

Article

« Mieux vivre avec la douleur chronique grâce à la thérapie d'acceptation et d'engagement »

Frédéric Dionne, Marie-Claude Blais et Jean-Louis Monestès

Santé mentale au Québec, vol. 38, n° 2, 2013, p. 131-152.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/1023993ar>

DOI: 10.7202/1023993ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : erudit@umontreal.ca

Mieux vivre avec la douleur chronique grâce à la thérapie d'acceptation et d'engagement

Frédéric Dionne^a

Marie-Claude Blais^b

Jean-Louis Monestès^c

RÉSUMÉ Cet article vise à présenter les particularités de la thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy* ou « ACT ») dans l'intervention auprès de patients souffrant de douleur chronique. Il décrit le contexte historique du développement des thérapies comportementales et cognitives dans ce domaine et présente les fondements théoriques de l'ACT. Il introduit les composantes d'une intervention basée sur l'acceptation et la pleine conscience en visitant plusieurs concepts du modèle de la flexibilité psychologique. Enfin, il synthétise un certain nombre de données probantes provenant des études expérimentales, corrélationnelles et cliniques qui appuient l'utilisation de l'ACT dans le domaine de la douleur chronique.

MOTS CLÉS troisième vague, thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), thérapie cognitive et comportementale (TCC), douleur chronique

Acceptance and commitment therapy in the treatment of chronic pain

ABSTRACT Objectives: The purpose of this article is to present the characteristics of the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for the treatment of chronic pain. The historical context of the development of cognitive and behavioural therapy (CBT) for chronic pain will be described and the theoretical aspects of ACT will be introduced. The components of an acceptance and mindfulness based treatment will also be presented by exploring various processes of the psychological flexibility model. Finally, the article will summarize the scientific evidence supporting ACT

a. Université du Québec à Trois-Rivières

b. Université du Québec à Trois-Rivières

c. CHU de la Réunion

based on experimental, correlational and clinical studies in the field of chronic pain. **Method:** The theoretical aspects underlying ACT, as well as its clinical components in the specific domain of chronic pain were described based on major books in this area, such as McCracken (2005) and Dahl *et al.* (2005). A descriptive literature review was undertaken to explore the data on the efficacy of ACT for the treatment of chronic pain. Psycinfo and Medline, as well as the Association for Contextual Science website were analyzed for relevant articles. The key search terms were: "Acceptance and Commitment Therapy" or "ACT" or "acceptance" or "mindfulness" or "defusion" and "chronic pain" or "pain." The reference lists of the articles retrieved were also analyzed. The articles that were not in English or French were excluded as well as those that were not specific to ACT and chronic pain. **Results:** Results show that ACT is a relevant and empirically supported approach that may be used as a complement to CBT strategies in the treatment of chronic pain. There is growing evidence stemming from experimental and correlational studies that support the majority of the ACT processes. Clinical studies undertaken in the field of chronic pain from different backgrounds support the efficacy of ACT for the management of this condition. **Conclusion:** ACT is a promising and evidence-based approach for the treatment of chronic pain. More research is needed to further validate its theoretical model and further refine our understanding of how ACT could be effective for the management of chronic pain and enhance quality of life for people who suffer from this health condition. For now, ACT is considered to be as effective as traditional cognitive and behavioral therapy for chronic pain.

KEYWORDS Third wave, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), cognitive-behavioral therapy (CBT), chronic pain

Puis-je avoir la sérénité d'accepter les choses que je ne puis changer, le courage de changer les choses que je peux, et la sagesse d'en connaître la différence.

MARC-AURÈLE

Introduction

Sylvie a 54 ans. Elle est mariée, mère d'une fille dans la vingtaine et grand-mère depuis quelques mois. Elle travaille comme agente de relations humaines. Dans les semaines précédant son arrêt de travail, elle parvenait difficilement à faire ses journées. Elle avait mal partout, dans toutes les articulations, les muscles, le dos et se sentait très faible. Devenue hypersensible, le moindre toucher lui faisait mal. Le diagnostic de fibromyalgie a finalement été confirmé par un rhumato-

logue. Actuellement, Sylvie passe beaucoup de temps au lit et tente tant bien que mal de faire quelques tâches ménagères et activités familiales. Elle a plusieurs inquiétudes relativement à l'avenir : « Cette douleur est atroce, je ne m'en sortirai jamais. »

Sylvie a pratiquement tout essayé afin de contrôler sa douleur, demandant avis à plusieurs professionnels de la santé. Lorsqu'elle a mal, elle tente différentes méthodes comme prendre sa médication, penser à autre chose, bouger, appliquer de la glace sur les zones douloureuses, se coucher. Elle est en colère contre sa douleur qui l'empêche de faire plusieurs activités qu'elle aime. Elle se dit que diminuer ses activités l'aidera à contrôler sa douleur. « Je n'en veux plus de cette douleur ! » dit-elle au psychologue dans l'attente inavouée qu'il ait la pilule miracle qui l'aide à « se débarrasser de la douleur ».

Comme Sylvie, près d'une personne sur cinq au Canada souffre de douleur chronique (DC), définie comme une douleur qui persiste au-delà de trois à six mois (Rivard, 2012). Fibromyalgie, syndrome douloureux régional complexe, lombalgies et céphalées chroniques sont autant d'exemples de diagnostics qui comportent un élément commun : une souffrance psychologique liée à une douleur physique. En effet, la DC est souvent associée à des difficultés psychologiques comme l'anxiété, la dépression (O'Reilly, 2011), la colère (Trost, Vangronsveld, Linton, Quartana et Sullivan, 2012). Ces difficultés engendrent de surcroît des problèmes dans les sphères conjugale, sociale et professionnelle (Rivard, 2012). Les personnes souffrant de DC explorent de nombreux moyens, plus ou moins fructueux, afin d'enrayer la douleur. « Vous allez devoir apprendre à vivre avec la douleur » est une affirmation que plusieurs d'entre elles entendent de la part d'un professionnel de la santé ou de l'entourage après un parcours caractérisé par plusieurs essais thérapeutiques. Bien que cette affirmation soit abrupte, elle reflète tout de même une réelle problématique : comment vivre une vie satisfaisante en dépit de douleurs persistantes et potentiellement invalidantes ? Les approches fondées sur l'acceptation et la pleine conscience proposent des stratégies thérapeutiques novatrices pour aider ces personnes. Leur objectif n'est plus de chercher à contrôler ou réduire la douleur, mais d'améliorer la qualité de vie avec cette douleur. Cet article vise à donner au lecteur un aperçu de la thérapie d'acceptation et d'engagement (*Acceptance and Commitment Therapy* ou l'acronyme « ACT ») en dégageant les particularités de son utilisation dans le contexte de la DC, parallèlement à un bref état des connaissances empiriques qui soutiennent cette utilisation. La première partie décrit

le contexte historique du développement des thérapies comportementales et cognitives (TCC) dans lequel l'ACT se situe ainsi que ses bases conceptuelles. La deuxième partie présente brièvement les composantes d'une intervention basée sur l'acceptation et la pleine conscience en visitant plusieurs concepts du modèle de la flexibilité psychologique. La troisième partie synthétise un certain nombre de données probantes provenant des études expérimentales, corrélationnelles et cliniques qui appuient l'utilisation de l'ACT dans le domaine de la DC.

