

LES ATELIERS DU PRATICIEN

Sous la direction de

Marie-Jo BRENNSTUHL

# **Prendre en charge la douleur chronique**

**Avec les thérapies non médicamenteuses**

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1<sup>er</sup> juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2018

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff  
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-078395-3

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

# Table des matières

Préface.....	6
Liste des auteurs.....	9
<b>Chapitre 1 – Les paradigmes de la douleur.....</b>	<b>14</b>
Fanny Bassan, Séverine Conradi, Marie-Jo Brennstuhl	
<b>1 ■ GÉNÉRALITÉS SUR LA DOULEUR.....</b>	<b>16</b>
Définition de la douleur.....	16
Les différentes composantes de la douleur.....	17
Types de douleurs.....	18
Douleur chronique.....	22
<b>2 ■ MESURES ET ÉVALUATIONS DE LA DOULEUR.....</b>	<b>23</b>
Évaluation algologique.....	24
Évaluation des comorbidités.....	28
<b>3 ■ MODÈLES EXPLICATIFS.....</b>	<b>30</b>
Psychodynamique.....	30
Cognitivo-comportementale.....	32
Émotionnelle.....	35
Place du trauma dans la douleur chronique.....	36
<b>Chapitre 2 – Douleur et hypnose.....</b>	<b>40</b>
<i>L'approche hypnotique en clinique de la douleur</i> Antoine Bioy	
<b>1 ■ PRÉSENTATION DE LA THÉRAPIE.....</b>	<b>42</b>
Pourquoi l'hypnose ?.....	42
Repères historiques.....	43
<b>2 ■ MÉTHODE ET PROCESSUS DE L'HYPNOSE.....</b>	<b>46</b>
<b>3 ■ PRÉSENTATION DE L'APPLICATION DE LA THÉRAPIE À LA DOULEUR CHRONIQUE.....</b>	<b>51</b>
<b>4 ■ ILLUSTRATION CLINIQUE.....</b>	<b>54</b>
Présentation du patient.....	54
Démarche thérapeutique.....	56
<b>5 ■ RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>62</b>
<b>Chapitre 3 – Douleur chronique et TCC.....</b>	<b>64</b>
<i>L'utilisation des Thérapies Comportementales et Cognitives adaptée à la Douleur Chronique</i> Françoise Laroche	
<b>1 ■ PRINCIPES GÉNÉRAUX DES TCC.....</b>	<b>66</b>
<b>2 ■ OBJECTIFS DES TCC DE LA DOULEUR CHRONIQUE.....</b>	<b>67</b>
<b>3 ■ OUTILS EN TCC.....</b>	<b>67</b>
<b>4 ■ TECHNIQUES DE TCC.....</b>	<b>69</b>
<b>5 ■ EFFICACITÉ – ANALYSE DE LA LITTÉRATURE.....</b>	<b>70</b>
<b>6 ■ QU'EST-CE QUI MARCHE ET POUR QUI ?.....</b>	<b>71</b>

<b>7</b>	<b>EXEMPLE D'UN PROGRAMME DE TCC.....</b>	<b>72</b>
	Les objectifs du programme.....	72
	Sélection des patients.....	72
	Critères de participation.....	73
	Critères de non-participation.....	73
	Séances et évaluations.....	73
	En pratique.....	74
<b>8</b>	<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>80</b>
<b>Chapitre 4 – Douleur et EMDR.....</b>		<b>82</b>
<i>Potentialiser la prise en charge de la douleur chronique à l'aide de la thérapie EMDR et de protocoles spécialisés</i>		
Marie-Jo Brennstuhl		
<b>1</b>	<b>QU'EST CE QUE LA PSYCHOTHÉRAPIE EMDR ?.....</b>	<b>84</b>
	Le modèle TAI.....	84
	Protocole standard en EMDR.....	86
<b>2</b>	<b>APPLICATION DE L'EMDR AUX MALADIES CHRONIQUES : LE CAS DE LA DOULEUR CHRONIQUE.....</b>	<b>89</b>
	Identifier les cibles.....	90
	Protocole EMDR douleur aiguë : prendre en charge la sensation douloureuse.....	91
	Protocole de prise en charge approfondi : utiliser la sensation douloureuse comme point de départ.....	95
	Étude de cas.....	99
<b>3</b>	<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>104</b>
<b>Chapitre 5 – Douleur et Mindfulness.....</b>		<b>106</b>
<i>Prise en charge de la douleur à travers la relaxation, le cardiobiofeedback et les techniques de méditation</i>		
Marion Trousselard, Charles Martin-Krumm		
<b>1</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>108</b>
<b>2</b>	<b>JUSTIFICATION MÉCANISTIQUE DE CES INTERVENTIONS.....</b>	<b>110</b>
<b>3</b>	<b>PRÉSENTATION DES MÉTHODES.....</b>	<b>111</b>
	L'analyse fonctionnelle.....	111
	La pratique de la relaxation.....	113
	La pratique du cardiobiofeedback (CBF).....	114
	La pratique de la méditation.....	115
<b>4</b>	<b>APPLICATION À LA DOULEUR CHRONIQUE.....</b>	<b>117</b>
<b>5</b>	<b>PRÉSENTATION DE PROTOCOLES.....</b>	<b>119</b>
	Relaxation.....	119
	Cardio Bio Feedback.....	120
	Méditation.....	124
<b>6</b>	<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>129</b>
<b>Chapitre 6 – Douleur et ACT.....</b>		<b>130</b>
<i>Traiter sa douleur avec la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) : illustration d'une intervention de type self-help</i>		
Josée Veillette, Frédéric Dionne		
<b>1</b>	<b>QUAND LA VIE N'EST QUE SOUFFRANCE ET DOULEUR : LE CAS DE LÉA.....</b>	<b>132</b>
	Les origines de l'ACT : la théorie des cadres relationnels.....	133
	L'évitement expérientiel.....	134
	La fusion cognitive.....	135
	Les pensées futures ou passées.....	135
	Le soi conceptualisé.....	135



	Le manque de clarté dans ses valeurs.....	136
	L'impulsivité, l'évitement ou l'inaction.....	136
<b>2</b>	<b>LE MODÈLE THÉRAPEUTIQUE DE L'ACT.....</b>	<b>136</b>
<b>3</b>	<b>À L'ÈRE DES SELF-HELP.....</b>	<b>137</b>
	Les self-help sont-ils efficaces ?.....	138
	De la souffrance à la flexibilité psychologique : application d'un protocole ACT au cas de Léa.....	141
<b>4</b>	<b>COMMENT UN CLINICIEN PEUT-IL UTILISER LES SELF-HELP DANS SES INTERVENTIONS.....</b>	<b>149</b>
<b>5</b>	<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>151</b>

## Chapitre 7 – Douleur et EFT..... 152

*Lutter contre la douleur et la souffrance avec la psychologie énergétique*

Jean-Michel Gurret

<b>1</b>	<b>LES MODÈLES EXPLICATIFS.....</b>	<b>156</b>
<b>2</b>	<b>DÉROULÉ D'UNE SÉANCE-TYPE DE PSYCHOLOGIE ÉNERGÉTIQUE.....</b>	<b>157</b>
	Mise en évidence des inversions psychologiques et leur traitement.....	158
<b>3</b>	<b>TRAVAILLER SUR LA DOULEUR ELLE-MÊME.....</b>	<b>159</b>
	La phrase de préparation.....	160
	La séquence de stimulations sur le visage, la poitrine et la main.....	161
	Les séquences suivantes.....	168
<b>4</b>	<b>TRAVAILLER SUR LE OU LES TRAUMAS À L'ORIGINE DES DOULEURS.....</b>	<b>168</b>
	Retrouver l'événement d'origine.....	168
<b>5</b>	<b>TRAVAILLER LES PENSÉES ANXIEUSES : LA RESTRUCTURATION COGNITIVE.....</b>	<b>171</b>
<b>6</b>	<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>175</b>

## Chapitre 8 – Douleur et auriculothérapie..... 176

*Une approche complémentaire et alternative à la prise en charge de la douleur*

Marion Trousselard

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION : PLACE DE L'AURICULOTHÉRAPIE DANS LES APPROCHES MÉDICALES.....</b>	<b>178</b>
<b>2</b>	<b>AURICULOTHÉRAPIE.....</b>	<b>180</b>
	Définitions.....	180
	Mécanismes.....	181
	Efficacité.....	183
	Cadre de formation.....	186
<b>3</b>	<b>LA MÉTHODE DU BATTLEFIELD ACUPUNCTURE (BFA).....</b>	<b>187</b>
	Définition.....	187
	Protocole pour un patient blessé physique conscient et consentant.....	187
	Aspects pratiques.....	189
	Aspects cliniques.....	190
<b>4</b>	<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>191</b>

# Préface

**L**ES CONNAISSANCES ET LA PRISE EN CHARGE de la douleur à travers les siècles s'inscrivent en parallèle du développement de l'humanité.

À la préhistoire, la douleur était considérée comme le résultat de l'introduction de fluides maléfiques invisibles envoyés par des esprits dans le corps humain. Cette approche de la douleur persiste en Occident jusqu'à la naissance de la médecine grecque symbolisée par Hippocrate (460-377 avant J.-C.) qui définit la douleur comme un état allant à l'encontre de l'harmonie naturelle. La localisation de la douleur dans le cerveau est évoquée pour la première fois par Galien (131-201) et ses contemporains. Ensuite, durant le Moyen Âge (476-1453), soit près d'un millier d'années d'obscurantisme scientifique pour l'Occident, soulager la douleur est une transgression des normes s'apparentant à de la sorcellerie et conduisant parfois même les soignants jusqu'au bâcher. Il faut attendre les théories de Léonard de Vinci (1452-1519) et de Descartes (1596-1650) pour que les systèmes nerveux périphérique (les nerfs) et central (la moelle épinière et le cerveau) soient impliqués dans la sensibilité. Les conceptions actuelles de la douleur n'apparaissent qu'au <sup>xix</sup><sup>e</sup> siècle.

De tout temps, la douleur aiguë a eu comme finalité d'avertir la personne d'un danger et de l'obliger à rechercher des informations et des solutions. Cependant une fois sa fonction de signal biologique accomplie, la douleur doit être soulagée sous peine de produire des effets délétères. Ainsi la douleur chronique n'est plus un simple signal d'alarme et sa récurrence est souvent associée à des comportements, des cognitions et des émotions inappropriés. Elle peut être présente au quotidien entravant ainsi l'accomplissement de la personne et sa qualité de vie. Aujourd'hui encore la douleur reste une source perpétuelle d'interrogations mais la nécessité de proposer une prise en charge afin de soulager les patients douloureux est devenue une priorité.

La douleur chronique constitue une des causes les plus fréquentes d'incapacité à travers le monde, elle représente un problème majeur pour la santé et l'économie aux niveaux national et international. Chaque année, son coût

s'élève à plusieurs milliards d'euros en soins et en perte de productivité au travail. Mais, ne l'oublions pas, son coût en terme de mal-être, de souffrance humaine ne peut pas être négligé.

Ce livre, publié sous la direction de Marie-Jo Brennstuhl, permet de saisir l'intérêt d'approches complémentaires dans la prise en charge de la douleur chronique à l'aide de thérapies non médicamenteuses. Il offre une perspective large des approches psychothérapeutiques actuellement disponibles pour soulager la douleur chronique. En tenant compte de la nature complexe de la douleur, de l'importance des facteurs psychologiques, comportementaux et environnementaux qui peuvent jouer un rôle dans l'expérience vécue de la douleur.

Après une présentation dans le chapitre 1 des paradigmes de la douleur et de différents modèles explicatifs possibles en psychologie et en psychopathologie, le chapitre 2 aborde l'application de l'hypnose dans la démarche thérapeutique de la douleur chronique. L'hypnose n'est pas une méthode récente mais son apport dans le domaine du soulagement de la douleur est de plus en plus reconnu, induisant une modification dans l'expérience douloureuse du patient. Dans une approche globale et multidisciplinaire, le chapitre 3 introduit les nouvelles approches en TCC (Thérapies Comportementales et Cognitives) avec comme objectif que les patients apprennent à gérer leur fond douloureux et leurs crises aussi bien dans les aspects somatiques, comportementaux, cognitifs, qu'émotionnels. Le chapitre 4 dévoile une approche de la douleur chronique par l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), thérapie reconnue jusqu'à présent pour le traitement des expériences traumatiques, et qui voit son champ d'applications s'étendre aux événements de l'histoire douloureuse du patient. Le chapitre 5 apporte de façon très pragmatique des connaissances sur l'intérêt d'utiliser la relaxation, le biofeedback et les techniques de méditation permettant d'acquérir un mode de pensées et de régulation émotionnelle pour réduire la souffrance associée aux douleurs chroniques. Dans cette continuité, le chapitre 6 propose de traiter la douleur avec la thérapie ACT (Acceptance and Commitment Therapy), thérapie qui réinvestit l'acquisition de connaissances par le patient afin qu'il tende vers une acceptation de la douleur, lui permettant de l'approprier et ainsi de mieux vivre sa condition de patient douloureux chronique. Dans le développement des

Sciences Affectives parallèlement aux Sciences Cognitives, la psychologie énergétique propose, dans le chapitre 7, d'appliquer la compréhension des circuits d'énergie à la lutte contre la douleur par des techniques de libération émotionnelle (EFT, Emotional Freedom Techniques), domaine en pleine effervescence. Dans l'actualité de ce <sup>xxi</sup><sup>e</sup> siècle, le chapitre 8 lance un défi et expose l'auriculothérapie, à travers la méthode du BattleFied Acupuncture (BFA), comme une approche complémentaire et alternative à la prise en charge de la douleur, particulièrement dans des situations extrêmes.

Toutes ces méthodes sont présentées avec un ou plusieurs modèles explicatifs possibles et restent ancrées dans la pratique grâce à une multitude d'exemples de programmes, de protocoles de prise en charge ou d'interventions. L'exposition de cas cliniques illustre de façon concrète la pratique de ces psychothérapies.

Cet ouvrage avec son recueil de méthodes très diversifiées de prise en charge de la douleur, ses approches multiples et complémentaires d'acceptation et de soulagement de la douleur présente un caractère unique et instructif.

# Liste des auteurs

## **Fanny Bassan**

Fanny Bassan est psychologue clinicienne et de la santé, psychothérapeute et elle est spécialisée en psychotraumatologie. Formée à plusieurs psychothérapies et outils thérapeutiques tels que l'EMDR, l'hypnothérapie ou encore la cohérence cardiaque, elle exerce sa pratique clinique en cabinet libéral auprès d'une population d'enfants, adolescents et adultes.

Elle est également chargée de cours à l'Université de Lorraine et intervient dans diverses entreprises ou cellules de crise pour la prise en charge post-traumatique d'urgence.

## **Antoine Bioy**

Antoine Bioy est Professeur de psychologie clinique et psychopathologie à l'université de Paris 8 (IED) et directeur adjoint du Laboratoire de Psychopathologie et Neuropsychologie. Il est par ailleurs responsable scientifique du centre de formation et d'étude en Hypnose « Ipnosia » ([Ipnosia.fr](http://Ipnosia.fr)). Après 15 ans passés au centre d'évaluation et de traitement de la douleur du CHU Bicêtre, il exerce actuellement sa pratique clinique en libéral. Enfin, il est membre titulaire de la commission des psychologues de la douleur (SFETD) et a publié chez Dunod plusieurs ouvrages de référence autour de la psychologie médicale et également de l'hypnose. Aux PUF, il est auteur de « l'Hypnose » (collection Que sais-je ?).

## **Marie-Jo Brennstuhl**

Marie-Jo Brennstuhl est Docteur en psychologie, psychologue clinicienne de la santé et psychothérapeute. Elle pratique diverses approches thérapeutiques telles que l'EMDR, l'hypnose ou l'EFT au sein de sa pratique clinique en cabinet libéral auprès d'adultes.

Chercheuse associée au Laboratoire APEMAC EA4360 de l'Université de Lorraine, elle y est responsable du Diplôme Universitaire « Psychothérapie EMDR, psychotraumatologie et compléments psychopathologiques ».

Également titulaire d'un Diplôme en Nutrition, Micro-nutrition et Alimentation santé, elle est l'auteure de l'ouvrage *Alimentation Santé, de l'intestin au régime méditerranéen, toute l'alimentation santé expliquée*, aux éditions Dunod (2018).

Ses travaux portent sur la prise en charge des maladies chroniques, et notamment la douleur chronique, dans une approche intégrative.

### **Séverine Conradi**

Séverine Conradi est psychologue clinicienne exerçant à la Consultation d'Évaluation et de Traitement de la douleur du CHRU de Nancy.

Formée aux Thérapies Comportementales et Cognitives et à l'hypnose à visée antalgique, elle est impliquée dans la prise en charge de la douleur chronique auprès d'adultes depuis 2001.

Sa pratique est centrée sur l'évaluation psychologique et la compréhension des mécanismes en jeu dans la chronicisation de la douleur.

### **Frédéric Dionne**

Frédéric Dionne est psychologue et Professeur au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Il est également chercheur au Groupe de recherche et d'intervention sur la présence attentive (GRIPA) et au Réseau québécois de recherche sur la douleur (RQRD). Il s'intéresse notamment à la validation de la théorie et des traitements fondés sur l'ACT dans la douleur chronique.

### **Jean-Michel Gurret**

Jean-Michel Gurret est psychothérapeute, fondateur de l'Institut Français de la Psychothérapie Émotionnelle et Cognitive, formé aux TCC, à la thérapie ACT, la cohérence cardiaque et à l'hypnose. Il est formateur certifié aux outils de la psychologie énergétique dont l'EFT.

## **Françoise Laroche**

Françoise Laroche est Professeur associé douleur, rhumatologue, praticien hospitalier au Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur et de l'unité mobile de soins palliatifs et consultant dans le service de rhumatologie de l'Hôpital Saint-Antoine à Paris.

Elle est Docteur en Sciences de l'Université Pierre et Marie Curie, Paris VI, et présidente du CEDR (Section douleur de la SFR et Section rhumatologie de la SFETD)

Elle utilise les approches cognitivo-comportementales et éducatives en groupe de patients, à l'Hôpital Saint-Antoine et dans le cadre du réseau Lutter Contre la Douleur Ville-Hôpital Paris.

Elle est également responsable de l'enseignement de la douleur et des soins palliatifs à l'Université Paris 6, auprès des étudiants de 4<sup>ième</sup> année de médecine, ainsi que du Diplôme Universitaire : « Thérapies cognitivo-comportementales de la douleur chronique » à l'Université Paris VI.

## **Charles Martin-Krumm**

Charles Martin-Krumm est Maître de Conférences Habilité à Diriger les Recherches à l'ESPE de Bretagne à Rennes, enseignant associé à l'Institut de Formation en Education Physique et Sportive d'Angers, chercheur associé au laboratoire APEMAC EA4360, Université de Lorraine à Metz, ainsi qu'à l'Institut de Recherches Biomédicales des Armées.

Le Dr. Charles Martin-Krumm a enseigné l'éducation physique et sportive pendant 18 ans au sein d'établissements scolaires difficiles en tant que professeur agrégé d'EPS.

Il a orienté ses recherches dans le domaine de la motivation en général, et plus particulièrement dans celui de la Psychologie Positive, sur l'optimisme et la capacité de l'individu à rebondir après échec, ainsi que sur le burnout, l'espoir, l'activité physique, les émotions, la santé et le bien-être.

Expert scientifique pour de nombreuses revues nationales ou internationales, il compte de nombreuses publications, articles, chapitres d'ouvrages et ouvrages, et communications scientifiques.

### **Élisabeth Spitz**

Elisabeth Spitz est professeure en Psychologie de la Santé, Health Psychology, à l'Université de Lorraine, membre de l'unité de recherche APEMAC EA 4360 « Adaptation, mesure et évaluation en santé. Approches interdisciplinaires » Pôle scientifique : Biologie – Médecine – Santé (BMS).

Elle a assuré la direction de l'Equipe de recherche en Psychologie de la santé, EPSAM, Metz de 2001 à 2013. Elle est membre fondateur de la MSH-Lorraine, USR 3261 CNRS, élue au comité de pilotage et responsable scientifique de l'axe « Qualité de vie, Santé et Handicap » de 2005 à 2015. Elle a fait soutenir plus d'une vingtaine de doctorats en psychologie de la santé. Ses travaux portent sur l'adaptation à la maladie chronique et à la douleur. Dans ce cadre, elle travaille entre autres sur les représentations de la maladie et de la douleur et sur l'évaluation de l'efficacité d'interventions complexes.

### **Marion Trousselard**

Marion Trousselard est médecin en chef au sein du service de santé des armées et professeur agrégé de l'école du Val de Grâce de sciences cognitives et neurosciences. Elle dirige l'unité de neurophysiologie du stress de l'Institut de Recherches Biomédicales des Armées (IRBA).

Ses travaux portent sur une meilleure compréhension des mécanismes physio-psychologiques et neurobiologiques de la réponse de stress aiguë et chronique. Dans ce cadre, elle travaille sur la disposition de pleine conscience, comme facteur de protection, et d'adaptation de l'individu à son environnement et sur les programmes d'optimisation du potentiel pour le maintien d'une bonne santé.

### **Josée Veillette**

Josée Veillette est Doctorante (D. Ps.) au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Elle s'intéresse à la douleur chronique et aux traitements autoadministrés fondés sur l'ACT.

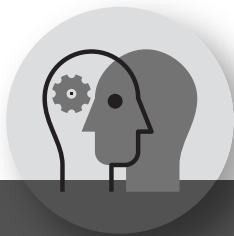




# Chapitre 1

## **Les paradigmes de la douleur**

FANNY BASSAN, SÉVERINE CONRADI,  
MARIE-JO BRENNSTUHL



❶	Généralités sur la douleur	16
❷	Mesures et évaluations de la douleur	23
❸	Modèles explicatifs	30

**L**A DOULEUR CHRONIQUE ou syndrome douloureux chronique est une problématique qui ne cesse de questionner les professionnels de santé ainsi que les chercheurs. En effet, cette pathologie représente un réel enjeu de santé publique. Face aux plaintes persistantes des patients atteints ainsi qu'aux échecs thérapeutiques répétés, les chercheurs de toutes disciplines se sont penchés, depuis quelques décennies, sur ce phénomène afin d'éclaircir ce concept si complexe.

Ce chapitre s'attellera à faire un point sur les définitions, les types de douleurs mais aussi sur les composantes de la douleur chronique. Les mesures et évaluations possibles de la douleur seront également abordées avant de proposer les principaux modèles explicatifs en psychologique et psychopathologie.

## 1 GÉNÉRALITÉS SUR LA DOULEUR

### Définition de la douleur

La définition consensuelle et permettant aux professionnels de travailler ensemble a été posée par l'IASP (International Association for the Study of Pain) en 1979 par ces termes :

« La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes d'une telle lésion. »

D'emblée nous trouvons ici la notion de subjectivité mais aussi les dimensions affectives et émotionnelles de la douleur, et cela quelle que soit l'étiologie de la douleur.

Il est devenu incontournable pour les professionnels de santé en charge de la douleur de prendre en considération ces notions afin d'apporter une prise en charge multidimensionnelle aux patients douloureux.

## Les différentes composantes de la douleur

On retrouve quatre composantes fondamentales, inhérentes à toute douleur : la composante sensori-discriminative, la composante affective et émotionnelle, la composante cognitive et la composante comportementale. Lorsqu'une personne dit « j'ai mal », elle parle d'une douleur sur les 4 composantes simultanément, rendant d'emblée le message plus complexe.

### ► Sensori-discriminative

Cette composante correspond aux mécanismes neurophysiologiques qui permettent l'identification de la nature (brûlure, coup, torsion...), de la durée (brève ou continue), de l'intensité ou encore de la localisation de la douleur.

À noter qu'il arrive parfois que ce décodage de la douleur soit absent ou retardé comme dans le cas de certains cancers par exemple.

### ► Affective et émotionnelle

Cette composante confère à la douleur une place spécifique parmi le champ des perceptions. La composante affective fait partie intégrante de l'expérience douloureuse et lui associe sa tonalité désagréable, pénible, difficilement supportable. Elle peut être déterminée par différents éléments (l'étiologie de la douleur en elle-même, le contexte, l'individu...) et peut se prolonger vers des états émotionnels spécifiques d'anxiété et/ou dépression.

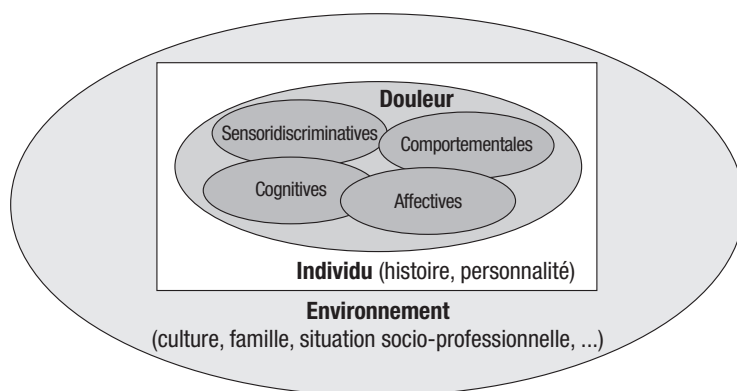
### ► Cognitive

On désigne par cette composante un ensemble de processus mentaux susceptibles d'influencer la perception douloureuse. Elle regroupe les processus d'attention et de diversion de l'attention, les interprétations et valeurs attribuées à la douleur, les anticipations, les références à des expériences douloureuses antérieures personnelles ou observées et les décisions sur le comportement à adopter.

### ► Comportementale

La composante comportementale englobe, quant à elle, les manifestations verbales et non verbales du patient douloureux. Il s'agit par exemple des grimaces, expressions faciales ou encore la position antalgique adoptée par le malade mais plus largement cela correspond à l'ensemble des réactions

observables mises en place par la personne qui est confrontée à une douleur. Ces manifestations peuvent avoir diverses interprétations : manifestations réactionnelles à la douleur, tentatives pour la soulager, disparition des comportements habituels bien portants. On peut ainsi évoquer le phénomène d'évitement, les troubles du sommeil ou encore les répercussions sur l'autonomie, la vie de famille, la sexualité, le travail, etc. Cette composante sera très importante à observer pour les personnes en difficultés de communication. À noter que l'ensemble de ces dimensions est lui-même sous l'influence de facteurs environnementaux, professionnels, familiaux, sociaux et culturels, passés ou présents (modèle conceptuel biopsychosocial de la douleur).



**Figure 1.1.** La douleur, une perception complexe

## Types de douleurs

Nous retrouvons classiquement plusieurs grands types de mécanismes générateurs de la douleur : excès de nociception, neuropathique, idiopathique ou fonctionnel et psychogène.

### ► Excès de nociception

La douleur par excès de nociception est le mécanisme le plus courant. Il s'agit là d'une stimulation somatique mécanique (musculaire, osseuse, cutanée...) ou d'origine infectieuse, dégénérative, traumatique ou viscérale, etc. des tissus périphériques. Elle correspond à la douleur que tout le monde est amené à rencontrer et pour laquelle la prise en charge est souvent codifiée.

### ► Neuropathique

Les douleurs neuropathiques sont des douleurs qui succèdent à une atteinte du système nerveux périphérique (amputation, zona, etc.) ou centrale (paraplégie, suite à un AVC...). Dans certains cas, cette lésion est documentée (par des imageries ou des examens spécifiques), parfois elle sera établie à partir de la présentation clinique. Ce sont des douleurs spécifiques en termes de sensations et de mécanismes nécessitant une prise en charge particulière.

### ► Idiopathique ou fonctionnelle

Les douleurs idiopathiques ou fonctionnelles sont des douleurs que l'on ne peut classer dans les deux catégories précédentes. Il s'agit des douleurs dont la cause n'est corrélée avec aucune lésion observable ou supposée. On sera plutôt sur une hypothèse de dysfonctionnement d'un organe ou d'une fonction. On peut par exemple, citer des dérégulations du système de contrôle de la douleur ou certaines pathologies survenant ponctuellement lors de la rencontre de plusieurs facteurs (hormonaux, physiologiques, émotionnelles, comportementaux, etc.).

### ► Psychogène

La douleur psychogène correspond à une douleur présente dans le corps dont le mécanisme générateur est uniquement psychologique. Ce mécanisme est évoqué face à des critères sémiologiques et psychopathologiques spécifiques et non uniquement face à la non-organicité de la douleur. Cela nécessite une évaluation et une prise en charge spécifiques. Parmi les mécanismes psychopathologiques en jeu, on retrouve les douleurs dans le cadre d'une conversion hystérique, d'une hypochondrie, d'une somatisation, d'hallucinations...

### ► Focus DSM<sup>1</sup> et troubles somatoformes

Les conceptions évoluent et à titre d'illustration, on peut ainsi rapporter le cheminement observé par le DSM sur les troubles somatoformes. En effet, ils apparaissent dans le DSM-IV-TR et distinguent :

- Trouble somatisation
- Trouble somatoforme indifférencié

---

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

- Trouble de conversion
- Trouble douloureux
- Hypochondrie
- Trouble : peur d'une dysmorphie corporelle
- Trouble somatoforme non spécifié

Les caractéristiques des troubles somatoformes, dont fait partie le Trouble douloureux, spécifiques au DSM-IV-TR, ont subi une évolution drastique lors de l'élaboration du DSM-V. En effet, ces critères étaient peu utilisés par les cliniciens.

Le nouveau DSM-V semble ouvrir la voie à une nouvelle compréhension de la douleur en la proposant comme un « *Complex Somatic Syndrom Disorder* » ou une spécificité d'un « *Somatic Syndrom Disorder* », et reconditionne l'ensemble des troubles somatoformes. Le terme de « trouble somatoforme » du DSM-IV est alors remplacé par « troubles à symptomatologie somatique et apparentés ».

La nouvelle définition du trouble douloureux prendrait en compte plus spécifiquement les cognitions et pensées négatives liées à la douleur et son exacerbation, ainsi que le haut niveau d'anxiété et de préoccupations associé. La nouveauté réside également dans le fait que le DSM-V renvoie en diagnostic différentiel le trouble douloureux aux troubles anxieux et dépressifs. Un lien entre le trouble douloureux et les troubles anxieux commence donc à apparaître.

Le « *Complex Somatic Syndrom Disorder* » n'est alors plus caractérisé uniquement par les symptômes pouvant perturber le patient, mais également par toutes les réponses réactionnelles ou symptomatiques disproportionnées ou inadaptées. Par ailleurs, il est spécifiquement établi que la souffrance du patient est authentique, quand bien même elle ne serait pas expliquée médicalement. Cette caractéristique est bienvenue dans le DSM-V car elle vient valider officiellement la souffrance du patient douloureux chronique qui expérimente des symptômes médicalement inexpliqués.

Le critère A du « *Trouble à symptomatologie somatique* » définit que le patient doit souffrir d'un ou plusieurs symptômes somatiques causes de détresse ou perturbant significativement la vie quotidienne.



Le critère B concerne les pensées, sentiments ou comportements excessifs liés aux symptômes somatiques ou aux préoccupations sur la santé suscitées par ces symptômes et devant être exprimé sous au moins 1 des 3 formes suivantes :

- Pensées persistantes et excessives concernant la gravité de ses symptômes
- Persistance d'un niveau élevé d'anxiété concernant la santé ou les symptômes
- Temps et énergie excessifs dévolus à ces symptômes ou aux préoccupations concernant la santé

Le critère C inclut la notion de chronicité et pose la limite de 6 mois après lesquels ces symptômes seront considérés comme un « *Trouble à symptomatologie somatique* ».

À la différence du DSM-IV-TR qui proposait le « *trouble somatique* », le DSM-V inclut dans le « *Trouble à symptomatologie somatique* » la possibilité de souffrir de plusieurs plaintes somatiques. Le patient peut également avoir un haut niveau d'anxiété et de préoccupation lié à sa santé, ce qui était auparavant classifié en tant qu' « *hypocondrie* ».

Dans le DSM-V, les affections telles que l'hypocondrie, le trouble de somatisation, le trouble somatoforme indifférencié et le trouble douloureux, ont donc été regroupées sous la même catégorie de « *Trouble à symptomatologie somatique* », car on retrouve dans ces affections bon nombre de symptômes communs. Par ailleurs, les cognitions perturbantes et l'anxiété font partie à part entière du syndrome, et ne sont plus simplement sous-entendues dans un trouble médicalement non expliqué. La distinction entre une douleur aiguë médicalement expliquée et une douleur chronique va donc se faire de manière plus tranchée. Les nouveaux critères nosologiques du DSM-V propulsent le trouble douloureux chronique dans la catégorie générale d'un trouble somatique, dans une perspective biopsychosociale et non plus uniquement dans un trouble médicalement non expliqué où « tout est dans la tête », reconnaissant de ce fait l'authenticité de la souffrance du patient.

L'identification de l'étiologie de la douleur est une étape indispensable dans la prise en charge et nécessite parfois plusieurs consultations et hypothèses qu'il convient d'explorer auprès des spécialistes concernés. Par exemple, les

douleurs neuropathiques sont souvent l'apanage des neurologues, les douleurs psychogènes des psychiatres ou psychologues.

Cependant dans un grand nombre de cas, malgré des évaluations réalisées dans les différents domaines, il est parfois difficile de trouver une étiologie précise, ou le plus souvent une multiplication ou une intrication des étiologies se retrouve rendant un niveau de complexité plus important encore.

## Douleur chronique

Lorsqu'on parle de douleur chronique, la définition n'est pas simple. La composante temporelle est souvent d'emblée présente, comme pour l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé), qui, en 1999, avait proposé la définition suivante :

« La douleur chronique est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes de telle lésion, évoluant depuis plus de 3 à 6 mois et/ou susceptible d'affecter de façon péjorative le comportement ou le bien-être du patient, attribuable à toute cause non maligne. »

Cette conception renvoie à la distinction faite entre la douleur chronique et la douleur aiguë. Cette dernière est dite de « douleur signal d'alarme », révélant une atteinte. Cette douleur est alors considérée comme protectrice au sens où elle permet de stopper ou réduire l'exposition au stimulus et prévenir de l'existence d'une lésion ou de l'aggravation de la lésion quand cela est possible. Dans cette idée, la douleur chronique lorsqu'elle devient chronique devient une pathologie à part entière, avec des mécanismes spécifiques pouvant continuer à exister en dehors de l'atteinte initiale. La douleur chronique perd donc sa fonction d'alerte et de protection. Elle peut devenir destructrice pour la personne atteinte sur plusieurs niveaux (personnel, familial, social ou encore professionnel). De par la persistance de la douleur, des mécanismes spécifiques sont activés sur toutes les composantes de la douleur et des processus spécifiques émergent (cf. modèles explicatifs), rendant la problématique douloureuse plus complexe, résistante parfois aux traitements habituels et invalidante.

Cependant une deuxième notion est spécifiquement rattachée à la douleur chronique et sera par ailleurs développée dans les recommandations de

l'HAS en 2008 : il s'agit de la prise en considération du vécu des douleurs par l'individu. On parlera de douleur chronique, « quelles que soient sa topographie et son intensité, lorsque la douleur présente plusieurs des caractéristiques suivantes :

- persistance ou récurrence ;
- durée au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, notamment si la douleur évolue depuis plus de 3 mois ;
- réponse insuffisante au traitement ;
- détérioration significative et progressive du fait de la douleur, des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école ou au travail. »

Il convient donc d'ouvrir nos champs d'investigation face à une douleur et de la percevoir sous toutes ses facettes en prenant en compte à la fois son aspect temporel mais également le vécu de l'individu. La douleur est par essence un phénomène complexe, impliquant une prise en charge tout aussi complexe nécessitant la coordination de plusieurs professionnels de professions et/ou de disciplines différentes. La première étape sera l'évaluation afin d'amener à une compréhension de la problématique.

## 2 MESURES ET ÉVALUATIONS DE LA DOULEUR

La démarche d'évaluation de la douleur représente une difficulté importante au sens où cette dernière n'est pas objectivable et qu'elle renvoie à une complexité déjà évoquée dans les précédents paragraphes. L'évaluation (et la réévaluation) est donc une étape indispensable pour la prise en charge de la douleur et peut permettre d'atteindre plusieurs objectifs :

- Elle permet au patient d'aborder de manière concrète l'importance de sa douleur.
- Elle permet également un retour et une adaptation éventuelle des traitements proposés.
- Elle est également utile au soignant qui dispose ainsi d'un outil de communication possible avec le patient, mais aussi un outil stable de liaison avec les divers professionnels impliqués dans la prise en charge.

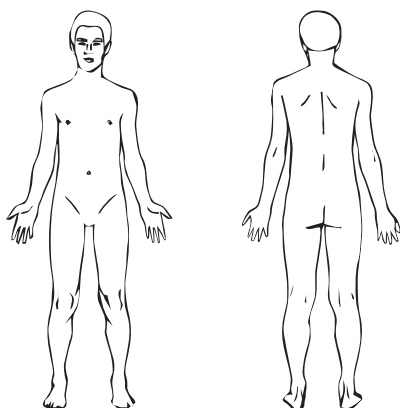
Il s'agit toutefois d'adapter l'évaluation à la population rencontrée (enfants, personnes âgées, non communicant, coma, etc....) et à la problématique rencontrée. On peut ainsi distinguer plusieurs types d'évaluation, qui peuvent parfois être coordonnés, rassemblés et discutés en équipe afin de mieux définir la problématique de la personne confrontée à une douleur. C'est notamment le fonctionnement de base des Structures spécialisées en Douleur Chronique (SDC) reposant sur une évaluation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.

## Évaluation algologique

Les professionnels de santé disposent de plusieurs outils d'évaluation tels que des échelles (unidimensionnelles) ou des questionnaires (multidimensionnelles). Nous allons décrire certains de ces outils les plus utilisés sur le terrain, en se basant sur les recommandations ANAES de 1999. Évidemment selon l'âge du patient, sa condition communicante, le type de douleurs, plusieurs outils existent. Nous évoquerons ici le cas d'un adulte communicant.

### ► Le schéma corporel

Cet outil permet au patient de localiser la ou les zones douloureuses mais également l'intensité de celle(s)-ci. Cet outil ne donne aucune autre indication que la localisation et l'intensité perçue du patient.

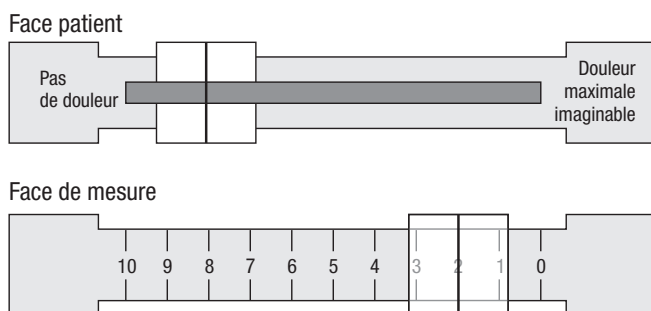


## ► L'échelle visuelle analogique

L'EVA est l'échelle la plus utilisée par les soignants. Il s'agit d'une réglette dotée d'un curseur glissant sur laquelle le patient va situer sa douleur entre « Absence totale de douleur » à « Douleur maximum imaginable ».

Cette réglette dispose également (pour le soignant) d'une graduation de 0 à 100 qui permet au professionnel une évaluation précise et chiffrée du ressenti douloureux.

Ici encore, aucune information n'est apportée au sujet de la nature de la plainte du patient.



## ► L'échelle numérique

L'EN est l'outil le plus utilisé par les soignants.

Ici, le patient doit choisir un chiffre entre 0 et 10 où 0 représente une absence totale de douleur et 10 la douleur maximale imaginable.

Cette échelle dispose de la même limite que les échelles précédentes au sens où là encore aucune information sur la nature de la plainte n'est donnée et seul le ressenti douloureux est évalué.



### ► Le questionnaire de la douleur de Saint-Antoine

Cette échelle multidimensionnelle, appelée communément QDSA, est la version française raccourcie du McGill Pain Questionnaire.

Ce questionnaire établit une liste de 61 adjectifs possédant une certaine valeur diagnostique. Ces qualificatifs permettent la reconnaissance de certains mécanismes de douleur et permettent également d'apprécier le retentissement affectif de la douleur.

### ► Le questionnaire Concis sur les Douleurs

Ce questionnaire, QCD, élaboré par Brasseur en 1997, est la version française du Brief Pain Inventory. Il permet d'évaluer le retentissement de la douleur sur le comportement quotidien en utilisant une échelle de 0 à 10, sur plusieurs dimensions (humeur, travail habituel, relation avec les autres, la capacité à marcher, le sommeil, le goût de vivre).

### ► La grille d'entretien semi-structuré de l'ANAES

Cette grille d'entretien s'intéresse au(x) :

- *Mode de début* : circonstances exactes, description de la douleur initiale, modalités de prise en charge immédiate, événements de vie concomitants, diagnostic initial, explications données, retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle) ;
- *Profil évolutif du syndrome douloureux* : comment s'est installé l'état douloureux persistant à partir de la douleur initiale, profil évolutif (douleur permanente, récurrente, intermittente...), degré du retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...) ;
- *Traitements effectués et actuels* : traitements médicamenteux antérieurs ou actuels, modes d'administration des médicaments (doses, durées), effets bénéfiques partiels, indésirables, raisons d'abandon, attitudes vis-à-vis des traitements ;
- *Antécédents et pathologies associées* : familiaux, personnels (médicaux, obstétricaux, chirurgicaux et psychiatriques) et leur évolutivité, expériences douloureuses antérieures ;

- *Description de la douleur actuelle* : topographie, type de sensation (brûlure, décharge électrique...), intensité, retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...), facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur ;
- *Contexte familial, psychosocial, médico-légal et incidences* : situation familiale, sociale, statut professionnel et satisfaction au travail, indemnités perçues, attendues, implications financières, procédures ;
- *Facteurs cognitifs* : représentation de la maladie (peur d'une maladie évolutive...), interprétation des avis médicaux ;
- *Facteurs comportementaux* : attitude vis-à-vis de la maladie (passivité...), modalités de prise des médicaments, observance des prescriptions ;
- *Analyse de la demande* : attentes du patient (faisabilité, reformulation), objectifs partagés entre le patient et le médecin.

## ► HAD

L'« Hospital Anxiety and Depression scale » ou plus communément appelé HAD est un outil de repérage des syndromes anxio-dépressifs. Il évalue les deux composantes, et permet d'obtenir un score global ou en fonction, un score de chaque dimension : anxiété et dépression. Il doit toutefois être complété par une évaluation psychologique ou psychiatrique pour apporter le diagnostic.

À travers l'utilisation de ces outils, une première évaluation peut être réalisée sous un angle bio-psycho-social. Ils permettent d'avoir une vision globale de la problématique et d'évoquer des premières pistes d'identification des mécanismes tant au niveau étiologique, qu'au niveau renforcement de la douleur dans le cas de la douleur chronique.

Cette première évaluation ne correspond cependant qu'à une partie de l'évaluation. Elle doit être couplée à une évaluation somatique précise et reprise si nécessaire ainsi qu'une évaluation psychologique. Cette dernière est réalisée par un psychologue ou un psychiatre en associant une évaluation psychologique de la douleur et de ses composantes, l'analyse psychopathologique du patient et de ses conséquences ainsi que des capacités d'adaptation de l'individu face à la douleur, incluant l'adhésion au projet thérapeutique proposé.

