

- Ministère de la santé et des services sociaux (1985). *L'école et la santé mentale: État de la question de la santé mentale en milieu scolaire*. Comité de la santé mentale du Québec. Éditeur officiel du Québec.
- Mueser, K.T., Foy, D.W., Carter, M.J. (1986) Social skills training for job maintenance in a psychiatric patient. *Journal of counseling psychology*, 33, 3, 360-362.
- Nielzel, M.T., Martonard, R.D., Meimick, I. (1977). The effect of covert modeling with or without reply training on the development and generalization of assertive responses. *Behavior therapy*, 8, 183-192.
- O'Leary, L.G., Dubey, D.R., (1979). Application of self-control procedure by children: A review. *Journal of applied behavior analysis*, 12, 449-466.
- Ouellet, R., Lebel, B., Danis, H. (1984). *Un programme d'entraînement aux habiletés sociales pour multirécidivistes*. Conférence inédite, Hôpital Louis-H. Lafontaine, Montréal.
- Ozer, M.M. (1980). *Solving learning and behavior problems of children*. San Francisco: Dorsey-Bass Publisher.
- Paquin, M. (1981). L'apprentissage des aptitudes sociales pour prévenir l'hospitalisation. *Santé mentale au Canada*, 7, 9-34.
- Pilon, W. (1976). *Programme d'entraînement à l'adaptation personnelle*, vol. I, II, III. Document inédit.
- Pithers, W.D., Marques, I.F., Gibot, C.C. (1983). *Relapse prevention with sexual aggressors: A self-control model of treatment and maintenance of change, in the sexual aggressor*. London, Greer-Stuart.
- Rather, J.B. (1971). External control and internal control. *Psychology today*, 5, 37, 42-59.
- Rice, M.E. (1983). Improving the social skills of males in a maximum security psychiatric setting. *Canadian journal of behavioral science*, 15, 1-13.
- Sanderson, D.R. (1985). The effectiveness of general and specific instructions on the stimulus generalization of social skill behavior of adolescent males. *Dissertation abstracts international*, 46 (6-B), 2100 (résumé).
- Spence, S.H., Marzillier, I.S. (1981). Social skills training with adolescent male offender: long term and generalized effects. *Behavior research and therapy*, 19, 4, 349-368.
- Stokes, T.F., Baer, D.M. (1977). An implicit technology of generalization. *Journal of applied behavior analysis*, 10, 349-367.
- Thoresen, C.E., Mahoney, M.J. (1974). *Behavior self-control*. San Francisco: Dorsey-Bass Publisher.
- Tisdale, D.A., Lawrence, J.S. (1986) Social skills training to enhance the interpersonal adjustment of speech and hearing impaired adult. *Journal of communication disorders*, 19, 3, 197-207.
- Trower, P. (1982). Toward a generative model of social skills: A critique and synthesis, in Monti, I.P., Monti, P.M. *Social skills training: A practical handbook for assessment and treatment*. New-York: Guilford.
- Trower, P., BRYANT, B., ARGYLE, M. (1978). *Social skill and mental health*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Turkewitz, H.K., O'Leary, D., Ironsmith, M. (1975). Generalization and maintenance of appropriate behavior through self-control. *Journal of consulting and clinical psychology*, 43, 577-583.
- Vitaro, F., Beausoleil, R. (1985). Amélioration des conduites sociales au préscolaire. *Apprentissage et socialisation*, 8, 3, 29-44.
- Watson, S.E., Singh, N.N. (1985). Social skills training for schizophrenic patients. *Behavior change*, 2, 2, 94-101.
- Whitman, W.R., Quinsey, V.L. (1981). Heterosocial skills training for institutionalized rapist and child molesters. *Canadian journal of behavioral science*, 13, 104-105.

