

## TRAITEMENT EN GROUPE DE LA DOULEUR CHRONIQUE : L'ÉCOLE INTERACTIONNELLE<sup>1</sup>

GROUP TREATMENT OF CHRONIC PAIN: THE "INTERACTIONAL SCHOOL"

**Jacques Charest<sup>2</sup>**

*Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue*

**Juliana Barcellos de Souza**

*Université de Sherbrooke*

**Isabelle Gaumond**

*Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue*

**Dat-Nhut Nguyen**

*CSSS de Rouyn-Noranda*

**Éric Chaize**

*CSSS de Rouyn-Noranda*

Plus d'une personne sur quatre dans la population adulte souffre de douleur chronique non cancéreuse, c'est-à-dire une douleur continue ou intermittente qui persiste un mois au-delà de la période normale de guérison (Bonica, 1990; Sjogren, Ekholm, Peuckmann, & Gronbaek, 2009). Dans un sondage mené auprès de plus de deux mille canadiens, 27 % des hommes et 31 % de femmes font état de douleur chronique non cancéreuse d'une durée moyenne de dix ans et d'une intensité moyenne de 6,3 sur une échelle de 1 à 10 (Moulin, Clark, Speechley, & Morley-Forster, 2002). Les conséquences au plan biopsychosocial sont majeures autant pour l'individu que pour ses proches : la joie de vivre et la capacité physique sont largement affectées par les douleurs chroniques (Baune, Caniato, Garcia-Alcaraz, & Berger, 2008). À titre d'exemple, une enquête canadienne révèle que 2,4 millions d'individus âgés de 15 ans et plus (10,1 %) sont limités dans leurs activités de vie quotidienne et éprouvent de très grandes difficultés à participer aux événements familiaux et sociaux en raison d'une douleur chronique (Cossette & Duclos, 2002). Contrairement à la douleur aiguë, les moyens pharmacologiques pour soulager la douleur chronique s'avèrent très peu satisfaisants en plus d'engendrer de nouveaux problèmes liés aux inévitables effets secondaires de tout médicament pris sur une longue période de temps (Bigal & Lipton, 2009; Katz & Mazer, 2009; Mercadante, Ferrera, Villari, & Arcuri, 2003). Cette prévalence élevée de la douleur chronique (associée à la lombalgie, la fibromyalgie, l'arthrose, la cervicalgie, etc.) continue de s'accroître et d'exercer un impact considérable sur le système de santé, mettant ainsi l'accent sur l'urgence de développer des interventions qui pourraient aider à réduire son impact (Lawrence *et al.*, 2008).

1. Nous remercions les trois évaluateurs anonymes pour leurs judicieux conseils ainsi que Jean-René Chenard, initiateur de l'École interactionnelle du dos.
2. Département des sciences de la santé, 445 boul. de l'Université, Rouyn-Noranda (QC), J9X 5E4. Courriel : jacques.charest@uqat.ca

Les traitements psychologiques actuels de la douleur chronique visent essentiellement la gestion et l'adaptation aux symptômes. La majorité des études publiées à ce jour montrent l'efficacité du modèle cognitivo-comportemental en soulignant un aspect crucial : les croyances et les attentes du patient sont déterminantes dans le maintien et l'exacerbation des symptômes (Turk, Swanson, & Tunks, 2008). Les techniques utilisées encouragent donc le client à remplacer ses sentiments de passivité, de dépendance et de désespoir par l'activité, l'indépendance et l'utilisation de ses ressources personnelles. Pour sa part et sans être plus efficace que les techniques conventionnelles de relaxation, l'hypnose procure un soulagement temporaire à la majorité des individus en douleur chronique (Molton, Graham, Stoelb, & Jensen, 2007).

De plus, un effet dramatique mais évitable affecte le traitement de la douleur chronique : la santé des patients se détériore rapidement dès que le temps d'attente entre la référence et le traitement s'allonge indûment (Lynch *et al.*, 2008). Au Canada, le temps d'attente pour un rendez-vous dans une clinique de la douleur publique varie de 6 à 24 mois (Peng *et al.*, 2007). Une telle durée d'attente réduit de façon drastique la qualité de vie et le bien-être psychologique des patients. Une solution simple serait d'offrir des traitements efficaces en groupe. L'efficacité signifie ici que l'intervention en groupe diminue de façon significative la douleur tout en produisant un faible taux d'abandon. À titre de contre-exemple, une étude portant sur un programme d'autogestion du diabète de type 2 effectuée à Toronto rapporte un succès relativement élevé... mais un taux d'abandon de plus de 75 % (Gucciardi, Demelo, Offenheim, Grace, & Stewart, 2007). Même si ce traitement s'avère efficace pour améliorer la santé des participants, un taux d'adhésion au traitement de 25 % rend l'intervention inefficace. En effet, comme le précise si bien un médecin spécialiste en prévention cardiovasculaire, « pour que ton plan de traitement soit efficace, il faut que ton patient l'achète » (Dufour, 2008, p. 2). Autrement dit, une intervention qui produit l'effet escompté comporte nécessairement deux éléments : un traitement dont l'efficacité est reconnue et la collaboration du patient au traitement.

En regard de ces deux éléments, l'approche systémique et stratégique – développée au *Mental Research Institute* de Palo Alto en Californie et enrichie par la suite de nouvelles techniques thérapeutiques – offre des moyens pratiques pour améliorer l'efficacité de nos interventions thérapeutiques (Charest, 1998; Fisch & Schlanger, 2005; Fisch, Weakland, & Segal, 1986; Nardone & Watzlawick, 1993; Watzlawick, 1978, 1980, 1988, 1991, 1997, 2003; Watzlawick & Nardone, 2000; Watzlawick & Weakland, 1981; Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1975). Ces moyens pratiques permettent à la fois d'orienter la prescription des tâches proposées au patient et de maximiser sa participation active au traitement.

Dans les pages qui suivent, un bref exposé de l'École interactionnelle de douleur chronique précède la présentation détaillée de sa démarche stratégique.

### ÉCOLE INTERACTIONNELLE DE DOULEUR CHRONIQUE (ÉIDC)

L'École interactionnelle constitue un programme structuré pour traiter, en groupe, la douleur chronique. Son but : apprendre au patient à s'autotraitier ou, plus simplement, à agir différemment face à sa douleur. Les résultats obtenus jusqu'ici avec différents types de douleurs chroniques sont très encourageants. Ainsi, l'École interactionnelle de lombalgie (ÉIL) s'avère un traitement efficace de la lombalgie chronique sévère (Charest, Lavignolle, Chenard, Provencher, & Marchand, 1994). La description détaillée de la démarche et du matériel pédagogique requis pour l'application de l'ÉIL a fait l'objet d'un livre (Charest, Chenard, Lavignolle, & Marchand, 1996). De plus, l'information destinée aux lombalgiques et aux cliniciens est accessible sans frais à notre clinique virtuelle du dos sur Internet (<http://ecoledudos.uqat.ca>). Pour sa part, l'École interactionnelle de fibromyalgie (ÉIF) entraîne aussi des améliorations cliniques importantes et significatives à court et à long terme (un an) chez des personnes atteintes de fibromyalgie (Barcellos de Souza, Bourgault, Charest, & Marchand, 2008; Barcellos de Souza, Charest, & Marchand, 2007; Barcellos de Souza, Potvin, Goffaux, Charest, & Marchand, 2009). Qui plus est, les taux d'abandon sont remarquablement faibles, soit 12 % pour l'ÉIL et 3 % pour l'ÉIF. Enfin, les résultats préliminaires de nos recherches actuellement en cours auprès de personnes souffrant de douleurs abdominales chroniques sont tout aussi prometteurs (Duhaim, Gaumont, Nguyen, & Charest, 2009).

#### Déroulement

L'évaluation clinique constitue le premier contact avec le patient. D'une durée d'environ 40 minutes, l'évaluation débute par une discussion visant à connaître l'histoire du patient, sa trajectoire depuis le début des symptômes ainsi que ses attentes face à l'ÉIDC. Cette discussion est suivie par une évaluation physique (mobilité articulaire, force, équilibre) et par la vérification auprès du patient d'un diagnostic de fibromyalgie ou de lombalgie chronique posé récemment par son médecin. L'évaluation clinique s'achève par la sélection des futurs participants au groupe. Cette sélection repose sur l'application d'une tactique thérapeutique (décrite plus loin) appelée *client ou touriste*. Par la suite, les contacts se poursuivent en groupe. L'ÉIF comporte neuf rencontres hebdomadaires, onze dans le cas de l'ÉIL. L'ÉIDC comprend en plus deux semaines sans rencontre au cours du traitement pour permettre aux participants d'approfondir les techniques enseignées. Chacune des rencontres dure deux heures et se

déroule comme l'indique la Figure 1. Le groupe est constitué de huit patients. Le but de l'ÉIDC, apprendre à s'autotrainer, implique essentiellement de modifier sa façon de gérer son problème de douleur chronique. Ce changement s'effectue, d'une part, par la pratique régulière d'exercices, d'activités cardiorespiratoires, de nouvelles postures, de respirations diaphragmatiques, de variations dans l'alimentation favorisant des gains d'énergie (dans le cas de la personne fibromyalgique) et, d'autre part, par la pratique de stratégies de communication et de gestion de ses capacités avec des membres de son entourage.