De la réalisation des évaluations dépend la détermination du diagnostic et de la définition de la prise en charge à proposer.

## Évaluation des comorbidités

L'interaction entre la douleur chronique et des troubles psychopathologiques est inévitable. Ces troubles peuvent être secondaires ou non à l'apparition de la douleur.

### ► Troubles dépressifs

Le développement de la dépression peut être antérieur, concomitant ou secondaire à l'apparition de douleurs chroniques.

Les personnes souffrant de douleur chronique ont davantage de risque de présenter un syndrome dépressif que les autres (de 31 à 100 % des patients seraient touchés).

Plusieurs hypothèses tentent de mettre en avant le rôle de la dépression dans le maintien des troubles douloureux. La dépression aurait, par exemple, un effet sur l'inhibition de la douleur chez les patients fibromyalgiques mais pourrait être également un prédicteur important de la diminution du sentiment d'auto-efficacité.

En effet, la dépression impacterait les activités quotidiennes, favoriserait un déconditionnement physique et serait à l'origine d'une augmentation des cognitions négatives voire même des distorsions cognitives sur les croyances associées à la douleur. Le fonctionnement optimal et la qualité de vie du patient sont ainsi perturbés.

### ► Troubles anxieux

L'anxiété est considérée comme un facteur de vulnérabilité dans la douleur chronique, notamment chez les femmes, en jouant un rôle dans l'intensité et l'incapacité liées à la douleur. Cela peut concerner tous les troubles anxieux mais se retrouve également en dehors d'un trouble caractérisé : l'anxiété, dans le cadre de la douleur chronique, va faire focaliser le patient sur des inquiétudes concernant les symptômes physiques et la maladie en général.



L'augmentation de l'anxiété dans le cadre de la douleur peut engendrer une augmentation de la sensibilité douloureuse, un évitement ou encore des cognitions dysfonctionnelles liées à la douleur.

### ► Trouble de Stress Post-Traumatique et Douleur

Certains auteurs mettent en avant une intrication très étroite du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT) et de la douleur chronique, l'un contribuant au maintien voire à l'aggravation des symptômes de l'autre.

Asmundson et ses collaborateurs proposent un modèle de vulnérabilité basé sur le rôle de l'anxiété pour comprendre le lien entre TSPT et douleur. Dans leur modèle, la « *sensibilité anxieuse* » augmente le niveau d'alerte de l'individu pendant un événement stressant, ce qui le prédispose d'autant plus au développement du TSPT au travers de la conscience de la menace, mais également au risque de douleur chronique à travers le dommage corporel.

À la différence de Sharp et Harvey qui pensent la « *sensibilité anxieuse* » comme un facteur de maintien du lien entre TSPT et douleur chronique.

Dans leur modèle, ces auteurs proposent une série de 7 processus expliquant le maintien voire l'aggravation mutuelle du TSPT et de la douleur chronique :

- *Les biais attentionnels* : la sensation douloureuse rappelle le trauma de manière récurrente.
- *La sensibilité anxieuse* : rôle de maintien de la comorbidité entre TSPT et douleur chronique à travers l'interprétation des sensations.
- *Les reviviscences du trauma* : la douleur traumatique est ici envisagée comme une reviviscence traumatique et maintient le lien entre la sensation physique et le trauma.
- *Le coping évitant* : l'incapacité du patient pour certaines activités physiques ainsi que l'évitement.
- *La dépression et réduction des activités* : va entretenir l'incapacité relative à la douleur ainsi que l'évitement du trauma.
- *La perception douloureuse* : intensifiée par l'anxiété, elle augmente le niveau de douleur perçue, la détresse émotionnelle et l'incapacité des patients.

- *Les ressources cognitives* : étant utilisées pour gérer la douleur ainsi que le TSPT, il ne reste que très peu de ressources disponibles pour développer des stratégies plus adaptatives.

Enfin, les patients atteints de TSPT souffriraient davantage de douleur chronique (en termes de sévérité et/ou de localisations dans le corps) et présenteraient une sensibilité accrue aux stimuli douloureux.

Nous constatons ici que pour certains il s'agit d'une comorbidité où la douleur chronique et le TSPT sont maintenus mutuellement par différents facteurs. Pour d'autres, il s'agit davantage d'une vulnérabilité étiologique expliquant l'apparition et la comorbidité de la douleur chronique et du TSPT.

D'autres auteurs émettent l'hypothèse que la douleur apparaîtrait comme une manifestation réactionnelle de même nature que le TSPT, mais sur un plan somatique.

### 3 MODÈLES EXPLICATIFS

Au vu de ce qui vient d'être dit, nous pouvons nous poser la question de l'origine d'une douleur chronique. Les évaluations permettent d'éclairer la problématique du patient présentant une douleur chronique et d'orienter vers un modèle explicatif spécifique. Devant la multitude des situations cliniques, nous avons une multitude de modèles explicatifs possibles allant du physiologique au psychologique et psychopathologique. Attardons-nous un moment sur les modèles psychologiques et psychopathologiques possibles.

#### Psychodynamique

Ce courant de pensée se concentre sur la personnalité et la psychopathologie, permettant ainsi d'apporter un éclairage spécifique sur la problématique douloureuse.

Pour certains, la douleur serait une forme particulière de dépression qui ne serait pas mentalisée mais directement somatisée. Le corps serait en quelque sorte le porte-parole de la douleur ressenti suite à un événement vécu dans la vie de l'individu.

Dans la pratique, il s'agirait alors de remonter, à travers une anamnèse solide, à un événement de vie lié à l'apparition de la douleur chronique.

Nous trouvons fréquemment des épisodes de pertes d'un être cher suite auxquelles les personnes ressentent des sentiments tels que de la colère ou de la culpabilité. Ces sentiments, difficilement acceptables pour les personnes, se retourneraient alors contre eux et particulièrement sur leurs corps. Notons que ce lien est difficilement identifiable par le patient qui aura des difficultés à identifier un souvenir déclencheur.

En outre, la douleur s'inscrit dans le cadre d'une relation à l'autre où des bénéfices primaires et secondaires peuvent être ressentis.

Les bénéfices primaires peuvent prendre la forme d'une diminution de l'anxiété liée au conflit intrapsychique au sens où les symptômes physiques matérialiseraient les conflits intrapsychiques et permettraient donc une économie du psychisme.

Les bénéfices secondaires, eux, concernent le gain d'attention des proches du patient qui engendrerait une satisfaction émotionnelle. Dans ce cas, toute la structure familiale va s'organiser autour de la douleur.

Enfin, tous les patients ne présentent pas les mêmes réactions face à la douleur. En effet, cette décompensation à travers la douleur se fait à travers la personnalité de la personne avec ses forces et ses faiblesses.

Dans cette perspective psychodynamique nous pouvons distinguer les personnalités hystériques, psychosomatiques et hypocondriaques :

*Douleur et hystérie* : l'hystérie est caractérisée par des symptômes cliniques exprimés par des symptômes somatiques tels que des paralysies fonctionnelles, une hyperesthésie, des contractures ou encore des crampes (sans lésion organique identifiable). Tous ces symptômes limitent les possibilités d'action du patient. À ces symptômes s'ajoute « la belle indifférence de l'hystérique » qui se caractérise par un discours serein ou théâtral face à un symptôme exacerbé. Nous retrouvons en effet parfois des patients qui montrent une souffrance physiquement en discordance avec son discours.

*Douleur et psychosomatique* : ici, au lieu de s'épuiser, l'émotion va engendrer des lésions organiques. À force de troubles fonctionnels chroniques provoqués par une tension émotionnelle intense et chronique, une lésion organique va apparaître. La maladie psychosomatique va se détourner de la recherche de « vrai » problème et va se tourner vers l'organique. En effet,

l'expression verbale ou motrice bloquée va provoquer des désordres organiques.

*Douleur et hypocondrie* : l'hypocondrie se caractérise par une préoccupation envahissante accompagnée de symptômes somatiques et surtout de la conviction que ces symptômes traduisent une maladie grave (en dépit de l'avis médical). Le patient est alors focalisé sur son corps et ses sensations afin de déceler à tout moment une maladie grave. La tolérance à la douleur est alors réduite.

## Cognitivo-comportementale

La douleur peut être appréhendée, ici, comme un ensemble de comportements appris, pouvant être modifiés. Les modèles de l'apprentissage répondant, opérant et social, la loi de l'appariement généralisé et le concept de kinésiophobie se distinguent dans la littérature comme étant des modèles explicatifs de l'apparition et du maintien de la douleur chronique. Ces modèles présentent des intérêts et limites et aucun ne peut se targuer de pouvoir expliquer ce phénomène de façon exhaustive.

**L'apprentissage répondant** : ce modèle permet de rendre compte de l'apparition ou du maintien de certaines catégories de douleur.

L'association du stimulus nociceptif et d'un contexte va provoquer une majoration du ressenti douloureux sur toutes ses composantes : sensitives, affectives, cognitives et comportementales.

Par ailleurs, dans certains cas, si l'association entre le stimulus conditionnel et la réponse inconditionnelle ne se répète pas dans le temps, cette association s'estompe.

**L'apprentissage opérant** : Des comportements tels que des postures, grimaces, plaintes, silences jusqu'à l'arrêt de travail ou d'activités, en cas de douleur, peuvent entraîner des conséquences comme l'apparition de nouveaux comportements (proposition d'aide par exemple). Ainsi le comportement de la personne confrontée à une douleur chronique va engendrer des conséquences qui agiront sur la probabilité de répétition ou d'évitement de ce comportement. On parlera ainsi de renforcement pour tout ce qui accroît la probabilité d'un comportement. Le renforcement peut être négatif (évitement d'une conséquence désagréable, « Quand j'ai mal, les mauvaises

choses n'arrivent pas, alors qu'elles arriveraient autrement ») ou positif (apparition d'une conséquence agréable, plaisante « Les bonnes choses arrivent quand j'ai mal et n'arriveraient pas autrement »).

La punition (terme utilisé ici sans aucune connotation morale) a également un impact et correspond à tout ce qui diminue la probabilité d'apparition d'un comportement. Chez des patients présentant une douleur chronique, il peut s'agir d'une diminution de comportements sains qui vont décroître. Par exemple, la reprise d'une activité professionnelle va progressivement être punie négativement car l'entourage va de moins en moins porter son attention sur le patient. Ce dernier va alors faire moins d'efforts dans le sens d'une reprise d'activité.

La punition positive, à l'inverse, va amener à la diminution de certains types de comportement notamment au niveau physiologique. En effet, certains comportements vont provoquer l'apparition ou l'augmentation des douleurs entraînant ainsi la diminution de ces comportements afin d'éviter la punition.

**La kinésiophobie** : ce concept se définit par la peur irraisonnée du mouvement et ainsi la peur de l'apparition ou la réapparition d'une douleur. Cette peur est à l'origine du mécanisme de l'évitement qui se va se généraliser et s'étendre très rapidement à de nombreuses activités. Cette peur est également à l'origine de l'apparition de biais cognitif tel que le catastrophisme et peut engendrer deux conséquences majeures sur le comportement du patient ; en évitant des activités ou des mouvements, il va se focaliser davantage sur les sensations corporelles et douloureuses et active ainsi un processus d'hypervigilance. De plus, d'un point de vue physique et physiologique, on observe un mécanisme de déshabituement du corps qui perd des capacités (on parlera de déconditionnement physique).

**Loi de l'appariement généralisé** : cette loi englobe les mécanismes d'apprentissage et de kinésiophobie. Ici, plus l'activité est renforçante, plus elle va être réalisée. Lorsqu'il est proposé au patient douloureux une hausse de son activité générale, il est nécessaire de recréer des conséquences renforçantes auxquelles il n'a plus accès. Il s'agit en d'autres termes de trouver un équilibre entre l'augmentation des renforçateurs des comportements sains et la diminution des renforçateurs des comportements douloureux.

**L'apprentissage social** : ce modèle part du principe qu'il est possible d'apprendre un comportement par simple observation ou imitation ou par la médiatisation par le langage.

Nous trouvons ici la notion de sentiment d'efficacité personnelle. Si ce sentiment est élevé, le patient va penser que son efficacité personnelle peut lui permettre de ne pas réagir comme autrui. À l'inverse, s'il estime son efficacité personnelle faible, il aura tendance à se soumettre aux aléas d'autrui et de l'environnement.

Le sentiment d'inefficacité personnelle semble directement impacter dans l'apparition de symptômes dépressifs chez les patients douloureux chroniques. À l'inverse, un sentiment d'efficacité personnelle élevé diminuerait ces symptômes.

Le sentiment d'efficacité personnelle peut donc être présenté comme un véritable facteur de résilience.

**Modèles cognitifs complémentaires** : l'accent peut être mis sur les processus de pensées de l'individu, sa façon d'interpréter la douleur sous forme de distorsions cognitives, d'erreurs de pensées ou d'interprétations.

Dans le cadre de la douleur chronique, ces distorsions cognitives apparaissent sous différentes formes :

- *La surgénéralisation* : attribution d'une valeur générale à un événement ponctuel.
- *La pensée dichotomique* : pensée en tout ou rien.
- *L'inférence arbitraire* : conclusion définitive en l'absence de preuves suffisantes ou probantes.
- *La pensée négative* : ensemble des éléments positifs d'une situation qui sont interprétés comme peu importants.

**Le catastrophisme** : discours intérieur négatif, des croyances négatives sur l'évolution de la maladie. Cette entité est certainement la plus étudiée par le cadre de la douleur chronique. Ce facteur est constitué à la fois d'interprétations cognitives et de composantes affectives. Son impact sur le patient douloureux peut s'étendre de l'augmentation de l'intensité douloureuse jusqu'à des conséquences sur le fonctionnement social, la santé mentale ou encore la santé en général.

Il apparaît que le catastrophisme, composé de pensées négatives, peut agir en amont ou en aval de l'apparition de la douleur et serait même le principal facteur parmi la dépression, la kinésiophobie et le coping, pouvant prédire l'installation de la douleur chronique.

Notons que ce concept a un tel impact sur la douleur chronique que les chercheurs ont démontré que le catastrophisme serait prédicteur de l'intensité douloureuse dans la population tout venant.

Il semble que l'acceptation pourrait se positionner comme un moyen de pallier aux effets néfastes des pensées négatives et du catastrophisme chez les patients douloureux chroniques. Changer les modes de pensées et les cognitions du patient semble être une réponse thérapeutique probante afin d'augmenter les capacités de coping, de diminuer l'intensité douloureuse mais également les affects dépressifs et le sentiment de handicap ressenti.

## Émotionnelle

Le fonctionnement émotionnel semble jouer un rôle prépondérant dans la modification sensorielle du ressenti douloureux mais également sur l'expression de la composante affective. En effet, il semble que l'alexithymie ou l'évitement seraient associés à une intensification du ressenti douloureux tandis que la compréhension et l'expression émotionnelle auraient l'effet inverse (à travers le concept de coping centrée sur l'émotion par exemple).

L'alexithymie est définie comme « *une absence de mots pour décrire les émotions* ». Il ne s'agit pas uniquement de l'expression des émotions mais également de l'identification de celles-ci. L'évitement émotionnel peut se manifester à travers le concept d'alexithymie mais également à travers le concept de suppression émotionnelle.

La douleur chronique est particulièrement touchée par des désordres émotionnels qui pourraient être des facteurs d'induction ou de renforcement de douleur. En effet, la détresse émotionnelle induite par la douleur viendrait perturber l'expression du ressenti et ainsi tout le traitement émotionnel des patients.

Deux phénomènes semblent être prépondérants dans ces bouleversements émotionnels induits par la douleur chronique :

- **La peur de la douleur** : le processus attentionnel participe à la régulation émotionnelle dans le déclenchement et l'extinction de l'émotion. Ainsi, dans le cas de la douleur aiguë, une attention focalisée sur la sensation douloureuse représente un mécanisme de survie. Or, si cette attention est répétitive, elle devient inadaptée et dysfonctionnelle, participant ainsi à la chronicisation de la douleur au sens où elle entraînerait le maintien de ruminations mentales concomitantes. C'est ainsi que le lien entre la peur de la douleur et ces processus attentionnels a été établi. La peur de la douleur et une propension aux affects négatifs influenceraient la focalisation attentionnelle sur la douleur. En d'autres termes, une douleur évaluée comme menaçante engendrerait une peur de la douleur. Cette dernière engendrerait une hypervigilance puis un comportement d'évitement. Ces processus conduiraient à un sentiment d'incapacité à réaliser les activités du quotidien, qui déboucheraient sur un syndrome dépressif. À l'inverse, des patients maintenant un niveau de performance élevé en niant leur douleur, provoqueraient un accroissement et un maintien de leur douleur.
- **La répression des émotions** : la notion de répression émotionnelle se définit comme une lutte consciente et consentie par le patient contre l'activité cognitive et comportementale produite par l'émotion. Des auteurs suggèrent que la répression émotionnelle, bien que limitée dans le temps, provoquerait un retour accru de l'émotion négative (telle que la colère particulièrement retrouvée chez les patients douloureux) et ainsi de la douleur.

## Place du trauma dans la douleur chronique

Nous avons déjà cité précédemment la liaison de comorbidité importante entre douleur chronique et TSPT. Plusieurs facteurs sont mis en évidence pour tenter d'expliquer ce phénomène. Il semble, en effet, que la gravité de la blessure (en cas d'accident par exemple) et les problèmes de santé qu'elle engendre semblent être des prédicteurs significatifs du TSPT, tout comme la sévérité de la douleur et les symptômes initiaux de trauma.

Ce lien de comorbidité entre la douleur chronique et le TSPT peut également être complété par d'autres troubles comorbides pouvant être associés. Il a,



par exemple, été montré que les troubles anxio-dépressifs, corrélés à la douleur, aggravent et chronicisent cette dernière. En outre, il semblerait que les troubles anxieux jouent un rôle important dans la comorbidité entre la douleur chronique et le TSPT. En effet, l'anxiété liée à la douleur ou au trauma semble être un bon prédicteur de sévérité et de chronicité des troubles douloureux et traumatiques.

Comme vu précédemment, la « sensibilité anxieuse » en serait un facteur de maintien.

Enfin, le trouble de panique et le TSPT, inclus dans les troubles anxieux, semblent également présenter le plus de comorbidité avec la douleur chronique et il en est de même pour la dépression. Le TSPT serait, en effet, directement associé à la dépression alors que celle-ci aurait une influence sur l'intensité de la douleur mais aussi sur le chemin de l'individu vers l'invalidité.

En outre, une revue de la littérature explore les liens entre douleur, dissociation et représentation de soi. La douleur serait abordée comme une modification inconsciente de la représentation de soi durant un épisode de dissociation (fréquent lors d'un événement traumatique). Lors du trauma, une identité somatique serait alors créée et dissociée de la représentation de soi subliminale.

D'autres auteurs, eux, ont tenté de mettre en avant le lien entre des abus durant l'enfance et la douleur chronique à l'âge adulte. Il existerait une proportion plus importante de problèmes de santé (dont la douleur) chez les personnes rapportant des abus. Ce lien serait d'autant plus fort si la personne a développé un TSPT suite aux abus. Le TSPT semblerait donc être un médiateur entre les expériences traumatiques et l'apparition de douleur chronique.

Le lien entre TSPT et douleur chronique, bien que non discutable, reste complexe. En effet, en fonction de la population ou du trouble évalué, la douleur peut être à la fois un facteur participant à l'installation de le TSPT, et un facteur de maintien. Il en est de même pour le TSPT qui se trouve à la fois en position de facteur déclenchant, et facteur de maintien de la douleur chronique.

Certaines données semblent faire davantage consensus ; les troubles anxio-dépressifs agiraient en qualité de médiateur de cette comorbidité.

De plus, le facteur commun entre toutes les populations, douleurs et types de TSPT se situe au niveau du trauma ou de l'événement traumatique ayant amené le patient à développer une douleur, un TSPT ou un trouble comorbide. En cela, la douleur chronique serait envisagée comme une réponse réactionnelle de même nature que le TSPT mais sur un mode de réponse différent (somatique). La douleur serait donc une réponse possible au trauma influencé par le mode fonctionnement de la personne. Les troubles comorbides annexes (dépression, anxiété généralisée...) seraient des médiateurs des leurs symptômes.

La comorbidité de symptômes d'un TSPT et de douleur chronique pourrait nous mener à positionner ces troubles sur un même niveau ; celui du trouble réactionnel. L'apparition de l'un ou l'autre des troubles dépendrait du mode de fonctionnement du patient ayant tendance à somatiser ou non mais également de la temporalité.

En effet, le TSPT semblent être un facteur aggravant voire prédicteur de la chronicisation de la douleur aiguë en douleur chronique. Le TSPT serait alors un indicateur de traumatisme quasi-immédiat et la douleur chronique un indice de traumatisme plus ancien voire plus profond.

Par ailleurs, au-delà du TSPT, la clinique de la douleur nous confronte à une clinique du traumatisme psychique importante dépassant le cadre nosographique de cette entité. On perçoit donc la complexité du trauma sur la douleur et l'impact auto-renforceur de l'un et de l'autre, nécessitant de poursuivre les études et clarifier les modèles afin d'ouvrir sur des prises en charge de plus en plus pertinentes pour les patients.

## Notes

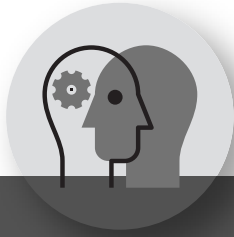
[illegible]

## Chapitre **2**

# **Douleur et hypnose**

**L'approche hypnotique  
en clinique de la douleur**

ANTOINE BIOY



❶	Présentation de la thérapie	42
❷	Méthode et processus de l'hypnose	46
❸	Présentation de l'application de la thérapie à la douleur chronique	51
❹	Illustration clinique	54
❺	Références bibliographiques	62

L'HYPNOSE S'EST DURABLEMENT INSTALLÉE dans le champ des « thérapies de la douleur » depuis près de 20 ans, et ce chapitre en explique les raisons. Si les mécanismes d'interaction entre hypnose et douleur aiguë sont maintenant bien identifiés, il n'en est pas tout à fait de même pour la douleur chronique. Pour autant, il est possible de décrire d'importantes dimensions déjà mises à jour, et la pratique clinique qui en découle.

## 1 PRÉSENTATION DE LA THÉRAPIE

### Pourquoi l'hypnose<sup>1</sup> ?

Auparavant, la douleur avait le statut de « mal nécessaire » permettant de jauger l'avancée d'une pathologie ou de celui de signe clinique nécessaire au processus diagnostic. Plus récemment, la douleur est devenue une perception dont la médecine souhaite se passer chaque fois qu'elle le peut.

Si John J. Bonica au milieu du xx<sup>e</sup> siècle a réellement permis à la médecine d'envisager la douleur autrement, il faudra attendre les années quatre-vingt pour que réellement le mouvement se structure en France et gagne en ampleur. Des structures douleurs se sont alors ouvertes, des comités de lutte contre la douleur (CLUD) se sont créés, des plans gouvernementaux ont permis de faire évoluer les pratiques.

Du fait que la douleur chronique soit cliniquement complexe à prendre en charge, le recours pharmacologique ne peut être envisagé comme l'unique voie menant au soulagement. Il a donc fallu développer deux objectifs : d'une part développer la voie non médicamenteuse, et d'autre part permettre aux soignants de se donner un cadre de pratique qui autorise l'approche de la complexité de « l'humain subjectif qui souffre. » L'hypnose a répondu aux deux aspects. Parce que l'hypnose aiguë est facilement opérationnalisable en laboratoire, des preuves scientifiques claires sont rapidement obtenues pour attester de l'intérêt de la méthode sur les tableaux algiques. Également, elle est une thérapie à médiation corporelle, c'est-à-dire qu'elle permet de parler le même langage que le patient, celui du corps

1. Ce chapitre reprend en partie – en l'actualisant – un document qui nous avait été demandé par la Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur en 2015 : « Hypnose et douleur, où en est-on ? » à destination de ses adhérents.

qui s'exprime. Cela aussi est un élément d'appréciation positive. Et enfin, il ne faut pas se le cacher, l'hypnose exerce un pouvoir de fascination important qui rend séduisante sa pratique.

## Repères historiques

Depuis les premières traces écrites de la médecine, nous savons que les états de conscience modifiée ont été utilisés à visée thérapeutique (médecine sumérienne, hippocratique, persane...). Un phénomène universel, puisqu'on le retrouve dans toutes les civilisations, sous des appellations différentes : transes, extases, danses thérapeutiques, etc. En Europe occidentale, ce n'est qu'au XVIII<sup>e</sup> siècle que l'hypnose va se formaliser en une pratique mettant intentionnellement au centre de sa pratique ces états de conscience modifiée, tout en les situant comme des phénomènes non surnaturels. À cette époque, le Dr Franz Anton Mesmer (1734-1815) utilisait des aimants dans sa pratique médicale. La croyance était que par magnétisme minéral, les aimants posés sur le corps du patient attiraient puis emportaient avec eux le mal une fois qu'ils étaient retirés (et la douleur était un « mal » bien courant...). S'interrogeant sur ce qui agissait vraiment dans cette pratique, Mesmer conclut que ce n'est pas l'action des aimants mais un principe plus subtil, lié à la présence de l'autre, à sa proximité physique, qui agit. Il nommera ce principe « fluidisme » ou « magnétisme animal », une théorie qui sera rapidement récusée mais dont les effets seront attestés et attribués à une forme de médecine par l'imagination.

Les principaux premiers ingrédients de l'hypnose sont identifiés dès cette époque :

- 1) une relation thérapeutique spécifique ;
- 2) l'utilisation de la suggestion comme proposition thérapeutique ;
- 3) l'importance d'un état de conscience modifié pour faciliter les effets thérapeutiques ;
- 4) le pouvoir de l'imaginaire qui peut « prendre corps » chez les patients, avec un alliage subtil  
d'anticipation des effets et de mobilisations émotionnelles vers le but assigné ;
- 5) la présence d'un rituel de soins particuliers.

C'est à un disciple de Mesmer que l'on doit le véritable élan vers ce qui va devenir l'hypnose. Il s'agit du marquis de Puységur (1751-1825). Il va opérer une révolution épistémologique par rapport à son maître en ne situant plus le pouvoir thérapeutique du côté d'un agent extérieur (le magnétiseur tout puissant) mais du côté du patient et de ses ressources internes.

C'est lui qui peut se guérir, le praticien n'étant là que pour faciliter ce processus, notamment en suscitant un état de conscience modifiée qui facilite l'émergence des processus de guérison. Pour autant, pour Puységur, la dimension thérapeutique n'est pas uniquement due au potentiel « d'auto-guérison » du patient.

Il développe également toute une pensée sur la posture du praticien avec notamment son adage : « croyez et veuillez ! » qui met l'accent sur les notions de volonté et de conviction que le thérapeute doit mettre dans sa pratique, et qui influencent les résultats obtenus.

À partir de là, plusieurs auteurs vont préciser la pratique et développer les connaissances (Abbé de Faria, Joseph Deleuze...). Des opérations sont réalisées en « sommeil magnétique », préfigurant de l'hypnosédation<sup>2</sup> moderne. Citons par exemple Jules Cloquet qui effectua avec succès en 1829 une ablation du sein, Eliotson qui publia en 1843 publia un rapport sur les nombreuses chirurgies utilisant les états de conscience modifiée, dont des actes d'amputation.

Esdaile, en 1852, relate l'utilisation de l'hypnose dans plus de mille interventions dont deux cent soixante et une majeures. Il note particulièrement une meilleure récupération post-chirurgicale et un taux de mortalité peropératoire diminué de façon très importante.

L'utilisation de la méthode lors d'actes médicaux douloureux déclina avec le développement de l'utilisation des procédés anesthésiques chimiques (éther, chloroforme...) applicables plus aisément à tous les patients.

À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, l'hypnose est l'objet de nombreuses attentions, tant ses effets paraissent spectaculaires. Hippolyte Bernheim (1840-1919) démontre l'importance des suggestions dans les phénomènes hypnotiques obtenus, et fait de la suggestibilité l'élément central de la vie psychique de tout individu. Il s'oppose en cela à Jean-Martin Charcot, qui pense que l'hyp-

2. Pratique de l'hypnose en lien avec une procédure d'anesthésie ; le plus souvent au bloc opératoire.



nose est un fait psychopathologique en lien avec l'hystérie.

Des études ultérieures contrediront Charcot, et ne donneront que partiellement raison à Bernheim : la suggestion est l'un des ingrédients centraux de la pratique de l'hypnose, mais n'est pas au centre du phénomène. Citons de plus Pierre Janet, qui le premier décrira le phénomène de dissociation psychique, donnant ainsi une explication psychologique complète de l'hypnose, qui reste d'actualité, et ouvrira la voie des premières explications psychologiques de la façon dont l'hypnose agit sur la douleur, et l'importance des processus dissociatifs en hypnoanalgésie<sup>3</sup>.

La seconde moitié du xx<sup>e</sup> siècle verra le renouveau de la pratique de l'hypnose avec le psychiatre américain Milton Erickson. Ce dernier propose une méthode où la qualité du lien au patient est une invitation à assouplir ses mécanismes psychologiques et à actualiser ses apprentissages.

Le travail de la suggestion, aidé par l'état hypnotique, a pour but de soutenir la recherche d'une solution personnelle par le patient dans un contexte de plus grande flexibilité, alors que jusque-là l'hypnose avait pour but d'imposer une solution au patient par suggestion directe et diminution des résistances grâce à l'état hypnotique (Bioy, 2016).

Durant cette période, la recherche s'empare de deux objets d'étude majeurs : l'hypnotisabilité<sup>4</sup> et ce qui l'active, ainsi que la douleur (Barber, Hilgard...). Au cours des années quatre-vingt-dix, les neurosciences permettent de démontrer que l'état hypnotique correspond à une activité cérébrale spécifique, différent d'autres états de conscience comme la veille, le sommeil, la somnolence, la distraction... (Rainville et Price, 2004). Quant aux recherches médicales, elles sont essentiellement centrées sur l'évaluation de l'efficacité de la méthode avec toujours au premier plan la douleur, mais aussi celui de l'anesthésie avec notamment Alain Forster en Suisse puis Marie-Elisabeth Faymonville en Belgique, figure contemporaine centrale de cette pratique.

Au niveau des pratiques, après une hypnose dirigiste (« classique ») centrée sur le praticien, puis une hypnose plus axée sur le patient et plus fine relationnellement (« Ericksonienne »), un nouveau courant se développe que

---

3. Terme désignant la pratique de l'hypnose spécifiquement en lien avec la douleur.

4. Niveau de facilité à entrer en hypnose.

nous désignons sous le terme sans doute transitoire de « travail de l'instant ».

Son chef de file est sans conteste François Roustang (2016), avec d'autres praticiens cliniquement créatifs tel Gaston Brosseau (2012). Le point commun est d'amener le patient à vivre l'instant où il se trouve, à ouvrir son champ de perception à l'ensemble des éléments présents. Alors que les patients sont souvent focalisés sur le problème qui les préoccupe, on pourrait parfois dire fascinés, ce travail autour de l'instant, de ce qui est simplement là sans qu'il n'y ait besoin de rien faire permet d'ouvrir le champ de la perception de façon importante.

Il en résulte une flexibilité psychologique plus grande, et une plus grande fluidité des processus dynamiques qui vont dans le sens du changement. Signalons également que l'hypnose trouve un prolongement avec la réalité virtuelle appliquée au domaine du soin.

Ainsi, le programme « Snow world » a été conçu notamment par des spécialistes de l'hypnose (dont David Patterson) et utilise auprès de patients grands brûlés les ressorts de l'hypnalgésie : utilisation des compétences du sujet, imaginaire actif, saturation de l'attention, travail de suggestions.

## 2 MÉTHODE ET PROCESSUS DE L'HYPNOSE

Pour ce que nous en savons actuellement, l'hypnose est fondamentalement une pratique visant à une plus grande flexibilité psychologique des sujets, flexibilité qui s'organise autour d'une modification des perceptions du sujet (champ de conscience). Ces modifications sont influencées par les propositions formulées (suggestions) dans le cadre d'une relation intersubjective particulière. Nous avons proposé la définition suivante de l'hypnose : « mode de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, fait l'expérience d'un champ de conscience élargi. » Ainsi se trouvent posées les deux dimensions qui constituent l'hypnose : l'état de conscience modifiée et le rapport hypnotique.

- *L'état de conscience modifiée* : il a été objectivé au cours des années quatre-vingt-dix, par imagerie cérébrale et ses caractéristiques neuroanatomiques sont maintenant bien identifiées (Faymonville et al., 2006). L'une de ses grandes particularités est d'activer deux circuits

cérébraux de façon concomitante : celui de l'absorption de l'attention et celui de la détente. Sur un versant psychologique, l'explication de l'état de conscience modifiée renvoie aux travaux de Pierre Janet et ses successeurs.

- La *dimension relationnelle* qui renvoie à la dimension intersubjective, d'alliance thérapeutique, et à l'ensemble des données qui organisent la mise en lien entre praticien et patient.

En état hypnotique, le patient ne dort pas, ne perd pas son libre arbitre, n'est pas frappé d'amnésie. Les caractéristiques suivantes sont par contre typiques de l'expérience hypnotique (Bioy, 2015) :

- Une modification de l'orientation temporo-spatiale : ce qui est ressenti est une altération dans la façon dont les patients perçoivent leur corps (ressentis différents...) et la position de ce dernier dans l'espace. Une expérience assez courante est la sensation d'un flottement ou à l'inverse d'une douce et agréable lourdeur. Également, la perception du temps se trouve altérée, qu'elle soit étirée ou contractée (une séance de 10 minutes peut donner l'impression d'avoir duré le double ou seulement 2 ou 3 minutes).
- Un sentiment de détente : une sensation de détente mentale est présente même si elle n'est pas suggérée explicitement. Le principe de dissociation, l'entrée dans la phase de « perception » selon le mot de Roustang, explique cela. Si le travail thérapeutique peut être épuisant du fait des mobilisations psychiques, pour autant l'état hypnotique lui-même induit une sensation de relâchement (parfois exploitée pour obtenir une relaxation).
- Une hyper-absorption de l'attention : comme nous l'avons dit plus haut, l'hypnose consiste en une activation à la fois des circuits de détente mais aussi d'absorption de l'attention. La troisième dimension est donc tout naturellement celle d'une attention facilement concentrée et focalisée sur un élément donné. Cela permet par exemple à un patient de décrire avec autant d'attention que nécessaire une sensation physique, ou de s'absorber dans son imaginaire.

- Une diminution du jugement et de la censure : tout se passe comme si les expériences du patient étaient vécues sous la forme d'un arc réflexe, c'est-à-dire ne passaient pas par le processus d'intellectualisation. Les choses sont perçues, senties, mais pas analysées (elles pourront éventuellement l'être dans un second temps, en dehors du processus de transe). De ce fait, le jugement et la censure sont altérés. Autrement dit, le patient entre dans une logique proche des rêves et quitte la logique rationnelle.
- Une expérience de réponse quasi-automatique (ou « principe d'involontarité » selon le mot du Pr Jean-Roch Laurence) : il s'agit de la dimension la plus typique de l'expérience hypnotique. Lorsque le patient accepte une suggestion faite, il la réalise sans avoir l'impression que c'est bien lui qui la mène. Ainsi, si on suggère que la main du patient est de plus en plus légère jusqu'à s'envoler tranquillement, le patient sentira sa main se soulever « comme si » elle se soulevait toute seule, sans l'intervention de sa volonté.

Sur son versant relationnel, l'hypnose peut être vue comme une forme de communication thérapeutique. En d'autres termes, il s'agit d'une affaire de mise en relation et d'interrelation, et aussi de posture, voire de placement : comment se placer en position thérapeutique ? Il existe bien sûr une dimension très factuelle : savoir s'asseoir en confort, en équilibre, dans un lieu avec lequel on entretient un lien de familiarité, à la bonne distance avec le patient (physique, symbolique, psychologique). La question revient donc à se demander comment se placer puis s'utiliser intuitivement et en conscience, afin de laisser se déployer le processus thérapeutique ? Pour nous, la réponse est perceptive : on le sait lorsqu'on le sent. L'expérience perceptive guide jusqu'à sentir que l'on a la bonne place, celle apte à produire de l'inédit. La stratégie thérapeutique serait finalement dans cette acception des choses la capacité à construire un cadre où cet inédit pourrait se produire. Un contexte où l'on est en capacité de laisser venir, de laisser aller l'ensemble des processus et des perceptions pour ouvrir les possibles et se forger une expérience nouvelle. Pour notre part, nous considérons que la transe est l'atout majeur qui précisément favorise la survenue de cet inédit ; d'avoir accès à une fluidité suffisante pour se réinventer, d'initier un mouvement vers un autre réel. Cela peut être initié de façon

aussi simple (comme pourrait le faire François Roustang) que de demander au patient de s'asseoir autrement, de laisser le corps se réinscrire dans un mouvement vers une position inédite, en intelligence. Nous avons ailleurs parlé du fondement psychologique à cette méthode : le principe d'analogie (Bioy et Keller, 2010).

Un ingrédient est particulièrement constitutif et typique de la pratique de l'hypnose, il s'agit de l'empathie. Il s'agit d'une notion complexe, qui concerne à la fois le motivationnel, l'affectif et le cognitif, l'intersubjectif comme les neurones miroirs, et se trouve étudiée tant par les sciences de la vie que les sciences humaines. Rogers la définit ainsi :

« L'empathie ou la compréhension empathique consiste en la perception correcte du cadre de référence d'autrui avec les harmoniques subjectives et les valeurs personnelles qui s'y rattachent. Percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui « comme si » on était cette personne – sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue, « comme si ». La capacité empathique implique donc que, par exemple, on éprouve la peine ou le plaisir d'autrui comme il l'éprouve, et qu'on en perçoive la cause comme il la perçoit (c'est-à-dire qu'on explique ses sentiments ou ses perceptions comme il se les explique), sans jamais oublier qu'il s'agit des expériences et des perceptions de l'autre. Si cette dernière condition est absente, ou cesse de jouer, il ne s'agit plus d'empathie mais d'identification. »

Nous dirions assez volontiers que l'empathie est un muscle : présent chez tous, il n'est cependant pas présent au même niveau « de base » d'une personne à l'autre (car dépend du développement cognitivo-affectif, des épisodes de vie qui l'ont plus ou moins aiguë, etc.). Mais que l'on soit « naturellement empathique » ou non, le travail et l'entraînement permettent de développer ce « muscle ». La métaphore possède cependant une limite, car ce terme désigne une double réalité clinique : elle est certes une aptitude, mais également un processus. En effet, en situation relationnelle, on désignera le processus empathique comme la qualité d'ouverture au monde interne de l'autre qui permet de faire de son corps une « caisse de résonance » des éléments appartenant à l'autre (ressentis, émotions, images...). Autrement dit, il s'agit d'un lien viscéral où l'on se met en disposition de ressentir le monde interne de l'autre en soi, « comme si » il s'agis-

sait du sien. Un espace pour l'autre est devenu disponible en soi, pour mieux percevoir l'autre.

Cette aptitude à l'empathie comme le processus empathique est d'un intérêt capital, et qu'il s'agisse des apports de la psychanalyse sur ce concept ou d'autres disciplines, toutes notent son importance à la fois pour fluidifier la communication mais aussi pour accompagner le changement, offrir à l'autre ou s'offrir de nouvelles perspectives, autrement dit ouvrir des possibles. Particulièrement en hypnose ce processus est central. La situation hypnotique convoque un contexte de régression psychique où le lien empathique entre le praticien et son patient devient prépondérant et sans doute aussi l'essence même du processus à l'œuvre. Nous avons montré ailleurs en quoi la régression psychique, l'empathie au centre de la relation, la capacité de jeu mobilisée par les éléments de contexte étaient les trois ingrédients primordiaux du processus de changement dans les suivis hypnothérapeutiques (Bioy, 2017).

Notons enfin que l'hypnose possède par ailleurs une particularité intéressante. Ainsi, nous pouvons définir l'incertitude comme étant « *la part de non prévisible dans le déroulé d'une pathologie, le devenir des thérapeutiques, et l'ensemble des dimensions qui interviennent dans la situation d'accompagnements mais aussi de soins (dont les relations entre le patient et les professionnels de santé)* » (Bioy, 2017). Et l'incertitude est au cœur de la clinique de la douleur : l'histoire de l'expérience douloureuse, l'adaptation du patient à cette dernière et à la prise en charge thérapeutique etc. sont en partie non planifiables et non anticipables, et font donc partie intégrante des suivis. Lorsque l'on est « sachant », il n'est pas simple de renoncer à l'idée que l'on peut prévoir la situation voire la contrôler car ce serait prendre le risque d'un non-savoir. Les procédures standardisées, les arbres décisionnels contraignants, les démarches thérapeutiques préétablies ont cette vertu de donner l'illusion que la part d'incertitude peut être réduite, contrôlée. Pour autant, une étape importante en clinique de la douleur est de reconnaître l'incertitude comme une dimension au centre de la situation douloureuse. Cela va permettre d'ouvrir les possibles, de permettre une certaine sensibilité relationnelle et une authenticité thérapeutique au plus proche des possibles variations de la situation. Également, cela permet d'amener en confiance le patient à sortir de la « sûreté » de son symptôme. Sûreté le plus souvent

acquise du fait qu'il faut bien trouver un sens à ce qui est vécu, et donc une croyance, même débutante, émerge du côté du patient dès lors que la chronicité d'un trouble s'installe. Son expérience de la souffrance, et le récit à ce propos, se modifient peu à peu pour installer des points de certitudes qui permettent d'avancer même s'ils sont délétères voire pathogènes. Nous en verrons une illustration un peu plus loin, avec « le cas Hippolyte. » Comme nous l'explicitons alors, l'hypnose répond de façon adéquate à la question de l'incertitude en douleur parce que sa pratique est constamment adaptée à l'autre et à la situation, saisissant dans les mouvements du patient les processus métaphoriques et suggestions qui, transformés par le processus de transe, fera levier pour modifier la situation.

### 3 PRÉSENTATION DE L'APPLICATION DE LA THÉRAPIE À LA DOULEUR CHRONIQUE

Comment fonctionne le processus de la transe en hypnoanalgésie ? Ce sont essentiellement les neurosciences qui ont illustré cette question. Quelques grandes données ont émergé et continuent à être approfondies (Jensen et Patterson, 2014) :

de même que la douleur implique plusieurs localisations, l'hypnose correspond à un réseau d'activations/désactivations et non à un centre monodéterminé. Les grandes structures impliquées sont : l'insula, le cortex pré-frontal, le thalamus, le cortex primaire et secondaire, le cortex cingulaire. Un système de contrôle inhibiteur existe, notamment via la moelle épinière, pour limiter un peu plus grâce à l'hypnose les perceptions et répercussions de la douleur. Il est à noter que le type de suggestions oriente le « travail du cerveau » : demander une diminution de l'intensité douloureuse va agir sur le cortex sensoriel primaire mais pas sur le gyrus cingulaire antérieur alors que si on demande une diminution de la pénibilité en lien avec la douleur, seule l'activité du gyrus cingulaire antérieur va se modifier.

