

LES ATELIERS DU PRATICIEN

Frédéric DIONNE • Josée VEILLETTE

# **Apprivoiser la douleur chronique avec l'ACT**

**Guide de pratique en 10 modules**

**DUNOD**

Le pictogramme qui figure ci-contre 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).

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



© Dunod, 2021  
 11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff  
 www.dunod.com

ISBN 978-2-10-080856-4

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

À propos de ce guide de pratique.....	9
À propos des auteur(e)s.....	10
Remerciements.....	11
Introduction.....	12
<b>1</b> ● <b>L'AMPLEUR DE LA DOULEUR CHRONIQUE</b> .....	12
<b>2</b> ● <b>LA COMPLEXITÉ DE LA DOULEUR</b> .....	12
<b>3</b> ● <b>UNE CONDITION DE SANTÉ MAL AIMÉE</b> .....	13
<b>4</b> ● <b>UN DÉFI THÉRAPEUTIQUE</b> .....	13
<b>5</b> ● <b>LA DOULEUR EST INÉVITABLE, LA SOUFFRANCE EST OPTIONNELLE</b> .....	14
<b>6</b> ● <b>UNE APPROCHE TRANSDIAGNOSTIQUE</b> .....	15
<b>7</b> ● <b>UN MODÈLE UNIFICATEUR DE LA DOULEUR CHRONIQUE</b> .....	15
<b>8</b> ● <b>POURQUOI ET POUR QUI CE LIVRE ?</b> .....	16
<b>9</b> ● <b>COMMENT CET OUVRAGE EST-IL CONSTRUIT ?</b> .....	16
Vignettes cliniques et encadrés.....	17
En pratique.....	17
Astuce.....	17
Questions utiles.....	17
Pistes de réflexion.....	18
Faire face aux défis.....	18

## PARTIE 1 Théorie, pratique et recherche..... 20

### Chapitre 1 – Les modèles comportementaux et cognitifs de la douleur chronique : de la première à la troisième vague..... 24

<b>1</b> ● <b>LA DOULEUR CHRONIQUE, UNE MALADIE COMPLEXE</b> .....	26
<b>2</b> ● <b>LE MODÈLE À LA BASE DES THÉRAPIES COGNITIVES ET COMPORTEMENTALES</b> .....	28
<b>3</b> ● <b>UNE INTRICATION PROBLÉMATIQUE ENTRE PENSÉES, SENSATIONS, ÉMOTIONS ET COMPORTEMENTS</b> .....	28
<b>4</b> ● <b>L'ÉVOLUTION DES TCC</b> .....	29
La première vague.....	29
La deuxième vague.....	32
Les limites et l'efficacité des TCC conventionnelles.....	36
La troisième vague.....	36

### Chapitre 2 – Le modèle de la flexibilité psychologique..... 44

<b>1</b> ● <b>LE CONTEXTUALISME FONCTIONNEL</b> .....	46
<b>2</b> ● <b>LA THÉORIE DES CADRES RELATIONNELS</b> .....	49
<b>3</b> ● <b>DE L'INFLEXIBILITÉ PSYCHOLOGIQUE À LA FLEXIBILITÉ PSYCHOLOGIQUE</b> .....	51
De l'évitement expérientiel à l'acceptation.....	52
De la fusion cognitive à la défusion cognitive.....	54
De l'inflexibilité attentionnelle au contact avec l'instant présent.....	55
Du soi conceptualisé au soi contexte.....	58
Du manque de connexion à ses valeurs à une meilleure connaissance de celles-ci.....	59
De l'inactivité aux actions engagées.....	60

<b>4</b>	<b>LA FLEXIBILITÉ PSYCHOLOGIQUE : DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE.....</b>	<b>61</b>
Chapitre 3 – L'établissement de l'alliance thérapeutique..... 62		
<b>1</b>	<b>L'ALLIANCE THÉRAPEUTIQUE DANS L'ACT.....</b>	<b>64</b>
	La qualité du lien .....	65
	L'entente sur les buts.....	69
	L'entente sur les méthodes.....	69
<b>2</b>	<b>INTERVENIR DANS L'ICI ET MAINTENANT.....</b>	<b>71</b>
	Les comportements « cliniquement significatifs ».....	72
	Les trois règles à suivre.....	73
<b>3</b>	<b>ILLUSTRATION – FAIRE FACE AUX DÉFIS : GÉRER LES RUPTURES D'ALLIANCE.....</b>	<b>77</b>
	Identifier la présence d'une rupture d'alliance.....	77
	Faire preuve d'empathie et de validation.....	78
	Réitérer la logique thérapeutique en réexpliquant les motifs de vos interventions.....	78
	Modifier votre comportement afin de mieux aider votre client.....	78
	Clarifier les malentendus et mettre de l'eau dans son vin.....	79
	Explorer les thèmes associés à la rupture d'alliance et faire le parallèle avec les autres relations du client .....	79
	Ne pas essayer de convaincre votre client.....	79
	Vous rappeler que vous faites équipe.....	79
Chapitre 4 – L'évaluation de la douleur chronique..... 82		
<b>1</b>	<b>L'ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE.....</b>	<b>84</b>
	Les mécanismes sous-jacents aux douleurs chroniques et diagnostics médicaux fréquemment rencontrés.....	84
	La douleur chronique selon la CIM-11.....	85
	Le trouble à symptomatologie somatique selon le DSM-5.....	87
	Les troubles psychologiques concomitants.....	89
<b>2</b>	<b>L'ÉVALUATION FONCTIONNELLE.....</b>	<b>90</b>
	Le modèle ABC classique.....	90
	Le modèle circulaire TCC.....	92
	L'évaluation fonctionnelle ou processuelle selon le modèle de la flexibilité psychologique de l'ACT.....	95
	Les questionnaires autorapportés.....	99