À l'ÉIDC, il faut élaborer une routine motrice adaptée à la condition de chacun des clients et l'ajuster à chaque semaine selon les feedback du patient. Pour cette raison, un des animateurs est nécessairement physiothérapeute ou technicien en réadaptation physique. L'autre est psychologue, médecin, infirmière bachelière, ergothérapeute, psychoéducateur ou autre. Pour maximiser la qualité du lien thérapeutique, ces deux animateurs assument au complet le déroulement du traitement, c'est-à-dire toutes les rencontres en groupe ainsi que l'évaluation clinique où s'effectue entre autres la sélection des participants. En douleur chronique, l'adhésion au traitement dépend avant tout de la qualité de la relation entre le patient et le praticien (Dobkin, Sita, & Sewitch, 2006). De plus, les patients attribuent au praticien la responsabilité d'établir une relation de qualité à travers sa *communication* verbale (accueil, engagement, soutien émotionnel, validation, recommandation de matériel pertinent), sa communication non verbale (gestes ouverts et détendus, contacts visuels, sourires) et sa gestion de l'entretien : salle confortable (endroit propre révélant le souci du praticien pour un environnement professionnel et sécurisant), début et fin de la rencontre à l'heure prévue, etc. (Bedi, 2006). Enfin, on porte aussi une attention particulière à l'*alliance thérapeutique* qui expliquerait environ 30 % des progrès de tout traitement thérapeutique (Asay & Lambert, 1999). L'impact de l'alliance thérapeutique est maximal, d'une part, quand il existe une relation de qualité entre la personne en traitement et le praticien et, d'autre part, quand il y a accord sur les *but*s poursuivis et sur les *tâches* à faire (buts et tâches sont discutés en détail plus loin).

Chaque rencontre en groupe comporte un thème de discussion et des périodes pratiques sous supervision de différentes techniques (respiration, relaxation, routine motrice, stratégies cognitives de résolution de problèmes, etc.). L'ÉIF consacre une rencontre à chacun des neuf thèmes de discussion suivants : contrat, symptômes, préparation physique, force mentale, gestion de ses capacités, nutrition, chronicité, traitement et cheminement. Pour sa part, l'ÉIL comprend les onze rencontres suivantes : contrat, douleur aiguë, syndrome du déconditionnement

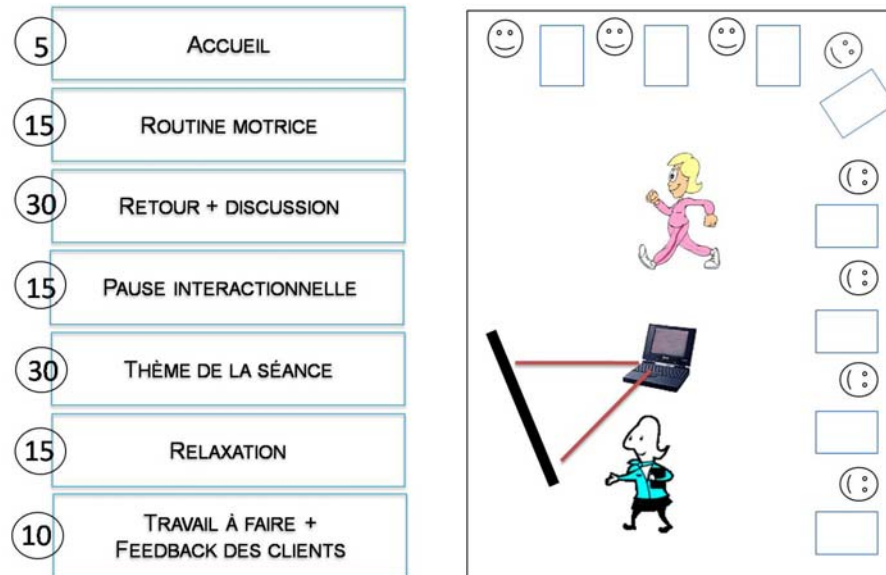


Figure 1. Thèmes et organisation des rencontres ÉIDC.

*Note.* La rencontre hebdomadaire en groupe dure 120 minutes (accueil 5 min, routine motrice 15 min, etc.). Constitué de huit patients et de deux praticiens, le groupe est disposé en L pour faciliter la présentation des diapositives, les échanges entre les participants et la supervision des exercices effectués en position debout, assise ou couchée sur les tapis individuels.

moteur, syndrome du déconditionnement mental, anatomie, terrain, médications, douleur chronique, traitements, chirurgie, recréer ses douleurs. De plus, chaque séance se termine par une *prescription de tâches* à réaliser d'ici la prochaine rencontre (activités physiques et mentales adaptées à chacun des patients). Enfin, un suivi a lieu quatre mois après la fin de l'ÉIDC. Une rencontre attendue! Pour le participant, il s'agit d'un moment privilégié pour partager en groupe les hauts et les bas de son parcours sur les chemins de l'amélioration. Pour le praticien, c'est l'occasion de reconnaître la démarche du patient en écoutant attentivement le compte rendu des mois écoulés depuis la dernière rencontre. C'est également une opportunité de maintenir la motivation nécessaire à la poursuite de l'entraînement physique, mental et ergonomique.

#### Douleur

Les professionnels de la santé reçoivent peu de formation sur la différence entre douleur aiguë et douleur chronique (Ali & Thomson, 2009). Bon nombre d'entre eux soulèvent l'incompréhension mutuelle et la suspicion d'incompétence en expliquant au patient que sa douleur

chronique « est causée soit par une lésion tissulaire qui ne guérit pas, soit par un problème de santé mentale » (Moseley, 2003, p. 184). La recherche effectuée à l'aide de nouvelles technologies, comme la résonance magnétique, montre pourtant que la douleur chronique est bel et bien réelle (Owen, Bureau, Thomas, Prato, & St Lawrence, 2008). En outre, plusieurs facteurs modulent la perception de la douleur comme, par exemple, les attentes (Goffaux, Redmond, Rainville, & Marchand, 2007), le fait de percevoir la douleur comme menaçante (Jackson, Huang, Chen, & Phillips, 2009), les émotions (Bruehl, Burns, Chung, & Quartana, 2008), l'attention (Hasenbring, 2000), la satisfaction liée à l'information fournie par le médecin (Hadjistavropoulos & Shymkiw, 2007), le contexte (Moseley & Arntz, 2007), l'exclusion sociale (Macdonald & Leary, 2005), le sexe (Gaumond & Marchand, 2006), la caféine (Marchand, Li, & Charest, 1995), etc.

La douleur est définie ici comme « une expérience émotionnelle et sensorielle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite en fonction d'une telle lésion » (International Association for the Study of Pain, 1979). Au plan neurophysiologique, l'information nociceptive<sup>1</sup> voyage de la périphérie au cerveau en empruntant essentiellement deux voies principales (Marchand, 2009). Une des voies se projette directement vers les noyaux thalamiques latéraux qui relaient ensuite l'information vers le cortex sensoriel. Cette voie est responsable de la perception de l'intensité de la douleur ou des qualités physiques de la douleur (composante sensoridiscriminative). L'autre voie suit principalement les noyaux de la formation réticulée du tronc cérébral et les noyaux thalamiques médians pour atteindre finalement le cortex frontal et le système limbique, deux régions responsables des émotions et de la mémoire. Cette voie est responsable de la perception de l'aspect désagréable de la douleur (composante motivo-affective). Pour bien visualiser les deux composantes de la douleur, prenons l'exemple d'un mal de dos associé à un cancer des os, par rapport à une cause bénigne : à intensité égale, la douleur liée au cancer est ressentie comme plus désagréable que celle reliée à un simple problème musculaire en raison de la charge émotionnelle plus lourde qu'évoque la maladie grave. Même intimement liées, les deux composantes de la douleur varient donc indépendamment l'une de l'autre. Elles varient aussi dans la même journée. En plus, la douleur demeure toujours une expérience subjective. L'individu reste donc le seul et l'unique *expert* de sa douleur. Dans ce cas, comment savoir si l'approche thérapeutique utilisée réduit véritablement la douleur chronique? En utilisant, bien sûr, un outil de mesure fidèle. Quatre éléments principaux influencent la fidélité de la mesure de la douleur, soit

---

1. Le terme nociception désigne l'activité chimio-électrique de récepteurs et de fibres nerveuses provoquée par une stimulation potentiellement douloureuse ou algique avant son arrivée aux centres nerveux supérieurs.