Par ailleurs, l'hypnose prend appuie sur le fait qu'une douleur imaginée est cérébralement aussi active qu'une douleur « réelle. » L'hypnose n'est donc pas une « simple » distraction ou imagination, mais elle est une imagination créatrice qui prend corps dans les perceptions du sujet. La réalité en hypnose devient le réel du patient. L'illusion devient tangible et là se situe l'inté-

rêt de l'hypnose : si on peut *halluciner* un soulagement alors il devient percept et prend corps chez le patient. L'illusion suscitée par hypnose devient le réel du patient. Pour autant, même si l'hypnose n'est pas la distraction, il est clair que le jeu attentionnel proposé par l'hypnose offre des avantages réels, notamment en douleur aiguë. Ainsi, Rainville et Price montrent que l'hypnose permet de passer d'un mode actif à passif d'attention, ce qui a pour conséquence de diminuer le niveau de contrôle et ainsi de laisser l'expérience hypnotique, faites de suggestions de soulagement, se dérouler plus simplement (Rainville et Price, 2004).

Si l'utilisation de l'hypnose dans le champ de la douleur n'est pas nouvelle, elle possède des indications très diverses. Particulièrement la pratique de l'hypnose dans le cadre de la prévention et de la gestion des douleurs provoquées par les soins possède un niveau de preuve scientifique indiscutable ; les études montrent notamment que l'état de conscience modifié permet d'obtenir des résultats supérieurs à la simple suggestion.

Particulièrement dans le champ du chronique, le recours à l'hypnose s'explique par le fait qu'elle constitue une forme de réponse à la complexité des tableaux cliniques présentés et la nécessité de penser et de mettre en œuvre des prises en soins pluriprofessionnels et qui intègrent une dimension psychocorporelle comme « ciment ».

La prise en charge médicamenteuse seule est en effet non seulement une impasse mais une voie clinique inepte et déraisonnable. Ainsi, en 2015, l'équipe de Faymonville publie les résultats du modèle qu'ils appliquent dans la prise en charge du patient douloureux chronique : approche physiologique, d'éducation thérapeutique, d'autohypnose et d'apprentissage du « prendre soin de soi » qui est typique de ce que l'on pratique actuellement en clinique de la douleur (Vanhaudenhuyse et al., 2015). Cette étude concerne 527 patients, douloureux chroniques depuis en moyenne 10 ans. Ils bénéficient de 20 sessions sur 9 mois (dont 6 d'apprentissage de l'autohypnose).

Les résultats sont plus que positifs tant concernant la douleur, que les aspects psychologiques en lien avec l'expérience algique. La pratique de l'autohypnose est centrale en douleur chronique. Dans ce domaine, 10 séances restent la pratique la plus habituelle, avec des bénéfices qui tiennent dans le temps lorsque l'on franchit le seuil de 7 séances.



Ce « seuil » peut être abaissé dans le cadre où l'autohypnose est couplée à d'autres approches, ce qui est le cas pour l'approche développée sur Faymonville. Les études montrent que ce qui va être notablement amélioré, et qui fait l'objet de l'attention des patients, est l'amélioration de leur tableau clinique global (qualité de vie, diminution de la pénibilité associée à la douleur, moins de catastrophisme...) bien plus que le « simple » niveau de perception de la douleur (contrairement à l'aiguë, évidemment). En fait, la littérature scientifique est unanime sur le fait que l'avantage de l'hypnose ne se situe pas tant dans une amélioration de la façon dont la perception douloureuse est plus ou moins présente, mais dans la diminution de la « charge négative » associée à la douleur dans la vie du patient. D'autant qu'une diminution qui peut paraître minoritaire est en fait perçue comme une avancée importante par les patients. Ainsi, une diminution de 30 % est devenue un « objectif étalon » qui suffit le plus souvent pour que le soulagement perçu par le patient modifie durablement et de façon importante son existence. Le contenu de ces 30 % va évidemment varier selon les patients et la nature de la relation thérapeutique avec l'hypnose. Ainsi, la dynamique relationnelle engagée va induire des vécus intérieurs complexes, et donc des réponses très singulières. Les auteurs s'accordent à décrire cela comme un apprentissage : le patient fait l'expérience en hypnose d'une flexibilité psychologique, d'une fluidité dans ses ressentis et comportements et enfin d'une modification dans son rapport à la douleur qui constituent autant d'importants éléments de maturation. On peut cependant s'entendre sur trois axes de suggestion importants en douleur chronique, délivrés dans un cadre d'état de conscience modifiée (Jensen & Patterson, 2014) :

- des suggestions à la fois pour des effets à court terme et à long terme ;
- des suggestions pour potentialiser les effets du traitement ;
- des suggestions pour trouver des avantages annexes à la diminution de la douleur : baisse de la dépression, favoriser le niveau d'activité, travailler les stratégies de coping, et améliorer la qualité de sommeil.

## 4 ILLUSTRATION CLINIQUE

### Présentation du patient

Hippolyte vient consulter alors qu'il continue des investigations pour ce qu'il me présente comme un syndrome de l'intestin irritable avec reflux gastriques. Son cheminement thérapeutique est assez typique du tableau clinique qu'il présente (la « revendication d'organicité », De Saussure, 2017) : rencontres médicales multiples, à dominante de gastroentérologues, plusieurs essais médicamenteux assez peu concluants, même si Hippolyte note une relative amélioration avec des antispasmodiques. Mais le syndrome étant persistant, l'insatisfaction prime et la frustration ressentie empêche le patient de ressentir à sa juste place un soulagement partiel.

Hippolyte a suspecté – c'est dans l'air du temps – toute une série d'intolérances alimentaires voire des formes d'allergies tardives (le patient a 39 ans). Ses différents essais de régimes alimentaires n'ont rien donné si ce n'est un amaigrissement progressif et important qui finit par inquiéter son entourage, du fait de traits de visage qui se sont creusés et d'une silhouette flottante dans ses habits. Quant aux douleurs, elles sont journalières, dès le réveil, à dominante de crampes. Les reflux à type de brûlures sont également très présents, malgré une médication quotidienne et traditionnelle pour ce type de manifestations.

L'anxiété est massive, prend la forme d'un vécu hypocondriaque avec une centration sur les ressentis somatiques, en même temps que le discours montre que le patient est en dissonance avec ses perceptions : il ne fait plus la différence entre faim et inconfort gastrique, stress et envie d'aller à la selle, pour ne citer que ces exemples.

Hippolyte est consultant en informatique, un métier congruent avec un profil « geek » depuis l'enfance, et qu'il juge « tranquille ». Il travaille avec des amis de longue date qui ont fondé l'entreprise, lui-même n'ayant pas souhaité être actif dans cette démarche « les risques, ce n'est pas pour moi ; tant que je vis correctement, c'est bien ». Il est marié et décrit sa femme (Sophie) comme « remuante, mais c'est sa nature ». Ils ont sensiblement le même âge ; elle occupe un métier créatif avec une visibilité dans sa profession qui l'amène à voyager beaucoup, essentiellement en Europe franco-

phone. Leur relation semble stable, affectivement investie mais relativement peu sexualisée, ce qu'Hippolyte explique par le mode de vie de sa femme, et pour ce qui le concerne son « côté ado pas très sexy. » Il précise que les choses lui conviennent ainsi, même s'il se demande parfois s'il ne serait pas plus heureux dans une modalité différente de couple. Pour autant les choses lui semblent là aussi « tranquilles. » À ce stade du premier entretien, je comprends cet adjectif comme étant le signe qu'Hippolyte est dans une « base sécurisée » : il ressent de la sécurité et aussi du confort dans son mode de vie général, « seulement » entaché par ce rythme gênant des douleurs quotidiennes. Je me demande si la demande n'est pas paradoxale et dans quelle mesure le patient acceptera d'explorer une autre posture dans son existence si, comme l'indique son propos, la situation actuelle est plutôt « tranquille. » Ce d'autant que la douleur semble plus gênante que réellement handicapante : des projets avancent, Hippolyte et son épouse étant par exemple dans une démarche d'adoption. Des soucis gynécologiques de Sophie en sont l'origine ; soucis connus depuis la sortie de l'adolescence et qu'Hippolyte accepte assez bien, alors que cela est plus difficile pour son épouse.

L'expression douloureuse est très régulière, quotidienne comme nous l'avons dit. Le patient a bien identifié que son niveau d'anxiété pouvait être un facteur d'influence majeur, et que sans certains cas des crises « à s'en tordre » pouvaient être uniquement dues à son anticipation douloureuse. Le fait que durant les séances d'hypnose et à leur sortie le patient ressente de façon presque systématique un soulagement voire une disparition totale de ses douleurs le conforte dans ce savoir du lien parfois fort entre stress et douleurs. Autre élément significatif qu'Hippolyte amènera, ses douleurs sont présentes lorsque durant les absences de sa femme il s'apprête à aller sur Internet pour regarder des séquences pornographiques et/ou à d'autres moments lorsqu'il s'apprête à avoir une activité masturbatoire avec un scénario précis en tête. Il s'agit de moments complexes mêlant excitation, douleur, et culpabilité. Un tableau masochiste en lien avec la douleur se donne ici à voir, qui semble être plus exprimé à minima le reste du temps avec des comportements assez « passifs dépendants » dans les relations qu'il peut nouer aux autres. Une façon d'être que l'on retrouve dans les liens d'Hippolyte avec son environnement médical : un investissement relationnel majeur et rapide, une attitude où il s'agit que le bon objet nourrisse et répare, puis vient le temps de la désillusion et du désinvestissement progressif jusqu'au

retrait lorsque le praticien, gagné par la culpabilité de ne pouvoir aider ce « souffrant » compliant jusqu'à la docilité, lui propose un interlocuteur supplémentaire « pour essayer » (une nouvelle approche, une nouvelle technique, un nouveau traitement). Dernier point que nous amenons ici, le patient évoquera spontanément son père, qui dit-il a eu toute sa vie des « retours acides et douloureux », sans doute en lien avec un embonpoint important et son côté « bon vivant avec les autres. » Hippolyte cherchera longtemps, peut-être toujours encore, le lien avec ce père dont le métier en lien avec l'écriture semblait aux dires du patient l'absorber tout entier sauf dans ces moments de plaisir hors de sa famille. Hippolyte dit avoir appris à profiter des miettes d'attention qu'il lui donnait, sans jamais réellement qu'il ne partage un moment significatif (du point de vue du patient). Y compris la thématique du reflux a été un sujet de discussion impossible, le père du patient se contentant de dire qu'il gardait près de lui un médicament à absorber lorsque nécessaire.

## Démarche thérapeutique

Comme souvent lorsque se pose la question de douleurs complexes et inexplicables, nous prenons un temps de recadrage de sens, soutenu par un propos que l'on souhaite pédagogique. Ainsi, nous reprenons à notre compte la phrase forte que nous a enseignée De Saussure (2017) : « le terme de fonctionnel signifie que pour la médecine, vos organes digestifs sont fondamentalement sains ». Nous supputons avec Hippolyte une influence possible de la transmission génétique, en l'occurrence de son père vers lui. Cela pour deux raisons. La première, assez globale en clinique du somatique, est que le patient parlant « corps » on lui répond « corps », au moins dans un premier temps. Il s'agit en effet de s'entendre avec nos patients autour d'un alphabet commun, qui permettra ensuite de construire une langue commune, base de l'échange. Si le patient parle de ses perceptions douloureuses et que l'on répond par exemple « identification au père pour répondre à un souhait de reconnaissance et de soin relationnel », nous ne sommes pas au même niveau d'expérience que le patient, quand bien même plusieurs éléments du récit d'Hippolyte nous amèneront à considérer cette hypothèse interprétative comme pertinente à explorer. On part du corps pour explorer peu à peu le maillage alentour, complexe, et nourrit de multiples influences. Ce n'est

qu'au bout de quelques consultations que nous aurons l'occasion de proposer une séance en lien avec cette hypothèse. Nous avons particulièrement travaillé la phase d'induction de la transe hypnotique, en jouant très volontiers avec la confusion, de façon à ce que le patient ne soit plus dans une recherche de cohérence par rapport au contexte de la séance, mais dans une perception très première de son environnement : ressentir sans formaliser, représenter, penser ou éprouver d'émotions au sujet de ses ressentis. Une manière parmi d'autres a été de jouer sur l'incapacité du cerveau à exécuter plus de deux tâches en même temps. Ainsi nous demandons à Hippolyte (et vous pouvez en faire le test !) d'écouter un bruit extérieur ET de percevoir la luminosité de la pièce ET de suivre le mouvement de sa respiration. On ne peut suivre la respiration que si l'on désinvestit soit le bruit soit la lumière (dans cet exemple). En multipliant ainsi les tâches, le patient se trouve rapidement en état de saturation et confusion. Il lâche le sens de la tâche et de la logique du contexte alentour. Une fois ce niveau de transe atteint, nous proposons à Hippolyte de laisser le son de notre voix rejoindre celui d'une voix plus familière et aussi plus ancienne, celle de son père « dans une présence à vous si habituelle qu'elle est à la fois caractéristique (...) et si ancrée que vous ne pourriez même pas dire la première fois où vous l'avez ressentie. » Ce qui est ici recherché est évidemment une régression en âge. Nous poursuivons en demandant au patient de percevoir l'intonation de façon si précise que cette intonation devient intention « et peut-être qu'ici il vous est possible de ressentir l'intention de votre père à égard, ce qui peut être présent dans ses absences (...) les émotions derrière les inflexions de ses intonations » (les allitérations entretenant bien entendu la confusion et la transe). Nous avons ensemble les minutes suivantes sont rapport au père, très exactement son expérience au père à travers son expérience de la transe. Il est précisé ici « nous » car la transe est un vécu à deux. Dans la droite ligne des tradithérapies utilisant les trances, l'hypnose impose que le praticien soit lui-même en transe pour *percevoir* son patient, le caché du symptôme, etc. et se connecter à lui dans ce mouvement que nous avons associé à de l'empathie, plus haut dans ce chapitre.

Mais ce travail autour du père, de son identification *douloureuse* via un tableau clinique partagé ne sera possible que parce que dans les premières séances nous avons parlé la même langue que le patient : « corps » et très exactement « corps douloureux. » Ainsi, de façon très opératoire et formelle,

nous avons proposé au patient des petits exercices d'hypnose très ciblés sur le ressenti douloureux et toujours inspirés par les métaphores que lui-même a utilisé pour décrire ses expressions corporelles. Ainsi, lorsque le patient parlera de ses brûlures au niveau des intestins, nous lui avons appris à halluciner un thermostat guidant la température de son corps et « comme dans les cuisines modernes » de contrôler parfaitement le foyer de chaleur ; en n'omettant évidemment pas de jouer dans le langage entre une « plaque à induction » et « l'induction hypnotique » ... Ou encore, nous avons proposé au patient d'amener une part de sa douleur dans l'une de ses mains et à mesure qu'il réalisait cela, il pouvait percevoir son poing se fermer. Puis nous avons initié une sensation de légèreté dans le bras, ce dernier s'est soulevé, puis nous avons suggéré à Hyppolite de « lâcher du lest » comme dans une montgolfière, en lâchant quelques sacs de douleur alors que sa main se rouvrirait. Également nous avons proposé lors d'une séance avec Hippolyte de se figurer son transit comme un mauvais tour d'une programmation mal faite, défaite, ou victime d'un virus (par analogie avec l'informatique). À charge pour ce « geek » d'apprendre à jouer dans ce cadre selon sa propre expertise. C'est cet exercice en particulier qui nous permettra d'introduire l'autohypnose auprès du patient. Non pour ses effets en lien avec l'état de conscience modifiée comme on peut le rencontrer en thérapie pleine conscience ou en méditation orientale, mais d'une part pour diminuer le sentiment d'impuissance et pour amener le patient à travailler le « contrôle perçu » et particulièrement à passer de son attitude passive vis-à-vis du processus thérapeutique à une modalité plus interne et participative. La tâche proposée est simple : tous les matins, au moment des premières douleurs, « rebooter » le système et choisir quel logiciel y installer pour la journée (meilleure tonalité émotionnelle, durabilité d'un système de protection accru, etc.).

Depuis les travaux de TX Barber dans les années soixante-dix et 80, on a intégré l'idée que le travail en autohypnose doit toujours comporter un objectif, et se présente sous la forme d'une tâche à réaliser. La littérature scientifique montre un effet sur la qualité de vie du patient, une amélioration de son rapport à la douleur et donc à une meilleure gestion de cette dernière. 8 à 10 séances sont nécessaires pour obtenir des effets durables, un peu moins si cela est couplé à une méthode d'éducation thérapeutique.

Ces premières séances formelles sont importantes pour le praticien, car elles lui donnent du temps pour percevoir « la musicalité » du tableau clinique, son rythme interne, sa tonalité globale. Dans les douleurs en lien avec l'intestin irritable, on peut avoir l'impression d'une anarchie, d'une cacophonie entre les aiguës de la douleur, les graves des torsions abdominales, qui rarement se mettent en sourdine et ont plutôt tendance à stimuler la fugue... Le tout paraissant sans chef d'orchestre (identifié, en tout cas). Or, il s'agit le plus souvent non d'une musique dissonante, mais plutôt d'une musique dont la structure interne n'a pas encore été mise à jour et dont le fonctionnement est source de frustration, d'insatisfaction, d'impatience et souvent de désespoir. Pourquoi nous utilisons une métaphore pour caractériser cela ? Car précisément on n'en saura pas beaucoup plus ! Mais la méthode que l'on emploie avec l'hypnose pour approcher ces tableaux complexes et inexpliqués – dits psychosomatiques – fait précisément le deuil de savoir, pour s'organiser autour de trois piliers :

- un abandon du modèle défectologique : la dynamique générale est remise dans une perspective d'évolution ; on s'appuie sur ce qui permet d'avancer plutôt que de combler ce qui semble n'avoir pas été, ou a été absent ;
- une abstinence en matière de causalité : le praticien fait le deuil de devoir trouver « l'événement » initial qui a déclenché le tableau clinique pour accompagner le patient ;
- une position d'ignorance fondamentale : l'hypnothérapeute reçoit la parole de l'autre sans *a priori* théorique ou conceptuel sur le trouble présenté et renonce à en savoir quoique ce soit.

Et surtout renoncer à un modèle dual pour travailler le mouvement, le processus global, « l'intelligence du corps » selon le mot de François Roustang (2016).

Une formule a été popularisée ces dernières années : « le ventre, notre deuxième cerveau » en référence notamment au titre d'un documentaire très bien fait<sup>5</sup>. Si l'on comprend bien la métaphore et son utilité organiciste (les neurones ne sont pas que dans le cerveau, 95 % de la sérotonine – molécule influente sur l'humeur et les émotions – est présente dans le ventre, etc.), pour autant du point de vue de la dynamique psychosomatique elle n'est pas exacte. En effet, penser la psychosomatique impose de sortir d'une vision dualiste « corps / esprit » ou son équivalent « corps / neurochimie / esprit » pour aller vers une pensée complexe et des causalités circulaires et non plus linéaires. En parlant du ventre, on ne fait ici que déplacer vers le cerveau entérique l'erreur fondamentale que l'on a connu avec le cerveau central, qui est de chercher une organicité pour expliquer un psychisme (ou l'inverse !). En fait, il faudrait considérer que tout notre corps est cerveau ! Et se poser la question de ce qui l'anime... La notion de psychisme serait-elle soluble dans la notion d'âme, dans le sens d'anima, ce qui anime ?

Ainsi, nous avons signifié dès la première séance à Hippolyte que nous ne ferions pas mieux que les autres pour trouver ce dont il souffrait « réellement », la cause « originelle » à sa souffrance. Mais que l'on pouvait jouer sur différents facteurs d'influence jusqu'à trouver la formule la plus intéressante pour lui. Au total, nous aurons vu Hippolyte une quinzaine de fois avec un premier temps d'hypnose organisé autour de petits exercices formels, puis nous avons abordé des dimensions plus hypnothérapeutiques comme l'identification au père via le symptôme que nous avons évoqué, ou encore son rapport très ambivalent à la sexualité et à la conjugalité (en particulier le rapport à sa colère non exprimée, qui lui occasionnait des pics douloureux aussi soudains que brutaux, à la hauteur sans doute avec la brutalité de ses propres ressentis réprimés).

Quant à la dimension passive dépendante, elle a été travaillée via la prescription d'autohypnose et son cheminement vers plus d'autonomie mais aussi en consacrant une dernière séance à notre lien thérapeutique qui pouvait maintenant se défaire ou plutôt se refaire autrement : en hypnose, nous avons proposé au patient de ressentir notre présence « animale » là aussi au sens d'animé, du « vivant » actuel et présent. Puis d'halluciner la situation

5. Réalisé par Cécile Denjean et produit par Arte France / Inserm / Scientifilms (2014).



où il se lève, et à chaque pas ressentir la distance qui le détache de nous, de la pièce, de ce qu'il peut souhaiter laisser ici, dont peut-être une douleur résiduelle. Et « à mesure de cette marche, de ressentir comment ce présent devient souvenir, comment certaines des expériences douloureuses peuvent elles-mêmes devenir un souvenir, peut-être même un jour que ces limites, ces formes de la douleur pourront s'estomper jusqu'à ne plus être qu'un brouillard, quelques bribes d'instant qui n'ont plus vraiment de sens, de place en soi. »

### **En conclusion**

Nous pourrions dire que l'hypnose est une méthode qui « prétend » s'occuper du percept douloureux et qui dans la réalité modifie l'expérience douloureuse du patient ; son rapport à sa souffrance. Cela se fait dans un engagement du corps dans son ensemble, dans un acte perceptif premier et assez régressif, qui a sans doute à voir avec une mobilisation de la pensée magique chez les patients. En tout cas à un niveau suffisant pour que les hallucinations proposées par les suggestions et les métaphores sous hypnose prennent corps pour le patient, qu'il les accepte comme venant modifier un ressenti devenu trop encombrant dans ses manifestations.

## 5 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- BIOY, A. (2016). L'hypnothérapie. In A. UNTAS, C. BUNGENER & C. FLAHAULT (Ed). *Interventions psychothérapeutiques dans les maladies somatiques. Accompanyer les patients et leurs proches*. Paris : DeBoeck.
- BIOY A. (2017). Présences. In BIOY A, SERVILLAT T. *Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose* (pp.79-94). Paris, Dunod.
- BIOY A, KELLER PH. (2010). *Hypnose clinique et principe d'analogie*. Bruxelles, DeBoeck.
- BROSSEAU, G. (2012). *L'hypnose, une réinitialisation de nos cinq sens*. Paris, InterEditions.
- DE SAUSSURE P. (2017). *Manuel d'hypnothérapie digestive*. Bruxelles : Satas.
- FAYMONVILLE, M., BOLY, M., LAUREYS, S. (2006). Functional neuroanatomy of the hypnotic state. *Journal of physiology*, 99, 463-469
- JENSEN MP, PATTERSON DR. (2014) Hypnotic Approaches for Chronic Pain Management - Clinical Implications of Recent Research Findings. *American Psychologist*, 69(2) : 167-177.
- RAINVILLE, P., & PRICE, D. D. (2004). The neurophenomenology of hypnosis and hypnotic analgesia. In D. D. Price & M. C. Bushnell (Eds.), *Psychological methods of pain control: Basic science and clinical perspectives* (Progress in Pain Research and Management, Vol. 29). Seattle, WA: IASP Press.
- ROUSTANG F. (2015). *Jamais contre, d'abord*. Paris, Odile Jacob.
- VANHAUDENHUYSE A, GILLET A, MALAISE N, SALAMUN I, BARSICS C, GROSDENT S, et al. (2015). Efficacy and cost-effectiveness: A study of different treatment approaches in a tertiary pain center. *Eur J Pain*. 2015 Feb 24. doi: 10.1002/ejp.674

## Notes

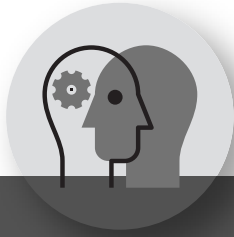
[illegible]

# Chapitre **3**

## **Douleur chronique et TCC**

**L'utilisation des Thérapies  
Comportementales  
et Cognitives adaptée  
à la Douleur Chronique**

FRANÇOISE LAROCHE



❶	Principes généraux des TCC	66
❷	Objectifs des TCC de la douleur chronique	67
❸	Outils en TCC	67
❹	Techniques de TCC	69
❺	Efficacité – analyse de la littérature	70
❻	Qu'est-ce qui marche et pour qui ?	71
❼	Exemple d'un programme de TCC	72
❽	Références bibliographiques	80

**L**ES THÉRAPIES COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES (TCC) sont en continuité avec l'approche multidisciplinaire de la douleur chronique. Elles s'inspirent d'une démarche scientifique expérimentale, basée sur les théories de l'apprentissage. Elles se centrent sur le comportement douloureux qui pose problème. Elles présentent moins de clivage entre le modèle médical et le modèle « psy » et sont donc mieux acceptées par les patients douloureux. Différentes recommandations internationales sont disponibles qui valident leur efficacité chez ces patients<sup>1</sup>.

L'évaluation initiale passe par une analyse fonctionnelle. Celle-ci collige tous les antécédents et situations qui posent problèmes afin de mettre en perspective les objectifs thérapeutiques. Elle évalue notamment les croyances, les émotions et les comportements inappropriés. L'acceptation de la douleur et de la maladie, la motivation au changement et les attentes conditionnent l'efficacité du traitement. Elles doivent aussi faire l'objet d'une évaluation. Un partenariat est donc nécessaire afin de favoriser l'alliance thérapeutique, et l'engagement des patients dans la thérapie.

## 1 PRINCIPES GÉNÉRAUX DES TCC

Les TCC sont utilisées dans un grand champ de la psychiatrie et plus largement de la médecine comportementale. Elles s'appliquent aussi bien aux phobies, aux troubles obsessionnels, aux troubles anxieux, aux troubles des conduites alimentaires, aux conduites addictives et bien sûr aux douleurs chroniques. Le but est d'aider le patient à changer ses comportements douloureux. Elles se concentrent sur l'ici et maintenant.

Pour ce faire, elles évaluent et aident les patients à s'ajuster aux niveaux émotionnel, cognitif et comportemental. Elles utilisent une démarche expérimentale et se basent sur trois modèles d'apprentissage. Il s'agit des modèles répondant, opérant et de l'apprentissage social. Ces 3 modèles d'apprentissage résument la façon dont l'être humain se comporte au fur et à mesure de son apprentissage de la vie. Il en tire une vision du monde et des « réflexes » de comportements plus ou moins appropriés.

1. Recommandations EULAR 2016 pour la fibromyalgie, Henschke, Cochrane Database Syst Rev 2010 pour la lombalgie chronique.

Ceux-ci ont tendance à se répéter même lorsque la situation ne s'y prête pas et dès lors occasionner des conséquences inadéquates. Ces modèles dépendent bien sûr de la réponse de l'environnement.

## 2 OBJECTIFS DES TCC DE LA DOULEUR CHRONIQUE

La douleur chronique se différencie d'une simple douleur aiguë qui dure aux plans neurophysiologique et psycho-comportementaux. Le syndrome douloureux chronique est une véritable maladie en soi. Ses nombreux déterminants médicaux, professionnels et psychosociaux doivent être considérés dans un modèle multi-dimensionnel interactif. Guérir n'est pas un objectif thérapeutique réaliste. Il faut donc en discuter avec les patients. Des entretiens motivationnels peuvent s'avérer nécessaires pour les patients n'ayant pas compris leur implication dans la thérapie. Ces entretiens servent à les faire réfléchir sur les avantages et les inconvénients de leurs comportements en situation. Les conséquences en sont la réflexion des patients sur des changements possibles à envisager. Analyser les attentes, la motivation au changement, les croyances, les peurs et les comportements inadaptés est donc indispensable avant d'envisager toute stratégie thérapeutique.

## 3 OUTILS EN TCC

Les processus mis en œuvre au cours de la **thérapie cognitive** sont l'éducation et l'information, la reformulation des croyances sur la maladie et le rôle à adopter, l'apprentissage des stratégies de coping et la réassurance afin de renforcer l'efficacité personnelle. On utilise aussi la décentration, la distraction, les auto-injonctions positives, l'appropriation des succès, la réinterprétation des situations, la réévaluation des projets, la résolution des problèmes par découpage, l'utilisation des ressources antérieures et l'humour. On travaille par exemple sur les cognitions dysfonctionnelles telles l'inférence arbitraire (conclusion sans preuve), l'abstraction sélective (sélection d'un élément du tout), le raisonnement dichotomique (en tout ou rien), la généralisation, la personnalisation, la minimalisation du positif et la maximalisation du négatif.

Les outils de la **thérapie comportementale** sont la réactivation physique (pour limiter la kinésiophobie, les évitements et le déconditionnement physique), l'apprentissage de la relaxation (avec exposition en imagination), de la gestion du stress et enfin l'exposition progressive graduée (aux situations redoutées et évitées).

Les techniques de **respiration-relaxation** sont largement utilisées. Elles permettent une auto-évaluation et un travail actif de détente musculaire à visée antalgique. Grâce à un entraînement régulier, on modifie le cercle vicieux stress – contraction musculaire – douleur. La diminution du tonus musculaire, l'amélioration du sommeil, permettent une meilleure récupération et de gérer le stress.

En cas de douleur et/ou de stress, le patient peut grâce cette technique se confronter à une situation qui était évitée auparavant. On utilise en effet les **techniques d'exposition** à l'effort ou à l'activité physique par exemple. Car en cas de repli et d'évitement des activités, un travail d'« exposition » est nécessaire. Celui-ci s'effectue en plusieurs temps. Certains patients dénommés les « Feel Like Discontinuation » ou « J'arrête car je n'en peux plus » évitent toute activité en raison d'affects négatifs. La prise en charge thérapeutique porte sur la reprise d'activité mais aussi sur la gestion des émotions. En revanche, en cas d'ergomanie ou hyperactivité, que les anglosaxons nomment « As much as I can », on propose des techniques de fractionnement (pacing) qui améliorent l'humeur, le niveau d'activité et les croyances.

On s'aide aussi d'un **agenda** pour identifier les poussées douloureuses (et leurs facteurs), les activités et les stratégies médicamenteuses / non médicamenteuses mises en place.

Les programmes de TCC mettent l'accent sur le « **coping** » ; c'est-à-dire la capacité à s'adapter, à s'ajuster, à faire face. Les patients apprennent à gérer le fond douloureux et les crises en identifiant par exemple, les facteurs d'aggravation (physiques, émotionnels, environnementaux...).



## 4 TECHNIQUES DE TCC

La **Thérapie Cognitive et Comportementale classique** utilise les outils décrits ci-dessus en travaillant simultanément sur les cognitions, les émotions et les comportements.

La **méditation en pleine conscience** ou « mindfulness-based stress reduction » (MBSR) est de plus en plus utilisée dans le domaine de la douleur chronique avec des résultats intéressants. Cette approche appartient à la « troisième vague » dite émotionnelle des Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC) apparue dans les années 1980-2000. Elle est définie comme « un moment d'attention et de pleine conscience sans jugement ».

Le méditant change sa perspective en se décentrant du problème par une mise à distance. On obtient alors une régulation de l'attention et des émotions, une conscience du corps et un changement de la perception de soi.

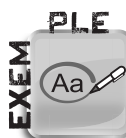
Diverses études au cours de la douleur chronique ont montré que la MBSR diminue de façon significative l'intensité des symptômes dépressifs, anxieux et liés au stress. Elle améliore aussi la façon de voir les symptômes douloureux, l'acceptation, le bien-être global et la qualité de vie au cours de la polyarthrite rhumatoïde, la sclérose en plaque et la fibromyalgie.

L'**ACT ou acceptance commitment therapy** se focalise quant à elle, sur l'amélioration du fonctionnement des patients en accord avec leurs valeurs personnelles dans les situations de douleur et de stress. Elle entraîne une meilleure flexibilité psychologique des patients, favorisant ainsi une meilleure réponse aux autres variables (retentissement, qualité de vie, dépression, efficacité personnelle, anxiété).

On peut enfin citer les techniques de « **mouvement méditatif** » telles que le yoga, taïchi et Chi Qng. Ils sont largement utilisés pour les pathologies douloureuses de l'appareil locomoteur comme l'arthrose des membres ou la fibromyalgie. Certaines études montrent des résultats supérieurs de ces techniques par rapport à l'activité physique seule.

## 5 EFFICACITÉ — ANALYSE DE LA LITTÉRATURE

Chez l'adulte, les thérapies cognitives et comportementales (TCC) sont efficaces en termes de douleur, de fonction, de fatigue et d'humeur dans des études randomisées et contrôlées, d'une durée variant de 6 à 30 mois. Chez l'enfant et l'adolescent, différents programmes de TCC ont été évalués avec des résultats comparables à l'adulte. L'utilisation de stratégies individualisées adaptées aux caractéristiques des patients semble améliorer nettement les résultats de ces thérapies. Nous illustrons ici 2 exemples de pathologies :



### Lombalgie chronique

Les résultats publiés sont plus favorables aux interventions précoces et associées permettant de diminuer les risques de chronicisation chez les patients souffrant de lombalgies aiguës et/ou subaiguës. Au cours de la lombalgie chronique, Daniel Cherkin et Judith Turner ont publié en 2016 une étude évaluant les TCC classiques et la MBSR parmi 342 patients. Les résultats montrent une amélioration de la fonction, de la gêne douloureuse et du catastrophisme lors de l'utilisation de ces thérapies. Les résultats sont maintenus à 52 semaines. Les recommandations européennes concluent que : « L'utilisation des TCC chez les patients lombalgiques chroniques est plus efficace pour la douleur, la fonction et les comportements que le placebo, pas de traitement ou une liste d'attente (Niveau A). Les recommandations de la société américaine de la douleur (APS) et du collège américain des médecins (ACP), incitent à associer les TCC à des exercices actifs de restauration fonctionnelle dans le cadre d'une prise en charge interdisciplinaire. Ces stratégies permettraient de diminuer les arrêts de travail dus à la lombalgie chronique.

## Fibromyalgie

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) ont montré leur efficacité en termes de douleur, de fonction, de fatigue et d'humeur. Cinq revues de 30 études (n= 2 031) ont été analysées. Les résultats montrent que les TCC diminuent la douleur (-0,29 ; -0,49, -0,17), le handicap (-0,30 ; -0,51, -0,08) et les affects négatifs (-0,33 ; -0,49, -0,17) à la fin de la thérapie. Les groupes contrôles sont variés et des résultats maintenus à long terme.

Les recommandations de l'EULAR 2016 (European League Against Rheumatism) donnent une recommandation positive en faveur de ces thérapies mais de niveau faible (accord 100 %). Pour la méditation en pleine conscience, elles donnent aussi une recommandation positive de niveau faible (accord 73 %) du fait de différences méthodologiques entre les études comparées.

## 6 QU'EST-CE QUI MARCHE ET POUR QUI ?

La sélection des patients, le plus tôt possible au cours de la maladie, est un facteur de succès, d'autant que les patients sont encore actifs professionnellement. Les co-morbidités psychosociales, les attributions causales (distorsions cognitives), l'algophobie, la kinésiophobie, la motivation au changement, les stratégies de coping (ou de gestion), les attentes, la crédibilité du traitement pour le patient et ses préférences sont autant de facteurs à prendre en compte. Il semble aussi indispensable d'adapter ces thérapies aux caractéristiques individuelles des patients. Enfin, les « talents » du/des éducateurs jouent un rôle non négligeable dans la réussite de toute approche non médicamenteuse d'autant plus qu'elle aborde les aspects psycho-sociaux. Les critères d'évaluation de l'efficacité de telles interventions sont très importants et doivent se centrer sur les patients telles que le Patient Global Impression of Change (PGIC) et la satisfaction. En effet, la plupart des évaluations sont créées par les médecins et/ou par des évaluateurs et dépendantes des pathologies concernées. Pourtant, on sait dorénavant que les évaluations centrées sur les patients ont plus de pertinence clinique car elles reflètent la vraie vie.

## 7 EXEMPLE D'UN PROGRAMME DE TCC

Nous exposons ici un programme, initié par le Dr François Boureau, qui existe depuis de nombreuses années au Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur de l'Hôpital Saint-Antoine, à Paris. Il reprend les grands principes et les modalités des programmes cités ci-dessus. Ils sont animés par un médecin rhumatologue, une kinésithérapeute et une psychologue. Les intervenants tous sont formés aux TCC, à l'éducation thérapeutique, à l'animation de groupes et expérimentés dans la prise en charge des patients douloureux chroniques.

### Les objectifs du programme

- Modifier les peurs et les croyances des patients.
- Limiter la kinésiophobie, les évitements des activités.
- Favoriser le mouvement - l'exercice physique.
- Améliorer la qualité de vie, le sommeil, l'humeur, le niveau de confiance, la relation aux autres.
- Maintenir/reprendre les activités professionnelles.
- Réduire le nomadisme médical et la dépendance aux soins (notamment les soins passifs).

### Sélection des patients

Le programme est proposé aux patients par les médecins de la consultation du CETD. Ils souffrent de lombalgie chronique ou de fibromyalgie, en échec des autres thérapeutiques. Ils sont inclus selon leur motivation et leur capacité à s'investir dans un groupe, avec des « tâches » à effectuer pendant et entre les séances. Les patients inclus dans ce programme doivent avoir compris les enjeux (motivation, mise en situation, rôle actif) et ne pas être en attente d'un traitement supposé curatif ou radical. Dans le cas contraire, des entretiens individuels motivationnels sont proposés afin d'aider les patients à se mettre dans un objectif de changement.

## Critères de participation

- Lombalgie/ radiculalgie chronique commune ou fibromyalgie.
- Échec des traitements médico-chirurgicaux.
- Retentissement socio-professionnel : diminution des activités, déficit en stratégies adaptatives, cognitions erronées.
- Motivation à effectuer le programme et les tâches à domicile.
- Disponibilité pour toutes les sessions (engagement écrit).
- Capacité à comprendre, à s'exprimer, lire et écrire le français.
- Capacité à se déplacer par ses propres moyens (pas de remboursement de frais de transport).

## Critères de non-participation

- Pathologie évolutive ou symptomatique justifiant d'un traitement spécifique.
- Investigations diagnostiques insuffisantes ou en cours.
- Autre pathologie douloureuse.
- Incapacité à communiquer à lire ou à écrire.
- Incapacité à se rendre sur le lieu du programme, à monter quelques marches ou à marcher sur une courte distance (pas de transports médicalisés acceptés).
- Pathologie addictive pouvant interférer avec le travail de groupe.
- Troubles psychiatriques lourds.
- Patient en conflit avec revendications envahissant le discours.
- Absence de motivation personnelle dans une auto-prise en charge active.

## Séances et évaluations

Les patients sont reçus initialement en individuel par la psychologue pour effectuer une analyse fonctionnelle et tester la motivation. Le programme comporte 9 séances hebdomadaires, de deux heures trente chacune. Chaque patient possède un agenda sur lequel il note les « tâches » à effectuer, dans la semaine, entre les séances. À distance de la fin du programme, les patients sont revus par la psychologue en individuel pour évaluer les com-

pétences acquises et les changements mis en place. Des séances collectives de rappel sont prévues tous les six mois environ.

## En pratique

- **La première séance ou séance « zéro »** permet de se présenter (animateurs et patients), d'expliquer la pathologie motivant la prise en charge en groupe et de détailler le programme proposé. Cette séance sert aussi d'inclusion, d'information et de motivation. Elle permet d'entendre et de reformuler les attentes des patients. Une vidéo d'information sur la pathologie (trente minutes) est présentée et permet une discussion collégiale. À l'issue de la séance, il est demandé aux patients qui souhaitent suivre le programme de s'engager à être présents aux 8 autres séances et à pratiquer les exercices et tâches proposés entre les séances. Cette prise en charge s'établit dans un climat d'écoute et d'empathie avec renforcements positifs des succès.

Les questionnaires d'évaluation initiale et finale sont remplis sur place à la première et dernière séance.

- **Séances suivantes**

1/ Un dossier est distribué en début de programme. Celui-ci contient une brochure générale d'information sur la douleur qui persiste, une autre brochure patient sur le mal de dos ou la fibromyalgie, un agenda des séances et d'exercices, un résumé du programme et un CD de relaxation ou accès au site « Réseau-lcd.org » pour télécharger des exercices de relaxation médicale.

Cette séance est l'occasion de reprendre les définitions de la douleur, de la douleur chronique et de la lombalgie chronique/fibromyalgie.

Les animateurs discutent avec les patients des pensées et croyances dysfonctionnelles (peur de la paralysie et du fauteuil roulant). Le rôle de l'évitement et l'importance d'avoir une activité physique sont abordés dès la mise en place du programme.

Chaque patient établit par écrit une liste d'objectifs à atteindre d'ici la fin du programme (concrets, réalisables, à court terme, atteignables et quantifiables). Les objectifs sont discutés individuellement afin d'être les plus réalistes possibles. Les objectifs de la thérapie sont importants à définir conjointement avec les patients. En effet, la reprise du travail est très souvent un objectif désiré mais pourtant très difficile à obtenir (du moins dans

les mêmes conditions après des arrêts de travail prolongés). Il s'agit donc parfois de partager d'autres objectifs (décision médicale partagée). Ces objectifs peuvent être l'observance (du programme ou du traitement habituel), la reprise d'activités de loisirs, familiales, sociales.... Il peut être nécessaire de mettre en place des entretiens motivationnels centrés sur le changement défini.

Les premiers exercices de re-conditionnement physique sont proposés et réalisés sur place avec la kinésithérapeute, en expliquant le principe du fractionnement des activités.

À l'issue de cette séance, un agenda est rempli résumant les différentes tâches quotidiennes à effectuer durant la semaine (entre les séances) :

- lire le dossier fourni ;
- noter les observations et les questions ;
- lire l'information sur la relaxation ;
- écouter le CD de relaxation – essayer l'exercice de respiration ;
- exercices de re-conditionnement physique.

2/ À chaque séance, un tour de table des tâches réalisées est effectué :

- les points positifs ;
- les difficultés rencontrées ;
- les solutions (résolution de problème avec échange avec le groupe).

Les animateurs travaillent de façon interactive avec tous les participants. Les « recettes » sont échangées entre participants. On repère les points positifs (renforcement +), les pièges (se tromper de cause / éviter inutilement / forcer puis ne rien faire).

Les participants dressent une liste des comportements et situations qui soulagent la douleur, choisissent une activité physique.

Ils effectuent à chaque séance des exercices de re-conditionnement physique avec ajout de nouveaux exercices (accroupissements, chevalier servant, élévation des bras, transferts-lit, étirements, auto-aggrandissements).

Un travail cognitif est effectué à chaque séance. Par exemple, il est demandé aux participants de lister les situations aggravant la douleur. Une analyse selon les colonnes de Beck (dérivées des thérapies cognitives) est effectuée. Celle-ci prend en compte différents paramètres inter-dépendants :

### Situation problème

- Sensations corporelles
- Émotions
- Pensées
- Comportement habituel
- Comportement alternatif

Le système d'entretien cognitif de la douleur est abordé. Il s'agit en effet des phénomènes d'anticipation, de ruminations et de catastrophisme vis-à-vis de la douleur. On travaille aussi sur le rôle de certaines émotions telles que la peur de la douleur (algophobie) et la peur du mouvement (kinésiophobie).

