

Douleurs chroniques et thérapie cognitivo-comportementale de groupe

Philippe Chassot*, Valérie Piguet*, Charles Remund*, Christophe Luthy*, Christine Cedraschi*

Mots-clés : Thérapie cognitivo-comportementale - Douleur chronique - Groupe.

Contexte clinique et cadre général

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une méthode psychothérapeutique structurée, de durée généralement brève, et qui a fait initialement l'objet de multiples travaux dans le traitement des patients souffrant de troubles dépressifs et anxieux (1). Dans le domaine de la douleur chronique, les bénéfices de la thérapie cognitivo-comportementale sont également reconnus en termes d'amélioration des performances physiques, de la vie sociale et de la qualité de vie des patients (2-4). La plupart du temps, cette technique est proposée conjointement à d'autres modes de traitement couramment prescrits dans le domaine de la douleur chronique, qu'il s'agisse de traitements physiques ou pharmacologiques. Schématiquement, lorsqu'elle s'adresse à des patients souffrant de douleurs chroniques, la TCC vise à mettre à leur disposition de meilleurs outils pour faire face à la douleur et à ses conséquences dans la vie quotidienne. Ainsi, en cours de séance, l'analyse de situations problématiques concrètes évoquées par les participants permet la mise en évidence de liens entre les cognitions (pensées), les affects (émotions) et les comporte-

ments (5, 6). Le patient est alors amené à identifier ses émotions négatives et à mettre en évidence les pensées liées à ces émotions. La thérapie vise à permettre aux patients d'élaborer de nouvelles pensées pour contrer les cognitions automatiques négatives, technique déjà introduite par Beck en 1979 (1). Essentiellement, la relation thérapeutique entre le patient et le thérapeute se fonde sur la compréhension et la collaboration : le thérapeute "pilote la thérapie que le patient commande". La décentration constitue un concept central de la TCC. Elle se définit comme la capacité des individus à prendre de la distance par rapport à l'environnement, mais aussi comme leur capacité à se mettre à la place de l'autre. Il s'agit d'une stratégie permettant de gérer une difficulté en focalisant l'attention du sujet de manière différente, ou en redirigeant cette attention sur une autre tâche ou activité. En effet, l'attention, qui est étroitement liée à la notion de décentration, constitue une variable psychologique importante dans la gestion de la douleur, et de nombreux travaux montrent que la douleur est perçue de façon moins intense lorsque les individus sont distraits de leurs symptômes (7). Ainsi, la TCC aborde les difficultés et propose une résolution de problèmes par des stratégies spécifiques de "l'ici et maintenant" en plaçant toujours le patient dans un rôle actif face à son problème. Les techniques visent à inciter le patient à mieux identifier son problème et les limitations que la douleur provoque, puis à définir des objectifs et à élaborer des moyens

personnels pour y faire face en développant des stratégies spécifiques (8). Ces stratégies sont discutées et élaborées en séance, puis exercées à domicile sous forme de "tâches". Il est essentiel que le patient les mette en pratique dans son quotidien et observe les résultats qu'il pourra transmettre au groupe lors de la séance suivante. La répétition de ces expériences vise à amener le patient à modifier progressivement sa façon de voir les difficultés ou à intervenir directement sur la situation de manière à pouvoir mieux faire face aux problèmes qu'elle suscite (9). En considérant la douleur et les représentations qui lui sont attachées comme un processus évolutif, la théorie des stades du changement apporte un éclairage intéressant sur la TCC. Prochaska et Di Clemente (10) ont développé un modèle dynamique faisant apparaître les stades comportementaux traversés lors de périodes importantes de changement. D'un stade "précontemplatif", où il ne considère pas son comportement comme problématique, le sujet passe progressivement par plusieurs étapes l'amenant au stade de l'action, où il met en œuvre diverses stratégies de changement. Par conséquent, la thérapie est sensiblement différente avec une personne pour qui le changement de comportement n'est pas encore envisagé ou avec un autre sujet qui expérimente les sentiments ambivaux liés au processus de changement. En effet, un lien est démontré entre la "précontemplation" et l'utilisation de stratégies peu efficaces en termes de changement. Au contraire, les personnes qui sont dans un processus actif de changement utilisent plus aisément des stratégies adaptées à cet objectif (11).

