

Pourquoi proposer la thérapie cognitivo-comportementale dans les douleurs chroniques ?

Drs ALAIN SOUCHE^a, VALÉRIE PIGUET^a, Pr JULES DESMEULES^a et Dr CHRISTINE CEDRASCHI^{a,b}

Rev Med Suisse 2019; 15: 1272-5

Les techniques cognitives et comportementales (TCC) sont utilisées dans l'approche des douleurs chroniques, sur la base du postulat que douleur et handicap ne sont pas (uniquement) influencés par la pathologie somatique, mais aussi par des facteurs psychosociaux. Les TCC visent à l'amélioration de la qualité de vie, au-travers d'une réduction du handicap. La dimension psychoéducative, les techniques centrées sur l'activité et les techniques cognitives y tiennent une place centrale, reposant sur le choix d'une activité importante et qui fasse du sens pour le patient, autour d'objectifs réalistes, et qui permettent au patient de dépasser l'impossibilité de faire «comme avant» pour imaginer des façons de faire «comme maintenant». La manière dont l'exploration du champ des possibles est abordée au fil des séances est présentée et discutée.

Why propose cognitive-behavioural therapy for chronic pain patients?

Cognitive and behavioral techniques (CBT) are used in the approach of chronic pain, based on the assumption that pain and disability are not (only) influenced by somatic issues but also by psychosocial factors. CBT aim to improving quality of life while targeting disability. Psychoeducation, activity-centered and cognitive techniques are central, drawing on the identification of an activity that is not only important and meaningful for the patient but also realistic. This should allow the patient to overcome the impossibility to function «as before» while figuring out how to cope «as for now». The ways to explore possible alternative options during the group therapy is presented and discussed.

INTRODUCTION

Le centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) propose à ses patients une approche thérapeutique multimodale. Parmi les interventions proposées figure depuis plusieurs années la possibilité de suivre une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) en groupe.¹⁻³ De nombreuses études ont mis en évidence les bénéfices de la TCC chez les patients souffrant de douleurs chroniques.⁴⁻⁷

De nombreux facteurs psychologiques et sociaux ont été identifiés dans la recherche des prédicteurs de la chronicisation des douleurs; cependant, pris un par un, leur valeur pronostique s'avère faible – ce qui vient souligner la nécessité d'une perspective multidimensionnelle, qu'il s'agisse du passage à la chronicité ou du développement d'un handicap.^{8,9} C'est dans cette perspective que s'inscrivent les travaux qui ont débouché sur la mise en exergue des *yellow flags* dans le domaine des maux de dos. Ces indicateurs de risque regroupent des facteurs psychologiques et sociaux dont la présence constituerait des signes d'alerte en termes de développement ou d'installation de la douleur, d'une part, et d'obstacle possible au rétablissement, d'autre part.^{8,10,11} Ces indicateurs de risque incluent: la présence d'une humeur triste; le souhait d'un traitement passif; la représentation de la douleur comme dangereuse; des comportements d'évitement de l'activité liés à la peur et le sentiment d'injustice.¹²

L'intérêt d'identifier ce type de signes réside en ce qu'ils mettent en avant des facteurs qui peuvent être de vulnérabilité, de modulation ou de maintien de la symptomatologie, et qui peuvent jouer un rôle de déterminant de la plainte. Ce questionnement permet de dépasser l'opposition entre étiologie somatique ou psychique de la douleur et fait appel tant aux sphères émotionnelles et cognitives sollicitées par le phénomène douloureux qu'aux réponses comportementales dans un environnement dont les caractéristiques doivent elles aussi être considérées. La signification à donner à la présence de l'un ou l'autre de ces facteurs est bien sûr relative, mais lorsqu'on assiste à leur conjonction, les signes d'alerte peuvent devenir signal d'alarme quant au risque d'une chronicisation.