---

la sensibilité de la mesure, la mémoire de la douleur, la variation de la douleur dans le temps et la mesure des composantes de la douleur.

#### *Sensibilité de la mesure*

Pour évaluer la modulation de la douleur, une échelle en 4 ou 5 niveaux (pas, un peu, moyennement, très, extrêmement) n'est pas fidèle. En général, le patient passera rapidement du premier au second descripteur à la suite d'une légère augmentation dans sa perception de la douleur, mais attendra un changement relativement important avant de passer au troisième ou au quatrième descripteur de l'échelle. Une solution simple consiste à lui substituer plutôt des échelles visuelles analogiques ou ÉVA (voir Figure 2). Dans ce cas-ci, le participant indique le niveau de sa douleur par un trait de crayon sur une ligne de 100 mm marquée à gauche des mots « aucune douleur » (0 mm) et à droite de « la plus intense imaginable » (100 mm). Le résultat est obtenu en additionnant les mesures en millimètres de chacune des échelles, puis en divisant le total par le nombre d'échelles marquées. De telles ÉVA s'avèrent fidèles et très sensibles à détecter la variation de la douleur (Marchand, 2009).

#### *Mémoire de la douleur*

Le praticien évalue souvent le niveau « d'amélioration » ou de « soulagement de la douleur » en demandant au patient, après le traitement, de comparer sa douleur actuelle à celle ressentie avant le traitement. Pourtant, la recherche confirme que la mémoire de la douleur n'est pas fidèle. En fait, nous avons tendance à exagérer l'intensité ou l'aspect désagréable de nos douleurs passées (Broderick, Schwartz, Vikingstad, Pribbernow, Grossman, & Stone, 2008). Pour éviter cette difficulté, le patient est invité à toujours évaluer sa douleur actuelle, sans établir de comparaison avec ses douleurs passées.

#### *Variation de la douleur dans le temps*

L'intensité et l'aspect désagréable de la douleur varient d'une journée à l'autre et à l'intérieur d'une même journée (Straub & Cutolo, 2007). Ainsi, la variation normale de la douleur peut mener à surestimer l'efficacité du traitement. Si l'évaluation précédant le traitement a lieu au cours d'une période douloureuse particulièrement intense, toute évaluation subséquente conduira à une fausse interprétation comme quoi le traitement réduit la douleur. Autre point important : de façon générale, la douleur est sous-estimée en clinique. La recherche effectuée dans ce domaine au cours des 40 dernières années indique en effet qu'en comparaison avec le jugement de la douleur par les patients eux-mêmes, les professionnels de la santé ont tendance à sous-estimer la douleur

<b>Intensité de la douleur</b>		<b>Aspect désagréable de la douleur</b>	
Aucune douleur	La plus intense imaginable	Aucunement désagréable	La plus désagréable imaginable
22 :00	_____	22 :00	_____
20 :00	_____	20 :00	_____
18 :00	_____	18 :00	_____
16 :00	_____	16 :00	_____
14 :00	_____	14 :00	_____
12 :00	_____	12 :00	_____
10 :00	_____	10 :00	_____
08 :00	_____	08 :00	_____
06 :00	_____	06 :00	_____
04 :00	_____	04 :00	_____
02 :00	_____	02 :00	_____
00 :00	_____	00 :00	_____

Nom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Traitement en groupe de la douleur chronique

Figure 2. Échelles d'évaluation de la douleur.



(Prkachin, Solomon, & Ross, 2007). Afin d'éliminer ces variations, le patient évalue ses douleurs à domicile, toutes les deux heures pendant trois jours consécutifs ou non, au début et à la fin de l'ÉIDC.

#### *Mesure des composantes de la douleur*

Parfois, l'intensité est plus forte; d'autres fois, c'est plutôt l'aspect désagréable qui domine. Il est possible parfois d'obtenir une amélioration plus importante dans l'une de ces composantes plutôt que l'autre, d'où l'intérêt d'évaluer les deux (Figure 2).

### DÉMARCHE STRATÉGIQUE

Tel que mentionné, la démarche à l'ÉIDC est basée sur l'approche stratégique. Celle-ci se distingue radicalement des autres approches de la psychothérapie. En effet, « l'approche stratégique ne se fonde pas sur une théorie qui décrit la nature humaine en fonction de concepts de santé ou de normalité au plan mental et comportemental, en les opposant à ce qui relève de la pathologie, comme cela se produit dans les théories traditionnelles de la psychothérapie. Au lieu de cela, elle se préoccupe de la façon dont les êtres humains vivent les problèmes de l'existence, de l'interaction entre les individus, des perceptions et des relations que les individus ont en eux-mêmes, dans leur rapport à autrui et au monde » (Nardone & Watzlawick, 1993, p. 42). Dans les pages qui suivent, les principales caractéristiques de la démarche stratégique sont regroupées sous les quatre thèmes suivants : description, interaction, tactiques thérapeutiques et prescription de tâches.

#### Description

La démarche stratégique débute par « une description, et non un diagnostic » (Fisch & Schlanger, 2005, p. 29). En effet, contrairement à la plupart des modèles de thérapie, le praticien n'essaie pas d'établir un diagnostic du DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) ou d'apposer une étiquette psychiatrique pour déterminer le traitement approprié ou la meilleure démarche à adopter durant l'ÉIDC. Il ne se demande pas si le comportement résulte d'une cause cachée comme l'« hystérie », ou la « dépression », ou l'« hypocondrie », ou le « trouble de personnalité »... Plutôt, il considère que la persistance du problème résulte essentiellement d'un cercle vicieux – un circuit en boucle – entre certains comportements indésirables et des efforts inopérants (les *solutions tentées*) pour les éliminer. À travers ce lien de causalité circulaire et en dépit de tentatives bien intentionnées et souvent logiques en apparence, les solutions déployées pour résoudre le problème finissent par le maintenir. Aussi, comme l'indique le Tableau 1, le praticien stratégique

Tableau 1  
Description des trois composantes de l'évaluation

---

<i>Questions-typiques</i>	
Plainte	Quoi? Qui? En quoi? Pourquoi maintenant? Le problème le plus prioritaire? Positions et langage du client?
Solutions tentées	Pouvez-vous m'expliquer ce que vous et ceux concernés par le problème avez fait pour essayer de le résoudre, qui a été inefficace ou pas assez efficace? Que faites-vous quand la situation problématique se présente (film sonore et couleur)?
Exceptions	Y a-t-il des moments où le problème est absent / moins sévère / moins fréquent? Comment avez-vous fait cela? Ce que vous vivez est très difficile; comment avez-vous fait pour venir me rencontrer au bureau aujourd'hui?

---

pense en termes de *description*, tant de la plainte que des tentatives de solutions mises en œuvre ainsi que des moments où le problème est absent ou moins sévère (exceptions). Comme nous le verrons plus loin, ces trois composantes de l'évaluation (plainte, solutions tentées et exceptions) constituent les assises de la *prescription de tâches*.

#### Interaction

L'interaction est au cœur du déroulement de l'ÉIDC. Les interventions stratégiques reposent en effet sur les propriétés des systèmes et les axiomes de la communication. Les propriétés des systèmes ont la particularité d'être valides pour expliquer le comportement des systèmes qu'ils soient composés d'atomes, de cellules, d'organes ou d'individus; elles sont issues de la théorie générale des systèmes (Bertalanffy, 1962). *L'équifinalité*, une des propriétés qui guident l'intervention à l'ÉIDC, signifie qu'un système ouvert – le patient en interaction – peut parvenir à un état temporellement autonome, indépendant des conditions initiales et déterminé uniquement par les paramètres actuels du système. Autrement dit, « la conception interactionnelle propose que les situations présentes, si difficiles et stressantes soient-elles, sont toujours maintenues par les comportements actuels des membres individuels de chaque système » (Weakland, 2000, p. 157). L'implication clinique est donc une recherche du « comment » plutôt que du « pourquoi », car connaître la cause hypothétique initiale de la problématique dans le passé ne procure pas

---

plus de solutions concrètes pour aider à régler la situation actuelle. La *totalité*, une autre propriété des systèmes, veut dire que les liens qui unissent les éléments d'un système sont si étroits qu'une modification de l'un des éléments donnera lieu à une modification de tous les autres, et du système entier. Au plan clinique, la totalité suppose qu'une modification du comportement d'un membre d'un système social (et particulièrement d'une famille à cause de son caractère durable) va nécessairement affecter les autres membres de ce système. À l'ÉIDC, les tâches prescrites sont discutées avec le patient pour évaluer leur applicabilité à sa condition actuelle, incluant leurs impacts sur les membres de son entourage.