* Consultation multidisciplinaire de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève.

Principales caractéristiques des programmes de TCC : revue de la littérature

De nombreuses équipes ont développé et appliqué la TCC pour les patients souffrant de douleurs chroniques, sans toutefois qu'un programme standardisé fasse l'objet d'un consensus. Ainsi, par exemple, un programme ambulatoire peut se dérouler soit en groupe, soit en individuel. De taille variable (4 à 16 personnes), le groupe se réunit pendant 3 à 8 semaines (12) au cours desquelles l'approche cognitivo-comportementale est associée à différentes techniques telles que la relaxation, des exercices physiques comme le stretching ou des activités en piscine (11, 13-15). Les patients reçoivent également des informations concernant l'anatomie, la physiologie, les causes possibles de la douleur et de ses fluctuations. Les participants effectuent de nouvelles expériences proprioceptives qui leur permettent de diriger leur attention sur le niveau fonctionnel qu'ils peuvent atteindre et non plus sur leurs douleurs (8, 16). Certaines équipes mettent en particulier l'accent sur les problèmes liés au traitement médicamenteux. Le groupe peut alors être le lieu où les représentations des participants sont abordées, et, notamment, la consommation des médicaments qui est souvent problématique, comme dans d'autres maladies chroniques (observance thérapeutique, abus et dépendance, par exemple).

Dans d'autres circonstances, le contenu de la TCC est plus personnalisé et peut faire le lien avec la thérapie individuelle ou familiale. En effet, la TCC peut inclure la famille et l'entourage des patients, ouvrant ainsi non seulement son champ d'investigation à

la résolution de problèmes, mais également aux difficultés relationnelles et à l'anxiété que peuvent engendrer les douleurs (11, 16). Les programmes de TCC de groupe sont le plus souvent animés par plusieurs thérapeutes (entre 2 et 4), psychologues, médecins, physiothérapeutes ou infirmiers, tous spécialistes de la douleur. Les équipes sont parfois constituées de thérapeutes et de superviseurs qui utilisent le miroir sans tain ou des enregistrements vidéos. Les thérapeutes peuvent ainsi mieux adapter le traitement, qui évolue au rythme des séances en fonction des changements personnels de chaque patient.

Au cours des séances, le(s) thérapeute(s) aide(nt) les participants à identifier les facteurs susceptibles de maintenir la douleur. L'accent est, entre autres, porté sur la définition des limites qui aboutissent à la non-réalisation des objectifs. L'équipe thérapeutique encourage les patients à mettre en pratique quotidiennement des activités que les participants ont identifiées comme réalisables et importantes pour eux, et dont on suit l'évolution au cours du programme. Les stratégies dites de *coping* recouvrent l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et un événement éprouvant, afin d'en maîtriser ou d'en diminuer l'incidence sur son bien-être physique et psychique. La mise en pratique des stratégies de *coping* est utilisée en thérapie afin d'améliorer la gestion de la douleur en passant par des modifications des comportements mais aussi des cognitions. Chaque patient peut alors effectuer sa propre analyse de ses réussites et de ses limites, en fonction de ses objectifs propres. Les activités à domicile font le lien entre le temps passé dans le groupe et la vie quotidienne des patients, relation très importante en TCC, la plupart des changements intervenant en dehors du temps du groupe (8, 11, 13-17).

Efficacité clinique de la TCC

De nombreuses études cliniques ont démontré l'efficacité de la TCC dans des collectifs de patients présentant des douleurs chroniques (18). Plusieurs travaux ont montré que des bénéfices cliniques peuvent être mis en évidence jusqu'à 6 à 24 mois après la fin du traitement et que ces derniers s'additionnent à ceux obtenus par une prise en charge médicale habituelle. Selon ces données, il semble également que les approches groupales soient plus efficaces et moins coûteuses que les psychothérapies individuelles (19) pour certains patients. En particulier, les bénéfices sont plus marqués et de plus longue durée une fois la thérapie terminée (13). Relevons toutefois que l'analyse des bénéfices de la TCC est compliquée par le fait que la plupart des travaux publiés ne permettent pas de comparer entre eux les différents modèles de TCC. Ces bénéfices concernent la perception de la douleur et l'évaluation subjective des symptômes, mais également l'anxiété, la dépression, les cognitions, le niveau fonctionnel et la qualité de vie des participants. En outre, une meilleure réinsertion sociale des patients ayant suivi une TCC a également été démontrée, sans qu'elle soit toujours accompagnée d'une modification de l'intensité de la douleur (17, 20). Soulignons cependant que si les TCC sont efficaces, il reste souvent difficile d'établir précisément quels sont les facteurs de la thérapie et de l'environnement qui influencent le plus le vécu douloureux du patient (12). Cette difficulté reflète d'ailleurs la réalité clinique, puisque la plupart des patients présentant des douleurs chroniques sont pris en charge par des équipes multidisciplinaires et que les approches cognitivo-comportementales ne représentent jamais qu'un aspect des traitements en cours.

