

« Et si les dragons de notre vie n'étaient que des princesses qui attendent que l'on soit courageux »

Lorsque la méditation change notre attitude face à la douleur

Thomas Busigny^{1,2}, Nelly Fabre¹, Michèle Barège¹, Nathalie Cantagrel², Cécile Lestrade²

¹Neurologie, Pôle neurosciences, Hôpital Pierre-Paul Riquet, CHU de Toulouse

²Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD), Pôle neurosciences, Hôpital Pierre-Paul Riquet, CHU de Toulouse

Douleur chronique et méditation : contexte

La douleur chronique est généralement associée à une baisse significative de la qualité de vie et un haut niveau de détresse psychologique chez les patients qui en souffrent (Rosensweig et al., 2011). On retrouve un état de douleur chronique dans de nombreuses affections : arthrite, fibromyalgie, migraine, sclérose en plaques, cancer, polyarthrite rhumatoïde, douleurs dorsales,... La douleur chronique entraîne le plus souvent une dégradation du mode de vie dans les domaines privés et professionnels, la nécessité de renoncer à de nombreuses activités et des conséquences familiales et sociales considérables.

La douleur chronique est une affection compliquée à prendre en charge, étant donné qu'elle combine des facteurs biologiques à un ensemble de facteurs psychologiques, émotionnels, cognitifs, comportementaux et sociaux. En conséquence, la prise en charge de la douleur nécessite la mise en place de traitements multimodaux. Depuis ces dernières années, une série d'approches non médicamenteuses se sont développées : sophrologie, relaxation, biofeedback, thérapies d'acceptation et d'engagement,... Parmi ces approches, les méthodes de méditation et pleine conscience (mindfulness) se sont avérées particulièrement adaptées puisqu'elles insistent sur l'acceptation comme facteur thérapeutique principal. Cette approche est définie comme un « processus cognitif intentionnel caractérisé par la régulation de son attention vers le moment présent, dans une attitude d'ouverture et d'acceptation de l'expérience subjective » (Bishop et al., 2004).

Depuis 1979, Jon Kabat-Zinn, professeur de médecine américain, a lancé aux USA des programmes de méditation de pleine conscience pour les hôpitaux, dans l'objectif d'accompagner les patients souffrant de stress, d'anxiété et de douleur. Il a mis au point un programme de 8 semaines qui est actuellement utilisé dans plus de 200 hôpitaux américains.

Les études menées par Kabat-Zinn et son équipe sur les personnes souffrant de douleur chronique ont montré une réduction importante du niveau moyen de la douleur au cours de l'apprentissage de 8 semaines. Ainsi, ils ont montré que les patients douloureux chroniques présentent une réduction de plus de 50% de leur niveau de douleur après les 8 semaines d'entraînement (Kabat-Zinn et al., 1985). En plus de la douleur, les auteurs ont observé des changements chez ces personnes dans l'évaluation négative de leur corps : à la fin du programme, elles estiment que leur corps est environ 30% moins problématique.

En même temps, on observe une diminution de 30% du retentissement de la douleur dans les activités quotidiennes et une chute de plus de 50% des états d'humeur négative. Ces observations sont également accompagnées d'une amélioration significative de l'anxiété et de la dépression (Kabat-Zinn et al., 1985).

En outre, après leur entraînement à la méditation, les patients douloureux diminuent significativement leurs prises d'antidouleurs (Kabat-Zinn et al., 1985).

Enfin, une étude de suivi de ces patients démontre que les progrès sont durables (Kabat-Zinn et al., 1986). Quatre années après l'entraînement des 8 semaines de méditation, la plupart des bénéfices obtenus sont en moyenne maintenus, voire améliorés.