## PARTIE 2 Guide de pratique par module..... 108

### Introduction – Déroulement des séances et structure de la thérapie 110

<b>1</b>	<b>UNE APPROCHE PAR MODULE.....</b>	<b>110</b>
	Un accent sur la fonction des interventions.....	110
	Structure des modules.....	111
<b>2</b>	<b>UN APPRENTISSAGE EXPÉRIENTIEL.....</b>	<b>117</b>
	L'utilisation de métaphores.....	118
	Le retour d'expérience.....	119
<b>3</b>	<b>L'UTILISATION D'UNE BIBLIOTHÉRAPIE POUR OPTIMISER L'INTERVENTION.....</b>	<b>121</b>
<b>4</b>	<b>STRUCTURE GÉNÉRALE DES SÉANCES.....</b>	<b>123</b>
	Introduire un bref exercice de pleine conscience.....	123
	Revenir sur la dernière période.....	123
	Identifier une cible thérapeutique.....	124
	Travail principal.....	125
	Exercice hebdomadaire.....	125
	Bref bilan de la rencontre ou du suivi actuel.....	126
<b>5</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>127</b>

### Module 1 – Évaluer la douleur chronique..... 130

<b>1</b>	<b>EN QUOI CONSISTE L'ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE ?.....</b>	<b>132</b>
----------	---	------------

<b>2</b>	<b>TRAVAIL PRINCIPAL : L'ÉVALUATION PSYCHOLOGIQUE</b> .....	132
	Le motif de consultation.....	133
	Les attentes face à la thérapie.....	133
	La description du problème.....	135
	Les impacts de la douleur.....	135
	Les antécédents psychologiques et médicaux.....	138
	Les observations effectuées en séance.....	139
	Le diagnostic psychologique.....	140
	L'évaluation fonctionnelle.....	141
	Présenter un aperçu de l'intervention.....	142
<b>3</b>	<b>EXERCICE HEBDOMADAIRE : REMPLIR LES QUESTIONNAIRES</b> .....	145
<b>4</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	146

## Module 2 – Communiquer notre compréhension au client..... 148

<b>1</b>	<b>EN QUOI CONSISTENT L'ÉDUCATION PSYCHOLOGIQUE ET LE PARTAGE DE NOTRE COMPRÉHENSION CLINIQUE ?</b> .....	150
	Renseigner le client sur la douleur ou faire de l'éducation psychologique.....	150
	Partager notre compréhension des difficultés du client et suggérer des pistes d'intervention concrète.....	151
	Obtenir un consentement libre et éclairé.....	151
<b>2</b>	<b>INTRODUIRE UN BREF EXERCICE DE PLEINE CONSCIENCE : COMMENT EST-CE DE VENIR ME VOIR AUJOURD'HUI ?</b> .....	152
<b>3</b>	<b>REVENIR SUR LA DERNIÈRE PÉRIODE</b> .....	152
<b>4</b>	<b>TRAVAIL PRINCIPAL : RENSEIGNER LE CLIENT SUR LA DOULEUR ET SUR L'INTERVENTION</b> .....	153
	Mieux connaître le diagnostic médical.....	153
	Distinguer la douleur chronique de la douleur aiguë.....	153
	Le partage de la compréhension.....	154
	Illustre l'approche ACT.....	160
<b>5</b>	<b>EXERCICE HEBDOMADAIRE : SE RENSEIGNER SUR LA DOULEUR ET MIEUX S'OBSERVER AU QUOTIDIEN</b> .....	160
<b>6</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	161

## Module 3 – Expérimenter le désespoir créatif..... 162

<b>1</b>	<b>EN QUOI CONSISTE LE DÉSESPOIR CRÉATIF ?</b> .....	164
	Désespoir ? Créatif ?.....	165
<b>2</b>	<b>INTRODUIRE UN BREF EXERCICE DE PLEINE CONSCIENCE : PRENDRE TROIS RESPIRATIONS</b> .....	166
<b>3</b>	<b>REVENIR SUR LA DERNIÈRE PÉRIODE</b> .....	166
<b>4</b>	<b>IDENTIFIER UNE CIBLE THÉRAPEUTIQUE</b> .....	166
<b>5</b>	<b>TRAVAIL PRINCIPAL : LE DÉSESPOIR CRÉATIF</b> .....	167
	Qu'avez-vous essayé jusqu'à maintenant ?.....	167
	Est-ce que cela a fonctionné à court et à long terme ?.....	167
	Quel est le coût de cette lutte sur votre qualité de vie ?.....	168
	Expérimenter le désespoir créatif.....	168
<b>6</b>	<b>ILLUSTRATION – FAIRE FACE AUX DÉFIS DU DÉSESPOIR CRÉATIF</b> .....	172
	Le client ne lâche pas l'agenda du contrôle.....	172
	Le client est fragile émotionnellement.....	172
	Malaise, quand tu nous tiens.....	173
	« Il est évident que la source de votre souffrance est la lutte contre la douleur ».....	174
<b>7</b>	<b>EXERCICE HEBDOMADAIRE : RECONNAÎTRE L'ÉVITEMENT ET LA LUTTE</b> .....	175
<b>8</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	175

## Module 4 – Connaître les valeurs..... 176

<b>1</b>	<b>EN QUOI CONSISTE LE TRAVAIL SUR LES VALEURS ?</b> .....	178
	Les valeurs personnelles comme moteur à l'action engagée.....	178
	La valeur, une qualité d'être qui se veut intrinsèque et bien personnelle.....	179
	La valeur est autorenforçante.....	179
	La valeur au service des autres processus de l'ACT.....	179
<b>2</b>	<b>IDENTIFIER UNE CIBLE THÉRAPEUTIQUE</b> .....	180