## TRAITEMENT MULTIMODAL ET INTERDISCIPLINAIRE DE LA DOULEUR CHRONIQUE

J.W.S. VLAEYEN, N.H. GROENMAN

Département de Psychologie médicale  
Université de Limbourg

et

T. LEGRELLE

Maison médicale Marconi, Bruxelles

Cet article relate l'approche comportementale de la douleur chronique et l'analyse fonctionnelle du comportement-douleur observable. Une étude de cas est brièvement présentée pour illustrer le programme interdisciplinaire dérivé de cette perspective. Cette étude cas comporte une relance de quatre ans.

La douleur est une expérience subjective qui signale l'atteinte de l'intégrité physique. Dans la plupart des douleurs aiguës, l'intégrité peut être rétablie par un traitement pharmacologique ou chirurgical, qui atténue et fait disparaître la douleur. Mais lorsque la douleur ne diminue pas, que la cause semble difficile à trouver et que les traitements traditionnels restent inefficaces, la douleur persiste des semaines, des mois et même des années. On parle alors de douleur chronique, un des problèmes les plus complexes et les plus coûteux de la médecine contemporaine.

Le problème clinique et thérapeutique posé pour les malades souffrant de douleurs chroniques (c'est-à-dire au-delà de 3 à 6 mois) est sensiblement différent de celui posé par les douleurs aiguës.

La médecine comportementale a renouvelé l'ensemble du problème de la douleur, en introduisant une conceptualisation moderne de la douleur et des programmes thérapeutiques basés sur les principes de la thérapie comportementale. Cette nouvelle con-

Nous tenons à remercier, pour leur aide apportée dans la traduction et la dactylographie de cet article, Henny Pevenage, A. Griez-Durand et Cristianne Bosma.

Les demandes de tiré-à-part peuvent être adressées au premier auteur, Département de Psychologie médicale, Université de Limbourg, P.O.B. 616, NL 6200 MD MAASTRICHT, Pays-Bas.

ceptualisation établit une distinction entre les termes de «nocivité», «douleur», «souffrance» et «comportement-douleur» (Loeser 1980).

Le comportement-douleur, c.à.d. l'interaction entre celui qui souffre et son entourage, peut s'expliquer par bien d'autres choses que la seule nocivité. Ce comportement n'est pas uniquement influencé par des stimuli nociceptifs. Il est également contrôlé par les réactions qu'il suscite dans l'entourage du patient. Enfin, chez le patient lui-même, ce comportement éveillera des idées et des émotions, qui à leur tour le contrôleront.

Dans le domaine de l'évaluation du problème de la douleur, et de l'établissement des programmes thérapeutiques, les travaux les plus importants sont ceux de Fordyce (1973, 1976, 1978, 1983), Rioux et Beausoleil (1981) et Beausoleil et Rioux (1983) en font également une bonne analyse.

Dans son «programme opérant de traitement de la douleur», Fordyce essaie de contrôler systématiquement les conséquences du comportement-douleur ainsi que celles du comportement «sain». Ce programme vise (Cosyns & Vlaeyen 1984):

- a) L'augmentation du niveau d'activité et la diminution de l'handicap fonctionnel;
- b) La réduction du comportement-douleur;
- c) La réduction de la consommation vaine de médicaments et de soins de santé spécialisés;
- d) Le renforcement du comportement «sain».

Dans cet article, nous nous proposons de présenter en détail le programme thérapeutique opérant de Fordyce (1976). Après une explication théorique du modèle comportemental de la douleur chronique, nous présenterons le cas de Mme N. Nous la suivrons au cours des différentes phases de son traitement.

## Le modèle comportemental de la douleur chronique

### Définition de la douleur

La douleur est une expérience subjective et individuelle difficile à circonscrire ou à définir. En outre, la conception en est si vaste qu'elle peut se reporter à plusieurs processus et qu'elle peut avoir plusieurs significations. Le plus souvent le terme «douleur» exprime l'expérience subjective douloureuse. Dans d'autres cas, le terme se limite à la description de processus physiologiques, aussi bien au niveau périphérique qu'au niveau du système nerveux central, suite à un dommage des tissus.