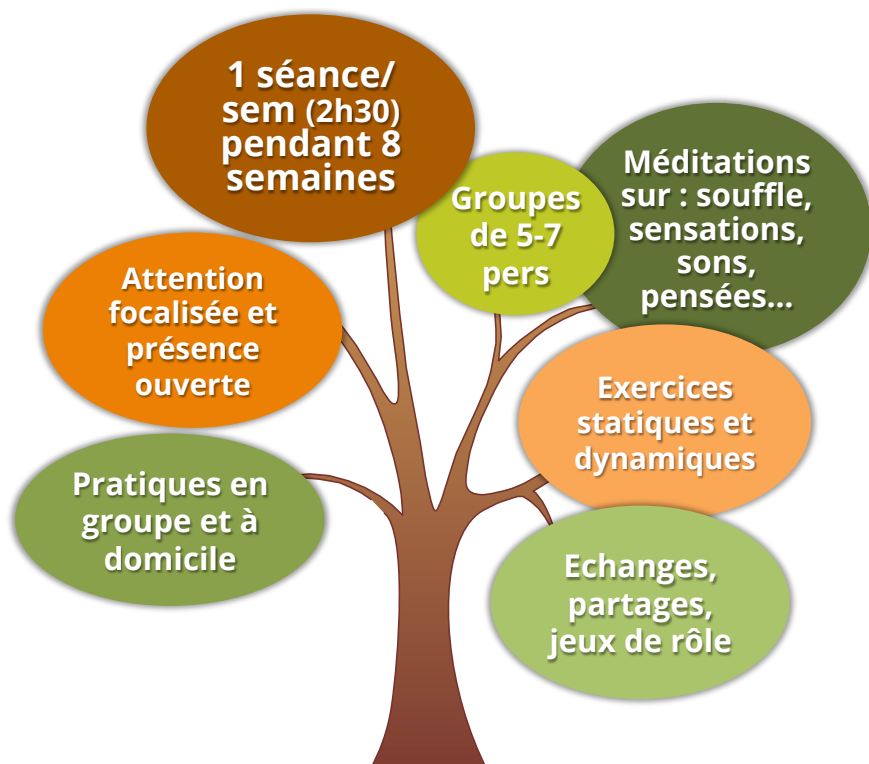
A la suite de ces études, l'entraînement à la méditation de pleine conscience a été reconnu comme un moyen efficace et puissant dans l'auto-régulation des douleurs chroniques. Actuellement, plus de 700 centres dans 44 pays utilisent la méditation dans la prise en charge du stress, des troubles psychopathologiques et de la douleur chronique. En France, l'approche est arrivée en 2004 à l'hôpital Saint-Anne de Paris. Depuis, l'approche a été reconnue par les milieux académiques et universitaires.

Par ailleurs, les publications scientifiques continuent de démontrer les effets bénéfiques de la méditation dans le domaine de la douleur. Ainsi, une étude a été menée en 2010 à Philadelphie sur 133 patients douloureux de différentes conditions (douleurs dorsales, arthrite, migraine, fibromyalgie) ayant suivi le programme de pleine conscience de 8 semaines (Rosenzweig et al., 2010). Les résultats montrent une amélioration significative de la qualité de vie, en termes de fonctionnement physique, de perception de sa santé, de fonctionnement social, de régulation émotionnelle et de santé mentale. De plus, la pratique méditative réduit significativement la détresse psychologique des patients douloureux et se traduit par une baisse de l'anxiété et de l'humeur dépressive.

L'ensemble de ces études démontrent donc que la méditation est une approche pertinente dans l'accompagnement des douleurs chroniques. Elle permet de changer l'expérience subjective de la douleur et de réduire ainsi significativement ses retentissements psychologiques, émotionnels, comportementaux et sociaux.

Mise en place d'un programme de pleine conscience au CHU de Purpan

Considérant l'efficacité démontrée des programmes d'accompagnement de la douleur par la méditation, il a été décidé de lancer un programme de méditation de pleine conscience au sein de l'hôpital Pierre-Paul Riquet du CHU de Purpan (Toulouse). Ce programme était destiné aux patients transitant par le Centre Régional d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD), aux patients des différentes consultations migraines, ainsi qu'aux patients hospitalisés dans l'unité de céphalées chroniques.



Le programme, inspiré du programme MBSR (Kabat-Zinn et al., 1985) est constitué de 8 séances de 2h30 (le vendredi matin de 9h30 à 12h, durant 8 semaines consécutives). Ces matinées sont constituées d'exercices de méditation, d'échanges entre les participants et de sessions de psycho-éducation sur les mécanismes des émotions, du stress, de la douleur... De plus, les patients reçoivent un support audio contenant des exercices à pratiquer chez eux, à raison de 15 à 60 minutes par jour. Les exercices évoluent de semaine en semaine et couvrent les différents aspects de la méditation de pleine conscience :

- Méditations sur le souffle, les sensations, les sons, les pensées, les émotions,...
- Exercices statiques (assis, debout, couché) et dynamiques (en mangeant, en marchant, en faisant des mouvements lents)
- Pratiques formelles et informelles (activités de tous les jours)
- Attention focalisée et présence ouverte
- Réévaluation cognitive

Les processus cognitifs visés par le programme sont :

- L'acceptation : mieux accepter le trouble ou la maladie et s'engager dans la prise en charge. Ne pas viser la disparition du symptôme mais le changement du rapport à l'expérience.
- La métacognition : mieux comprendre son fonctionnement cognitif et comportemental.
- La régulation cognitive : modifier l'attitude envers les pensées et prendre distance par rapport aux cognitions négatives et dysfonctionnelles.
- La régulation émotionnelle : diminuer l'activation émotionnelle et changer son rapport aux émotions.
- L'autonomisation : responsabiliser le patient vis à vis de sa santé et lui donner des outils concrets qu'il peut s'approprier.

