

Sous la direction de
Carolina Baeza-Velasco
et Catherine Bungener

Mieux vivre avec la douleur chronique

Programme intégratif de groupe
en 12 séances

Préface de
Johan W. S. Vlaeyen



+ EN LIGNE

24 feuilles de travail
2 méditations guidées



Mieux vivre avec la douleur chronique

Mieux vivre avec la douleur chronique

Programme intégratif de groupe
en 12 séances

Sous la direction de
Carolina Baeza-Velasco
et **Catherine Bungener**

Préface de
Johan W. S. Vlaeyen

Pour toute information sur notre fonds et les nouveautés dans votre domaine de spécialisation, consultez notre site web : www.deboecksuperieur.com

© De Boeck Supérieur s.a., 2023
Rue du Bosquet, 7 – B1348 Louvain-la-Neuve

Tous droits réservés pour tous pays.

Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent ouvrage, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Dépôt légal :
Bibliothèque nationale, Paris : mai 2023
Bibliothèque royale de Belgique, Bruxelles : 2023/13647/019

ISSN 1780-9517
ISBN 978-2-8073-3926-2

Sommaire

Compléments numériques	7
Préface	9
Introduction	13

PARTIE I

Douleurs chroniques et psychologie

CHAPITRE 1	La douleur chronique et l'apport de la psychologie à sa prise en charge	19
CHAPITRE 2	Caractéristiques psychologiques fréquemment observées chez les patients souffrant de douleur chronique	29

PARTIE II

Douleurs chroniques et travail en groupe

CHAPITRE 3	Indication des interventions psychologiques et groupales pour la douleur chronique	39
CHAPITRE 4	L'animation de groupe	45
CHAPITRE 5	Évaluation de la douleur dans le cadre d'une prise en charge de groupe	53

PARTIE III


Programme intégratif

SÉANCE 1	Pourquoi une intervention psychologique pour la douleur ?	67
SÉANCE 2	Identifier ses pensées automatiques	77
SÉANCE 3	La restructuration cognitive	89
SÉANCE 4	Entraînement de l'attention avec la pleine conscience	103
SÉANCE 5	Entraînement à la relaxation	121
SÉANCE 6	Gestion des émotions négatives	139
SÉANCE 7	Cultiver des émotions positives et un sentiment de bien-être	151
SÉANCE 8	Découvrir et développer ses ressources en autocompassion	163
SÉANCE 9	Entraînement à l'autohypnose	183
SÉANCE 10	Augmentation du sentiment d'autoefficacité et de la confiance en soi	193
SÉANCE 11	Régulation des niveaux d'activité	203
SÉANCE 12	Redonner sens à la vie : le travail des valeurs	219
	Justification de la séance	220
	Bibliographie	233
	À propos des auteurs	251
	Liste des figures	257
	Liste des tableaux	259
	Table des matières	261

Compléments numériques

En vous rendant sur le site des éditions De Boeck Supérieur, à l'adresse www.deboecksuperieur.com/site/339262, vous trouverez de nombreuses **feuilles de travail** ainsi que deux **pistes audio** à télécharger et à remettre à vos patients. Les exercices proposés peuvent être réalisés en séance ou à domicile, selon les consignes indiquées.


Liste des feuilles de travail

Les feuilles de travail sont signalées au fil de l'ouvrage au moyen d'un pictogramme 

1. Observation de la porte au cours de la semaine (séance 1)
2. Le modèle « pensées-émotions-comportements » avec des douleurs musculo-squelettiques (séance 2)
3. Ma grille d'auto-observation des pensées automatiques (séance 2)
4. La pensée alternative (séance 3)
5. La pratique méditative (séance 5)
6. Ma pratique de la relaxation (séance 5)
7. La respiration abdominale (séance 5)
8. Auto-observation : où est-ce que je ressens les émotions dans mon corps ? (séance 6)
9. Vocabulaire émotionnel (séance 6)
10. Le nuancier des émotions (séance 6)
11. Mes trois cercles émotionnels (séance 8)
12. Mes pratiques d'autocompassion en pleine conscience (séance 8)
13. Partager son souvenir positif (séance 10)
14. Me réconcilier avec mes faiblesses (séance 10)
15. La baguette magique (séance 10)
16. Passer à l'action (séance 10)

17. Carnet de route vers mon objectif (séance 10)
18. Devenir mon meilleur ami (séance 10)
19. Ma grille d'observation d'activités physiques (GOAPhy) (séance 11)
20. Ma grille d'activités hebdomadaires (séance 11)
21. Ma grille de fractionnement/*pacing* (palier) (séance 11)
22. Identifier mes valeurs personnelles et ce qui donne sens à ma vie (séance 12)
23. Ma matrice (séance 12)
24. La cible (séance 12)

Liste des audios

Les audios sont signalés au fil de l'ouvrage au moyen d'un pictogramme 

1. Exercice du *body scan* (séance 4)
2. Exercice de respiration en 3 minutes (séance 4)

Préface

La douleur aiguë fait partie de la vie quotidienne et le plus souvent, elle disparaît rapidement en quelques semaines ; il existe cependant des cas où la douleur revient par intermittence ou persiste pendant de plus longues périodes. La douleur chronique, définie comme une douleur persistant plus de trois mois, est l'une des sources de souffrance humaine les plus répandues et les plus coûteuses, en particulier (mais sans s'y limiter) dans les sociétés industrialisées modernes.