Les participants identifient les facteurs et situations de stress, ainsi que l'impact du stress sur la douleur. Ce travail permet d'aborder la motivation au changement, la notion d'efficacité personnelle, de récompense et l'application de stratégies d'ajustement

Pour favoriser l'accrochage relationnel, l'acquisition des étapes cognitives est bien évaluée au fur et à mesure des séances. Les **stratégies de gestion ou coping** (capacité à s'adapter, à s'ajuster, à faire face, résolution de problèmes) mises en place par les patients sont souvent inappropriées (stratégies passives telles l'évitement, la prière, le catastrophisme). Le programme permet un « coping » actif, afin que les patients se posent les bonnes questions sur les facteurs en cause (aspects physiques, psychologiques) et trouvent leurs propres solutions, telles que :

- rechercher des positions de confort,
- utiliser le repos de façon appropriée,
- utiliser l'environnement,
- réinterpréter la douleur,
- utiliser la distraction,
- continuer à « fonctionner » sans se marginaliser familialement, professionnellement ou socialement,
- savoir utiliser les médicaments de secours,
- valoriser les techniques physiques antalgiques (douche, sèche-cheveux, bouillotte, hot-pack, serviette chaude...),
- utiliser la relaxation,
- garder l'esprit positif en évitant la dramatisation.



L'**information** est une notion clé du programme. Elle permet de rassurer les patients sur la bénignité des lésions (pas de cancer ni de maladie grave), sur l'absence de parallélisme entre les crises douloureuses et les lésions anatomiques, sur la capacité à se mobiliser sans risque, sur l'importance du mouvement (et à l'inverse, sur les effets négatifs du repos prolongé), sur l'absence d'évolution grave à long terme (pas de risque de fauteuil roulant), et sur les mécanismes physiopathologiques de la douleur chronique (auto-entretien en cercle vicieux stress/douleur/contraction/inaction, intrications de multiples facteurs...).

La **reformulation cognitive** est permanente. Elle porte par exemple sur : « Cela fait mal donc c'est dangereux », « Je dois me reposer », « On m'a interdit le sport », « Mon corps est fragile », « Il faut payer après avoir fait un effort ». La croyance que le retour à l'état antérieur (avant l'accident...) est possible n'est pas un objectif réaliste, ni d'ailleurs la recherche du niveau de douleur zéro.

La **reprise d'activité physique** est mise en place dès le début du programme. Elle comprend le renforcement musculaire, la lutte contre la peur du mouvement, l'intégration des exercices dans la vie quotidienne et l'exploration de nouveaux schémas moteurs. Différents mouvements sont proposés. Il s'agit d'exercices aérobies de renforcement musculaire, d'étirements, de travail sur l'ergonomie dans la préhension des objets, du verrouillage lombopelvien et du déverrouillage matinal. Les exercices sont réalisés à quota, de façon à réaliser une séquence activité – non douleur qui renforce la réalisation des exercices et se substitue à la séquence spontanée habituelle. En effet, les patients mènent souvent les activités physiques jusqu'à la limite tolérable, réalisant une séquence de punition. Tous les exercices proposés sont systématiquement mis en perspective dans le quotidien et les patients partent avec un programme individuel avec tenu d'un agenda (prescription de tâches). L'objectif est de mettre les patients en situation de succès et de transformer les comportements réactionnels en comportements anticipés, de gestion de la douleur en utilisant l'exposition progressive graduée (aux situations redoutées et évitées).

La **relaxation** est proposée aux patients dont certains ont remarqué l'importance du stress comme facteur de recrudescence douloureuse et qu'ils décrivent parfois comme une tension anxieuse permanente. La relaxation

permet d'améliorer la douleur, les contractions musculaires, le stress, la fatigue et l'insomnie. Les premières séances sont effectuées à domicile à l'aide d'un support audio. L'entraînement doit s'effectuer par étapes, d'abord allongé, au calme, puis utilisé dans la vie quotidienne (réflexe de relaxation/respiration). La relaxation permet aux patients de se préparer aux situations difficiles. Un rythme d'une à deux séances, (10 minutes environ), par jour est recommandé. Les difficultés sont abordées à chaque séance et plusieurs séances collectives de relaxation sont effectuées au cours du programme.

Les **entretiens motivationnels**. Les réponses aux questionnaires de motivation permettent d'identifier à quelle étape se situent les patients quant à leur motivation à se prendre en charge.

Les entretiens motivationnels mis en place par les thérapeutes ont pour objectifs d'encourager le changement de discours, de faire percevoir aux patients l'importance de la pathologie et la nécessité d'un apprentissage d'auto-gestion de la douleur. Ces entretiens abordent la diminution des comportements douloureux, l'exposition, le fractionnement des activités, les exercices, l'apprentissage de la distraction cognitive vis-à-vis de la douleur, les capacités à éviter la demande d'aide, le repos excessif ou l'utilisation inadaptée des médicaments.

## En conclusion

Les TCC de la douleur chronique ont pour but d'aider les patients à comprendre et gérer la pathologie responsable des douleurs mais aussi les conséquences et le handicap ressenti. Elles intègrent le niveau de connaissances médicales, le parcours antérieur, les attentes de résultat mais aussi l'analyse des peurs, de l'acceptation de la douleur et/ou de la maladie responsable.

Il y a un consensus international pour conseiller une approche globale, multidisciplinaire et pluriprofessionnelle des patients pour gérer la douleur chronique

De nouvelles approches en TCC émergent actuellement et méritent d'être intégrées lors que cela est possible auprès des patients. Il s'agit de la méditation et des thérapies d'acceptation et d'engagement. Ces programmes de « self management » ou « psychoéducation » mettent le patient en situation d'acteur et de réussite. Les patients apprennent à gérer le fond douloureux et les crises douloureuses sur leurs différents aspects ; somatiques, cognitifs, émotionnels et comportementaux. En effet, les objectifs de la prise en charge de la douleur chronique sont réadaptatifs sans but de guérison *ad integrum* (contrairement à la douleur aiguë).

Différentes modalités sont possibles : consultations individuelles ou collectives, médicales, psychologues, infirmières, de kinésithérapie, ateliers ciblés sur un objectif (neurostimulation, relaxation, ré-entraînement à l'effort, gestion des médicaments...). Ces psychothérapies ont montré leur efficacité et sont bien documentées dans la littérature.

Les TCC effectuées en individuel ou en groupe n'ont pas été comparées, tout comme le nombre de séances nécessaires. Il semble donc difficile de conclure à une stratégie optimale. Par ailleurs, il n'existe aucun consensus sur ce qu'il faudrait « mettre dans le package TCC » pour les patients douloureux chroniques. Leur généralisation dans la prise en charge serait souhaitable tout comme, leur utilisation la plus précoce possible dans le cours de la maladie, notamment lorsque les patients sont encore en activité professionnelle, leur adaptation aux caractéristiques individuelles des patients (co-morbidités psychosociales), leur homogénéisation, leur évaluation et la formation des thérapeutes.

## 8 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AIRAKSINEN O, BROX JL, CEDRASCHI C *et al.* (2004). European Guidelines for the management of chronic non specific low back pain. *Eur Spine J* ; 15(2) ; S192-300..

BERNARDY 2013 BERNARDY K, KLOSE P, BUSCH AJ, *et al.* (2013). Cognitive behavioural therapies for fibromyalgia. *Cochrane Database Syst Rev* ; (9):CD009796.

BOUREAU F., (1999). Modèles théoriques cognitifs et comportementaux de la douleur chronique. *Doul. et Analg.*; 4 : 265-272.

LAROCHE F., JAMMET L., AGUERRE C., GUY-COICHARD C., ROSTAING S., PERROT S. (2007) Effet des thérapies cognitive et comportementales associées aux exercices sur la qualité de vie de la fibromyalgie. *Revue du Rhumatisme* ; 74 : 1148-1149.

LAROCHE F., SOYEUX E. (2007). *Mieux vivre avec une douleur. Les douleurs inexpliquées*. Éditions scientifiques L et C, Paris.

LAROCHE F. (2009). Les mots, les pensées et les comportements pièges des

patients et de leurs médecins. *Revue du Rhumatisme* ; 76 : 522-28.

LAROCHE F, JAMMET L. (2010). Thérapies cognitives et comportementales de la lombalgie chronique. *Rev Rhum* ; 78 : S83-86.

MACFARLANE G, KRONISCH C, DEAN LE, ATZENI F, HÄUSER W *et al.* (2017). EULAR revised recommendations for the management of fibromyalgia. *Ann Rheum Dis* ; 76: 639-46.

TURNER JA, ANDERSON ML, BALDERSON BH, COOK AJ, SHERMAN KJ, CHERKIN DC. (2010). Mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioral therapy for chronic low back pain: similar effects on mindfulness, catastrophizing, self-efficacy, and acceptance in a randomized controlled trial. *Pain* 2016; 157: 2434-44 Merkes M. Mindfulness-based stress reduction for people with chronic Diseases. *Australian Journal of primary Health* ; 16 : 200-210.

VLAEYEN J, MORLEY S. (2005) Cognitive-behavioral treatments for chronic pain: what works for whom ? *The Clinical J of Pain*; 21 : 1-8.

## Notes

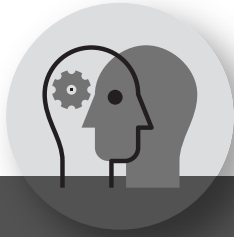
This image shows a full page of a document template designed for handwriting practice or general note-taking. It consists of approximately 20 evenly spaced horizontal rows. Each row is defined by two parallel dotted lines, creating a series of uniform channels for text entry. The entire page is otherwise blank, with no margins, headers, or footers visible.

# Chapitre 4

## **Douleur et EMDR**

**Potentialiser la prise en charge  
de la douleur chronique  
à l'aide de la thérapie EMDR  
et de protocoles spécialisés**

MARIE-JO BRENNSTUHL



❶	Qu'est ce que la psychothérapie EMDR ?	84
❷	Application de l'EMDR aux maladies chroniques : le cas de la douleur chronique	89
❸	Références bibliographiques	104

L'OBJECTIF DE CE CHAPITRE est de permettre une meilleure connaissance de la thérapie EMDR en proposant, dans un premier temps, une explicitation des éléments théoriques qui la sous-tendent ainsi que sa démarche. Nous proposerons ensuite les éléments qui favorisent l'intégration de l'EMDR dans la prise en charge de la douleur chronique, où elle peut être d'une grande aide.

## 1 D QU'EST CE QUE LA PSYCHOTHÉRAPIE EMDR ?

### Le modèle TAI

Davantage métaphorique que véritable support théorique, le modèle du Traitement Adaptatif de l'Information (TAI) est le postulat de base de la thérapie EMDR. Il a été développé à partir d'observations cliniques dans le but d'expliquer la rapidité des résultats obtenus. Basé sur l'idée que le corps a, jusqu'à un certain point, la capacité de se régénérer et de se guérir lui-même (exemple : le processus de cicatrisation après une coupure !), un parallèle fut envisagé pour les capacités mnésiques notamment lorsque l'individu est confronté à des événements négatifs de nature traumatique ou non. Ainsi, le psychisme aurait la faculté de « métaboliser » la majorité des vécus traumatiques. Lorsque ce système ne fonctionne pas correctement, l'information resterait en suspens dans le psychisme, influençant pensées, émotions et sensations, à travers des réseaux mnésiques dysfonctionnels.

En fait, nous faisons tous l'expérience de ce phénomène. En effet, nous avons tous vécu des événements négatifs dans notre vie. Certains d'entre eux, avec le temps, ont vu leur charge émotionnelle s'atténuer, allant parfois jusqu'à disparaître. Nous pouvons alors les évoquer sans prendre le risque d'être submergé sur le plan émotionnel. D'autres en revanche, même après de très nombreuses années, sont restés intacts quant à leur niveau d'activation émotionnel. Il suffit d'y repenser pour être emporté par le flot des émotions. Ainsi, et contrairement à la croyance populaire qui laisse entrevoir que le temps arrange tout, il n'en est rien. Quelque chose d'autre s'opère dans notre cerveau qui, en quelque sorte, procédera à un traitement plus adapté de l'information.



Ce modèle considère la plupart des pathologies comme les conséquences d'expériences plus ou moins traumatiques vécues depuis les premières années de vie. Ce serait donc à partir de toutes les expériences traumatiques (au sens large du terme) accumulées que se sont développées les cognitions, les affects et les comportements des individus. Ainsi, toute psychopathologie aurait pour origine un traitement non abouti des traumatismes du passé, qui, mal « métabolisés », perdureraient dans les réseaux de mémoire. Ce sont les stimuli du présent qui réactiveraient ces souvenirs passés, amenant l'individu à agir et penser en fonction de ces expériences traumatiques précoces. La nature dysfonctionnelle des souvenirs traumatiques pourrait envahir le comportement présent de l'individu.

De nombreuses recommandations et plusieurs méta-analyses indiquent que les effets thérapeutiques obtenus par la psychothérapie EMDR sont équivalents aux thérapies cognitives et comportementales (TCC) les plus étudiées, et sont aussi durables. Environ 20 études contrôlées randomisées ont validé l'efficacité de la thérapie EMDR dans le traitement du Trouble de Stress Post-Traumatique (TSPT). Les résultats indiquent que la psychothérapie EMDR est plus efficace que l'absence de traitement ou la pharmacologie seule.

La psychothérapie EMDR s'avère aussi efficace que des méthodes de traitement comportementales ou cognitivo-comportementales. De nombreuses méta-analyses corroborent ces données et mettent en évidence que l'efficacité de la psychothérapie EMDR est au moins équivalente aux thérapies par exposition et autres thérapies cognitivo-comportementales.

D'autres recherches montrent un intérêt de la psychothérapie EMDR au-delà de la seule prise en charge du TSPT. C'est le cas dans la prise en charge des phobies, du trouble panique, du trouble anxieux généralisé, des problèmes de comportement, de l'estime de soi, du deuil compliqué et/ou traumatique, de la dysfonction sexuelle, mais aussi de la douleur chronique, des migraines, de la fibromyalgie, de la fatigue chronique, et des douleurs du membre fantôme et du sein fantôme.

## Protocole standard en EMDR

La thérapie EMDR est une approche intégrative, qui intègre très largement certains principes d'autres psychothérapies comme les TCC, l'hypnose ou encore l'approche psychodynamique.

Cette approche, au même titre que les autres, est un outil qu'il convient d'utiliser dans une prise en charge globale. Par ailleurs, avant même de débiter le processus de désensibilisation et de retraitement, une partie est consacrée à l'anamnèse du patient, puis à l'installation de ressources que pourra utiliser le patient en cas de besoin.

C'est une fois ces éléments réunis que le processus de désensibilisation et de retraitement peut débiter à l'aide des stimulations bilatérales (mouvements oculaires, tapotements, sons ou vibrations).

Ce protocole reste le standard de l'approche EMDR, un standard qui se retrouve dans tous les types de traitements même s'il est aménagé selon la problématique abordée, que l'on traite de la phobie, de la douleur ou des maux de tête. Dans les faits ce protocole reste la pierre angulaire de la thérapie EMDR, dont il semble difficile de s'éloigner. Bien entendu, ce dernier ne se suffit pas en soi. Bien au contraire. Il doit dans les faits s'intégrer dans le processus psychothérapeutique inhérent à toute psychothérapie. Il constitue un type d'intervention possible dans le cadre thérapeutique, mais n'est pas le « Gold Standard ».

Le plan de ciblage s'attache à définir la problématique actuelle incluant les éléments déclencheurs (prendre l'avion, se confronter à l'agresseur, prendre la parole en public...), de repérer les événements du passé (turbulences en avion, agression dans l'enfance, brimades maternelles...), ainsi que les scénarios du futur (voyage en avion futur, rendez-vous au tribunal, conférence...).

Si les déclencheurs actuels et les scénarios du futur peuvent être abordés très simplement, la recherche d'événements du passé nécessite de remonter le fameux « canal » mnésique dysfonctionnel. Pour se faire, lors de la première séance, le patient est invité à se focaliser sur l'événement actuel le plus perturbant pour lui, à en ressentir les sensations, identifier ses cognitions, et laisser son esprit le guider à travers tous les événements du passé où il a déjà ressenti ou pensé cela. Tous les événements évoqués sont pris en

compte, jusqu'à retourner à l'évènement le plus ancien dont puisse se souvenir le patient. C'est cet évènement qui sera considéré comme souvenir source et retraité en premier lieu, même s'il peut être moins chargé émotionnellement que d'autre. C'est le « nœud » initial du « canal », qui peut - s'il est retraité- impulser un changement dans tout le réseau dysfonctionnel.

Le traitement de désensibilisation s'opérera alors de manière à retraiter : le souvenir source, les souvenirs du passé, les déclencheurs actuels et les scénarios du futur, le tout suivant un protocole déterminé pour chaque point.

Tout d'abord, il s'agit de reprendre l'évènement, par exemple le souvenir source, et d'inviter le patient à identifier l'image la plus perturbante, comme s'il voyait un film de l'évènement et qu'il devait faire un arrêt sur image au moment le plus difficile. C'est l'étape d'évaluation. Une fois le patient focalisé sur cette image, il doit y associer une cognition négative : ce qu'il pense de lui-même quand il regarde cette image (« je ne suis pas quelqu'un de bien, » « je suis coupable, » « je ne peux pas me défendre » ...), puis d'en trouver l'équivalent positif par lequel il aimerait le remplacer (« je suis quelqu'un de bien, » « je ne suis pas coupable, » « je ne pouvais pas me défendre mais aujourd'hui je peux » ...).

Nous évaluons alors, grâce au VOC (*Validity of Cognition scale*), à quel point le patient ressent cette cognition positive comme vraie, sur une échelle de 1 (complètement faux) à 7 (complètement vrai). Puis, nous évaluons les émotions associées, éprouvées maintenant par le patient lorsqu'il repense à l'évènement. Nous mesurons également le degré de perturbation ressentie par le patient (SUD), sur une échelle de 0 (pas de perturbation), à 10 (perturbation forte). Enfin, il s'agit d'identifier le siège de la sensation corporelle où est ressentie la perturbation, cette étape est fondamentale ! Ce n'est qu'une fois ces évaluations faites que peut commencer le processus de désensibilisation, à proprement parlé.

Le patient est invité à penser à l'image, la cognition négative associée, et aux sensations corporelles, préalablement identifiées. Une fois en contact avec l'affect, les stimulations bilatérales alternées (SBA) commencent, soit par mouvements oculaires (suivre les doigts), soit tapotements (sur les genoux habituellement), ou par un signal sonore ou un appareil émettant des vibrations alternées. Ce choix est fait tout au début du protocole, en accord avec le patient.

Dans le protocole standard le patient est invité à suivre les doigts du thérapeute, réalisant des mouvements rapides de droite à gauche pendant quelques instants. La série terminée, le patient est invité à exposer brièvement ce qui s'est passé lors de la stimulation. Le thérapeute ne pose alors aucunes questions, ni reformulation, il invite uniquement le patient à rester concentré sur ces pensées, et de « Continuez avec ça, » puis reprend une série de stimulations.

Lors des stimulations, l'image initiale change et se modifie, mais d'autres choses peuvent également apparaître dans le canal associatif. Ce nouveau contenu peut alors être traité immédiatement ou d'en faire un nouveau plan de ciblage par la suite.

Pendant tout le processus de désensibilisation, le patient va alors associer et remonter tout son canal associatif jusqu'à le « vider » grâce aux SBA. À ce moment-là, il s'agit de revenir à la situation initiale pour voir si d'autres canaux sont associés ou si le travail est terminé. C'est le SUD qui va alors être indicateur, en évaluant s'il reste de la détresse et de la perturbation ou non chez le patient. Si nous sommes à 0, nous allons alors pouvoir passer à la phase d'installation.

C'est lors de cette phase où grâce, encore une fois, à des stimulations bilatérales alternées, nous pouvons installer la cognition positive (VOC).

Enfin, un dernier scanner corporel est réalisé, en invitant le patient à passer mentalement son corps en revue pour identifier une éventuelle sensation d'inconfort. Si c'est encore le cas, c'est qu'il reste du matériel négatif et perturbant. En effet, la thérapie EMDR ne fait pas l'économie du lien psychosomatique existant entre le psychisme et le corps, et l'évaluation du ressenti corporel est une étape importante de la procédure. Van der Kolk a d'ailleurs mis en évidence que la plupart des pensées traumatiques s'accompagnaient d'une véritable résonance physique et que le traumatisme serait emmagasiné dans la mémoire motrice et non narrative. Ce n'est qu'une fois traitées qu'elles peuvent migrer vers la mémoire narrative et être verbalisées.

La séance est clôturée lorsqu'il n'y a plus de perturbation (SUD = 0), que la cognition positive est bien intégrée (VOC = 7) et que le scanner corporel est bon (aucune sensation négative au niveau du corps).

La séance suivante s'attachera à réévaluer tout d'abord s'il n'existe plus de perturbation sur l'évènement traité à la séance précédente, puis de passer à l'évènement suivant en reprenant le même protocole, et ainsi de suite jusqu'à ce que toutes les situations du passé, actuelles et du futur aient été passées en revue (retraitées).

## **2** **APPLICATION DE L'EMDR** **AUX MALADIES CHRONIQUES : LE CAS** **DE LA DOULEUR CHRONIQUE**

Une première étude expérimentale et exploratoire sur la douleur aiguë, qui consistait à tremper la main des participants dans de l'eau glacée, a démontré les effets de la thérapie EMDR sur la diminution de la sensation douloureuse, en opposition à un groupe témoin. Nous pouvons constater les premiers effets physiologiques des mouvements oculaires sur la partie sensitive de la douleur à travers cette étude. La douleur chronique étant une affection plus complexe, il s'agit alors de compléter cet effet en ayant une action sur les composantes cognitives et émotionnelles.

Ensuite, la relaxation induite par les mouvements oculaires a été mise en exergue dans la diminution des symptômes douloureux chez les patients fibromyalgiques.

Par ailleurs, d'autres cas cliniques ont également mis en évidence les effets de l'EMDR dans des domaines de la douleur chronique comme le syndrome de fatigue chronique.

Dans une étude pilote (Mazzola et al., 2009), les auteurs ont exploré l'efficacité et précisés les effets d'un protocole spécifique EMDR à la douleur chronique sur la diminution de la douleur et des affections comorbides. Néanmoins, cette étude a été réalisée sans groupe témoin ce qui a eu pour effet de relativiser la portée de leurs résultats.

Nos travaux (2013, 2017), ont également confirmé l'intérêt de l'EMDR dans la prise en charge des douloureux chroniques qui, dans tous les cas, s'est révélée plus efficace que la psychothérapie de soutien du groupe contrôlé<sup>1</sup>.

## Identifier les cibles

Dans le traitement de la douleur chronique par la thérapie EMDR, il s'agit dans un premier temps d'identifier les cibles appropriées à prendre en compte lors du traitement. Tous les événements de l'histoire douloureuse du patient provoquant encore de l'émotion perturbante sont à prendre en considération.

La question la plus importante à se poser face à cette problématique concerne le choix stratégique de la cible, permettant la diminution plus rapide de la douleur. Cependant, chez les patients douloureux chroniques différentes cibles sont souvent présentes.

De Roos et Veenstra établissent 3 cibles principales à distinguer lors du traitement de la douleur chronique avec la thérapie EMDR :

- **Mémoire traumatique** : trauma classique ou mémoire traumatique (comme un accident, une amputation ou une opération).
- **Mémoire douloureuse** : mémoire émotionnelle dysfonctionnelle relative à l'expérience traumatique de la douleur ou aux conséquences traumatiques de la douleur (comme une attaque de panique, être abandonné par la famille ou les amis, perdre son emploi...)
- **Douleur aiguë** : la cible n'implique pas un souvenir mais la douleur éprouvée dans l'ici et maintenant (état).

---

1. Notons que dans cette étude le protocole standard plus que le protocole douleur s'est révélé plus efficace dans la prise en charge du psychotraumatisme, ainsi que sur les différentes composantes de la douleur. Un tel résultat viendrait corroborer l'hypothèse de la douleur comme trouble réactionnel à un événement de vie traumatique.

# Protocole EMDR douleur aiguë : prendre en charge la sensation douloureuse

EMDR – Traduction française du protocole de la douleur aiguë  
(De Roos & Veenstra, 2010)

## 1) Introduction

- a. Mise en place des chaises et construire la relation thérapeutique
- b. Explication de l'EMDR et de la douleur
- c. Évaluer la distance et la vitesse des mouvements oculaires avec le patient
- d. Choix de la stimulation bilatérale (visuelle, auditive ou tactile)
- e. Rappel du Signal STOP

## 2) Cible : douleur actuelle

- a. « Décrivez comment vous sentez la douleur maintenant »
- b. « Construisez une image / une photo représentant la manière dont vous sentez la douleur maintenant »
- c. « Décrivez cette image / cette photo. Faites un dessin représentant la manière dont vous sentez la douleur maintenant »

*Questions qui peuvent vous aider :*

- « Si la douleur avait une couleur, de quelle couleur serait-elle ? » ;
- « Si la douleur avait une forme / taille, quelle forme / taille aurait-elle ? » ;
- « Si la douleur avait une température, quelle température (froid / chaud) aurait-elle ? ».

## 3) Cognition négative (CN)

« Si vous pensez à la douleur ou si vous vous concentrez sur la douleur, quels sont les mots qui vous viennent à l'esprit qui disent quelque chose de négatif sur vous ou sur la douleur maintenant ? »

*Questions qui peuvent vous aider :*

« Qu'est ce que cette douleur dit de vous en tant que personne ? » ;

« Que diriez-vous d'une telle personne ? Comment appelleriez-vous une telle personne ? » ;

« Qu'est ce que les gens disent souvent d'une telle personne ? Comment appelle-t-on en général ce type de personne ? ».

#### 4) **Cognition positive (CP)**

a. Détermination de la CP : « Plutôt que (CN), si vous pensez à la douleur ou si vous vous concentrez sur la douleur, que préféreriez-vous penser / croire de vous-même ? »

b. Validité de la Cognition positive (VoC) : « Si vous pensez à la douleur ou si vous vous concentrez sur la douleur, sur une échelle de 1 (complètement faux) à 7 (complètement vrai), dites-moi à quel point vous ressentez ces mots (CP) comme vrais maintenant ? »

#### 5) **Émotions**

« Si vous pensez à la douleur ou si vous vous concentrez sur la douleur et en même temps sur ces mots (répétez la CN) quelle(s) émotion(s) éprouvez-vous maintenant ? »

#### 6) **SUP (Subjectif Units of Pain)**

« Si vous pensez à la douleur ou si vous vous concentrez sur la douleur et en même temps sur ces mots (CN), quelle est la force de la douleur sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifierait pas de douleur du tout, et 10 la pire douleur que vous puissiez avoir, à combien évaluez-vous la douleur que vous ressentez maintenant ? »

#### 7) **Sensation corporelle de la douleur**

« Où ressentez-vous le plus cette douleur dans votre corps ? »

#### 8) **Désensibilisation (stimulations bilatérales)**

« Regardez mes doigts »

« Concentrez-vous sur la douleur et dites-vous à vous-même (CN) »

« Sentir la douleur dans (endroit du corps mentionné) »

- **Laissez le patient se concentrer et demandez :** « Ok. Sentez-vous la douleur ? »

« Suivez mes doigts avec vos yeux »



- **Série de mouvements oculaires**

« Que remarquez-vous maintenant ? »

« Restez avec ça » ou « Concentrez-vous là-dessus »

- **SBA**

Continuez jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de changement (chaîne d'associations).

**SUP > 0** : retournez à la cible, à la douleur actuelle

1. « Si vous pensez à la douleur ou si vous vous concentrez sur la douleur, quelle force a-t-elle (note 0 à 10) ? Qu'est ce qui maintient cette douleur à ce chiffre ? Quel aspect de la douleur maintient ce chiffre ? »

2. « Restez avec ça » ou « Concentrez-vous là-dessus »

3. Série de mouvements oculaires

4. Répétez cette procédure jusqu'à ce que le SUP = 0

**SUP = 0**

Continuez avec la phase 9

Attention : si SUP > 0 à la fin de la séance : continuez à la phase 8

**9) Installation de la CP (si SUP = 0)**

a. Testez le VoC

« Si vous vous concentrez sur cette douleur et les mots (CP), sur une échelle de 1 (complètement faux) à 7 (complètement vrai), dites-moi à quel point vous ressentez ces mots comme vrais maintenant ? »

b. Nouvelle série de mouvements oculaires. « Concentrez-vous sur la douleur en vous disant à vous-même (CP) »

SBA

Testez le VoC

Contrôlez le VoC après chaque série de mouvements oculaires et continuez jusqu'à ce que le VoC = 7

**10) Installation de « l'image-antidote »**

a. Si votre patient dit qu'il / elle sent une différence dans la force de la douleur, posez-lui des questions qui peuvent créer

une ressource :

« Qu'y a-t-il à la place de la douleur ? »

« Qu'est ce qu'il y a maintenant, là où était la douleur avant ? »

Si la douleur ne change pas, vous pouvez demander :

« Qu'est ce qui peut enlever la douleur ou en tout cas diminuer la douleur ? »

b. « Faites une image / une photo de ça ». Installez cette image. Éventuellement quand cela change : « C'est quoi exactement » ou « À quoi cela vous fait penser ? »

Continuez avec la stimulation bilatérale jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de changement.

c. Associer un mot métaphorique et l'installer, par exemple :

« Mentionnez un mot qui convient à votre sentiment quand vous vous concentrez sur cette image »

Continuer la stimulation bilatérale jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de changement.

#### 11) **Scanner du corps** (après installation de la CP, si le SUP = 0)

« Concentrez vous sur la douleur tout en vous disant (CP), passez en revue mentalement votre corps en entier et notez si vous sentez encore une tension »

S'il y a une tension : série de mouvements oculaires et demandez : « Qu'est ce qui vient / Que notez vous maintenant ? ». Continuez les mouvements oculaires jusqu'à ce que la tension disparaisse et / ou qu'il n'y ait plus d'associations nouvelles.

#### 12) **Clôture positive** (à la fin de chaque séance)

a. « Qu'avez vous appris de positif sur vous-même dans cette séance au sujet de votre douleur ? »

Si nécessaire : « Qu'est ce que ça dit de vous-même ? »

b. Installez avec des mouvements oculaires jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de changement

c. Explication de ce qui peut se passer dans les prochains jours : l'intensité de la douleur pourrait augmenter temporairement. C'est parfois le cas, mais pas toujours.

## Protocole de prise en charge approfondi : utiliser la sensation douloureuse comme point de départ

Il n'y a pas de procédure spécifique indiquant la cible à traiter en priorité. Le thérapeute est renvoyé à son sens clinique permettant d'hypothétiser l'étiologie psychique de la douleur ou les facteurs maintenant les symptômes douloureux. Cette hypothèse donne la direction du plan de ciblage.

Suivant cette hypothèse l'utilisation du protocole standard EMDR chez ses patients permettrait un retraitement de fond de l'étiologie de l'installation de la douleur chronique.

Néanmoins, il n'est pas toujours possible, chez des patients qui "verbalisent" le trauma à travers le corps, de pouvoir le conscientiser et retravailler les événements de vie responsables de leurs symptômes.

Un protocole EMDR spécifique à la douleur s'avère alors être un pont d'affect particulièrement efficace pour retracer le fil et l'étiologie de la douleur. En partant du corps et en suivant les canaux mnésiques, comme le permet la thérapie EMDR, des liens vont pouvoir se conscientiser, par le patient lui-même. En effet, lors des associations libres, le ressenti sensitif de la douleur, les cognitions, les émotions voire les souvenirs spécifiques vont se « croiser ». Il s'agit alors d'utiliser le protocole EMDR spécifique à la douleur tel un pont d'affect afin de retracer et de déterminer le plan de ciblage global.

À partir de cela il est alors possible, soit de laisser libre cours à ces associations et de les retraiter, soit d'en faire une cible spécifique à retraiter avec un protocole EMDR standard (figure 4.1).

Par ailleurs, retraiter le passé avec la thérapie EMDR n'est pas suffisant. Nous devons également suivre le protocole et le plan de ciblage, afin de passer en revue le présent ainsi que le futur.

En cela, le protocole EMDR spécifique à la douleur est encore une fois bien utile. La mémoire douloureuse dysfonctionnelle peut encore être active alors que les souvenirs en lien ont été retraités. Il s'agit alors de désensibiliser la sensation douloureuse à l'aide de ce protocole.

L'idée fondamentale est alors de proposer une démarche de prise en charge globale des différentes composantes de la douleur chronique, mais également de prendre en compte la douleur comme un trouble réactionnel.

Comme le montre la figure 4.1, il s'agit alors de procéder par deux biais différents. Soit les événements de vie marquants ont été identifiés et mis en lien par le patient comme pouvant provoquer ou, tout du moins, avoir un impact sur la douleur. Soit cela n'est pas le cas.

Si les événements de vie sont identifiés et mis en lien, il convient alors d'appliquer le protocole EMDR standard afin de désensibiliser et retraiter les souvenirs dysfonctionnels en lien avec ces événements. En partant de l'hypothèse que la douleur peut être considérée comme un trouble réactionnel au même titre que le TSPT, l'application de ce protocole aura déjà un impact sur la sensation douloureuse.

Néanmoins, la douleur est également considérée en tant que telle comme une mémoire corporelle dysfonctionnelle. Il paraît donc primordial, une fois l'application du protocole standard sur les différents événements de vie effectuée, de désensibiliser et retraiter la douleur elle-même, dans l'objectif d'une action globale.

De cette manière nous aurons eu une action sur toutes les composantes de la douleur chronique mais également sur son étiologie psychique potentielle.

Si par contre, les événements de vie ne sont pas identifiés, ou en tout cas pas mis en lien par le patient, comme pouvant avoir quelconque impact sur sa douleur actuelle, il s'agit alors d'utiliser le protocole EMDR spécifique à la douleur comme porte d'entrée.

En se concentrant sur la sensation douloureuse dans le protocole douleur, tout comme nous le ferions sur un événement de vie dans le cadre du protocole standard, et grâce aux stimulations bilatérales alternées, nous allons mettre en route le processus associatif et permettre des insights.

Différentes manières de poursuivre le traitement sont alors envisageables. Soit, le thérapeute fait le choix de continuer avec ces associations, sans revenir sur la sensation douloureuse, jusqu'à ce que le canal associatif soit vide, soit il décide d'extraire ces insights et événements de vie qui émergent et d'en faire un ciblage à part, à retraiter avec le protocole EMDR standard.

Cette deuxième procédure semble adéquate face à des événements de vie traumatiques, en accord bien évidemment avec le patient.

Ici encore, en procédant de cette manière, nous aurons une action sur toutes les composantes de la douleur chronique et sur son étiologie potentielle. Mais surtout nous aurons respecté les croyances préalables du patient ainsi que son rythme d'intégration des informations.

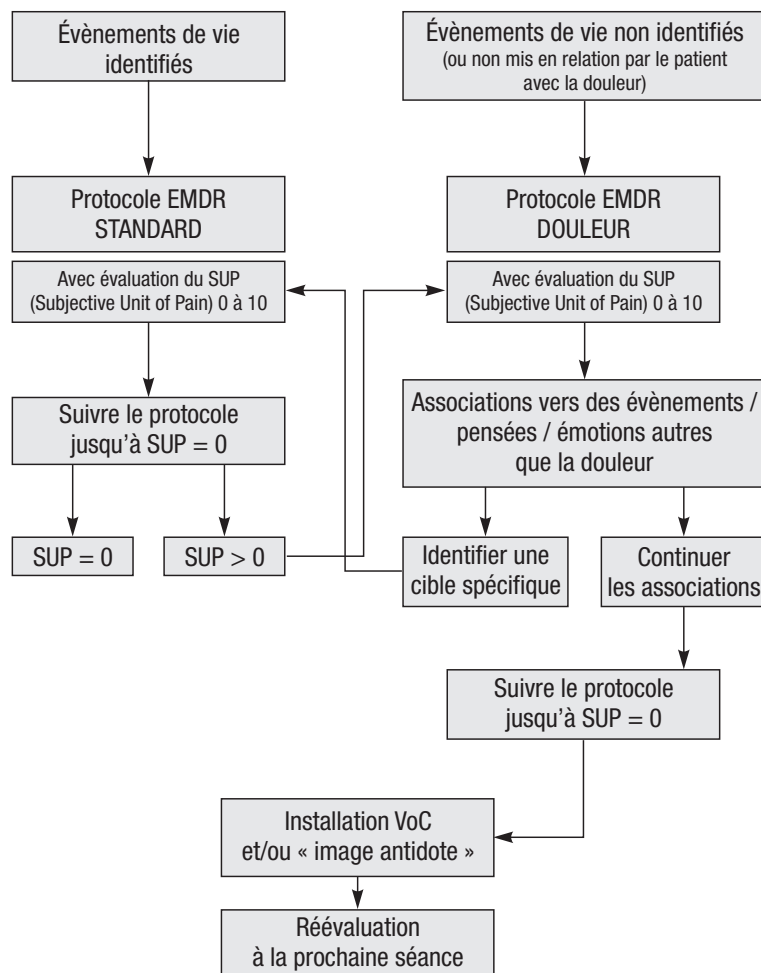
En effet, la particularité de nombreux patients douloureux chronique réside dans la difficulté à exprimer leurs émotions et conscientiser les cognitions et émotions négatives, qui s'exprimeront alors sous forme de plainte physique. Leur donner une porte d'entrée à travers la sensation corporelle (et le protocole EMDR douleur) permet donc de contourner les barrières défensives et d'avoir accès au contenu émotionnel, jusqu'ici difficilement accessible. Tout cela bien sûr en maintenant les capacités de contrôle de l'individu puisqu'il fera les liens et libérera les émotions, de manière naturelle, de lui-même, au cours des stimulations et associations permises par l'EMDR.

S'il apparaît également que la douleur peut être considérée comme « l'arbre qui cache la forêt », l'intérêt de l'utilisation conjointe du protocole EMDR standard du protocole EMDR douleur est alors inhérent. Diminuer la sensation douloureuse par divers moyens (médicaments, hypnose, désensibilisation par le protocole EMDR douleur...) va enlever la béquille du patient qui lui servait jusqu'alors à faire face aux émotions. Ne pas traiter ni prendre en charge ce qui se trouve derrière la douleur reviendrait à ne traiter que le symptôme douloureux et pourrait être insatisfaisant pour le patient.

Que l'on accède à l'étiologie de la douleur par le biais direct des événements et du protocole standard EMDR ou à travers un pont d'affect à l'aide du protocole EMDR douleur, il paraît fondamental de retraiter les souvenirs du passé en lien avec l'apparition et le maintien de la douleur. Il apparaît également nécessaire de désensibiliser et retraiter le ressenti douloureux ainsi que la mémoire corporelle dysfonctionnelle. Enfin, il s'agit de toujours finaliser le traitement par un travail du futur.

Il est également important de noter la possibilité qu'aucun événement ne survienne ou ne soit identifié dans le cas de l'utilisation du protocole EMDR douleur. Il est alors possible de l'utiliser uniquement dans son objectif initial : pour diminuer uniquement la sensation douloureuse.

Le travail avec la thérapie EMDR n'est cependant pas suffisant. Un travail psycho-éducatif à visée d'expression des émotions sera nécessaire. En effet, pour que le processus de somatisation ou de trouble réactionnel à travers le corps ne se reproduise pas, il est fondamental que le patient puisse apprendre à connaître, repérer et exprimer de manière efficiente – et verbale – ses émotions (cf. figure 4.1).



**Figure 4.1.** Protocole approfondi de prise en charge de la douleur chronique (Brennstuhl, 2017)

## Étude de cas

### ► Anamnèse

Émilie est une jeune femme de 24 ans, étudiante à l'Université. Elle est la cadette d'une famille de deux enfants. Elle vit actuellement en couple.

Émilie n'a que très peu d'activités et de loisirs. Elle passe la majeure partie de son temps libre chez elle ou avec son compagnon. Durant l'anamnèse elle ne nous rapporte aucun événement de vie traumatique, si ce n'est des disputes récurrentes avec sa sœur ou des crises de jalousie fréquentes qu'elle déclenche avec son compagnon. La thymie est bonne et la patiente semble bien dans sa peau. Des relations sociales et du soutien semblent présents malgré le manque d'activités.

Le profil douloureux d'Émilie est accès autour de cervicalgies chroniques, qui apparaissent si elle reste trop longtemps assise, couchée ou debout, qu'il fasse trop froid, trop chaud ou qu'il y ait trop de vent. La douleur peut alors s'élargir à tout le corps, et notamment le dos, si elle ne reste pas allongée plusieurs heures avec une compresse froide.

Ces crises douloureuses sont très handicapantes dans la vie quotidienne de la jeune femme car elle peut difficilement profiter de sorties ou même se concentrer pleinement à l'Université. La douleur peut, en effet, survenir dans de nombreuses circonstances.

La gêne liée à la douleur est alors très importante et les traitements médicamenteux restent inefficaces.

### ► Séance 1 et séance 2

La première séance et la deuxième séance d'EMDR réalisées avec Émilie se sont focalisées uniquement sur la sensation douloureuse. Nous avons ciblé la douleur ressentie sur le moment lors du début de la séance, matérialisée par une boule rouge et noir qui se déplace dans le corps. La cognition négative associée était « *je suis pitoyable* », associée à de la colère.

Durant toute la séance, la boule s'est déplacée dans le corps d'Émilie, du dos, aux bras, au visage, à la nuque, au cou, aux jambes. Elle n'a cessé de diminuer, puis de se déplacer, pour augmenter, se déplacer, et diminuer encore.

La séance s'est clôturée sans que nous ayons pu aboutir à une diminution de la douleur initiale, mais sans non plus qu'elle ait augmenté.

### ► Séance 3

Au vu des difficultés d'associations constatées lors des deux premières séances, et notamment à l'absence de diminution de la douleur, nous avons utilisé le tissage cognitif pour aider Émilie à associer davantage durant les SBA. En lui demandant ce qu'elle ressentait ou à quoi correspondait cette douleur, nous avons vu apparaître la colère, initialement évoquée : « *J'ai envie de frapper* », « *Les gens m'énervent* ». Ces phrases sont ressorties à plusieurs reprises, comme échappées de l'inconscient, par petites touches, au milieu des déplacements de la boule douloureuse.

Nous avons alors commencé à voir apparaître des modifications dans le ressenti douloureux, avec une augmentation à la fin de cette troisième séance de la douleur initiale, comme si nous avions touché un point sensible que la douleur, renforcée en protection, semble masquer.

### ► Séance 4

Après la troisième séance, Émilie avait ressenti beaucoup de douleurs et a mal dormi le soir même. L'énervement lié au « *manque de contrôle de la douleur* », nous dit-elle, ayant augmenté les douleurs.

