

Marine Macé

Psychologue Clinicienne

78 Chemin de Cailhabat

31860 Labarthe-sur-Lèze

Promotion de Toulouse

Rendu Juillet 2020

**Femme de 35 ans
Souffrant de douleurs chroniques**

- une approche d'acceptation et de pleine conscience -

Mémoire

Module 3

AFTCC

Ind→x

1. RÉSUMÉ	3
2. CADRE DE TRAVAIL	4
3. MOTIF DE CONSULTATION	4
4. ANAMNÈSE	4
5. DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE	6
6. CADRE THÉORIQUE	9
7. ÉVALUATIONS ET LIGNES DE BASE	14
8. ANALYSES FONCTIONNELLES	17
9. ANALYSE DE LA DEMANDE	19
10. SÉANCES ET PROJECTIONS THÉRAPEUTIQUES	20
11. PRÉSENTATION DE DEUX EXTRAITS DE SÉANCES	23
12. ANALYSE DE L'ÉCHEC ET DE LA RÉUSSITE	27
13. CONCLUSION GÉNÉRALE	28
14. BIBLIOGRAPHIE ET RESSOURCES	29
15. ANNEXES	31

1. ψ Résumé ψ

Dans ce mémoire est présentée une approche TCC de troisième vague pour le traitement de douleur chronique d'une femme de 35 ans souffrant de séquelles post opératoires irréversibles depuis son 1er accouchement 6 ans plus tôt et d'endométrioses depuis son adolescence.

Le cas de Mme D permet de considérer un travail de TCC avec une vision transdiagnostique qui trouve tout son intérêt au vu de ses comorbidités, Mme D. est pendant la prise en charge soumise à un processus de deuil et montre globalement des signes d'épuisements, la demande principale est la gestion de la douleur, mais le traitement proposé tient compte de l'ensemble du tableau clinique et les effets thérapeutiques sont attendus à plusieurs niveaux.

2. ψ Cadre de travail ψ

Je reçois Mme D. originellement à mon cabinet dans le cadre de ma pratique libérale de psychologue clinicienne. Nous nous sommes vues à deux reprises dans l'enceinte du cabinet puis les séances suivantes ont été effectuées en téléconsultation (via Doctolib) en raison de la pandémie de COVID-19. La régularité n'a pas été impactée par la transition de moyen de consultation. Aucun problème technique n'est venu encombrer les séances.

3. ψ Motif de consultation ψ

Mme D. vient consulter car elle ne se reconnaît plus, son moral est au plus bas et elle ne supporte plus ses douleurs, qu'elle supporte pourtant depuis 6 ans ; Elle a accumulé les événements impactant depuis 2 ans, le décès de sa grand-mère, l'arrivée de son deuxième enfant et la reprise du travail qui s'est mal passée entre autres. Elle se dit « à bout » et vient sur les conseils de son médecin traitant. C'est la première fois qu'elle se retrouve dans cet état et la première fois qu'elle consulte une psychologue (en dehors d'une séance avec la psychologue du travail de son service).

4. ψ Anamnèse ψ

Mme D a 35ans, elle est née avec un handicap auditif à une oreille. Elle a besoin de séance de kinésithérapie vestibulaire pour résoudre des problèmes de vertige dû à sa pathologie ORL. Elle est donc partiellement sourde et raconte avoir été moquée pour cela à l'école. Elle a développée une identité autour de la différence qu'elle valorise. Ses cheveux sont colorés de bleu un jour, de rose à la séance suivante, tatouages et piercing, elle revendique un attachement au genre musical « métal ». Elle dit qu'elle aimerait travailler dans le secteur des pompes funèbres. Elle s'est toujours considérée comme forte et dynamique.

Elle est mariée et ses enfants ont 6 ans et 1 an. Sa mère, son père et sa sœur vivent dans la région.

Elle souffre depuis son adolescence d'endométriose. Elle vit avec la douleur depuis déjà quelques années quand arrive l'événement qui va être le départ de la narration de son drame.

Son premier accouchement donne lieu à une épisiotomie qui a mal cicatrisée, l'hôpital la renvoyait chez elle malgré deux ans de douleurs dans les soins et de sollicitation de sa part. Un chirurgien d'un autre hôpital fini par la prendre en charge et lui aurait expliqué que les choses avaient été « *très mal faites* ». S'en suivent trois chirurgies de reconstruction pour tenter d'améliorer l'état de Mme D. Aujourd'hui la cicatrisation est terminée mais des douleurs lancinantes sont toujours présentes au moindre mouvement de Mme D. Assise, en mouvement, avec ou sans médicaments, « *rien ne soulage ces douleurs* ». La vie de Mme D. est rythmée par les douleurs, elle est aussi opérée pour son endométriose.

Un spécialiste de la douleur à Paris suppose qu'il y aurait peut-être un nerf qui serait à l'origine de ses douleurs, et lui donne un contact pour aller voir quelqu'autre spécialiste à Bordeaux (contact qu'elle n'a pas encore sollicité, découragée et ne supportant plus de se faire ausculter et de raconter encore et encore son histoire).

Elle tombe enceinte de son deuxième enfant il y a environ 2 ans. Alors sa grand-mère maternelle (qui a partagé son enfance, ayant vécu dans la maison familiale) est atteinte d'un cancer. Elle décède avant l'arrivée de l'enfant. Le deuil est douloureux et éprouve toute la famille. Quelques mois plus tard, le meilleur ami de son père, un « deuxième père » explique-t-elle, décède lui aussi d'un cancer. L'accouchement de son enfant est programmé par césarienne au vu de l'état de santé de Mme D. C'est endeuillée et fatiguée qu'elle reprend le travail 2 mois 1/2 après l'accouchement, en septembre 2019. Alors elle perd pied et développe des symptômes dépressifs et ne supporte plus ces douleurs. Elle dit ne plus se reconnaître.

Elle travaille dans l'administration publique, en mairie. Elle a été mutée loin de chez elle après son congé (1h de voiture) ce qui lui provoque beaucoup de douleur et a amené à un arrêt de travail en janvier, au bout de 4 mois de reprise, le temps d'être reclassée à un poste plus accessible.

Son médecin lui a prescrit du Norset et du Seresta. Elle vient consulter à mon cabinet car il le lui a conseillé et qu'elle se sent sans recours.

Mme D. se présente à moi, mi-février, avec retenue dans un premier temps, c'est pour elle sa première expérience de psychothérapie et elle se considère faible d'y avoir recours ; Elle parle

pourtant encouragée par mes questions. Elle pleure en évoquant son histoire, s'excuse et exprime du soulagement de parler.

Son contexte éducatif (décrit comme émotionnellement pudique) n'a pas développé chez elle l'habitude de se confier, pas même aux personnes qui lui sont le plus proche.

Une semaine après le début de sa prise en charge, sa tante décède d'un cancer. Le confinement est décidé un mois après le début de la thérapie.

5. ψ Démarche diagnostique ψ

Au premier plan des symptômes à démêler se trouvent les symptômes dépressifs et les difficultés dans la gestion de douleurs chroniques (jusque là gérées péniblement mais avec un retentissement moindre). Explorons donc le retentissement des douleurs, les deuils en cours, les symptômes dépressifs et la possibilité d'un état de stress post-traumatique.

Deuils pathologique :

L'actualité de la patiente est marquée par le deuil. Elle rapporte beaucoup de tristesse et des ruminations sur la vie et le sens de toutes ses pertes. Il est trop tôt dans le temps pour estimer que l'un de ces deuils puisse être pathologique. Les facteurs freinant le deuil chez Mme D. seraient potentiellement la propension de sa famille à ne pas parler des émotions et des vécus autour de cet évènement. Donc on observe chez la patiente l'absence de recherche de soutien social dans ses stratégies de coping. Il y a aussi l'idée dramatique qu'elle n'a pas pu être présente au moment du départ de ces personnes, ce qui lui semblait important. ; Il est proposé à la patiente du soutien et la possibilité de parler de ses pertes dans le cadre de la thérapie et il est pris en compte la spécificité de ces stratégies de coping qui nous informera sur des croyances et significations personnelles que nous trouverons leur importance dans la suite de la thérapie.

Trouble à symptomatologie somatique :

Il convient de définir l'ampleur de la souffrance de Mme D. pour pouvoir revendiquer la présence d'un trouble mental. La douleur est bien somatique, physiologique. Pour autant, l'adaptation à celle-ci est problématique, ce qui entraîne une détresse psychologique. Penchons-nous sur les critères diagnostique du DSM 5 à ce propos :

Critères diagnostiques du trouble à symptomatologie somatique - 300.82 (F45.1)

✓ **A. Un ou plusieurs symptômes somatiques causes de détresse ou entraînant une altération significative de la vie quotidienne.**

La patiente confirme que les douleurs créent une grande détresse psychologique et a déjà eu comme retentissement l'arrêt prolongé de son travail du fait de l'incapacité à faire le trajet jusqu'à celui-ci. On note aussi une sexualité très impactée (réduite et douloureuse).

✓ **B. Pensées, sentiments ou comportements excessifs liés aux symptômes somatiques** ou à des préoccupations sur la santé suscitées par ces symptômes, se manifestant par au moins un des éléments suivants :

✓ **1. Pensées persistantes et excessives concernant la gravité de ses symptômes.**

~~2. Persistance d'un niveau élevé d'anxiété concernant la santé ou les symptômes.~~

✓ **3. Temps et énergie excessifs dévolus à ces symptômes ou aux préoccupations concernant la santé.**

On constate la présence de nombreuses cognitions et émotions désagréables en lien avec ses symptômes somatiques, notamment le sentiment d'injustice et des ruminations en lien avec l'acte chirurgical qui l'a blessée. On ne note pas de présence d'anxiété spécifique en lien avec son état. Enfin, le temps et l'énergie de Mme D. sont largement dévolus à la lutte contre son état ou à la culpabilisation liée à ses incapacités.

✓ **C. L'état symptomatique est durable**, bien qu'un symptôme somatique donné puisse ne pas être continuellement présent. (typiquement plus de 6 mois).