Traditionnellement, la douleur était considérée comme un signe direct de blessure sous-jacente, de lésion tissulaire ou de pathologie organique. De nos jours, la douleur est considérée comme une expérience émotionnelle, ce qui constitue une avancée majeure dans la conceptualisation de la douleur. En tant qu'émotion, la douleur pousse une personne à agir et à interrompre les activités en cours. La douleur fait partie d'un système de motivation qui alarme, dirige et dynamise le comportement afin de minimiser les lésions corporelles. C'est pour cela que dans la littérature, il arrive que la douleur soit plutôt assimilée à la soif et à la faim qu'à la vision ou à l'ouïe. La douleur est cruciale pour la survie : les enfants qui présentent une insensibilité congénitale à la douleur subissent des ecchymoses, des coupures et des brûlures inaperçues et courent un risque élevé de décès prématuré. Afin de protéger l'intégrité de l'organisme, la personne adapte en permanence son répertoire comportemental, guidé par les prédictions de l'apparition potentielle de stimuli nocifs et par les résultats des tentatives comportementales de protection contre ces stimuli. De ce point de vue, la douleur est un puissant moteur d'apprentissage. Dans le cas où la douleur persiste, l'apprentissage peut être responsable du maintien des symptômes, de leurs interactions également, voire de leur apparition – même en l'absence de l'événement physiologique d'origine.

Selon l'idée que l'apprentissage est une forme d'adaptation vitale et flexible, une panoplie d'approches cognitivo-comportementales de traitement a été développée pour les personnes qui souffrent de douleur chronique et dont les problèmes liés à la douleur interfèrent sérieusement avec leur vie quotidienne et compromettent leurs objectifs de vie individuels. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) a déjà une longue tradition et, selon les

preuves scientifiques, elle s'est révélée être l'approche de traitement la plus efficace pour les personnes souffrant de douleur chronique. Malgré les progrès réalisés ces dernières années, nos connaissances sont encore limitées et créer le bon traitement pour un individu particulier avec un problème particulier reste un énorme défi. D'une manière générale, les traitements par TCC se composent d'au moins trois éléments : évaluation des risques, clarification et interventions axées sur l'action.

En ce qui concerne l'évaluation, la TCC fonctionne mieux pour ceux qui risquent de développer des niveaux d'invalidité accrus. L'un de ces facteurs de risque est d'attendre que la douleur soit liée à de graves lésions corporelles ; sans intervention physique, la situation ne fera qu'empirer. Les autres facteurs de risque plus fréquents sont l'affectivité négative, les croyances négatives sur la douleur et l'évitement généralisé des activités quotidiennes. Heureusement, plusieurs outils de dépistage sont disponibles pour détecter les personnes à haut risque, même en phase aiguë et subaiguë. Ils se sont avérés précis pour prédire l'intensité de la douleur et l'incapacité au travail chez les personnes souffrant de douleur musculosquelettique.

Le deuxième élément du traitement concerne la clarification. Traditionnellement, la douleur est considérée comme un signal non ambigu de lésion tissulaire ou d'inflammation qui entraîne inévitablement une invalidité. On pense que son intensité signalée est cohérente avec l'étendue des dommages infligés. Cette vision cartésienne de la douleur a longtemps été influente : généralement, c'est à cette orientation biomédicale qu'adhèrent non seulement les profanes, mais aussi de nombreux cliniciens. Par conséquent, il est nécessaire de fournir sans ambiguïté de nouvelles informations précisant que la douleur est une expérience qui peut être autogérée et non pas un problème de santé grave nécessitant une protection minutieuse. Cela implique plus qu'un simple réconfort ; il s'agit de la mise en lumière d'un modèle alternatif expliquant l'existence d'une douleur persistante. Cette nouvelle compréhension est une première étape pour ouvrir la voie à la restauration d'une vie perturbée. L'identification des différents objectifs personnels est cruciale. Les principaux objectifs de vie sont réévalués et des solutions aux éventuels conflits d'objectifs sont recherchées. Les conflits sont des situations dans lesquelles la poursuite d'une activité ou d'un objectif entre en concurrence avec la réalisation d'un autre objectif – également valorisé –, et qui créent au moins une impasse temporaire caractérisée par l'indécision et l'hésitation avant que la personne ne décide quelle activité poursuivre.