L'évolution des TCC dans la prise en charge de la DC

L'évolution observée dans le traitement psychologique de la DC suit les mêmes avancées que ceux des TCC, qui peuvent être décrits comme trois grandes vagues (Vowles et Thompson, 2011). La première vague correspond à l'approche comportementale basée sur les principes d'apprentissages opérant et répondant (voir par exemple Monestès et Serra, 2005). Les pionniers comme Fordyce (1976) qui ont utilisé cette approche auprès de patients souffrant de DC visaient à diminuer leurs « comportements douloureux » (*pain behaviours*) et à augmenter graduellement leurs comportements associés au bien-être. Dans le cas de Sylvie, cela signifierait de diminuer graduellement ses plaintes, ses siestes et d'augmenter progressivement ses activités quotidiennes. D'autres stratégies thérapeutiques comme l'exposition *in vivo*, le *modeling* et l'apprentissage d'habiletés de gestion de la douleur sont issues de cette approche (Vowles et Thompson, 2011).

Les années 1980 marquent l'avènement des sciences cognitives, appelées la « deuxième vague », avec des chercheurs comme Turk, Meichenbaum et Genest (1983) qui ont combiné les principes d'apprentissage comportementaux avec des méthodes cognitives (Beck, Rush, Shaw et Emery, 1979). L'approche cognitivo-comportementale vise l'adaptation à la douleur (Williams, Keefe et Vlaeyen, 2010) et la diminution des émotions désagréables qui lui sont associées. Elle préconise l'emploi de stratégies comportementales et cognitives comme l'auto-observation, la formulation d'objectifs, l'activation équilibrée (*spacing*), l'entraînement à la relaxation progressive, la distraction et la restructuration cognitive. Dans le cas de Sylvie, la restructuration cognitive viserait à modifier ses croyances et pensées de dramatisation à propos de la douleur et à les remplacer par des pensées plus réalistes. Chez d'autres personnes souffrant de DC, les variables cognitives à cibler seraient la sensibilité à l'anxiété, le sentiment d'efficacité personnelle

et les perceptions reliées à la maladie (Gatchel, Peng, Peters, Fuchs et Turk, 2007).

À la fin des années 1990, les approches de la « troisième vague » aussi appelées « thérapies contextuelles » (Hayes, Villatte, Levin et Hilderbrandt, 2011) émergent parallèlement aux TCC. Ces approches ciblent spécifiquement les émotions et plus particulièrement le rapport qu'entretient le patient avec ces dernières. Le but n'est plus de favoriser un meilleur contrôle ou de diminuer les émotions qui sont désagréables, mais plutôt de reconnaître leur présence, afin de reprendre des activités susceptibles d'enrichir l'existence. Parmi les thérapies contextuelles, l'ACT s'est démarquée dans le domaine du traitement de la DC, considérée maintenant comme une approche hautement validée par l'Association américaine de psychologie (APA) pour la DC¹.

L'ACT est fondée sur la théorie des cadres relationnels (Hayes, Barnes-Holmes et Roche, 2001), un modèle théorique du langage et de la cognition qui bénéficie de nombreux appuis empiriques découlant d'études expérimentales (Dymond, May, Munnely et Hoon, 2010). Les recherches portant sur la théorie des cadres relationnels suggèrent que le langage qui nous sert à communiquer et à penser acquiert les propriétés des stimuli qu'il représente (consulter Villatte et Monestès, 2010 pour une discussion détaillée de ce vaste champ de recherche). On parle alors de transfert de fonctions entre l'événement et le mot, par simple implication mutuelle, et le mot peut alors être évité comme l'est l'événement, afin de ne pas ressentir les émotions et les perceptions douloureuses associées. Ce transfert de fonctions peut s'exercer entre des stimuli n'ayant jamais été associés directement.

Cet « apprentissage relationnel » implique que l'association avec un stimulus nociceptif n'est pas nécessaire pour qu'un stimulus déclenche ou alimente la douleur, pas plus que la ressemblance de ce stimulus avec un autre ayant été impliqué dans une expérience douloureuse : les mots qui peuplent les cognitions ont simplement tendance à « attraper » les propriétés des stimuli nociceptifs ainsi que les propriétés d'autres mots avec lesquels ils sont mis en relation. Des stimuli neutres à l'origine deviennent donc autant de déclencheurs ou de facteurs de maintien de la douleur, sans nécessité d'être associés directement avec l'expérience douloureuse elle-même.

1. Voir www.div12.org/PsychologicalTreatments/treatments/chronicpain_act.html

Le modèle de la flexibilité psychologique appliqué à la DC

Selon l'ACT, un élément commun à tous les troubles cliniques est la perte de la flexibilité psychologique (Hayes, Strosahl et Wilson, 2012). Le modèle de la flexibilité psychologique est organisé en six processus thérapeutiques (Neveu et Dionne, 2010) qui peuvent être regroupés en trois axes principaux (Hayes *et al.*, 2012; voir Dionne, Ngô et Blais dans ce numéro): l'ouverture (acceptation, défusion), l'engagement (action engagée, valeurs) et la centration (moment présent et flexibilité attentionnelle, soi comme contexte). Les prochaines sections discutent des trois axes principaux de ce modèle dans le contexte particulier de la DC.

L'ouverture relativement à la douleur

La douleur est inévitable, la souffrance est optionnelle. La compréhension de la DC par l'ACT repose sur l'idée que la souffrance psychologique s'ajoute à la douleur physique dès l'instant où la personne refuse la douleur et se consacre à la supprimer (Dahl, Wilson, Nilsson, 2005; McCracken, 2005), même lorsque cela n'est pas efficace ou que cela conduit à se priver d'importantes sources de renforcement. La souffrance implique en quelque sorte une « lutte » marquée par des comportements qui visent à supprimer, contrôler ou éviter la douleur. Cette lutte peut se manifester via le corps, les pensées, les émotions et les comportements. L'ACT intervient sur cette lutte plutôt que sur la douleur elle-même (intensité, fréquence) en proposant au patient d'apprendre à changer de stratégie quand celle utilisée n'est pas efficace, l'amenant ainsi à être plus sensible aux conséquences réelles de ses comportements.