Les interventions stratégiques reposent aussi sur les axiomes de la communication qui constituent des propriétés simples de la communication dont les implications interpersonnelles sont fondamentales. Le premier axiome – *impossible de ne pas communiquer* – étonne à première vue parce qu'on pourrait croire spontanément qu'il devrait y avoir intention pour qu'il y ait communication. Ici, communiquer signifie simplement échanger des messages. En interaction, tout comportement prend un sens et constitue ainsi une communication. Mais le comportement n'a pas de contraire. « Autrement dit, on ne peut pas ne pas avoir de comportement. [...] Il s'en suit qu'on ne peut pas *ne pas* communiquer, qu'on le veuille ou non » (Watzlawick, Bavelas, & Jackson, 1972, p. 45). L'impossibilité de ne pas communiquer rime avec l'impossibilité de ne pas s'influencer mutuellement, un aspect essentiel au phénomène de l'interaction. Autrement dit, le praticien influence inévitablement le patient tout au long des rencontres individuelles et en groupe. En conséquence, il revient toujours au praticien d'assumer cette responsabilité de décider comment exercer son influence de la façon la plus humaine, éthique et efficace possible.

Le second axiome stipule que tout message comporte nécessairement deux aspects : *contenu* et *relation*. L'information relative à la relation signifie que chaque message communique en même temps quelque chose sur lui-même, à savoir comment celui qui reçoit le message devrait le comprendre : s'agit-il d'un ordre, d'une plaisanterie ou d'un message de réconfort? Dans le langage courant, nous faisons souvent référence à ces deux aspects du message : « Ce n'est pas ce qu'il m'a dit qui me dérange, c'est son ton! ». Ce second aspect du message, celui de la communication non verbale, façonne l'application des tactiques thérapeutiques.

#### Tactiques thérapeutiques

Pour mettre en œuvre la démarche stratégique, les praticiens de l'ÉIDC s'appuient sur des tactiques thérapeutiques. Une tactique thérapeutique désigne un ensemble de moyens coordonnés et pratiques

disposés conformément au but poursuivi (soit d'apprendre à s'autotrainer). Ces tactiques modifient chez le patient sa vision de lui-même. Auparavant « victime » d'un problème de douleur chronique, il se considérera peu à peu comme étant « capable de composer » avec ce problème. Au plan moteur, ces tactiques thérapeutiques l'aident à persévérer dans l'accomplissement des tâches prévues au programme. Au plan cognitif, elles favorisent l'acquisition des connaissances et la compréhension dont le patient aurait besoin pour s'engager sur les chemins de l'amélioration. Les six principales tactiques utilisées sont les suivantes : (i) positions du praticien, (ii) client ou touriste, (iii) changement minimal, (iv) recadrage, (v) échelles visuelles analogiques et (vi) épilogue.

### *Positions du praticien*

Nos interactions s'effectuent toujours selon trois positions possibles : *expert*, *non expert* ou *égalitaire*. Dans l'interaction avec le patient, le praticien prend une position adaptée, tant aux particularités de la personne en douleur chronique qu'à la spécificité de la situation. Très connue des praticiens, la position d'expert (ou *one up*) se manifeste à travers des comportements précis : regarder moins en écoutant, se pencher légèrement le torse vers l'arrière, répondre aux questions, utiliser des termes spécialisés. Certaines personnes réagissent mieux que d'autres à une position d'autorité ou d'expert : dans ce cas, cette position est utile. L'expérience nous enseigne cependant que dans le contexte d'une interaction de longue durée, la collaboration des participants s'atténue d'habitude si le praticien se place, dès le début ou constamment, dans cette position de supériorité ou de pouvoir. Pour obtenir une collaboration pleine et entière du patient, le praticien occupe donc le plus souvent possible une position de non expert (ou *one down*) : regarder plus en écoutant, se pencher légèrement le torse vers l'avant, poser des questions, éviter l'usage de termes spécialisés. Non pas que la position *one down* possède en « elle-même un pouvoir particulier, mais simplement parce qu'elle est le moyen le plus sûr d'éviter la position de supériorité et de neutraliser la tendance qu'a le patient à mettre le praticien dans une telle position » (Fisch *et al.*, 1986, p. 59).

Deux autres raisons plaident en faveur d'occuper le plus souvent possible la position de non expert. D'une part, et tel que mentionné plus haut, le patient demeure toujours l'expert de sa situation et de sa douleur, car il est impossible d'évaluer sa douleur à sa place. D'autre part, le praticien obtient nécessairement beaucoup plus d'informations en occupant la position de non expert. En voici d'ailleurs une illustration. Au début de la première rencontre en groupe, le praticien prend une position de non expert en présentant, un à un, les thèmes de discussion à venir dans les prochaines semaines. Il pose systématiquement des questions aux participants. Pensez-vous que ce sujet de discussion puisse améliorer

vosre capacité à gérer la fibromyalgie (la lombalgie)... et pour quelles raisons? Avez-vous déjà essayé d'autres traitements... et leur efficacité? Par ses réponses, le patient révèle ses attentes, une variable extrêmement importante du changement (Kirsch, 1999). Cet échange fournit au praticien la première opportunité en groupe de moduler profondément les attentes de chacun des participants. Une opportunité qui ne se présente tout simplement pas si le clinicien occupe toujours une position d'expert.

Enfin, les praticiens de l'ÉIDC établissent une relation *égalitaire* dans leurs échanges avec les participants au cours de la pause prévue à chaque rencontre (voir Figure 1). Cette pause de quinze minutes fait partie intégrante du traitement. Elle constitue, entre autres, un moyen de continuer à exercer une influence discrète sur la suite de l'intervention thérapeutique. Les interactions égalitaires représentent une modalité de relation souvent mal connue de l'intervenant conventionnel.

#### *Client ou touriste*

Cette tactique thérapeutique consiste à évaluer si la personne est « cliente » d'un changement ou, dans le cas d'une « touriste », s'il est possible de la rendre cliente. Un *client* au sens où nous l'employons ici désigne la personne souffrant de douleur chronique qui demande activement de l'aide et répond aux critères médicaux. À titre d'exemple, dans le cas de la personne fibromyalgique, « la définition de client comprend essentiellement trois éléments :

- j'ai lutté contre mes problèmes de fibromyalgie qui me gênent considérablement;
- je n'ai pas réussi à me soulager par mes seuls efforts personnels;
- j'ai besoin de votre aide pour améliorer ma capacité à gérer ma fibromyalgie » (Barcellos de Souza *et al.*, 2007, p. 214).

La personne atteinte de douleur chronique est toutefois rarement aussi claire et concise. D'ordinaire, c'est en décrivant ses problèmes et ses efforts infructueux qu'elle révèle son statut de *client* ou encore, en répondant lors de l'évaluation clinique à des questions comme celles-ci : « Pourquoi venez-vous nous rencontrer aujourd'hui? Comment pouvez-vous modifier votre emploi du temps pour participer à l'École et réaliser les tâches prévues au programme qui exigent environ cinquante minutes par jour, six jours par semaine? Quelle assurance pouvez-vous nous donner que vous participerez à toutes les rencontres prévues? ». On ne sélectionne pas à l'ÉIDC la personne qui demeure touriste en dépit de nos tentatives pour la rendre cliente. C'est le cas par exemple de l'individu qui, au moment de l'évaluation, ne pense pas être en mesure d'investir le temps requis pour ce traitement.