Les nouvelles connaissances ne conduisent pas toujours à l'action, en particulier chez les personnes signalant des niveaux accrus de peur liée à la douleur. Par conséquent, la troisième étape, et probablement la plus essentielle, consiste à passer à l'action. L'initiation d'un comportement axé sur un objectif dépend non seulement de la désirabilité et de la réalisation perçue des objectifs, mais

également des distractions et des obstacles qui peuvent perturber l'atteinte de l'objectif. Une distraction majeure est la fonction biologique de la douleur elle-même : la propension à éviter un danger potentiel. Les personnes souffrant de douleur persistante se retrouvent souvent dans une situation de conflit entre l'évitement d'une activité pour prévenir d'autres dommages et l'approche d'activités de la vie quotidienne valorisées. Ce conflit est largement basé sur l'incertitude et sur la supposition que la reprise de l'activité augmentera la douleur et les dommages corporels. L'une des façons de résoudre un tel conflit consiste à explorer de nouvelles actions vectrices d'opportunités pour découvrir que le mal anticipé, signalé par la douleur, est en fait surestimé. Un traitement viable a été développé spécifiquement pour fournir ces erreurs de prédiction : l'exposition avec prévention de la réponse. Lors de l'exposition, les participants sont invités à aborder des activités qu'ils ont longtemps évitées en raison de leurs croyances néfastes. L'élargissement de leur répertoire comportemental entraîne la restauration de la fonction et leur permet potentiellement de découvrir de nouvelles façons d'enrichir leur vie. L'évitement n'est qu'une façon d'agir. D'autres personnes ont tendance à être très actives et doivent relever le défi de ralentir et de faire des pauses régulières. Bien que cela puisse sembler assez simple, la régulation de l'activité est complexe et sa difficulté est souvent sous-estimée.

Il existe de nombreuses façons de faciliter les principaux objectifs du traitement par TCC (évaluation, clarification et action). L'entraînement à l'attention, la gestion des émotions négatives et la promotion des émotions positives, la relaxation et l'autohypnose, la compassion et le pardon peuvent tous contribuer aux résultats du traitement. Le but ultime est d'aider à atteindre des objectifs de vie précieux et à restaurer le sens de soi de l'individu.

Le livre qui est entre vos mains fournit une excellente traduction des informations présentées ci-dessus à travers un programme de traitement qui peut être proposé aux personnes souffrant de douleur chronique, et en particulier à celles qui déclarent des niveaux élevés d'incapacité et de souffrance, correspondant à l'étiquette de diagnostic de la douleur chronique primaire de la Classification Internationale du Handicap, mais certainement pas limitées à celles-ci. De plus, l'approche de ce livre est inédite puisque les auteurs ont fourni un effort incroyable pour adapter le contenu des 12 séances au format de groupe. Les groupes offrent des possibilités supplémentaires d'apprentissage de diverses manières : les individus peuvent remettre en question leurs propres croyances et les opposer à celles des autres membres du groupe, qui peuvent également servir de modèles. Parfois, les expériences partagées par les pairs sont plus crédibles que les informations communiquées par des professionnels qui n'ont jamais ressenti de douleur chronique. Les auteurs sont également sensibles aux conditions nécessaires au bon fonctionnement d'un tel format de groupe. Par exemple, cela nécessite des compétences supplémentaires de la part du clinicien.

Je recommande fortement ce livre car il contient l'un des premiers manuels de ce type pour un lectorat francophone. De plus, il décrit un programme de gestion de la douleur en groupe de façon détaillée. Chaque session commence par une justification scientifique et clinique, et est suivie d'un résumé méticuleusement présenté portant sur l'essentiel de la session, avec de nombreux exemples concrets. Les auteurs sont tous des scientifiques-praticiens ayant une profonde compréhension de la complexité de la douleur chronique. En somme, cet ouvrage devrait se trouver dans la bibliothèque de tout clinicien de la douleur francophone.

Johan W. S. Vlaeyen

Universités de Leuven (Belgique)
et de Maastricht (Pays-Bas)

Introduction

La douleur est expérimentée par tout être humain, mais chez environ 30 % de la population adulte (ce qui représente 20 millions de personnes en France), elle devient chronique. Ces douleurs chroniques sont très souvent rebelles aux traitements antalgiques conventionnels et entraînent une grande souffrance chez les personnes affectées ainsi que chez leurs familles. Elles engendrent une réduction de l'autonomie, des situations de handicap et un coût considérable pour la société. Ainsi, la question de la douleur chronique est actuellement un problème majeur de santé publique.

Aujourd'hui, il est largement admis que la douleur ne se réduit pas à un problème uniquement physique : il s'agit d'une expérience multidimensionnelle complexe émergeant de l'interaction entre l'état physiologique, les pensées, les émotions, les comportements et les influences socioculturelles du patient. Il est donc indispensable de l'aborder dans une perspective biopsychosociale. Les interventions psychologiques de la douleur sont maintenant reconnues comme une part importante des stratégies de prise en charge. Elles n'ont pas pour but de guérir la douleur mais d'aider les patients à développer des ressources psychologiques pour mieux y faire face et d'ainsi améliorer leur qualité de vie.