L'expérience de la consultation multidisciplinaire de la douleur des hôpitaux universitaires de Genève

Depuis 1997, l'équipe du centre multidisciplinaire de la douleur des hôpitaux universitaires de Genève a élaboré et développé, sur la base des données de la littérature, une TCC de groupe répondant spécifiquement aux problèmes rencontrés par les patients référés par leur médecin traitant en raison de douleurs chroniques rebelles (9, 21). Cette thérapie se déroule sur 8 séances de 90 minutes (12 heures de thérapie au total), à raison d'une séance par semaine. Deux thérapeutes, un psychiatre et un intervenant du centre sont dans la salle avec le groupe tandis que d'autres membres de l'équipe observent les séances derrière la vitre sans tain et proposent des recadrages aux thérapeutes lors des discussions "post-groupe".

Lors de la première séance, un thérapeute expose les mécanismes physiopathologiques généraux de la douleur et les liens connus entre la douleur chronique et les ressentis personnels, ainsi que les modifications de comportements induites par la persistance de symptômes. La tâche à domicile invite les patients à observer, durant la semaine qui suit, les conséquences de leurs douleurs sur leur quotidien et à définir une ou deux situations concrètes sur lesquelles ils souhaiteraient travailler par la suite. Durant les séances suivantes, le travail thérapeutique consiste à guider le patient dans l'observation de la nature des difficultés rencontrées et de ses réactions face à la difficulté. Le principal moyen utilisé est la mise en place de stratégies visant à modifier les pensées, les émotions et les comportements du patient. Par exemple, une patiente explique

difficulté à s'interrompre lorsqu'elle effectue des activités ménagères, ce qui aggrave l'intensité des douleurs. Au cours de la thérapie, elle élabore une stratégie lui permettant de mieux faire face à son problème : "J'ai eu une idée... je mets moins d'eau dans le fer à repasser et, comme ça, le réservoir est plus vite vide et je sais que je dois m'arrêter."

Elle a par ailleurs pu envisager de généraliser cette stratégie à d'autres activités : "Avant, quand je faisais un puzzle, je ne m'arrêtais plus et après j'avais très mal... j'en étais venue à me dire qu'il valait peut-être mieux que je n'en fasse plus... Maintenant, j'ai essayé comme pour repasser : je m'installe avec mon puzzle sur le balcon et je m'arrête dès que j'ai froid !"

Le concept de décentration est repris tout au long des séances, de manière théorique d'une part, en expliquant cette notion, et en lien avec des expériences sensorielles rapportées par les patients ou expérimentées dans le groupe, d'autre part. En effet, il est fréquent d'observer que de nombreux patients décrivent spontanément une modulation des sensations et des pensées lors d'une prise de distance attentionnelle (comme, par exemple, écouter de la musique, se concentrer sur une image ou sur un exercice de gustation). Ainsi, ces expériences permettent des recadrages cognitifs sur les différences interpersonnelles de ressentis, mais aussi sur l'expérience même de décentration. Cette patiente explique en effet : "Moi, quand j'ai mal, des fois, j'écoute de la musique... Il y a des chansons où, tout d'un coup, je suis ailleurs... J'aime bien les chansons de Michel Polnareff ; des fois, quand j'écoute, j'oublie presque que j'ai mal..." Cette remarque a permis à d'autres participants de faire état d'expériences similaires ou différentes, liées à diverses sources de prise de distance attentionnelle.