<b>3</b>	<b>INTRODUIRE UN BREF EXERCICE DE PLEINE CONSCIENCE : LE SWEET SPOT.....</b>	180
<b>4</b>	<b>REVENIR SUR LA DERNIÈRE PÉRIODE.....</b>	182
<b>5</b>	<b>TRAVAIL PRINCIPAL : CLARIFIER LES VALEURS.....</b>	182
	Les observations en séance.....	182
	Rencontrez-vous dans dix ans.....	183
	En rétrospective.....	183
	Présence attentive aux valeurs.....	183
	La matrice.....	183
<b>6</b>	<b>RETOUR SUR L'EXPÉRIENCE.....</b>	184
	Présenter le processus de valeur au client.....	184
	Une direction plutôt qu'un objectif.....	185
	Sous un objectif ou une activité se cachent souvent les valeurs.....	185
<b>7</b>	<b>ILLUSTRATION – FAIRE FACE AUX DÉFIS : LE CLIENT EST BOULEVERSÉ PAR LE TRAVAIL SUR LES VALEURS.....</b>	186
	« Je vis un conflit de valeurs ».....	186
	« Je ne parviens pas à vivre selon mes valeurs ».....	186
	Valeurs vs règles rigides.....	187
	« Je regrette de ne pas avoir vécu selon mes valeurs ».....	187
	Attention : « Pliance ».....	187
	Une vie basée sur les objectifs.....	187
	Agir selon sa valeur ou pour éviter son expérience interne.....	188
<b>8</b>	<b>EXERCICE HEBDOMADAIRE : POURSUIVRE LE TRAVAIL SUR SES VALEURS.....</b>	189
<b>9</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	189
<b>Module 5 – Engager dans l'action.....</b>		192
<b>1</b>	<b>EN QUOI CONSISTE L'ACTION ENGAGÉE ?.....</b>	194
	Vouloir éviter la douleur est un comportement naturel.....	195
	Il ne faut pas s'étonner que les comportements d'évitement s'intensifient avant leur disparition.....	195
	L'importance des valeurs pour favoriser l'action engagée.....	196
<b>2</b>	<b>INTRODUIRE UN BREF EXERCICE DE PLEINE CONSCIENCE.....</b>	196
<b>3</b>	<b>REVENIR SUR LA DERNIÈRE PÉRIODE.....</b>	197
<b>4</b>	<b>IDENTIFIER UNE CIBLE THÉRAPEUTIQUE.....</b>	198
<b>5</b>	<b>TRAVAIL PRINCIPAL : FAVORISER LES ACTIONS ENGAGÉES.....</b>	198
	Énumérer les comportements d'évitement.....	198
	Présenter le cercle vicieux de la douleur.....	200
	Préparer un plan d'action concret vers une meilleure qualité de vie.....	202
	Favoriser l'activation équilibrée.....	204
	Aider le client à aménager son environnement.....	206
<b>6</b>	<b>ILLUSTRATION – FAIRE FACE AUX DÉFIS : L'ÉVITEMENT SITUATIONNEL.....</b>	206
	« Je ne l'ai pas encore fait... ».....	206
	La consommation d'alcool, de drogue ou de médication peut aussi être une barrière à la mobilisation du client.....	207
<b>7</b>	<b>EXERCICE HEBDOMADAIRE : POSER UNE ACTION POUR UNE MEILLEURE QUALITÉ DE VIE.....</b>	209
<b>8</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	209
<b>Module 6 – Enseigner la pleine conscience.....</b>		210
<b>1</b>	<b>EN QUOI CONSISTE L'APPRENTISSAGE DE LA PLEINE CONSCIENCE ?.....</b>	212
	La pratique formelle et informelle.....	213
	La pleine conscience comme méthode versus comme processus.....	213
	Les instructions de base.....	214
<b>2</b>	<b>INTRODUIRE UN BREF EXERCICE DE PLEINE CONSCIENCE : LA RESPIRATION.....</b>	215
<b>3</b>	<b>RETOUR SUR LA DERNIÈRE PÉRIODE.....</b>	216
<b>4</b>	<b>IDENTIFIER UNE CIBLE THÉRAPEUTIQUE.....</b>	217
<b>5</b>	<b>TRAVAIL PRINCIPAL : ENSEIGNER LA PLEINE CONSCIENCE.....</b>	217
	Quelques conseils de base sur la méditation.....	217
	Enseigner la méditation formelle.....	219
	Enseigner la pleine conscience informelle.....	221

<b>6</b>	<b>ILLUSTRATION – FAIRE FACE AUX DÉFIS : QUE REPRÉSENTE LA PLEINE CONSCIENCE ?</b> .....	225
	« Je n'arrive pas à me concentrer, mon esprit vagabonde constamment ».....	226
	« Je m'endors ».....	226
	« J'ai trop mal en méditant ».....	226
	« Me concentrer sur mon corps intensifie ma douleur ».....	226
	« Je n'arrive pas à me relaxer ».....	226
	« Je pense à des souvenirs pénibles ».....	227
	« Je vis de l'impatience et je m'ennuie en pratiquant ».....	227
	« Je ne vois pas de résultats ».....	227
	Dans quels cas la pleine conscience est-elle déconseillée ?.....	227
<b>7</b>	<b>EXERCICE HEBDOMADAIRE : INTÉGRER LA PLEINE CONSCIENCE DANS SA VIE</b> .....	228
<b>8</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	228