Lors de la quatrième séance nous avons alors choisi de cibler la colère afin de permettre de meilleures associations autour de la douleur. Les sentiments qui avaient échappé lors de la troisième séance ont donc été plus nombreux et les disputes avec la sœur d'Émilie ont alors émergé. La colère qu'elle ressent envers elle a alors pu être exprimée : « *Elle m'énervé* », « *J'ai envie de frapper* » ; « *Son air de petite bourgeoise m'énervé* » ; « *J'aimerais qu'elle se rende compte de la personne qu'elle est devenue* ».

Ces moments de colère et ces sentiments sont entrecoupés de sensations douloureuses, notamment dans la nuque, qui vont même jusqu'à se confondre entre les différentes séries de SBA : « *Je suis énervée, j'ai mal à la nuque* » ; « *J'ai mal à la nuque, je me vois me disputer avec ma sœur* ».

Le lien entre les douleurs et la colère, notamment envers la sœur, semble alors très fort.



La séance se finira lorsqu'Émilie pourra se décentrer de cette colère, se rendre compte que ces disputes l'impactent beaucoup mais qu'elle devrait réussir à prendre du recul.

Émilie nous enverra un mail à la fin de cette séance pour nous dire que les douleurs sont réapparues en soirée, alors qu'elles avaient, cette fois, totalement disparu en fin de séance. Mais, nous dit-elle, elle commence à comprendre pourquoi elles ont été déclenchées ce soir, et ce n'est pas à cause des conditions environnementales comme la température ou sa position, mais bien par ses états internes de colère, suite à une nouvelle dispute avec son compagnon. Ce changement de *locus of control* lui permet alors de trouver une compréhension différente à ses crises douloureuses.

### ► Séance 5

Malgré la prise de conscience opérée lors de la dernière séance, Émilie est arrivée très énervée à cette dernière séance. La période d'examens approchant, les disputes avec son compagnon, le climat familial pesant avec sa sœur, lui ont fait passer une semaine « douloureuse ». Nous lui faisons alors remarquer qu'elle fait désormais le lien entre les événements de la semaine, les émotions qu'ils ont déclenchées chez elle et les crises douloureuses apparues quotidiennement.

Nous décidons alors de continuer à cibler la colère ressentie par Émilie. Cette fois cependant, cette cible ne nous amènera pas vers la colère ressentie contre la douleur, comme c'était le cas initialement, mais vers la colère ressentie envers son entourage.

Nous repasserons une scène de jalousie avec son compagnon et de dispute avec sa sœur, qui seront toujours entrecoupées de déplacement douloureux dans le corps.

Nous clôturons alors la séance lorsque, malgré les retours à la cible successifs, Émilie ne nous donnera plus que des éléments positifs : « *Ma sœur est comme elle est* », « *Je sais que mon copain m'aime, je n'ai pas besoin d'être aussi jalouse* » ; « *Il y a des personnes qui sont plus à plaindre que moi* ».

La séance se terminera donc avec une absence totale de douleur.

## ► Conclusion

Émilie décrivait sa douleur comme un serpent, qui se déplaçait autour de son cou, jusqu'à vouloir l'étouffer parfois. Nous pouvions voir sa gorge se serrer lorsqu'elle le décrivait. Puis comme une boule rouge et noire lui parcourant le corps.

Avant la première session, Émilie semblait désespérée face à ses crises, ne pouvant même plus s'imaginer qu'elles diminueraient un jour. Elle faisait alors avec, pouvant les prédire et essayant de les gérer tant bien que mal.

Durant et après les sessions, les douleurs avaient tendance à augmenter. Entre chaque stimulation bilatérale alternée, nous alternions entre le déplacement de la douleur dans les zones cervicales et alentours, et l'apparition de souvenirs liés à sa sœur. L'alternance entre des scènes perturbantes liées à la rivalité fraternelle et le déplacement quasi immédiat de la douleur a perduré durant les 5 sessions.

Émilie est restée perplexe jusqu'au bout quant à l'efficacité de la thérapie, voyant même sa douleur augmenter juste après la séance. Néanmoins, l'évaluation post-traitement et le suivi à un mois montrent une amélioration.

Après un mois, Émilie reconnaît que sa compréhension de ses douleurs a été améliorée. Elle a enfin pu faire le lien entre sa jalousie envers sa sœur et les affects négatifs qu'elle retenait en elle. Ses crises se sont estompées et elle dit désormais, non plus qu'elles apparaissent en cas de chaleur ou de mauvaise position, mais bien lorsqu'elle sent « *la jalousie monter* ». Elle peut alors mieux gérer et prévenir les crises même si la gestion des émotions reste difficile et nécessite un travail complémentaire.

Nous sommes restés en contact avec Émilie. Elle ne nous a pas fait état de ses crises douloureuses lorsque nous lui demandions comment elle se sentait. Elle nous a dit avoir beaucoup travaillé sur elle et notamment sur la gestion des émotions et qu'elle a pris conscience de l'importance de leur expression. Elle poursuit ses études et sa vie paisible avec son compagnon.

Dans le cas d'Émilie, le protocole EMDR douleur a permis une prise de conscience de ce qui se cachait derrière les crises douloureuses de la jeune femme. En restant attaché durant toutes les sessions à cette douleur qui se déplaçait, mais en laissant émerger quelques bribes de disputes et d'évène-

ments, le lien a pu être fait par Émilie entre ses affects et leur impact psychosomatique.

Nous étions assez sceptiques quant à l'efficacité de la thérapie chez cette patiente, sans doute car elle l'était aussi. Nous avions comme l'impression de tourner en rond, comme la douleur le faisait dans son corps. En voyant les douleurs augmenter entre les séances nous avons même envisagé l'arrêt des séances. Le choix de changer de cible et de partir sur les émotions et notamment la colère liée à la douleur, davantage que sur la sensation douloureuse, a pourtant été bénéfique pour Émilie. Très alexithymique et coupée de ses propres sensations, le fait d'avoir pu la reconnecter à ses propres affects a permis une prise de conscience et un déplacement du locus of control interne. Cela a permis à Émilie de mettre du sens sur ses douleurs, médicalement inexpliquées, et qui la faisait souffrir.

La thérapie EMDR n'a donc pas permis uniquement l'arrêt de la douleur mais d'y mettre du sens et de pouvoir y faire face de façon adaptée.

### En conclusion

La thérapie EMDR découverte par Shapiro en 1987 comporte diverses procédures et éléments qui contribuent aux effets du traitement. La méthodologie et l'efficacité de la thérapie EMDR ont été validées par de nombreuses études et reconnues par des hautes instances de psychiatrie et psychologie dans le traitement notamment du TSPT, ses mécanismes d'action sont nombreux.

L'EMDR s'impose alors comme un outil d'intervention à la fois rapide et efficace, qui s'inscrit totalement dans la temporalité particulière que demande la douleur chronique. En effet, son utilisation permet d'intervenir tant d'un point de vue préventif avec une désensibilisation de la douleur pour éviter son installation ; tant d'un point de vue curatif avec un travail en profondeur.

### 3 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BRENNSTUHL MJ. (2015), Utilisation de la thérapie EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing - dans le cadre de la douleur chronique : Étude pilote. *Pratiques Psychologiques*, doi : 10.1016/j.prps.2015.11.002.

BRENNSTUHL MJ, TARQUINIO C & MONTEL S. (2014), « Chronic pain and PTSD : evolving views on their comorbidity », *Perspectives in Psychiatric Care*, doi : 10.1111/ppc.12093.

BRENNSTUHL MJ & TARQUINIO C. (2017), La prise en charge de la Douleur Chronique, In ; C. Tarquinio, M.J. Brennstuhl, H. Dellucci, M. Iracane, J.A. Rydberg, M. Silvestre & E. Zimmerman (Eds). *Pratique de la Psychothérapie EMDR*, Paris, Dunod.

De ROOS C & VEENSTRA S. (2010), « EMDR Pain protocol for Current Pain », in *EMDR Scripted Protocols*, Luber M, New-York, Springer Publishing Company, p. 537-557.

KAVAKCI O, KAPTANOGLU E, KUGU N & DOGAN O. (2010), « EMDR : a new choice of treatment in fibromyalgia ? À

review and report of a case presentation », *The Journal of Clinical Psychiatry*, 13(3), 143-151.

MARCUS, S. V. (2008). Phase 1 of integrated EMDR: an abortive treatment for migraine headaches. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 15-25.

MAZZOLA A, CALCAGNO ML, GOICOCHEA MT, Pueyrredon H, LESTON J & SALVAT F. (2009), « EMDR in the treatment of chronic pain », *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(2), 66-79.

O'REILLY A. (2011), « Depression and anxiety in chronic pain : a review », *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 21, 126-131.

ROYLE L. (2008), « EMDR as a therapeutic treatment for chronic fatigue syndrome (CFS) », *Journal of EMDR practice and research*, 2(3), 226-232.

SHAPIRO, F. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing : Basic principles, protocols and procedures. (2nd Ed.) New York : Guilford Press.

## Notes

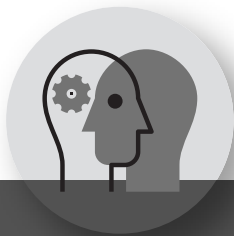
[illegible]

## Chapitre **5**

# **Douleur et Mindfulness**

**Prise en charge de la douleur  
à travers la relaxation,  
le cardiobiofeedback  
et les techniques de méditation**

MARION TROUSSELARD, CHARLES MARTIN-KRUMM



❶	Introduction	108
❷	Justification mécanistique de ces interventions	110
❸	Présentation des méthodes	111
❹	Application à la douleur chronique	117
❺	Présentation de protocoles	119
❻	Références bibliographiques	129

**L**E RECOURS AUX TECHNIQUES de relaxation, de cardiobiofeedback (CBF) et de méditation dans la prise en charge de la douleur chronique s'inscrit en complément des thérapeutiques existantes. Ces approches ont pour objectif d'aider ces patients à sortir d'un cercle vicieux d'expression cognitive, et/ou comportementale et/ou émotionnelle, qui se surajoute à la douleur chronique. Elles s'intègrent dans le parcours médical long et complexe de ces patients en leur apportant des outils pour apprendre à vivre différemment avec la douleur et ne plus la subir. L'objectif de ce chapitre est triple :

- 1) inscrire ces trois modalités d'aide à la prise en charge de la douleur chronique dans leur cadre de pratiques
- 2) décrire comment leurs mécanismes d'action aident les patients à faire face à leur douleur chronique,
- 3) présenter des protocoles d'utilisation.

## 1 INTRODUCTION

Les techniques de relaxation, de cardiobiofeedback (CBF) et de méditation s'inscrivent dans le vaste champ des Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC), le CBF et la méditation appartenant aux TCC dites de 3<sup>e</sup> vague. Les TCC caractérisent des thérapies brèves qui appliquent les principes de la psychologie scientifique à la résolution de problèmes psychopathologiques. Elles se sont développées progressivement en France depuis les années 1970, mais les premiers travaux dans les pays anglo-saxons remontent à la fin des années 1950. Elles sont issues de courants théoriques du xx<sup>e</sup> siècle : le behaviorisme (comportementaliste) et le cognitivisme. Le premier courant a pour cible les comportements observables qui font souffrir un individu, tandis que le second s'intéresse aux états mentaux qui sous-tendent les comportements-problèmes.

Le principe thérapeutique est fondé sur la modification d'un apprentissage émotionnel, cognitif et/ou comportemental inadapté. Il repose principalement sur trois théories de l'apprentissage : le conditionnement classique, le conditionnement opérant et enfin la théorie de l'apprentissage. Il s'appuie également sur les théories cognitives du fonctionnement psychologique, et plus précisément sur le modèle du traitement de l'information. Cette



approche cognitive des TCC s'attache à comprendre et à adapter les schémas, processus et événements cognitifs qui façonnent la manière dont le patient sélectionne et traite les stimuli environnementaux pour agir sur les émotions et les comportements qui en découlent.

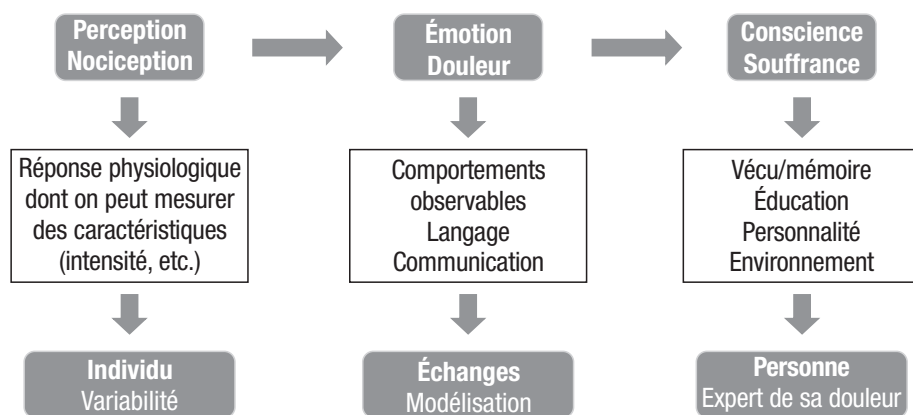
L'approche scientifique des TCC s'appuie sur une méthodologie expérimentale pour évaluer l'efficacité des soins. Ces thérapies centrées sur l'extinction des symptômes regroupent un éventail de techniques dans lesquelles s'inscrivent la relaxation, le CBF ainsi que la pratique de la méditation (TCC de 3<sup>e</sup> vague). Pour chaque patient, l'approche transdiagnostique du soignant permet de définir les objectifs à atteindre dans le cadre de la relation thérapeutique et de proposer les outils les plus adaptés en vue d'améliorer sa qualité de vie. Un bilan psychométrique adapté aux objectifs est réalisé en début et fin de traitement avec le thérapeute permettant une évaluation de l'efficacité de la prise en charge.

Pour un patient, le choix des techniques se fait à l'issue d'une analyse fonctionnelle (AF) réalisée en début de prise en charge. Il s'agit d'une étape essentielle de la prise en charge qui permet 1/ de comprendre les relations entre le/les comportements problèmes, les pensées, les émotions et l'environnement social et physique, et 2/ de définir et prioriser les outils thérapeutiques qui seront mis en œuvre au cours de la thérapie. Une collaboration authentique, chaleureuse et empathique, entre thérapeute et patient est essentielle, ces techniques perdant en efficacité sans une alliance thérapeutique de qualité.

Enfin, ces interventions servent un objectif commun : l'autonomisation du patient dans la gestion de son état de santé. Dans le cadre de la douleur chronique cet objectif se décline autour d'un travail visant à aider le patient à être un acteur de la prise en charge de ses douleurs. Les retours, en cours ou en fin de thérapie, en témoignent : « J'ai toujours aussi mal, mais je perçois cette douleur différemment » ; « je fais plus de choses importantes pour moi... j'ai appris à vivre avec » ; « je l'accepte davantage... j'ai mal, mais je vais bien. »

## 2 JUSTIFICATION MÉCANISTIQUE DE CES INTERVENTIONS

La douleur se distingue très nettement des autres perceptions sensorielles : le traitement d'une information perceptive que nous identifions comme une douleur, nécessite au-delà de la stimulation des voies de la douleur (nociception), une émotion et une perception cognitive (vécu conscientisé ; Figure 5.1). Le terme « douleur » implique que l'information nociceptive est émotionnellement consciente, c'est-à-dire qu'elle a atteint les zones cérébrales de traitement cognitif conscient. La souffrance douloureuse est le reflet du vécu de cette douleur par l'individu.



**Figure 5.1.** Les étapes du message douloureux

Les réseaux cérébraux de la douleur sont complexes (Peyron, Laurent, & Garcia-Larrea, 2000). Au niveau du tronc cérébral, les circuits sensitifs thermo-algésiques entretiennent d'étroites relations anatomiques et fonctionnelles avec les structures du système nerveux autonome (SNA) sympathique (activatrice) et parasympathique (freinatrice). À l'étage diencephalique, le système limbique, le thalamus, l'hypothalamus et l'amygdale jouent un rôle important dans la modulation émotionnelle de la perception douloureuse, ainsi que dans son processus de mémorisation. L'amygdale, détecteur et amplificateur de stress du système limbique, est en interaction étroite à la fois avec les voies supra spinales d'intégration du message nociceptif et avec les zones de contrôles du SNA et respiratoire. Les modifications de l'activité du SNA contribuent au monitoring de l'influx

nociceptif. Les zones corticales responsables de l'intégration de la perception douloureuse sont essentiellement représentées par les cortex somesthésiques primaire et secondaire. Les cortex insulaire et cingulaire antérieur (parties intégrantes du système limbique) sont impliqués dans la connotation émotionnelle et la mémorisation de l'expérience douloureuse, et également en étroite relation avec les structures de contrôle du SNA.

Il existe par ailleurs, une sensibilisation des neurones spécialisés dans la transmission du message douloureux, qui favorise à une mémorisation de la douleur. Cette mémoire de la douleur favorise la chronicité des stimulations nociceptives et favorise l'installation d'un cercle vicieux psychologique participant à des dérégulations émotionnelles et à une exacerbation des souffrances.

## 3 PRÉSENTATION DES MÉTHODES

### L'analyse fonctionnelle

Elle s'attache à déterminer les facteurs (cognitifs, émotionnels et comportementaux) de déclenchement et de maintien du trouble, et ce à partir d'hypothèses communes établies entre le patient et le thérapeute. Ce travail se fait sous forme d'entretiens guidés par le thérapeute. Il permet d'isoler les problèmes-clés, et de les hiérarchiser pour établir un fil conducteur dans le choix des outils thérapeutique (effet cascade) qui vont s'attacher à modifier de façon durable les cognitions, et/ou les émotions et/ou les comportements dysfonctionnels identifiés.

Les modèles d'AF les plus répandues sont le modèle SORC<sup>1</sup>, la grille SECCA<sup>2</sup> et le modèle BASIC IDEA<sup>3</sup>.

1. Stimulus-Organisme-Réponse-Conséquence (grille de Kanfer et Sanslow).

2. Stimulus-Emotion-Cognition-Comportement-Anticipation (grille de Cottraux).

3. Behavior-Affect-Sensation-Imagery-Cognition-Interpersonnal-Drugs-Expectation-Attitude (grille de Lazarus).

### Encadré n°1 : présentation du Modèle d'Analyse Fonctionnelle BASICIDEA

- **B** : Behavior ou Comportement : fréquence ? Où ? Quand ? Comment ? Dans quelles situations ? Avec qui ? Quels sont les facteurs qui augmentent ou réduisent le comportement-problème ?....
- **A** : Affect : lesquels ? fréquence ? Où ? Quand ? Comment ? Dans quelles situations ? Avec qui ? Quels sont les facteurs qui augmentent ou réduisent les affects – problème ?
- **S** : Sensations
- **I** : Imagerie : ce que le patient visualise comme des petits films dans sa tête. Ces scènes visuelles internes au patient sont importantes à questionner pour savoir si le patient peut faire facilement de l'exposition en imagination.
- **C** : Cognitions : Ce que le patient se dit par rapport aux situations redoutées, avant de s'engager dans la situation, quand il est dans la situation... Ce que le patient se dit par rapport à lui, face à ses difficultés (repérage des schémas du patient au travers des pensées automatiques). Ce que le patient se dit par rapport à son problème (repérage des schémas du patient au travers des pensées automatiques)
- **I** : Relations Interpersonnelles. Conséquences de son problème sur sa vie familiale, professionnelle, sociale... Repérage des facteurs de maintien du comportement-problème
- **D** : « Drug ». Prise en charge pharmacologique de son problème ? Prise(s) en charge psychothérapique(s) précédente(s) pour son problème ?
- **E** : « Expectations ». Attentes du patient par rapport à cette prise en charge (recherche de sa motivation, de son engagement)
- **A** : Attitude du thérapeute. Que se dit-il par rapport au patient, par rapport à la relation thérapeutique ?

La démarche thérapeutique commence à l'issue de l'AF. Le thérapeute guide le patient dans la compréhension de la situation-problème, explique les techniques à mettre en œuvre et la durée de prise en charge. Il détermine avec le patient ce qu'il est en capacité de faire ou de ne pas faire. Une fois établie la collaboration sur les cibles thérapeutiques prioritaires, le travail interactif et dynamique peut être amorcé.

Classiquement, les séances sont limitées en nombre : 10 à 25 séances pour les troubles anxieux et la dépression, une centaine pour les troubles de la personnalité ou la réhabilitation des troubles psychotiques. La durée moyenne d'une séance est de 45 minutes.

## La pratique de la relaxation

La relaxation est définie comme « un état physique et mental obtenu par différentes méthodes non médicamenteuses visant à obtenir une détente par le contrôle conscient du tonus physique et mental afin d'apaiser les tensions internes et de consolider l'équilibre mental du sujet » (Larousse).

L'intérêt pour la relaxation en médecine date des travaux du cardiologue Benson qui observa que durant des pratiques respiratoires, des changements physiologiques importants et inattendus se manifestaient : diminution de la fréquence cardiaque et respiratoire, diminution du métabolisme, activation du SNA parasympathique, « apaisement » cérébral au décours d'une relaxation et baisse de la pression sanguine pour des pratiques régulières. Le Dr Benson a nommé cette réaction, la réponse de relaxation (Relaxation Response) (Benson & Klipper, 2001).

Le recours à la relaxation est considéré comme une pratique efficace pour réduire le stress et l'anxiété dans le cadre des risques psychosociaux. Dans le cadre de l'anxiété, on peut citer l'effet bénéfique de la musique dans des situations anxiogènes, particulièrement en préopératoire, l'efficacité de la relaxation musculaire afin de réduire le stress des étudiants. En clinique, la pratique de techniques de relaxation est prescrite dans le traitement de la douleur (aiguë et chronique), de la fatigue qu'elle induit (Guétin et al., 2009).

Les modalités de pratique pour se relaxer font appel à diverses méthodes, parmi lesquelles les plus utilisées sont les techniques de respiration relaxante, les gymnastiques douces (yoga, Qi gong, Tai Chi, etc.), et autres entraînements posturaux, la méditation, la musique, l'hypnose.

**Encadré n°2 : modalités générales de pratique de la relaxation**

Les programmes de relaxation impliquent la pratique quotidienne d'exercices de relaxation de quelques minutes à 20 minutes environ, et ce sur plusieurs semaines. D'un point de vue pratique, au cours d'une séance, il est demandé au sujet de se détendre alors qu'il doit respirer calmement, dans un environnement facilitant le désintéressement des sources externes de stimulation et des pensées spontanées non-pertinentes. Si cette pratique est simple de mise en œuvre, la compliance aux exercices quotidiens est difficile pour les sujets s'engageant dans un programme de relaxation. Les raisons invoquées sont nombreuses : la séance n'est pas agréable en termes expérientiels, ou encore ennuyante, se motiver pour une séance est difficile, etc.

**La pratique du *cardiobiofeedback* (CBF)**

Cet outil d'aide à la gestion des émotions, également appelé Cohérence Cardiaque, correspond à un couplage particulier synchronisant rythme respiratoire et rythme cardiaque. Le rythme cardiaque normal n'évolue pas de manière constante au cours du temps : il existe une fluctuation de la durée entre deux battements cardiaques autour d'une valeur moyenne. Une respiration profonde et régulière accroît les fluctuations du rythme cardiaque par le biais d'un meilleur équilibre entre les SNA sympathique et parasympathique. Chez la plupart des gens un rythme respiratoire aux alentours de six respirations par minute établit la résonance ou synchronisation ». Le CBF facilite le maintien d'un état intérieur physiologiquement efficace et régénérateur, caractérisé par la réduction de l'irrégularité de fonctionnement du SNA et l'augmentation de la synchronisation de l'ensemble du système cardio-respiratoire (Cungi & Deglon, 2009).

### Encadré n°3 : modalités générales de pratique du CBF

Les techniques de CBF visent à réguler le fonctionnement du SNA en synchronisant les rythmes respiratoire et cardiaque à partir des protocoles d'apprentissage standardisés et rapide. Ces protocoles s'appuient sur l'utilisation d'un biofeedback pour guider le sujet lors de l'apprentissage. Ce biofeedback renseigne également le sujet sur la bonne réalisation des exercices une fois les techniques acquises. Le biofeedback constitue une information concrète, susceptible d'être un élément facilitateur de l'apprentissage des techniques pour les individus. Une fois acquises, la pratique des techniques du CBF est facile, rapide et souple d'utilisation. Elle offre une grande adaptabilité au rythme quotidien de chacun et un retour d'information par le biofeedback particulièrement pertinent pour le sujet. Cette simplicité du CBF facilite une régularité de pratique qui contribue à son efficacité pour les difficultés émotionnelles.

Les séances d'apprentissage comportent classiquement : 1/ un enseignement de la respiration avec biofeedback par ordinateur, 2/ un travail de reconnaissance de ses propres émotions ainsi que celles des autres, 3/ un travail de maîtrise des cognitions négatives, 4/ un travail de renforcement des émotions positives et du concept de soi. Les études montrent que la pratique régulière du CBF (même quelques minutes quotidiennes) pendant plusieurs semaines améliore la régulation des émotions négatives (Cungi & Deglon, 2009) diminue l'état d'anxiété et les symptômes de stress (McCraty, Atkinson, Tiller, Rein, & Watkins, 1995). Il a également été observé une amélioration des relations sociales et des performances cognitives (Cungi & Deglon, 2009).

## La pratique de la méditation

Les pratiques thérapeutiques basées sur des techniques de méditation sont apparues au cours de ces trente dernières années et ont été formalisées dans le cadre de programmes d'intervention. Elles poursuivent des buts distincts (Kabat-Zinn, 2003) comprenant principalement « la réduction du stress basée sur la pleine conscience » [Mindfulness-Based Stress Reduction ; MBSR], premier programme utilisé pour la prise en charge des douleurs chroniques, « les thérapies cognitives basées sur la pleine conscience » [Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT] ciblant initialement les

dépressions récurrentes, la thérapie comportementale dialectique [Dialectical Behavior Therapy, DBT] et la thérapie d'acceptation et d'engagement [Acceptance and Commitment Therapy, ACT].

Ces programmes, s'ils diffèrent dans leur forme et leurs objectifs, ont en commun de proposer des exercices développant une pleine conscience, instant après instant. Ils s'organisent autour de protocoles d'une séance de 2 heures par semaine, en petit groupe et de pratiques informelles régulières et quotidiennes des exercices enseignés entre les séances. De façon générique, la tâche de méditation-mindfulness est un entraînement de l'esprit à maintenir son attention sur un objet, qu'il soit interne ou externe, en conscience et à rediriger son attention sur cet objet, dès lors que l'esprit vagabonde. L'esprit vagabond représente la moitié environ de l'activité du cerveau en dehors du sommeil. Ce mode de fonctionnement reflète des pensées indépendantes de tous stimuli externes et se désactive lors des tâches cognitives. Il contribuerait au monitoring du soi.

#### Encadré n°4 : Apprivoiser l'esprit et l'attention<sup>4</sup>

« L'agitation de l'esprit se dompte graduellement. L'esprit non dompté tend constamment à s'installer en un point stable de son perpétuel mouvement, à s'agripper à des pensées, à des sentiments, des concepts comme s'ils constituaient un sol ferme. »

Concrètement, les pratiques princeps au cours des séances sont des exercices pouvant être intégrés dans la vie quotidienne, qui reposent sur un entraînement de l'esprit, ou méditation, à focaliser son attention, instant après instant sur la respiration, le corps et/ou un objet. Cet entraînement se complète au fur et à mesure des séances par un entraînement à une analyse corporelle consistant à porter son attention de façon séquentielle sur les différentes parties corporelles sans interprétation subjective dans une position allongée ou lors de mouvements. Il s'agit ainsi de s'entraîner à se concentrer sur ses sensations lors d'exercices de focalisation attentionnelle représen-

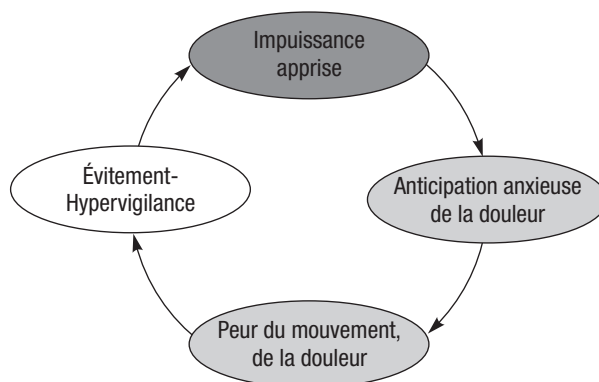
4. Varela, F., Thompson, E., & Rosch, E. (1993). *L'inscription corporelle de l'esprit. Sciences Cognitives et expérience humaine*. Paris : Seuil.



tant alors une ligne de base attentionnelle, permettant ainsi de notifier toute autre sensation corporelle par rapport à ce référentiel.

## 4 APPLICATION À LA DOULEUR CHRONIQUE

Dans le cadre des douleurs chroniques, l'objectif des pratiques issues des TCC ne cible pas la cause primaire de la douleur mais s'attache à modifier l'attitude mentale exagérément négative que l'expérience douloureuse chronique a induite. Le cercle vicieux qui se construit se décline en une anticipation de l'expérience douloureuse souvent couplé à une peur de bouger, ou kinésiophobie. Le patient va éviter une gamme de mouvements et développer un handicap plus important que celui qu'ils auraient eu si cette peur n'avait pas induit des comportements d'évitement (cercle vicieux de peur-évitement). Ce cercle vicieux (Figure 5.2) est d'autant plus actif que la douleur secondaire à une lésion ou à un effort est interprétée comme menaçante (catastrophisme) : le patient se focalise sur les aspects négatifs de la douleur. Il rumine des pensées sombres en s'attendant à voir revenir la douleur. Lorsque la douleur survient, il va la ressentir avec d'autant plus d'intensité douloureuse que ses anxiétés anticipatrices et ses ruminations étaient fortes. Étant enclin à penser en permanence à la souffrance, le patient l'entend davantage. Il se sent impuissant pour agir. Le sentiment d'impuissance apprise peut compliquer ce fonctionnement et à termes contribuer à l'émergence d'une dépression, responsable *per se* d'une persistance de la douleur.



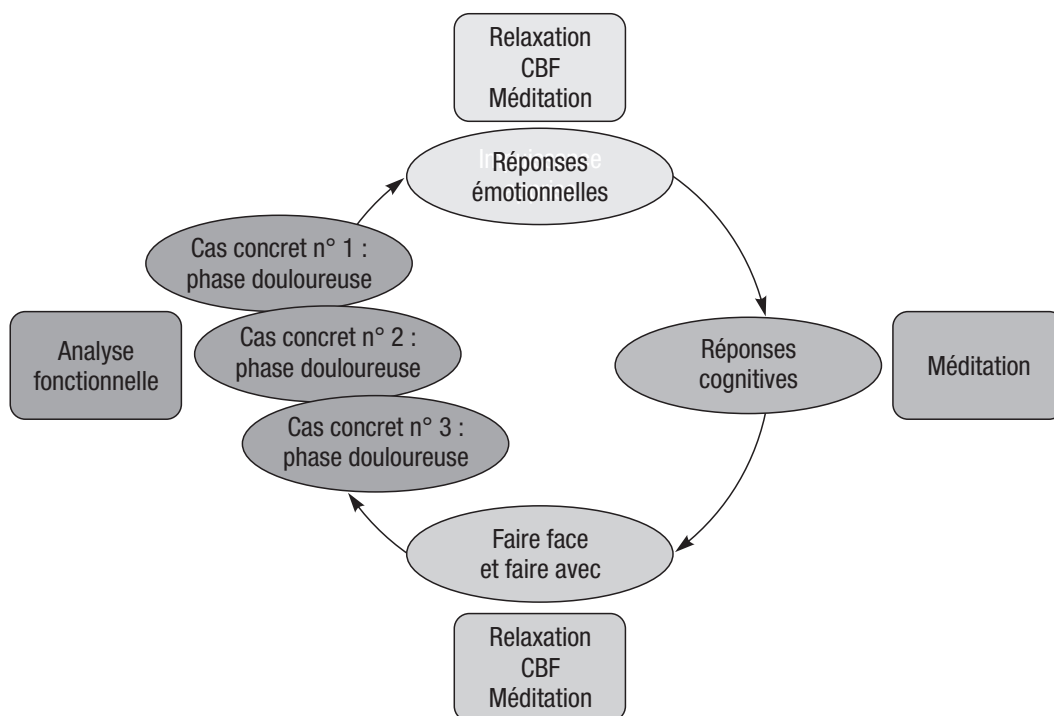
**Figure 5.2.** Cercle vicieux peur-évitement qu'induit la douleur chronique (en foncé : réponse cognitive ; en clair : réponse émotionnelle ; en blanc : réponse comportementale)

Le prérequis à la prise en charge est l'AF en ce qu'elle permet d'appréhender le cercle vicieux peur-évitement du patient à partir des données recueillies pour différentes situations douloureuses précisément situées. Il s'agit de comprendre les processus de déclenchement, de développement de la douleur chronique à partir de la description des crises/phases douloureuses et les processus de maintien de la douleur.

#### Encadré n°5 : AF dans le cadre de douleur chronique avec la grille BASICIDEA

- **B** : Description d'une phase/crise douloureuse dans son contexte de survenue. Quand survient-elle ? Est-elle continue, intermittente ? Qu'est-ce qui la fait empirer, diminuer ? Qu'est-ce que cette douleur vous empêche de faire ? Que faites-vous pour soulager cette douleur ?
- **A** : Affects. La douleur retentit-elle sur votre moral ? Quelles sont les craintes en rapport avec votre douleur ?
- **S** : Sensations (Brûlures, élancements, douleurs sourdes, etc.).
- **I** : Imagerie associée. À quoi pouvez-vous comparer cette douleur ?
- **C** : Cognitions. Comment expliquez-vous cette douleur qui dure ? Que vous dites-vous par rapport à cette douleur ? Que redoutez-vous par rapport à ce problème ? Qu'est-ce que vous vous dites lorsque vous vous parlez à vous-même par rapport à ce que vous vivez aujourd'hui ? Avez-vous connu des périodes aussi difficiles ?
- **I** : Relations interpersonnelles. Comment communiquez-vous votre douleur ? Quelle est l'attitude de votre entourage ? Qu'est-ce qui a changé dans vos relations depuis cette douleur ? Quelles sont les conséquences sur vos ressources financières ? Êtes-vous dans une démarche d'expertise ?
- **D** : Médicaments. Comment les utilisez-vous ? Quelles démarches thérapeutiques avez-vous déjà entreprises ?
- **E & A** : Attente par rapport à la prise en charge psychologique ? Quelles activités seraient reprises si la douleur s'atténuait ?

À l'issue de l'AF, le cercle vicieux du patient est caractérisé, et les hypothèses sur les processus qui se sont installés peuvent être discutées avec lui. L'orientation thérapeutique découle de ce travail dans le sens où l'AF met en exergue les réponses-problèmes à cibler pour orienter le choix des outils et la priorisation de leur application (Figure 5.3).



**Figure 5.3.** Réponses-problèmes cibles de la relaxation, du CBF et de la méditation

## 5 PRÉSENTATION DE PROTOCOLES

### Relaxation

Benson propose une technique de méditation simple, sans ésotérisme, inspirée de la méditation transcendante (encadré n° 6) (Benson & Klipper, 2001). Il existe de nombreuses modalités de relaxation, plus ou moins longue, que le patient peut essayer sans restriction (Cungi & Limousin, 2009). Citons la relaxation « active » ou « passive » ; les méthodes respiratoires ; les méthodes de détente musculaire ; les méthodes de concentration sur les perceptions sensorielles ; ou encore les méthodes de relaxation par la pensée et l'imagerie mentale. L'important pour le patient est qu'il trouve la méthode qui lui corresponde le mieux et qu'il pratique les exercices de façon régulière.

**Encadré n° 6 : relaxation Bensonnienne**

- 1) Asseyez-vous tranquillement dans une position confortable.
- 2) Fermez les yeux.
- 3) Détendez profondément tous vos muscles, en commençant par les pieds et en remontant progressivement jusqu'au visage. Maintenez-les détendus.
- 4) Respirez par le nez. Prenez conscience de votre respiration. En expirant, dites-vous le mot « one », silencieusement. Par exemple, inspirez... expirez « One », inspirez... expirez « One », etc. Respirez sans forcer, de façon naturelle.
- 5) Continuez pendant 10 à 20 minutes. Vous pouvez ouvrir les yeux pour vérifier l'heure, mais n'utilisez pas un réveil. Après avoir terminé, restez assis tranquillement pendant quelques minutes, d'abord les yeux clos, puis les yeux ouverts. Ne vous levez pas avant plusieurs minutes.
- 6) Ne vous inquiétez pas de savoir si vous atteignez un niveau profond de relaxation. Conservez une attitude passive et laissez la détente se produire à son propre rythme. Lorsque des pensées vagabondes se présentent, essayez de les écarter sans vous y attarder et recommencer à répéter « One ». Grâce à la pratique, la réponse apparaîtra sans difficulté. Pratiquez la technique une ou deux fois par jour.

Vous pouvez utiliser une autre formule mentale : une syllabe ou une phrase qui vous paraît naturelle et que vous répétez facilement

**Cardio Bio Feedback**

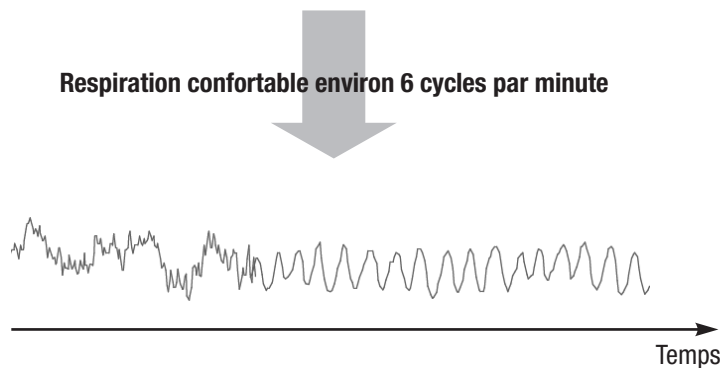
Les exercices initiaux en CBF s'attachent à ralentir et réguler sa respiration (manœuvre vagale ; encadré n° 7), pour réguler son rythme cardiaque<sup>5</sup>.

5. Les exercices de CBF peuvent se pratiquer à l'aide de logiciels de CBF disponibles sur le marché. Des versions gratuites existent. Liste non exhaustive par ordre alphabétique des logiciels de CBF disponibles pour smartphone et/ou ordinateur : EmWave® ; Innerbalance® ; Kardia® ; Symbioline® ; Stresscontrol®.

### Encadré n° 7 : manœuvre vagale

- 1) Expirez l'air de vos poumons, calmement, comme un « ballon qui se dégonfle ».
- 2) Inspirez un tout petit peu d'air, sans effort.
- 3) Gardez un tout petit moment cet air afin de bien favoriser les échanges gazeux au niveau des poumons.
- 4) Laissez l'air de vos poumons s'échapper, sans forcer.
- 5) Vérifier le ralentissement de la fréquence cardiaque, avec le feedback ou avec la prise de pouls.

En se concentrant sur la respiration au niveau de la poitrine (zone du cœur) et en prenant le temps de trouver une respiration confortable (neutralisation ; encadré n° 8), le rythme cardiaque et sa variabilité se régularisent. Une sensation de calme apparaît. Elle correspond à une régulation ajustée du SNA (Figure 5.4).



**Figure 5.4.** Régulation de la balance autonome par la neutralisation et feedback visuel du rythme cardiaque régulé

**Encadré n° 8 : neutralisation**

- 1) Focalisez votre attention sur la région du cœur.
- 2) Respirez confortablement (3 à 6 cycles), sans effort à travers cette zone, recherchez la respiration la plus agréable. En quelques secondes vous serez plus calme : c'est très simple et très efficace.
- 3) Vérifiez la régulation du SNA sur le feedback.
- 4) Renouvelez souvent l'exercice sur 3 à cycles pas plus à chaque fois ; il est plus efficace de s'exercer souvent sur quelques cycles respiratoires qu'une fois sur une longue durée.

Cet entraînement est un prérequis pour les exercices de reconnaissance émotionnelle personnelle et d'autrui, d'appropriation de ses cognitions négatives, de renforcement des émotions positives.

Si vous disposez d'un logiciel de CBF, des exercices vous aident à trouver une respiration confortable et à maintenir ce rythme respiratoire cible pendant la durée de l'exercice de neutralisation. Ces aides « pour respirer confortablement et calmement » sont utiles surtout en début de pratique ; avec l'entraînement, vous devenez rapidement autonome pour réaliser l'exercice de neutralisation. Certaines personnes préfèrent néanmoins maintenir une pratique avec l'aide du logiciel. L'important est de déterminer la méthode qui vous convient le mieux pour pratiquer régulièrement.

L'entraînement régulier à la manœuvre vagale favorise l'efficacité de la neutralisation. L'entraînement – manœuvre vagale et neutralisation – facilite la mise au calme émotionnel et développe un sentiment de contrôle. Plus les exercices sont pratiqués régulièrement, plus ils seront efficaces lors de l'apparition d'une phase de douleurs. Plusieurs programmes quotidiens peuvent être proposés pour faciliter la pratique régulière (Encadré n° 9). Il est important de choisir le programme qui correspond le mieux à son rythme de vie. Il vous sera plus facile d'être régulier dans votre pratique quotidienne.

## **Encadré n° 9 : exemples de programmes**

### ***Pratique quotidienne de 30 secondes 7 fois par jour***

- 1) Faites une croix sur votre main ou coller un post-it sur votre écran d'ordinateur.
- 2) À chaque fois que votre attention se porte sur la croix ou le post-it, pratiquez un exercice de manœuvre vagale suivi d'une neutralisation sur 3 à 6 cycles respiratoires debout ou assis selon ce que vous préférez.
- 3) Vérifiez la régulation du SNA sur le feedback visuel si vous avez installé un des logiciels.
- 4) Prenez après chaque exercice, le temps de vous arrêter sur ce que vous ressentez.
- 5) Essayez de renouveler l'enchaînement manœuvre vagale puis neutralisation 7 fois par jour tous les jours, à la maison, dans les transports, au travail sans restriction.

### ***Programme quotidien de 5 minutes 3 fois par jour :***

- 1) Déterminez trois moments calmes dans votre journée pendant lequel vous pouvez être tranquille 5 min.
- 2) Pour chacun de ces moments, installez-vous confortablement sur une chaise.
- 3) Pendant ces 5 min, pratiquer un exercice de neutralisation précédé d'une manœuvre vagale.
- 4) Répéter cet exercice 3 fois par jour chaque jour.
- 5) Après chacun de ses exercices, prenez le temps de vous arrêter sur ce que vous ressentez.
- 6) Vous pouvez utiliser les exercices de respiration que votre logiciel vous propose, si vous avez un logiciel, pour vous aider à maintenir une respiration confortable.
- 7) À la fin de chaque semaine, prenez le temps de vous arrêter sur votre semaine et votre ressenti psychique et physique.

### ***Programme 10 min 1 mois :***

- 1) Déterminez un moment calme dans votre journée pendant lequel vous pouvez être tranquille 10 min.
- 2) Chaque jour, prenez ce temps pour pratiquer un exercice complet manœuvre vagale puis neutralisation de 10 min.
- 3) Après chacun de ses exercices de 10 min, prenez le temps de vous arrêter sur ce que vous ressentez.