Résultats

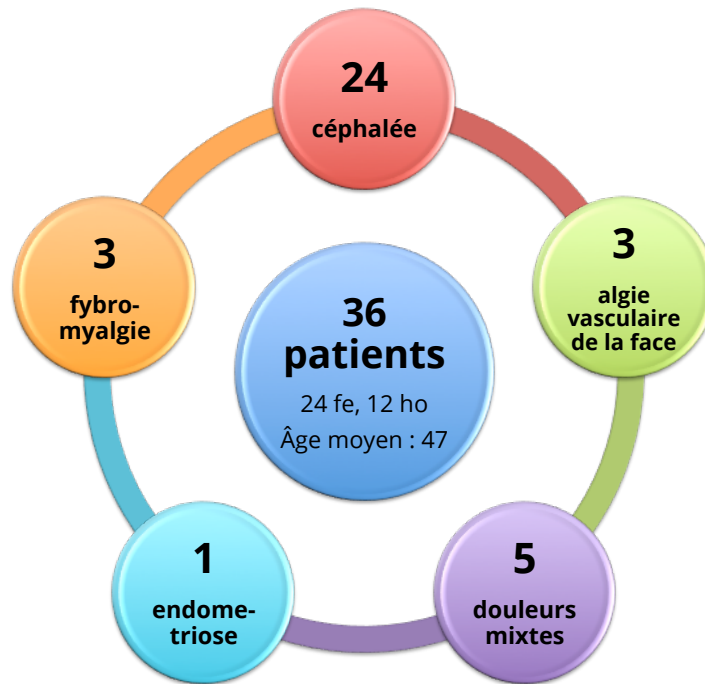
Le programme a été en application de janvier 2015 à mars 2017. Onze programmes complets de 8 semaines ont été effectués pendant cette période. Durant les 26 mois de mise en place des groupes, 64 patients ont participé au programme, présentant tous une affection entraînant un vécu douloureux chronique. 55 d'entre eux sont allés jusqu'au bout du programme.

Avant le commencement du programme, les participants étaient invités à remplir une série d'échelles qui étaient également remplies au terme du programme pour observer les domaines de dévolution. Ces échelles ont pour but d'évaluer :

- l'intensité de la douleur ressentie
- le retentissement au quotidien
- l'acceptation et l'engagement du patient
- les attitudes et les stratégies face à la douleur
- le sentiment de développement personnel
- le niveau de pleine conscience
- les symptômes psychopathologiques de dépression et d'anxiété

Sur les 55 patients ayant effectué l'entièreté du programme, 36 d'entre eux ont complété et rapporté les échelles pré- et post-programme (genre : 24 femmes / 12 hommes ; âge moyen : 47 ans) :

- Céphalées (24)
- Algie vasculaire de la face (3)
- Fibromyalgie (3)
- Endométriose (1)
- Douleurs mixtes (5)

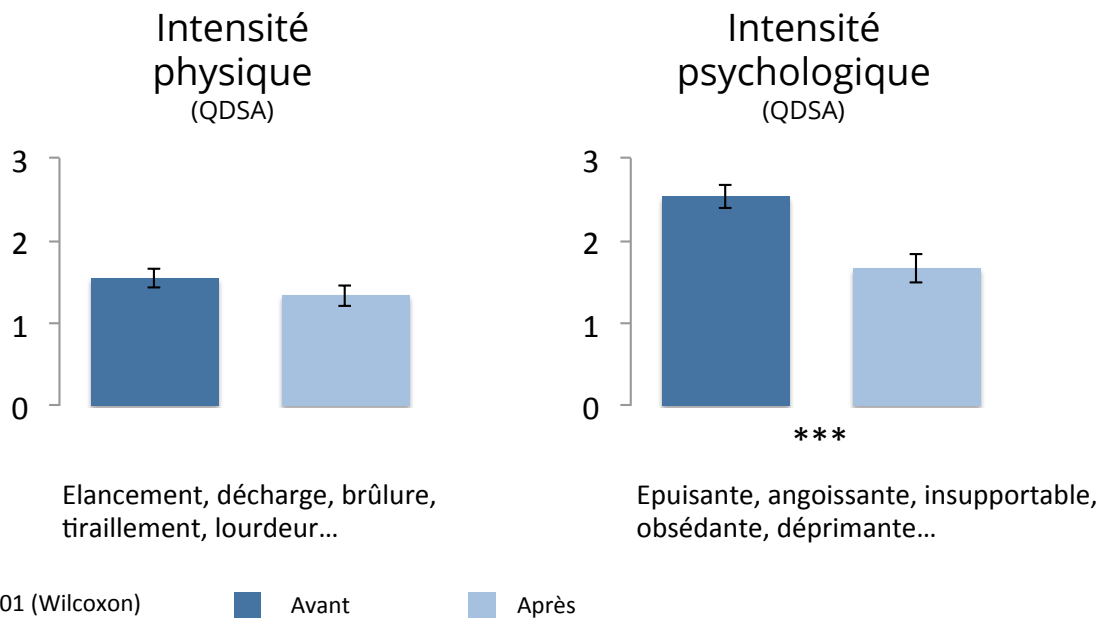


Des analyses de comparaison pré/post-traitement ont été effectuées à l'aide de tests non-paramétriques pour petits échantillons (test des rangs signés de Wilcoxon). L'ensemble des résultats est résumé dans le tableau en annexe.