Enfin, le terme «douleur» est souvent employé dans le langage courant pour exprimer la souffrance. Nous lisons par exemple dans un journal: «Les restrictions budgétaires ont entraîné une situation douloureuse dans le réseau des fonctionnaires». Pourtant ces restrictions ne produisent aucun dommage des tissus chez les fonctionnaires!

Le philosophe René Descartes (1596-1650) se basait sur la dualité du corps et de l'esprit. Il définissait la douleur comme une réaction réflexe de l'esprit suite à une im-

pulsion douloureuse du corps. Il y avait, selon lui, une relation linéaire entre la nature du stimulus et celle du réflexe. Bien que cette conception soit toujours à la base des modèles médicaux contemporains, nous remarquons souvent et, particulièrement dans des cas de douleur chronique, une forte discordance entre l'anomalie organique, présente ou non, et l'intensité de la douleur chez le patient. L'insuffisance du modèle cartésien d'une part et le manque de précision du terme «douleur» d'autre part, ont amené les spécialistes à élaborer d'autres modèles. L'un d'eux, le neurochirurgien John D. Loeser, distingue quatre concepts modernes: la «nocivité», «la douleur», «la souffrance» et «le comportement-douleur» (Loeser, 1980). Au cours de cette discussion, nous soulignerons les facteurs significatifs d'importance, à savoir: les facteurs neurophysiologiques, cognitifs, émotionnels et environnementaux (fig. 1). Bien qu'il s'agisse d'une présentation artificielle, nous aurons une idée de la complexité du problème de la douleur et du point de départ pour le traitement.

La «nocivité» est l'enregistrement d'une énergie thermique ou mécanique nocive par des récepteurs spécialisés qui activent des fibres A-Delta et C. La nocivité est un système sensoriel spécifique, tout comme la vue, l'ouïe et le touché. Des facteurs neurophysiologiques tels que les produits pharmacologiques et la neurostimulation transcutanée peuvent modifier ce processus ou bloquer la transmission au cerveau (Zimmerman 1979). La nocivité mène en général à la douleur, le stimulus nociceptif perçu par le système nerveux central.

Loeser (1980) parle de la «douleur» dans l'expérience douloureuse. Il peut y avoir douleur en l'absence d'une telle perception, par exemple dans les cas de douleurs fantômes. L'expérience douloureuse semble être en grande partie influencée par les pensées rattachées à la situation douloureuse et par les attributions qui lui sont décernées. Ainsi, Beecher (1956) observe que des militaires blessés à la guerre réclament moins d'analgésiques que des civils après une intervention chirurgicale. Pour les militaires, la douleur et l'hospitalisation signifient l'évasion des dangers du front. Pour les civils, la douleur comporte une signification négative et dangereuse.

C'est à ce niveau que se situe l'action de techniques cognitivo-comportementales dans la prise en charge de la douleur. Parfois, les patients souffrant de douleurs peuvent lui attribuer une autre signification à l'aide de «nouveaux étiquetages» et de renforcements imaginaires des sensations perçues, ce qui les rend moins gênantes (Turk, Meichenbaum et Genest, 1983).

La douleur entraîne souvent de la souffrance, définie par Loeser comme une réponse émotionnelle déplaisante à des situations ou des événements aversifs. En marge de la douleur, on retrouve aussi des conflits, des problèmes de séparation ou d'isolement sociale. Les facteurs émotionnels comme l'anxiété et la dépression affectent le degré de la souffrance (et indirectement le comportement-douleur). L'anxiété s'associe généralement à la douleur aiguë, la dépression accompagne la douleur chronique (Sternbach, 1974).

Alors que la perception de nocivité, la douleur et la souffrance sont des processus privés et inobservables, le *comportement-douleur*, lui, est observable. Il se définit comme l'interaction entre l'individu souffrant et son entourage. Les signes de ce comportement sont souvent la position du corps, l'expression du visage, la manière de parler, la consommation de médicaments et la demande d'interventions chirurgi-

cales ou d'indemnisations pour invalidité. Voilà donc le type d'information objective disponible dans l'étude d'un problème de douleur.