Malgré l'efficacité démontrée des approches psychologiques pour la douleur (ex. : thérapie comportementale et cognitive, pleine conscience, hypnothérapie...) et malgré l'acceptation théorique de l'approche biopsychosociale de la part des soignants, la pratique montre que la plupart d'entre eux utilisent principalement des techniques biomédicales. Par conséquent, une grande partie des patients douloureux chroniques ne bénéficient jamais de traitements psychologiques pour leur douleur. Dans ce contexte, des efforts sont nécessaires afin de diffuser ces techniques d'interventions psychologiques et de fournir des outils pour faciliter leur mise en place.

L'objectif de cet ouvrage est de présenter un manuel pratique proposant *un programme d'interventions psychologiques de groupe* pour la gestion de la douleur chronique. Il est le résultat d'un travail collaboratif réalisé par des cliniciens et des chercheurs ayant une expertise dans ce domaine. Nous leur adressons nos plus chaleureux remerciements.

Nous espérons que cet ouvrage pourra guider non seulement les psychologues mais également tous les professionnels travaillant dans la prise en charge de la douleur chronique, ainsi que les étudiants intéressés par cette thématique.

Le programme que nous proposons permet de répondre aux recommandations internationales et de la Haute Autorité de la Santé (France)¹ qui, en matière de douleur, préconisent l'implémentation de prises en charges pluridisciplinaires incluant des interventions psychologiques. Le format d'intervention groupale offre des avantages non négligeables en termes de coût-bénéfice tant pour les patients que pour les soignants, mais aussi pour le système de santé en général.

Plus concrètement, ce programme est conçu pour que les soignants qui travaillent dans le domaine de la douleur chronique puissent proposer à leurs patients d'intégrer un programme de traitement psychologique de la douleur chronique. Au cours de ce programme, les soignants pourront aborder avec leurs patients les aspects psychologiques identifiés par la recherche comme intervenant dans l'apparition et la chronicisation de l'expérience douloureuse (ex : cognitions dysfonctionnelles, émotions négatives, rapport dysfonctionnel à l'activité...). Ce programme a été conçu pour se dérouler en groupe, ce qui constitue d'une part un gain de temps et d'argent non négligeable pour les institutions, et d'autre part un réel intérêt pour les patients. Souvent, les patients se sentent isolés et ont l'impression d'être les seuls à ressentir de telles douleurs ; se retrouver avec des personnes présentant des douleurs aussi intenses et vivant la même expérience est source de réconfort. Partager son vécu constitue souvent un soulagement pour les patients.

L'ouvrage est constitué de trois parties. La première, « Douleurs chroniques et psychologie », débute par deux chapitres qui apportent des éclairages généraux concernant l'apport de la psychologie à la prise en charge de la douleur chronique (chapitre 1), et concernant les caractéristiques psychologiques que l'on rencontre chez les patients souffrant de douleur chronique (chapitre 2). La deuxième partie, « Douleur et travail en groupe », réunit trois chapitres : les critères d'indication d'une intervention psychologique groupale pour des patients douloureux chroniques (chapitre 3), des explications et des recommandations pour l'animation de groupe (chapitre 4), ainsi que les différentes évaluations auxquelles procéder tout au long du programme (chapitre 5). La troisième partie présente « le programme intégratif », à savoir le programme de 12 séances basé sur les thérapies cognitives et comportementales de deuxième et troisième vague. Toutefois, la séance consacrée à l'hypnose n'appartient pas directement aux TCC et pourra nécessiter de faire appel à un(e)

1. Dans les autres pays francophones, les organismes spécialisés dans la douleur sont la Belgian Pain Society (Belgique), l'Institut Suisse de la Douleur (Suisse) et la Société Canadienne de la douleur (Canada).

collègue formé(e) à cette technique. Mais compte tenu de son intérêt dans la douleur, il nous a semblé important de l'inclure dans ce programme.

Chaque séance présentée est conçue pour durer environ deux heures.

- Séance 1 : Pourquoi une intervention psychologique pour la douleur ?
- Séance 2 : Identifier ses pensées automatiques
- Séance 3 : La restructuration cognitive
- Séance 4 : Entraînement de l'attention avec la pleine conscience
- Séance 5 : Entraînement à la relaxation
- Séance 6 : Gestion des émotions négatives
- Séance 7 : Cultiver des émotions positives et un sentiment de bien-être
- Séance 8 : Découvrir et développer ses ressources en autocompassion
- Séance 9 : Entraînement à l'autohypnose
- Séance 10 : Augmentation du sentiment d'autoefficacité et de la confiance en soi
- Séance 11 : Régulation des niveaux d'activité
- Séance 12 : Redonner sens à la vie : le travail des valeurs

Chaque séance propose des exercices à réaliser avec le groupe, des tâches à demander aux patients d'effectuer à domicile, ainsi que des recommandations pour le thérapeute.