## Module 7 – Favoriser l'acceptation des ressentis difficiles..... 230

<b>1</b>	<b>EN QUOI CONSISTE ACCEPTER ?</b> .....	232
<b>2</b>	<b>INTRODUIRE UN BREF EXERCICE DE PLEINE CONSCIENCE : RESPIRER AVEC LA DOULEUR</b> .....	233
<b>3</b>	<b>REVENIR SUR LA DERNIÈRE PÉRIODE</b> .....	234
<b>4</b>	<b>IDENTIFIER UN THÈME PRINCIPAL</b> .....	234
<b>5</b>	<b>TRAVAIL PRINCIPAL : FAVORISER L'ACCEPTATION DES ÉMOTIONS</b> .....	234
	« Ne pensez pas à... ».....	234
	Les deux flèches de la douleur.....	236
	Situez-vous sur les deux échelles de douleur.....	238
	Exercice de la tablette de papier.....	239
	Objectivez la douleur.....	240
	Le <i>choice point</i> .....	241
	Accepter les émotions difficiles.....	242
	Métaphore : Patauger dans les marécages.....	243
	Emportez les inconforts avec vous.....	244
	La prière de la sérénité.....	244
	La douleur, votre « coloc » indésirable.....	245
	Contrat d'acceptation à ressentir des émotions désagréables.....	246
<b>6</b>	<b>ILLUSTRATION – FAIRE FACE AUX DÉFIS DE L'ACCEPTATION</b> .....	246
	L'acceptation ne signifie pas se résigner.....	246
	L'acceptation n'est pas une fin en soi.....	247
	L'acceptation n'est pas un geste passif.....	247
	L'acceptation ne désigne pas l'abandon du désir et de l'espoir de guérir.....	247
	L'acceptation utilisée comme nouvelle stratégie de contrôle.....	247
	Trouver les mots justes.....	248
<b>7</b>	<b>EXERCICE HEBDOMADAIRE : ANTICIPER LES BARRIÈRES À L'ACTION</b> .....	248
<b>8</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	249

## Module 8 – Créer de la défusion face aux pensées..... 250

<b>1</b>	<b>EN QUOI CONSISTE LA DÉFUSION ?</b> .....	252
	Le processus versus le contenu.....	253
	Une vision pragmatique.....	253
	Une conscience métacognitive.....	253
<b>2</b>	<b>INTRODUIRE UN EXERCICE DE PLEINE CONSCIENCE : LES FEUILLES SUR LE RUISSEAU</b> .....	254
<b>3</b>	<b>REVENIR SUR LA DERNIÈRE PÉRIODE</b> .....	255
<b>4</b>	<b>IDENTIFIER UNE CIBLE THÉRAPEUTIQUE</b> .....	255
<b>5</b>	<b>TRAVAIL PRINCIPAL : CRÉER DE LA DÉFUSION</b> .....	255
	Dans la conversation thérapeutique.....	255
	Par un exercice expérientiel.....	257
	Via une métaphore ou une analogie.....	258
	Changez les paramètres du langage.....	258
<b>6</b>	<b>ILLUSTRATION – FAIRE FACE AUX DÉFIS DE LA DÉFUSION</b> .....	261
	N'expliquez pas la défusion.....	261
	Le client peut se sentir invalidé.....	261
	Le client se dit « si je ne suis pas mes pensées, alors qui suis-je ? ».....	262

7	● EXERCICE HEBDOMADAIRE : TESTER LA DÉFUSION.....	263
8	● CONCLUSION.....	265
Module 9 – Développer le soi contexte et bienveillant..... 266		
1	● EN QUOI CONSISTE LE SOI CONTEXTE ET BIENVEILLANT ?.....	268
	Le soi comme concept.....	268
	Le soi comme processus.....	269
	Le soi comme contexte.....	269
2	● INTRODUIRE UN BREF EXERCICE DE PLEINE CONSCIENCE.....	271
	Observez-vous observer.....	271
3	● REVENIR SUR LA DERNIÈRE PÉRIODE.....	272
4	● IDENTIFIER UNE CIBLE THÉRAPEUTIQUE.....	272
5	● TRAVAIL PRINCIPAL : LE SOI CONTEXTE ET BIENVEILLANT.....	272
	La métaphore de l'échiquier.....	273
	Observez qui observe.....	274
	Vous êtes le ciel.....	275
	Parlez et écoutez.....	275
	Vous avez toujours été là.....	275
	Apprenez de la douleur à partir de l'observateur sage et bienveillant.....	276
	Éprouvez de la compassion pour soi.....	277
6	● ILLUSTRATION – FAIRE FACE AUX DÉFIS DE L'AUTOCOMPASSION.....	279
	« Je deviendrai égoïste et centré sur moi-même ».....	279
	« L'autocompassion, c'est pour les paresseux... ».....	279
	« L'autocompassion est synonyme d'autocomplaisance ».....	280
	« Je ne veux pas paraître m'apitoyer sur mon sort ».....	280
	« L'autocritique me permet d'affronter les difficultés ».....	280
7	● LE RETOUR DE FLAMME (BACKDRAFT).....	280
8	● EXERCICE HEBDOMADAIRE : LE SOI OBSERVATEUR ET BIENVEILLANT.....	284
9	● CONCLUSION.....	284
Module 10 – Bilan du suivi et prévention de la rechute..... 286		
1	● EN QUOI CONSISTE LA RENCONTRE BILAN ?.....	288
	Le bilan des acquis.....	288
	Prévention de la rechute : comment ne pas retomber dans le piège du contrôle ?.....	288
2	● RETOUR SUR LA DERNIÈRE PÉRIODE.....	289
3	● QUAND METTRE FIN AU SUIVI ?.....	289
4	● TRAVAIL PRINCIPAL : BILAN ET PRÉVENTION DE LA RECHUTE.....	289
	Rappeler les acquis.....	290
	Prévoir les situations à risque.....	291
	Reconnaître les signes annonciateurs d'une rechute.....	291
	Établir un plan pour prévenir la rechute.....	292
5	● EXERCICE HEBDOMADAIRE : ENTRAÎNEMENT À LA FLEXIBILITÉ PSYCHOLOGIQUE.....	296
6	● CONCLUSION.....	297
Bibliographie..... 298		
Annexe Fiches techniques..... 311		

# À propos de ce guide de pratique

**C**E GUIDE DE PRATIQUE s'adresse aux professionnels de la santé qui œuvrent dans les centres de traitement de la douleur ou en cabinet privé. Il vise tout particulièrement les psychologues, psychothérapeutes, psychiatres et médecins qui effectuent de la psychothérapie, appelés *psys* dans cet ouvrage. Il vise à fournir une information concise, pratique et à jour sur l'application de la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) auprès de personnes qui souffrent de douleur chronique.