*Changement minimal (ou but)*

Cette tactique thérapeutique détermine la cible du praticien : convenir avec le patient du plus petit changement qu'il pourra assurément atteindre et même dépasser. À la première rencontre du groupe, patients et praticiens négocient un contrat. Le patient s'engage par écrit à participer aux rencontres et à faire les activités physiques et mentales requises. En retour, les praticiens lui offrent de l'amener à faire des progrès au point d'atteindre deux objectifs personnels et d'améliorer sa capacité de gérer ses douleurs. À titre d'exemple, pour préciser le pourcentage à inscrire sur le contrat, le praticien à l'ÉIL demande à chaque participant la question suivante : « Quelle serait, pour vous, *la plus petite* diminution de la douleur que vous considèreriez comme une amélioration importante, pour justifier vos efforts au cours de ce traitement? » (Charest *et al.*, 1996, p. 150). Ou encore, formulée de façon positive, la question devient : « Quel serait le premier signe d'une amélioration? ». Dans cette discussion, il ne faut pas oublier l'état de chronicité des patients et, surtout, le fait qu'il s'agit d'un *changement minimal*. Le patient est invité à choisir un pourcentage de réduction qui se situe entre 5 et 20 %. Au patient qui opte pour le maximum (20 %), le praticien tente de négocier une réduction de pourcentage en demandant la question suivante : « En supposant que vous obteniez une réduction de 10 % au lieu de 20 %, ce résultat de 10 % signifierait-il pour vous que cela ne valait pas la peine de participer à l'École de lombalgie? ». En consacrant le temps nécessaire à cette négociation, le praticien opère un ajustement substantiel des attentes des patients. La question sur « la plus petite » diminution n'est pas facile à saisir pour la personne en douleur chronique qui souhaite (toujours) un soulagement total de sa douleur. Durant la négociation, le praticien prend soin de répéter que les progrès ne s'arrêteront pas avec la fin de l'École. Pour le moment, la tâche du praticien consiste simplement à déterminer la plus petite réduction acceptable. Le changement minimal – la plus petite réduction de douleur (ou le premier signe d'une amélioration) satisfaisante pour le patient et justifiant les efforts requis – constitue la pierre angulaire du contrat.

Les objectifs personnels à inscrire au contrat sont aussi négociés en termes de changements minimaux. En voici quelques exemples. Une personne lombalgique aimerait ne plus avoir mal au dos. Actuellement, elle dit souffrir continuellement de maux de dos. Après discussion, le patient et le praticien conviennent d'écrire au contrat l'objectif personnel suivant : « avoir peu ou pas de douleur au dos une demie journée par semaine à la fin de l'École ». Un autre souhaite pouvoir parcourir 100 km en auto sans devoir arrêter le véhicule, en sortir et marcher pour soulager son dos. Il s'arrête actuellement de trois à cinq fois pour parcourir une telle distance. On convient alors de l'objectif personnel suivant : être capable de se rendre en automobile à une ville voisine située à environ 100 km en ne

débarquant qu'une seule fois de son véhicule à cause de ses douleurs lombaires. Enfin, un autre lombalgique avait cessé totalement de jouer avec ses jeunes enfants par peur de se blesser davantage. Il voulait reprendre ses activités ludiques avec ses enfants. L'objectif personnel convenu après discussion : « ne pas avoir peur de jouer avec mes enfants deux soirs par semaine ».

Convenir d'un changement minimal comporte des avantages majeurs. Ainsi, au plan clinique et après 15 ans d'application des ÉIDC, nous constatons qu'aucun patient ne s'est encore plaint d'avoir dépassé le changement minimal convenu! Au plan scientifique, on rapporte que la poursuite tenace du soulagement de la douleur augmente la détresse et la vigilance à la douleur (Eccleston & Crombez, 2007). Une étude expérimentale démontre à cet égard que la simple augmentation du désir de soulagement (induite ici à l'aide de suggestions hypnotiques) accroît de façon significative l'aspect désagréable de la douleur (Rainville, Bao, & Chrétien, 2005). En diminuant le désir de soulagement de la douleur, le changement minimal élimine le problème de l'augmentation de la douleur associée aux efforts soutenus pour la réduire. Paul Watzlawick avait déjà décrit de façon concise cette règle de base en thérapie stipulant « que l'on ne doit jamais se fixer pour but de résoudre totalement et définitivement un problème mais que l'on doit se borner à tenter de l'améliorer ou de l'atténuer, ainsi doit-on viser par exemple à ce que le patient souffre *moins*, parvienne à allonger *un peu* son temps de sommeil, ou bien [...] que ce désagrément soit tolérable » (1980, p. 79).

#### *Échelles visuelles analogiques*

L'utilisation d'échelles visuelles analogiques (ÉVA) pour mesurer des sensations subjectives n'est pas récente : dès 1921, des chercheurs décrivent en détail cette technique (Hayes & Patterson, 1921). Plusieurs raisons plaident en faveur d'un usage régulier des ÉVA. Les échelles analogiques s'adaptent bien au contexte clinique. Faciles à comprendre et rapides à remplir, elles offrent au patient la possibilité d'introduire le degré de discrimination qui lui plaît. Elles lui fournissent aussi un moyen concret de communiquer sur son état actuel ou désiré. Pour le praticien, l'usage d'échelles analogiques permet de moduler les attentes du patient. Ainsi, en plus d'être utilisées pour mesurer la douleur (Figure 2), elles servent aussi à clarifier des objectifs personnels au contrat. Après la négociation sur le pourcentage attendu de réduction de la douleur, les participants sont invités, d'ici la prochaine rencontre, à inscrire au verso du contrat au moins cinq objectifs personnels qui les stimuleraient à poursuivre le traitement. À la seconde rencontre, après discussion avec le praticien, deux sont inscrits au contrat. On utilise alors souvent l'ÉVA ou une échelle numérique pour convenir de ces objectifs personnels. Ici, la négociation s'effectue toujours selon la logique du *changement minimal*.

En voici quelques exemples. Au début de l'École, une patiente juge son niveau d'énergie très faible. Sur une échelle numérique de 1 (aucune énergie) à 10 (le niveau d'énergie le plus élevé que je puisse imaginer), elle se situe à 1. Elle choisit comme but d'atteindre 2,5 sur cette échelle d'ici la fin du traitement. Une autre personne fibromyalgique souhaite améliorer la qualité de son sommeil sans médicaments. Elle évalue le niveau actuel de sa qualité de sommeil à 4 sur une échelle de 1 (aucune qualité de sommeil) à 10 (meilleure qualité de sommeil que je puisse imaginer). Elle se fixe alors comme objectif personnel d'atteindre 6 d'ici la fin du traitement.

### *Recadrage*

Une autre tactique thérapeutique concerne le recadrage. Recadrer signifie fournir une explication verbale qui change le sens conceptuel ou émotionnel d'une situation tout en étant compatible avec le cadre de référence du patient. Les recadrages qui « réinterprètent la sensation douloureuse s'avèrent plus efficaces que [...] détourner l'attention de la douleur » (Shutty & Sheras, 1991, p. 638). Cette différence d'efficacité tient au fait que percevoir la douleur comme menaçante empêche de réussir les tâches de distraction (Van Damme, Crombez, Wever, & Goubert, 2008). Recadrer la douleur est déterminant puisque toute amélioration passe par le changement des croyances et des peurs qui s'y rattachent (Crombez, 1999). Les recadrages utilisés à l'ÉIL ciblent essentiellement les *douleurs*, les *améliorations* et les *rechutes*.

Dès la première rencontre en groupe, le praticien formule au moment approprié le recadrage suivant : « à nos yeux, l'effet limitatif de votre *douleur* lombaire se fonde sur l'absence de moyens pour la gérer. En retour, cette absence de moyens engendre une peur souvent plus limitative que votre douleur elle-même ». Ensuite, la première fois qu'on prescrit les activités physiques personnalisées, on recadre les attentes de la façon suivante : « Commencer un entraînement physique augmente nécessairement l'intensité de la douleur lombaire. Par conséquent, c'est un bon signe que de souffrir davantage du dos au cours des premières semaines de votre entraînement. Mais attention : si votre douleur augmente de façon importante (passer de 4 à 8 par exemple), il faut absolument arrêter l'exercice pour éviter de vous blesser. L'exercice doit se faire à l'intérieur d'une zone de confort relatif, c'est-à-dire que la douleur augmente peu (ou pas) par rapport à celle ressentie avant l'exercice ». En présentant comme normal d'éprouver une légère augmentation de douleur à la suite d'activités physiques, celle-ci apparaît tout à coup comme utile et plus tolérable. En même temps, l'incitation à demeurer dans une zone de confort relatif permet au participant de commencer à exercer un contrôle sur sa douleur.



On recadre aussi les *améliorations*. À titre d'exemple, on évite de simplement encourager le lombalgique qui fait état d'une amélioration précise l'ayant particulièrement satisfait. Plutôt, le praticien le félicite et le met aussitôt en garde contre le fait de vouloir aller trop vite en lui donnant « de bonnes raisons d'avancer lentement » (Fisch *et al.*, 1986, p. 197). Cette situation se présente invariablement avec les lombalgiques lourdement médicamenteux. Dès le début, le praticien les prévient qu'ils devront débiter le sevrage de leurs médicaments à la septième rencontre du groupe. Au moment où le lombalgique parvient à réduire de façon significative sa consommation de médicaments, le praticien intervient de la façon suivante : « Nous sommes impressionnés par la réduction de vos doses. Cependant, l'expérience nous enseigne qu'en voulant aller trop vite, vous risquez d'échouer. Nous vous recommandons donc de prendre votre temps » (Charest *et al.*, 1996, p. 29). Au lieu d'un échec, cette invitation à avancer lentement permettra à l'avenir de considérer tout recul temporaire (un ou deux retours par semaine à la dose initiale, par exemple) comme une étape normale du sevrage. On utilise le même recadrage pour ajuster le rythme des activités physiques. On rappelle régulièrement l'importance de ne pas prendre plus de 15 minutes par jour pour pratiquer la routine motrice, de ne pas se livrer à une activité cardiorespiratoire plus de cinq fois par semaine, de ne pas dépasser les exigences des programmes mis à leur disposition. On précise aux participants ce que nous enseigne l'expérience des ÉIDC : les personnes qui persistent dans leurs entraînements sont celles qui ne dépasseront pas les limites de leurs programmes.