Chacun des thèmes traités dans ces 12 séances (ex. : autocompassion, régulation de l'activité, gestion des émotions...) mériterait sans aucun doute d'être plus largement développé, voire de faire l'objet d'un programme spécifique. Néanmoins, nous avons fait le choix de proposer un programme intégratif et basé sur les TCC afin d'illustrer le large éventail d'outils de la psychologie basée sur la preuve (ainsi que leur complémentarité) qui sont disponibles pour accompagner les patients souffrant de douleur chronique.

Ce choix n'est pas exempt de quelques défis pratiques que les soignants devront prendre en compte dans la mise en place du programme. Par exemple, le fait que chaque thème demande au thérapeute des connaissances et compétences spécifiques. Toutefois, la clinique nécessite un cadre mais aussi de la flexibilité, et nous sommes confiantes d'une part dans le fait que les cliniciens et les équipes pourront s'approprier ce programme et l'adapter à leur pratique et à la réalité du terrain ; et d'autre part dans le fait que les patients eux-mêmes découvriront dans celui-ci des ressources qui les aideront à vivre pleinement malgré la douleur.

**Carolina Baeza-Velasco
et Catherine Bungener**

PARTIE I

**Douleurs chroniques
et psychologie**

CHAPITRE 1

La douleur chronique et l'apport de la psychologie à sa prise en charge

Sylvia Zimmers

Introduction

La douleur est présentée par l'*International Association for the Study of Pain* (IASP) comme « une expérience sensorielle et émotionnelle » (Raja *et al.*, 2020). Qu'elle soit objectivable ou non, c'est-à-dire que l'on retrouve une composante organique en lien avec la plainte de la personne douloureuse ou non, la douleur peut être générée, apaisée, aggravée, ou maintenue par différents facteurs (affectifs, émotionnels, cognitifs, comportementaux, relationnels...). Nous savons par exemple que dans des situations extrêmes, comme lors de combats, il arrive que des soldats gravement blessés ne prennent conscience de leurs blessures que lorsqu'ils se retrouvent hors de danger. Leur attention étant happée par une menace de danger immédiate, l'accès à l'expérience de douleur est rendu impossible. Des mécanismes neurophysiologiques sont impliqués dans cette expérience, renforcés par des phénomènes psychologiques plus ou moins conscients.

Analyser le phénomène douloureux demande donc de prendre en compte plusieurs mécanismes distincts et interconnectés : le mécanisme générateur, ses différentes composantes (vécu subjectif et comportements associés) et la durée de l'évolution de la douleur.

Le phénomène douloureux : qu'en sait-on ?

Les voies de transmission et de modulation de la douleur

Rappelons tout d'abord qu'au niveau neurophysiologique, la douleur utilise plusieurs voies à différents niveaux (Boureau, 1988) :

- *Au niveau périphérique* : le signal douloureux (brûlure, piqûre) est reçu par des récepteurs appelés nocicepteurs, situés à différents endroits du corps (peau, muscles, parois...). L'information est ensuite transmise par les neurones nociceptifs, regroupés en faisceau, responsables de l'influx permettant la sensibilité thermo-algique et la sensibilité tactile et proprioceptive, jusqu'à la moelle épinière.
- *Au niveau médullaire*, dans le tronc cérébral, un deuxième relais du message douloureux intervient, assuré par ce faisceau de neurones, jusqu'au thalamus.
- *Au niveau cérébral*, l'information est transformée en message conscient. Ces structures cérébrales sont impliquées dans les processus cognitifs et émotifs qui modulent la perception douloureuse.
- *Les systèmes de modulation de la douleur* permettent l'activation de la transmission du signal douloureux ou son inhibition. Ils sont représentés dans différentes zones cérébrales par plusieurs processus : sécrétion d'endorphines, système du « gate-control », système de contrôle descendant du tronc cérébral, système de modulations psychologiques (phénomènes de distraction, de suggestion).

Les mécanismes générateurs de la douleur

Selon le mécanisme à l'origine des douleurs, on parle de : *douleurs nociceptives* (douleurs par excès de nociception, ou douleurs inflammatoires, produites par une stimulation somatique mécanique [musculaire, osseuse, cutanée...] ou d'origine infectieuse, dégénérative, viscérale, etc.), *douleurs neuropathiques* (avec une lésion au niveau du système nerveux périphérique, générant une information douloureuse inadaptée), de *douleurs mixtes* (à la fois nociceptives et neuropathiques, souvent présentes dans les douleurs cancéreuses), ou de *douleurs sine materia ou fonctionnelles* (la cause de ces douleurs n'est pas identifiée, elle est souvent associée à des éléments psychopathologiques structurés : dépression, hypochondrie...).

Les processus physiologiques qui déclenchent la douleur vont nous permettre de la définir et de la différencier, mais la façon dont les individus y réagissent est façonnée et influencée par leur expérience. Comme Milton

Erickson (1965) le souligne : « dans toute douleur vécue, il y a les douleurs du passé, l'expérience présente et l'anticipation d'une douleur future ».