Choisir l'acceptation plutôt que la lutte. Le concept d'acceptation peut être mal compris ou perçu négativement dans le langage courant, certaines personnes souffrant de DC pouvant même y percevoir de la résignation ou un abandon relativement à leur condition. Pour De Vlioger, Bussche, Eccleston et Crombez (2006), 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 McCracken (1998), accepter la douleur signifie de vivre avec la douleur sans réaction excessive, désaccord et tentatives répétées pour la réduire et l'éviter.

Du point de vue de l'ACT, le problème des personnes souffrant de DC n'est pas de tenter de contrôler ou de diminuer la douleur, car si les stratégies de contrôle s'avèrent efficaces, il est souhaitable de continuer à les utiliser. Le problème survient lorsque les patients s'efforcent de supprimer leur douleur même lorsque ces stratégies ne fonctionnent pas ou peu, sous l'emprise de règles mentales comme : « Pour retrouver une véritable qualité de vie, je dois d'abord contrôler ma douleur », « Ma douleur doit avoir disparu avant que je puisse retourner au travail ». De surcroît, même lorsque la stratégie de contrôle fonctionne, elle peut brimer d'autres sources de renforcement importantes (p. ex., un patient qui reste alité une partie de la journée peut ressentir moins de douleur, mais est moins impliqué dans sa vie familiale et sociale). L'acceptation de la douleur devient pertinente dans des contextes où : (1) les efforts et les tentatives de contrôle dominant la vie du patient malgré le fait qu'ils n'améliorent pas la qualité de vie ; (2) des comportements génèrent des effets secondaires indésirables ou des complications (p. ex., prise d'une médication) ; et (3) les tentatives de contrôle éloignent la personne de ses valeurs ou de ses objectifs de vie (McCracken, Carson, Eccleston et Keefe, 2004).

Pour favoriser l'acceptation de la DC, l'ACT propose une stratégie thérapeutique appelée « le désespoir créatif » (McCracken, 2005). Cette stratégie suppose d'abord de prendre conscience que les efforts pour contrôler ou supprimer la douleur n'ont été efficaces qu'à court terme et qu'ils impliquent des coûts importants. Elle permet ensuite d'entrevoir la possibilité de s'ouvrir davantage à l'expérience de la douleur afin d'opérer des changements vers une vie plus riche et satisfaisante.

Des données empiriques qui appuient la pertinence du processus d'acceptation. Parmi les processus de la flexibilité psychologique, le concept d'acceptation est le plus étudié (Vowles et Thompson, 2011). Pour mesurer l'acceptation de la douleur, le Questionnaire d'acceptation de la DC (CPAQ, McCracken, Vowles *et al.*, 2004) est le mieux validé actuellement (Reneman, Dijkstra, Dijkstra et Pieter, 2010) et une version francophone est en processus de validation (Whitney, Bernier, Garland et Sullivan, 2013). Ce questionnaire autorapporté de 20 items comprend deux sous-échelles : (1) la poursuite des activités (p. ex., « Je continue de fonctionner au quotidien, quelle que soit l'intensité de ma douleur ») et (2) l'affrontement de la douleur (p. ex., « J'évite de me mettre dans des situations qui feraient augmenter ma douleur » ; question inversée ; McCracken, Vowles et Eccleston, 2004 ; Vowles,

McCracken, McLeod et Eccleston, 2008; Wicksell, Olsson et Melin, 2009.

Utilisant le CPAQ, McCracken (1998) observe auprès d'un échantillon de 160 patients souffrant de DC que l'acceptation de la douleur est associée à une meilleure adaptation à plusieurs variables reliées au fonctionnement général, indépendamment de l'intensité de la douleur. L'acceptation est aussi associée à un nombre moins élevé de consultations de professionnels de la santé et moins de classes de médicaments prescrits (McCracken *et al.*, 2004), à une meilleure santé mentale (Viane *et al.*, 2003), à une moins grande attention portée à la douleur de même qu'à une meilleure motivation et performance dans les activités quotidiennes (Viane, Crombez, Eccleston, Devulder et De Corte, 2004). McCracken (2007) observe que l'acceptation de la douleur prédit mieux le fonctionnement cognitif, émotionnel et physique que ne le font des mesures d'attention portée à la douleur et expliquerait une proportion de variance du fonctionnement général supérieure comparativement à la kinésiophobie (Wicksell *et al.*, 2009).

Sur la base de questionnaires autorapportés, une série d'études ont comparé l'emploi de stratégies d'acceptation de la douleur avec l'emploi de stratégies d'autorégulation émotionnelle telles que la distraction, la réévaluation des sensations douloureuses, l'augmentation du niveau d'activité et les auto-instructions pour l'augmentation du fonctionnement général. En résumé, l'acceptation de la douleur explique une plus grande proportion de variance du fonctionnement général que ne le font les stratégies cognitives (McCracken et Eccleston, 2006) et comportementales (Rodero *et al.*, 2011). Parallèlement, dans un échantillon de 144 patients souffrant de DC, l'acceptation des émotions de façon générale ajoute une proportion de variance supplémentaire significative pour expliquer le fonctionnement général en sus de celle associée à l'acceptation de la douleur (McCracken et Zhao-O'Brien, 2010). Ces résultats, observés principalement dans les centres d'intervention tertiaires pour les personnes souffrant de DC, sont reproduits auprès de patients bénéficiant de soins de santé en première ligne (McCracken et Velleman, 2010).

Prendre une distance relativement aux pensées reliées à la douleur avec la « défusion ». Comme plusieurs personnes souffrant de DC, Sylvie a tendance à entretenir plusieurs pensées négatives par rapport à elle-même, les autres, le futur et la douleur. Les cognitions constituent des variables psychologiques centrales dans le développement et

le maintien de la DC. La dramatisation de la douleur est l'une de ces cognitions dont le lien avec la douleur est largement démontré (Sullivan *et al.*, 2001). Elle est associée à l'augmentation de la douleur et la diminution de la qualité de vie, de même qu'à l'utilisation accrue de comportements douloureux, de services de santé et de médication analgésique. Ces données appuient la pertinence d'intervenir sur les cognitions dans le traitement de la DC. Alors que la TCC préconise des interventions de restructuration cognitive pour y parvenir, l'ACT privilégie la défusion (voir Dionne *et al.* dans ce numéro). Essentiellement, la défusion ou « décentration cognitive » consiste à prendre une distance relativement aux pensées, sans en modifier le contenu, afin d'altérer le lien causal entre la pensée et l'action (Monestès et Villatte, 2011).