Spécifier si :

✓ **Avec douleur prédominante** (antérieurement trouble douloureux) : Cette spécification concerne les individus dont les symptômes somatiques consistent principalement en une douleur.

✓ **Chronique** : Une évolution chronique est caractérisée par des symptômes sévères, un handicap marqué et une durée prolongée (plus de 6 mois).

✓ **Intensité moyenne** : Deux symptômes ou plus spécifiés au critère B sont présents.

Ses douleurs liées aux complications de l'accouchement sont présentes depuis 6 ans environ. L'adaptation est devenue plus difficile depuis le décès de sa grand-mère et l'arrivée de son deuxième enfant (sommeil un peu impacté), depuis environ un an. Les douleurs sont présentes tous les jours puisque déclenchées par les mouvements et la plupart des postures. Elle ne travaille plus à l'heure actuelle, depuis 8 mois, en attente d'un reclassement qui prend en compte son handicap douloureux.

Dépression :

Etant donné que les décès et les douleurs auxquels Mme D. fait face sont tous antérieurs aux symptômes, il serait hasardeux d'inférer sur une quelconque causalité. Ce qui tient du trouble primaire ou secondaire n'est pas clair. Certains symptômes pourraient être les conséquences de la douleur chronique : fatigue, baisse de libido (par aversion à la douleur), ruminations (en lien avec les complications médicales dues à un geste jugé raté et un retard de rattrapage de celui-ci.). La tristesse

serait davantage attribuable (et attribuée par la patiente elle-même) aux deuils. Au cours de la thérapie, s'ajoute le décès de sa tante (au mois de mars) ; puis le crise sanitaire du coronavirus, et le confinement ont accentué la tendance de repli sur soi de Mme D.

Quelles qu'en soit les causes, on constate la présence de ces symptômes dépressifs, pas assez nombreux pour compléter un tableau d'épisode dépressif caractérisé mais qui reste très présents dans le quotidien de Mme D. Ils feront partie des priorités dans le traitement.

Syndrome traumatique :

Mme D m'a parlé de moment de remémoration de scène de soin et de douleur. Images et sensations qui reviennent, pensées négatives autour de cela, et des évitements cognitifs. La question d'un traumatisme autour de l'événement de l'accouchement s'est posée. De même que la possibilité d'un trauma complexe par la répétition pendant 2 ans de soins quotidiens très douloureux. Seulement, on ne retrouve pas d'hyper vigilance chez Mme D., ni de trouble de sommeil/cauchemar, ni d'évitement de la douleur (bien qu'il y ait quelques évitements des auscultations médicales.). Elle a été exposée à une blessure grave mais qui n'a pas mis sa vie en danger. Au final, ces symptômes doivent être pris en compte dans le plan de traitement mais me semblent insuffisants pour conclure à la présence d'un trouble de stress post-traumatique. Il y a pourtant de fortes associations qui se sont créés par apprentissage et méritent d'être traitées pour améliorer la vie de la patiente.

Recherches complémentaires :

Il n'y a rien jusqu'ici qui laisserait penser que Mme D. puisse souffrir d'un quelconque trouble de personnalité. Après enquête, on peut dire qu'elle ne présente pas de symptômes psychotiques et n'a pas expérimenté de phase maniaque dans sa vie.

En résumé :

On note que la patiente répond aux critères d'un trouble à symptomatologie somatique d'intensité modéré, à dominante douloureuse, et chronique. Les symptômes dépressifs et post-traumatiques sont sub-cliniques mais importants par leurs retentissements dans la vie de Mme D. L'évolution de l'impact psychologique des deuils sera à surveiller.

6. ψ Cadre théorique ψ

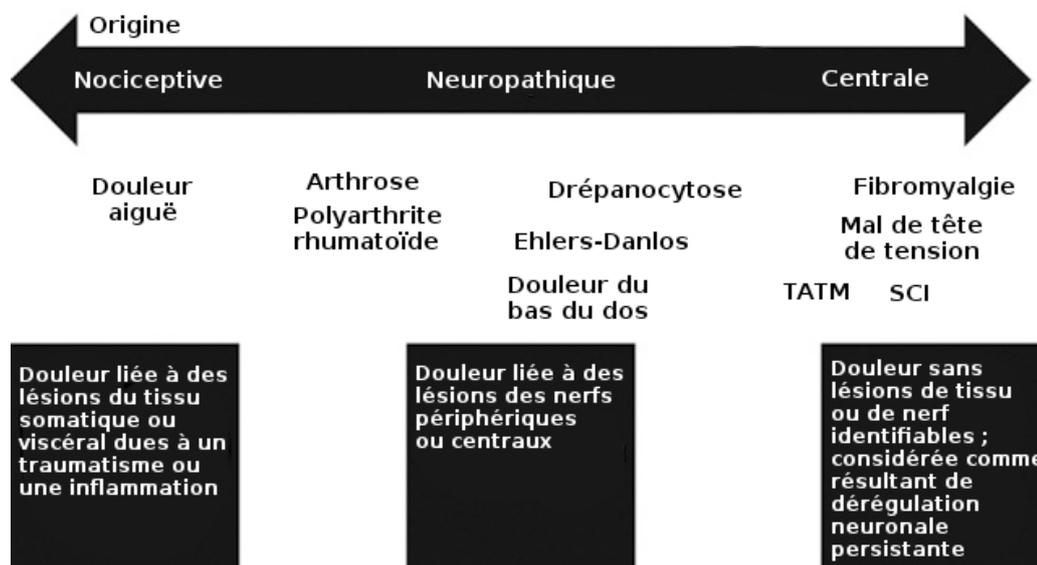
Concernant la douleur :

La douleur est une expérience subjective. Elle a une composante somatique et une composante émotionnelle. Elle ne peut être évaluée que par celui/celle qui la ressent.

Selon à définition de l'HAS¹ :

« La douleur chronique ou syndrome douloureux chronique est un syndrome multidimensionnel, lorsque la douleur exprimée, quelles que soient sa topographie et son intensité, persiste ou est récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement, ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient. »

Selon les études françaises et internationales, la prévalence de la douleur chronique varie de 10,1 % à 55,2 % en population générale². La prévalence des douleurs chroniques d'intensité modérée à sévère est évaluée en population générale à 19,9 %³.



Clauw & al (2016) propose ce schéma pour présenter trois types de douleur, la séparation entre chaque étant floue, il s'agirait d'un continuum.

SCI : Syndrome du côlon irritable

TATM : Trouble de l'articulation temporo-mandibulaire

Traduction : www.psychomedia.qc.ca

Figure 1 Continuum de la douleur - Clauw D. J. & al . (2016)

¹ Publié dans l'argumentaire de l'HAS (2009) « Douleur chronique : les aspects organisationnels. Le point de vue des structures spécialisées. »

² Harstall C, Ospina M. How prevalent is chronic pain? Pain Clinical Updates 2003;11(2):1-4.

³ Bouhassira D, Lantéri-Minet M, Attal N, Laurent B, Touboul C. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain 2008;136(3):380-7.

Les douleurs se définissent comme suit :

- **La douleur nociceptive** ou périphérique : elle est déclenchée par l'activation des récepteurs de la douleur), on l'appelle douleur périphérique lorsqu'elle est causée par l'inflammation des tissus.
- **La douleur neuropathique** : elle est causée par des lésions ou le coincement de nerfs périphériques.
- **La douleur centralisée ou nociplastique** : Il s'agit là d'avantage d'une perturbation du traitement de la douleur par le système nerveux central (ressentir une douleur amplifiée ou déclenchée par des stimuli normalement non douloureux).

Dans le cas de Mme D., la douleur chronique de l'endométriose est mixte et comporte une composante nociceptive et neuropathique, Les douleurs issues des séquelles de l'accouchement restent difficiles à qualifier, il peut s'agir également de douleurs nociceptives ou neuropathiques.

Concernant l'efficacité des thérapies comportementales (TC) et des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sur les patients douloureux chroniques :

Les programmes complets de prise en charge de la douleur chronique (approche pluridisciplinaire) incluant pour la partie psychologique du traitement les TCC, sont jugés, selon Gatchel, R. J., & Okifuji, A. (2006), comme étant « *le traitement le plus efficace et le plus rentable, fondé sur des preuves, pour les personnes souffrant de douleur chronique.* »

Bien que la TCC ait réussi à faire ses preuves avec la douleur chronique, son efficacité a également des limites et pourrait être meilleure ; Selon la méta analyse de De C.Williams A.C., Eccleston C, Morley S, (2012), portant sur 35 études, (4788 participants) la TCC (supérieure dans ce cas à la TC avec laquelle elle est comparée) a des effets faibles à modérés sur la douleur, l'incapacité, l'humeur et le catastrophisme immédiatement après le traitement par rapport au traitement habituel / et liste d'attente, mais tous, sauf un léger effet sur l'humeur, avaient disparu au cours du suivi à 6 mois ou plus.

Concernant l'apport de la troisième vague

Les approches processuelles ou contextuelles qui grandissent au sein de la troisième vague des TCC ont étudié des pistes thérapeutiques qui obtiennent de bons résultats pour les patients douloureux chroniques.

Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Aborde notamment les bénéfices de l'approche ACT (thérapie d'acceptation de d'engagement). Les praticiens et chercheurs publient beaucoup ces dernières années et ont permis à cette méthode thérapeutique d'être aujourd'hui jugée « approche hautement validée » par l'APA. Divers études et méta-analyses se penchent sur ses résultats dans la prise en charge de patient douloureux chronique.

L'ACT semblent être efficace pour améliorer la douleur, l'acceptation de la douleur, l'anxiété, la dépression et la qualité de vie chez les patients souffrant de douleur chronique (Kang, H. S., Hwang, S. D., & Jun, S. E. (2019). Les résultats sur la qualité de vie ou la douleur elle-même ne se retrouvent pas aussi significativement dans la méta-analyse de Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Ils y observent que l'ACT (conformément à la précédente étude) permet d'augmenter l'acceptation de la douleur et la flexibilité psychologique sans pour autant diminuer l'intensité de la douleur. L'ACT a démontré son efficacité dans l'étude mener par Wicksell R. K., Olsson G. L., Hayes S. C. (2011) sur les mesures de l'incapacité liée à la douleur et la satisfaction à l'égard de la vie, à court et moyen terme (4 mois).