OBJECTIFS ET MOYENS DE LA TCC

Les techniques cognitives et comportementales sont fréquemment utilisées dans le traitement des douleurs chroniques, sur la base du postulat que douleur et handicap ne sont pas (uniquement) influencés par la pathologie somatique, mais aussi par des facteurs psychologiques et sociaux (les attitudes et les représentations du patient, la détresse psychologique, ou les comportements douloureux). Par conséquent, la prise en soins est également dirigée vers une réduction du handicap via des modifications de l'environnement et, surtout, des processus cognitifs. Le principal objectif des TCC peut être décrit comme visant l'amélioration de la qualité de vie. Quant aux moyens utilisés, il s'agit en premier

^a Centre multidisciplinaire de la douleur, Service de pharmacologie et toxicologie cliniques, Département APSIC, HUG, 1211 Genève 14,

^b Service de médecine interne de réhabilitation, Beau-Séjour (SMIR-BS), Département de médecine interne, réhabilitation et gériatrie, HUG, 1211 Genève 14
alain.souche@bluewin.ch | valerie.piguet@hcuge.ch | jules.desmeules@hcuge.ch | christine.cedraschi@hcuge.ch

lieu de recouvrer un sentiment de contrôle et de développer des ressources et des stratégies pour faire face à la douleur. A l'évidence, il s'agira d'adapter les objectifs et les moyens en fonction des problèmes spécifiques du patient. Il peut s'agir de vaincre les peurs face à la douleur par un travail d'exposition progressive au mouvement, d'amener des changements de style de vie tels que réintroduire des activités, apprendre à les faire autrement, ou encore, d'objectifs existentiels plus larges comme ceux d'accepter de ne plus être le même et de se reconstruire une vie qui en vaille la peine.¹³ L'accent est mis sur l'information, la relaxation, la distraction, la reprise d'activités – ainsi que sur les techniques cognitives et/ou de résolution de problèmes.

De manière plus spécifique, la dimension *psychoéducative* doit apporter un éclairage sur les liens entre les aspects physiques et psychologiques de la douleur. Cette dimension est d'autant plus importante que l'incompréhension et les représentations du patient peuvent être confortées par le fait que la médecine ne peut que soulager la douleur. Lorsqu'un patient a peur d'éprouver de la douleur, il renonce à certaines activités, il est frustré, il y a presque toujours une baisse importante de l'estime de soi, il est anxieux, il déprime. L'un de nos patients, Monsieur A., multi-opéré du dos se déplace avec des cannes, signes de la présence de limitations fonctionnelles. Il ne sort pratiquement plus de chez lui. Sur la base de notre observation en séance nous essayons de lui permettre «d'inscrire» dans le quotidien sa capacité à faire quelques pas. Il peut alors probablement commencer à faire le deuil de la mobilité qui était la sienne dans son activité professionnelle et ses activités de loisirs antérieures. Grâce à des «tâches à domicile» suivies par des promenades très courtes autour de chez lui, il redécouvre la possibilité de sortir de chez lui.

Pour ce qui est des *techniques centrées sur l'activité*, elles reposent en particulier sur le choix d'une activité importante et qui fasse du sens pour le patient, dont il va pouvoir tester la reprise tout au long du processus thérapeutique. Il s'agira dans ce contexte de définir des buts et des moyens qu'on pourrait qualifier de «réalistes», dans le sens où cette définition se fera en tenant compte des limitations imposées par la douleur (cycle activité-repos, distraction et régulation de l'attention pour diminuer la focalisation sur les sensations douloureuses et mobiliser les ressources disponibles). En redécouvrant le plaisir de sortir de chez lui, Monsieur A. peut de nouveau regarder le monde qui l'entoure avec une certaine sérénité.

Les techniques de distraction et de régulation de l'attention ont pour objectif une diminution de la focalisation sur les sensations douloureuses et de leur interprétation catastrophiste. On amène le patient à diriger son attention sur la douleur afin de revoir ses perceptions, et à se concentrer pleinement sur une activité pour faire passer la douleur au second plan. C'est un processus que nous avons induit et observé avec Monsieur A.

