations et l'activation comportementale; elles changent littéralement la relation à la douleur. Une action posée en direction d'une valeur est une « bonne douleur » : « J'ai mal, mais au moins j'ai mal pour quelque chose », nous diront les clients.

Accueillir les sensations douloureuses. Le deuxième aspect de l'acceptation est l'accueil des sensations douloureuses. Dans la poursuite des valeurs et objectifs de vie, le client se doit de

consentir à ressentir un certain niveau de douleur afin de mener à bien ses activités. Est-il en lutte, en négation ou en colère contre sa douleur? Cherche-t-il à supprimer ses sensations physiques? Pour un client, accepter les sensations douloureuses signifie ceci :

« Lorsque je vis des sensations douloureuses, je tente de prendre du recul par rapport à mes pensées. J'essaie de ne pas ignorer ma douleur, je la vois et je sais qu'elle est là. Mais j'accepte généralement mes sensations et émotions douloureuses, sans leur permettre de prendre le dessus sur moi. Je tente aussi d'arrêter de contrôler ou de réduire ma douleur à tout prix. »

ACCEPTER OU CONTRÔLER LA DOULEUR?

Des recherches fondamentales ont comparé les méthodes d'acceptation de la douleur à des méthodes de contrôle (p. ex. suppression, distraction). Dans ce genre d'études, on induit une douleur expérimentalement à l'aide d'une stimulation nociceptive (p. ex. chocs électriques) chez des participants qui sont divisés en deux groupes : un premier groupe à qui l'on enseigne à accepter les sensations douloureuses et un second où les participants sont invités à supprimer ou à se distraire de ces sensations. La majorité des études démontre la supériorité de la stratégie d'acceptation, en comparaison à la distraction et à la suppression, sur la tolérance à la douleur (Kohl, Rief, et Glombiewski, 2012). L'acceptation ne se montre cependant pas supérieure au contrôle dans la réduction du **niveau de douleur**. Plusieurs études corrélationnelles ont également montré qu'une plus grande acceptation de la douleur est associée à une meilleure qualité de vie, à moins de douleur et d'incapacités physiques et à une humeur améliorée. L'acceptation de la douleur et les processus de la flexibilité psychologique expliquent une plus grande proportion de variance du fonctionnement général que ne le font les stratégies de gestion cognitives et comportementales (pour une revue, voir Thompson et McCracken, 2011).



Intégration du Cycle de la Vie, pour assimiler le passé

ICV : Un outil novateur dans le traitement de la souffrance issue des traumatismes et/ou de la négligence,

Formation de base (reconnue par l'OPQ):
À Québec, les 21 et 22 mars 2014

Frais d'inscription (livre inclus):
Avant le 14 février 2014: 540 \$ / personne
Après le 14 février 2014: 600 \$ / personne

Formatrice :

Elise Castonguay
psychologue

Pour informations : www.integrationcyclevie.com | 438 390-0939 | icv@videotron.ca

L'ACT EST HAUTEMENT EFFICACE POUR LA DOULEUR CHRONIQUE SELON L'APA

Plus d'une douzaine d'études contrôlées et randomisées sont disponibles à ce jour sur l'ACT. Cette thérapie est considérée maintenant comme une approche hautement validée (*well-established treatment*) par l'Association américaine de psychologie pour la douleur chronique². Elle serait tout au moins équivalente à la thérapie cognitive comportementale (TCC) traditionnelle dans l'amélioration du fonctionnement général. Les deux formes de thérapies ne parviennent toutefois pas à diminuer le niveau de douleur après le traitement (Wetherell et coll., 2011).

APPRIVOISER LA DOULEUR CHRONIQUE GRÂCE À LA MÉDITATION EN PLEINE CONSCIENCE

La pleine conscience (*mindfulness*) est un état de conscience qui émerge du fait de porter l'attention de manière intentionnelle sur l'expérience qui se déploie moment après moment, et ce, sans porter de jugement (c.-à-d., avec curiosité et bienveillance; Kabat-Zinn, 2009). Selon Kozak (2008), l'objectif de la pleine conscience est l'acceptation de la douleur. Pour lui, « accepter » signifie de ressentir les sensations douloureuses, sans y ajouter la souffrance (pensées et émotions « négatives ») qui les accompagne. Ainsi, la douleur demeure présente, mais elle peut être en quelque sorte déconstruite, c'est-à-dire que l'expérience de douleur est vécue dans ses composantes primaires, comme des sensations physiques dans leurs formes les plus pures.