Des études empiriques soutiennent la pertinence du processus de défusion ou de « distanciation cognitive ». McCracken, Gutiérrez-Martinez et Smyth (2012) observent que la combinaison de la défusion et l'acceptation expliquent en moyenne 23,6 % de la variance de plusieurs variables liées au fonctionnement (p. ex., anxiété, dépression, incapacité), alors que l'intensité de la douleur en expliquerait seulement 2,5 %. Une autre étude montre que la défusion peut augmenter la tolérance à la douleur (McMullen *et al.*, 2008).

Favoriser l'engagement du patient dans sa vie via l'action engagée et les valeurs

Le *spacing* ou l'action engagée ? Plusieurs personnes souffrant de DC sont inconstantes quant à leur niveau d'activités quotidiennes, soit qu'elles en font trop, soit qu'elles les restreignent, comme dans le cas de Sylvie. Dans les deux cas, bien que la *forme* des comportements soit différente, leur *fonction* est la même : un manque d'acceptation de la douleur et une tendance à l'évitement expérientiel. Dans le premier cas, le patient cherche à défier la douleur en s'activant de façon excessive et évite d'être en contact avec ses sensations et émotions. Dans le second cas, le patient restreint ses activités par crainte que s'activer n'augmente sa douleur. On parle alors de kinésiophobie qui désigne une peur excessive, irrationnelle et handicapante du mouvement et de l'activité (Vlaeyen et Linton, 2000). La personne tend à éviter les activités perçues comme étant susceptibles de générer de la douleur, ce qui contribue à son développement et à son maintien.

L'activation comportementale et l'exposition *in vivo* sont des stratégies thérapeutiques issues des TCC qui sont efficaces pour contrecarrer

la kinésiophobie (Williams *et al.*, 2010). Une autre stratégie utilisée en TCC pour gérer la DC est le *pacing*. Cette stratégie consiste à planifier et à surveiller (« monitorer ») les activités de manière à maintenir un niveau d'activité équilibré, régulier et semblable de jour en jour (Cole, Helen, Carus et Howden-Leach, 2008). Les données quant à l'efficacité du *pacing* sont inconstantes. Cela pourrait s'expliquer par l'absence de consensus quant à la définition et le fait que ce concept est intuitivement sensé, mais demeure difficile à évaluer (McCracken, 2013).

Le concept « d'action engagée », issu du modèle de la flexibilité psychologique, pourrait être d'autant plus utile pour promouvoir l'activation comportementale. L'action engagée consiste à favoriser la mise en action à partir des valeurs de la personne, en plus d'utiliser les buts et les objectifs comme le font déjà les stratégies cognitivo-comportementales conventionnelles (Schrooten et Vlaeyen, 2010). La stratégie d'activation comportementale demeure donc, mais a une visée différente du *pacing* qui se concentre sur la fréquence, la durée et la planification de périodes de repos afin de mieux contrôler la douleur.

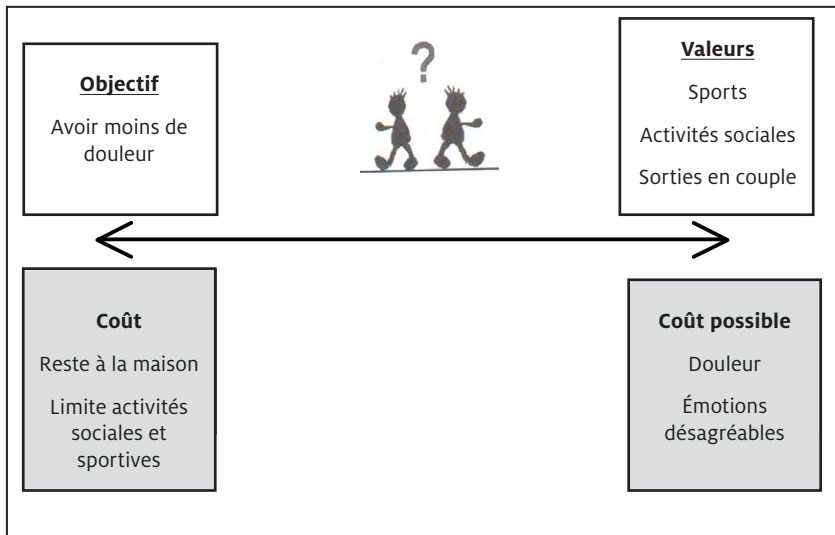
Les valeurs personnelles comme moteur pour l'action engagée.

Pour plusieurs personnes vivant de la DC, la douleur et les symptômes associés constituent des obstacles majeurs à leur engagement dans des actions qui leur sont importantes. Elles souhaitent être un conjoint aimant, un parent présent, un ami fidèle, une personne active, mais sont confrontées à des limites qui les empêchent de vivre au quotidien selon ces valeurs. Sylvie accordait une grande importance à son travail mais ne pouvait plus s'y investir autant qu'elle le souhaitait, ce qui engendrait une souffrance supplémentaire. Les valeurs nous en apprennent sur la souffrance du patient, et sa souffrance, sur ce qui est important pour lui.

Les valeurs constituent un levier important pour l'activation et l'exposition graduelle à la douleur. La figure 1 illustre le choix auquel les personnes souffrant de DC sont confrontées. À gauche, la personne qui a pour objectif d'avoir le moins de douleur possible choisira probablement de rester à la maison, restreindre ses activités sociales ou sportives. L'objectif représenté à droite consiste plutôt à améliorer sa qualité de vie et à s'adonner à des activités significatives, avec le risque de vivre de la douleur et d'autres émotions désagréables.

Cette illustration peut aider le patient à se positionner devant ce choix dans différents contextes. Vivre de la douleur pour quelque chose d'important peut aider le patient à changer sa relation à la douleur, qui

FIGURE 1 Utiliser les valeurs afin de promouvoir l'activation et l'exposition



Inspiré de Wicksell et Greco (2008).

est perçue alors comme une « bonne douleur ». Dans certains contextes, Sylvie acceptera de prolonger certaines activités, en dépit de la douleur, afin d'être présente à sa fille et à ses petits-enfants, une valeur importante pour elle. Quelques données empiriques illustrent ce phénomène. Dans une étude qualitative menée auprès de 21 participants qui poursuivent leur travail malgré une douleur musculo-squelettique, de Vries, Brouwer, Groothoff, Geertzen et Reneman (2011) observent que « le travail comme une valeur » représentait une motivation importante pour les travailleurs. Les résultats de McCracken et Yang (2006) vont dans le même sens : les patients ayant une DC qui vivent en cohérence avec leurs valeurs fonctionnent mieux sur le plan physique et rapportent davantage un bien-être psychologique. D'autres auteurs observent qu'à la suite d'une intervention ACT, des changements positifs observés aux variables d'acceptation et d'action en direction des valeurs sont associés à une diminution significative de symptômes reliés à la douleur et à l'incapacité physique au post-traitement et au suivi (Vowles et McCracken, 2008). En somme, les valeurs offrent une direction au traitement et sont un levier dans la thérapie afin de favoriser l'activation.