- 4) Vous pouvez utiliser les exercices de respiration que votre logiciel vous propose, si vous avez un logiciel, pour vous aider à maintenir une respiration confortable pendant 10 min.
- 5) Répéter cet exercice pendant 1 mois.
- 6) À la fin de chaque semaine, prenez le temps de vous arrêter sur votre semaine et votre ressenti psychique et physique.
- 7) À la fin du mois, prenez le temps, de recueillir ce qui a changé dans vos émotions et votre ressenti, etc.

Quel que soit le programme qui est choisi, il est important de prendre un temps régulièrement pour récolter les sensations agréables, les changements positifs de votre régulation émotionnelle, les conséquences positives dans votre vie quotidienne que la pratique régulière induit.

## Méditation

Les programmes de méditation développent la capacité d'une personne à être en pleine conscience instant après instant.

### Encadré n° 10 : Définition de la pleine conscience (Kabat-Zinn, 2003)

Intention délibérée de porter son attention

Observer les manifestations du corps et de l'esprit

Laisser les expériences se déployer d'instant en instant

En les acceptant telles qu'elles sont

Mais avec une attitude particulière :

« L'expérience est vécue :

- sans filtre : on accepte ce qui vient ;
- sans jugement : on ne décide pas si c'est bien ou mal ;
- sans attente : on ne recherche pas quelque chose de précis.

Comme un explorateur curieux, cartographe ou ethnologue, aller à la découverte d'un territoire et : regarder, observer, ressentir, accueillir, nommer, revenir au présent avec ouverture, curiosité et bienveillance

Il s'agit de s'entraîner à se concentrer sur ses sensations lors d'exercices d'ancrage (respiration, objet, corps). Il est plus simple de s'entraîner à se



concentrer sur une cible qui change que sur une cible immobile. L'ancrage respiratoire est le premier exercice conseillé pour débiter les entraînements et développer la capacité de focalisation attentionnelle. Ce focus attentionnel sur la respiration au cours de la méditation permet au sujet, lorsqu'il prend conscience des sensations plus ou moins douloureuses, des émotions plus ou moins pénibles et surtout des pensées associées qui provoquent des jugements ou des ruminations, de prendre note, de laisser aller ces informations et de revenir au présent de sa respiration, comme élément de sa réalité, instant après instant.

Chaque séance possède un thème particulier, et s'articule aux précédentes et suivantes pour répondre de manière progressive au thème général du programme. Dans chaque séance, différents temps se succèdent : (1) des entraînements pratiques statiques et dynamiques, (2) des temps de feedback après chaque pratique et pour aborder l'entraînement seul à domicile, (3) un temps psycho-éducatif, et (4) un résumé de séance.

Le tableau 5.1 décrit les thèmes entraînés au cours d'un programme de 8 séances pour la prise en charge de la souffrance émotionnelle associée à la douleur chronique.

**Tableau 5.1.** Thèmes de chacune des 8 séances d'un programme de méditation-pleine conscience

	Objectif
<b>Séance 1</b>	La Pleine Conscience et le pilote automatique
<b>Séance 2</b>	Gérer les obstacles, et les douleurs
<b>Séance 3</b>	Concentrer l'esprit dispersé : pleine Conscience de la respiration
<b>Séance 4</b>	Apprendre à rester en compagnie de tout ce qui se présente en développant force, stabilité et accueil
<b>Séance 5</b>	Découvrir et explorer une relation différente à l'expérience
<b>Séance 6</b>	Les pensées ne sont pas des faits
<b>Séance 7</b>	Comment prendre soin de moi au mieux
<b>Séance 8</b>	Utiliser ce qui a été appris pour gérer les phases douloureuses et les humeurs futures

Il existe de nombreux guides écrits, audio disponibles pour permettre d'expérimenter, de pratiquer des exercices de méditation. Il est important

de garder à l'esprit que la progression dans les exercices que décrit le tableau 5.1 est importante.

L'encadré n° 11 reprend le texte d'introduction qui débute un programme de méditation-pleine conscience (séance 1). L'objectif de cette première séance est de découvrir de manière expérientielle : 1/ la définition de la pleine conscience, et surtout 2/ la tendance habituelle de l'esprit à vagabonder continuellement en pilote automatique. Cette première prise de conscience permet de commencer à discerner les événements et les mouvements dans l'esprit et le corps. C'est aussi une invitation à réaliser un déplacement de l'attention des événements de l'esprit vers les événements de la totalité du corps sentant (Encadré n° 11). Elle se décompose en trois exercices pratiques : 1/ la dégustation d'un raisin, 2/ un balayage des sensations corporelles ou body scan et 3/ 1 à 2 min d'attention focalisée sur la respiration. Le body scan est un exercice d'attention portée successivement sur les différentes parties du corps. L'attention est stabilisée, puis déplacée, de manière répétée. Comme pour chaque pratique de méditation, il débute par une prise de conscience des points d'appuis, des axes, et de la conscience des sensations provoquées par la respiration (quelques instants).

#### **Encadré n° 11 : Introduction de la première séance**

« Bien souvent, lorsque nous mangeons, nous lavons les dents ou conduisons..., nous ne sommes pas vraiment conscients de ce que nous sommes en train de faire : nous sommes alors en « Pilote automatique ». Nous ne sommes alors ni conscients, ni présents à l'expérience que nous vivons. Par conséquent, les humeurs, les sensations corporelles, les pensées qui nous habitent et auxquelles nous ne prêtons pas attention peuvent provoquer des tensions et crispations supplémentaires, colorer tout le ciel intérieur de nos émotions et générer souffrances et anticipations anxieuses. L'objectif du programme est de nous entraîner à repérer ces sensations et pensées initiales, pour pouvoir choisir de se laisser emporter dans leur sillage, ou au contraire prendre la liberté d'explorer d'autres expériences.

Ainsi, nous nous entraînons à augmenter notre conscience du moment, pour avoir le choix, reprendre les commandes et ne pas être systématiquement en pilote automatique. Pour y arriver, nous choisissons intentionnellement l'objet de notre attention, nous nous focalisons sur lui, puis nous décidons délibérément de changer et déplacer notre attention sur un autre objet. Toujours

consciemment, du mieux que nous pouvons. C'est ce que nous avons fait dans la dégustation du raisin, et ce que nous faisons dans l'exercice du balayage corporel : en déplaçant intentionnellement notre attention d'une partie du corps à une autre, et en nous entraînant à y revenir gentiment lorsque l'esprit nous emmène dans ses vagabondages. »

La compréhension des mécanismes liés à la méditation permettant l'amélioration de la prise en charge de la douleur chronique demande encore à être approfondie. Le concept de *reperceiving* (ou *reperception*) a été proposé. Il s'agit d'une position, de type métacognitive, qui exprime la capacité de se détacher de ses propres expériences pour les observer sans réaction ni jugement. Au travers du processus de *reperception*, le sujet est capable de vivre avec ses pensées, émotions et sensations, sans être défini/dirigé par elles. Les personnes pratiquant la pleine conscience apprennent à se désengager des expériences présentes et à les percevoir avec un regard neuf, ce qui réduit la réactivité somatique, cognitive et émotionnelle du patient. Le patient développe une capacité à observer l'expérience douloureuse de manière plus objective, et plus flexible, ce qui lui permet d'y répondre avec une flexibilité accrue. In fine, le patient est entraîné à une distanciation, entre lui et ses pensées et émotions. Le sujet apprend à faire l'expérience que toute expérience est intrinsèquement relative, car sous l'angle de la pleine conscience, elle apparaît comme « impermanente ». Cette nouvelle relation à son propre vécu conduit à percevoir que nos pensées et notre douleur ne peuvent totalement définir la « réalité » de ce que nous sommes. Atteindre ce niveau de *reperception* implique une régularité de pratique informelle. Le taux minimal requis de pratique à domicile et son rôle sur les bénéfices tirés, restent encore à préciser, 45 min chaque jour est le temps usuellement recommandé. L'exigence élevée en termes d'engagement à domicile peut constituer un obstacle à la participation pour certaines personnes. Il est important de développer un regard bienveillant sur la régularité de sa pratique quotidienne pour la faciliter et la renforcer. Il est important de garder à l'esprit qu'il est à chaque instant possible de commencer et recommencer une pratique informelle que l'on aurait abandonnée.

L'encadré n°12 résume les éléments importants à retenir concernant les programmes de méditation-pleine conscience.

### Encadré n°12 : Ce qu'il faut retenir de la méditation-pleine conscience

L'objectif d'un programme de méditation pour la douleur chronique est le changement de relation avec les événements difficiles, désagréables et incontrôlables.

Les principaux obstacles rencontrés sont 1/ les réactions psychiques automatiques d'aversion et de plaisir pilotées par le circuit de récompense, et les réactions secondaires automatiques d'évitements et d'approches ; 2/ la confiance et l'utilisation quasi systématique des techniques de résolution de problème verbales et analytiques surentraînées.

Le levier thérapeutique serait une qualité d'attention qui permet d'accueillir progressivement tous les événements, de court-circuiter les boucles de ruminations liées aux évènements, et de choisir consciemment, intentionnellement et volontairement la réponse à apporter-tester.

La méthode est un entraînement attentionnel à l'expérience directe, et donc l'apprentissage à pouvoir choisir intentionnellement le mode opératoire approprié à la situation vécue : mode analytique et discursif et/ou mode sensoriel expérientiel.

### En conclusion

La douleur chronique est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable dont l'organisation complexe est particulièrement contrôlée par la dimension psychologique (affective et cognitive). Ainsi, la peur suscitée par la douleur engendre des anticipations anxieuses, une hypervigilance et un comportement général d'évitement afin d'échapper à cette expérience perçue comme dangereuse pour la survie. Ces évènements expérientiels constituent un facteur commun qui participe au développement et au maintien de différents troubles psychologiques. Ils impliquent un certain type de relation avec les événements et une expérience interne et externe propre au patient.

La capacité à réguler délibérément ses émotions et à ajuster ses cognitions aux situations du quotidien s'acquière par une répétition des exercices de TCC. Dans le cadre de la douleur chronique, la prise en charge par les techniques de TCC poursuit l'objectif de développer la capacité à repérer les processus psychologiques automatiques en réaction aux événements douloureux, et de pouvoir initier un autre type de réponse plus fonctionnelle à long terme. Il s'agit de sortir des relations automatiques inconscientes, pour progressivement être capable de réaliser des choix délibérés, conscients, ces derniers facilitant la

sortie du cadre relationnel dans lequel le problème est entretenu. La relaxation, le CBF et les programmes de méditation permettent d'acquérir un mode de pensées et de régulation émotionnelle pour réduire la souffrance qui fait suite aux douleurs chroniques. Ces approches offrent au patient souffrant de douleur chronique des techniques simples pour développer, à l'issue d'une analyse fonctionnelle, une boîte à outils pour faire face et faire-avec ses épisodes douloureux.

Cette boîte à outils permet au patient de sortir du catastrophisme, de s'adapter à sa douleur, de l'accepter. *In fine*, la pratique régulière de ces techniques de TCC équipe émotionnellement et cognitivement le patient souffrant de douleur chronique afin de lui permettre d'affronter ses activités quotidiennes et de restaurer une identité positive pour reconstruire sa vie et ce malgré les limites imposées par son état.

## 6 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BARRETT, L. F., & BAR, M. (2009). See it with feeling: affective predictions during object perception. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 364(1521), 1325-1334.

BENSON, H., & KLIPPER M. Z. (2001). *The relaxation response*. New York: Quill.

CUNGI, C., & DEGLON, C. (2009). *Cohérence cardiaque : Nouvelles techniques pour faire face au stress*. Paris : Retz.

CUNGI, C., & LIMOUSIN S. (2009). *Savoir se relaxer en choisissant sa méthode*. Paris : Retz.

DECKER, E. (2015). *La méditation de Pleine Conscience pour la prise en charge de la souffrance émotionnelle associée à la douleur chronique : adaptation à des patients âgés douloureux chroniques*. Thèse de Psychologie. Université Paul Valéry : Montpellier III, France.

GUÉTIN, S., GINIÈS, P., SIOU, D. K. A., PICOT, M.-C., POMMIÉ, C.,..., & TOUCHON, J. (2012). The effects of music intervention in the management of chronic pain: a single-blind, randomized, controlled trial. *The Clinical Journal of Pain*, 28, 329-337.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, future *Clinical. Psychology: Science Practice*, 10, 144-156.

MCCRATY, R., ATKINSON, M., TILLER, W. A., REIN, G., & WATKINS, A. D. (1995). The effects of emotions on short term heart rate variability using power spectrum analysis. *American Journal of Cardiology*, 76, 1089-1093.

PEYRON, R., LAURENT, B., & GARCIA-LARREA, L. (2000). Functional imaging of brain responses to pain. A review and meta-analysis. *Clinical Neurophysiology*, 30(5), 263-288.

# Chapitre 6

## **Douleur et ACT**

**Traiter sa douleur  
avec la thérapie d'acceptation  
et d'engagement (ACT) :  
illustration d'une intervention  
de type *self-help***

JOSÉE VEILLETTE, FRÉDÉRIC DIONNE



❶	Quand la vie n'est que souffrance et douleur : le cas de Léa	132
❷	Le modèle thérapeutique de l'ACT	136
❸	À l'ère des self-help	137
❹	Comment un clinicien peut-il utiliser les <i>self-help</i> dans ses interventions	149
❺	Références bibliographiques	151

**L**A DOULEUR CHRONIQUE engendre une souffrance psychologique importante. Anxiété, dépression, colère, insomnies, abus de substances, sont autant de conséquences associées à la douleur. En vue d'améliorer la qualité de vie des personnes souffrant de douleur chronique, plusieurs interventions ont été élaborées au cours des dernières décennies. Plus récemment, l'Association américaine de psychologie a reconnu l'efficacité de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT ; à prononcer « acte ») dans le traitement de la douleur chronique.

Cette thérapie nous apprend à accueillir la douleur de façon à agir conformément à ses valeurs personnelles. Avec la venue d'Internet et des nouvelles technologies de communication, de récentes modalités d'intervention sont disponibles : les traitements psychologiques autoadministrés ou *self-help*. La recherche suggère que les *self-help* telles la bibliothérapie (intervention administrée par l'entremise d'un livre) ou les interventions guidées par le Web peuvent s'avérer un format prometteur chez une population souffrant de douleur chronique. La première partie de ce chapitre présente l'expérience de Léa qui souffre de migraine depuis plusieurs années. À partir de ce cas clinique, les fondements théoriques et pratiques de la thérapie ACT dans la gestion de la douleur chronique sont expliqués, puis l'état actuel des connaissances sur l'efficacité des *self-help* basés sur cette forme de thérapie est présenté. La seconde partie montre comment l'application d'une bibliothérapie de type ACT a aidé Léa à développer une plus grande flexibilité psychologique et décrit de quelle façon le clinicien peut intégrer les *self-help* à ses interventions.

## 1 QUAND LA VIE N'EST QUE SOUFFRANCE ET DOULEUR : LE CAS DE LÉA

Léa, 32 ans, connaît la migraine depuis la puberté. Au fil du temps, elle a appris qu'une migraine n'est pas un simple mal de tête et que généralement, elle ne peut se soulager par une médication en vente libre. Cette condition peut la clouer au lit pendant plusieurs heures. Pour cette raison, Léa doit occasionnellement s'absenter de son travail et annuler, avec regrets, certaines activités. Son moral est fragile, néanmoins, elle continue d'investir



d'innombrables efforts dans ses études afin de maintenir ses excellents résultats scolaires.

Malheureusement, la condition de Léa s'est progressivement chronicisée depuis deux ans. Elle présente plus de 15 migraines par mois. Tant bien que mal, elle tente de maintenir sa présence au travail, mais à la fin de la journée, elle est totalement épuisée et ces migraines la font terriblement souffrir. En arrivant à son domicile, elle doit s'allonger. Elle s'entend souvent dire que « sa vie n'est que travail et douleur ». Son conjoint est littéralement devenu son « aidant naturel ». En plus des repas, il s'occupe des tâches ménagères. Elle n'a que 32 ans ! Léa tend donc à s'imaginer le pire pour son avenir.

L'anxiété s'est aussi sournoisement immiscée dans son quotidien. Par moments, Léa devient tellement anxieuse qu'elle n'arrive plus à se concentrer et elle a le sentiment de perdre le contrôle. Parfois, l'angoisse et la peur l'envahissent au point de vouloir se couper totalement du monde et se réfugier dans son lit. C'est alors que Léa décide de consulter son médecin qui lui recommande de cesser son travail pour une période indéterminée.

## **Les origines de l'ACT : la théorie des cadres relationnels**

La thérapie ACT tire ses origines de la recherche fondamentale. Désirant poursuivre les travaux de Skinner sur le comportement verbal et les principes d'apprentissage opérant, Hayes et ses collaborateurs ont mis sur pied un programme de recherche permettant d'analyser les processus cognitifs et langagiers selon les théories comportementales classiques. Ces travaux ont mené au développement de la théorie des cadres relationnels (TCR).

La TCR soutient que le langage a la capacité de mettre en relation des événements physiques ou psychologiques en créant de vastes réseaux cognitifs. La notion de « cadre relationnel » réfère à la nature de ces relations et à leur multiplicité. Par relation d'équivalence, un mot ou une pensée peut engendrer la même émotion que l'évènement auquel il réfère. Un individu peut tenter d'échapper aux pensées ou aux émotions désagréables de la même façon qu'il éviterait une situation aversive, les lieux d'un accident par exemple. D'une manière similaire, l'anxiété liée à la douleur peut être déclenchée par l'évocation d'un événement heureux, par relation d'opposi-

tion. Léa pourrait se dire : « J'ai hâte à vendredi, je vais enfin revoir mes copines ! Mais si jamais j'avais une migraine... » L'élaboration verbale ou le langage rend presque impossible l'évitement d'évènements psychologiques, comme les sensations douloureuses, puisque ces stimuli peuvent être mis en relation à l'infini, de façon totalement arbitraire et hors de notre contrôle (une pensée en amène une autre et ainsi de suite). Le modèle de L'ACT affirme que l'*inflexibilité psychologique*, ou l'incapacité d'agir selon ses valeurs en présence d'évènements psychologiques perturbateurs, contribue au développement de la plupart des psychopathologies. Afin de comprendre comment une douleur peut se chroniciser et mener à la souffrance psychologique, la prochaine section présente six processus menant à l'inflexibilité psychologique.

## L'évitement expérientiel

L'ACT soutient que ce sont ces efforts incessants pour éviter les pensées, images, souvenirs, émotions ou sensations physiques désagréables qui sont à l'origine de la souffrance psychologique. Elle qualifie cette lutte d'évitement expérientiel. L'évitement expérientiel n'est en soi ni bon ni mauvais. Certaines stratégies de contrôle peuvent s'avérer efficaces pour diminuer ou mieux maîtriser la douleur et favoriser une meilleure qualité de vie. Par exemple, faire une courte sieste en arrivant du travail peut permettre à Léa de retrouver son énergie afin de participer à la préparation des repas avec son conjoint. Par contre, des siestes prolongées peuvent au contraire mener à une plus grande fatigue ou brimer sa soirée et constituer une forme d'évitement émotionnel. C'est lorsque l'évitement expérientiel est excessif ou inefficace et qu'il est fait de façon rigide ou inflexible qu'il peut devenir problématique.

### Essayez de ne pas penser à un cheval noir

Êtes-vous d'accord pour vous prêter à un petit exercice ? Fermez les yeux quelques instants et imaginez un cheval noir. Imprégnez-vous bien de cette image et pensez-y pendant quelques instants. Maintenant, efforcez-vous de ne plus penser à cette image pendant les trente prochaines secondes. Avez-vous réussi ? Difficile n'est-ce pas ?

## La fusion cognitive

La fusion cognitive signifie prendre ses pensées pour la réalité, y réagir de façon automatique ou impulsive. Lorsque Léa adhère à cette « règle verbale » : « Je ne peux plus rien faire dans la maison, mon conjoint est littéralement devenu mon “aidant naturel” », elle « fusionne » avec son expérience interne. Dans ce contexte, elle est plus susceptible de réagir automatiquement aux aspects désagréables de cette croyance par l'évitement de situations susceptibles d'intensifier les migraines. À l'inverse, elle pourrait s'engager exagérément dans ses activités domestiques afin de « se prouver qu'elle a tort » et ainsi aggraver sa souffrance psychologique et sa douleur. L'ACT ne remet pas en cause ce que la personne pense ou ressent, mais la façon dont ses pensées, émotions ou sensations physiques dirigent ou contrôlent ses actions et l'éloigne de ce qui compte vraiment pour elle.

## Les pensées futures ou passées

Depuis qu'elle a mal, Léa ne cesse de penser à son avenir : « Que vais-je devenir ? Qu'advient-il de mon travail ? » Pour Léa, sa crainte de ne pouvoir maintenir la qualité et la cadence de son travail en raison de l'intensité de sa condition a fait en sorte d'augmenter ses symptômes anxieux. De la même façon, les ruminations peuvent intensifier les symptômes dépressifs : « Pourquoi moi ? Qu'ai-je fait pour mériter cela ? » Les pensées orientées vers le passé ou le futur tendent à interrompre le contact avec le moment présent. Selon l'ACT, ces processus psychologiques contribuent au développement de la rigidité et de l'inflexibilité attentionnelle.

## Le soi conceptualisé

Les habiletés langagières et cognitives ont aussi une implication sur la façon dont l'individu se perçoit. Le langage est au cœur du développement de la conscience de soi. Le soi conceptualisé représente le contenu des expériences internes (pensées, souvenirs, images, émotions) et les attributs que la personne utilise pour se décrire. Au même titre qu'une règle verbale, les gens ont tendance à agir en fonction de leur conceptualisation de soi ou se définir selon leur diagnostic clinique : « Je suis migraineuse », « Je suis paresseuse ». La fusion ou l'attachement excessif à ce soi conceptualisé peut ame-

ner Léa à considérer cette perception d'elle-même comme une vérité absolue et à se comporter de façon à confirmer cette croyance, par exemple en se dévalorisant ou en évitant toutes activités pouvant déclencher ou amplifier la douleur.

## Le manque de clarté dans ses valeurs

« Je ne peux plus faire ce qui compte pour moi, ma vie n'a plus de sens ! Je n'ai plus la motivation de me battre ! » La lutte contre la douleur et les limites physiques des personnes souffrant de douleur chronique peuvent les empêcher de vivre selon leurs valeurs. Certains se sentent dépassés, épuisés et n'arrivent plus à savoir ce qui est important pour eux. Et du coup, ils ont l'impression de devoir réviser leurs priorités de vie. Au lieu d'orienter sa vie vers différentes sources de satisfactions ou de valorisation personnelles, les actions de Léa ont souvent comme seuls objectifs d'avoir le moins de douleur possible, d'éviter les pensées ou émotions désagréables.

## L'impulsivité, l'évitement ou l'inaction

Le niveau d'activités quotidiennes est souvent inconstant chez les personnes souffrant de douleur chronique. Tout comme Léa, plusieurs vont défier la douleur en s'activant de façon excessive ou, au contraire, éviteront toutes activités susceptibles de la provoquer ou de l'intensifier. La peur excessive et irrationnelle de bouger ou de faire des activités physiques se nomme la « kinésiophobie ». À moyen et long terme, cette peur peut conduire à une détérioration de la condition physique, au maintien de l'incapacité fonctionnelle et au développement de symptômes dépressifs. Dans les deux cas, bien que la *forme* des comportements soit différente (trop en faire ou ne pas s'activer suffisamment), leur *fonction* est la même : un manque d'acceptation de la douleur et une tendance à l'évitement expérimentiel.

## 2 LE MODÈLE THÉRAPEUTIQUE DE L'ACT

Le modèle thérapeutique de l'ACT se nomme l'*hexaflex* ou le « modèle de la flexibilité psychologique ». À la Figure 6.1, les processus d'inflexibilité psy-

chologiques s'opposent aux processus de flexibilité psychologique qui eux, se subdivisent en trois axes thérapeutiques. Le premier axe met l'accent sur l'ouverture à l'expérience par l'acceptation des symptômes douloureux et la défusion des pensées qui leur sont associées. L'acceptation et la défusion cognitive permettent de réduire les comportements d'évitement. Le deuxième axe favorise la présence à l'expérience, c'est-à-dire le contact avec l'instant présent, le développement de la flexibilité attentionnelle et le changement de perspective face à ses propres événements psychologiques par le soi comme contexte. La pleine conscience et le soi comme contexte soutiennent la diminution de l'insensibilité à l'environnement immédiat et l'attachement excessif aux différentes conceptualisations de soi. Le troisième axe vise l'identification et la clarification des valeurs ainsi que l'engagement de la personne dans des actions qui lui sont importantes.

Les six processus associés à la perte de flexibilité psychologique	Les six processus thérapeutiques associés à la flexibilité psychologique	Les trois axes
1. La fusion cognitive 2. L'évitement expérientiel	1. La défusion cognitive 2. L'acceptation des émotions	} A. Ouvert
3. Les pensées axées sur le futur et le passé 4. Le soi conceptualisé	3. La flexibilité attentionnelle et le contact avec l'instant présent 4. Le soi comme contexte	
5. Le manque de clarté dans les valeurs, complaisance 6. L'inaction, l'impulsivité et l'évitement des situations	5. La clarté dans les valeurs 6. L'action engagée	} C. Engagé

**Figure 6.1.** Les processus de la flexibilité psychologiques selon l'ACT (Dionne, Ngô, Blais, 2013 ; Hayes et al., 2012)

### 3 À L'ÈRE DES SELF-HELP

La disponibilité et l'accessibilité des services psychologiques dans le domaine de la douleur chronique sont souvent limitées en raison de plusieurs barrières systémiques et individuelles. Les coûts sociaux, le nombre insuffisant de spécialistes qualifiés et formés à des approches psychologiques appuyées empiriquement, les listes d'attente, les frais directs et indirects associés à l'intervention (p.ex., éloignement des grands centres urbains) n'en sont que quelques exemples. En raison de ces nombreuses limitations, les traitements *self-help* ont reçu une attention grandissante au cours des

dernières années dans le domaine de la douleur chronique. Ces interventions psychosociales standardisées peuvent être administrées par l'entremise d'un livre (bibliothérapie), d'une plateforme Web ou d'applications mobiles. Elles contiennent des informations psychoéducatives et des exercices ciblant les activités quotidiennes ou les situations de la vie courante.

## Les self-help sont-ils efficaces ?

De récentes méta-analyses ont démontré que l'ACT et la pleine conscience, qu'elles soient administrées par le biais d'une bibliothérapie ou d'Internet, peuvent s'avérer efficaces pour diverses problématiques, notamment la dépression, l'anxiété ainsi que pour l'amélioration des processus thérapeutiques associés à ces approches ; l'acceptation, la pleine conscience et la flexibilité psychologique. Et depuis quelques années, un nombre croissant d'études appuie l'utilisation des self-help basés sur la thérapie ACT dans la gestion de la douleur chronique.

Une recension récente a permis de répertorier près d'une demi-douzaine d'essais cliniques contrôlés et aléatoires évaluant les interventions self-help de type ACT chez les adultes souffrant de douleur chronique. Ces études incluent des bibliothérapies ainsi que des interventions administrées en ligne ou via téléphones intelligents. Cette section expose brièvement les principaux résultats de ces essais. Elle présente également une étude effectuée par notre laboratoire de recherche qui a évalué un programme d'intervention guidé sous forme de bibliothérapie basée sur l'ACT et la pleine conscience.

### ► Les bibliothérapies

En 2011, Thorsell et ses collaborateurs<sup>1</sup> ont comparé deux interventions manualisées de sept semaines, comparant l'ACT à une thérapie cognitive et comportementale traditionnelle (stratégies de *coping* et relaxation). Bien que les symptômes anxieux et dépressifs se soient améliorés dans les deux conditions, les résultats ont révélé une augmentation de la satisfaction de

---

1. Thorsell, J., Finnes, A., Dahl, J., Lundgren, T., Gybrant, M., Gordh, T., et al. (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* (Vol. 27, pp. 716-723).

vie et de l'acceptation de la douleur, une diminution de l'intensité de la douleur et un niveau de fonctionnement plus élevé en faveur de la condition ACT. Ces bénéfices se sont maintenus aux suivis de six et douze mois après l'intervention. Dans l'étude de Johnston et ses collègues (2010)<sup>2</sup>, le groupe ACT a obtenu des améliorations significatives et supérieures au groupe liste d'attente sur la qualité de vie et l'anxiété après six semaines. Cependant, les résultats ont aussi démontré une diminution de l'intensité de la douleur et des symptômes dépressifs, une plus grande acceptation de la douleur et un niveau de vie plus satisfaisant pour chacune des conditions.

### ► Les traitements guidés et administrés via le Web

Une étude de Trompetter et son équipe en 2014<sup>3</sup> a comparé une intervention ACT de 12 semaines à deux conditions témoins dont un groupe actif (traitement administré via Internet basé sur l'écriture expressive) et un groupe liste d'attente. Au suivi de trois mois, les participants de la condition expérimentale ont obtenu des améliorations supérieures aux deux groupes témoins sur la dépression, l'intensité et la dramatisation de la douleur. Les participants de la condition ACT ont aussi obtenu de meilleurs résultats au niveau de l'interférence de la douleur, en comparaison avec le groupe contrôle actif (écriture), mais non avec le groupe liste d'attente. De leur côté, Buhrman et ses collaborateurs (2013)<sup>4</sup> ont comparé une intervention ACT de sept semaines à un contrôle actif (forum de discussion en ligne). Cette intervention a révélé des résultats supérieurs à la condition témoin sur l'acceptation et l'interférence de la douleur, la détresse et l'anxiété. Les bénéfices se sont maintenus au suivi de cinq mois.

---

2. Johnston, M., Foster, M., Shennan, J., Starkey, N. J., & Johnson, A. (2010). The effectiveness of an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention for chronic pain. [Randomized Controlled Trial] *Clin J Pain*, 26(5), 393-402.

3. Trompetter, H. R., Bohlmeijer, E. T., Veehof, M. M., & Schreurs, K. M. (2014). "Internet-based guided self-help intervention for chronic pain based on Acceptance and Commitment Therapy: A randomized controlled trial." *J Behav Med*, 1-15.

4. Buhrman, M., Skoglund, A., Husell, J., Bergström, K., Gordh, T., Hursti, T., et al. (2013). "Guided internet-delivered acceptance and commitment therapy for chronic pain patients: A randomized controlled trial". *Behaviour Research and Therapy*, 51(6), 307-315.

## ► Un traitement via téléphone intelligent

En 2013, Kristjánsdóttir et ses collègues<sup>5</sup> ont comparé une intervention ACT de quatre semaines à une condition active ayant accès à un site Internet non interactif. Le traitement ACT s'est avéré supérieur à la condition témoin au niveau de l'acceptation et la dramatisation de la douleur et du fonctionnement global immédiatement après l'intervention et cinq mois plus tard.

## ► Une étude récente de notre laboratoire<sup>6</sup>

Tout récemment, notre équipe a évalué l'efficacité d'un programme d'intervention psychologique de type *self-help* de huit semaines basée sur l'ACT et la pleine conscience dans la gestion de la douleur chronique. Cet essai contrôlé et aléatoire totalisant 130 adultes (groupe expérimental, n = 64 ; groupe témoin, n = 66) a comparé les effets d'une bibliothérapie avec contact thérapeutique minimal, à une condition liste d'attente<sup>7</sup>. Ce programme reposait sur le livre *Libérez-vous de la douleur par la méditation et l'ACT* aux Éditions Payot et Rivages. Les participants du groupe expérimental recevaient un courriel hebdomadaire présentant les différentes activités de la semaine : lectures, exercices écrits, vidéos à visionner, méditations à effectuer sur le site [www.liberezvousdeladouleur.com](http://www.liberezvousdeladouleur.com), etc. À mi-traitement, un appel téléphonique était prévu afin de répondre aux questions concernant les différents éléments du programme, soutenir les participants et favoriser leur adhésion au traitement. Ces derniers pouvaient rejoindre l'équipe d'intervention par courriel en tout temps. Les résultats ont démontré des améliorations cliniquement significatives sur l'incapacité fonctionnelle, les symptômes dépressifs, l'acceptation et l'inflexibilité psychologique liées à la douleur. La prochaine section présente le parcours de Léa, participante de notre programme *self-help*.

5. Kristjánsdóttir, O. B., Fors, E. A., Eide, E., Finset, A., Stensrud, T. L., van Dulmen, S., et al. (2013). "A smartphone-based intervention with diaries and therapist-feedback to reduce catastrophizing and increase functioning in women with chronic widespread pain : randomized controlled trial." *Journal*, 15(1).

6. Réseau québécois de recherche sur la douleur (RQRD). Site Web : [www.qprn.ca/fr](http://www.qprn.ca/fr).

7. Veillette, J., Lacasse, C. & Dionne, F. (25 mars 2017). « Traiter la douleur chez soi : Évaluation de l'efficacité d'un programme d'intervention autoadministré basé sur l'acceptation et la pleine conscience auprès d'adultes souffrant de douleur chronique. » Communication par affiche présentée au Congrès annuel de la Société québécoise pour la recherche en psychologie (SQRP), Montréal, QC.



## De la souffrance à la flexibilité psychologique : application d'un protocole ACT au cas de Léa

À la suite de son arrêt de travail, Léa décide de participer à une recherche clinique qui vise à améliorer la qualité de vie des personnes aux prises avec la douleur chronique. Ce traitement psychologique est basé sur la thérapie ACT et utilise la bibliothérapie comme modalité d'intervention. Le tableau 6.1 présente le protocole utilisé lors de notre étude ainsi que le cheminement de Léa au cours des huit semaines du programme (voir tableau 6.1 ci-après).

### ► Informations sur la douleur chronique et introduction à l'ACT

*La semaine 1 convie le participant à mieux comprendre son diagnostic médical l'invitant à se renseigner sur les causes et les traitements existants (exercices, médication) auprès de différents professionnels. Une introduction au modèle cognitif et comportemental et à l'approche ACT est présentée.*

Léa est soulagée de lire qu'elle « n'invente pas » ses douleurs et qu'elle n'en est pas « la cause ». Auparavant, les questions sur ses habitudes de vie soulevées par l'équipe médicale ou ses proches faisaient en sorte qu'elle se sentait coupable et responsable de l'apparition des symptômes douloureux : « Dors-tu suffisamment ? », « Bois-tu du café ? » Comme si elle ne faisait pas tous les efforts pour éviter la migraine ! Léa a également compris qu'il est tout à fait normal de vouloir que la douleur prenne fin, mais qu'à long terme, cette lutte peut s'avérer épuisante et inutile. Elle réalise qu'il serait important de reconsidérer les stratégies qu'elle utilise, notamment celles qu'elle juge inefficaces, afin de retrouver une meilleure qualité de vie.

### ► Contrôle de la douleur et pleine conscience

*À la semaine 2, les thèmes de la lutte contre la douleur et la pleine conscience sont abordés. Le participant est invité à observer les actions entreprises pour soulager la douleur et leur utilité.*

Avant de participer à cette étude, Léa ne comprenait pas comment elle pouvait « accepter » que ses migraines lui « gâchent la vie ». Ses lectures lui permettent de comprendre ce qu'est l'acceptation et comment elle peut l'appliquer concrètement dans son quotidien. Avant la chronicisation des

**Tableau 6.1.** Protocole d'intervention d'un self-help basé sur la thérapie ACT pour la douleur chronique (Dionne, 2014)

Semaines	Thèmes	Lectures
1	Psychoéducation sur la douleur chronique	Lectures (p. 7 à 50) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduction : Essayez quelque chose de nouveau</li> <li>• Chapitre 1 : La douleur est physique</li> <li>• Chapitre 2 : La douleur est aussi émotionnelle</li> <li>• Chapitre 3 : Vous avez le pouvoir d'agir sur votre douleur</li> </ul>
2	Contrôle de la douleur (lutte) et pleine conscience	Lectures (p. 51 à 92) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chapitre 4 : Cessez de lutter contre votre douleur</li> <li>• Chapitre 5 : Apprendre à méditer en 5 minutes par jour</li> </ul>
3	Action engagée	Lectures (p. 93 à 110) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chapitre 6 : Passez à l'ACT</li> <li>• Chapitre 7 : Engagez-vous dans l'action</li> </ul>
4	Acceptation	Lectures (p. 111 à 124) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chapitre 8 : Ouvrez les bras aux sensations non désirées</li> </ul>
5	Défusion cognitive Soi contexte	Lectures (p. 129 à 152) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chapitre 9 : Observez sagement vos pensées</li> <li>• Chapitre 10 : Défusionnez de vos pensées</li> </ul>
6	Valeurs	Lectures (p. 153 à 168) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chapitre 11 : Définissez vos valeurs profondes</li> </ul>
7	Activation équilibrée (pacing) et émotions	Lectures (p. 169 à 201) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chapitre 12 : Soyez actif à votre rythme et en pleine conscience</li> <li>• Chapitre 13 : Apprivoisez vos émotions, soyez flexible et bienveillant</li> </ul>
8	Médication Insomnie	Lectures (p. 203 à 230) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chapitre 14 : Prenez vos médicaments en toute conscience</li> <li>• Chapitre 15 : Dormez mieux</li> <li>• Conclusion : Ce n'est qu'un commencement</li> </ul>

migraines, Léa croyait que si elle y mettait les efforts elle pouvait réussir tout ce qu'elle entreprenait. Mais lorsqu'elle comprit qu'elle ne pouvait avoir le plein contrôle sur ses sensations douloureuses, ses pensées et ses émotions, et cela malgré toute sa détermination, les sentiments d'échec et culpabilité qu'elle ressentait ont diminué. Ce nouvel apprentissage fut pour elle un moment décisif qui lui permit d'améliorer sa qualité de vie. Maintenant, elle arrive à se pardonner d'avoir des pensées ou des émotions négatives, mais cet apprentissage se fait graduellement. Léa apprécie également

que les exercices méditatifs soient brefs, cela facilite leur intégration à son quotidien et lui permet d'en voir rapidement les effets.

Les méthodes de pleine conscience (*mindfulness*) permettent de développer une attention flexible, ouverte et volontaire à l'expérience du moment, avec curiosité, bienveillance et non-jugement. Grâce à la pleine conscience, Léa apprend à recentrer son attention sur le moment présent sans se laisser envahir par les émotions liées aux sensations douloureuses, l'anticipation du futur ou la rumination du passé, en redirigeant volontairement son attention sur un point de centration choisi, par exemple, sa respiration. L'ACT intègre des méthodes de méditation en pleine conscience comme la marche consciente, le balayage corporel et la centration sur la respiration et les clients peuvent être encouragés à développer une pratique personnelle de méditation en pleine conscience.

### ► Action engagée

*Le processus d'action engagée est abordé à la semaine 3. Le participant est encouragé à passer à l'ACT ; à s'engager dans l'action, à reprendre contact avec son corps et à apprivoiser les régions corporelles endolories.*

L'exercice « Prendre conscience de la respiration et englober le corps » est jusqu'à maintenant la méditation la plus révélatrice pour Léa. Par l'observation en pleine conscience, elle constate que son corps est aussi très tendu quand elle est migraineuse et qu'elle n'est pas toujours en mesure de définir avec exactitude où se situe la douleur, quels sont ses contours par exemple. Elle réalise que la migraine tend à se déplacer, à varier d'intensité. Par contre, il est toujours difficile pour Léa de devoir restreindre ses activités, ses attentes et sa culpabilité envers elle-même sont encore très élevées.

L'objectif de l'ACT est d'améliorer la qualité de vie de la personne en l'aidant à développer une plus grande flexibilité psychologique afin de favoriser son engagement dans des actions contribuant à la construction d'une existence riche et pleine de sens. L'action engagée consiste à favoriser la mise en action de l'individu à partir de ses valeurs personnelles, et non dans le but d'éviter les pensées, émotions et sensations désagréables. Une action engagée implique donc que Léa accepte les inconforts et prenne des « risques émotionnels ». L'activation comportementale et l'exposition in vivo sont des stratégies thérapeutiques efficaces pour contrer la kinésiophobie.

### ► Acceptation (ouvrir les bras)

*La semaine 4 reprend le thème de l'acceptation et préconise d'ouvrir les bras aux sensations indésirables et de renouer avec son corps en portant une attention bienveillante à chacune de ses parties.*

À cette étape, Léa apprend à accueillir la douleur au quotidien. Quand une migraine survient, elle prend un moment pour respirer puis se centre sur ce qu'elle ressent pendant quelques minutes afin d'accueillir les sensations douloureuses. Lorsque les jugements ou les pensées désagréables surviennent, elle apprend à les observer, sans les nier, ni les combattre. Au lieu de réagir de façon automatique, cet exercice apprend à Léa à choisir plus librement les actions à entreprendre pour soulager ou diminuer sa douleur tout en contribuant à sa qualité de vie : elle peut décider de prendre une pause de ses activités, de les poursuivre à un rythme plus modéré, d'opter pour une activité moins exigeante ou de se médicamenter. Cet apprentissage favorise également la réduction de ses symptômes anxieux.

L'acceptation est souvent comprise en termes de résignation ou de renoncement face à l'adversité. Cependant, le mot acceptation vient du latin « *acceptare* » qui signifie recevoir plusieurs fois, accueillir tout ce qui est présent à chaque instant. Il s'agit d'une démarche active qui implique un réengagement dans les activités importantes et significatives pour l'individu. Il s'agit d'un acte de courage plutôt que de passivité. Accepter signifie accueillir la douleur et les expériences internes qui lui sont associées sans réaction excessive ou tentatives infructueuses et répétées pour les réduire ou les éviter. L'acceptation s'avère utile lorsque l'évitement expérientiel et les efforts pour contrôler la douleur dominant la vie du client sans en améliorer sa qualité de vie et qu'elles l'éloignent de ses valeurs et objectifs personnels.

### ► Défusion cognitive et soi contexte

*À la semaine 5, le participant apprend à « observer sagement » ses pensées et à prendre du recul par la défusion cognitive et le soi contexte.*

Cette semaine, Léa a identifié les pensées qu'elle associait le plus souvent à ses douleurs : l'anticipation des symptômes, l'inquiétude relative aux conséquences de ses migraines et la rumination sur les raisons de sa souffrance. Défuser de ses pensées est tout un défi pour Léa. Lorsqu'elle prend conscience qu'elle est en train d'anticiper, de s'inquiéter, de ruminer ou de

dramatiser ses douleurs, Léa se pose la question : « Est-ce que cette pensée m'aide à aller mieux, me permet-elle d'avancer vers ce qui est important pour moi ? » Comme le livre le propose, elle ajoute à ses pensées difficiles « *J'ai la pensée que...* » : « *J'ai la pensée que ma vie n'est que douleur ou je suis en train de penser que je n'ai plus la motivation de me battre* ». Cet exercice lui apprend à devenir l'observatrice de ses pensées et à prendre un certain recul. Grâce à la défusion, Léa remarque sa tendance à s'identifier à ses pensées et sa forte adhérence à cette règle verbale : « Je suis coupable/responsable de mes pensées ».