# À propos des auteur(e)s

**Dr Frédérick Dionne** (Ph. D) est psychologue clinicien et professeur agrégé au département de psychologie de l'université du Québec à Trois-Rivières. Il est chercheur régulier au Réseau québécois de recherche sur la douleur (RQRD). Il est également directeur de l'Institut de formation en thérapie comportementale et cognitive (IFTCC) et formateur ACT (*Acceptance and Commitment Therapy*) reconnu par l'Association for Contextual and Behavioral Science (ACBS). Il est l'auteur du livre *Libérez-vous de la douleur par la méditation et l'ACT* aux éditions Payot et *Déjouer la procrastination pour réussir et survivre à vos études* (Dionne, et al., 2020) aux Presses de l'Université du Québec.

**Dre Josée Veillette** (D. Ps.) est psychologue clinicienne spécialisée dans les approches de troisième vague des thérapies comportementales et cognitives (TCC) basées sur la pleine conscience, telles que l'ACT. Elle est membre de l'ACBS et de l'ACBS Québec. Elle travaille auprès d'une clientèle<sup>1</sup> adulte aux prises avec la douleur chronique ainsi que diverses problématiques de santé physique et mentale. Elle possède également une expertise en recherche dans l'étude de l'ACT auprès d'une population de personnes souffrant de douleur chronique, pour y avoir dédié son projet doctoral à l'université du Québec à Trois-Rivières.

---

1. En France, on parle de « patientèle ».

# Remerciements

**N**OUS AIMERIONS REMERCIER les Dr Jean Goulet, MD, Dre Thanh-Lan Ngô, MD, et Dr Louis Chaloult, MD, trois psychiatres hors pair ayant fondé le site *Thérapie cognitivo-comportementale : guides de pratiques et autres outils*<sup>1</sup>. L'idée d'un guide de pratique sur la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) appliquée à la douleur chronique provient d'abord d'eux. Nous aimerions remercier Valérie Le Rey et Jean Henriet de chez Dunod, pour avoir cru au projet, pour leur accompagnement et pour leur patience dans ce processus. Nos remerciements vont également au Dre Marie-Eve Martel, psychologue, à Joel Gagnon, Ph.D. et à Lauriane Lapointe pour leur contribution à l'ouvrage. Nos plus sincères remerciements au Dre Sylvie Rousseau, psychologue, pour la relecture attentive et soutenue du manuscrit jusqu'au tout dernier jour. Frédérick aimerait exprimer son appréciation à son amoureuse Isabelle et à ses deux enfants, Xavier et Noah, pour leur appui essentiel dans ce projet. Josée souhaite exprimer toute sa gratitude à son partenaire de vie pour son soutien, ses encouragements et sa présence inestimables au cours de ce projet.

---

1. [www.tccmontreal.com](http://www.tccmontreal.com)

# Introduction

## 1 L'AMPLEUR DE LA DOULEUR CHRONIQUE

Dans les pays occidentaux, plus d'une personne sur cinq souffre de douleur chronique (Schopflocher *et al.*, 2011 ; Steingrímssdóttir *et al.*, 2017). En raison du vieillissement de la population, ce chiffre sera à la hausse au cours des prochaines années. La douleur est également présente chez les enfants et les adolescents, avec une estimation de la prévalence variant entre 11 et 38 % (King *et al.*, 2011). Sa présence est ainsi de plus en plus constatée dans nos bureaux de consultation. La douleur chronique ne se limite pas qu'à une sensation physique désagréable circonscrite à une partie du corps. Elle fait de véritables ravages. En plus d'amener une diminution marquée du fonctionnement physique, elle touche presque toutes les sphères de vie : professionnelle, conjugale, familiale, sociale, financière et récréative. Elle engendre également une grande souffrance émotionnelle. L'expérience douloureuse s'accompagne de peur, d'anxiété, de colère, de tristesse, d'épuisement et d'un fort sentiment d'impuissance. La douleur chronique est donc une expérience hautement personnelle et subjective, qui a des conséquences négatives importantes pour la personne et pour l'ensemble de la collectivité.

## 2 LA COMPLEXITÉ DE LA DOULEUR

La douleur est un phénomène complexe. Une personne avec une douleur chronique souffre fréquemment de conditions médicales concomitantes. Par exemple, il existe une forte prévalence de migraines chez les gens qui souffrent de fibromyalgie (Whealy *et al.*, 2018). Les douleurs chroniques au dos sont souvent associées aux maux de tête chroniques (Vivekanantham *et al.*, 2019), aux troubles respiratoires (asthme) et aux problématiques gastro-intestinales (syndrome du côlon irritable ; Von Korff *et al.*, 2005). Le degré d'invalidité est aussi plus marqué lorsqu'un trouble médical est associé à la douleur chronique (APA, 2013). Il y a également une forte concomitance avec les troubles d'ordre psychologique. Les études montrent que la douleur chronique s'accompagne maintes fois d'un trouble de l'adaptation, d'un trouble dépressif, de troubles anxieux ou d'un état de stress post-traumatique (p. ex : Aguilera *et al.*, 2019 ; O'Reilly, 2011). Le risque de

suicide est également accru chez les clients<sup>1</sup> atteints de douleur chronique (Racine, 2018). Il n'y a donc pas qu'une seule douleur, mais des douleurs.