Ce qui guide les cliniciens seraient d'amener les patients à trouver des raisons de se mobiliser pour des choses importantes en dépit de la douleur, tout en s'adaptant à elle sans lutter davantage. *Apprendre à vivre avec*, tel serait le juste résumé de l'approche. Vivre : retrouver l'action et un fonctionnement satisfaisant, Avec : sans chercher à modifier les phénomènes psychologiques (pensées et émotions), mais en changeant la relation à ceux-ci. Le postulat est que la dysfonction est dans l'emballement généré par la lutte contre ceux-ci.

On retrouve l'idée de l'abandon de la lutte dans le modèle de persistance de la détresse émotionnelle de Barlow et Allen (2007). Les auteurs proposent que ce soit la tentative d'évitement de l'émotion qui aggrave celle-ci et crée la détresse. Si l'émotion est accueillie comme étant acceptable et tolérable, l'humeur se rétablit.

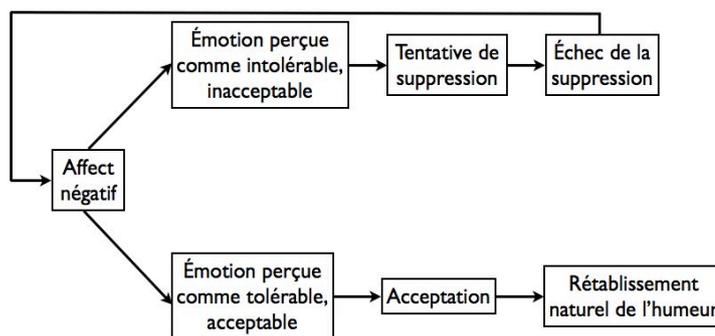
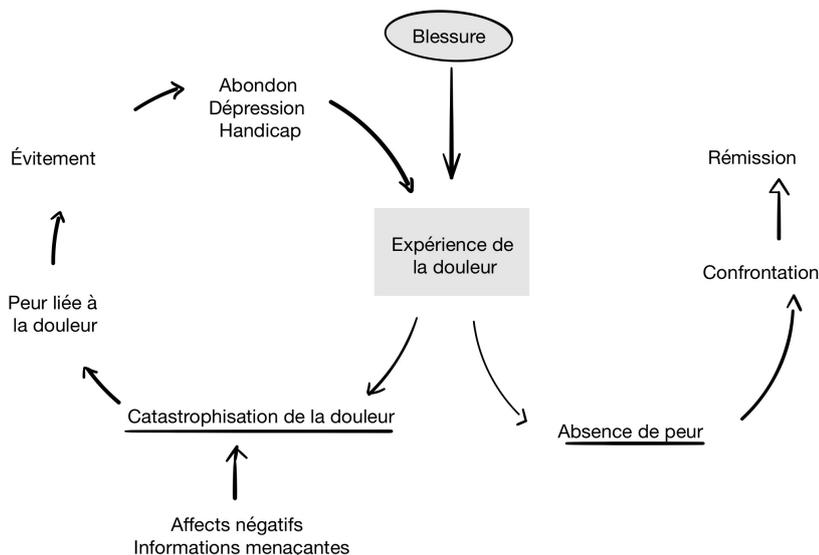


Figure 2 . Modèle de la persistance de la détresse émotionnelle selon Barlow et Allen (2007)

Dans le cas de la douleur chronique, le traitement cognitif et émotionnel autour de la douleur peut également prendre le chemin de ce cercle vicieux d'évitement, non seulement de la douleur, mais aussi du traitement psychologique qui en est fait.

Une thèse a été soutenue en 2018 par Marie-Eve MARTEL traitant du rôle de la perception d'injustice chez les personnes aux prises avec la douleur chronique. Au vu de l'histoire des douleurs de Mme D., j'y ai prêté un vif intérêt. Elle vérifie que « plus un individu aura un sentiment d'injustice, moins il acceptera sa douleur, ce qui aura comme impact d'augmenter les conséquences négatives reliées à la douleur (intensité, incapacité, symptômes d'anxiété et de dépression) ». L'acceptation de la douleur a un rôle médiateur entre le sentiment d'injustice perçue par le patient et son (dys)fonctionnement. D'où l'importance d'un travail massif de défusion cognitive concernant les ruminations en lien avec le sentiment d'injustice pour diminuer le retentissement des douleurs sur la vie des patients.

« Selon le modèle de la flexibilité psychologique, ce n'est pas la douleur en elle-même qui cause des conséquences négatives, mais plutôt la « lutte » continuelle et inefficace contre celle-ci (p. ex., l'évitement de situations, les plaintes excessives, la rage). En d'autres mots, la perception d'injustice devient problématique lorsque l'individu devient « coincé » dans des cognitions reliées à l'injustice et lorsque des comportements visant à éviter cette expérience éloignent la personne des activités valorisantes pour elle »⁴



Vlaeyen & Linton (2000) proposent un modèle de la gestion de l'expérience douloureuse consécutive à une blessure qui rend compte de l'impact du processus de catastrophisation de la douleur ; Là encore le traitement de l'expérience douloureuse crée des comportements d'évitement qui entrave la rémission. Dans le cas des douleurs chroniques cela dit, la

Figure 3 .traduction du modèle Peur-évitement de Vlaeyen & Linton (2000)

⁴ Marie-Eve MARTEL dans « Le rôle de la perception d'injustice et l'acceptation de la douleur chez les personnes aux prises avec la douleur chronique. »

rémission n'arrive pas, quand bien même le chemin de la catastrophisation n'est pas emprunté. Seulement, l'acceptation de l'expérience douloureuse pourrait permettre à l'individu de trouver une voie d'adaptation à la douleur et surtout de maintenir une vie de qualité, ayant du sens.

Voici une version du modèle que je propose à partir de celui de Vlaeyen & Linton, de Martel, de Barlow et du modèle ACT en général. J'y résume des différentes voies de réponse à la douleur chronique avec la notion d'injustice et d'aggravation de la douleur, la notion d'ajustement des rythmes (Pacing) et du l'action engagée en lien avec les valeurs (actions importantes).

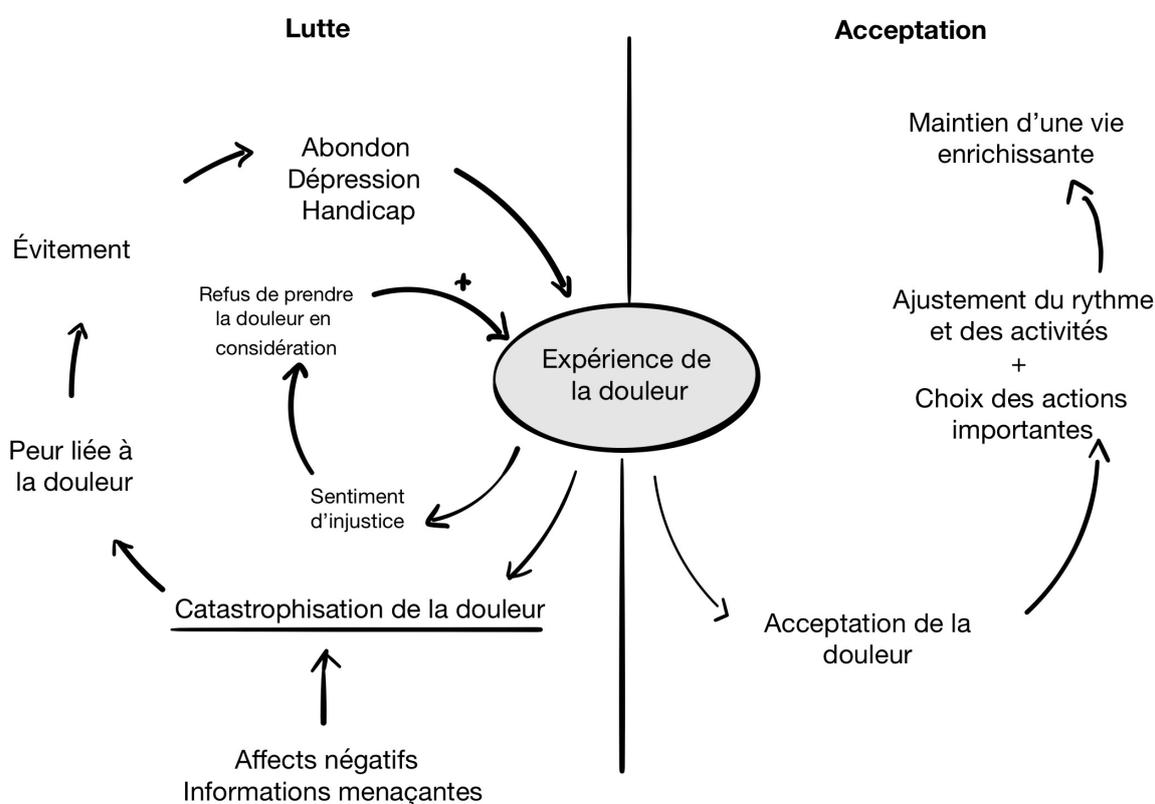


Figure 4 . Modèle composite de l'expérience de la douleur chronique, Macé (2020).

Ce modèle permet de résumer les différents éléments qui nous préoccuperont lors de la thérapie : l'adhésion aux pensées, les évitements expérientiels, l'acceptation (abandon de la lutte), les valeurs, le pacing.

L'articulation avec les dimensions étudiées dans l'ACT va devenir évidente. Je n'entrerais pas ici dans les fondements théoriques de la théorie des cadres relationnels ou de la philosophie contextualiste. Ici, ce qui nous sera utile, c'est le modèle de la flexibilité mentale.