Conclusion

Le point commun des diverses formes de TCC validées dans la prise en soins de patients présentant des douleurs chroniques est la volonté d'amener ces patients à réussir des changements qui leur permettent de mieux vivre le quotidien. En aidant ces patients à définir les limites liées aux douleurs chroniques, à fixer des buts réalisables et importants pour eux et à élaborer des moyens de les mettre en pratique dans le quotidien, l'accent est clairement mis sur l'enclenchement d'une dynamique de l'activité d'une part, et sur l'identification des cognitions et des émotions qui y sont associées d'autre part. Cette démarche comprend également la définition des compétences des individus – leurs points forts et leurs points faibles – et la manière dont ces compétences peuvent intervenir dans le changement. Il peut aussi parfois s'agir de l'acceptation de situations comme étant trop difficiles à modifier. Proposée à des patients présentant des douleurs chroniques rebelles, la TCC a pour but non pas tant de faire disparaître les douleurs, mais bien plutôt d'aider les participants à mieux gérer ces douleurs et leurs conséquences négatives. Cette prise en charge complète donc l'approche du médecin de premier recours et celles, plus spécifiques, pouvant être proposées dans le cadre d'un programme spécialisé et multimodal de prise en charge. Cependant, au-delà du modèle de prise en charge proposé, nous voulons souligner ici combien – que la thérapie repose d'abord sur un modèle cognitivo-comportemental, sur des approches interpersonnelles ou psychodynamiques, sur des traitements médicamenteux ou encore sur des approches combinées (22, 23) – c'est d'abord une relation médecin-malade prolongée, tolérant la répétition des mises en échec, qui permet d'approcher sans trop d'angoisse les sens possibles de la plainte douloureuse chronique (24). En effet, notre expérience nous convainc

que les progrès des sciences médicales et des statistiques laissent toujours un "reste", un espace qu'il importe de questionner pour ne pas dénier au patient le droit à la parole et lui laisser la possibilité de reconnaître les fonctions spécifiques des plaintes rebelles. Cela pour ne jamais omettre ni l'importance du statut du corps, ni celle des dimensions de la relation et des contre-attitudes que soulève la problématique de la prise en charge de ces patients. ■