PROGRAMME DE MÉDITATION EN PLEINE CONSCIENCE POUR LA RÉDUCTION DU STRESS

Le Programme de méditation en pleine conscience pour la réduction du stress (*Mindfulness-based Stress Reduction Program*; MBSR), implanté dans plus de 400 milieux cliniques à travers le monde, s'inscrit dans le courant de la médecine comportementale et psychocorporelle (Kabat-Zinn, 2009). Il vise à cultiver la pleine conscience à l'intérieur de 8 à 10 séances hebdomadaires d'une durée de 2,5 heures et d'exercices à la maison six jours sur sept. Les groupes sont constitués de 12 à 40 participants, guidés par un ou deux instructeurs. Le programme inclut trois composantes : 1) des modules d'enseignement reliés à la pleine conscience, à la relaxation, à la méditation, au yoga et au lien entre le corps et l'esprit, 2) des exercices réalisés pendant les séances et à la maison (balayage corporel, hyperconscience de la respiration, yoga, méditation en mouvement et méditation informelle), et 3) des échanges en groupe. Tout comme l'ACT, le MBSR promeut l'acceptation de la douleur et la distanciation vis-à-vis des pensées. Cependant, elle est une approche plus structurée où la pleine conscience est développée d'une façon plus formelle.

LE MBSR EST-IL EFFICACE DANS LA DOULEUR CHRONIQUE?

Bohlmeijer et coll. (2010) ont réalisé une méta-analyse des traitements MBSR. Ils ont retenu huit études avec groupe contrôle randomisé : deux sur le cancer, deux sur la fibromyalgie, une sur l'arthrite rhumatoïde, une sur la douleur lombaire, une sur la fatigue chronique et une sur les maladies cardiaques. La taille d'effet observée pour la dépression est de 0,26³ et celle pour l'anxiété est de 0,47. Dans la même veine, Chiesa et Serretti (2011) concluent dans leur revue systématique sur la douleur chronique qu'il est difficile d'évaluer les effets spécifiques de la pleine conscience en raison de l'absence de groupe contrôle crédible à titre comparatif. Bref, les tailles d'effet généralement trouvées dans les études sur la maladie et la douleur chroniques sont plus faibles que celles observées dans les traitements MBSR appliqués aux troubles psychologiques (p. ex. anxiété, dépression) ainsi que dans les TCC. Devant ceci, le MBSR peut être considéré comme un traitement adjvant à la TCC ou à un traitement interdisciplinaire.

EST-CE QUE LA PLEINE CONSCIENCE PEUT RÉDUIRE LA DOULEUR?

Bien que la réduction de la douleur ne soit pas l'objectif explicite de la méditation en pleine conscience, connaître ses propriétés analgésiques demeure une question essentielle pour les clients et la communauté scientifique. Reiner, Tibi, et Lipsitz (2013) ont analysé les recherches portant sur le MBSR et trouvent une réduction significative de l'intensité de la douleur dans 10 des 16 études après l'intervention et à la relance. Parallèlement, des études neurophysiologiques montrent que la pleine conscience augmenterait la tolérance à la douleur. Zeidan et coll. (2012) ont révisé neuf études fondamentales en ce domaine. Globalement, les résultats suggèrent que la pleine conscience, qu'elle soit pratiquée par un débutant ou un expert, a le potentiel de réduire l'intensité de la douleur et sa dimension désagréable (tonalité affective). Le nombre d'heures ou les années d'expérience ont un rôle à jouer dans l'effet analgésique de la pleine conscience, ce qui suggère qu'il s'agit d'une habileté qui s'acquiert avec de la pratique et qui n'est donc pas le résultat d'une prédisposition génétique (Grant et Rainville, 2009). En contrepartie, il n'est pas nécessaire d'être un expert pour bénéficier des bienfaits de la pleine conscience. Chez des participants en bonne santé, Zeidan et coll. (2011) montrent qu'un bref entraînement (quatre séances de 20 minutes) de centration sur la respiration permet de réduire de 40 % l'intensité de la douleur et de 57 % son caractère désagréable lors d'une tâche de stimulation thermique en phase méditative, un effet plus important que celui d'une médication analgésique. Bref, la pleine conscience améliore la tolérance à la douleur!

PAR LE BIAIS DE QUELS MÉCANISMES D'ACTION LA PLEINE CONSCIENCE AGIT-ELLE SUR LA DOULEUR?