L'ACT propose d'axer le travail thérapeutique sur 3 grands axes, indépendamment des classifications diagnostiques :

- **L'ouverture** : cible l'acceptation et la distanciation (défusion, expérimentation)
- **La conscience** : cible la flexibilité attentionnelle et le changement de perspectives (mindfulness, être observateur de soi et dans l'instant présent)
- **L'action** : cible l'accroissement du répertoire comportemental orienté vers les valeurs. (Activation comportementale en lien avec les valeurs)

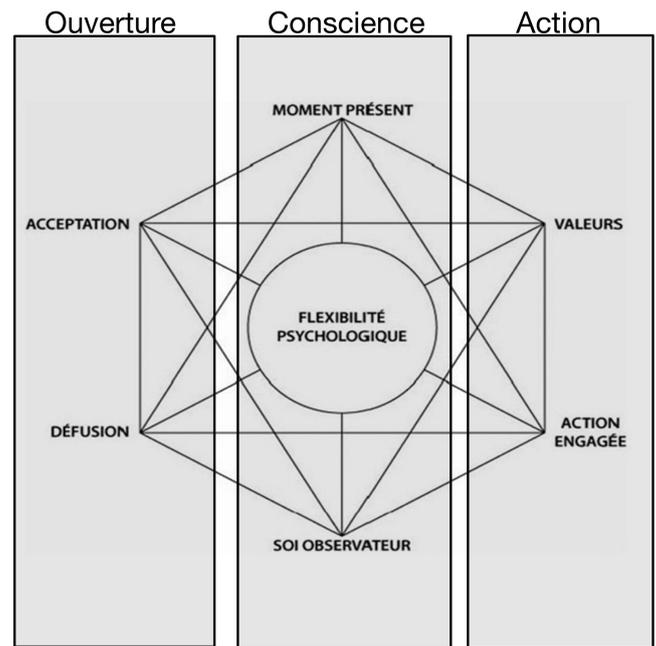


Figure 5 : Hexaflex ACT et ses 3 grands axes

Ces trois axes permettront pour un même travail d'améliorer à la fois la gestion de la douleur chronique et les affects dépressifs, les intrusions de souvenir traumatique et le retour des activités, peut-être même envisager de nouvelles actions, voire un retour au travail.

7. ψ Évaluations et lignes de base ψ

Il m'a semblé utile, pour évaluer l'intensité des difficultés de Mme D. et pour avoir des points de mesure de l'efficacité de traitement, de choisir 4 questionnaires auto-administrés que je présente ici. La douleur, elle, se mesurera subjectivement lors des exercices et observations à domicile sur une échelle numérique simple de 0 à 10 (ENS) de 0 (sans douleur) à 10 (douleur maximale).

- Psychological inflexibility in pain scale (PISP)

Cette échelle permet d'évaluer dans quelle mesure la flexibilité psychologique en lien avec la douleur. Elle mesure la fusion avec la douleur ou si le patient dispose d'un certain degré de liberté par rapport à elle. Le questionnaire présente une échelle de fusion et une échelle d'évitement.

- Injustice Expérience Questionnaire (IEQ)

Ce questionnaire a été construit pour évaluer à quel point la vie du patient a été affectée par la blessure / douleur. Il permet d'évaluer le sentiment d'injustice que peuvent vivre certaines personnes par le fait d'être frappés par une douleur, par le manque de compréhension, la difficulté à pouvoir mener leur vie.

Les résultats offrent deux échelles :

- Responsabilité de la faute / Sentiment d'injustice
- Gravité / Caractère irréparable.

Le score au IEQ est un bon prédicteur de la reprise du travail.

- Questionnaire d'acceptation de la douleur chronique CPAQ-8

Ce questionnaire permet d'évaluer dans quelle mesure la personne « accepte » la présence de la douleur, accepter au sens de se permettre de ne pas systématiquement réagir à la douleur. Peut-elle avoir une attitude non-combattive vis-à-vis de la douleur. Le questionnaire présente une échelle d'une attitude non-combattive vis-à-vis de la douleur et une échelle qui évalue le degré d'engagement dans des activités.

- L'Échelle de dramatisation face à la douleur PCS-CF

Cette échelle permet de constater si le patient noirci la situation via des pensées de type :

- ruminations,
- amplifications
- pensées d'impuissance face à sa douleur.

Les premières mesures sont récoltées au mois de mai, entre la 5^{ème} et la 6^{ème} séance.

Tableau 1. Synthèse des scores aux questionnaires du mois de mai – Mme D.

Questionnaire	Etendue & Lecture du score	Score Mme D.	Moyenne (écart-type) population souffrant de douleur chronique
PCS-CF	Etendue théorique 0 à 52 Plus le score est élevé, plus il y a catastrophisation de la douleur	32	19,5* (8,5) *score femme
IEQ	Etendue théorique 0 à 48 Plus le score est élevé, plus le sentiment d'injustice est fort (prédit des difficultés à la reprise du travail) - Responsabilité de la faute / Sentiment d'injustice - Gravité / Caractère irréparable.	43 21 22	25(11)
CPAQ-8	Etendue théorique 0 à 48 Plus le score est élevé, plus grande est l'acceptation de la douleur. - Acceptation de la douleur - Engagement dans les activités	24 13 11	23,4 (9,1) 9(5,7) 15(5,5)
PISP	Etendue théorique 7 à 112 Plus le score est élevé, plus le patient est rigide dans sa relation à la douleur - Evitement - Fusion	70 44 26	52,6 (12,3) 31,4(10) 21,2(4,2)

Pour compléter les informations sur l'état de Mme D, j'ai opté pour une évaluation globale des dimensions ciblées dans l'hexaflex de l'ACT. Vous retrouverez dans la partie sur l'analyse fonctionnelle lesdits éléments.

8. ψ Analyses fonctionnelles ψ

Les situations qui nous occuperont principalement concernent la perception de la douleur, celles de ses cicatrices ainsi que celles de l'endométriose. Voici dans un premier temps une analyse fonctionnelle (synchronique) d'une situation de douleurs avec la SORC représentative du quotidien de Mme D. :

Situation : j'ai mal, mon fils me sollicite pour jouer

Organisme : Pensées : « *Je veux faire quand même des choses ; ce n'est pas juste pour mes enfants, je dois continuer et j'ai le droit à une vie normale.* » « *c'est pas normal de ne pas pouvoir jouer avec mon fils ; tant pis pour la douleur, ça ne m'arrêtera pas* » « *c'est pas juste* » Emotion : colère, détermination ; sensation : douleur

Réponses : joue avec son fils, le porte, prend sur elle, force au-delà de ses limites.

Conséquences : douleurs amplifiées ; épuisement ++ : repos forcé et prolongé (2 à 3 jours), accompagné de culpabilité et de ruminations ; dans l'incapacité de faire les activités du quotidien

Situation : ça fait 2 jours que je suis à plat

Organisme : Pensées : « *Je devrais prendre sur moi, faire des trucs* » « *c'est pas juste d'avoir mal comme ça* » « *c'est pas une vie* ». Emotion : culpabilité, colère Sensation : fatigue intense

Réponses : rumination, inactivité

Conséquences : renforce la culpabilité, et la colère. Et l'envie d'en faire trop quand ça va un peu mieux. Qui crée un beau cercle vicieux :

On peut voir comme ce cercle vicieux s'entretient, les alternances de sur et sous activités en sont la résultante comportementale. On constate que les pensées sont teintées de sentiment d'injustice et de volonté de lutter contre les conséquences somatiques de son état. Au niveau émotionnel, la colère et la détresse domine.



Figure 6 . Cercle vicieux de l'activité inadaptée avec des douleurs chroniques.

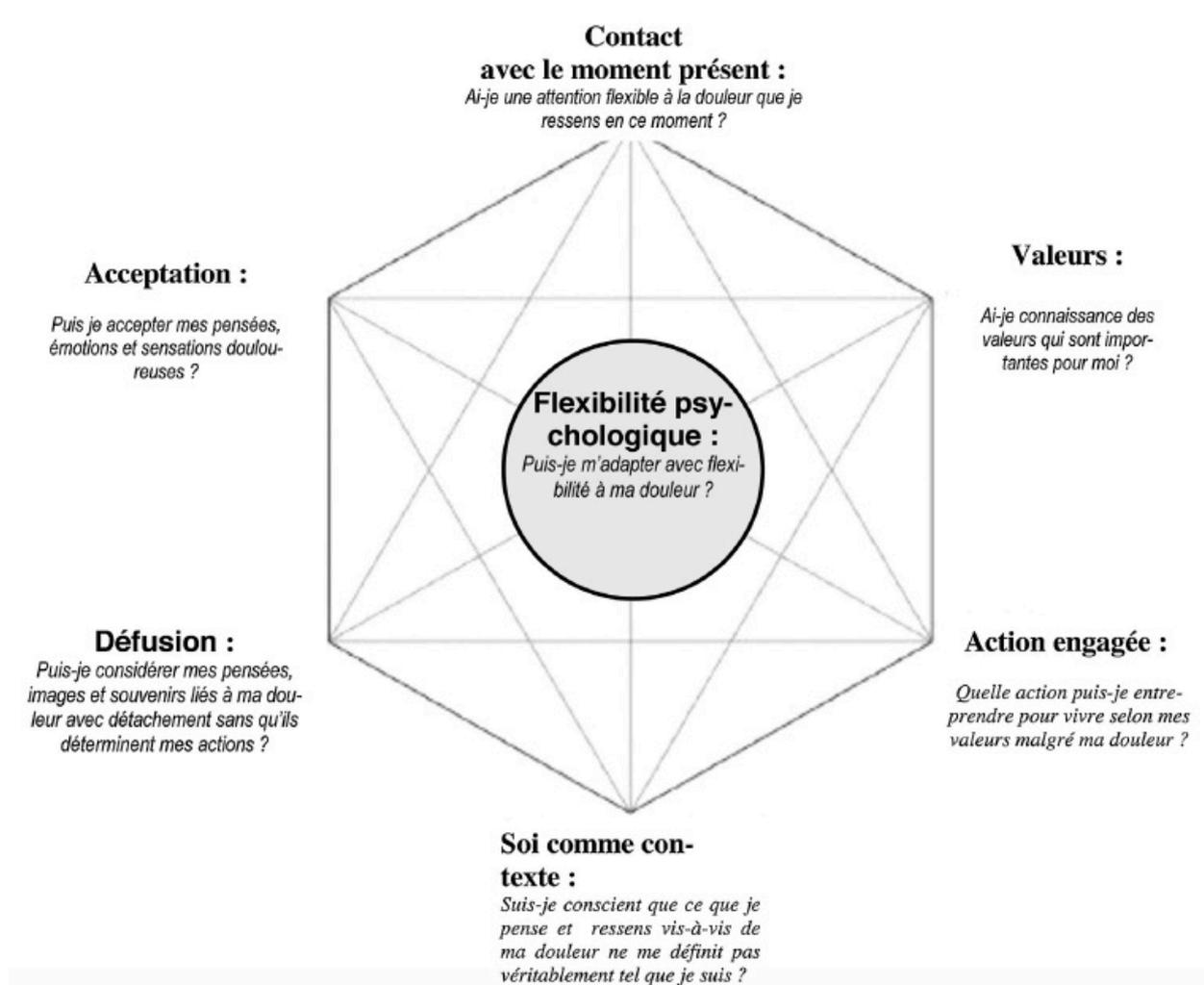


Figure 7. Héxaflex de la douleur chronique⁵

Les six axes thérapeutiques proposés dans l'héxaflex sont très pertinents pour Mme D.