Notons que le comportement relatif à la douleur n'est pas nécessairement relié de façon isomorphe à la nocivité. Les dimensions du comportement-douleur sont étudiées plus en détail par Vlaeyen et al. (1987).

Comme toutes les formes de comportements, le comportement relatif à la douleur est également sensible aux conditions du milieu. Celles-ci peuvent expliquer le maintien d'un comportement-douleur, même lorsque la lésion organique originelle est guérie et qu'il ne s'agit plus de nocivité. L'influence de l'environnement sur le comportement-douleur en tant que facteur d'apprentissage s'exerce sous forme de conditionnement répondeur ou opérant. Il importe maintenant de préciser les termes «douleur répondeur» et «douleur opérante» qui y sont associés.

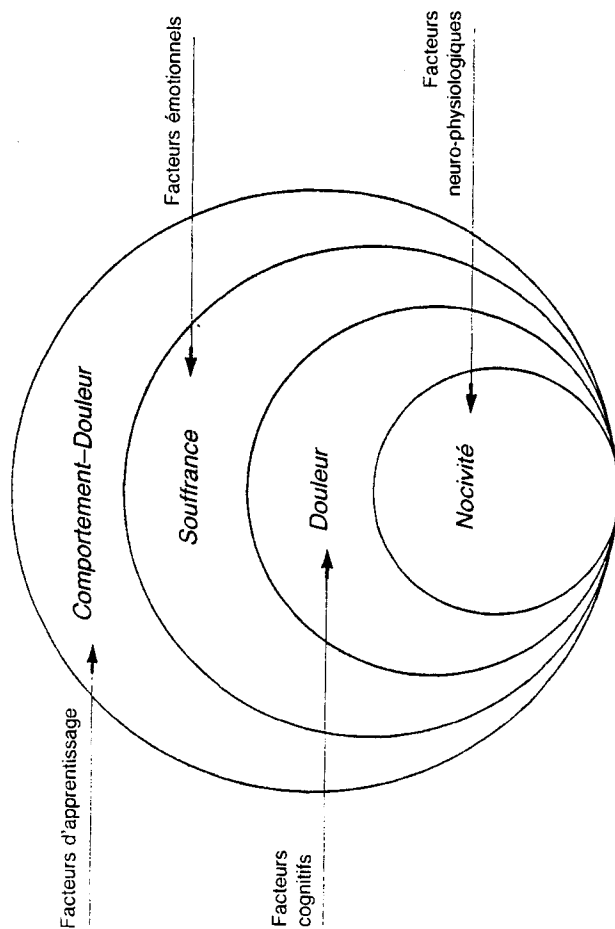


Fig. 1  
Les facteurs d'influence appliqués au modèle de J. Loeser

**Douleur répondeur et opérante**

Une douleur répondeur s'explique essentiellement par des variables antécédentes. C'est par exemple la douleur ressentie au contact de la chaleur. La douleur répondeur peut également se définir comme une réponse à un stimulus associé antérieurement au stimulus nociceptif, selon le principe du conditionnement classique. En phase aiguë, la plupart des états douloureux sont répondeurs.

Par contre, la douleur opérante s'explique par les conséquences, c'est-à-dire les événements qui la suivent. La théorie du conditionnement opérant, prévoit qu'un comportement augmente s'il est suivi de conséquences perçues positivement par l'individu. C'est ainsi que Fordyce (1976, 1978 et 1983) affirme qu'une douleur répondeur en phase aiguë peut revêtir un caractère plus opérant et évoluer en phase chronique.