La défusion cognitive favorise une prise de perspective vis-à-vis de ses pensées sans tenter de modifier leur contenu. Elle consiste à observer ses pensées pour ce qu'elles sont, c'est-à-dire une suite de mots représentant des conceptions de l'esprit et du langage, tout en se gardant de les considérer comme des faits ou des expériences réelles. Lorsque Léa est absorbée par ses pensées, cela l'éloigne de ce qui se passe dans l'ici et maintenant et la prive d'apprécier ce que le moment présent peut lui offrir.

Afin de favoriser la défusion cognitive, un thérapeute ACT pourrait suggérer à Léa de répéter cette pensée pendant près de 30 secondes jusqu'à ce qu'elle perde de son sens, de la chanter, d'imaginer que cette croyance est un objet en lui conférant une forme, une taille et une couleur. Ces méthodes visent à réduire le niveau de conviction et l'impact des pensées sur les comportements des clients.

La défusion suppose de ne pas se laisser dominer par des règles verbales rigides comme c'est le cas pour Léa : « Je dois exceller dans tout ce que j'entreprends ». Dans l'ACT, les pensées et des émotions ne déterminent pas les actions. Il est possible pour Léa d'agir consciemment et volontairement, sans adhérer au contenu de ses pensées et malgré la présence d'émotions douloureuses.

Il existe une autre façon d'appréhender le « soi » qui s'appuie sur la prise de perspective et l'observation. Pour être en mesure d'observer quelque chose, il faut s'en différencier. Le soi comme contexte ou le soi observateur permet à l'individu de se voir comme le contexte d'apparition d'évènements internes et non comme les évènements eux-mêmes ; c'est-à-dire un « Je »

indépendant de ce qui se passe en soi. Dès l'instant où Léa est consciente qu'elle agit, ressent ou pense selon les représentations qu'elle a d'elle-même, elle est aussi consciente d'en être consciente. En adoptant une telle perspective, il lui est possible d'observer les sensations, pensées, croyances ou émotions douloureuses sans vouloir les éviter ou les supprimer. De cette façon, l'intégrité du soi n'est plus menacée par la multitude d'évènements internes qui parcourent son environnement psychologique.

### Métaphore de l'échiquier

Imaginez un combat d'échec entre vos pensées négatives et positives. Les pions rouges représentent les pensées négatives et les blancs, les pensées plus positives (« ça va aller », « ne t'inquiète pas », « ne pense plus à ça »). Pour chaque pensée négative, vous tentez de contre-attaquer avec une pensée plus positive. Malgré tous vos efforts, vous constatez que lorsqu'une pensée positive émerge (par exemple, « Je suis une bonne personne »), survient une pensée négative, vous rappelant que vous êtes un imposteur. Quelle est l'équipe gagnante ? Arrivez-vous à éliminer les rouges ?

Pourrions-nous aborder ces pensées différemment ? Et si vous étiez l'échiquier ? L'échiquier se distingue des pièces qu'il contient. Dans cette optique, le combat n'est plus nécessaire.

### ► Valeurs

*La semaine 6 invite le participant à déterminer ce qui le motive à agir et à avancer dans la vie en identifiant ou en clarifiant ses valeurs personnelles.*

La migraine quotidienne peut procurer à Léa un sentiment d'impuissance et une détresse émotionnelle importante. Parfois, elle se demande quel est le sens de sa vie, si elle vaut la peine d'être vécue. En se penchant sur ses valeurs, elle s'aperçoit que depuis plusieurs années, elle a consacré beaucoup de temps et d'énergie pour contrer ses migraines en tentant d'améliorer ses habitudes de vie ou en suivant différents traitements médicaux. Mais outre la douleur, qu'est-ce qui est important pour Léa ? Comme exercice cette semaine, elle est invitée à déterminer quelles sont ses valeurs et dans quelles sphères de vie elle aimerait s'investir davantage.

### **Métaphore de la baguette magique permettant d'identifier les valeurs du client**

« Supposons que j'aie une baguette magique avec moi. Je brandis cette baguette et, d'un seul coup, toutes les pensées et les émotions contre lesquelles vous luttiez ne sont plus un problème pour vous. Que feriez-vous différemment au travail, à la maison ou pendant vos week-ends ? Que commenceriez-vous à faire ou feriez-vous davantage ? Quelle différence apporteriez-vous à votre comportement envers les autres ? »

La santé physique et psychologique, le développement personnel, les relations et le travail sont des domaines importants pour Léa. Le plaisir, l'humour, l'équilibre, la flexibilité et l'amour sont les valeurs qu'elle aimerait intégrées dans ces différentes sphères de vie. L'identification de ces valeurs a permis à Léa de diminuer ses exigences personnelles. Par exemple, dans les moments difficiles, elle apprend à s'offrir de petits plaisirs. Plus besoin d'être la conjointe ou l'employée parfaite. Lorsqu'une rencontre sociale lui est proposée, elle se demande : « Est-ce que cette activité va dans le sens de mes valeurs ou j'accepte en raison de mes exigences élevées ; être une amie "parfaite" ou bien perçue par les autres ? ». Elle constate peu à peu qu'il n'est pas nécessaire d'en faire autant pour être aimée, être bien et apprécier la vie. Faire une courte activité dans le sens de ses valeurs et en y étant pleinement présente peut la combler tout autant. Ainsi, Léa trouve une façon d'avoir une vie plus nourrissante et plus équilibrée.

Les valeurs sont une source de renforcement positif, intrinsèque et durable pour l'individu. Elles peuvent constituer un puissant levier motivationnel à l'activation et à l'exposition graduelle à la douleur. L'ACT soutient que chaque personne a en elle tout ce qu'il faut pour mener une vie riche et significative. À long terme, une vie centrée sur le contrôle de la douleur ou l'évitement de la souffrance psychologique peut entraîner une perte de sens à sa vie et conduire à l'apparition de sentiments de désespoir ou de symptômes dépressifs, d'où l'importance d'identifier ou de clarifier ses valeurs personnelles.

Accepter les symptômes de la migraine pour des activités qui lui sont chères peut aider Léa à changer sa relation à la douleur, pouvant alors être perçue

comme un mal nécessaire à une existence riche de sens et orientée vers ses valeurs personnelles.

### **Métaphores : Rencontrez-vous dans dix ans**

« Imaginez que dans 10 ans, on organise un dîner en votre honneur. Des personnes importantes pour vous, qui vous ont côtoyé dans chacune des sphères de votre vie sont présentes et font un discours. Que voudriez-vous qu'elles puissent dire, en toute sincérité ? »

### **► Activation équilibrée, pleine conscience et émotions**

À la semaine 7, le participant est invité à s'activer en pleine conscience en respectant ses limites personnelles, à réfléchir aux obstacles pouvant nuire à l'atteinte de ses objectifs de vie et à laisser place aux émotions douloureuses lors des séances de méditation.

Léa a des difficultés à demeurer constante dans ses activités. À la suite d'une période migraineuse, elle a tendance à vouloir « rattraper » les journées perdues puisque généralement durant les migraines elle n'a plus envie de rien, sauf faire disparaître les douleurs à jamais. Et dès qu'elle ne réussit pas à appliquer ses nouveaux acquis, elle se critique sévèrement et s'accuse d'être la seule responsable de ses malheurs et de sa douleur. Léa se laisse dominer par ses exigences élevées et la culpabilité demeure l'émotion la plus difficile à apprivoiser. Par les exercices de pleine conscience de cette semaine, Léa comprend l'importance de laisser place aux émotions désagréables, de les accueillir avec bienveillance et compassion tout comme les symptômes douloureux.

### **► Médication et insomnie**

Cette dernière semaine favorise une prise de médicaments de façon pleinement consciente et propose certains changements à la routine de sommeil du participant. Il l'encourage à poursuivre sa démarche personnelle et à continuer à utiliser ces nouveaux outils qui sauront le guider vers une meilleure qualité de vie.

Léa a reçu plusieurs messages contradictoires quant à la médication au cours des dernières années. Par ses lectures, elle sait que la prise de médicaments peut être au service de ses valeurs. Aujourd'hui, elle comprend



l'importance de les prendre tôt, dès qu'elle sent les signes précurseurs de la migraine. Au lieu de se culpabiliser, elle se félicite d'avoir fait une action pour sa santé. Et quand les ruminations et les émotions désagréables l'empêchent de s'endormir, l'ACT lui apprend à lâcher prise. Léa observe ses pensées en s'imaginant que chacune d'elles est un nuage qui passe dans le ciel ce qui favorise la défusion de ses pensées ainsi qu'un état de calme et de tranquillité propice au sommeil. Pour le psychothérapeute qui désire intégrer les *self-help* dans son intervention, la section suivante présente quelques lignes directrices.

## 4 COMMENT UN CLINICIEN PEUT-IL UTILISER LES *SELF-HELP* DANS SES INTERVENTIONS

Dans le cadre de cette étude, le *self-help* a été introduit comme intervention principale avec un contact minimal avec la thérapeute. Les *self-help* peuvent également s'intégrer à une psychothérapie en face à face. Le thérapeute peut utiliser le *self-help* pour diverses raisons : accélérer le processus thérapeutique (p. ex. : lorsque le client a un nombre limité de rencontres), prévenir le risque de rechute, rappeler ou consolider des aspects de la thérapie ou traiter un trouble secondaire.

L'utilisation d'une bibliothérapie dans le cadre d'une psychothérapie individuelle a comme avantage de pouvoir choisir des lectures et chapitres spécifiques au cheminement de la personne. Par exemple, le début d'un suivi thérapeutique est plus propice aux *self-help* qui parlent de la nature des difficultés et qui répondent au besoin d'information du client. Les livres dont l'accent est mis sur les solutions et les pistes d'action s'avèrent plus appropriés chez le client qui est en phase de changement. La prescription des lectures à la maison peut être liée aux objectifs de la thérapie et aux sujets abordés durant la rencontre. Par exemple, il peut s'avérer utile de proposer une lecture sur la défusion cognitive avec un client qui a déjà entamé un travail sur ce processus. Il importe que le thérapeute s'informe sur la progression des lectures et interroge le client sur les obstacles rencontrés. Il est aussi nécessaire qu'il vérifie si le *self-help* est aidant pour le client et qu'il lui donne l'occasion de pratiquer ses apprentissages en séance (p. ex., méditer avec son client). Le thérapeute peut consacrer entre 5 et 15 minutes en début

de rencontre pour discuter du *self-help* avec lui. Bien sûr, son utilisation implique que l'intervenant soit familier avec la bibliothérapie et qu'elle soit appuyée sur le plan empirique.

Les *self-help* seraient particulièrement appréciés par les gens qui présentent un locus de contrôle interne, un niveau d'éducation moyen ou élevé, un trouble psychopathologique de moyenne intensité ou une bonne motivation à utiliser le *self-help*. Les bibliothérapies sont moins indiquées pour les individus sévèrement déprimés, avec des limitations cognitives importantes ou une histoire de faibles performances scolaires.

### En conclusion

Léa a grandement apprécié cette forme de modalité d'intervention. Elle était heureuse d'être guidée sur les lectures et les exercices à effectuer au fil des semaines, cela lui permettait de ne pas se laisser décourager par le travail à faire et favorisait son implication personnelle. Elle pouvait choisir le moment qui lui convenait le mieux selon son énergie et ses douleurs. Léa a également aimé que cette bibliothérapie présente le cheminement d'autres personnes aux prises avec la douleur chronique ; elle s'est reconnue à travers leur parcours. Cela a eu pour effet de la rassurer et de l'aider à diminuer son sentiment de culpabilité. En somme, cette intervention a aidé Léa à passer de la rigidité psychologique à une plus grande flexibilité<sup>8</sup>.

La médecine comportementale a vu naître un courant de thérapies particulièrement appropriées dans la prévention et le traitement de la douleur chronique qui enseignent au patient à mieux vivre avec cette condition médicale. À partir de l'exemple de Léa, les fondements théoriques et pratiques de la thérapie ACT dans la gestion de la douleur chronique ont été présentés. L'état actuel des connaissances sur l'efficacité des *self-help* basés sur cette thérapie a été résumé. En plus d'aborder les interventions en format *self-help*, l'application d'une bibliothérapie de type ACT au cas de Léa a permis de se familiariser avec les processus de la flexibilité psychologique. Au-delà de l'efficacité des interventions, il importe que les traitements soient accessibles. Les *self-help* offrent une méthode ayant un excellent rapport coût-bénéfice qui permet d'aider un maximum de personnes souffrant d'une douleur chronique comme Léa.

8. Merci à Annie Ledoux, bénévole chez Migraine Québec ([migrainequebec.com](http://migrainequebec.com)), pour sa participation à la rédaction de la vignette clinique.

## 5 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

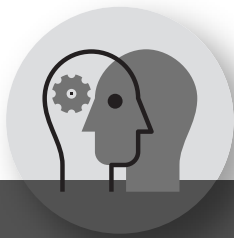
- CAMPBELL, L. F., & SMITH, T. P. (2003). Integrating self-help books into psychotherapy. *Journal Of Clinical Psychology*, 59(2), 177-186. doi:10.1002/jclp.10140.
- DIONNE, F. (2014). *Libérez-vous de la douleur par la méditation et l'ACT*. Paris : Payot.
- DIONNE, F., BLAIS, M.-C., & MONESTÈS, J.-L. (2013). Mieux vivre avec la douleur chronique grâce à la thérapie d'acceptation et d'engagement. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 131-152.
- DIONNE, F., NGÔ, T.-L., & BLAIS, M.-C. (2013). Le modèle de la flexibilité psychologique : une approche nouvelle de la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 38(2), 111-130.
- HAYES, S. C., BARNES-HOLMES, D., & ROCHE, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Springer Science & Business Media.
- HAYES, S. C., STROSAHL, K., & WILSON, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. (2nd ed.). New York : Guilford Press.
- MONESTÈS, J.-L., & VILLATTE, M. (2011). *La thérapie d'acceptation et d'engagement : ACT*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.
- MONESTÈS, J.-L., VUILLE, P., & SERRA, E. (2007). Thérapie de pleine conscience, thérapie d'acceptation et d'engagement et douleur chronique. *Douleurs Évaluation – Diagnostic – Traitement*, 8(2), 73-79.
- NORCROSS, J. C. (2006). Integrating self-help into psychotherapy: 16 practical suggestions. *Professional Psychology: Research And Practice*, 37(6), 683-693. doi:10.1037/0735-7028.37.6.683.
- VILLATTE, M., & MONESTÈS, J.-L. (2010). La Théorie des cadres relationnels : La place du langage dans la Thérapie d'acceptation et d'engagement. *Revue québécoise de psychologie*, 31(3), 85-104.

# Chapitre **7**

## **Douleur et EFT**

**Lutter contre la douleur  
et la souffrance  
avec la psychologie  
énergétique**

JEAN-MICHEL GURRET



❶	Les modèles explicatifs	156
❷	Déroulé d'une séance-type de psychologie énergétique	157
❸	Travailler sur la douleur elle-même	159
❹	Travailler sur le ou les traumatismes à l'origine des douleurs	168
❺	Travailler les pensées anxieuses : la restructuration cognitive	171
❻	Références bibliographiques	175

LA PSYCHOLOGIE ÉNERGÉTIQUE est une nouvelle branche de la psychothérapie, née aux États-Unis à la fin des années 1970 et qui regroupe aujourd'hui une quarantaine de pratiques thérapeutiques dont l'objectif est de rétablir le bon fonctionnement humain en agissant directement sur le champ électromagnétique et le « système d'énergies subtiles » des personnes. La plus connue d'entre elles, en grande partie grâce à internet s'appelle l'EFT, un acronyme pour *Emotional Freedom Techniques*, que l'on peut traduire par Technique(s) de libération émotionnelle. Développée à partir de 1995 par Gary Craig, l'EFT trouve sa source dans une méthode thérapeutique qu'un docteur en psychologie, Roger Callahan découvrit par hasard avec une patiente phobique de l'eau (Callahan & Callahan, 1996). Il s'aperçut que le fait de stimuler manuellement un point d'acupuncture de manière prolongée pouvait résoudre une phobie persistante en un temps record et appela sa méthode « TFT » pour *Thought Field Therapy* (Thérapie du Champ Mental, en français). Craig suivit l'enseignement de Callahan dès 1994. Il eut l'idée de simplifier le protocole initial pour le rendre applicable par tous et qu'il puisse se transmettre facilement pour autonomiser chaque personne. Il publia un manuel didactique l'année suivante, en 1995, traduit plus tard en de nombreuses langues et diffusé largement.

Une méta-étude, réalisée par le psychologue américain David Feinstein (2012), compilant 51 articles relus par des pairs décrivant les résultats de traitements psycho-énergétiques a révélé que tous apportaient des changements positifs dans les symptômes ou dans les comportements. Ce travail a porté sur les résultats de traitements par la Thérapie du champ mental ou les Techniques de libération émotionnelle (EFT), qui sont les deux formes de psychologie énergétique les plus utilisées et les plus étudiées. Chacune passe par la stimulation de points d'acupressure choisis (acupoints) en les activant manuellement.

Une analyse critique des 18 essais contrôlés randomisés inclus dans cet ensemble d'études montre qu'elles ont « toutes mis en évidence une grande taille d'effet ainsi que d'autres résultats statistiquement positifs dépassant de loin les possibilités du hasard après relativement peu de séances de traitement ».

Trois de ces études réalisées sur des personnes ayant survécu à un génocide ou à des sévices (Connolly & Sakai, 2011), montre que les notes obtenues sur des inventaires d'évaluation du TSPT (trouble du stress post-traumatique)

passent d'un niveau nettement supérieur au seuil pathologique à un niveau sensiblement inférieur (Church, Piña, Reategui, & Brooks, 2011). Les améliorations étaient maintenues au cours d'un suivi sur un an et sur deux ans. Ces études sur les résultats obtenus en une seule séance dans le traitement du Trouble de stress post-traumatique (TSPT) corroborent d'autres rapports de terrain sur les résultats obtenus dans le traitement du TSPT en trois séances auprès de 300 victimes de catastrophe naturelle (Gurret, Caufour, Palmer-Hoffmann & Church, 2012). Sachant que le Professeur David Fishbain a mis en évidence que 85 % des douleurs chroniques sont liées à des psycho-traumatismes et que ceux-ci sont d'autant plus délétères que les personnes se sentent victimes, il semble important de pouvoir les traiter de manière définitive afin de pouvoir les en libérer.

Les 51 articles passés en revue présentent des éléments de preuve statistiquement significatifs sur neuf affections qui ont été soignées avec succès par des traitements psycho-énergétiques. En plus du TSPT, la liste de ces affections comprend les phobies, les anxiétés spécifiques, l'anxiété généralisée, la dépression, la douleur physique, la maladie somatique, etc.

Dans une étude suédoise, le docteur Brattberg (2008) recruté quatre-vingt-six femmes souffrant de fibromyalgie et en arrêt de travail depuis au moins trois mois. Elles ont été assignées au hasard à un groupe de traitement ou à un groupe « liste d'attente » (sans traitement). Dans le groupe EFT, des améliorations statistiquement significatives au niveau de la douleur, de l'anxiété, de la dépression, de la vitalité, de la fonction sociale, des problèmes de performance et des symptômes du stress ont été observées. De plus, des éléments d'aggravation de la douleur, telles que la rumination, l'amplification et l'impuissance, étaient considérablement réduites et le niveau d'activité était significativement augmenté dans le groupe de traitement comparativement au groupe « liste d'attente ». À noter que le docteur Brattberg n'a jamais rencontré personnellement aucun de ses sujets d'étude, les séances de thérapie ont été menées à distance par un système de visioconférence sur internet. Avec l'accumulation d'éléments de preuve démontrant l'efficacité de la psychologie énergétique, la question qui se pose aujourd'hui est de savoir « comment cela marche-t-il ? ». De nombreuses explications tentant de rendre compte des mécanismes neurologiques impliqués ont été avancées.

## 1 LES MODÈLES EXPLICATIFS

Plusieurs études ont identifié les changements physiologiques corrélés aux améliorations observées sur le plan clinique. Il a été montré dans des études publiées que la stimulation de points d'acupressure réduit les niveaux de cortisol, l'hormone du stress, active des gènes impliqués dans la réduction du stress, régule les schémas d'ondes cérébrales anormaux et augmente la production de sérotonine, d'opioïdes et d'autres neurotransmetteurs associés au plaisir (Dhond, Kettner & Napadow, 2007).

Des études employant l'électroencéphalogramme (EEG), l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) et la tomographie par émission de positrons (PET) ont révélé deux *mécanismes* qui seraient impliqués dans l'obtention des résultats observés lors de la stimulation de points d'acupressure. Un programme de recherche à long terme de la Harvard Medical School employant l'IRMf et les PET scans a démontré que la stimulation de certains points d'acupressure provoquait une réduction sensible de l'activité de l'amygdale et d'autres zones du système limbique (Fang et al., 2009).

Les protocoles de psychologie énergétique combinent la stimulation de points d'acupressure avec l'activation d'émotions dont le patient veut se débarrasser par l'exposition imaginaire, en gardant généralement à l'esprit un souvenir problématique ou un déclencheur émotionnel. Cela provoque simultanément une *accentuation* de l'état d'alerte (par l'exposition imaginaire) et une *atténuation* de l'état d'alerte (par les signaux électromagnétiques envoyés au système limbique lors de la stimulation d'acupoints).

En réconciliant ces signaux contradictoires, le cerveau devient capable de faire face au souvenir ou au déclencheur sans que le système limbique ne soit activé. Si les chercheurs de Harvard ont utilisé la technique traditionnelle d'acupuncture avec des aiguilles comme principal moyen de stimuler les acupoints qu'ils étudiaient, un certain nombre d'autres chercheurs ont observé un retour à la normale des schémas d'ondes cérébrales à la suite d'un traitement par stimulation d'acupoints pour des troubles neurologiques et des troubles liés à l'anxiété (Hui et al., 2000).

Une étude en double aveugle comparant l'acupuncture par ponction à l'aiguille avec la pression sans pénétration de la peau a également mis en évidence des résultats équivalents pour ces deux interventions. Que ce soit



en utilisant des aiguilles, en stimulant manuellement ou en employant d'autres moyens, le processus est lancé par la génération d'un courant piézoélectrique (un courant électrique produit par la pression mécanique). Les courants électriques sont ensuite transmis aux cellules, aux organes et aux autres systèmes biologiques du corps par le biais des tissus conjonctifs.

Le mécanisme d'action est plutôt bien établi pour les protocoles de psychologie énergétique : les signaux électriques produits par la stimulation des points d'acupressure choisis atténuent l'activité limbique. Un second procédé a été identifié, impliquant pour sa part les ondes cérébrales. L'imagerie par EEG a montré que la stimulation sensorielle à répétition – ici, la stimulation des points d'acupressure – provoque une forte augmentation de l'amplitude des ondes delta dans les zones du cerveau impliquées dans les souvenirs de peur. Après plusieurs minutes de stimulation, il a été montré que ces ondes delta amplifiées perturbaient les réseaux mnémoniques activés d'une manière qui rappelle le « système de révision naturelle de la mémoire » lié aux ondes delta du sommeil (Harper, 2012). Selon cette même étude de Harper, les récepteurs de glutamate des synapses, qui régulent les souvenirs de peur, seraient « dépotentialisés par ces puissantes ondes d'activation neuronale ». Lorsque les circuits neuronaux de l'amygdale, qui maintiennent l'état d'alerte, sont désactivés de la sorte (pendant quasiment *n'importe quel* protocole de thérapie par l'exposition employant la stimulation sensorielle à répétition sur la partie supérieure du corps), « la base matérielle du souvenir de peur est alors retirée ».

## 2 D DÉROULÉ D'UNE SÉANCE-TYPE DE PSYCHOLOGIE ÉNERGÉTIQUE

L'utilisation de la psychologie énergétique avec des patients souffrant de douleurs chroniques va se déployer à plusieurs niveaux :

- la prise en compte des raisons inconscientes de maintenir les douleurs dans le présent (appelées « inversions psychologiques »,
- le travail sur la douleur elle-même,
- le retraitement des souvenirs traumatiques qui nous permet de supprimer la « mémoire » de la douleur qui s'est enregistrée dans le cer-

veau grâce à la dépotentialisation des connexions synaptiques des neurones,

- la restructuration cognitive afin de supprimer les pensées anxieuses.

Les protocoles présentés ici sont issus de « l'EFT Clinique », basé sur la méthode définie dans le Manuel EFT<sup>1</sup>.

## Mise en évidence des inversions psychologiques et leur traitement

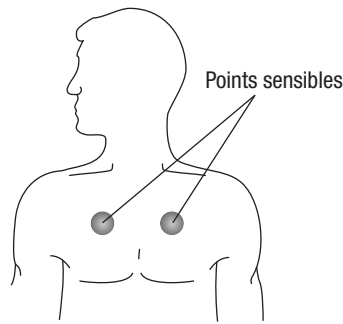
Un des apports les plus importants à la thérapie énergétique est la prise en compte des inversions psychologiques telles qu'elles ont été mises en évidence par Callahan. Celui-ci a initialement utilisé ce terme de manière métaphorique avant de s'apercevoir que la circulation de l'énergie dans le corps pouvait être perturbée et que nous pouvions objectiver cette perturbation. Ces « inversions psychologiques » sont en fait les « bonnes » raisons inconscientes de maintenir en place un symptôme afin de protéger l'individu, soit parce que le symptôme est assimilé à son identité ou qu'il lui permet de montrer à quel point il a souffert. Elles agissent comme des protecteurs, des parts de la personnalité procédant dans l'intérêt de la personne douloureuse et qu'il convient de prendre en compte avant de pouvoir commencer à traiter la part traumatisée.

La manière classique de traiter ces blocages (ou inversions) est la suivante :

- Premièrement, identifiez le point de traitement des inversions, appelé « point sensible ». Il se trouve à droite et à gauche sur la poitrine à la même distance par rapport à la ligne médiane. Mesurez la largeur de la paume de la main de la personne à traiter, puis reportez cette mesure à la verticale du creux sternal, puis à l'horizontal côté cœur (voir schéma). Ces points sont souvent légèrement douloureux, d'où leur appellation de « points sensibles ».

---

1. Ce manuel américain est actuellement dans sa troisième édition, publiée par Energy Psychology Press en 2013. La version française de la deuxième édition de ce manuel a été publiée chez Dangles en 2011.



- Massez l'un de ces deux points (au choix) lentement, de manière circulaire dans le sens horaire des aiguilles d'une montre en imaginant que la montre est posée sur votre poitrine en répétant trois fois de suite cette phrase « *même si une partie inconsciente de moi a une ou plusieurs bonnes raisons de garder cette douleur, peut-être parce qu'elle croit qu'elle me protège ou qu'elle fait partie de mon identité, ou qu'elle me permet de montrer à quel point j'ai souffert, ou qu'il y a d'autres bonnes raisons, je m'accepte tel(le) que je suis* ».

Faites ce qui est le plus simple pour vous et votre patient. Bien évidemment s'il ressent une douleur d'un côté dans la poitrine, massez le côté opposé. Et faites varier la pression sur ce point en fonction de la sensibilité perçue par votre patient. Si votre patient souffre d'un cancer, évitez ce point et stimulez à la place le point IG-3 situé sur le tranchant de la main (voir plus loin).

### 3 TRAVAILLER SUR LA DOULEUR ELLE-MÊME

La façon la plus simple de commencer le traitement d'une douleur chronique est de demander à la personne douloureuse de se centrer dans un premier temps sur sa douleur et de la décrire. S'il y a plusieurs endroits douloureux, il est préférable de commencer par traiter la douleur la plus intense, puis de s'occuper ensuite des autres zones sensibles par ordre décroissant.

Voici une liste de questions qui pourront être utiles et qui est à adapter en fonction de la situation rencontrée :

- Pouvez-vous me décrire cette douleur ?
- Où se trouve-t-elle précisément ?
- À quoi ressemble-t-elle ?
- A t'elle une couleur ?

- Quelle est sa forme ?
- Se situe-t-elle à l'intérieur ou à l'extérieur du corps ?
- Est-ce chaud ou froid ?
- Est-ce lourd ou plutôt léger ?
- Est-ce que ça pulse ? Est-ce qu'elle irradie ?
- Sur une échelle subjective de zéro à 10, zéro étant une absence totale de douleur et 10 le maximum que vous puissiez imaginer, à combien l'évaluez-vous ?

Puis la thérapeute et son patient enchaînent une série de stimulations de plusieurs points d'acupuncture tout en verbalisant des phrases.

Le thérapeute montre à son patient comment faire, en se mettant à sa place. Donc, le praticien stimule les points sur lui-même en parlant à la place de la personne (en disant « je »), en face de son patient, qui répète exactement les mêmes actions et les mêmes phrases.

## La phrase de préparation

La séance débute en construisant une phrase dite « de préparation » qui combine deux actions : une exposition à la douleur en se concentrant dessus (en la décrivant avec les mots exacts du patient) et une acceptation cognitive de cet état (« je m'accepte moi en tant que personne en train de vivre cette douleur »). En faisant cela, nous combinons une action de pleine conscience et une action d'acception, qui se matérialise par une phrase construite sur ce modèle : « même si je ressens cette douleur, à tel endroit dans mon corps, à x sur 10, je m'accepte complètement tel(le) que je suis ».

Par exemple, dans le cas d'une patiente souffrant d'une algodystrophie dans l'articulation du poignet droit, les réponses seraient les suivantes :

- cette douleur ressemble à une brûlure et un écrasement,
- dans le poignet à droite, au niveau de la base de la main,
- j'ai l'impression d'avoir la main dans un étau brûlant,
- je dirai que la couleur de cette douleur est rouge foncé,
- c'est comme un bracelet à l'extérieur qui pénètre jusqu'à un centimètre dans le poignet,
- c'est lourd, comme s'il était en plomb et cela irradie de l'extérieur vers l'intérieur,

- je l'évalue en 8/10 et c'est permanent, sans aucun répit ni dans la journée, ni dans la soirée.

L'objectif de cette phrase est de connecter la personne à sa douleur pour l'amener et la maintenir dans une fenêtre de tolérance émotionnelle. Si le fait de répéter une seconde fois la phrase fait augmenter la charge émotionnelle, nous risquons alors « d'hyper-activer » notre patient, ce qui serait nuisible pour lui. C'est donc au praticien de guider avec délicatesse son patient.

Voici un exemple de phrases qui pourraient être construites et prononcées par le thérapeute, puis répétées par la patiente en fonction des réponses ci-dessus.

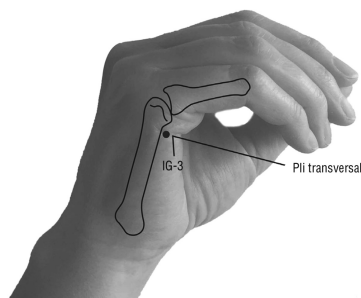
- « Même si j'ai une douleur à 8/10 dans mon poignet droit, je m'accepte telle que je suis ».
- « Même si je ressens une brûlure et un écrasement dans mon poignet droit, je m'aime et je m'accepte telle que je suis ».
- « Même si j'ai l'impression d'avoir un bracelet de douleur rouge sombre qui pénètre jusqu'à un centimètre dans mon poignet droit, je m'accepte totalement et complètement telle que je suis et je m'ouvre à la possibilité de me libérer de cette douleur ».

Les phrases peuvent être courtes ou plus longues, cela dépendra du contexte, du patient, de votre aisance à verbaliser le ressenti de votre patient.

En prononçant ces phrases, vous stimulez un point situé sur le tranchant de la main (voir figure 7.1) qui correspond au point d'acupuncture appelé IG-3 c'est-à-dire le troisième point du méridien de l'Intestin Grêle. Votre patient, situé face à vous, vous regarde, répète la même phrase tout en stimulant ce point sur lui-même.

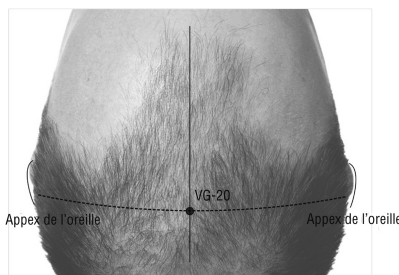
## **La séquence de stimulations sur le visage, la poitrine et la main**

Puis le thérapeute enchaîne la stimulation d'autres points d'acupuncture tout en maintenant l'attention de son patient sur sa douleur. Pour ce faire, il utilise de courtes phrases dites « de rappel » afin de maintenir l'attention de

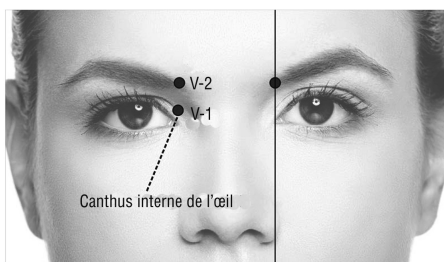


**Figure 7.1.** Point IG-3, surnommé aussi « point karaté »<sup>2</sup>

la personne sur son problème. Ces phrases sont courtes, souvent réduites à un ou deux mots. Il est donc inutile de répéter la phrase initiale dans son intégralité.

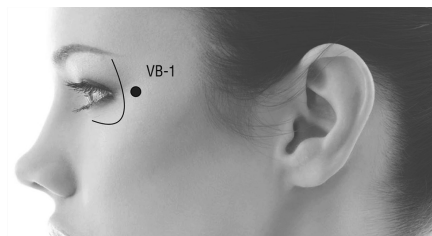


Le premier point de la séquence se trouve sur le sommet de la tête. Pour l'identifier, imaginez une ligne qui rejoint le sommet de vos deux oreilles en passant par le haut de votre tête. Le point à stimuler se trouve à l'intersection de cette ligne et de la ligne médiane au centre de votre corps. Il correspond au vingtième point du vaisseau gouverneur (VG-20).

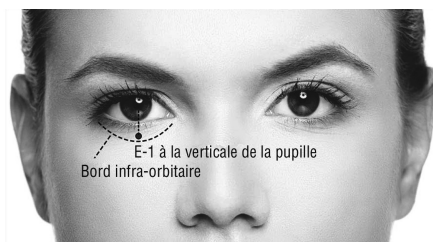


2. Cette image et toutes les suivantes jusqu'à la fin du chapitre proviennent de l'IFPEC, <https://www.ifpec.org/>.

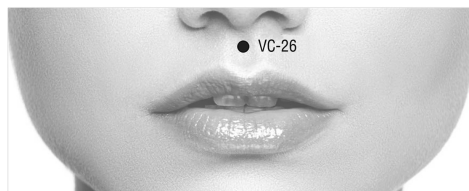
Le second point se trouve au début des sourcils, juste au-dessus du nez. Il est à la verticale de l'angle interne de l'œil. Il correspond au deuxième point du méridien de la Vessie (V-2).



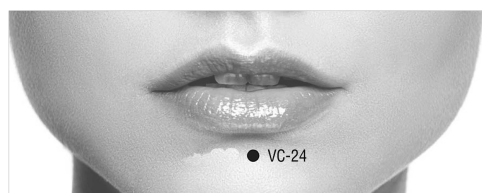
Le troisième point se situe au coin de l'œil, sur le bord latéral de l'orbite au niveau du coin externe de l'œil. Il correspond au premier point du méridien de la Vessie (VB-1).



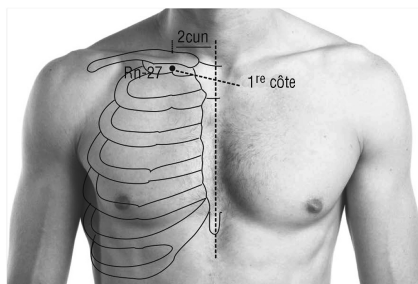
Le quatrième point se situe en dessous de la pupille lorsque la personne regarde droit devant-elle, entre le globe oculaire et le bord infra-orbitaire. Il correspond au premier point du méridien de l'estomac (E-1).



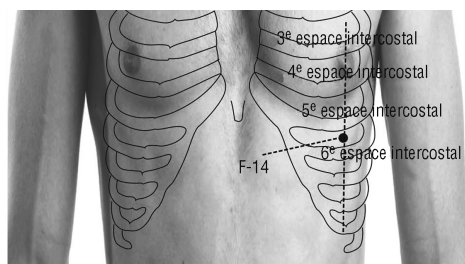
Le cinquième point se trouve en dessous du nez, au tiers supérieur du philtrum, que l'on surnomme communément « l'empreinte de l'ange », juste sur la ligne médiane. Il correspond au vingt-sixième point du vaisseau gouverneur (VG-26).



Le sixième point se trouve en dessous de la lèvre inférieure, sur la ligne médiane antérieure, dans le sillon mento-labial. Il correspond au vingt-quatrième point du vaisseau conception (VC-24).

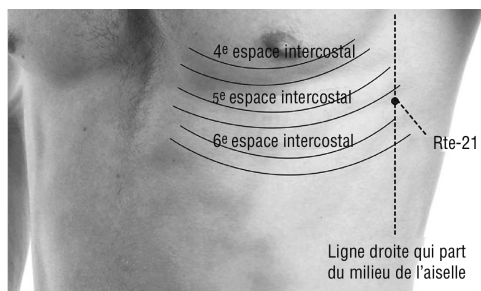


Le septième point se trouve sur le bord inférieur de la clavicule, à deux fois la largeur du pouce de la personne concernée. Les chinois utilisent une mesure proportionnelle, le « cun » qui correspond à la plus grande largeur du pouce. Il est important de baser la mesure sur le doigt du patient et non celui du thérapeute. Sur un adulte, cela correspond à environ 2,2 à 2,5 cm. Ce point se trouve situé à environ 5 cm de la ligne médiane, juste sous la clavicule. Il correspond au vingt-septième point du méridien du rein (R ou Rn-27).

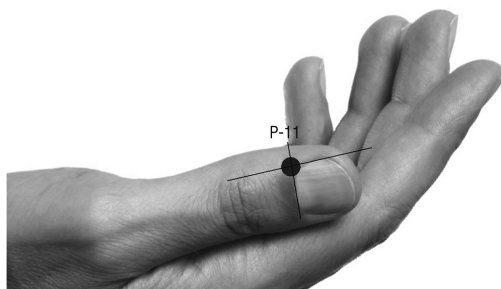


Le huitième point se trouve dans le 6<sup>e</sup> espace intercostal dans le prolongement vertical de la ligne mamelonnaire, à 4 cun (soit environ 10 cm) de la ligne médiane. Il se situe sous les baleines du soutien-gorge pour les femmes. Bien qu'il soit souvent écarté par certains praticiens en raison de la gêne qu'il peut occasionner chez quelques personnes, ce point est particulièrement recommandé dans le traitement de la douleur chronique car il est en lien avec la colère. Il correspond au quatorzième point du méridien du foie (F-14).





Le neuvième point se trouve sur une ligne verticale qui part du milieu de l'aisselle, dans le sixième espace intercostal. Pour simplifier sa localisation, les femmes peuvent stimuler ce point au niveau de la partie basse du bandeau du soutien-gorge. Les hommes peuvent poser le centre de leur main sur leur mamelon (la main à l'horizontal). Le point se trouve à l'extrémité du petit doigt. Il correspond au vingt-et-unième point du méridien de la rate (Rte-21).



Le dixième point se trouve sur le pouce au niveau du coin radial de l'ongle, à la base de l'ongle, côté extérieur. Il correspond au onzième point du méridien du poumon (P-14).



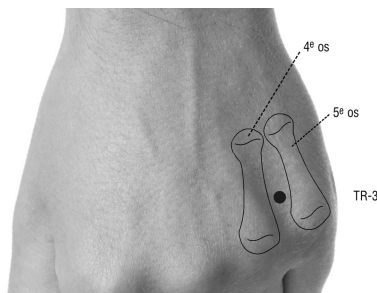
Le onzième point se trouve à la base de l'ongle de l'index, au niveau du coin radial du côté du pouce. Il correspond au premier point du méridien du gros intestin (GI-1).



Le douzième point se trouve, selon les sources, soit à la base de l'ongle du majeur au niveau du coin radial du côté de l'index, soit à l'extrémité du majeur. La plupart des praticiens ont pris l'habitude de stimuler le coin radial comme pour le pouce et l'index, ce qui est plus facile à mémoriser pour la majorité des patients. Il correspond au neuvième point du méridien du maître du cœur (MC-1).



Le treizième point se trouve à la base de l'ongle de l'auriculaire, au niveau du coin radial du côté de l'annulaire. Il correspond au neuvième point du méridien du cœur (C-9).



Le quatorzième point est situé sur le dos de la main, dans le long du sillon entre les deux os métacarpiens de l'annulaire et de l'auriculaire, au point le plus profond. Il correspond au troisième point du méridien du triple réchauffeur (TR-3).

NB : Les points méridiens sont latéralisés, donc vous pouvez les stimuler (à part les 3 qui se trouvent sur les vaisseaux conception et gouverneur sur la ligne médiane du corps) soit à droite, soit à gauche, soit les deux côtés en même temps. Il suffit de les stimuler 7 à 10 fois chacun, puis de passer au point suivant. Il est inutile de rester bloqué sur l'un de ces points trop longtemps. Cela sera plus efficace de faire plusieurs rondes avec des stimulations courtes sur chaque point, que de prolonger inutilement la sollicitation de certains points.

Avec notre exemple de départ, pour notre patiente souffrant d'algodystrophie, la ronde de stimulation pourrait se dérouler de la façon suivante, après avoir répété la phrase de préparation en stimulant le point IG-3 :

- Sommet de la tête : « cette brûlure dans mon poignet droit »,
- Début des sourcils : « cette sensation d'écrasement »,
- Coin de l'œil : « cet étau brûlant »,
- Sous l'œil : « ce bracelet de douleur »,
- Sous le nez : « cette lourdeur dans mon poignet droit »,
- Sous la bouche : « ce 8/10 de douleur »,
- Sous les clavicules : « cette brûlure rouge foncé »,
- Sous les seins : « cet écrasement dans mon poignet »,
- Sous les aisselles : « cette douleur qui irradie »,
- Sur le pouce : « ça me fait mal »,
- Sur l'index : « cette sensation douloureuse dans mon poignet »,
- Sur le majeur : « ce bracelet de plomb à mon poignet »,
- Sur le petit doigt : « cette douleur sans répit »,
- Sur le dos de la main : « cette douleur au poignet qui ne me lâche jamais ».

Il n'est pas forcément nécessaire de changer la phrase à chaque changement de point. Vous pourriez aussi répéter la même phrase, mais cela permet de prendre en compte toutes les facettes de la problématique et de vous assurer que votre patient reste bien en pleine conscience de sa douleur. Rappelez-lui plusieurs fois que les phrases que vous prononcez sont des propositions, des aides à la verbalisation et que si cela ne correspond pas à ce qu'il ressent ou pense, qu'il se sente libre de les modifier. Et dans ce cas, vous intégrez ces modifications dans vos propositions.

## Les séquences suivantes

À l'issue de la première séquence de stimulation des 15 points (les 14 ci-dessus + le point du tranchant de la main IG-3), demandez à votre patient de respirer profondément en pleine conscience, c'est-à-dire en se focalisant sur l'air qui passe dans ses narines, descend dans son ventre et gonfle son ventre, puis ressort de ses poumons, et sort par sa bouche.