À l'ÉIF, avancer lentement est aussi appliqué aux améliorations souvent formulées par le patient comme suit : « dès que se présente enfin une journée avec peu ou pas de douleur, j'en profite pour éponger tout le retard accumulé en mettant les bouchées doubles jusqu'à tard le soir ». Pour modifier cette habitude, plusieurs tâches sont prescrites afin d'acquérir des stratégies de gestion de ses capacités (p. ex., déléguer en acceptant les conséquences, prioriser et planifier, refuser, bouger différemment, respirer paisiblement, etc.). La prescription de ces tâches est toujours précédée du recadrage suivant : « mieux vaut trois journées d'activités modérées qu'une journée excessive suivie de deux jours d'épuisement » (Barcellos de Souza *et al.*, 2007, p. 216).

Enfin, la troisième série de recadrage s'adresse aux *rechutes*. À la dernière rencontre, le praticien se garde de rassurer les participants sur le fait que les rechutes ne se produiront plus. Au contraire, il définit la rechute comme un événement inévitable, donc « normal ». La rechute n'est plus un événement à craindre sur les chemins de l'amélioration : le patient dispose désormais de tous les moyens nécessaires pour s'autotraitier, y inclus dans les moments de crise.

### Épilogue

La tactique *épilogue* s'applique lors de la dernière rencontre. Elle vise à renforcer chez le participant sa perception du contrôle qu'il a appris à exercer sur ses douleurs et les différents symptômes associés. Sur un ton amusant, le praticien demande à chacun des patients de décrire le contrôle qu'il exerce désormais sur son problème en posant la question suivante : « Avec toutes les connaissances acquises au cours de votre démarche, que pourriez-vous faire ou ne pas faire pour retrouver votre état initial... et même pire? ». En répondant, la personne s'explique ainsi le contrôle qu'elle exerce désormais sur son problème en faisant à rebours le chemin parcouru depuis le début du traitement.

### Prescription de tâches

La prescription de tâches cherche à « amener le sujet à agir comme s'il vivait dans une réalité différente de celle qu'il a construite lui-même : par exemple, comme si son problème était déjà résolu » (Watzlawick, 1991, p. 80). La tâche vise toujours un *petit* changement dans la façon de composer avec le problème. Ce changement apparemment petit mais stratégique peut entraîner progressivement d'autres améliorations, de sorte que le traitement à long terme et les changements héroïques ne sont pas requis. La réalisation des tâches dépend essentiellement de l'influence du thérapeute et de la perception du client que la tâche est adéquate et pas trop difficile à réaliser (Scheel, Hanson, & Razzhavaikina, 2004). Aussi, toute prescription de tâches doit être acceptable dans le sens d'être compatible avec l'image du monde du patient et cohérente avec ses *positions*, c'est-à-dire ses croyances et ses attentes face à son problème et au changement souhaité (soit le *changement minimal* décrit plus haut). Les prescriptions *simples* et apparemment insignifiantes ont d'habitude de meilleurs résultats que les directives complexes qui laissent trop souvent place à l'erreur. Enfin, l'action concrète proposée *ne doit pas* être dégradante, dangereuse ou onéreuse au plan monétaire.

Au cours des dix dernières minutes de chacune des rencontres en groupe (voir Figure 1), on projette une diapositive intitulée *Travail à faire*. Les praticiens remettent alors à chaque participant des tâches *personnalisées* qu'il réalisera d'ici la prochaine rencontre. Ces tâches comportent des activités physiques (respiration, routine motrice, activités cardiorespiratoires, étirements, renforcements, exercices proprioceptifs, etc.) et des activités interactionnelles ou cognitives (communication avec un membre significatif de son entourage, lire, écrire, résolution de problèmes, gestion de ses capacités, etc.). Le rationnel de base est le suivant : toute prescription de tâches vise essentiellement à faire quelque chose de différent des solutions tentées et inopérantes du patient. En dépit de sa bonne volonté, les actions prises par le patient jusqu'ici pour

solutionner son problème le maintiennent. En ce sens, « le problème, c'est la solution » (Watzlawick *et al.*, 1975, p. 49). Le praticien évite donc systématiquement de prescrire une solution déjà tentée par le client. Ses interventions visent plutôt à rompre le renforcement qu'opèrent l'un sur l'autre la pseudo-solution et l'aggravation de la crise (p. ex., plus j'ai mal, plus je persiste dans mes activités physiques; plus je persiste, plus ma douleur augmente. Ou l'inverse : plus j'ai mal, plus je m'immobilise; plus je passe de temps immobile, plus j'éprouve de la douleur). Les tâches prescrites appartiennent à l'une des trois catégories suivantes : « *actions à 180 degrés*, *actions qui marchent déjà* ou *actions nouvelles* » (Charest & Perron, 2000).

#### *Actions à 180 degrés*

Cette catégorie constitue un raccourci conceptuel qui facilite la prescription de mouvements spécifiques et individualisés. Elle répond à deux constatations pratiques.

Premièrement, la patient construit sa « réalité » motrice de [patient en douleur chronique] sur un certain nombre d'actions biomécaniques : postures, mouvements statiques ou dynamiques, immobilité prolongée, [persistance malgré la douleur] etc. Deuxièmement, ces actions ont abouti de toute évidence à des solutions inadéquates. En retour, ces pseudo-solutions inopérantes maintiennent la chronicité (Charest *et al.*, 1996, p. 195).

Le praticien de l'ÉIDC prescrit donc des actions qui se situent à l'opposé (180 degrés) des solutions tentées. Imaginons un lombalgique qui dit : « J'ai de plus en plus mal au dos. Cela fait un an que je pratique la brasse. On m'avait dit que c'était bon pour le dos... et je veux continuer à nager ». La prescription à 180 degrés proposera au patient « d'abandonner la brasse (extension) pour une nage plus en flexion (crawl) ». Une autre solution tentée : « J'ai très mal au dos quand je bascule mon bassin vers l'arrière (quand je reste longtemps en cyphose lombaire) ». L'action opposée sera d'apprendre à basculer le bassin vers l'avant et à le verrouiller dans cette position. La prescription à 180 degrés constitue aussi un raccourci pratique pour élaborer les routines motrices découlant du bilan fonctionnel et du niveau de base du patient. Ainsi, si les muscles du psoas sont très contracturés, une partie de la routine motrice ciblera l'allongement des psoas. Ou encore, en présence d'abdominaux très relâchés, l'action à l'opposé sera de cibler une partie de la routine motrice sur le renforcement des abdominaux. Il en va de même à l'ÉIF. Dans l'exemple mentionné plus haut, lorsque la patiente se sent pleine d'énergie, elle fait souvent des journées excessives « pour rattraper le temps perdu ». Inmanquablement, ces journées sont suivies d'une période de crise de douleur. L'action à l'opposé de la solution tentée

consiste à prescrire, à une occasion, une journée de repos ou de faible intensité durant la prochaine *phase* de bien-être physique et mental.