Ceci peut se produire de trois manières différentes:

a) **Renforcement positif: acquisition de conséquences positives**

Les conséquences positives ou renforcements du «comportement-douleur» peuvent être par exemple, la consommation d'analgésiques (qui ont pour conséquence une diminution immédiate du niveau de la douleur), le repos au lit, l'attention de la part des membres de la famille et du médecin et, dans certains cas, un soutien financier considérable. La prescription d'analgésiques avec la mention «à prendre si nécessaire» oblige le patient à manifester un comportement-douleur pour recevoir cette médication dont les effets sédatifs lui paraissent souvent agréables. La consommation d'analgésiques devient alors contiguë au comportement-douleur. Alors la persistance s'installe. L'avis: «Reposez-vous quand vous avez mal» renforcera également la chronicité de façon opérante. Cet avis «thérapeutique» n'est valable que pour des douleurs aiguës.

b) **Renforcement négatif: se soustraire aux conséquences négatives**

Un renforcement négatif surgit lorsque le comportement-douleur permet d'éviter des situations aversives ou désagréables. Ainsi, en se couchant et en se reposant, la douleur peut être évitée. Le patient se couchera plus souvent. D'autres situations aversives pourront également être évitées, comme une situation professionnelle désagréable, un conflit, une confrontation, des responsabilités, des craintes etc.. Cette forme s'appelle «l'apprentissage par évitement». (Cosyns et Vlaeyen (1984) ont étudié ce problème).

Chez les patients plus âgés souffrant de douleurs chroniques un lien est souvent observé entre le comportement-douleur et des symptômes de dégradation cognitive (problèmes d'orientation, difficultés de raisonnement logique ou amnésie). Le comportement-douleur peut alors servir à éviter des situations qui sont devenues embarrassantes.

c) **Le comportement «sain» n'est pas renforcé**

Si le patient se montre plus actif, son entourage peut le ralentir en lui rappelant sans cesse qu'il est malade. Se souciant de lui, les membres de sa famille lui enlèvent alors toute possibilité d'action ou de prise de responsabilité. On l'encourage donc à prendre des médicaments, à se reposer, à consulter des médecins et surtout à ne pas aller au-delà de ses forces.

Ces formes de conditionnement et ces influences de l'environnement nous incitent à conclure que la plupart des douleurs chroniques sont opérantes. Le rôle de la nocivité est réduit au minimum. Le médecin constate souvent qu'il n'y a pas de pathologie organique, ou du moins qu'il y a une grande discordance entre l'anomalie

organique et l'intensité du comportement-douleur.

Le comportement-douleur a aussi des conséquences à long terme. L'inactivité entraîne une utilisation réduite du système musculaire et une dégradation de l'état physique en général. De ce fait, les activités que le patient pouvait faire auparavant facilement, deviennent aujourd'hui, de nouvelles sources de problème, d'où leur évitement.

La réduction de l'activité physique et l'augmentation de la douleur aboutissent à une situation d'impuissance. La plupart des patients souffrant de douleur chronique n'ont plus confiance dans l'avenir et sont dépressifs. Il est parfois difficile de séparer la dépression du problème douloureux. Le niveau d'activité entraîne en effet une privation de renforcements (contacts sociaux, passe-temps, travail, activités familiales etc.) qui augmente la probabilité d'apparition d'un état dépressif (Lewinsohn, 1975). En bref, l'influence réciproque des facteurs physiologiques, cognitifs, et environnementaux aggrave le problème douloureux. L'inactivité augmente. Le patient voit que son état physique et mental s'aggrave. L'étiquetage «J'ai une maladie grave» apparaît. L'anxiété anticipatoire augmente. Le patient est de moins en moins actif, le comportement-douleur augmente, renforcé par l'entourage. Un état dépressif se développe. Petit à petit, le patient se trouve dans l'impasse du syndrome de la douleur chronique.

«Extinction» et «façonnement»: les principes de base du traitement de la douleur chronique

L'approche thérapeutique comportementale démontre que le comportement-douleur décroît si le renforcement ne suit plus ce comportement. L'extinction survient moyennant deux conditions:

a) La manifestation d'un comportement non souhaité (comportement-douleur)

b) L'absence de renforcements suite à la manifestation de ce comportement. Par contre, les renforcements doivent être associés au comportement désiré: le comportement «sain», comme l'exécution d'activités journalières, la reprise des loisirs, du travail et des contacts sociaux, etc..