Développer une conscience bienveillante à l'égard des sensations douloureuses

Cultiver une attention flexible avec la pleine conscience. Vivre de la DC peut porter la personne qui en souffre à devenir hyper vigilante à l'égard de ses sensations physiques et diriger constamment son focus attentionnel vers ces sensations (Vlaeyen et Linton, 2000), ce que l'ACT appelle l'attention « inflexible ». Pour favoriser la flexibilité attentionnelle, l'ACT introduit des méthodes provenant de la pleine conscience (Hayes *et al.*, 2012). La pleine conscience (PC) émerge du fait de porter, de manière intentionnelle, l'attention sur l'expérience, moment après moment, sans porter de jugement, c'est-à-dire avec curiosité et bienveillance (Kabat-Zinn, 2009). Dans le contexte particulier de la DC, elle suppose de désengager le focus attentionnel des distracteurs (p. ex., sensations douloureuses) afin de le réengager sur un point de focalisation (p. ex., une activité, la respiration; Bishop *et al.*, 2004). Elle favorise le contact avec l'instant présent, la prise de perspective relativement à la douleur et soutient les processus de défusion et d'acceptation. La PC est également une approche thérapeutique en soi, véhiculée notamment dans le programme de méditation en pleine conscience pour la réduction du stress (*Mindfulness-based stress reduction program*; MBSR; Kabat-Zinn, 2009) dont l'efficacité est reconnue, entre autres pour la DC (pour une revue, voir Chiesa et Serretti, 2011; Dionne et Blais, sous presse). Le programme MBSR implique la méditation formelle de façon intensive. L'ACT intègre des méthodes de méditation en PC comme la marche consciente, le balayage corporel et la centration sur la respiration (McCracken, 2005).

Le « Soi observateur » ou comment prendre une distance relativement à la douleur

Être dans une position du Soi observateur (ou soi comme contexte) implique de prendre une distance, se « dé-identifier » de ses sensations douloureuses, pensées et émotions afin d'expérimenter un sens de soi distinct de ses événements internes. Cette position aide notamment à contrer l'habitude de se définir en fonction de la douleur (« Je suis une fibromyalgique »). Faire l'expérience des sensations douloureuses à partir du Soi observateur développe un espace sécuritaire pour s'exposer à la douleur (Dahl *et al.*, 2005). Certains exercices de PC invitent la personne à se centrer sur ses sensations douloureuses avec un point de vue d'observateur. La douleur peut alors être déconstruite, c'est-à-

dire vécue dans ses composantes primaires comme des sensations physiques dans leurs formes les plus pures, sans la souffrance qui l'accompagne (Dahl *et al.*, 2005; Kozak, 2008). Cet exercice peut aussi favoriser la prise de conscience des réactions spontanées relativement à la douleur (juger négativement, se crispier, etc.). En comparaison de la défusion, le Soi observateur implique une prise de distance supplémentaire relativement aux pensées et au soi, laquelle peut favoriser une plus grande liberté pour soutenir l'engagement dans l'action.

Des données probantes qui appuient l'utilisation de l'ACT

La recherche expérimentale appuie le modèle de la flexibilité psychologique

Les méthodes issues du modèle de la flexibilité psychologique ont fait l'objet d'une douzaine d'études en laboratoire appliquées à la DC, généralement menées auprès d'une population non clinique. Trois tâches expérimentales sont le plus souvent utilisées dans ces études pour induire la douleur chez les participants : l'immersion d'une main dans l'eau très froide, de légères décharges électriques, parfois combinées avec une tâche cognitive, et la réalisation de tâches physiques. Les deux variables dépendantes généralement évaluées sont la tolérance à la douleur et l'intensité de la douleur ressentie. Précédemment à une tâche expérimentale d'induction de la douleur, ces études proposent des instructions ou des interventions de longueur variable qui ciblent l'acceptation et/ou des processus reliés (p. ex., PC, défusion, valeurs) et les comparent à des instructions visant le contrôle des sensations douloureuses (p. ex., suppression des pensées, distraction). Quelques conclusions ressortent de ces recherches. Premièrement, la majorité des études démontre la supériorité de la stratégie d'acceptation en comparaison de la distraction et de la suppression des pensées pour ce qui est de la *tolérance* à la douleur (Branstetter-Rost, Cushing et Douleh, 2009; Gutiérrez, Luciano, Rodriguez et Fink, 2004; Hayes *et al.*, 1999; Masedo et Esteve, 2007; McMullen *et al.*, 2008; Páez-Blarrina *et al.*, 2008a). Deuxièmement, la suppression de pensée peut générer un effet rebond, c'est-à-dire une augmentation des pensées intrusives après l'induction de la douleur (Cioffi et Holloway, 1993) ou un retour plus lent au niveau de base, comparativement au fait de porter attention aux symptômes (méthode issue de l'acceptation) surtout lorsque les niveaux de dramatisation (Sullivan *et al.*, 1997) ou

d'évitement expérientiel (Feldner *et al.*, 2006) sont élevés. Troisièmement, les stratégies de défusion permettent de diminuer le degré de conviction à l'égard des pensées du participant (Hayes *et al.*, 1999; Masedo et Esteve, 2007; Páez-Blarrina *et al.*, 2008a; Páez-Blarrina *et al.*, 2008b). Quatrièmement, le niveau de tolérance à la douleur est amélioré lorsque les stratégies d'acceptation sont mises en œuvre en relation avec les valeurs (p. ex., Branstetter-Rost *et al.*, 2009; Páez-Blarrina *et al.*, 2008a; Páez-Blarrina *et al.*, 2008b) et via une métaphore ou un exercice expérientiel (McMullen *et al.*, 2008).