Intensité de la douleur

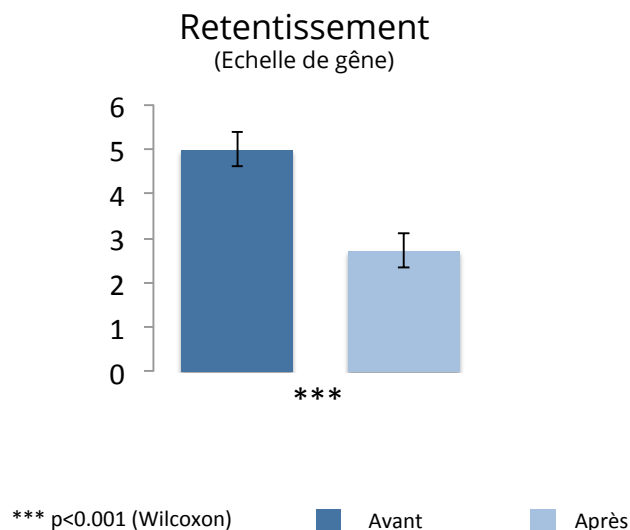
Les résultats montrent que l'intensité générale de la douleur est réduite significativement après le programme. L'intensité de la douleur la plus forte ressentie dans les dernières 24h ainsi que la douleur du moment sont également réduites significativement après le programme.

Plus précisément, le QDSA (Boureau et al., 1984) qui évalue l'intensité physique de la douleur, ainsi que l'intensité psychologique de la souffrance ressentie, montre une baisse significative du niveau de douleur psychologique après le programme de méditation.

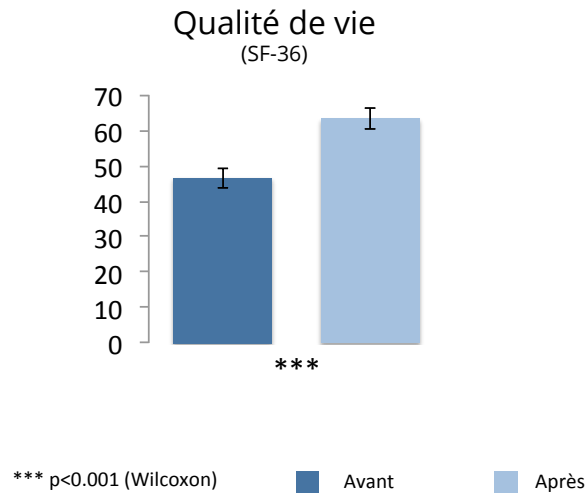


Retentissement quotidien

Une échelle de gêne démontre que la gêne globale dans la vie du patient en raison de sa douleur est significativement diminuée après le traitement. Le retentissement de la gêne diminue significativement dans les 7 domaines évalués : activités, humeur, marche, travail, relations interpersonnelles, sommeil et goût de vivre.



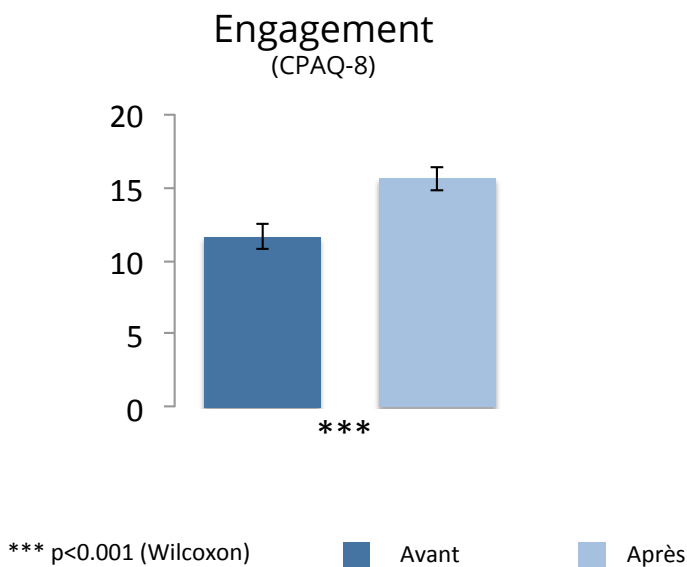
L'échelle de qualité de vie SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992) montre elle aussi un changement très significatif à la fin du programme. Les patients se trouvent moins limités physiquement et émotionnellement, ils trouvent que leur vitalité et leur santé mentale sont meilleures, ils ont de meilleures relations interpersonnelles, et ils estiment que leur santé générale est de meilleure qualité.