### 3 UNE CONDITION DE SANTÉ MAL AIMÉE

Lors du Sommet international de la douleur à Montréal en 2010, l'accès à des traitements de gestion de la douleur a été reconnu comme un droit humain fondamental (*International Pain Summit of the International Association for the Study of Pain*, 2011). Néanmoins, plusieurs personnes ne peuvent bénéficier des programmes de gestion de la douleur. Lors de la formation en psychologie et en médecine, le thème de la douleur chronique demeure très peu abordé, à part dans les programmes spécialisés (Loeser et Schatman, 2017). La douleur chronique est donc sous-diagnostiquée et sous-traitée, car très peu de professionnels de la santé y sont formés. Lorsqu'un suivi est possible, le temps d'attente pour une consultation en clinique spécialisée peut atteindre quelques années (Choinière et al., 2010) et le nombre de rencontres y est souvent limité. Ces contingences préjudiciables retardent inévitablement l'accès aux soins, rendant la douleur encore plus rebelle et difficile à traiter en plus d'entraîner des conséquences encore plus dommageables.

### 4 UN DÉFI THÉRAPEUTIQUE

Les clients souffrant de douleur chronique sont aussi considérés comme une clientèle particulièrement difficile à traiter (Corrigan et al., 2011). De nombreux stigmates persistent dans la population générale et dans la communauté des professionnels de la santé à l'égard des personnes présentant de la douleur chronique, notamment chez les personnes pour qui la douleur n'est manifestement pas explicable d'un point de vue médical (De Ruddere et Craig, 2016). Les gains thérapeutiques ne sont pas toujours ceux espérés. Les tailles d'effet des essais aléatoires sont moins élevées chez les clients souffrant de douleur chronique que chez les personnes souffrant d'un autre trouble psychologique, comme les troubles anxieux ou dépressifs (p. ex., Hofmann et al., 2012). Les contingences de renforcement en place (p. ex., arrêt de travail par le médecin de famille, indemnisations des assureurs, prescriptions d'opioïdes) peuvent également amener des soupçons voulant que ces personnes soient à la recherche de « bénéfices

---

1. En France, on parle généralement de « patients ».

secondaires ». Ces clients peuvent aussi manifester une résistance importante au traitement d'autant plus que la référence en psychothérapie peut accentuer chez certains l'idée selon laquelle la douleur est « dans leur tête ». Dans certains cas, une consultation chez un psychologue est l'aboutissement d'un long parcours caractérisé par de multiples traitements et essais thérapeutiques. C'est souvent en dernier recours et avec une certaine honte qu'ils consultent un professionnel de la santé. Toutes ces circonstances défavorables peuvent provoquer des sentiments négatifs, de la frustration ou de la colère chez le psy, nuire à la relation (Wasan et al., 2005) et à l'efficacité thérapeutique. « Ce client n'adhère pas au traitement proposé, il ne fait pas ce que je lui dis, il ne comprend pas mes enseignements », « Ce client ne changera jamais en raison des bénéfices secondaires présents, je perds mon temps ».

En somme, les psys et médecins se sentent facilement impuissants et non utilisés face à cette douleur qui perdure et pour laquelle le traitement est incomplet.

## 5 LA DOULEUR EST INÉVITABLE, LA SOUFFRANCE EST OPTIONNELLE<sup>2</sup>

La présence de diagnostics médicaux et psychologiques multiples complexifie le tableau clinique. Certains praticiens auront tendance à considérer ces troubles comme autant d'entités diagnostiques différentes nécessitant des traitements distincts. Mais au-delà des étiquettes diagnostiques, médicales et psychologiques, il y a un dénominateur commun : la souffrance psychologique. Plusieurs clients souffrant de douleur chronique nous diront que la douleur « émotionnelle » est encore plus pénible à supporter que la douleur physique. Selon la thérapie d'acceptation et d'engagement (Hayes et al., 2012), cette souffrance émotionnelle est le résultat d'une lutte incessante et souvent « inutile » pour la contrer (Dahl et al., 2005 ; Dionne et al., 2014). La personne qui souffre de douleur chronique et de troubles concomitants adopte souvent des comportements « rigides » destinés à contrôler, à supprimer ou à éviter la douleur par la recherche perpétuelle d'une solution miracle à sa disparition, l'évitement d'activités pouvant l'intensifier, l'isolement social, l'abus d'alcool, de drogue ou de médicaments. Le psy s'intéresse à cette souffrance émotionnelle. Son rôle est d'aider son client à se bâtir une vie en cohérence avec ses valeurs profondes, une vie

---

2. Murakami, H., (2009), *Autoportrait de l'auteur en coureur de fond*, Paris : Belfond.

qui vaut la peine d'être vécue (Linehan, 1993), en dépit de la présence de cette douleur.

## 6 **UNE APPROCHE TRANSDIAGNOSTIQUE**

L'ACT propose une approche transdiagnostique. Sans être opposée à l'établissement d'un diagnostic, l'ACT s'intéresse aux facteurs communs entre les psychopathologies et propose l'étude des principes thérapeutiques pouvant être actifs pour l'ensemble de celles-ci. L'idée à la base d'une approche transdiagnostique est que des processus communs entre les troubles comptent davantage que leurs différences. Selon cette vision qui attire de plus en plus l'attention dans le domaine de la thérapie cognitive et comportementale (TCC ; Mansell, *et al.*, 2009), des patients présentant des diagnostics différents peuvent avoir des similitudes importantes si on s'intéresse aux mécanismes qu'ils ont en commun. Une approche transdiagnostique offre plusieurs avantages. Contrairement aux TCC traditionnelles, elle permet de traiter plusieurs problématiques psychologiques à la fois, plutôt que de le faire de façon séquentielle (p. ex., traiter d'abord la douleur et ensuite la dépression). Elle n'implique pas une formation ou un ouvrage spécifique pour chacun des troubles du *Manuel de diagnostics psychiatriques des troubles mentaux* (DSM ; APA, 2013), rendant la formation des psys plus facile. Sa structure, plus flexible, rend les interventions psychologiques plus aisément adaptables aux besoins spécifiques du client (Dionne *et al.*, 2014).