L'impact de l'emploi de méthodes axées sur l'acceptation comparativement à des méthodes de contrôle pour ce qui est de *l'intensité de la douleur* est quant à lui plus équivoque. En effet, quelques études montrent que les méthodes de distraction et de suppression (qui sont des méthodes de contrôle) sont supérieures à celles fondées sur l'acceptation pour réduire l'intensité de la douleur (Branstetter-Rost *et al.*, 2009; Gutiérrez *et al.*, 2004; Kohl, Rief et Glombieski, 2012; Páez-Blarrina *et al.*, 2008a). Ces résultats d'études fondamentales appuient le modèle de la flexibilité psychologique et vont dans le sens de la théorie de l'ACT qui vise l'amélioration de la qualité de vie via des actions engagées, donc une meilleure tolérance à la douleur. Il serait pertinent de répliquer ces études auprès de populations cliniques.

Les études cliniques de l'ACT dans le domaine de la DC

Il existe une douzaine d'essais cliniques aléatoires qui évaluent l'ACT dans le domaine de la DC. Dans l'une des premières, Dahl *et al.* (2004) répartissent aléatoirement 19 patients souffrant de douleur et de stress dans deux groupes: un groupe bénéficiant d'une intervention ACT de quatre séances individuelles d'une heure et un autre bénéficiant du traitement médical usuel. Au suivi de six mois, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes quant au niveau de douleur et de stress. Toutefois, le groupe ACT rapporte moins d'absentéisme au travail (0,5 jour versus 56,1 jours).

Deux autres groupes de chercheurs se sont ensuite démarqués dans l'étude clinique de l'ACT, dont le premier est dirigé par Lance McCracken. Une étude chez 108 patients bénéficiant d'une intervention interdisciplinaire fondée sur l'ACT a montré des améliorations de 34 % à 81 % sur plusieurs variables liées au fonctionnement telles que l'incapacité physique et psychologique et les symptômes anxieux (McCracken, Vowles et Eccleston, 2005). Des études subséquentes montrent des résultats semblables (Vowles, McCracken et Eccleston, 2007; Vowles et

McCracken, 2008), notamment auprès de patients vivant avec une incapacité importante et une autonomie restreinte (McCracken, MacKichan et Eccleston, 2007). Les bénéfices se maintiennent aux suivis à long terme (p. ex., trois mois, trois ans) et les variables du modèle de l'ACT (p. ex., acceptation, flexibilité psychologique) sont associées au changement (Vowles, McCracken et O'Brien, 2011).

Un second groupe de recherche suédois dirigé par Rikard Wicksell a également publié plusieurs études cliniques. Leur intervention inclut de 8 à 12 rencontres de 60 à 90 minutes. Wicksell, Ahlqvist, Bring, Melin et Olsson (2008) comparent l'ACT en combinaison avec un traitement médical usuel à un traitement usuel employé seul chez 21 participants ayant subi un traumatisme cervical. Le groupe expérimental montre une amélioration significative aux variables du degré d'interférence de la douleur et la satisfaction de vie ainsi que sur des variables secondaires comme la kinésiophobie et l'inflexibilité psychologique. D'autres études menées chez des patients souffrant de fibromyalgie (Wicksell *et al.*, 2013) génèrent des résultats similaires. De plus, des résultats provenant de techniques d'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle révèlent que des changements cérébraux sont observés après une intervention basée sur l'ACT. En effet, on observe une augmentation de l'activation dans des régions du cerveau associées au contrôle cognitif exécutif impliqué dans la douleur (Jensen *et al.*, 2012).

De nouveaux formats d'intervention comme la bibliothérapie (Thorsell *et al.*, 2011; Johnston, Foster, Shennan, Strakey et Johnson, 2010) et des interventions en ligne (Buhrman *et al.*, 2013) basées sur l'ACT pour la prise en charge de la DC sont en émergence. Ces interventions qui ne nécessitent qu'un contact minimal avec un thérapeute favorisent l'accès à des interventions de qualité. En bref, il existe plusieurs études cliniques qui appuient l'efficacité de l'ACT comme intervention auprès de personnes souffrant de DC. Ces études montrent généralement une amélioration de plusieurs variables reliées à la douleur (par ex., tolérance à la douleur, incapacité, symptômes anxieux et dépressifs), sans nécessairement réduire l'intensité de la douleur. Les données actuelles suggèrent que l'ACT serait à tout le moins équivalente à la TCC dans le traitement de la DC (Wetherell *et al.*, 2011) et générerait des améliorations de la qualité de vie plus durables.

Conclusion

Les sensations douloureuses, tout comme les pensées et les émotions liées à la douleur, sont difficilement modifiables. Les efforts pour les contrôler risquent de devenir une lutte incessante génératrice de souffrance. La citation de Marc-Aurèle présentée en début d'article, et reprise dans les programmes des Alcooliques Anonymes à travers le monde, résume l'idée centrale des thérapies fondées sur l'acceptation dans le domaine de la DC. L'ACT favorise l'acceptation des états internes comme les émotions désagréables et les sensations douloureuses. Par ailleurs, l'ACT est une approche comportementale qui promulgue l'activation et l'exposition en proposant des stratégies novatrices comme l'action dirigée en fonction des valeurs, véritables leviers du changement. Enfin, la flexibilité attentionnelle et le développement du Soi observateur favorisent l'habileté à distinguer les actions de lutte de celles qui sont une source de renforcement positif. Lorsque les méthodes qui visent à contrôler la douleur n'ont pas donné les effets escomptés, l'ACT constitue une approche judicieuse pour aider les personnes souffrant de DC à vivre une vie riche et satisfaisante en fonction de leurs valeurs personnelles, en dépit de la persistance de la douleur.

RÉFÉRENCES

- Beck, A. T., Rush, J. A., Shaw, J. A. et Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., ... et Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. doi: 10.1093/clipsy.bph077
- Branstetter-Rost, A., Cushing, C. et Douleh, T. (2009). Personal values and pain tolerance: Does a values intervention add to acceptance? *The Journal of Pain*, 10(8), 887-892. doi: 10.1016/j.jpain.2009.01.001
- Buhrman, M., Skoglund, A., Husell, J., Bergström, K., Gordh, T., Hursti, T., . . . Andersson, G. (2013). Guided internet-delivered acceptance and commitment therapy for chronic pain patients: a randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 51(6), 307-315.
- 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. doi: 10.1089/acm.2009.0546
- Cioffi, D. et Holloway, J. (1993). Delayed costs of suppressed pain. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 274-282.