L'échelle HIT-6 (Kosinski et al., 2003) spécifiquement rempli par les patients souffrant de céphalées montre également que l'impact des douleurs dans la vie des patients est diminué après l'apprentissage de la méditation. L'échelle MIDAS (Stewart et al., 1999) elle aussi spécifique aux céphalées révèle également une baisse du retentissement des douleurs au quotidien.

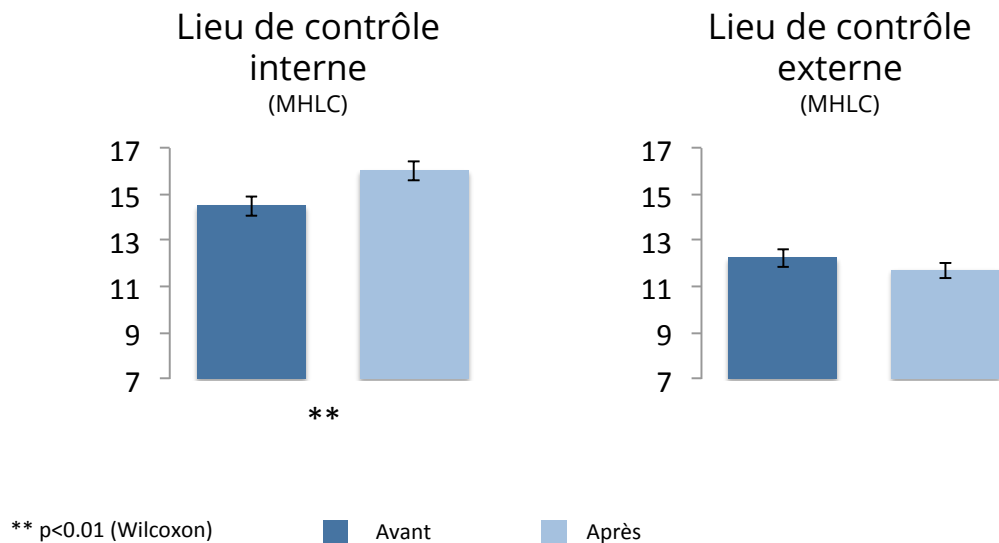
Acceptation et engagement

L'échelle d'acceptation de la douleur et d'engagement dans le quotidien CPAQ-8 (Fish et al., 2010) montre une évolution significative des patients après le programme. L'analyse en détail dévoile que c'est surtout l'engagement des patients dans leur vie qui s'est amélioré.



Attitudes et stratégies face à la douleur

Le MHLC (Wallston et al., 1978) évalue le lieu de contrôle des patients, c'est-à-dire à quoi ils attribuent ce qui leur arrive dans leur vie. Le lieu de contrôle peut être interne (attribution à soi) ou externe (attribution aux autres ou au hasard). L'étude montre qu'après le programme de méditation, les patients ont un lieu de contrôle interne plus fort, c'est-à-dire qu'ils croient davantage que leur sort dépend d'eux-mêmes.



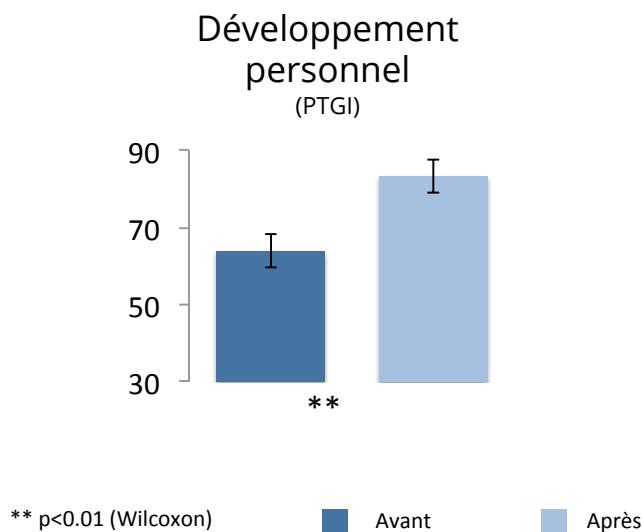
L'échelle de stratégie de coping (CSQ-F, Irachabal et al., 2008) révèle quant à elle que les patients changent d'attitude vis-à-vis de leurs douleurs après avoir appris la méditation. Ils dramatisent moins leur douleur, ils parviennent à la mettre davantage à distance et ils se réfugient moins dans la prière pour qu'elle disparaisse.

L'échelle SOPA (Grisart et al., 1999) des attitudes vis-à-vis de la douleur révèle également des changements d'attitudes. Les patients ont un meilleur sentiment de contrôle de leur douleur, ils réduisent leurs attentes vis-à-vis du corps médical, ils ont moins l'impression que l'activité physique accentue la douleur, et ils considèrent que le handicap découlant de leurs douleurs s'est réduit.