### *Actions qui marchent déjà*

La prescription systématique des exceptions (ou des solutions qui marchent déjà) joue un rôle capital. Le praticien les amplifie en encourageant simplement le patient à recourir davantage à ses solutions efficaces. En reflétant ainsi au patient qu'il possède déjà des compétences et des forces pour gérer sa douleur chronique, le praticien crée des attentes positives, un élément qui influence le résultat des interventions en douleur chronique (Goossens, Vlaeyen, Hidding, Kole-Snijders, & Evers, 2005). Voici une illustration de l'utilisation des actions qui marchent déjà. À la deuxième rencontre en groupe de l'ÉIF, les praticiens s'informent des exceptions vécues dans la gestion des principaux symptômes de la fibromyalgie : sommeil perturbé, douleur, fatigue et stress. Chaque participant indique alors les solutions qui s'avèrent efficaces pour lui en partie ou à court terme face au problème de sommeil (couverture électrique ou couette en duvet, prières, faire chambre à part, ne pas se coucher en même temps que le conjoint, se lever et lire, ne plus écouter les nouvelles télévisuelles, etc.); face à la douleur (douche chaude le matin, étirements, ne pas en parler, massage, bien manger, s'isoler, réduire l'environnement sonore, etc.); face à la fatigue (s'étendre quelques minutes, acheter des repas déjà préparés, choisir des aliments qui n'exigent pas de préparation, décrocher le téléphone, faire ce qu'on aime, etc.); face au stress (avoir un animal de compagnie, rejeter les stress évitables, s'isoler pour éviter de se faire envahir, se promener en automobile, dédramatiser, etc.). Une fois la liste des exceptions établie, on demande à chaque participant d'en choisir une qu'il n'a jamais expérimentée et de l'essayer au cours de la prochaine semaine. On rappelle alors la règle d'usage suivante : ce qui marche pour une personne ne fonctionne pas nécessairement pour une autre et l'unique façon de connaître l'efficacité d'une des solutions proposées consiste à l'essayer. On annonce ainsi ouvertement aux patients qu'ils demeurent les seuls experts pour juger si une solution est utile ou non. La démarche permet également de traduire au groupe qu'il dispose de compétences pour identifier des solutions utiles dans la gestion des symptômes.

### *Actions nouvelles*

La prescription d'actions nouvelles englobe toutes les activités nouvelles pour le patient et différentes des solutions tentées, incluant des tâches d'observation de la présence ou de l'absence des symptômes. Enfin, il est primordial d'obtenir le *feedback du patient* sur la réalisation de la tâche. Cette information cruciale permet au praticien de procéder aux ajustements nécessaires. Cette opération d'ajustement favorise en retour

l'adhésion du patient à la réalisation de la tâche prescrite. Le praticien et le patient peuvent même décider de changer de type de tâches si aucun ajustement n'est possible. Échanger sur les difficultés et les réussites du patient favorise sa persévérance dans les efforts requis pour parvenir à s'autotrainer.

## CONCLUSION

L'application de l'École interactionnelle de douleur chronique se caractérise essentiellement par les interventions systémiques et stratégiques suivantes. D'abord, le praticien convient avec chacun des patients du but et de deux objectifs personnels à atteindre à la fin du traitement. But et objectifs sont formulés ici en termes de changements minimaux. Ensuite, le lien thérapeutique est maximisé, d'une part, par le fait que toutes les rencontres sont assumées par les deux mêmes praticiens et, d'autre part, grâce à la position égalitaire adoptée par le praticien au cours des échanges réalisés durant la pause de 15 minutes intégrée à chacune des rencontres en groupe. En outre, le praticien reflète continuellement les compétences et les forces du patient en adoptant le plus souvent possible une position de non expert (*one down*), en encourageant systématiquement les exceptions et en utilisant, à chaque fois que l'occasion s'y prête, l'expertise développée par la personne dans la gestion de ses symptômes. Enfin, le praticien prescrit des tâches simples, personnalisées et ajustées selon le feedback obtenu du patient à chacune des rencontres en groupe.

## Pistes de recherche

Cet article décrit la démarche d'un programme structuré de traitement en groupe de la douleur chronique dont l'efficacité a déjà été démontrée auprès de patients souffrant de lombalgie chronique ou de fibromyalgie (Barcellos de Souza *et al.*, 2008; Barcellos de Souza *et al.*, 2007; Charest *et al.*, 1996; Charest *et al.*, 1994). Trois pistes principales de recherche permettraient d'améliorer cette intervention en s'adressant au format, au contenu ou à la généralisation. Au plan du *format*, comme la réduction du nombre de rencontres en groupe faciliterait l'intégration du programme dans le milieu clinique, il y a lieu de vérifier par exemple si le remplacement des 11 rencontres de 2 heures chacune à l'ÉIL par 9 rencontres de 2,5 heures aurait un impact sur l'efficacité du programme. Au plan du *contenu*, le programme s'avère efficace mais on ne connaît pas l'apport des divers éléments impliqués. Autrement dit, quels sont les ingrédients actifs du programme : l'alliance thérapeutique, l'effet du groupe, la démarche stratégique ou autre? Enfin, au plan de la généralisation, il serait très utile d'évaluer l'efficacité de l'ÉIDC pour d'autres problèmes chroniques comme, par exemple, les migraines, la

cervicalgie, les douleurs abdominales chroniques et le syndrome douloureux régional complexe.

#### RÉFÉRENCES

- Ali, N., & Thomson, D. (2009). A comparison of the knowledge of chronic pain and its management between final year physiotherapy and medical students. *European Journal of Pain*, 13, 38-50.
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy : Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan, & S. D. Miller (Éds), *The heart and soul of change* (pp. 23-55). Washington, DC : APA Press.
- Barcellos de Souza, J., Bourgault, P., Charest, J., & Marchand, S. (2008). Escola Interrelacional de Fibromialgia : Aprendendo a lidar com a dor - Estudo clinico randomizado [École interactionnelle de fibromyalgie: apprendre à gérer la douleur - une étude randomisée]. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 48, 218-225.
- Barcellos de Souza, J., Charest, J., & Marchand, S. (2007). École interactionnelle de fibromyalgie : description et évaluation. *Douleur et analgésie*, 20, 213-218.
- Barcellos de Souza, J., Potvin, S., Goffaux, P., Charest, J., & Marchand, S. (2009). The deficit of pain inhibition in fibromyalgia is more pronounced in patients with comorbid depressive symptoms. *Clinical Journal of Pain*, 25, 123-127.
- Baune, B. T., Caniato, R. N., Garcia-Alcaraz, M. A., & Berger, K. (2008). Combined effects of major depression, pain and somatic disorders on general functioning in the general adult population. *Pain*, 138, 310-317.
- Bedi, R. P. (2006). Concept mapping the client's perspective on counseling alliance formation. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 26-35.
- Bertalanffy, L. V. (1962). General system theory - A critical review. In L. von Bertalanffy & A. Rapoport (Éds), *General systems* (pp. 1-20). New York : Society for General Systems Research.
- Bigal, M. E., & Lipton, R. B. (2009). Excessive opioid use and the development of chronic migraine. *Pain*, 142, 179-182.
- Bonica, J. J. (1990). Definitions and taxonomy of pain. In J. J. Bonica (Éd.), *The management of pain* (2<sup>e</sup> éd). Philadelphia : Lea & Febiger.
- Broderick, J. E., Schwartz, J. E., Vikingstad, G., Pribbernow, M., Grossman, S., & Stone, A. A. (2008). The accuracy of pain and fatigue items across different reporting periods. *Pain*, 139, 146-157.
- Bruehl, S., Burns, J. W., Chung, O. Y., & Quartana, P. (2008). Anger management style and emotional reactivity to noxious stimuli among chronic pain patients and healthy controls : The role of endogenous opioids. *Health Psychology*, 27, 204-214.
- Charest, J. (1998). Démarche en thérapie brève : deux applications cliniques. *Revue québécoise de psychologie*, 19, 5-27.
- Charest, J., Chenard, J. R., Lavignolle, B., & Marchand, S. (1996). *Lombalgie : École interactionnelle du dos*. Paris : Masson.
- Charest, J., Lavignolle, B., Chenard, J. R., Provencher, M., & Marchand, S. (1994). École interactionnelle du dos. *Rhumatologie*, 46, 221-237.
- Charest, J., & Perron, J. C. (2000). Prescription de comportements dans un cas de dépression avec idéations suicidaires. *Revue québécoise de psychologie*, 21, 153-172.
- Cossette, L., & Duclos, É. (2002). *A profile of disability in Canada, 2001*. (Minister of Industry ed.) Ottawa : Catalogue no 89-577-XIE.
- Crombez, G. (1999). Pain-related fear is more disabling than pain itself : Evidence on the role of pain-related fear in chronic back pain disability. *Pain*, 80, 329-339.
- Dobkin, P. L., Sita, A., & Sewitch, M. J. (2006). Predictors of adherence to treatment in women with fibromyalgia. *Clinical Journal of Pain*, 22, 286-294.
- Dufour, R. (2008). Le vendeur en sarrau. *Actualités psychomédicales et de la santé*, 3, 2.
- Duhaime, S., Gaumond, I., Nguyen, D. N., & Charest, J. (2009, Mars). Traitement en groupe du colon irritable et de la douleur pelvienne chronique. *Affiche présentée au 2<sup>e</sup> rendez-vous de la gestion des maladies chroniques*. Montréal.