Acceptation : lutte complète contre la réalité de la douleur, via des pensées de rejet et des ruminations, et des émotions de colère et de désespoir.

Attention : ournée vers le passé principalement. Comparaison entre l'expérience présente et les expériences passées quand le **présent** est inconfortable.

Conscience des **valeurs** : peu explorée bien que certains leviers de motivation semblent présent sans encore savoir s'il s'agit d'injonction sociale ou de valeur propre.

Action engagée : quelques tentatives d'action car s'expose à la douleur mais sans la prendre en compte. N'adapte pas ce qui crée de la maltraitance de son corps. Du potentiel en ce qui concerne la possibilité de se mobiliser. Pour l'instant l'action est utilisée comme évitement expérientiel.

Métacognition et Ecart entre les **sois** : confusion entre ce qui lui arrive et l'identité de victime contre laquelle elle lutte.

Croyances et **pensées fusionnées** : ruminant d'injustice et de regret.

⁵ figure extraite de l'article de Masselin-Dubois, A. (2016). Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et Mindfulness, un modèle de flexibilité psychologique pour la douleur chronique.

9. ψ Analyse de la demande ψ

Les quatre premiers entretiens ont été dévolus en partie au soutien nécessaire aux deuils présents et en partie à l'exploration de la demande de Mme D., ainsi qu'à la démarche diagnostique.

A la cinquième séance nous avons été en mesure de faire un point sur la suite de la prise en charge. Je lui ai fait la proposition de travailler en TCC sur la gestion de ses douleurs chroniques et sur les affects dépressifs toujours présent.

Au vu de son profil, j'ai proposé un certain nombre de technique que l'on pourra expérimenter et qui seraient pertinente sur les deux plans. Les voici résumé dans le tableau qui suit :

Tableau 2 : estimation (personnelle) de la pertinence des techniques thérapeutiques en fonction des troubles de Mme D (+ : aidant ; ++ : pertinent ; +++ : très pertinent)

Technique thérapeutique	Douleurs chroniques	Symptômes dépressif
Abandonner la lutte / acceptation	+++	++
Pacing	+++	
Expression de soi / Coping recherche de soutien social	+++	++
Défusion cognitive, méditation	+++	+++
Activation comportementale	++	+++
Travail sur les valeurs	+++	+++
Résolution de problème	+	+

Mme D. a été satisfaite de la proposition et volontaire pour cette collaboration. Elle était, malgré encore beaucoup de rumination, consciente qu'elle pourrait changer des choses et améliorer sa situation. Retrouver qui elle est.

Nous avons convenu qu'elle remplisse les questionnaires afin d'avoir des données de référence en ce début de thérapie.

10. ψ Séances et projections thérapeutiques ψ

Contrairement à beaucoup de patients au profil douloureux ; l'objectif n'est pas ici d'atténuer une kinésiophobie, la patiente s'expose déjà à la douleur et continue de faire certaines activités. Cependant, son attitude vis-à-vis de la douleur est de l'ordre de la lutte, parfois même de la négation. En refusant de prendre en compte l'impact de ses décisions sur son corps, et en s'opposant à ce que les douleurs conditionnent sa vie ; elle peut parfois envenimer des situations d'incapacités.

L'un des objectifs thérapeutiques sera de remplacer cette alternance de périodes de suractivité et de sous-activité par un équilibre d'activités raisonnables et de repos raisonnable.

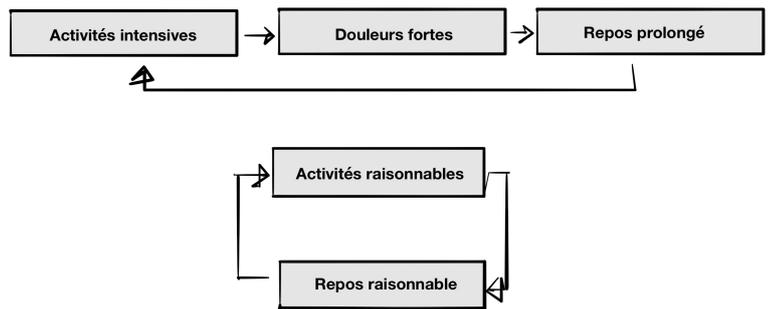


Figure 8 . Objectif du pacing

On ne cherche pas à diminuer la douleur mais à améliorer la qualité de vie.

Travailler l'axe de l'acceptation va permettre d'intégrer la douleur dans la vie de Mme D, plutôt que diriger toute l'énergie dans l'évitement de la réalité de sa présence.

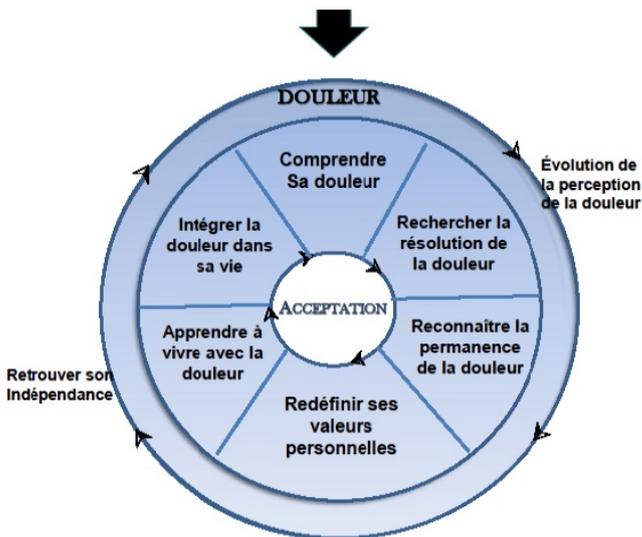


Figure 9 . Avancer avec la douleur

- Hendwood & al (2012)

Précaution :

Le terme d'acceptation n'est pas forcément bienvenu dans le cadre de la douleur, (qui voudrait accepter sa douleur ?) ; le terme en français est complexe car il peut revêtir la notion de « validation » ou de « renoncement » qui est parfois intolérable. Surtout lorsqu'une blessure a été infligée par quelqu'un.

L'idée est de trouver des termes plus en lien avec la notion thérapeutique de l'acceptation, « faire avec », « cohabiter », ces termes sont plus pertinents.

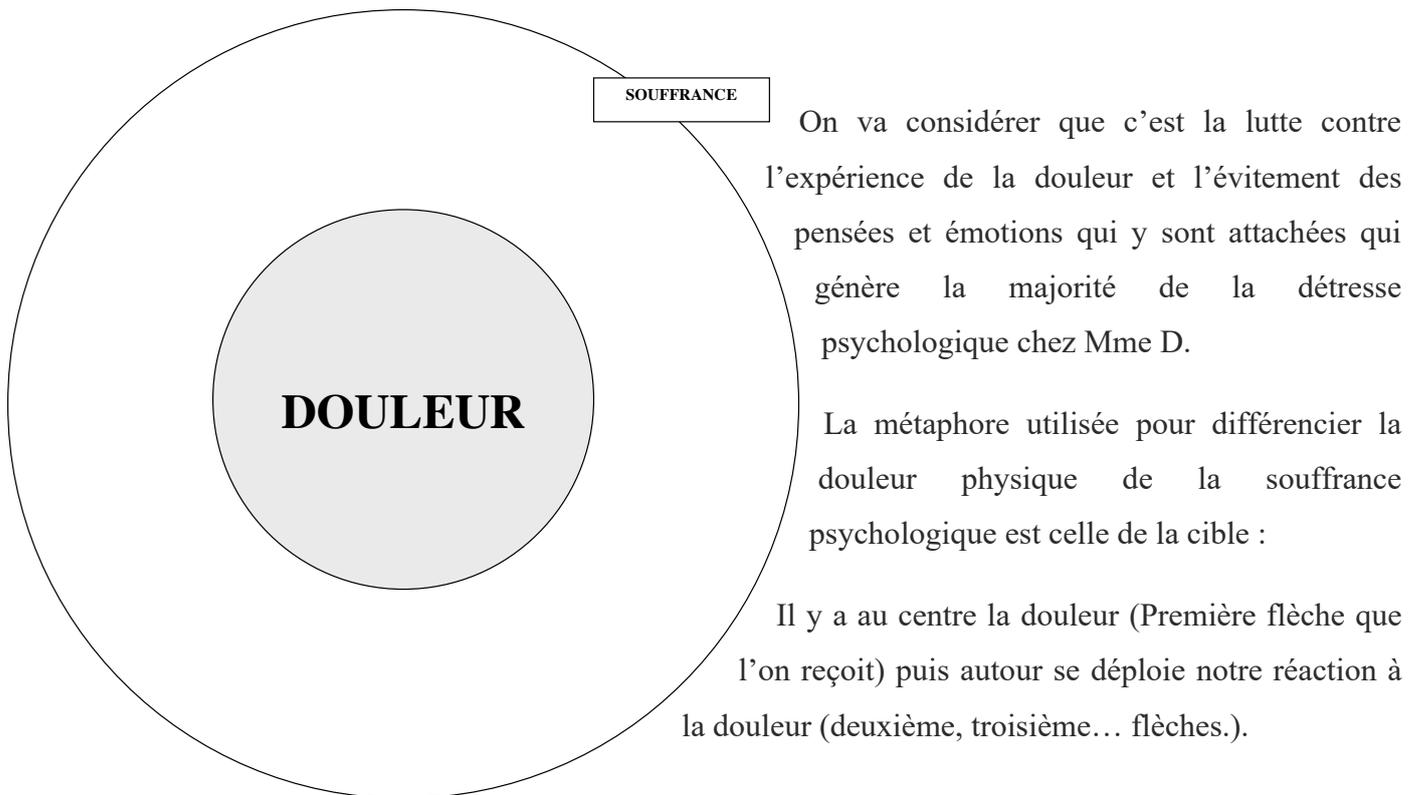


Figure 10 . Cible de la douleur et de la souffrance

Contenus des séances déjà réalisées :

Sixième séance

Psychoéducation de la Douleur/souffrance, composante émotionnelle (avec la cible ; déterminer ce qui est de la douleur versus de la souffrance) ainsi que des métaphores sur la lutte et l'acceptation.