## 7 **UN MODÈLE UNIFICATEUR DE LA DOULEUR CHRONIQUE**

L'ACT pourrait constituer un modèle unificateur dans le traitement de la douleur chronique en intégrant les principes des TCC antérieures, mais dans une approche *processuelle* (McCracken, 2020 ; McCracken et Vowle, 2014). Une telle perspective permet de recontextualiser des variables psychologiques empiriquement fondées, comme la dramatisation de la douleur et la kinésiophobie. Bien qu'ancrés dans une autre tradition cognitive et comportementale, ces concepts cadrent tout à fait dans le modèle de la flexibilité psychologique à la base de l'ACT.

## 8 ► POURQUOI ET POUR QUI CE LIVRE ?

Très peu d'ouvrages portent sur la douleur chronique et l'approche ACT. Quelques livres s'adressent directement aux personnes souffrant de douleur chronique, dont celui de Dahl et Lundgren (2006), disponible uniquement en version originale anglaise, et celui de Dionne (2014) qui est proposé en français. Il y a également quelques ouvrages pour les psys, comme ceux de Dahl et al. (2005) ou McCracken (2005). Toutefois, ces ouvrages sont en anglais, datent de plusieurs années et n'offrent pas une démarche d'intervention aussi complète que ce guide. Ce livre s'adresse aux professionnels de la santé qui œuvrent dans les centres de traitement de la douleur ou en cabinet privé. Il vise tout particulièrement les psychologues, psychothérapeutes, psychiatres et médecins qui effectuent de la psychothérapie, communément appelés les « psys » dans cet ouvrage. Il a pour but de favoriser des changements significatifs dans le fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental de l'individu. Il propose un ensemble d'instruments de mesure pour effectuer une évaluation exhaustive de la santé psychologique du client, ainsi que de nombreuses stratégies thérapeutiques. Bien que ces actes soient généralement réservés aux psys, ce livre peut aussi s'avérer utile pour tout autre intervenant qui travaille auprès de personnes souffrant de douleur chronique, comme les infirmières, travailleurs sociaux, physiothérapeutes, kinésiologues, pharmaciens, ergothérapeutes (logopèdes), et permet d'adapter ses enseignements à la pratique clinique de chacun.

## 9 ► COMMENT CET OUVRAGE EST-IL CONSTRUIT ?

Ce livre propose une méthode efficace pour intervenir auprès des personnes souffrant de douleur chronique. Il suggère un guide de pratique à la fois systématique et flexible. Il est divisé en deux parties. La première partie porte plus généralement sur la théorie, la recherche et les processus d'intervention de l'ACT. Le chapitre 1 présente l'évolution des TCC dans le traitement de la douleur chronique selon trois paradigmes ou vagues. Il décrit notamment les principaux processus psychologiques associés à chacune de ces générations de TCC (p. ex., kinésiophobie, dramatisation de la douleur) ainsi que les principales méthodes d'intervention associées à chaque tradition. Le chapitre 2 décrit le modèle de la flexibilité psychologique de l'ACT en abordant ses fondements théoriques et épistémologiques. Il décrit ses principaux processus thérapeutiques appliqués au traitement de la douleur chronique et l'état actuel des connaissances empiriques qui appuie la pertinence de ces processus. Le chapitre 3

expose quelques grands principes de l'alliance thérapeutique appliquée aux particularités des clients présentant de la douleur chronique. Il explique également son rôle dans le modèle thérapeutique de la flexibilité psychologique. Le chapitre 4 permet de se familiariser avec l'évaluation diagnostique et fonctionnelle. Plusieurs instruments de mesure sont présentés afin d'évaluer les variables essentielles aux résultats thérapeutiques et aux processus ciblés. La deuxième partie de cet ouvrage présente un guide d'intervention complet en 10 modules dans un format souple et adapté au client.

## Vignettes cliniques et encadrés

Alors que *Corinne* vous accompagnera pour la partie 1 de ce volume, vous suivrez le parcours de *Rémi* dans la partie 2. Basées sur des histoires vécues, mais modifiées à des fins pédagogiques, ces illustrations cliniques permettront d'expliquer les aspects théoriques et de rendre les interventions plus concrètes et réalistes. Enfin, des encadrés mettront l'accent sur divers aspects cliniques.

## En pratique

Il est parfois difficile de réconcilier la pratique et la recherche. La littérature ACT peut paraître simple de l'extérieur, mais plus on se familiarise avec cette approche, plus on réalise sa complexité d'un point de vue conceptuel. La littérature regorge de termes issus de la tradition comportementale de première vague et cela peut amener le psy à se dire : « C'est bien beau tout cela, mais qu'est-ce que ça change concrètement dans la pratique ? » Les encadrés *En pratique* visent précisément à répondre à cette question. Ils expliquent les retentissements cliniques des notions qui peuvent paraître ardues de prime abord.

## Astuce

Les encadrés *Astuce* présentent des conseils pour favoriser l'efficacité des interventions du psy. Ceux-ci l'amèneront à prêter attention à certains aspects pratiques de ses interventions qu'il n'avait peut-être jamais considérés auparavant.

## Questions utiles

Étant donné le caractère expérientiel de l'ACT, le psy est très actif au sein de la thérapie. Il est amené à poser beaucoup de questions afin que le client puisse trouver ses « propres réponses » et mieux explorer son monde interne.