Quant aux *techniques cognitives*, elles ont pour objet une attitude de décentration par rapport à la douleur en modifiant l'interprétation du patient : les patients sont souvent si centrés sur l'impossibilité de faire *comme avant* qu'ils ne peuvent imaginer d'autres façons de faire, *comme maintenant*. Ces

techniques consistent à mettre en doute ses pensées, à se mettre à la place de l'autre, à discuter des avantages et des inconvénients, ou encore exercer la résolution de problème. Le choix d'une activité que le patient considère comme importante permet de l'inciter à envisager les différentes facettes du problème en considérant la possibilité de solutions différencierées. L'introduction de catégories permet d'aller au-delà de la discussion de ce qui est possible vs impossible et de proposer une alternative au passage en force ou à l'évitement. Les stratégies cognitives sont probablement les seules vraiment utiles dans les moments de douleurs très intenses car elles vont dans le sens d'accepter ou plus justement de redonner du sens au vécu expérientiel. Monsieur A. était au départ réticent aux tâches à domicile en général et à celle que nous lui proposions en particulier «faire quelques pas autour de son domicile». Après un premier succès, il se dévalorisait : «vous me félicitez pour quelques pas, avant je passais mon temps sur les échelles et les échafaudages». Il voulait passer en force : «la prochaine fois je dois faire le triple de distance». Finalement, il peut profiter et même éprouver du plaisir dans une activité inscrite dans l'ici et maintenant.

ACCEPTATION ET ENGAGEMENT/RECHERCHE DE SENS

C'est précisément sur cet aspect que portent les développements les plus récents des TCC, qui ont vu un accent de plus en plus marqué être mis sur le caractère intégratif des thérapies, mais aussi sur le développement de nouvelles stratégies, et en particulier les notions d'acceptation, de régulation émotionnelle dont le travail sur la pleine conscience est un exemple, mais aussi d'expérimentation au niveau comportemental. Ces développements des TCC insistent donc sur les processus cognitifs et émotionnels et aussi sur la nature expérientielle du vécu douloureux.^{14,15} L'un des objectifs essentiels est ici de favoriser l'engagement du patient dans le processus thérapeutique. C'est avec cet objectif qu'ont été élaborées les thérapies centrées sur les *notions d'acceptation et d'engagement, ou de recherche de sens* (connues en anglais sous l'appellation ACT – Acceptance and Commitment Therapy).¹⁵

Cette notion d'acceptation est loin d'être simple à utiliser du fait en particulier de son ambiguïté. Elle pourrait suggérer la passivité et le renoncement. Cependant, lorsque la situation ne peut pas être modifiée ni le problème résolu, la lutte est souvent inefficace et source de souffrances supplémentaires. Cette lutte peut donner lieu à une rigidification des comportements qui rend caduque la possibilité d'explorer les choix et les possibles pour faire face au problème douloureux,^{16,17} ne reste alors que le cercle vicieux de l'inextricable, l'impossibilité d'imaginer ne pas faire *comme avant* – et de trouver des façons de faire *comme maintenant* de manière à pouvoir *faire avec*. Cette dernière option suppose dès lors de donner sens à ce faire *comme maintenant* afin que le patient puisse y engager non seulement ses ressources mais aussi ses valeurs. Il s'agit en conséquence d'identifier des activités signifiantes pour lui et qui contribuent à son sentiment de cohérence interne. Patient et thérapeute sont alors engagés dans un processus actif et dynamique dans lequel l'acceptation devient le miroir inversé de l'évitement. Madame V. adorait cuisiner, en raison de ses douleurs, elle renonce à cette activité fortement investie

et valorisée auparavant. Elle en est très frustrée. En tâche à domicile, elle propose de retourner au marché, accompagnée; en «s'appuyant» sur un caddie, elle réalise quelques courses qui permettent de préparer un ou deux plats. Elle accepte l'aide de ses proches, elle redécouvre les plaisirs de la convivialité du repas. A la séance après 3 mois, elle nous annonce tout sourire, qu'elle a créé un blog de recettes de cuisine. Il a du succès, elle y propose des recettes et répond aux questions et suggestions de ses lecteurs.