Sentiment de développement personnel

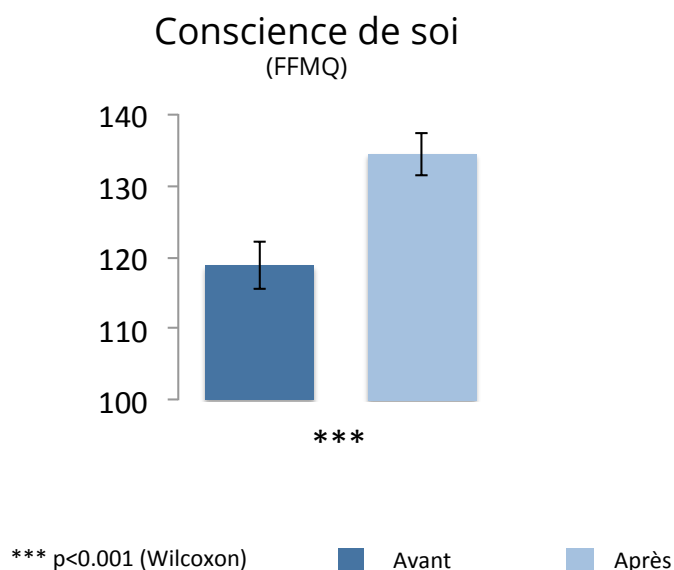
L'échelle PTGI (Tedeschi & Calhoun, 1996) évalue le sentiment de développement personnel à la suite d'un vécu traumatique, comme le peut être une douleur chronique. Les résultats montrent que les patients prennent davantage conscience des changements positifs qu'ils peuvent appliquer dans leur vie après le programme de méditation. Plus spécifiquement, ils

perçoivent un changement positif de leur lien aux autres, ils envisagent davantage de nouvelles possibilités et ont repris confiance en leurs forces personnelles.



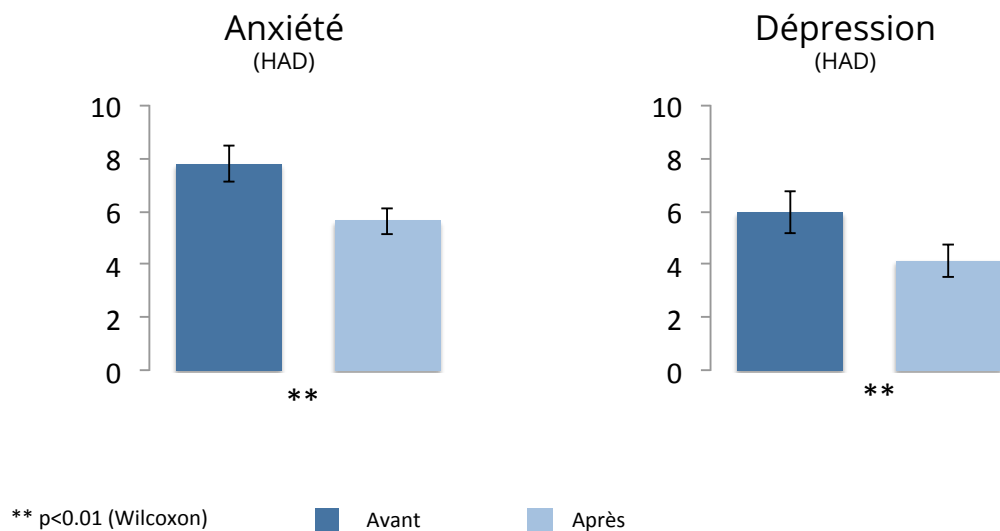
Niveau de pleine conscience

Le FFMQ (Baer et al., 2008) évalue 5 facettes de la pleine conscience. Les évaluations montrent que le niveau de conscience des patients est nettement supérieur après le programme. Plus précisément, on relève que les patients observent et décrivent mieux leurs expériences et qu'ils ont moins tendance à réagir impulsivement après l'apprentissage de la méditation.



Symptômes dépressifs et anxieux

Les échelles évaluant les symptômes dépressifs des patients (Échelle de Beck, Beck et al., 1996 et HAD, Zigmond & Snaith, 1983) montrent une réduction nette des symptômes à la fin du programme. Les symptômes anxieux évalués au sein de l'échelle HAD diminuent également significativement grâce à la méditation.



Conclusions

Pendant 26 mois, un programme de méditation de pleine conscience a été mis en place au CHU de Purpan pour les patients douloureux chroniques. 64 patients ont participé à ce programme et les résultats peuvent être présentés pour 36 d'entre eux.

Les résultats illustrent les effets bénéfiques de la prise en charge. Les patients expriment se sentir mieux, et on observe un changement de l'expérience subjective de la douleur et de ses retentissements psychologiques, émotionnels, comportementaux et sociaux.