Les composantes de la douleur

En effet, lorsqu'on perçoit une douleur, elle est constituée de quatre composantes qui interagissent entre elles (OMS, 2000) : *la composante sensorielle* (qualité de la douleur, durée, localisation et intensité), *la composante émotionnelle* (modalité qui « colore » l'expérience douloureuse, qui s'intrique avec des troubles affectifs comme l'anxiété et la dépression), *la composante cognitive* (processus mentaux susceptibles d'influencer la perception douloureuse : sens donné à la douleur, référence à des expériences antérieures, décisions sur le comportement à adopter...), et *la composante comportementale* (modalités observables d'expression de la douleur, verbales et non-verbales : pleurs, mimiques, postures...).

Ces différentes composantes peuvent évoluer et se structurer différemment selon la durée d'évolution de cette douleur.

La chronicisation de la douleur

La chronicisation de la douleur est un phénomène complexe, dans lequel interviennent toujours des aspects biologiques, psychologiques et sociaux. Le symptôme douloureux, considéré comme un signal d'alarme à valence adaptative, devient syndrome quand il se chronicise (on parle de syndrome douloureux chronique) alors synonyme de pathologie ou de maladie.

La douleur devient chronique quand :

- elle persiste ou est récurrente depuis plus de 3 à 6 mois ou au-delà de ce qui est habituel pour la cause présumée ;
- elle répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles de l'individu (HAS, 2008).

De plus, il est important d'avoir à l'esprit que les douleurs chroniques ne constituent pas un groupe homogène, et que nous devons distinguer au moins trois catégories (Allaz, 2007) : les douleurs par excès de nociception, les douleurs neuropathiques et les douleurs *sine materia*.

Il existe un continuum subtil entre douleur aiguë et douleur chronique, et la transition entre ces états peut être difficile à repérer tant pour l'individu lui-même que pour le praticien qui entend sa plainte.

La façon dont nous conceptualisons la douleur chronique, dont nous appréhendons la personne douloureuse et sa façon de dire ou de manifester sa

douleur va donc avoir des conséquences sur notre évaluation et sur le type de traitement ou d'interventions que nous allons lui proposer. Différentes modélisations psychologiques visent à comprendre comment apparaissent et se maintiennent les douleurs chroniques.

Comment la psychologie nous aide-t-elle à conceptualiser les mécanismes de la douleur chronique ?

Les référentiels théoriques actuels (cognitivo-comportementaliste, humaniste, psychodynamique, systémique, etc.) proposent chacun des modèles psychologiques de la douleur chronique, et des interventions psychothérapeutiques qui leurs sont rattachés.

Actuellement, les modèles de compréhension de la douleur chronique qui supportent les recherches fondamentales et appliquées reposent principalement sur une approche biopsychosociale (Engel, 1977) et sur des modèles de psychologie de la santé ancrés dans un référentiel cognitivo-comportemental. Ces modèles de compréhension et de traitement de la douleur chronique s'intéressent aux différents facteurs ou processus psychologiques qui vont pouvoir moduler la perception de la douleur (en termes de présence, de maintien et d'intensité). La douleur est alors considérée comme un comportement ou un ensemble de comportements qui peuvent être appris (sous l'influence des différents facteurs) mais aussi oubliés (Monestès et Serra, 2005). Il est important de garder à l'esprit que l'ensemble des mécanismes psychologiques que nous allons décrire ne sont pas des mécanismes conscients, dans le sens où ils apparaissent, se renforcent ou disparaissent chez la personne touchée par une douleur chronique sous l'action de processus biopsychosociaux dont l'individu n'a pas ou peu conscience. Ils ne sont donc pas « transformables » ou « manipulables » sous la seule action de la volonté, mais nécessitent une action thérapeutique pour être modifiés.

Les premiers modèles se basent sur le postulat que la douleur est un comportement qui s'acquiert ou se maintient par des mécanismes identiques à l'apprentissage.

L'apprentissage répondant

Le premier modèle, *l'apprentissage répondant*, est un modèle comportemental développé par Ivan Pavlov. Il n'est pas propre au processus douloureux mais permet de modéliser les phénomènes d'apparition ou de maintien de certaines catégories de douleur, en particulier dans le cas de douleurs chroniques post-traumatiques. Ce modèle stipule que l'association répétée d'un stimulus (initialement neutre) à un stimulus inconditionnel (qui déclenche une réponse