Ce comportement désiré est composé de plusieurs aspects. Ces aspects sont systématiquement renforcés dès que le patient les exécute. Ce processus, appelé «façonnement», est le ré-apprentissage d'un comportement par le renforcement systématique de ses aspects distincts. «L'extinction» et le «façonnement» sont les principes de base du programme de traitement opérant pour des patients souffrant de douleur chronique. Dans ce programme, construit selon l'analyse fonctionnelle individuelle du patient, les conséquences du comportement-douleur et du comportement «sain» sont systématiquement contrôlées. L'extinction entraîne une atténuation du comportement-douleur, le façonnement vient petit-à-petit rétablir le comportement «sain». Le programme thérapeutique sera illustré dans l'étude de cas qui suit.

### Analyse fonctionnelle du comportement-douleur: le cas de Mme N.

Lorsque le médecin traitant ne constate pas de causes physiques pour les plaintes de son patient et qu'il ne voit pas d'issue pour son malade ou pour son problème de douleur, il l'envoie parfois chez le psychologue clinicien. De façon implicite, on fait souvent référence à la dualité cartésienne du corps et de l'esprit: «Votre douleur est imaginaire. Elle n'est pas dans le dos, elle est dans la tête».

Une telle déclaration est à éviter à tout prix. Elle incite le patient à se conformer davantage au modèle médical et à essayer de prouver avec acharnement que sa douleur est réelle. Du fait que le patient souffre réellement, il n'est pas utile de savoir si la douleur est «imaginaire» ou «réelle» (Cosyns 1981). Le psychologue clinicien se posera la question suivante: «Quels sont les facteurs qui font subsister ce comportement-douleur?».

Lorsqu'il prend un rendez-vous avec le patient, le psychologue clinicien lui demande de tenir un journal dans lequel on trouvera:

- 1) les activités journalières,
- 2) la consommation de médicaments et
- 3) le changement du niveau de douleur au cours de la journée.

On lui propose alors de remplir des formulaires *ad hoc*, pour une période allant de deux à trois semaines. Le psychologue clinicien établira ensuite une analyse psychosociale où il réunira ces données, ce qui lui permettra d'élaborer une analyse fonctionnelle du comportement-douleur. Fordyce (1976) a fait une description détaillée de cette analyse fonctionnelle.

Voici la description des plaintes de Mme N, l'analyse fonctionnelle de son comportement et enfin les recommandations du psychologue clinicien.

Mme N. est une femme de 52 ans. Elle se plaint de douleurs dans le dos. Au premier abord, elle donne l'impression d'être fort tendue et désemparée. Elle est accompagnée par son mari qui semble doux, empathique et prêt à tout faire pour que l'état de sa femme s'améliore. Il est fonctionnaire supérieur. Dans son instructeur, Mme N. n'a pas dépassé l'école primaire. Le couple a trois enfants. Depuis son mariage, Mme N. s'est entièrement consacrée à sa famille. L'organisation du ménage et la bonne éducation de ses enfants ont été jusqu'à présent l'essentiel de sa vie. Elle participe à de nombreuses activités, intérieures ou extérieures à son foyer, ce qui lui plaît beaucoup. Le départ du plus jeune de ses enfants marqua un grand changement dans sa vie. Elle le ressent encore aujourd'hui comme un grand vide.

L'évolution des plaintes se manifeste ainsi:

Au cours de l'automne où son plus jeune enfant quitte la maison, Mme N. souffre à trois reprises «d'inflammations» dorsales. On lui conseille de rester active (se promener, rouler à bicyclette, etc...). Pendant une randonnée en vélo, elle est prise d'une sensation désagréable à la nuque. La douleur persiste et descend dans le dos. Un orthopédiste lui fait un corset mais le but recherché n'est pas atteint. Un examen neurologique s'ensuit, qui ne montra aucune anomalie significative. Plusieurs membres de la famille de Mme N. ont également souffert de douleurs dorsales chroniques.