Plus précisément, les résultats collectés démontrent des progrès significatifs sur tous les grands niveaux évalués :

- diminution de l'intensité du vécu douloureux
- diminution de la gêne et du retentissement des douleurs au quotidien
- amélioration de l'engagement du patient dans ses activités
- changement de l'attitude face à la douleur, avec une dédramatisation et une responsabilisation face au parcours de soin
- augmentation de la conscience des expériences et du fonctionnement personnel
- diminution des symptômes anxieux et dépressifs

En résumé, la méditation de pleine conscience change l'attitude des patients face à leur douleur. Ils souffrent moins, ils dramatisent moins, ils acceptent mieux leurs symptômes. Mais surtout, ils gagnent en responsabilisation dans leur parcours de soins, ils s'engagent de nouveau et deviennent plus conscients de leurs facteurs de changement. La douleur prend une autre signification et devient une opportunité de développement personnel. Et seulement en 8 semaines !

Tableau de synthèse – Méditation et douleur chronique

	Avant	Après	P (Wilcoxon)
Genre des participants		24 fe / 12 ho	
Age moyen		47,4 (12,5)	
Etiologie			
<i>Céphalées</i>		24	
<i>AVF</i>		3	
<i>Fibromyalgie</i>		3	
<i>Endométriose</i>		1	
<i>Douleurs mixtes</i>		5	
Intensité de la douleur			
<i>Echelle de douleur</i>			
Douleur la plus forte (dernières 24h)	6,1 (3,1)	3,9 (2,7)	0,005
Douleur la plus faible (dernières 24h)	2,0 (2,1)	1,6 (2,1)	0,176
Douleur en général	6,6 (2,0)	5,4 (2,8)	0,002
Douleur en ce moment	3,2 (2,8)	2,2 (2,2)	0,012
Soulagement du traitement médicamenteux	61,3 (29,5)	67,5 (25,0)	0,060
<i>QDSA abrégé (Échelle Douleur de Saint Antoine)</i>			
Intensité physique	1,54 (0,66)	1,34 (0,76)	0,182
Intensité psychologique	2,54 (0,87)	1,67 (1,04)	0,000
Retentissement quotidien			
<i>Échelle de gêne</i>			
TOTAL	5,0 (2,5)	2,7 (2,1)	0,000
Activité générale	5,9 (2,8)	3,0 (2,3)	0,000
Humeur	5,7 (2,8)	3,2 (2,7)	0,000
Capacité à marcher	3,9 (3,6)	2,0 (2,5)	0,003
Travail	6,0 (2,8)	3,4 (2,7)	0,000
Relations avec les autres	4,6 (2,9)	2,5 (2,6)	0,002
Sommeil	4,8 (3,1)	2,9 (2,8)	0,002
Goût de vivre	4,4 (3,5)	1,9 (2,7)	0,000
<i>SF-36 (Echelle de qualité de vie)</i>			
TOTAL	46,5 (16,6)	63,3 (17,7)	0,000
Fonctionnement physique	72,8 (24,1)	80,7 (23,1)	0,025
Limitation physique	28,3 (35,8)	55,0 (40,7)	0,001
Limitation émotionnelle	46,7 (44,3)	75,6 (37,1)	0,002
Vitalité	37,5 (17,8)	50,8 (18,8)	0,000
Santé mentale	51,9 (21,5)	67,1 (17,9)	0,001
Fonctionnement social	47,1 (22,7)	68,3 (21,5)	0,000
Intensité de la douleur	37,4 (23,5)	51,9 (20,9)	0,001
Santé générale	50,7 (17,8)	57,3 (18,8)	0,013
<i>HIT-6 (Headache Impact Test)</i>			
TOTAL	65,1 (5,7)	60,2 (6,7)	0,001
<i>MIDAS (Migraine Disability Assessment Test)</i>			
TOTAL	97,3 (140)	54,4 (109)	0,002
Acceptation et Engagement			
<i>CPAQ-8 (Chronic Pain Acceptance Échelle)</i>			
TOTAL	18,7 (6,8)	24,2 (7,3)	0,000
Engagement	11,6 (5,0)	15,6 (4,9)	0,000
Acceptation	7,0 (4,1)	8,7 (4,4)	0,108
Attitudes et stratégies face à la douleur			
<i>MHLC (Multidimensional Health Locus of Control)</i>			
Lieu de contrôle interne	14,5 (2,4)	16,0 (2,6)	0,001
Lieu de contrôle externe	12,3 (2,4)	11,7 (2,1)	0,282
<i>CSQ-F (Coping Strategies Échelle)</i>			
Distraction	19,9 (9,6)	23,0 (8,1)	0,097
Dramatisation	27,4 (7,8)	22,0 (6,5)	0,001

Ignorance	18,4 (6,6)	19,5 (5,7)	0,405
Réinterprétation	14,3 (4,2)	17,4 (6,5)	0,014
Prière	18,3 (8,5)	15,1 (6,8)	0,003
SOPA (Survey of Pain Attitudes)			
Sentiment de contrôle	18,3 (5,2)	23,2 (6,9)	0,000
Sensibilité aux émotions	22,6 (8,5)	23,4 (8,1)	0,366
Sollicitude	15,8 (9,3)	12,9 (10,6)	0,086
Attentes médicales	24,8 (6,1)	22,3 (6,8)	0,028
Handicap	22,5 (6,4)	19,4 (7,1)	0,012
Sensibilité à l'effort physique	18,7 (6,7)	15,8 (6,2)	0,008
Espoir de guérison	24,1 (8,3)	24,0 (7,5)	0,807