Selon Ludwig et Kabat-Zinn (2008), la pleine conscience pourrait contribuer à la gestion de la douleur via différents mécanismes d'action : 1) la diminution de la perception de la sévérité de la douleur; 2) une meilleure capacité à tolérer la douleur; 3) la diminution du stress, de l'anxiété ou de la dépression; 4) un moins grand usage de médication comme les analgésiques (ce qui réduit les effets indésirables associés); 5) une meilleure capacité à prendre des décisions à l'égard des traitements médicaux; 6) une meilleure adhésion au traitement médical; 7) une plus grande motivation pour changer certaines habitudes de vie; 8) des relations interpersonnelles plus riches; 9) un changement positif au niveau des voies biologiques qui influencent la santé, comme le système nerveux autonome, le système neuroendocrinien et le système immunitaire. Plus d'études sont nécessaires afin de comprendre les mécanismes en jeu dans la pleine conscience.

CONCLUSION

Lorsque le contrôle absolu de la douleur est impossible, la thérapie ACT et la médiation en pleine conscience peuvent représenter des solutions de rechange judicieuses. Elles ne cherchent pas à réduire la douleur, mais plutôt à favoriser son acceptation. Ceci apparaît tout indiqué dans le cas de la maladie chronique, qui, par définition, risque de perdurer dans le temps.

Bibliographie

- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., et Cuijpers, P. (2010). Meta-analysis on the effectiveness of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic disease: What should the reader not make of it? *Journal of Psychosomatic Research*, 69(6), 614-615.
- Chiesa, A., et Serretti, A. (2011). Mindfulness-based interventions for chronic pain: A systematic review of the evidence. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(1), 83-93.
- Crombez, G., Eccleston, C., Van Hamme, G., et De Vlieger, P. (2008). Attempting to solve the problem of pain: A questionnaire study in acute and chronic pain patients. *Pain*, 137(3), 556-563.
- Grant, J. A., et Rainville, P. (2009). Pain sensitivity and analgesic effects of mindful states in Zen meditators: A cross-sectional study. *Psychosomatic Medicine*, 71(1), 106-114.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., et Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience*. Bruxelles: Éditions De Boeck.
- Kohl, A., Rief, W., et Glombiewski, J. A. (2012). How effective are acceptance strategies? A meta-analytic review of experimental results. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(4), 988-1001.
- Kozak, A. (2008). Mindfulness in the management of chronic pain: conceptual and clinical considerations. *Techniques in Regional Anesthesia & Pain Management*, 12, 115-118.
- Ludwig, D. S., et Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in Medicine. *The Journal Of The American Medical Association*, 300(11), 1350-1352.
- McCracken, L., Carson, J. W., Eccleston, C., et Keefe, F. J. (2004). Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain*, 109, 4-7.
- McCracken, L. M. (1998). Learning to live with pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74(1), 21-27.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., et Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107(1-2), 159-166.
- Rankin, H., et Holtzman, S. E. (2003). The relationship between acceptance and cognitive representations of pain in participants of a pain management program. *Psychology Health Medecine*, 8, 329-334.
- Reiner, K., Tibi, L., et Lipsitz, J. D. (2013). Do mindfulness-based interventions reduce pain intensity? A critical review of the literature. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 14(2), 230-242.
- Thompson, M., et McCracken, L. (2011). Acceptance and related processes in adjustment to chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*, 15, 144-151.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J., et coll. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152(9), 2098-2107.
- Whitney, S., Bernier, E., Garland, R., et Sullivan, M. J. L. (2013). *Preliminary validation of a french adaptation of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire*. Communication présentée à la Annual Meeting of the Canadian Pain Society, Winnipeg (Canada).
- Zeidan, F., Grant, J. A., Brown, C. A., McHaffie, J. G., et Coghill, R. C. (2012). Mindfulness meditation-related pain relief: evidence for unique brain mechanisms in the regulation of pain. *Neuroscience Letters*, Jun 29, 520(2), pp. 165-73.
- Zeidan, F., Martucci, K. T., Kraft, R. A., Gordon, N. S., McHaffie, J. G., et Coghill, R. C. (2011). Brain mechanisms supporting the modulation of pain by mindfulness meditation. *The Journal of Neuroscience*, 31(14), 5540-5548.

Notes

- 1 Ce tableau est adapté du dépliant « Apprendre à vivre avec la douleur de façon positive » produit par F Dionne et l'équipe du programme ACCORD (www.programmeaccord.org).
- 2 Voit Society of Clinical Psychology, American Psychological Association, Division 12. « Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain » [www.div12.org/PsychologicalTreatments/treatments/chronicpain_act.html] (consulté le 26 novembre 2013).
- 3 Les tailles d'effet de Cohen (1977) sont respectivement décrites comme étant faibles, modérées ou élevées : $d = 0.2$; $d = 0.5$; $d = 0.8$.