Une recrudescence prononcée des plaintes se déclencha au mois de juillet (trois ans après le début des plaintes). Il lui arrivait alors d'«hurler de mal» pendant la nuit. Quatre mois plus tard, la patiente passait la plus grande partie de son temps dans son lit. Elle pleurait beaucoup et dormait mal. Elle expliquait que la douleur était insupportable pendant la journée, lorsqu'elle était seule à la maison. De plus en plus fréquemment elle appelait son mari au travail; celui-ci accourait à son chevet.

La douleur devint moins forte grâce aux massages, à la consommation d'analgésiques, et aux conversations qu'elle avait avec son mari.

Survint alors une légère intoxication due aux analgésiques. Le travail ménager, les sorties par mauvais temps accentuèrent la douleur. De plus, depuis deux ans, Mme N. souffre d'une phobie du froid. Elle ne sort que par beau temps et ne prend plus de douches à cause du froid initial. Six mois après l'aggravation des plaintes, la situation devint intolérable à la maison.

Elle est admise dans une unité de psychiatrie au cours d'une période de crise, afin d'y recevoir un traitement clinique. Le schéma de l'analyse fonctionnelle du comportement-douleur de Mme N. est présenté à la figure 2.

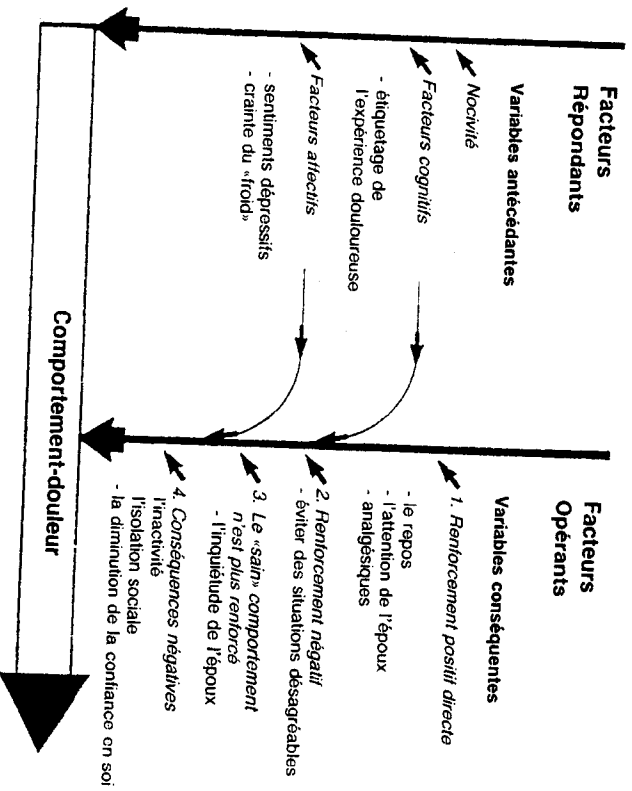


Fig. 2 Analyse fonctionnelle du comportement douleur de Mme N.

En phase aiguë, la douleur de Mme N. semble de type répondant. Elle s'explique surtout par des stimuli nociceptifs, causés par des inflammations. De plus, elle considère la douleur comme menaçante et elle craint que toute activité la fasse augmenter. Ces facteurs cognitifs accroissent la sensation de douleur. Les sentiments dépressifs, suite à la perte des enfants, augmentent la souffrance et influencent le comportement-douleur (Romano & Turner, 1985). Le manque d'activités et l'isolement social qui en découlent entraînent une privation des renforcements essentiels, expliquant les sentiments dépressifs (Levinsohn, 1975).

Après quelques mois, le caractère opérant de la douleur s'affirme. Positivement le comportement-douleur est renforcé par le repos, la prise d'analgésiques sédatifs et l'attention accrue du mari (auparavant souvent absent pour raisons professionnelles). De son côté, Mme N. renforce son comportement-douleur de façon négative en évitant certaines situations désagréables: se retrouver seule à la maison, s'occuper de son ménage avec son, sortir par mauvais temps.