AU FIL DES SÉANCES DANS UN GROUPE AU CENTRE DE LA DOULEUR À GENÈVE

L'identification d'activités qui fassent du sens pour chaque patient et l'incitation à la poursuite de ces activités avec la fixation d'objectifs réalistes en dépit de la présence de la douleur, constituent des axes essentiels du travail thérapeutique (**tableau 1**). Lors des deux premières séances, le groupe démarre sur des explications concernant le déroulement de la thérapie (présentations, dates, gestion des absences, confidentialité). Chaque participant est invité à se présenter, à décrire brièvement sa situation, son vécu douloureux et les conséquences majeures des douleurs. Chaque participant est incité à proposer au moins une activité qui lui procure du plaisir, qui semble encore possible aujourd'hui mais qui n'est plus pratiquée ou qui ne l'est plus régulièrement, à cause de la douleur. Cette activité fera l'objet d'une prescription de «tâche à domicile» personnalisée qui consistera pour chaque participant à observer ce qui passe en lui et éventuellement pour les autres membres de son entourage lorsqu'il effectue

cette activité ou lorsqu'il est limité, voire empêché, du fait des douleurs. Chacune des sept séances suivantes se divise en trois parties: les événements de la semaine précédente sont discutés, de nouvelles stratégies sont abordées et finalement une tâche à domicile est discutée avec chaque participant, qui peut être la poursuite des activités définies et mises en place au cours de semaines précédentes, activités qui peuvent faire l'objet de réévaluations et/ou d'adaptations. On voit bien ici l'importance de l'identification de tâches qui fassent du sens et la définition d'objectifs réalistes. Le but de la thérapie peut en effet être l'amélioration ou la reprise de la fonction bien davantage que la disparition de la douleur et il s'agit donc de définir des objectifs qui soient en compatibilité avec ce but. La question se pose dès lors de savoir ce qui serait un résultat thérapeutique acceptable du point de vue du patient, en termes de douleur, mais également en termes de fonction. A l'évidence, ces définitions soulignent la nécessité d'une approche thérapeutique dans laquelle la négociation tient une part essentielle et la décision est partagée, loin du modèle dans lequel le thérapeute prescrit et le patient suit la prescription. Si nous parlons ici de «prescription» d'une tâche à domicile, c'est donc dans le sens d'une recommandation négociée autour de cette activité.

Le concept de *décentration* est repris tout au long des séances, de manière théorique, en explicitant cette notion, mais aussi en lien avec des expériences sensorielles rapportées par les participants ou expérimentées dans le groupe. Il arrive souvent que les participants décrivent spontanément une modulation des sensations et des pensées lors d'une prise de distance attentionnelle par le biais d'une expérience senso-

TABLEAU 1 Canevas des huit séances du groupe de thérapie cognitivo-comportementale