- Cole, F., Helen, M., Carus, C. et Howden-Leach, H. (2008). *Réussir à surmonter la douleur chronique*. Paris: InterEditions - Dunod.
- Dahl, J., Wilson, K. G. et Nilsson, A. (2004). Acceptance and commitment therapy and the treatment of persons at risk for long-term disability resulting from stress and pain symptoms: A preliminary randomized trial. *Behavior Therapy*, 35(4), 785-801. doi: 10.1016/s0005-7894(04)80020-0
- Dahl, J. A., Wilson, K. G., Luciano, C. et Hayes, S. C. (2005). *Acceptance and commitment therapy for chronic pain*. Reno, NV: Context Press.
- De Vlieger, P., Bussche, E. V., Eccleston, C. et Crombez, G. (2006). Finding a solution to the problem of pain: conceptual formulation and the development of the Pain Solutions Questionnaire (PaSol). *Pain*, 123, 285-293.
- de Vries, H. J., Brouwer, S., Groothoff, J. W., Geertzen, H. B. et Reneman, M. F. (2011). Staying at work with chronic nonspecific musculoskeletal pain: a qualitative study of workers' experiences. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12(1), 126-136.
- Dionne, F. et Blais, MC (sous presse). Pleine conscience et douleur chronique: état actuel des connaissances. *Revue québécoise de psychologie*, 35(2).
- Dymond, S., May, R. J., Munnelly, A. et Hoon, A. E. (2010). Evaluating the evidence based for relational frame theory: A citation analysis, 33, 97-117.
- Feldner, M. T., Hekmat, H., Zvolensky, M., Vowles, K. E., Secrist, Z. et Leen-Feldner, E. (2006). The role of experiential avoidance in acute pain tolerance: A laboratory test. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 146-158.
- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. Saint-Louis: Mosby.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N. et Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581-624.
- Gutiérrez, O., Luciano, C., Rodríguez, M. et Fink, B. C. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35(4), 767-783. doi: 10.1016/s0005-7894(04)80019-4
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. et Roche, B. (dir.) (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Bissett, R. T., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I. S., Cooper, L. D. et Grundt, A. M. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The Psychological Record*, 49(1), 33-47.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., et Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2^e éd.). New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M. et Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and

- cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104449
- Jensen, K. B., Kosek, E., Wicksell, R., Kemani, M., Olsson, G., Merle, J. V.,... et Ingvar, M. (2012). Cognitive Behavioral Therapy increases pain-evoked activation of the prefrontal cortex in patients with fibromyalgia. *Pain*, 153(7), 1495-1503. doi: 10.1016/j.pain.2012.04.010
- Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J. et Johnson, A. (2010). The effectiveness of an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention for chronic pain. *The Clinical Journal Of Pain; 2010 Jun, Vol. 2010 Jun (2010 Jun)*, p. 393-402. doi: 10.1097/AJP.0b013e3181cf59ce
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience*. Bruxelles: 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. doi: 10.1016/j.jbtep.2012.03.004
- Kozak, A. (2008). Mindfulness in the management of chronic pain: conceptual and clinical considerations. *Techniques in Regional Anesthesia et Pain Management*, 12, 115-118.
- Masedo, A. I. et Esteve, R. (2007). Effects of suppression, acceptance and spontaneous coping on pain tolerance, pain intensity and distress. *Behavior Research and Therapy*, 45(2), 199-209.
- McCracken, L. M. (1998). Learning to live with pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74(1), 21-27. doi: 10.1016/s0304-3959(97)00146-2
- McCracken, L. (2005). *Contextual Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain*. Seattle, WA: International Association for the Study of Pain.
- McCracken, L. M. (2007). A contextual analysis of attention to chronic pain: What the patient does with their pain might be more important than their awareness or vigilance alone. *The Journal of Pain*, 8(3), 230-236. doi: 10.1016/j.jpain.2006.08.004
- McCracken, L. (2013). Committed action: an application of the psychological flexibility model to activity patterns in chronic pain. *Journal of Pain*, 14(8), 828-835.
- 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. et Eccleston, C. (2006). A comparison of the relative utility of coping and acceptance-based measures in a sample of chronic pain sufferers. *European Journal of Pain*, 10(1), 23-29. doi: 10.1016/j.ejpain.2005.01.004
- McCracken, L. M., Gutiérrez-Martínez, O. et Smyth, C. (2012). «Decentering» reflects psychological flexibility in people with chronic pain and correlates with their quality of functioning. *Health Psychology*. doi: 10.1037/a0028093

- McCracken, L. M., MacKichan, F. et Eccleston, C. (2007). Contextual cognitive-behavioral therapy for severely disabled chronic pain sufferers: Effectiveness and clinically significant change. *European Journal of Pain*, 11(3), 314-322. doi: 10.1016/j.ejpain.2006.05.004
- McCracken, L. M. et Velleman, S. C. (2010). Psychological flexibility in adults with chronic pain: A study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. *Pain*, 148(1), 141-147. doi: 10.1016/j.pain.2009.10.034
- 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. doi: 10.1016/j.pain.2003.10.012
- McCracken, L. M., Vowles, K. E. et Eccleston, C. (2005). Acceptance-based treatment for persons with complex, long standing chronic pain: A preliminary analysis of treatment outcome in comparison to a waiting phase. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1335-1346. doi: 10.1016/j.brat.2004.10.003
- McCracken, L. M. et Yang, S.-Y. (2006). The role of values in a contextual cognitive-behavioral approach to chronic pain. *Pain*, 123(1-2), 137-145. doi: 10.1016/j.pain.2006.02.021
- McCracken, L. M. et Zhao-O'Brien, J. (2010). General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself. *European Journal of Pain*, 14(2), 170-175. doi: 10.1016/j.ejpain.2009.03.004
- McMullen, J., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Stewart, I., Luciano, C. et Cochrane, A. (2008). Acceptance versus distraction: Brief instructions, metaphors and exercises in increasing tolerance for self-delivered electric shocks. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 122-129. doi: 10.1016/j.brat.2007.09.002
- Monestès, J.-L. et Serra, E. (2005). Modèles cognitifs et comportementaux dans la compréhension du phénomène de douleur chronique. *Douleurs: Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 6(3), 122-129.
- Monestès, J.-L. et Villatte, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement, ACT*. Paris: Masson.
- Neveu, C. et Dionne, F. (2010). La thérapie d'acceptation et d'engagement. *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 63-83.
- O'Reilly, A. (2011). La dépression et l'anxiété dans la douleur chronique: Une revue de travaux. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 21(4), 126-131. doi: 10.1016/j.jtcc.2011.08.003
- Páez-Blarrina, M., Luciano, C., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia, S., Ortega, J. et Rodríguez-Valverde, M. (2008a). The role of values with personal examples in altering the functions of pain: Comparison between acceptance-based and cognitive-control-based. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 84-97. doi: 10.1016/j.brat.2007.10.008
- Páez-Blarrina, M., Luciano, C., Gutiérrez-Martínez, O., Valdivia, S., Rodríguez-Valverde, M. et Ortega, J. (2008b). Coping with pain in the motivational context of values: Comparison between an acceptance-based and a cognitive