Les encadrés *Questions utiles*, permettront au psy de travailler certains aspects thérapeutiques avec son client. Ces questions pourront également être utilisées par lui-même afin d'encourager sa propre réflexion en séance.

## **Pistes de réflexion**

La pratique réflexive est au cœur de la psychothérapie. Les encadrés *Pistes de réflexion* favorisent l'*insight* et nourrissent la créativité et l'évolution personnelle et professionnelle du psy.

## **Faire face aux défis**

La pratique auprès de personnes souffrant de douleur chronique plonge fréquemment le psy dans des impasses cliniques. Les passages intitulés : « Illustrations – Faire face aux défis » offrent des trucs pour transformer les obstacles en défi, voire même en opportunité d'apprentissage pour le client et le psy.

Sans plus tarder, allons à la rencontre de Corinne. Par la suite, nous aurons l'occasion d'analyser sa situation selon la perspective des trois vagues de TCC.



Partie 1

# **Théorie, pratique et recherche**

Chapitre 1 – Les modèles comportementaux et cognitifs de la douleur chronique : de la première à la troisième vague	24
Chapitre 2 – Le modèle de la flexibilité psychologique	44
Chapitre 3 – L'établissement de l'alliance thérapeutique	62
Chapitre 4 – L'évaluation de la douleur chronique	82



## Corinne, vignette clinique

« *L'enfer a commencé le jour de mon accouchement, jour qui devait être rempli de promesses... Le premier d'une nouvelle vie.* »

CORINNE

Corinne était âgée de 30 ans le jour de son accouchement. Jeune femme active, elle était esthéticienne et elle adorait son métier. En partenariat avec une collègue, elle venait tout juste d'ouvrir son premier salon d'esthétique le jour où elle a appris qu'elle était enceinte. Son conjoint et elle étaient fous de joie à l'idée d'avoir un premier enfant.

Corinne raconte qu'elle a dû accoucher par césarienne en raison d'une présentation en siège de son garçon. À la sortie de la salle de réveil, elle explique qu'elle n'était plus en mesure de bouger sa jambe gauche et qu'elle ressentait de vives douleurs dans la région de l'aîne. Sa gynécologue lui aurait dit que c'était probablement dû au pansement qui était peut-être un peu trop serré ou aux points qui faisaient pression sur un nerf, mais que cette douleur allait disparaître avec le temps. Il lui a fallu plus de trois semaines avant qu'elle ne réussisse à marcher de nouveau, selon ce qu'elle rapporte. Elle se rappelle que les premiers jours avec son nouveau-né furent très éprouvants pour son conjoint et elle.

Deux années se sont écoulées depuis son accouchement et Corinne est toujours aux prises avec ces mêmes symptômes douloureux, dans la région de l'aîne gauche principalement. Lors d'une consultation médicale, on lui demande d'évaluer la douleur sur une échelle de 0 à 10. Pour elle, cette estimation a peu de sens, considérant le caractère singulier de ses douleurs :

« *14 sur 10 !?* »

Elle tente néanmoins de répondre du mieux qu'elle peut.

« *Au repos, je ressens des sensations de chatouillement ou de légères coupures d'une intensité de 4 à 5 sur 10. Par contre, lorsque je suis assise ou debout plus d'une quinzaine de minutes, l'intensité peut augmenter jusqu'à 7 sur 10. Quand je m'active à mes tâches quotidiennes, la douleur se situe entre 5 et 6 sur 10. La douleur la plus intense peut atteindre jusqu'à 8 sur 10. De fortes migraines du côté gauche de la tête accompagnent parfois ces symptômes et malheureusement, les traitements de cortisone semblent augmenter leur fréquence et leur intensité.* »

Corinne explique que ce qui est le plus asservissant pour elle, ce sont les crises douloureuses qui se présentent de façon inattendue, sous forme de décharges électriques.

*« C'est comme si ma jambe gauche est connectée à une prise électrique ou qu'on me lacère violemment la peau avec des coups de couteau. Je n'ai jamais rien ressenti de tel. »*

Ces crises peuvent durer entre 3 et 4 minutes et se présenter de 5 à 10 fois par semaine. Durant l'une de ces crises, elle a déjà fait tomber son fils alors qu'elle le tenait dans ses bras. Corinne est visiblement très inquiète lorsqu'elle relate ses symptômes aux différents professionnels de la santé rencontrés. Et jusqu'à maintenant, les analgésiques, les infiltrations de cortisone, les traitements par radiofréquence et la physiothérapie n'auraient permis de diminuer la fréquence et l'intensité des symptômes que de 15 à 20 %.

Il y a trois mois, Corinne a tenté un retour progressif au travail sous la recommandation de son médecin. Elle raconte que cette tentative fut un « échec total » en raison de l'augmentation de l'intensité de la douleur consécutive aux positions stationnaires adoptées dans ses tâches professionnelles. Ce retour aurait également engendré l'accroissement de la fréquence et l'intensité des crises « électriques ».

*« J'ai eu tellement peur, j'étais tétanisée ! J'ai dit à mon médecin que je devais absolument cesser de travailler ! Dieu sait ce qui pourrait arriver ! ».*

Aujourd'hui, son médecin lui recommande de consulter un psychologue en raison de symptômes dépressifs. Corinne ne comprend pas l'utilité de cette démarche.

*« Enlevez-moi cette 'maudite' douleur et je n'aurai plus de symptômes dépressifs ! Qu'est-ce qu'un 'psy' peut faire pour éradiquer ces douleurs ? »*

# Chapitre 1

**Les modèles  
comportementaux  
et cognitifs de la douleur  
chronique : de la première  
à la troisième vague**



1	La douleur chronique, une maladie complexe	26
2	Le modèle à la base des thérapies cognitives et comportementales	28
3	Une intrication problématique entre pensées, sensations, émotions et comportements	28
4	L'évolution des TCC	29