réflexe) est suffisante pour que le stimulus neutre (qui devient alors un stimulus conditionné) soit à lui seul capable de déclencher une réponse de l'organisme analogue à la réponse réflexe initialement déclenchée. Par ailleurs, si la réponse inconditionnelle a été particulièrement importante, la capacité de déclencher la réponse réflexe peut être acquise au cours d'une seule association. Ainsi, dans certains syndromes douloureux, la simple présentation du contexte d'apparition de la douleur peut la déclencher ou l'aggraver dans une ou plusieurs de ses composantes (sensorielle, émotionnelle, cognitive et comportementale) (Serra et Monestès, 2012). Par exemple, après une réanimation majeure qui a donné lieu à des douleurs iatrogènes qui se sont chronicisées, le seul fait de se retrouver aux abords d'un hôpital peut constituer un stimulus conditionné, capable à lui seul de déclencher ou d'aggraver le vécu douloureux. Les propositions thérapeutiques en lien avec ce modèle vont viser à permettre au stimulus conditionnel de redevenir neutre, et de perdre ainsi sa capacité à déclencher la réponse de l'organisme. La technique thérapeutique dite de « désensibilisation thérapeutique », développée par Joseph Wolpe en 1958, propose de mettre en compétition la réponse conditionnée (dans notre exemple, il peut s'agir de l'exacerbation des douleurs, d'un malaise général, d'une anxiété) avec une autre réponse conditionnée (la relaxation). Concrètement, après avoir hiérarchisé avec le patient les situations à l'origine de la douleur, Wolpe propose un apprentissage de techniques de relaxation pour l'amener progressivement à y recourir en présence du stimulus conditionné. La réponse de relaxation se généralise et s'automatise progressivement, se substituant ainsi à la réponse douloureuse (Wolpe, 1975).

L'apprentissage opérant

Le modèle de *l'apprentissage opérant*, basé sur les travaux de Skinner et appliqué à la douleur chronique, a été développé par Fordyce aux États-Unis en 1984. Ce modèle permet de comprendre comment se maintiennent les comportements douloureux même lorsque la cause physique de la douleur n'est plus présente, ou que l'apprentissage répondant n'est pas impliqué.

Quatre catégories de comportements sont décrites (renforcements ou affaiblissements, positifs ou négatifs), basées sur les postulats suivants :

1. Le *renforcement positif* est introduit par Fordyce (1984) par l'illustration suivante : « les bonnes choses arrivent quand j'ai mal et n'arriveraient pas autrement ». Ces « bonnes choses » peuvent être la bienveillance accrue des proches et du corps soignant, des aides financières ou sociales, etc., qui viennent progressivement prendre la place des renforcements habituels, obtenus grâce aux activités du quotidien. Perçus comme bénéfiques par l'individu, ces renforcements inhérents à la douleur peuvent devenir des renforçateurs positifs du comportement douloureux et le maintenir.

2. Le *renforcement négatif* est décrit comme tel : « quand j'ai mal, les mauvaises choses n'arrivent pas alors qu'elles arrivent autrement ». L'évitement d'une activité aversive (à la maison, au travail) qui permet soit de ne pas déclencher la douleur, soit de la voir s'apaiser de façon provisoire va avoir tendance à être reproduit par l'individu, favorisant le risque d'apparition de ce comportement au détriment du renforcement d'autres activités.

Ces deux types de renforcement jouent un rôle également important dans la chronicité de la douleur, et sont aussi néfastes l'un que l'autre. Les propositions thérapeutiques en lien avec ces modèles viseront à « supprimer les conséquences positives qui renforcent le comportement douloureux et à renforcer les comportements bien portants, afin d'apprendre au patient à gérer les conséquences aversives » (Boureau *et al.*, 1993).

3. L'*affaiblissement négatif* permet de comprendre pourquoi les individus peuvent ne plus faire certaines choses, alors qu'ils en semblent capables physiquement. Par exemple, une personne souffrant de lombalgies depuis des mois peut tenter de reprendre une activité (aller chercher du pain) et y parvenir. Cette réussite peut générer chez l'entourage le jugement qu'il est maintenant capable, le privant ainsi d'aide systématique pour aller faire des courses simples, mais aussi pour d'autres activités jugées similaires par l'entourage. Ce comportement qui pourrait n'être jugé que positivement par l'individu subit alors un *affaiblissement négatif* : la perte du bénéfice apporté par l'aide de l'entourage va générer chez l'individu une réduction du comportement donné (baisse des tentatives de reprises d'activités).
4. L'*affaiblissement positif* est quant à lui d'abord d'ordre physiologique. Un comportement qui génère ou aggrave une douleur va progressivement être évité pour finalement disparaître. Ce phénomène va, chez l'individu douloureux, avoir tendance à se généraliser et à générer un sentiment d'incapacité irréversible. L'*affaiblissement positif* peut aussi être d'ordre relationnel (Monestès et Serra, 2005) : une diminution « spontanée » des douleurs (sans aucune nouvelle intervention médicale par exemple) peut être jugée par l'entourage (familial ou professionnel) comme la confirmation d'une douleur feinte ou exagérée, conduisant à la disparition de toute amélioration.