Séance	Thème principal	Contenus discutés	Tâche à domicile
Accueil	Présentation de la thérapie et de l'objectif : explorer les activités possibles malgré la douleur Augmenter leur importance dans le quotidien	Présentation des participants	Réfléchir à une «activité plaisir» investie dans le passé et qui semblerait encore possible
S. 1	Décentration : comment «rétrécir» le champ de la douleur ; explorer les activités réalisables	Histoire de la douleur	Reprise d'une activité plaisir choisie par chacun; avec la fixation d'objectifs spécifiques, et atteignables
S. 2	Présentation de deux notions : <i>l'habituation</i> (par l'exposition) et <i>l'évitement</i> (avec ses risques)	Restitution des tâches à domicile	Activité plaisir «réaliste» prescrite (la même ou une autre)
S. 3	Jugement, engagement, adaptation, acceptation, valorisation des activités, deuil (on ne fait plus «comme avant», mais «comme maintenant»)	Restitution des tâches à domicile	Activité plaisir «réaliste» prescrite (peut être réévaluée, adaptée, et parfois amplifiée)
S. 4	<i>Psychoéducation</i> : les différents types de douleurs, la douleur chronique : ses spécificités, possibilités/limites des traitements	Reprise de la notion de <i>décentration</i> , via diverses expériences sensorielles ou cognitives	Poursuite des activités mises en place précédemment; idées éventuelles d'activités plaisir sur la base des expériences de la séance
S. 5	Poursuite du travail sur la décentration ; quid quand «rien ne marche»	Restitution des tâches à domicile	Poursuite des activités mises en place
S. 6	Notion de <i>boîte à outils</i> Reprise de stratégies expérimentées	Restitution des tâches à domicile	Poursuite des activités mises en place
S. 7	Résumé	Reprise des moyens et stratégies utilisés	Annonce d'une séance de mise au point à 3 mois
S. à 3 mois	Utilisation des stratégies Adaptations nécessaires/faites/prévues	Partage des expériences vécues dans l'intervalle Bénéfices/limites de l'expérience vécue dans le groupe	
Notions transversales à l'ensemble des séances et au fonctionnement du groupe		Exposition vs évitement/engagement vs passage en force/bienveillance, respect, alliance, non-jugement <i>Au-delà des stratégies</i> : adaptation, confiance, valorisation des activités	

rielle ou cognitive – ce qui est expérimenté dans le groupe lors de la quatrième séance au cours de laquelle on propose aux patients de travailler cette possibilité de prise de distance lorsqu'on écoute de la musique, on se concentre sur une expérience de relaxation ou sur un exercice de gustation, ou lorsqu'on se projette dans diverses activités présentées sous forme de photographies et qu'on discute le plaisir qui pourrait en être tiré, en considérant l'importance de ces activités pour chacun des participants et l'appréhension qu'elles pourraient faire naître.¹⁸ Une partie de cette séance est par ailleurs consacrée à une explication des différents types de douleurs, dont la douleur chronique et ses spécificités, ainsi que des possibilités et des limites des traitements. Ainsi, ces expériences permettent des recadrages cognitifs sur les différences interpersonnelles au niveau des divers vécus expérientiels, mais aussi au niveau de l'expérience même de décentration.

CONCLUSION

Les TCC visent à aider les patients souffrant de douleurs chroniques à se décenter de leur douleur et à développer des moyens d'y faire face. Le travail thérapeutique porte non seulement sur les ressources et les compétences de chacun, mais aussi sur les limites qui peuvent souvent être perçues comme irrémédiables et sources de démotivation. Ce travail sur les limites peut mener dans le meilleur des cas à une acceptation progressive – dans le sens d'un processus dynamique qui favorise l'engagement du patient – et, au-travers de l'exploration du champ des possibles, à une reprise de

confiance en soi. L'évitement et le renoncement peuvent dès lors cesser d'apparaître comme l'irréversible destinée de la douleur chronique.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La notion d'acceptation de la douleur chronique renvoie à un processus important pour réduire la souffrance qui résulte de la lutte constante contre la douleur et d'autres expériences indésirables : elle permet de rediriger les efforts comportementaux vers des buts plus satisfaisants
- Loin de la passivité et du renoncement qu'elle pourrait suggérer, lorsque patient et thérapeute sont engagés dans un processus actif et dynamique dans lequel des activités signifiantes pour le patient et qui contribuent à son sentiment de cohérence interne ont été identifiées, l'acceptation peut alors devenir le miroir inversé de l'évitement
- Il s'agit dès lors de donner sens à ce «faire comme maintenant» et non plus «comme avant» afin que le patient puisse y engager non seulement ses ressources mais aussi ses valeurs
- Le bénéfice du groupe thérapeutique suppose le déclenchement d'un processus de changement, intégrant un travail sur les limites, qui, par l'exploration du champ des possibles, peut mener à une reprise de confiance en soi

1 * Lalive Aubert J, Piguet V, Cedraschi C, et al. Thérapie cognitivo-comportementale avec des patients souffrant de douleurs chroniques. *Med Hyg* 2001;59:568-70.