L'idée de faire avec, de cohabiter avec ces douleurs : attention, faire avec n'est pas nier la douleur et les conséquences sur son corps. C'est ici que nous analysons la notion de Pacing, questionnement et désespoir créatif. Discussion sur le handicap. Engagement vers la stratégie de gestion « pacing ».

Septième séance :

Thématique de l'instant présent. Recherche de l'utilité d'être dans le présent : pour être au courant de ses ressources, besoins, et aussi pour n'être ni dans la rumination, ni dans l'inquiétude. Parlons de la méditation de pleine conscience. Usage de l'instant présent : pour

aiguiser sa capacité à diriger consciemment son attention, nous faisons un exercice attentionnel (auditif). (voir verbatim ci-après)

Nous ré-abordons la notion de pacing et des obstacles à l'appliquer. Mme D. n'ose pas dire à ses proches quand elle ne se sent plus capable de faire des activités. Proposition d'observer comment elle se sent, et de mettre en place un feed-back indirect pour exprimer à son mari et ses enfants ses capacités et ressources. Elle est très contente de l'idée qu'on élabore (pinces à linge) et cela lui semble plus accessible, faisable. L'idée est d'avoir 4 pinces à linge dans sa poche et d'épingler à son col la couleur correspondante à son état, comme défini ci-dessous, et qu'elle aura bien sur pris soin de communiqué avec ses proches (mari et enfants). L'objectif est triple : auto-observation, acceptation et expression.

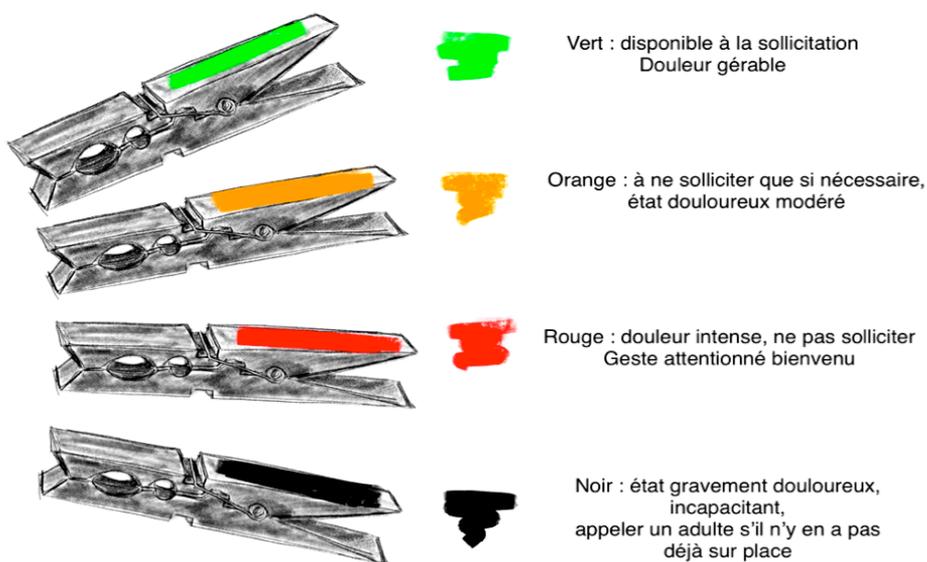


Illustration : Marine Macé

Figure 11 . Dispositif de feedback de l'intensité de la douleur imaginé pour Mme D .

Huitième séance :

Séance avec du soutien, suite à l'hospitalisation de sa grand-mère, cela crée des revivissances de ses pensées endeuillées. Un ami proche aussi, qui a eu un AVC, sont présentes beaucoup de pensées que « la mort et la maladie sont partout. »

Symptôme dépressif plus présent que lors des séances précédentes ; nous parlons d'activation comportementale (psychoéducation), recherchons ensemble de ce qui la nourrit, ce qui a du sens et cherchons des petites étapes.

Mme D a exprimé un peu à son mari et sa mère ses douleurs, mais n'a pas pu faire les pinces à linge, elle a finalement trouvé le pas trop grand pour elle, trop expressif en fin de

compte. Je renforce ces efforts et le feedback qu'elle apporte. Le coping de recherche de soutien n'est peut-être pas le plus accessible pour elle pour l'instant. Nous reprendrons avec une étape plus facile.

Neuvième séance :

Mme D. se présente très déprimée, j'enquête sur la médication : elle n'a pas pris depuis 3 semaines son traitement, a cause d'un non renouvellement de son ordonnance, elle voit son médecin la semaine suivante. J'écris un courrier pour que le médecin reste vigilant quand au suivi des rendez-vous pour faciliter l'observance. J'explique le fonctionnement des antidépresseurs et les effets potentiels d'un sevrage brutal.

On reparle d'activation comportementale car on constate que, bien que la technique soit comprise, il n'y a pas assez de répétition, une action pour deux semaines, c'est insuffisant pour avoir des effets sur son moral ; J'utilise la métaphore d'un caillou pour viser une cible, qui permet de gagner des munitions. L'un après l'autre, nous choisissons une cible à la fois (pas de stock illimité et on ne cherche pas à toucher plusieurs cibles d'un même jet) en espérant augmenter chaque jour notre stock de munitions. C'est à force d'entraînement que nous sommes plus efficaces.

Enfin nous analysons le rôle et l'impact des pensées : Exercice de defusion cognitive (voir verbatim ci-après)

Exercice à la maison : sur les valeurs (pour mieux choisir nos cibles !), cartes les cartes des valeurs (entretien motivationnel).

Voici pour l'heure où nous en sommes dans l'exécution de la thérapie de Mme D.

11. ψ Présentation de deux extraits de séances ψ

Voici la présentation d'un exercice effectué pendant la séance n°7 : **Exercices de focalisation attentionnelle** :

(Moi) - *Seriez-vous d'accord pour faire un exercice d'attention ici avec moi ?*

(Mme D) - Oui bien sûr, en quoi cela consiste ?

- *Et bien, l'idée sera de muscler votre capacité à diriger votre attention. Un peu comme la méditation dont on a déjà parlé, à la différence que là, c'est moi qui vais guider votre attention et vous allez voir comment on peut diriger le faisceau de l'attention. Etes vous prête ?*

- Heu, oui
- *Je vais ouvrir la fenêtre. Si cela vous va, je vous invite à fermer les yeux, l'exercice porte sur l'audition. Vous avez une oreille qui à l'habitude de compenser l'autre, vous aller vous concentrer sur les informations qu'elle capte. Pouvez-vous me décrire ce que vous entendez ?*
- Oui, j'entends des oiseaux et des voitures dehors.
- *Y'a-t-il autre chose ?*
- Et bien, votre voix quand vous parlez
- *Entendez-vous un toc-toc ?*
- ... oui, c'est le bruit des travaux plus bas je pense.
- *très bien, essayer de n'entendre que ce bruit là et de faire abstraction des autres sons.*
-
- *maintenant essayer de percevoir le chant des oiseaux et laisser derrière vous le bruit des travaux.*
-
- *à présent portez votre attention sur l'ensemble des bruits, tous, tentez de tous les embrasser comme un seul et même son.*
-
- *maintenant amusez-vous à focaliser votre attention sur un son puis un autre comme si vous rebondissiez sur un son pour passer à un autre.*
- (sourire)...
- *bien... Avez-vous remarqué qu'il y a aussi des sons plus subtils, moins brillants mais aussi présents. Par exemple, quel bruit cela fait quand pour déglutissez ? ou que vos dents s'entrechoquent doucement ?*
-
- *je vous propose quand vous le voulez de rouvrir vos yeux et de revenir à une attention plus habituelle.*
-
- *Comment vous sentez-vous ?*
- *Ca va, c'était étrange d'écouter avec autant d'attention.*
- *C'était comment ?*
- *Pas toujours facile mais plutôt drôle à faire. J'étais concentrée en tout cas. Ça sert à quoi déjà ?*
- *Et bien, Cela entraine votre capacité à focaliser votre attention, c'est une manière de gagne en flexibilité mentale. La flexibilité mentale permet globalement de s'ajuster aux aléas, de répondre avec souplesse aux événements extérieurs comme intérieurs.*

Voici la présentation d'une séance sur l'application d'une méthode : **La défusion cognitive** :

(Moi) - *Voyez-vous, il semble de lorsqu'une pensée se présente dans notre esprit, on a tendance à y croire et même à l'écouter, dans le sens que nous allons prendre des décisions comportementales en fonction de ce qu'elle nous raconte. On comprend bien que, dès lors, si nos pensées sont inquiétantes ou pessimistes, on va vite être impacté dans nos choix d'action. Voulez-vous bien faire une expérience de pensée avec moi?*

(Mme D) - Oui

- *Imaginons que vous vous êtes chauffeur de bus, vous êtes installée, et un passager monte. Il vous dit qu'il va au bout de la rue, puis à droite. Que faites vous ?*

- Heu je sais pas, je suppose que je le dépose, mais est-ce que j'ai pas un parcours défini?

- *Excellente question, on peut supposer que vous avez prévue une destination et des étapes des arrêts déterminés.*

- Oui, du coup, je peux déposer le passager si ça ne me fait pas faire de détour.