- control-based protocol. *Behavior Modification*, 32(3), 403-422. doi: 10.1177/0145445507309029
- Reneman, M. F., Dijkstra, A. G., Dijkstra, J. H. B. et Pieter, U. (2010). Psychometric properties of Chronic Pain Acceptance Questionnaires: A systematic review. *European Journal of Pain*, 14, 457-465.
- Rivard, M.-J. (2012). *La douleur: de la souffrance au mieux-être*. Montréal: Les Éditions du Trécaré.
- Rodero, B., Casanueva, B., Luciano, J. V., Gili, M., Serrano-Blanco, A. et García-Campayo, J. (2011). Relationship between behavioural coping strategies and acceptance in patients with fibromyalgia syndrome: Elucidating targets of interventions. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 12(1), 143.
- Schrooten, M. G. S. et Vlaeyen, J. W. S. (2010). Becoming active again? Further thoughts on goal pursuit in chronic pain. *Pain*, 149(3), 422-423. doi: 10.1016/j.pain.2010.02.038
- Sullivan, M. J. L., Rouse, D., Bishop, S. et Johnston, S. (1997). Thought suppression, catastrophizing, and pain. *Cognitive Therapy and Research*, 21(5), 555-568. doi: 10.1023/a:1021809519002
- Sullivan, M. J. L., Thorn, B., Haythornthwaite, J. A., Keefe, F., Martin, M., Bradley, L. A. et Lefebvre, J. C. (2001). Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *The Clinical Journal of Pain*, 17(1), 52-64. doi: 10.1097/00002508-200103000-00008
- Thorsell, J., Finnes, A., Dahl, J., Lundgren, T., Gybrant, M., Gordh, T. et Buhrman, M. (2011). A comparative study of 2 manual-based self-help interventions, acceptance and commitment therapy and applied relaxation, for persons with chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 27(8), 716-723. doi: 10.1097/AJP.0b013e318219a933
- Trost, Z., Vangronsveld, K., Linton, S. J., Quartana, P. J. et Sullivan, M. J. L. (2012). Cognitive dimensions of anger in chronic pain. *Pain*, 153(3), 515-517. doi: 10.1016/j.pain.2011.10.023
- Turk, D., Meichenbaum, D. et Genest, M. (1983). *Pain and Behavioral Medicine*. New York: Guilford Press.
- Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Devulder, J. et De Corte, W. (2004). Acceptance of the unpleasant reality of chronic pain: Effects upon attention to pain and engagement with daily activities. *Pain*, 112(3), 282-288. doi: 10.1016/j.pain.2004.09.008
- Viane, I., Crombez, G., Eccleston, C., Poppe, C., Devulder, J., Van Houdenhove, B. et De Corte, W. (2003). Acceptance of pain is an independent predictor of mental well-being in patients with chronic pain: Empirical evidence and reappraisal. *Pain*, 106(1-2), 65-72. doi: 10.1016/s0304-3959(03)00291-4
- Villatte, M. et Monestes, J.-L. (2010). La théorie des cadres relationnels: La place du langage dans la thérapie d'acceptation et d'engagement. [Relational frame theory: The place of language in acceptance and commitment therapy.] *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 85-104.

- Vlaeyen, J. W. S. et Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain*, 85(3), 317-332. doi: 10.1016/s0304-3959(99)00242-0
- Vowles, K. E. et McCracken, L. M. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: A study of treatment effectiveness and process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 397-407. doi: 10.1037/0022-006x.76.3.397
- Vowles, K. E. McCracken, L. M. et Eccleston, C. (2007). Processes of change in treatment for chronic pain: The contributions of pain, acceptance, and catastrophizing. *European Journal of Pain*, 11(7), 779-787. doi: 10.1016/j.ejpain.2006.12.007
- Vowles, K. E., McCracken, L. M., McLeod, C. et Eccleston, C. (2008). The Chronic Pain Acceptance Questionnaire: Confirmatory factor analysis and identification of patient subgroups. *Pain*, 140(2), 284-291. doi: 10.1016/j.pain.2008.08.012
- Vowles, K. E., McCracken, L. M. et O'Brien, J. Z. (2011). Acceptance and values-based action in chronic pain: A three-year follow-up analysis of treatment effectiveness and process. *Behaviour Research and Therapy*, 49(11), 748-755. doi: 10.1016/j.brat.2011.08.002
- Vowles, K. E. et Thompson, M. (2011). Acceptance and commitment therapy for chronic pain. Dans L. McCracken (dir.), *Mindfulness and acceptance in behavioral medicine: Current theory and practice* (p. 31-60). Oakland: Context Press/New Harbinger Publications.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J.,... et Atkinson, J. H. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152(9), 2098-2107. doi: 10.1016/j.pain.2011.05.016
- Whitney, S., Bernier, E., Garland, R. et Sullivan, M. J. L. (2013). *Preliminary validation of a french adaptation of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire*. Poster présenté à la Annual Meeting of the Canadian Pain Society, Winnipeg (Canada).
- Wicksell, R. K., Ahlqvist, J., Bring, A., Melin, L. et Olsson, G. L. (2008). Can exposure and acceptance strategies improve functioning and life satisfaction in people with chronic pain and whiplash-associated disorders (WAD)? A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37(3), 1-14. doi: 10.1080/16506070802078970
- Wicksell, R. K. et Greco, L. A. (dir.) (2008). *Acceptance and commitment therapy for pediatric chronic pain*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Wicksell, R. K., Kemani, M., Jensen, K., Kosek, E., Kadetoff, D., Sorjonen, K... et Olsson, G. L. (2013). Acceptance and commitment therapy for fibromyalgia: A randomized controlled trial. *European Journal of Pain*, 17(4), 599-611. doi: 10.1002/j.1532-2149.2012.00224.x
- Wicksell, R. K., Olsson, G. L. et Melin, L. (2009). The Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ)-further validation including a confirmatory factor

analysis and a comparison with the Tampa Scale of Kinesiophobia. *European Journal of Pain*, 13(7), 760-768. doi: 10.1016/j.ejpain.2008.09.003

Williams, A., Keefe, F. J. et Vlaeyen, J. W. S. (2010). Psychology for non-psychologists. Dans J. Mogil (dir.), *Pain 2010 – an updated review: refresher course syllabus* (p. 161-178): IASP Press.