Sentiment de développement personnel

PTGI (Post Traumatic Growth Inventory)

TOTAL	63,8 (26,2)	83,3 (25,6)	0,001
Lien aux autres	20,5 (9,8)	26,4 (9,3)	0,003
Nouvelles possibilités	14,7 (6,8)	21,1 (6,2)	0,000
Force personnelle	12,5 (6,6)	16,9 (5,7)	0,007
Changement spirituel	5,1 (2,9)	5,9 (2,9)	0,095
Appréciation de la vie	11,1 (3,7)	12,9 (4,2)	0,103

Niveau de pleine conscience

FFMQ (Five Facet Mindfulness Échelle)

TOTAL	118,8 (19,9)	134,4 (17,9)	0,000
Observation	25,1 (6,3)	29,8 (4,8)	0,000
Description	24,9 (6,4)	27,0 (5,8)	0,010
Action	24,8 (6,6)	27,1 (5,6)	0,241
Non jugement	26,9 (6,7)	28,4 (5,6)	0,220
Non impulsions	17,2 (4,4)	22,1 (3,9)	0,000

Symptômes dépressifs et anxieux

BECK Depression Inventory

	7,3 (6,3)	4,8 (5,7)	0,001
--	-----------	-----------	--------------

HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale)

Dépression	5,9 (4,8)	4,1 (3,7)	0,006
Anxiété	7,8 (4,0)	5,6 (3,0)	0,001

Bibliographie

Baer, RA., Smith, GT., Lykins, E., et al. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Échelle in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329-342.

Beck, AT., Steer, RA., & Brown, GK. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX : Psychological Corporation.

Bishop, SR., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N.D., Carmody, J., Segal, Z.V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 11 (3), 230-241.

Boureau, F., Luu, M., Doubrene, JF., Gay, C. (1984). Elaboration d'un échelle d'auto-évaluation de la douleur par liste de qualificatifs. Comparaison avec le Mc Gill Pain Échelle de Melzack. *Thérapie*, 39, 119-139.

Fish, RA., McGuire, B., Hogan, M., et al. (2010). Validation of the chronic pain acceptance échelle (CPAQ) in an internet sample and development and preliminary validation of the CPQ-8. *Pain*, 149, 435-443.

Grisart, J., Masquelier, E., & Ophoven, E. (1999). Adaptation et validation en français d'un échelle d'attitudes vis-à-vis de la douleur chronique : étude préliminaire. *Douleur et Analgésie*, 4, 299-303.

Irachabal, S., Koleck, M., Rasclé, N., & Bruchon-Schweitzer, M. (2008). Stratégies de coping des patients douloureux : adaptation française du coping strategies échelle (CSQ-F). *L'Encephale*, 34, 47-53.

Kabat-Zinn, J. (1982). An out-patient program in behavioral médecine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness méditation : Theoretical considérations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastroph Living. Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. Bantam Dell Publishing Group : New-York.

Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness méditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medecine*, 8(2), 163-190.

Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R., & Sellers, W. (1986). Four year follow-up of a méditation-based program for the self-regulation of chronic pain : Treatment outcomes and compliance. *The Clinical Journal of Pain*, 2(3), 159-173.

Kosinski, M., Bayliss, MS., Bjorner, J.B., et al. (2003). A six-item short-form survey for measuring headache impact : the HIT-6. *Quality of Life Research*, 12(8), 963-974.

Laroche, F., & Roussel, P. (2012). *Douleur Chronique et Thérapies Comportementales et Cognitives. Fondements, Efficacité, Cas Cliniques*. Editions In Press : Paris.

- Rosenzweig, S., Greeson, J.M., Reibel., D.K., Green, J.S., Jasser, S.A., & Beasley, D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic Research, 68*, 29-36.
- Stewart, WF., Lipton, RB., Whyte J., et al. (1999). An international study to assess reliability of the migraine disability assessment (MIDAS) score. *Neurology, 53*, 988-994.
- Tedeschi, RG. & Calhoun, LG. (1996). The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*(3), 455-471.
- Wallston, KA., Wallston, BS. & DeVellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs, 6*(2), 160-170.
- Ware, JE., & Sherbourne, CD. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). *Medical Care, 30*, 473-483.
- Zeidan, F., Martucci, K.T., Kraft, R.A., Gordon, N.S., McHaffie, J.G., & Coghill, R.C. (2011). Brain mechanisms supporting the modulation of pain by mindfulness meditation. *The Journal of Neuroscience, 31*(14), 5540-5548.
- Zigmond, AS., & Snaith, RP. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361-370.