- *Ok, maintenant, d'autres passagers commencent à monter. L'un vous dit de ralentir, il ne se sent pas bien, l'autre vous demande d'attendre car son amie va arriver, certain mais commence à vous donner des prévisions de trafic et s'inquiète que la route soit barrée plus loin. Comment vous sentez vous?*

- Oppressée, ça me stresse, qu'est ce que je suis sensée faire?

- *A votre avis, que ferait un chauffeur de bus ?*

- Il ne permettrait pas cela, le trajet ce n'est pas négociable. Les gens doivent faire avec et s'adapter, pas le contraire.

- *Et si on lui demandait quand même ?*

- Il refusera poliment je suppose

- *Donc vous êtes ce chauffeur de bus, que dites vous aux passagers ?*

- Que j'ai un trajet de prévu et qu'ils devront faire avec.

- *Donc vous ne changez pas de trajet à chaque demande ?*

- Non

- *Pourquoi ?*

- Parce que sinon je n'arriverai jamais à destination, et puis les autres ne seraient même pas content car ils se verraient embarquer je ne sais où alors qu'ils ont pas pris ce bus pour rien à l'origine.

- *Donc vous décidez de respecter votre trajet. Dans cette métaphore, que pourrait représenter le trajet et la destination ?*

- Mon but personnel, là où je veux aller. Mes projets de vie et les étapes, le chemin pour y arriver au mieux.

- *A votre avis que représentent les passagers ?*

- Hum... des obstacles

- *Ont ils contrôlent le volant ou les pédales ?*
- Non, disons plutôt qu'ils sont des sources de confusions et de distractions
- *Et qu'est ce qui tient ce rôle dans votre fonctionnement aujourd'hui ?*
- Mes pensées ! Et mes émotions aussi je crois.
- *Vos pensées, en effet, bien vu ! Que pensez-vous que l'on puisse apprendre de cette image?*
- Et bien, que si on veut atteindre nos but et faire nos projets il ne faut pas se laisser tentr par des détours que nous suggèrent nos pensées. Mais ça doit être pénible d'être chauffeur de bus dans ces conditions !
- *Est ce que ça peut être pénible pour vous aussi avec vos pensées ?*
- Oui c'est vrai que je n'avais jamais vu ça comme ça mais parfois les pensées prennent le dessus et ça fait que je ne fais pas ce que je veux. En même temps mes pensées, ça vient de moi non?
- *Voilà une remarque intéressante, on peut voir les pensées comme des phénomènes psychologiques qui se passent en nous. Je vous propose de voir vos pensées comme ces passagers de bus. Elles peuvent être sympathiques ou horripilantes, stressantes ou exigeantes, critiques. Vos décisions cependant méritent peut être d'être dictées par ce qui vous importe vraiment, et non pas par des pensées arbitraires qui ne sont pas même d'accord en elles. Qu'en pensez vous?*
- Parfois elles sont convaincantes
- *Et que se passe-t-il si vous les suivez ?*
- ... Je ne fais pas ce que j'avais prévu... c'est drôle ça me fait penser à l'image du petit ange et du petit démon qui essaye d'influencer.
- *Avoir des images comme celle-ci permet de prendre de la distance avec les pensées que l'on génère. On appelle cela de la « défusion ». Elle nous sera utile. Cela développe notre capacité à constater nos pensées et de pouvoir choisir ou non d'y accorder du crédit. Cela permet d'émanciper d'une certaine manière vos comportements de vos pensées. Vous pouvez pensez « je n'y arriverai pas » et pourtant faire les actions pour y arriver. Vous me suivez ?*
- Oui oui tout à fait. Donc on défusionne en visualisant ses pensées comme à l'extérieur de nous?
- *Par exemple oui, et il y a d'autre méthode, je vais vous vous en présenter plusieurs.*

Je lui communique une liste d'outils de défusion afin de pouvoir en tester chez elle :

15 outils de défusion : Dire « j'ai la pensée que... » ; Écrire la pensée sur un papier ; Répéter la pensée ; Regarder passer les pensées ; Remercier son esprit pour la pensée négative ; Voir son cerveau comme un vendeur de pensées ; Chanter ses pensées ; Changer de voix ; Se dire « *il y a une partie de moi qui..* » ; Imaginer qu'on est une radio ; Décrire sans juger la pensée ; Se demander si la pensée est utile ; Changer « *mais* » par « *et* » ; Ne pas faire ce que disent les pensées / faire mentir les pensées.

12. ψ Analyse de l'échec et de la réussite ψ

Il est encore trop tôt pour avoir passé une seconde évaluation avec Mme D. (4 séances de TCC depuis l'évaluation primaire) mais voici ce que nous espérons constater prochainement :

- une diminution de la fusion avec ses pensées.
- une diminution des pensées catastrophisantes.
- une augmentation des actions au service de ses valeurs et non d'injonction sociale qui n'ont pas de sens pour elle.
- Une augmentation globale de sa flexibilité mentale.
- Une observance de son traitement médicamenteux.

La suite de la thérapie verra se poursuivre le travail sur l'éclaircissement des valeurs de Mme D. en vue de s'en servir de levier de changement, notamment pour cibler une activation comportementale plus précise et mobilisante.

Est prévue également le renforcement des compétences de défusion cognitive.

Il sera utile de se pencher sur le suivi médicamenteux de Mme D. pour éviter les effets indésirables constatés pendant la thérapie. J'ai d'ailleurs noté qu'il aurait été utile de m'enquérir plus tôt de l'observance de son traitement.

D'autres sujets n'ont pas encore été pleinement abordés, comme la reprise potentielle du / d'un travail. Pour l'instant le sujet est anxiogène et la posture de Mme D. est massivement passive à ce propos. Elle attend que les ressources humaines reviennent vers elle pour la replacer mais cela prend beaucoup de temps. Ce qui la rassure et l'inquiète à la fois ;

La question des deuils qu'elle traverse est en filagramme abordée dans les séances mais ne fait pas pour l'heure l'objet d'intervention spécifique. Ce sujet est abordé quand il y a une nécessité de soutien ou comme prétexte à un travail sur les cognitions. La patience est de mise dans ces processus.

L'alliance thérapeutique avec Mme D. est de bonne qualité. La patiente est partie prenante de sa thérapie. Elle me demande avant chez rendez-vous avec son médecin traitant de lui rédiger une note pour dire à son médecin l'avancé de sa thérapie, surtout guider en réalité par la peur qu'il lui demande de retourner travailler (bien qu'il n'en ait pas été question pour l'heure). Elle s'en inquiète et je lui ai pointé du doigt que sa demande de courrier agissait sans doute ici comme un évitement (il serait utile pour elle de créer une alliance avec son médecin un jour) et que l'on devait être prudentes, bien que la communication avec son médecin, en soi, fut une bonne chose.

Jusque là, je n'ai pas rencontré de difficulté majeure avec Mme D.

13. ψ Conclusion générale ψ

La thérapie de Mme D. a démarré avec du potentiel et des tâtonnements. L'entremêlement de ses troubles est un défi pour la thérapie et nous y répondons étapes par étapes.

La collaboration avec Mme D. sur le chemin de l'acceptation et de l'engagement est pour moi un travail tout à fait enrichissant. J'ai beaucoup appris et eu envie d'apprendre sur les traitements des douleurs chroniques avec les TCC. L'approche choisie pour avancer sur sa problématique me semble à ce jour adaptée. L'avenir et les futures évaluations permettront de dire si elle fut finalement efficace. Aidez un patient à gagner en autonomie n'a jamais eu autant de sens qu'avec cette patiente-ci. Son courage et sa détermination ont beaucoup inspiré mon travail sur ce mémoire. J'espère lui rendre honneur.

Cette année est définitivement surprenante et nous a demandé à tous beaucoup de flexibilité. Les imprévus furent nombreux et parfois violents, mais nous sommes ici, maintenant et ensemble, nous nous engageons pour les actions qui importent à nos yeux. Je remercie tous les enseignants de l'AFTCC qui ont alimenté ma passion. La rédaction d'un mémoire a toujours été pour moi aussi laborieuse qu'instructive.

« L'acceptation implique d'être en contact avec son expérience dans le moment présent, même si cette expérience s'avère difficile ou désagréable » (McCracken, 2011).

J'espère tout de même que sa lecture aura été agréable.

14. ψ Bibliographie et ressources ψ

Articles :

Arnold, L. M., Choy, E., Clauw, D. J., Goldenberg, D. L., Harris, R. E., Helfenstein Jr, M., ... & Wang, G. (2016). Fibromyalgia and chronic pain syndromes: a white paper detailing current challenges in the field. *The Clinical journal of pain*, 32(9), 737.

de C Williams, A. C., Eccleston, C., & Morley, S. (2012). Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane database of systematic reviews*, (11).

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.

Gatchel, R. J., & Okifuji, A. (2006). Evidence-based scientific data documenting the treatment and cost-effectiveness of comprehensive pain programs for chronic non-malignant pain. *The Journal of Pain*, 7, 779–793.

Henwood, P., Ellis, J., Logan, J., Dubouloz, C. J., & D'Eon, J. (2012). Acceptance of chronic neuropathic pain in spinal cord injured persons: a qualitative approach. *Pain management nursing*, 13(4), 215-222.

Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware, and active: Contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual review of clinical psychology*, 7.

Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and commitment therapy (ACT) for chronic pain. *The Clinical journal of pain*, 33(6), 552-568.

Kang, H. S., Hwang, S. D., & Jun, S. E. (2019). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Korean Academy of psychiatric and Mental Health Nursing*, 28(3), 271-285.

Masselin-Dubois, A. (2016). Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) et Mindfulness, un modèle de flexibilité psychologique pour la douleur chronique. *Douleurs : Evaluation - Diagnostic – Traitement*, 17(5), 233-251.

Wicksell RK, Olsson GL, Hayes SC. (2011). Processes of change in ACT-based behavior therapy: psychological flexibility as a mediator of improvement in patients with chronic pain following whiplash injuries. *European Journal of Pain*, 14(10), 1059^e1-1059^e11.