Ensuite, dirigez l'attention de votre patient sur sa douleur que vous venez de « travailler » et réévaluez la situation.

Si l'intensité a diminué ou si les caractéristiques de cette douleur se sont modifiées, adaptez une nouvelle phrase pour qu'elle corresponde à l'évolution du ressenti de votre patient. Supposons que la douleur ait diminué à 5/10, qu'elle soit plus diffuse dans le poignet, la phrase de préparation devient alors : « même si je ressens cette douleur diffuse à 5/10 dans mon poignet droit, je m'accepte telle que je suis ». Puis vous enchaînez à nouveau la stimulation des quatorze autres points en prononçant une seule fois une courte phrase de rappel en stimulant 7 à 10 fois chaque point.

Lorsque l'intensité ne descend plus et marque un pallier, vous pouvez alors rechercher l'origine émotionnelle de cette douleur chronique.

## 4 ■ TRAVAILLER SUR LE OU LES TRAUMAS À L'ORIGINE DES DOULEURS

Parfois, le fait de commencer à cibler la douleur elle-même ne change rien ou n'a que peu d'impact sur le niveau de douleur perçu. Il est alors nécessaire de cibler l'origine de cette douleur et notamment un traumatisme psychologique (85 % des cas). Et cela peut marcher dans les deux sens : soit le traumatisme déclenche la douleur chronique, soit la douleur chronique crée le traumatisme. Nous verrons dans le paragraphe suivant comment aborder ce cas précis.

### Retrouver l'événement d'origine

Prenons l'exemple d'une patiente de 35 ans souffrant d'une fibromyalgie diagnostiquée par un rhumatologue et dont l'origine remonte à 3 ans et

demie. Les antalgiques restent sans effet sur les douleurs qu'elle ressent dans tout son corps. Depuis 3 mois, elle a des tremblements incessants dans les mains et ses médecins ne parviennent pas à l'expliquer. Elle a stoppé la prise d'antidépresseurs il y a 2 ans car elle ne les supportait pas. Elle se sent déprimée par son état, a mal quasiment en permanence avec une intensité qui montent parfois jusqu'à 8-9/10 dans les épaules et les bras.

La séance débute par le traitement des inversions psychologiques qui pourraient maintenir en place ces douleurs, comme expliqué dans le chapitre précédent, puis nous ciblons dans un premier temps, à sa demande, les tremblements dans ses mains. La séquence de stimulations commence avec la phrase suivante : « même si j'ai les mains qui tremblent depuis trois mois et que je ne peux rien y faire, je m'accepte telle que je suis ».

Les deux premières séquences ne donnent rien de tangible, les tremblements sont toujours identiques et la douleur n'a pas baissé.

La patiente est ensuite invitée à repenser à la période où les douleurs ont débuté. Elle se rappelle qu'elles sont consécutives à une fausse couche.

### Encadré

Pour le traitement efficace d'un souvenir, nous avons besoin de définir une cible :

- 1) Image (ou parole / son, ou sensations, ou une odeur) correspondant à un moment précis du passé
- 2) Les ressentis physiques dans l'instant présent
- 3) Les ressentis émotionnels dans l'instant présent
- 4) Une évaluation de l'intensité de ces ressentis sur une échelle subjective de 0 à 10 (selon Wolpe)
- 5) Éventuellement, la pensée négative qui accompagne ce souvenir et ces ressentis.

Cette méthode amène la personne à être en pleine conscience de ses sensations / émotions par rapport à un événement passé.

Le traitement de la cible peut alors débiter :

Phrase de préparation :

« Même si je ressens cette colère dans mes mâchoires quand je vois cette image de ma fausse couche, je m'accepte telle que je suis »

Nous prononçons une seule fois la phrase chacun notre tour, en stimulant le point sur le tranchant de la main (IG-3) compte tenu de l'émotion palpable ressentie par la patiente, afin de la maintenir dans une fenêtre de tolérance en évitant une hyperactivation émotionnelle.

Puis, nous enchaînons la ronde de stimulations avec les phrases de rappel :

- sommet de la tête : « cette image du passé »,
- début des sourcils : « cette fausse couche »,
- coin de l'œil : « c'était il y a trois ans et demi »,
- sous l'œil : « cette colère dans mes mâchoires »,
- sous le nez : « c'est de ma faute »,
- sous la bouche : « c'est de ma faute ».

À ce moment précis, elle éclate en sanglot et dit : « non ce n'est pas ma faute, c'est la sienne ». Nous arrêtons de parler pour l'instant en continuant à stimuler les points. Comme nous l'avons expliqué précédemment, la stimulation continue des points calme le complexe amygdalien, ralentit les ondes cérébrales, active le parasympathique, modifie la chimie du corps et la personne s'apaise progressivement.

Le fait de commencer à travailler sur cette première image a déclenché un « pont d'affect » et a renvoyé la patiente à un souvenir antérieur en lien avec cette fausse couche. Celle-ci a été violée par un membre de sa famille et s'est retrouvée enceinte sans pouvoir en parler à qui que ce soit. Elle a intériorisé complètement les émotions de honte, de culpabilité, de colère contre elle et a tenté désespérément d'oublier ce cauchemar, en vain. Avec son accord, et en nous assurant qu'elle reste dans une fenêtre de tolérance émotionnelle, nous commençons des séquences de stimulations, en restant au départ, à distance du pire moment du trauma.

Les sessions suivantes seront consacrées à l'approche progressive et de plus en plus précise du souvenir du trauma, jusqu'à le faire verbaliser en détail

par la patiente à définir précisément les cibles (les souvenirs-images) et à traiter de la même manière que précédemment.

Nous travaillons également toutes les pensées liées à la position de victime que la personne a pu ressentir durant l'acte.

À l'issue de la thérapie, elle était capable de raconter son histoire sans émotion apparente et sans ressentir aucune sensation désagréable dans son corps. Les tremblements ont disparu dès la première séance et la douleur est passée de 8/10 à 2/10. À l'issue de la seconde séance, la douleur avait complètement disparue. Lors d'un suivi à 6 mois, puis à un an, les douleurs n'étaient pas réapparues.

## 5 TRAVAILLER LES PENSÉES ANXIEUSES : LA RESTRUCTURATION COGNITIVE

La restructuration cognitive, issue des thérapies cognitivo-comportementales, est particulièrement efficace lorsqu'on la conjugue avec la psychologie énergétique, afin de supprimer les pensées anxieuses et notamment celles liées au succès de la thérapie. De nombreux patients, surpris parfois par les résultats constatés dès les premières séances ont du mal à croire que leur état non douloureux va perdurer.

Il convient alors de lister les pensées anxieuses, puis de les traiter lorsqu'elles se présentent. Comme le patient apprend à pratiquer sur lui dès la première séance, il devient rapidement autonome dans sa prise en charge.

Nous commençons par construire une liste des pensées anxieuses du moment :

- cette douleur ne me quittera jamais,
- ce n'est pas possible que cette rémission dure dans le temps,
- ça a l'air trop simple de faire ces « tapotements » pour que cela soit efficace,
- je n'avais jamais entendu parler de cette technique, est-ce vraiment sérieux ?
- ça fait si longtemps que cette douleur est présente, elle ne peut pas disparaître aussi vite,
- etc.

Puis nous choisissons ensemble une de ces pensées pour la discuter, et voir éventuellement ce qu'elle cache de plus profond (en utilisant la technique de la flèche descente du « pire du pire » ou du « et alors »).

Prenons par exemple, « Ce n'est pas possible que cette rémission dure dans le temps »

- *Thérapeute* : « Quand vous dites cela, que pensez-vous qu'il va se passer ? »
- *Patient* : « Cette douleur va revenir »
- *Thérapeute* : « Et alors ? » (sur un ton empathique bien sûr)
- *Patient* : « Je ne m'en sortirai jamais... »
- *Thérapeute* : « Que craignez-vous de pire ? »
- *Patient* : « Que je finisse par me foutre en l'air »

Nous discutons ensuite du déroulement de la séance, des croyances éventuelles du patient, de son cadre de référence, de manière à pouvoir changer sa façon de concevoir sa réalité.

- *Thérapeute* : « Qu'avez-vous ressenti durant la séance ? »
- *Patient* : « La douleur a diminué de 8/10 à 2/10 »
- *Thérapeute* : « Est-ce possible qu'on ait traité une partie du problème ? »
- *Patient* : « Je dirais que oui... »
- *Thérapeute* : « Qu'est-ce qui pourrait empêcher que cette amélioration perdure ? »
- *Patient* : « Je ne sais pas mais je préfère m'attendre au pire pour ne pas être déçu, j'ai déjà eu des améliorations mais cela n'a pas duré »
- *Thérapeute* : « Avez-vous déjà entendu parler de rémissions spontanées de maladies graves ou d'améliorations subites de problèmes de santé ? »
- *Patient* : « Oui, j'ai lu beaucoup d'articles sur des cas de rémissions spontanées, je sais que cela existe ».

Les séances de restructuration cognitives ou de recadrages peuvent alors s'articuler de la manière suivante : en commençant à stimuler le tranchant de la main (point IG-3), le thérapeute prononce cette phrase et son patient la répète :

- 1) « Même si ce n'est pas possible que cette amélioration dure dans le temps et que j'ai peur de finir par me foutre en l'air (on le confronte ainsi au « pire du pire »)



- 2) Je m'accepte tel que je suis avec ces pensées (acceptation de soi en pleine conscience)
- 3) Et c'est bien normal que je pense ça, compte tenu de ce que j'ai déjà vécu (normalisation de ses pensées et de ses ressentis)
- 4) La réalité, c'est qu'il y a des gens qui s'en sortent tous les jours (recadrage sur le présent)
- 5) Et je m'ouvre à la possibilité de me libérer définitivement de ces douleurs (recadrage sur le futur).

La première ronde sera consacrée au négatif seul et la normalisation des affects, puis dans les rondes suivantes on intégrera progressivement la restructuration cognitive :

Première ronde :

- sommet de la tête : « cette douleur va revenir »,
- début des sourcils : « ce n'est pas possible que ça dure »,
- coin de l'œil : « c'est bien normal que je pense ça »,
- sous l'œil : « j'y ai cru dans le passé et c'est revenu »,
- sous le nez : « je n'arriverais pas à me libérer de cette douleur »,
- sous la bouche : « ça finira mal »,
- sous les clavicules : « j'ai peur de finir par me foutre en l'air »,
- sous les seins : « c'est bien normal que je pense ça »,
- sous les aisselles : « cette douleur va revenir »,
- sur le pouce : « ce n'est pas possible que ça tienne »,
- sur l'index : « je préfère m'attendre au pire »,
- sur le majeur : « ça va revenir »,
- sur le petit doigt : « j'y ai cru dans le passé et c'est revenu »,
- sur le dos de la main : « je préfère m'attendre au pire ».

Deuxième ronde et suivante :

- sommet de la tête : « cette douleur va revenir »,
- début des sourcils : « ce n'est pas possible que ça dure »,
- coin de l'œil : « c'est bien normal que je pense ça »,
- sous l'œil : « La réalité, c'est que les rémissions spontanées existent »,
- sous le nez : « la réalité, c'est que des personnes se libèrent de leur douleur »,
- sous la bouche : « la douleur n'est pas un état normal »,
- sous les clavicules : « j'ai peur de finir par me foutre en l'air »,

- sous les seins : « c'est bien normal que je pense ça »,
- sous les aisselles : « les rémissions spontanées existent »,
- sur le pouce : « des personnes se libèrent de leurs douleurs tous les jours »,
- sur l'index : « je préfère m'attendre au pire »,
- sur le majeur : « je m'ouvre à la possibilité de me libérer définitivement de ces douleurs »,
- sur le petit doigt : « je choisis de lâcher ces douleurs »,
- sur le dos de la main : « je m'ouvre à la possibilité de lâcher définitivement ces douleurs ».

De cette manière, les patients peuvent être entraînés en séance à apprendre à pratiquer ce protocole de manière autonome dès que les pensées anxieuses se présentent. Il est alors possible de les observer en pleine conscience, de les accepter et de s'en libérer rapidement grâce à l'action des stimulations sur les points d'acupuncture.

### En conclusion

Il existe encore trop peu d'études sur la prise en charge des douleurs chroniques par la psychologie énergétique mais le partage des expériences cliniques entre praticiens montre à quel point ces techniques encore méconnues sont prometteuses. Heureusement, les découvertes scientifiques récentes et le développement des connaissances expliquant les modes d'action de ces techniques attirent de plus en plus de professionnels, médecins algologues, anesthésistes, psychiatres, psychologues, etc., vers ce nouveau domaine en pleine effervescence.

## 6 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

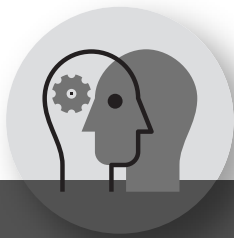
- BRATTBERG, G. (2008). « Self-administered EFT (Emotional Freedom Techniques) in Individuals with Fibromyalgia: A Randomized Trial », *Integrative Medicine: A Clinician's Journal*, 7(4), 30-35..
- CALLAHAN, R. J., & CALLAHAN, J. (1996). *Thought Field Therapy (TFT) and trauma: Treatment and theory*. Indian Wells, CA: Thought Field Therapy Training Center.
- CHURCH, D., PIÑA, O., REATEGUI, C., & BROOKS, A. (2011). « Single session reduction of the intensity of traumatic memories in abused adolescents after EFT: A randomized controlled pilot study ». *Traumatology*, 18, 73-79. doi:10.1177/1534765611426788
- CONNOLLY, S., & SAKAI, C. (2011). « Brief trauma intervention with Rwandan genocide survivors using Thought Field Therapy ». *International Journal of Emergency Mental Health*, 13, 161-172
- DHOND, R. P., KETTNER, N., & NAPADOW, V. (2007). « Neuroimaging acupuncture effects in the human brain ». *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13, 603-616. doi:10.1006/ccog.1999.0393
- FANG, J., JIN, Z., WANG, Y., LI, K., KONG, J., NIXON, E. E., & HUI, K.-S. (2009). « The salient characteristics of the central effects of acupuncture needling: Limbic-paralimbicocortical network modulation ». *Human Brain Mapping*, 30, 1196-1206. doi:10.1006/ccog.1999.0393.
- FEINSTEIN, D. (2012). « Acupoint Stimulation in Treating Psychological Disorders : Evidence of Efficacy. Review of General Psychology ». *Advance online publication*. doi: 10.1037/a0028602
- GURRET, JM., CAUFOR, C., PALMER HOFFMAN, J. & CHURCH, D. (novembre 2012), « Post-Earthquake Rehabilitation of Clinical PTSD in Haitian Seminarians ». *Energy Psychology Journal*, 4(2), 26-34..
- HARPER, M. (2012). « Taming the amygdala: An EEG analysis of exposure therapy for the traumatized ». *Traumatology*, 18(2), 61-74. doi:10.1006/ccog.1999.0393
- HUI, K. K. S, LIU, J., MAKRIS, N., GOLLUB, R. W., CHEN, A. J. W., MOORE, C. I....
- KWONG, K. K. (2000). « Acupuncture modulates the limbic system and subcortical gray structures of the human brain: Evidence from fMRI studies in normal subjects ». *Human Brain Mapping*, 9, 13-25. doi:10.1006/ccog.1999.0393

## Chapitre **8**

# **Douleur et auriculothérapie**

**Une approche complémentaire  
et alternative à la prise  
en charge de la douleur**

MARION TROUSSELARD



❶	Introduction : place de l'auriculothérapie dans les approches médicales	178
❷	Auriculothérapie	180
❸	La méthode du BattleFied Acupuncture (BFA)	187
❹	Références bibliographiques	191

**L'**AURICULOTHÉRAPIE CONSISTE À STIMULER des zones précises des oreilles dans le but de soulager diverses souffrances psychiques et somatiques, particulièrement les souffrances douloureuses aiguës ou chroniques. Cette approche complémentaire et alternative est souvent présentée comme un microsystème de l'acupuncture mais elle repose sur un corpus théorique différent de celui de l'acupuncture.

Les résultats des études, utilisant une méthodologie de qualité, montrent des bénéfices globalement intéressants des prises en charge par auriculothérapies. Les effets indésirables rapportés sont bénins. À ce jour, le développement de cette approche implique 1/ d'augmenter le niveau de preuve du fait notamment du faible nombre d'études disponibles, de la diversité des types d'auriculothérapies, et des durées très différentes des prises en charge, et 2 : d'évaluer le rationnel physiologique en ciblant le rôle de la stimulation du tonus parasympathique dans les mécanismes d'action sustentant les effets bénéfiques.

## 1 INTRODUCTION : PLACE DE L'AURICULOTHÉRAPIE DANS LES APPROCHES MÉDICALES

L'auriculothérapie est une thérapeutique réflexe, qui vise à traiter différentes affections par la stimulation de zones correspondantes du pavillon de l'oreille, soit par piqure, soit par un autre type de stimulation (électrostimulation, massage, champ magnétique, laser...). Elle a été développée en France dans les années 1950 par le Docteur Paul Nogier.

L'auriculothérapie appartient aux corpus des approches complémentaires et alternatives.

### Encadré n°1

Le National Institutes of Health (NIH) des États-Unis a regroupé ces deux notions sous le vocable de médecine complémentaire et alternative (MCA). Ce terme comprend de nombreuses approches différentes, parfois mutuellement incompatibles. Elles font l'objet d'un regroupement particulier parce qu'elles diffèrent des méthodes et traitements enseignés dans les facultés de médecine.

Le terme « alternatif » implique le choix d'une approche différente de la santé et de la maladie que celle de la médecine traditionnelle, c'est-à-dire le fait d'opter pour un système parallèle mais différent. C'est ainsi que, par exemple, on peut rejeter en tout ou en partie la médecine traditionnelle et opter pour une approche de soins en tant que système permettant de comprendre et de traiter la maladie.

Le terme « complémentaire » décrit une forme de thérapeutique qui est utilisée en plus de la médecine traditionnelle. On peut par exemple faire appel aux suppléments vitaminiques ou alimentaires, à la méditation, au magnétisme ou à l'astrologie, tout en prenant des remèdes de la médecine traditionnelle.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que l'usage des médecines traditionnelles/thérapies non conventionnelles reste très répandu dans les pays en développement et est de plus en plus courant dans les pays développés. Le recours aux thérapies non conventionnelles dans les pays développés croît, avec un essor particulier observé dans le domaine des soins de support, notamment en cancérologie.

**Encadré n°2 : motifs de recours aux MCA (Diluydy, 2003)**

- Désir d'une prise en charge holistique, recherche de sens.
- Recherche d'une participation active, aspiration à l'autonomie.
- Prise en charge des effets secondaires (notamment pour les patients atteints d'un cancer).
- Optimisation des chances en cas de maladie grave.
- Raisons culturelles.
- Pression de la famille (pour des raisons culturelles, de recherche d'autonomie face au pouvoir médical, d'optimisation des chances).
- Rupture de la communication médecin /malade.

La grande majorité des personnes ayant recours aux thérapies non conventionnelles les considèrent davantage comme un complément que comme une alternative. Le recours à ce type de pratiques reposerait sur la quête d'une cohérence avec ses propres valeurs, croyances et conceptions de la vie et de la santé, plutôt que sur une expérience décevante de la médecine conventionnelle (Astin 1998).

Les défis concernant les thérapies de type MCA sont nombreux, et l'OMS les classe en 4 catégories.

**Encadré n°3 : Quatre catégories de défis pour les thérapies non-conventionnelles (OMS)**

- Définition des cadres de politique et réglementation nationales.
- Caractérisation de l'innocuité, efficacité et qualité.
- Définition des accès aux CAM et codification.
- Définition des protocoles pour un usage rationnel.

## 2 AURICULOTHÉRAPIE

### Définitions

L'auriculothérapie consiste à exercer une stimulation de zones très précises des oreilles pour réduire les symptômes dans diverses affections : douleurs, addictions, troubles du registre anxio-dépressif, troubles fonctionnels. Il s'agit plus précisément d'une thérapeutique dite réflexe, qui vise à traiter différentes affections par la stimulation de zones définies du pavillon de l'oreille, soit par piqure, soit par un autre type de stimulation (électrostimulation, massage, champ magnétique, laser...). Elle a été développée en France dans les années 1950 par le Docteur Paul Nogier. L'auriculothérapie a été reconnue comme médecine alternative et complémentaire par l'OMS en 1987.

Plusieurs termes existent : auriculothérapie, acupuncture auriculaire, auriculopuncture. Ils recouvrent globalement les mêmes procédés à visée thérapeutique, mais leur référentiel théorique diffère. Ainsi, l'acupuncture auriculaire est une définition qui ne fait pas référence à un cadre théorique précis (Encadré n° 4), alors que l'auriculothérapie recouvre une conception occidentale de l'acupuncture auriculaire (Encadré n° 5) et que l'auriculopuncture fait référence à l'approche chinoise (Encadré n° 6 ; Rouxville, Méas et al. 2007).



**Encadré n° 4 : Acupuncture auriculaire**

Elle consiste à traiter différentes affections par la puncture ou autres stimulations de points déterminés du pavillon de l'oreille.

La commission d'acupuncture auriculaire de Fédération des Acupuncteurs pour leur FORMation MEDicale Continue (FAFORMEC) la définit comme une thérapeutique visant à traiter les personnes malades par la stimulation physique de sites réflexes du pavillon auriculaire.

En pratique, dans les études cliniques, les interventions dénommées « auricular acupuncture » sont quasiment toujours des interventions où la stimulation des points se fait par insertion d'aiguilles. Lorsque la stimulation des points se fait par une autre méthode, celle-ci est précisée, par exemple « laser auricular acupuncture » (stimulation laser) ou « auricular electro-acupuncture » (stimulation électrique), ou « acupressure » (acupression/massage).

**Encadré n° 5 : Auriculothérapie**

C'est le nom de baptême de la méthode découverte par le Dr Paul Nogier. Il s'agit en fait de la conception occidentale de l'acupuncture auriculaire. Les traitements par auriculothérapie sont pratiqués après un diagnostic médical. Ils font appel à des aiguilles stériles à usage unique de divers types (classique ou semi permanente) ou à d'autres procédés de stimulation : micro impulsions électriques, aimants, fréquences infrarouges portées par laser.

**Encadré n° 6 : Auriculopuncture**

C'est le nom utilisé par Yves Rouxville pour désigner l'approche chinoise dans son livre (Rouxville, 2013). Dans l'approche chinoise, le choix des points à traiter peut aussi reposer sur les règles de l'acupuncture traditionnelle chinoise.

**Mécanismes**

Un rationnel physiologique a été proposé pour expliquer l'action de l'auriculothérapie, ce rationnel n'est encore que peu étayé scientifiquement.

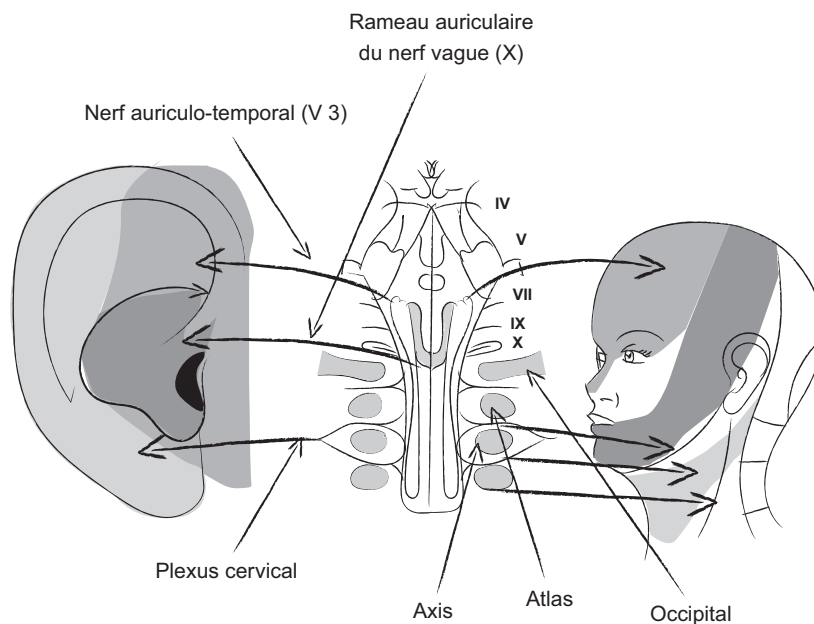
Selon la Société Française d'Auriculothérapie, l'auriculothérapie s'expliquerait par des mécanismes neuroembryologiques et neurogénétiques: « Au cours du développement embryologique et fœtal, il s'affiche à l'oreille une

cartographie identique à celle qui existe entre le cerveau et le corps entier. Cette correspondance neurophysiologique permet l'envoi de « requêtes thérapeutiques » au cerveau en pianotant sur les touches des écrans tactiles auriculaires. Si ces requêtes sont sensées et pertinentes, le cerveau tente alors, en vertu de nombreuses lois de neurophysiologie, de corriger ou d'atténuer le ou les problèmes. »

De nombreux travaux sont disponibles autour de l'acupuncture et de l'auriculothérapie, en histologie, en physiologie, ainsi qu'à l'aide de l'imagerie fonctionnelle. Sans entrer dans les détails, la figure 8.1 présente quelques données anatomiques concernant l'innervation du pavillon auriculaire (Rouxville et al., 2007). L'innervation du pavillon auriculaire est dense et variée. Il existe une innervation autonome (sympathique et parasympathique) qui suit les vaisseaux et leurs branches, et une innervation cérébro-spinale qui implique: (i) le nerf auriculo-temporal issu du trijumeau V (orthosympathique) pour le pavillon et la branche montante de l'hélix, (ii) le rameau auriculaire du vague X (parasympathique) pour la conque, (iii) le grand nerf auriculaire issu du plexus cervical C2 C3 (orthosympathique) pour le lobule, et la queue de l'hélix, et (iv) des fibres issues du facial VII (pourtour du conduit auriculaire) ainsi que du glosso-pharyngien IX (tragus).

Les mécanismes physiologiques d'action de l'auriculothérapie proposés sont basés sur des phénomènes réflexes observés à partir de la stimulation de l'auricule avec des effets directs et indirects :

- les effets directs impliqueraient les arcs réflexes simples (cérébro-spinaux et autonomes) et agiraient au niveau du territoire cervico-céphalique, de la ceinture scapulaire, des membres supérieurs et de la région thoracique supérieure,
- les effets indirects impliqueraient la stimulation parasympathique sur les viscères thoraco-abdominales lors des stimulations du rameau auriculaire du X au niveau de la conque de l'oreille,
- d'autres effets mettant en jeu des phénomènes de convergence, en particulier sur des unités neurales de la formation réticulaire sont proposés. Ainsi, différentes structures périphériques peuvent se projeter sur la même unité. Une action sur une structure (en l'occurrence un point d'oreille) pourrait entraîner un effet sur une autre se projetant sur la même unité.



**Figure 8.1.** Reproduction issue de : « Auriculothérapie. Acupuncture auriculaire » (Rouxville et al., 2007)

#### Encadré n° 6 : principaux mécanismes impliqués dans l'auriculothérapie

Si la chaîne des mécanismes mise en jeu par l'auriculothérapie demande à être mieux comprise, il existe un certain nombre de données dans la littérature chez l'animal comme chez l'homme soulignant l'implication de la régulation sympatho-vagale via la stimulation du système parasympathique dans les mécanismes de l'auriculothérapie (Rouxville, 2013). Ce mécanisme serait particulièrement actif dans les effets anti-douleurs de l'auriculothérapie.

## Efficacité

Comme pour l'ensemble des pratiques médicales dites non conventionnelles, l'évaluation de l'efficacité pose des problèmes méthodologiques. Néanmoins, l'auriculothérapie est une des pratiques thérapeutiques non conventionnelles où ces problèmes sont les moins rédhibitoires. Il existe en effet de nombreuses possibilités de traitements contrôlés, permettant de réaliser des essais en simple aveugle (par exemple une stimulation de zones

de l'oreille non spécifiques du trouble), voire en double aveugle (avec une stimulation à l'aide d'un matériel qui n'est pas destiné à être efficace, également à l'insu du praticien). Les difficultés majeures à prendre en compte impliquent la nécessaire standardisation des interventions et la limitation des interactions possibles entre le médecin et son malade, qui obligent de fait à s'écarter de pratiques personnalisées qui sont pourtant recommandées dans les médecines non conventionnelles.

Les premiers essais cliniques datent d'il y a une trentaine d'années. En Mars 2017, plus de 200 essais étaient indexés dans *Clinical Trials* avec le mot « auriculotherapy » ou « auricular acupuncture » ou « ear acupuncture » dans le champ interventionnel, avec une majorité des études déclarées indiquant « en phase de traitement des données ». Une quarantaine concerne l'évaluation de l'auriculothérapie sur des manifestations douloureuses. Parmi les essais indexés dans *Clinical Trials*, la majorité proviennent de l'Amérique du Nord. La plupart de ces essais sont difficiles à interpréter du fait de limites méthodologiques. Certains sont cependant de qualité acceptable (Encadré n° 7).

**Encadré n° 7 : principales références bibliographiques ciblant l'auriculothérapie et la prise en charge de la douleur (Gueguen et al., 2013)**

***Douleurs per-opératoires***

SATOR-KATZENSCHLAGER, S. M., WOLFLER, M. M., *et al.* (2006). « Auricular electro-acupuncture as an additional perioperative analgesic method during oocyte aspiration in IVF treatment ». *Hum Reprod*, 21(8), 2114-2120.

USICHENKO, T. I., DINSE, M., *et al.* (2006). « Auricular acupuncture reduces intraoperative fentanyl requirement during hip arthroplasty--a randomized double-blinded study ». *Acupunct Electrother Res*, 31(3-4), 213-221.

WETZEL, B., PAVLOVIC, D., *et al.* (2011). « The effect of auricular acupuncture on fentanyl requirement during hip arthroplasty: a randomized controlled trial ». *Clin J Pain*, 27(3): 262-7.

***Douleurs post-opératoires***

MICHALEK-SAUBERER, A., HEINZL, H., *et al.* (2007). « Perioperative auricular electroacupuncture has no effect on pain and analgesic consumption after third molar tooth extraction ». *Anesth Analg*, 104(3), 542-547.

USICHENKO, T. I., DINSE, M., *et al.* (2005). « Auricular acupuncture for pain relief after total hip arthroplasty - a randomized controlled study ». *Pain*, 114(3), 320-327.

USICHENKO, T. I., KUCHLING, S., *et al.* (2007). Auricular acupuncture for pain relief after ambulatory knee surgery: a randomized trial. *CMAJ* 176(2), 179-183.

YEH, M. L., TSOU, M. Y., *et al.* « Effects of auricular acupressure on pain reduction in patient-controlled analgesia after lumbar spine surgery ». *Acta Anaesthesiol Taiwan* 48(2), 80-86.

### ***Douleurs chroniques***

ALIMI, D., RUBINO, C., *et al.* (2003). « Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain: a randomized, blinded, controlled trial ». *J Clin Oncol* 21(22), 4120-4126.

CECCHERELLI, F., TORTORA, P., *et al.* (2006). « The therapeutic efficacy of somatic acupuncture is not increased by auriculotherapy: a randomised, blind control study in cervical myofascial pain ». *Complement Ther Med*, 14(1), 47-52.

SUEN, L. K. & WONG, E. M. (2008). « Longitudinal changes in the disability level of the elders with low back pain after auriculotherapy ». *Complement Ther Med* 16(1), 28-35.

SUEN, L. K., WONG, T. K., *et al.* (2007). « Auriculotherapy on low back pain in the elderly ». *Complement Ther Clin Pract*, 13(1), 63-69.

### ***Douleurs liées à la grossesse***

WANG, S. M., DEZINNO, P., *et al.* (2009). « Auricular acupuncture as a treatment for pregnant women who have low back and posterior pelvic pain: a pilot study ». *Am J Obstet Gynecol*, 201(3), 271e1-9.

### ***Douleurs aiguës***

ALLAIS, G., ROMOLI, M., *et al.* (2011). « Ear acupuncture in the treatment of migraine attacks: a randomized trial on the efficacy of appropriate versus inappropriate acupoints ». *Neurol Sci*, 3(suppl 1), S173-5.

GOERTZ, C. M., NIEMTZWOW, R., *et al.* (2006). « Auricular acupuncture in the treatment of acute pain syndromes: A pilot study ». *Mil Med*, 171(10), 1010-1014.

Dans le traitement de la douleur peropératoire, trois études ont montré de manière concordante un bénéfice de l'acupuncture auriculaire utilisée

comme méthode adjuvante de traitement, versus acupuncture auriculaire placebo. Au regard des données disponibles, dans le traitement des addictions, les résultats des essais évaluant l'efficacité de l'auriculothérapie sont peu concluants. Dans le traitement de l'anxiété préopératoire, trois études ont montré un bénéfice de l'auriculothérapie versus auroculothérapie placebo. Il n'y a cependant pas de données probantes montrant la supériorité de l'auriculothérapie sur d'autres alternatives plus classiques. Dans les autres indications, les résultats sont contradictoires et il est difficile de conclure. Dans tous les cas les effets indésirables ne sont pas rares, mais ils sont bénins (Encadré n° 8 ; Rouxville 2013).

#### Encadré n° 8 : effets indésirables de l'auriculothérapie

Les risques de l'acupuncture auriculaire sont communs à ceux de l'acupuncture corporelle, il s'agit majoritairement d'effets indésirables mineurs et transitoires, à type de sensation douloureuse/micro-saignements. Les risques spécifiques de l'acupuncture auriculaire, liés à la localisation à l'oreille de ce type d'acupuncture sont les suivants : chondrite, et possiblement la survenue de malaises (innervation de la conque par le nerf X).

## Cadre de formation

En France, il n'y a pas de cadre légal précis encadrant la pratique de l'auriculothérapie. Les médecins auriculothérapeutes revendiquent que l'auriculothérapie est un micro-système de l'acupuncture et que sa pratique s'exerce dans le cadre légal de l'acupuncture.

L'exercice de l'acupuncture n'est pas réglementé par le code de la santé publique, mais la jurisprudence considère l'acte d'acupuncture comme un acte médical et le réserve de ce fait aux seuls médecins et au corps médical (sages-femmes, dentistes et vétérinaires).

L'enseignement de l'auriculothérapie en France est insuffisamment structuré. Il existe de ce fait une hétérogénéité certaine des pratiques. L'enseignement est majoritairement associatif.

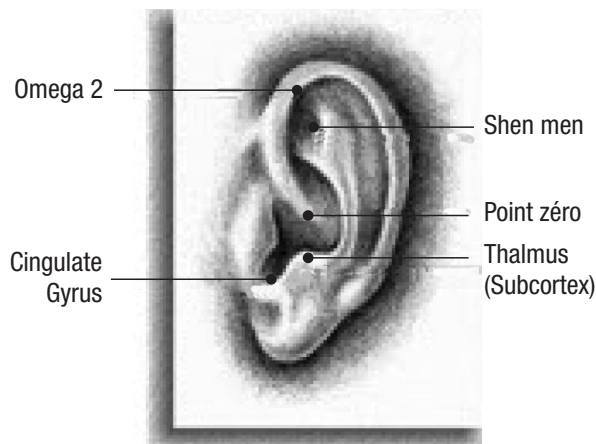
### 3 LA MÉTHODE DU BATTLEFIELD ACUPUNCTURE (BFA)

#### Définition

Le BFA est une technique d'auriculothérapie développée en 2001 au sein de l'US air Force par un médecin des forces dans le but de permettre une analgésie rapide des soldats blessés directement sur les zones de combat (Niemtzow, 2007 ; Niemtzw et al., 2009). Il s'agit donc d'un traitement au premier échelon de la prise en charge (extrême avant) qui est inscrit dans les principes américains de médicalisation/chirurgicalisation de l'avant (Goertz et al., 2006 ; Petri et al., 2016).

#### Protocole pour un patient blessé physique conscient et consentant

- Évaluation de la douleur par échelle visuelle analogique classique de douleur ressentie (EVA-douleur)
- Désinfection des oreilles
- Pose d'Aiguilles d'auriculothérapies Semi-Permanentes (ASP) stériles une à une au niveau de cinq points (zones) précisément définis sur chacune des oreilles alternativement. Les cinq points (Figure 8.2) sont dans l'ordre de pose : *cingulate gyrus* (droite puis gauche ou inversement), *thalamus* (même ordre que la pose de la première aiguille), *omega 2* (même ordre que la pose de la première aiguille), *point zero* (même ordre que la pose de la première aiguille), *shen men* (même ordre que la pose de la première aiguille).



**Figure 8.2.** Points cibles du BFA

- Séquence de pose : La pose des ASP se fait par appui sur le point de l'oreille avec le système support-aiguille (figure 8.3). À l'issue de la pose de la première ASP, la suite du protocole de fait dans l'ordre défini et alternativement oreille par oreille en fonction de la réduction de la douleur réévaluée entre chaque pose relativement à l'évaluation initiale. Un score à l'EVA-douleur de 2 est l'objectif thérapeutique à atteindre.



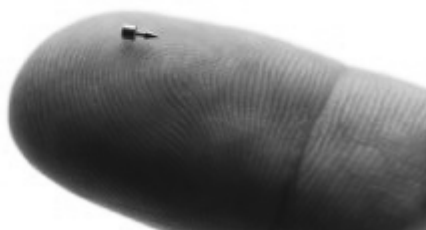
**Figure 8.3.** Pose d'une aiguille avec le système de pose

Il est conseillé si le sujet peut marcher de lui faire faire quelques pas entre deux poses d'ASP pour respecter un délai minimum de quelques minutes entre elles.



## Aspects pratiques

- Matériels : l'ASP ressemble à un petit harpon et permet de stimuler les points choisis pendant plusieurs jours à plusieurs semaines. L'extrémité en flèche, destinée à pénétrer dans le derme, mesure 1,2 mm. Le maintien et l'extraction est permis par la présence d'une « tête » de 1 mm d'épaisseur. Les ASP sont en général en Inox, parfois recouvertes d'une pellicule d'or. Il en existe aussi en titane. Il s'agit d'un dispositif invasif (classe IIa), utilisé pendant 30 jours au maximum (en général les praticiens conseillent au malade de retirer lui-même les ASP qui ne sont pas tombées d'elles-mêmes au bout de 2 à 3 semaines). Les aiguilles utilisées dans le protocole du BFA sont celles recouvertes d'une pellicule d'or<sup>1</sup> (Figure 8.4).



**Figure 8.4.** Aiguilles d'auriculothérapies Semi-Permanentes pour le BAF

- Caractéristiques institutionnelles : au sein de l'armée américaine, la cible de formation concerne tous les soignants, avec une priorisation pour la formation des infirmiers. Les modalités de formation militaire diplômante au sein de l'armée américaine ont une durée de 4 h réparties en 3 h de théorie et 1h de pratique avec des patients présentant des douleurs diverses et volontaires (Hôpital de Fort Bliss, Texas, USA). Cette formation a été présentée au service de santé des armées français. La diffusion en France de la technique BFA est à proposer (Encadré n° 9).

1. Les aiguilles du protocole BAF sont vendues par la société Sedatelec (F-69540 Irigny, France) sous la référence : ASP® original or.

### Encadré n° 9 : Cadres de formation et d'intervention à considérer

Cette approche demande à être développée en France avec un encadrement des pratiques. La cible de formation idéale doit être les personnels paramédicaux prenant en charge les patients douloureux chroniques. Une formation des premiers secours pour la prise en charge de la douleur en aigu (accident de la voie publique par exemple) est également à envisager.

Au regard de ce qui est mis en place par l'armée américaine, des praticiens/soignants ayant validé la qualification BFA pourraient dispenser la formation auprès des personnels soignants volontaires.

## Aspects cliniques

- Lors de la pose des aiguilles dans le protocole BFA hors des zones de conflits, il est demandé au patient de ne pas consommer de l'alcool et de ne pas pratiquer d'activités physiques dans les 6 heures qui suivent la pose des ASP, quel que soit le nombre d'ASP posé.
- Il est observé au décours de la pose des ASP lors d'une prise en charge par BFA, une sensation de faim ainsi qu'une activation intestinale ; ces deux réactions témoignent d'une stimulation du péristaltisme digestif renforçant l'hypothèse d'un mécanisme d'action impliquant le système parasympathique.
- Un rebond de sommeil, témoignant d'un sommeil récupérateur, est également décrit par les patients ayant bénéficié d'une prise en charge par le BFA de la douleur aiguë comme chronique dans les jours qui suivent la pose des ASP. Ce rebond de sommeil témoigne également d'un renforcement de l'activité parasympathique nocturne.

### En conclusion

L'auriculothérapie apparaît comme une approche complémentaire et alternative d'intérêt pour la prise en charge de la douleur. Parmi les modalités existantes, le BFA présente un double intérêt pour la prise en charge de la douleur : 1/ au plan médical quotidien, ajouter un traitement simple de la douleur à l'arsenal existant, et 2/ au plan médical de l'urgence, disposer d'un moyen simple applicable par du personnel paramédical sans nécessiter une surveillance cardiovasculaire contraignante.

Il est cependant nécessaire en l'état actuel des données dont on dispose de conduire des études afin 1/ d'évaluer l'efficacité du BFA avec une méthodologie obéissant aux critères de des essais cliniques, et ce d'autant plus que l'auriculothérapie est une méthode thérapeutique qui se prête facilement à une situation contrôle et 2/ de mieux appréhender les mécanismes mis en jeu. Ses éléments devraient accélérer la mise en œuvre d'un cursus de formation auprès des personnels soignants médicaux mais aussi paramédicaux.

## 4 RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ASTIN, J. A. (1998). « Why patients use alternative medicine: results of a national study ». *Journal of the American Medical Association* 279(19): 1548-1553.

DILHUYDY, J. M. (2003). *Patients' attraction to complementary and alternative medicine (CAM): a reality which physicians can neither ignore nor deny*. Bulletin du Cancer 90(7), 623-628.

GOERTZ, C., NIEMTOW, R. C., BURNS, S., FRITTS, M., CRAWFORD, C., & WAYNE, J. (2006). « Auricular acupuncture in the treatment of acute pain syndromes: a pilot study ». *Military medicine* 171(10), 1010-1014.

GUEGUEN, J., BARRY, C., SEEGER, V., & FALISSARD, B. (2013). *Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'auriculothérapie*. Paris : rapport INSEM U669.

NIEMTOW, R. C. (2007). « Battlefield acupuncture ». *Medical Acupuncture* 19(4), 225-228.

NIEMTOW, R. C., LITSCHER, G., BURNS, S. M., & HELMS, J. M. (2009). « Battlefield acupuncture: update ». *Medical Acupuncture* 21(1), 1-12

RTG 195 Group. (2016). *Integrative Medicine Interventions for Military Personnel*. Rapport NATO.

ROUXVILLE, Y., Méas, Y., & Bossy J. (2007). *Auriculothérapie Acupuncture Auriculaire*. Berlin : Springer.

ROUXVILLE, Y. (2013). *Abrégé de physiologie à l'usage des acupuncteurs et des réflexothérapeutes*. Berlin : Springer.