- Eccleston, C., & Crombez, G. (2007). Worry and chronic pain : A misdirected problem solving model. *Pain, 132*, 233-236.
- Fisch, R., & Schlanger, K. (2005). *Traiter les cas difficiles*. Paris : Seuil.
- Fisch, R., Weakland, J. H., & Segal, L. (1986). *Tactiques du changement*. Paris : Seuil.
- Gaumont, I., & Marchand, S. (2006). La douleur est-elle sexiste? Mécanismes endogènes et hormones sexuelles. *Médecine/Sciences, 22*, 901-903.
- Goffaux, P., Redmond, W. J., Rainville, P., & Marchand, S. (2007). Descending analgesia--when the spine echoes what the brain expects. *Pain, 130*, 137-143.
- Goossens, M. E., Vlaeyen, J. W., Hidding, A., Kole-Snijders, A., & Evers, S. M. (2005). Treatment expectancy affects the outcome of cognitive-behavioral interventions in chronic pain. *Clinical Journal of Pain, 21*, 18-26.
- Gucciardi, E., Demelo, M., Offenheim, A., Grace, S. L., & Stewart, D. E. (2007). Patient factors associated with attrition from a self-management education programme. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 13*, 913-919.
- Hadjistavropoulos, H., & Shymkiw, J. (2007). Predicting readiness to self-manage pain. *Clinical Journal of Pain, 23*, 259-266.
- Hasenbring, M. (2000). Attentional control of pain and the process of chronification. *Progress in Brain Research, 129*, 525-534.
- Hayes, M. H. S., & Patterson, D. G. (1921). Experimental development of the graphic rating method. *Psychological Bulletin, 18*, 98-99.
- International Association for the Study of Pain (1979). Pain terms : A list of definitions and notes on usage. *Pain, 6*, 249-252.
- Jackson, T., Huang, X., Chen, H., & Phillips, H. (2009). Effects of threatening information on interpersonal responses to pain. *European Journal of Pain, 13*, 431-438.
- Katz, N., & Mazer, N. A. (2009). The impact of opioids on the endocrine system. *Clinical Journal of Pain, 25*, 170-175.
- Kirsch, I. (1999). *How expectancies shape experience*. Washington DC : American Psychological Association.
- Lawrence, R. C., Felson, D. T., Helmick, C. G., Arnold, L. M., Choi, H., Deyo, R. A. *et al.* (2008). Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. *Arthritis & Rheumatism, 58*, 26-35.
- Lynch, M. E., Campbell, F., Clark, A. J., Dunbar, M. J., Goldstein, D., Peng, P. *et al.* (2008). A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain. *Pain, 136*, 97-116.
- Macdonald, G., & Leary, M. R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin, 131*, 202-223.
- Marchand, S. (2009). *Le phénomène de la douleur* (2<sup>e</sup> éd.). Montréal : Chenelière Éducation inc.
- Marchand, S., Li, J., & Charest, J. (1995). Effects of caffeine on analgesia from transcutaneous electrical nerve stimulation. *New England Journal of Medicine, 333*, 325-326.
- Mercadante, S., Ferrera, P., Villari, P., & Arcuri, E. (2003). Hyperalgesia : An emerging iatrogenic syndrome. *Journal of Pain and Symptom Management, 26*, 769-775.
- Molton, I. R., Graham, C., Stoelb, B. L., & Jensen, M. P. (2007). Current psychological approaches to the management of chronic pain. *Current Opinion in Anaesthesiology, 20*, 485-489.
- Moseley, G. L. (2003). Unraveling the barriers to reconceptualization of the problem in chronic pain : The actual and perceived ability of patients and health professionals to understand the neurophysiology. *The Journal of Pain, 4*, 184-189.
- Moseley, G. L., & Arntz, A. (2007). The context of a noxious stimulus affects the pain it evokes. *Pain, 133*, 64-71.
- Moulin, D. E., Clark, A. J., Speechley, M., & Morley-Forster, P. K. (2002). Chronic pain in Canada - prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Research & Management, 7*, 179-184.
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (1993). *L'art du changement*. Paris : L'esprit du temps.

## Traitement en groupe de la douleur chronique

---

- Owen, D. G., Bureau, Y., Thomas, A. W., Prato, F. S., & St Lawrence, K. S. (2008). Quantification of pain-induced changes in cerebral blood flow by perfusion MRI. *Pain*, 136, 85-96.
- Peng, P., Choiniere, M., Dion, D., Intrater, H., Lefort, S., Lynch, M. *et al.* (2007). Challenges in accessing multidisciplinary pain treatment facilities in Canada. *Canadian Journal of Anaesthesia*, 54, 977-984.
- Prkachin, K. M., Solomon, P. E., & Ross, J. (2007). Underestimation of pain by health-care providers : Towards a model of the process of inferring pain in others. *Canadian Journal of Nursing Research*, 39, 88-106.
- Rainville, P., Bao, Q. V., & Chrétien, P. (2005). Pain-related emotions modulate experimental pain perception and autonomic responses. *Pain*, 118, 306-318.
- Scheel, M. J., Hanson, W. E., & Razzhavaikina, T. I. (2004). The process of recommending homework in psychotherapy : A review of therapist delivery methods, client acceptability, and factors that affect compliance. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 41, 38-55.
- Shutty, M. S., & Sheras, P. (1991). Brief strategic psychotherapy with chronic pain patients : Reframing and problem resolution. *Psychotherapy*, 28, 636-642.
- Sjogren, P., Ekholm, O., Peuckmann, V., & Gronbaek, M. (2009). Epidemiology of chronic pain in Denmark : An update. *European Journal of Pain*, 13, 287-292.
- Straub, R. H., & Cutolo, M. (2007). Circadian rhythms in rheumatoid arthritis : Implications for pathophysiology and therapeutic management. *Arthritis & Rheumatism*, 56, 399-408.
- Turk, D. C., Swanson, K. S., & Tunks, E. R. (2008). Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients-when pills, scalpels, and needles are not enough. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 213-223.
- Van Damme, S., Crombez, G., Wever, K., & Goubert, L. (2008). Is distraction less effective when pain is threatening? An experimental investigation with the cold pressor task. *European Journal of Pain*, 12, 60-67.
- Watzlawick, P. (1978). *La réalité de la réalité*. Paris : Seuil.
- Watzlawick, P. (1980). *Le langage du changement*. Paris : Seuil.
- Watzlawick, P. (1988). *L'invention de la réalité*. Paris : Seuil.
- Watzlawick, P. (1991). *Les cheveux du baron de Münchhausen : Psychothérapie et « réalité »*. Paris : Seuil.
- Watzlawick, P. (1997). « Insight » may cause blindness. In J. K. Zeig (Ed.), *The evolution of psychotherapy : The third conference* (pp. 309-321). New York : Brunner/Mazel.
- Watzlawick, P. (2003). La réalité est une construction. In P. Cabin (Ed.), *La communication - État des savoirs* (pp. 135-142). Paris : Éditions Sciences Humaines.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. (1972). *Une logique de la communication*. Paris : Seuil.
- Watzlawick, P., & Nardone, G. (2000). *Stratégie de la thérapie brève*. Paris : Seuil.
- Watzlawick, P., & Weakland, J. H. (1981). *Sur l'interaction*. Paris : Seuil.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1975). *Changements : paradoxes et psychothérapie*. Paris : Seuil.
- Weakland, J. H. (2000). Thérapie systémique individuelle. In P. Watzlawick & G. Nardone (Éds), *Stratégie de la thérapie brève* (pp. 155-169). Paris : Seuil.

### RÉSUMÉ

Cet article décrit le déroulement et la démarche stratégique du traitement en groupe de la douleur chronique – appelé École interactionnelle – dont l'efficacité a déjà été démontrée auprès de patients souffrant de lombalgie chronique ou de fibromyalgie. Une brève présentation du déroulement précède l'exposé détaillé de la démarche stratégique regroupé sous les quatre thèmes suivants : description (plainte, solutions tentées et exceptions), interaction, tactiques thérapeutiques et prescription de tâches. La conclusion rappelle les principales caractéristiques propres à l'École interactionnelle de douleur chronique (EIDC).



MOTS CLÉS

---

approche stratégique, fibromyalgie, lombalgie chronique, psychologie de la santé, traitement

---

ABSTRACT

This article describes the practical procedures and strategic actions involved in a group treatment of chronic pain called the Interactional School whose efficacy has already been demonstrated with patients suffering from low back pain or fibromyalgia. A brief presentation of the practical procedures precedes a detailed analysis of the strategic actions which is organized around the following four themes: Description (of the complaint, attempted solutions and exceptions), interaction, therapeutic tactics and tasks prescription. The conclusion highlights the main characteristics associated with the Interactional School of Chronic Pain (ISCP).

KEY WORDS

---

strategic approach, fibromyalgia, chronic low back pain, health psychology, treatment

---