Références bibliographiques

1. Beck AT et al. *Cognitive therapy of depression*. New York : Guilford Press, 1979.
2. Wall PD, Melzack R. *Textbook of pain*. Londres : Churchill Livingstone, 1999.
3. McCracken LM, Turk DC. *Behavioral and cognitive-behavioral treatment for chronic pain: outcome, predictors of outcome, and treatment process*. Spine 2002;27:2564-73.
4. Vlaeyen JWS, Linton SL. *Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art*. Pain 2000;85:317-22.
5. Bandura A. *L'apprentissage social*. Bruxelles : Margada, 1976.
6. Guidano VF, Liotti G. *Cognitive process and emotional disorders*. New York : Guilford Press, 1983.
7. Villemure C, Bushnell MC. *Cognitive modulation of pain: how do attention and emotion influence pain processing?* Pain 2002;95:195-9.
8. Moore JE, von Korff M, Cherkin D, Saunders K, Lorig K. *A randomized trial of a cognitive-behavioral program for enhancing back pain self care in a primary care setting*. Pain 2000;8:145-53.
9. Lalive-Aubert J, Piguët V, Cedraschi C et al. *Thérapie cognitivo-comportementale de groupe avec des patients souffrant de douleurs chroniques*. Med Hyg 2001;59:1568-70.
10. Prochaska JO, Di Clemente CC. *Toward a comprehensive model of change*. In: Miller W, Heather N, eds. *Treating addictive behaviours: processes of change*. New York : Plenum Press, 1986.
11. Jensen MP, Nielsen WR, Turner JA, Romano JM, Hill ML. *Readiness to self-manage pain is associated with coping and with psychological and physical functioning among patients with chronic pain*. Pain 1998;104:529-37.
12. Morley S, Eccleston C, Williams A. *Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache*. Pain 1999;80:1-13.
13. Turner-Stokes L, Erkeller-Yuksel F, Miles A et al. *Outpatient cognitive behavioral pain management programs: a randomized comparison of a group-based multidisciplinary vs an individual therapy model*. Am Acad Phys Med Rehabil 2003;84:781-8.
14. Turner JA, Jensen MP. *Efficacy of cognitive therapy for chronic low back pain*. Pain 1993;52:169-77.
15. Haldorsen EMH, Kronholm K, Skouen JS, Ursin H. *Predictors for outcome of a multi-modal cognitive behavioural treatment program for low back pain patients – a 12-month follow-up study*. Eur J Pain 1998;2:293-307.
16. Eccleston C, Malleon PN, Clinch J, Connell H, Sourbut C. *Chronic pain in adolescents: evaluation of a programme of interdisciplinary cognitive behaviour therapy*. Arch Dis Child 2003;88:881-5.
17. Linton SJ, Ryberg M. *A cognitive-behavioral group intervention as prevention for persistent neck and back pain in a non-patient population: a randomized controlled trial*. Pain 2001;90:83-90.
18. Basler HD, Jakle C, Kroner-Herwig B. *Incorporation of cognitive-behavioral treatment into the medical care of chronic low back patients: a controlled randomized study in German pain treatment centers*. Patient Educ Couns 1997;31:113-24.
19. Spence SH. *Cognitive-behaviour therapy in the treatment of chronic, occupational pain of the upper limbs: a 2-year follow-up*. Behav Res Ther 1991;29:503-9.
20. Benjamin S, Main CJ. *Psychiatric and psychosocial approaches to the treatment of chronic pain: concepts and individual treatments*. In: Mayou R, Bass C, Sharpe M, eds. *Treatment of functional somatic symptoms*. Oxford : University Press, 1995.
21. Favre C, Cedraschi C. *La psychothérapie cognitive dans le traitement de la douleur chronique*. Med Hyg 2003;61:1358-63.
22. Pilowsky I, Barrow CG. *A controlled study of psychotherapy and amitriptyline used individually and in combination in the treatment of chronic intractable, "psychogenic" pain*. Pain 1990;40:3-19.
23. Pilowsky I, Spence N, Rounsefell B et al. *Out-patient cognitive-behavioural therapy with amitriptyline for chronic non-malignant pain: a comparative study with 6-month follow-up*. Pain 1995;60:49-54.
24. Allaz AF, Piguët V, Desmeules J et al. *Plainte douloureuse chronique : approche multidisciplinaire*. Med Hyg 1999;57:1481-6.

Résumé/Summary

Douleurs chroniques et thérapie cognitivo-comportementale de groupe

Les diverses formes de thérapie cognitivo-comportementale validées pour la douleur chronique ont pour objectif d'amener les patients à réussir des changements qui leur permettent de mieux vivre le quotidien. En les aidant à définir leurs limites, à fixer des buts réalisables et importants pour eux et à élaborer des moyens de les mettre en pratique dans le quotidien, l'accent est mis sur l'activité des patients d'une part, et sur l'identification des cognitions et des émotions qui y sont associées, d'autre part. Cependant, au-delà du modèle de prise en charge proposé, nous voulons souligner ici combien il s'agit avant tout d'une relation médecin-malade prolongée, tolérant la répétition des mises en échec, et qui permet d'approcher sans trop d'angoisse les sens possibles de la plainte douloureuse chronique. En effet, notre expérience nous convainc que les progrès des sciences médicales et des statistiques laissent toujours "un reste" qu'il importe de questionner pour ne pas dénier au patient le droit à la parole et lui laisser la possibilité de reconnaître les fonctions spécifiques des plaintes rebelles. Cela pour ne jamais omettre ni l'importance du statut du corps, ni celle des dimensions de la relation et des contre-attitudes que soulève la problématique de la prise en charge de ces patients.

Chronic pain and cognitive behavioral therapy

Various well validated cognitive behavioral therapies (CBT) are designed to help patients change their daily life style and live better with pain. These changes include defining biophysical limits and attaining on one hand personal realistic activities, while identifying the cognitions and emotions accompanying these activities on the other. Beyond the CBT model we emphasize the importance of a stable doctor-patient relationship tolerating multiple therapeutic failures and exploring, without generating anxiety, the meaning of the painful complaint. Our experience has convinced us that the advances in medical sciences as well as in the field of statistics leaves a "residuum" which allows the patient to explore its specific persistent grievance, without neglecting the bodily illness and other therapeutic dialogues which expose the complexity of taking care of these patients.

Keywords: Cognitive behavioral therapy - Chronic pain - Groupe.