2 Gurny M, Cedraschi C, Chassot P, et al. Thérapie cognitivo-comportementale de groupe et douleur chronique: attentes et satisfactions. *Rev Med Suisse* 2009;5:1370-4.

3 Chassot P, Piguet V, Remund C, et al. Douleurs chroniques et thérapie cognitivo-comportementale de groupe. *Le Courrier de l'Algologie* 2006;5:7-10.

4 Gilpin HR, Keyes A, Stahl DR, et al. Predictors of treatment outcome in contextual cognitive and behavioral therapies for chronic pain: a systematic review. *J Pain* 2017;18:1153-64.

5 Knoerl R, Lavoie Smith EM, et al. Chronic pain and cognitive behavioral therapy: an integrative review. *West J Nurs Res* 2016;38:596-628.

6 ** Baez S, Hoch MC, Hoch JM.

Evaluation of cognitive behavioral interventions and psychoeducation implemented by rehabilitation specialists to treat fear-avoidance beliefs in patients with low back pain: a systematic review. *Arch Phys Med Rehabil* 2018;99:2287-98.

7 Kerns RD, Sellinger J, Goodin BR. Psychological treatment of chronic pain. *Annu Rev Clin Psychol* 2011;7:411-34.

8 Nicholas MK, Linton SJ, Watson PJ, Main CJ. Early identification and management of psychological risk factors (yellow flags) in patients with low back pain: a reappraisal. *Phys Ther* 2011;91:737-53.

9 Main CJ, George SZ. Psychologically informed practice for management of low back pain: future directions in practice and research. *Phys Ther* 2011;91:820-4.

10 Kendall NA, Linton SJ, Main CJ. Guide to assessing psychosocial yellow flags in acute low back pain: risk factors for long-term disability and work loss. Wellington, New Zealand: Accident

Rehabilitation and Compensation Insurance Corporation of New Zealand and the National Health Committee, 1997.

11 Main CJ, Spanswick CC. Pain management. Edinburgh, London: Churchill Livingstone, 2000.

12 Sullivan MJ, Adams H, Horan S, et al. The role of perceived injustice in the experience of chronic pain and disability: scale development and validation. *J Occup Rehabil* 2008;18:249-61.

13 Favre C, Cedraschi C. La psychothérapie cognitive dans le traitement de la douleur chronique. *Med Hyg* 2003;61:1358-63.

14 ** McCracken LM, Davies M, Scott W, et al. Can a psychologically based treatment help people to live with chronic pain when they are seeking a procedure to reduce it? *Pain Med* 2015;16:451-9.

15 McCracken LM, Vowles KE. Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain: model,

process, and progress. *Am Psychol* 2014;69:178-87.

16 Lin J, Klatt LI, McCracken LM, et al. Psychological flexibility mediates the effect of an online-based acceptance and commitment therapy for chronic pain: an investigation of change processes. *Pain* 2018;159:663-72.

17 Scott W, Hann KE, McCracken LM. A comprehensive examination of changes in psychological flexibility following acceptance and commitment therapy for chronic pain. *J Contemp Psychother* 2016;46:139-48.

18 Kupper D, Steiner AS, Gallice JP, et al. A set of pictures facilitating the formulation of therapeutic objectives in patients with chronic low back pain. *Therapeutic Patient Education* 2016;8:20301.

* à lire

** à lire absolument