La kinésiophobie

Le concept de kinésiophobie, introduit dans les années 1990 par Kori, a été formalisé par Vlaeyen et Crombez en 2009. Défini comme : « une peur excessive, irrationnelle et débilatante du mouvement et de l'activité physique résultant d'un sentiment de vulnérabilité à une blessure douloureuse ou à

une nouvelle blessure douloureuse » (*ibid*), ce concept recouvre trois types de peurs : la peur de la douleur, la peur du mouvement qui induit une douleur présente ou anticipée, et la peur du mouvement qui entraîne une blessure ou une aggravation de la lésion actuelle (même si la lésion est considérée comme médicalement consolidée). Véritable cercle vicieux, cette peur enferme l'individu dans des processus d'hypervigilance aux sensations désagréables et génère un déconditionnement physique, lui-même à l'origine de nouvelles douleurs.

Les propositions thérapeutiques en lien avec ce modèle viseront, en s'appuyant sur l'apprentissage répondant, à ce que le patient puisse reprendre progressivement une activité physique jugée d'abord impossible. Ainsi, au fur et à mesure, la peur de la réapparition de la douleur diminue lors des activités physiques, limitant ainsi la généralisation des évitements (Vlaeyen *et al.*, 2002).

La loi de l'appariement généralisé

Cette loi complète les mécanismes d'apprentissage répondant et opérant, en proposant un modèle qui stipule qu'« un renforçateur n'a pas de valeur intrinsèque, mais l'acquiert par rapport aux autres renforçateurs disponibles pour l'individu » (Herrnstein, 1970). En d'autres termes, plus un comportement est renforçant, plus il est privilégié, et moins d'autres renforcements liés à d'autres comportements seront acquis. Les propositions thérapeutiques en lien avec ce modèle préconiseront donc de ne pas chercher à éliminer les renforcements des comportements douloureux, mais plutôt de les rendre moins importants en favorisant les renforçateurs des comportements sains.

L'apprentissage social

Le modèle de l'apprentissage social repose sur les observations d'Albert Bandura et postule que l'apprentissage de nouveaux comportements est possible par simple observation de ce comportement et de ses conséquences. Bandura (1977) décline l'hypothèse selon laquelle « l'observation des comportements et des conséquences expérimentés par les autres va conduire l'individu à se définir un niveau d'efficacité personnelle ». En douleur chronique, le sentiment d'efficacité personnelle a été mis en lien avec l'apparition et le maintien des troubles thymiques (plus le niveau d'efficacité personnelle est faible, plus les troubles dépressifs sont présents [Carpino *et al.*, 2014 ; Sucher *et al.*, 2020]), mais aussi avec la compliance aux traitements (dans cette étude [Aggarwal *et al.*, 2020], plus le sentiment d'efficacité personnelle des adolescents touchés par des douleurs chroniques est élevé, plus la compliance au programme de gestion de la douleur est mauvaise). Les propositions thérapeutiques en lien avec ce modèle ont donc une ambition psychoéducative visant à l'apprentissage de compétences et à l'ajustement des stratégies de *coping* utilisées par les patients.

Tous les outils efficaces pour prendre en charge la douleur

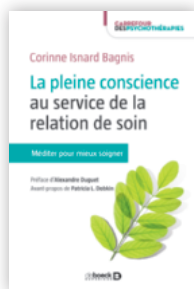
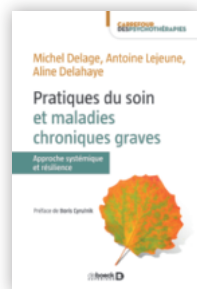
La douleur chronique est un problème majeur de santé publique qui concerne environ 30% de la population adulte. Très souvent résistante aux traitements médicamenteux, la douleur implique fréquemment une grande souffrance et perturbe fortement la vie au quotidien. Les interventions psychologiques représentent une part importante des stratégies de prises en charge. Elles n'ont pas pour but de guérir la douleur mais bien d'aider les patients à développer les ressources psychologiques pour mieux y faire face et retrouver une qualité de vie.

Ce manuel pratique propose un véritable programme intégratif d'interventions psychologiques de groupe. Il comprend :

- un protocole clés en main en 12 séances ;
- des conseils de prise en charge basés sur des approches variées (TCC, psychologie positive, hypnothérapie...) ;
- des animations de groupe ;
- des + en ligne : 24 feuilles de travail et 2 audios.

Ce livre guidera tous les professionnels intervenant auprès de personnes souffrant de douleur chronique.

DANS
LA MÊME
COLLECTION



Carolina Baeza-Velasco est psychologue clinicienne, maître de conférences-HDR en psychopathologie (Université Paris Cité), membre du Laboratoire Psychopathologie et Processus de Santé et chercheure au Département d'Urgence et Post-Urgence Psychiatrique au CHU de Montpellier.

Catherine Bungener est psychologue clinicienne, professeur de psychopathologie (Université Paris Cité) et membre du Laboratoire Psychopathologie et Processus de Santé. Ses activités cliniques et de recherche ont été conduites à l'Hôpital de la Pitié Salpêtrière (Paris), dans les services de psychiatrie et de neurologie.

ISSN : 1780-9517

ISBN : 978-2-8073-3926-2



9 782807 339262

deboeck
SUPÉRIEUR **B**

www.deboecksuperieur.com