Thèses :

Thèse de Doctorat soutenue en 2018 par Marie-Eve MARTEL « Le rôle de la perception d'injustice et l'acceptation de la douleur chez les personnes aux prises avec la douleur chronique. » Présentée à l'université du Québec à Trois-Rivières.

Ouvrages :

Dionne, F. (2017). *Libérez-vous de la douleur : par la méditation et l'ACT*. Éditions Payot.

Fatio, M. M., & Leroy, B. (2019). *Réadaptation du handicap douloureux chronique: Pain Management Programmes en pratique*. Elsevier Health Sciences.

Echelles / Questionnaire validation:

Fish, R.A., McGuire, B., Hogan, M. Morrison, T.G., & Stewart, I. (2010). Validation of the Chronic pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) in an Internet sample and development and preliminary validation of the CPAQ-8. *Pain*, 149, 435-443.

French, D. J., Noël, M., Vigneau, F., French, J. A., Cyr, C. P., & Evans, R. T. (2005). L'Échelle de dramatisation face à la douleur PCS-CF: Adaptation canadienne en langue française de l'échelle «Pain Catastrophizing Scale». *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 37(3), 181.

Martel, M.-E. ; Dionne, F., Gauchet, A., Zouikri-Roland, Y., Decker, E. et al. (2015). Psychological inflexibility for pain : translation and validation for a french-speaking population. *World-Conference XIII of the Association for Behavioral and Contextual Science, Berlin, Germany*.

Sullivan, M.J.L., Adams, H., Horan, S, & Maher, D. (2008). The role of perceived injustice in the experience of chronic pain and disability : scale development and validation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 18, 249-261.

Webinaire :

[Apprendre à vivre avec la douleur chronique grâce à l'acceptation et la pleine conscience](#) par Frédérick Dionne, Ph.D., psychologue

15. Annexes

Echelles utilisées :

- CPAQ-8
- IEQ-CF
- PCS-CF
- PISP

CPAQ-8

Questionnaire d'acceptation de la douleur chronique

Nom :

Age :

Sexe :

Date:

Instructions : ci-dessous vous trouverez une liste d'affirmations. Évaluez dans quelle mesure chaque affirmation est vraie en ce qui vous concerne en entourant un chiffre.

Utilisez l'échelle suivante pour faire votre choix. Par exemple, si vous croyez qu'une affirmation est « toujours vraie », alors vous entourez le chiffre 6.

Jamais vrai	Très rarement vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Presque toujours vrai	Toujours vrai
0	1	2	3	4	5	6

1.	Je poursuis mes activités sans me préoccuper du niveau de ma douleur	0 1 2 3 4 5 6
2.	Avoir le contrôle sur ma douleur est ma priorité n° 1 quoique je fasse.	0 1 2 3 4 5 6
3.	Malgré que les choses aient changé, je mène une vie normale malgré la douleur.	0 1 2 3 4 5 6
4.	Avant de faire des projets sérieux, il faut que j'aie bien le contrôle sur ma douleur.	0 1 2 3 4 5 6
5.	Je mène une vie bien remplie malgré que j'aie une douleur chronique.	0 1 2 3 4 5 6
6.	Quand la douleur augmente, je peux tout de même assumer mes responsabilités.	0 1 2 3 4 5 6
7.	J'évite de me mettre moi-même dans des situations où la douleur pourrait augmenter	0 1 2 3 4 5 6
8.	Mes soucis et peurs à propos de ce que provoquera ma douleur sont bien réels.	0 1 2 3 4 5 6

Cotation:

Échelle d'acceptation de la douleur. Additionner les items 2, 4, 7, 8 (scores inversés)

Échelle d'engagement dans des activités : Items 1, 3, 5, 6

IEQ-CF

Nom :

Age :

Sexe :

Date:

Lorsqu'une blessure survient, notre vie peut être affectée de façon importante. Ce questionnaire a été construit pour évaluer à quel point votre vie a été affectée.

Voici 12 affirmations décrivant des pensées et des sentiments que vous pouvez avoir lorsque vous pensez à votre blessure. Veuillez compléter le questionnaire suivant en indiquant à quel point ces énoncés vous représentent lorsque vous pensez à votre blessure / douleur.

0 – pas du tout 1 – légèrement 2 – modérément 3 – de façon importante 4 – Extrêmement

- 1 - La plupart des gens ne comprennent pas à quel point mon état est grave.
- 2 - Ma vie ne sera plus jamais la même.
- 3 - Je souffre à cause de la négligence de quelqu'un d'autre.
- 4 - Personne ne devrait avoir à vivre ce que je vis présentement.
- 5 - Je veux simplement retrouver ma vie d'avant.
- 6 - J'ai le sentiment que ceci va m'affecter de façon permanente.
- 7 - Tout ça me semble si injuste.
- 8 - Je crains que mon état ne soit pas pris assez au sérieux.
- 9 - Rien ne pourra compenser tout ce que j'ai enduré.
- 10 - C'est comme si on m'avait volé quelque chose de très précieux.
- 11 - J'ai peur de ne jamais pouvoir réaliser mes rêves.
- 12 - Je ne peux pas croire ça m'arrive à moi.

... *Total*

Cotation :

Faire la somme des 12 items (le total va de 0 à 48 points)

Echelles :

Responsabilité de la faute / sentiment d'injustice : somme des items 3, 7, 9, 10, 11, 12

Gravité / caractère irréparable : somme des items 1, 2, 4, 5, 6, 8

Sullivan, M. J. L. (2018). IEQ (Injustice Experiences Questionnaire). Repéré à <http://sullivanpainresearch.mcgill.ca/eiq.php>

PCS-CF

Nom :

Age :

Sexe :

Date:

Chacun d'entre nous aura à subir des expériences douloureuses. Cela peut être la douleur associée aux maux de tête, à un mal de dent, ou encore la douleur musculaire ou aux articulations. Il nous arrive souvent d'avoir à subir des expériences douloureuses telles que la maladie, une blessure, un traitement dentaire ou une intervention chirurgicale.

Dans le présent questionnaire, nous vous demandons de décrire le genre de pensées et d'émotions que vous avez quand vous avez de la douleur. Vous trouverez ci-dessous treize énoncés décrivant différentes pensées et émotions qui peuvent être associées à la douleur. Veuillez indiquer à quel point vous avez ces pensées et émotions, selon l'échelle ci-dessous, quand vous avez de la douleur.

0 – pas du tout

1 – quelque peu

2 – de façon modéré

3 – beaucoup

4 – tout le temps

Quand j'ai de la douleur...

- 1- J'ai peur qu'il n'y ait pas de fin à la douleur
 - 2- Je me sens que je ne peux pas continuer
 - 3- C'est terrible et je pense que ça ne s'améliorera jamais
 - 4- C'est affreux et je sens que c'est plus fort que moi
 - 5- Je sens que je ne peux plus supporter la douleur
 - 6- J'ai peur que la douleur empire
 - 7- Je ne fais que penser à d'autres expériences douloureuses
 - 8- Avec inquiétude, je souhaite que la douleur disparaisse
 - 9- Je ne peux m'empêcher d'y penser
 - 10- Je ne fais que penser à quel point ça fait mal
 - 11- Je ne fais que penser à quel point je veux que la douleur disparaisse
 - 12- Il n'y a rien que je puisse faire pour réduire l'intensité de la douleur
 - 13- Je me demande si quelque chose de grave va se produire
-

.....Total

Cotation : Faire la somme des 13 items (0 à 52 points) ; Scores des sous échelles :

Rumination : somme des items 8, 9, 10, 11

Amplification : somme des items 6, 7, 13

Impuissance : somme des items 1, 2, 3, 4, 5, 12

PISP

Flexibilité psychologique et douleur

Nom :

Age :

Sexe :

Date:

Instructions : Pour chaque énoncé, entourez la note qui correspond le mieux à ce qui est le plus vrai pour vous, sur une échelle de 1 (Jamais vrai) à 7 (Toujours vrai).

1	2	3	4	5	6	7
Jamais vrai	Très rarement vrai	Rarement vrai	Parfois vrai	Souvent vrai	Presque toujours vrai	Toujours vrai

1. Je pourrais faire n'importe quoi pour me débarrasser de ma douleur	1 2 3 4 5 6 7
2. Je ne fais pas les choses qui sont importantes pour moi afin d'éviter la douleur	1 2 3 4 5 6 7
3. Lorsque j'ai des douleurs, je reste à l'écart des autres	1 2 3 4 5 6 7
4. Il est important que j'apprenne à contrôler ma douleur	1 2 3 4 5 6 7
5. Il est important de comprendre ce qui cause ma douleur	1 2 3 4 5 6 7
6. Ma douleur me met en colère	1 2 3 4 5 6 7
7. Il m'arrive de me? dire des choses telles que : « Je n'ai pas d'énergie », « Je ne suis pas bien », « Je n'ai pas le temps », « Je n'ose pas », « Je me sens trop mal », « Ca ne me dit rien ».	1 2 3 4 5 6 7
8. J'évite de faire les choses lorsqu'il y a un risque que cela fasse mal ou que cela empire les choses	1 2 3 4 5 6 7
9. J'évite de planifier des activités à cause de ma douleur	1 2 3 4 5 6 7
10. Je fournis beaucoup d'effort dans le combat contre ma douleur	1 2 3 4 5 6 7
11. Ce n'est pas moi contrôle ma vie mais ma douleur	1 2 3 4 5 6 7
12. J'ai besoin de comprendre ce qui ne va pas pour pouvoir avancer	1 2 3 4 5 6 7
13. Je ne fais plus de plans pour le futur à cause de ma douleur	1 2 3 4 5 6 7
14. Je postpose certaines choses à cause de ma douleur	1 2 3 4 5 6 7
15. J'annule des activités prévues lorsque j'ai mal	1 2 3 4 5 6 7
16. J'interromps mes activités si cela commence à faire mal ou si cela s'empire	1 2 3 4 5 6 7

Cotation : Il y a deux facteurs qui permettent d'avoir un score d'évitement et un score de fusion cognitive.

Évitement 2, 3, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16

Fusion cognitive : 1, 4, 5, 6, 10, 12