Le comportement «sain» n'est plus renforcé. Mme N. est invitée par son mari et ses enfants à se reposer le plus souvent possible, à prendre des médicaments et à ne pas aller au-delà de ses forces. C'est ainsi que peu à peu la patiente évolue dans le rôle de «malade».

L'analyse psycho-sociale des activités journalières révèle un résultat remarquable<sup>1</sup>. Le comportement-douleur et la sensation douloureuse se manifestent surtout le soir, la nuit et les week-ends. Ces variations dans le temps sont extrêmement importantes à analyser. En effet, il est peu probable que la stimulation nociceptive suive systématiquement un tel horaire.

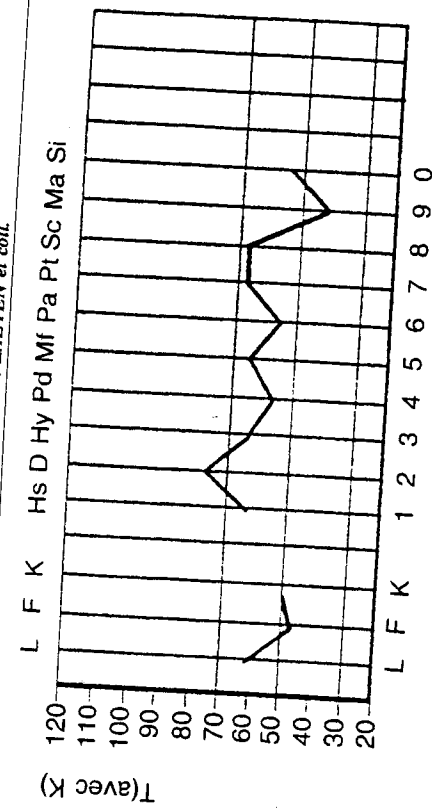
L'explication de ce phénomène devient évidente lorsqu'on se base sur les données précédentes. C'est le soir, la nuit et les week-ends que le mari de Mme N., son seul compagnon, est présent.

Son mari est donc devenu un stimulus qui déclenche systématiquement la sensation douloureuse et le comportement-douleur. Suite au renforcement fréquent de la part du mari compatissant, sa présence peut, à elle seule, provoquer le comportement renforcé. Voilà un exemple de contrôle du stimulus (Fordyce 1983; Coitiaux 1981).

Il sera donc indispensable de lui demander de participer également au traitement. Outre l'analyse psycho-sociale et l'analyse fonctionnelle du comportement, la recherche clinique psychologique comprend également des tests psychologiques. Le test le plus fréquemment utilisé dans le domaine du traitement de la douleur est le MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Le profil de ce test chez Mme N. évoque un état dépressif et anxieux (Voir la fig. 3). Elle serait peu sûre d'elle et aurait des problèmes au niveau de ses relations primaires. Elle retrouverait confiance en elle par l'exécution d'activités (Drake & Oetting, 1959; Gilbertstadt & Duker 1965).

L'examen neurologique ne révèle aucune pathologie somatique. Suite aux résultats positifs de l'examen psychologique, un programme thérapeutique opérant conviendrait à Mme N.

<sup>1</sup> Cette information aurait dû être analysée à partir du journal tenu par Mme N., avant le début du traitement. Son hospitalisation urgente ne l'a pas permis.



**Fig. 3 Le profil du MMPI de Mme N.**

En ce qui concerne les indications de ce traitement, notons que les considérations suivantes ont joué un rôle déterminant: la vie active de la patiente avant les plaintes, la relation entre la confiance en elle et les activités, et le fait que le programme thérapeutique opérant soit surtout basé sur des activités concrètes à réaliser par la patiente.

**Le programme interdisciplinaire du traitement de la douleur**

Voici la description du programme thérapeutique élaboré par Fordyce (1976). Ce programme comprend des mesures thérapeutiques communes à tous les patients en traitement, assorties de programmes thérapeutiques complémentaires individualisés et prescrits sur la base de l'analyse fonctionnelle du comportement-douleur. Le programme commun et les programmes individuels constituent donc un programme global et interdisciplinaire adapté aux besoins de chaque patient.

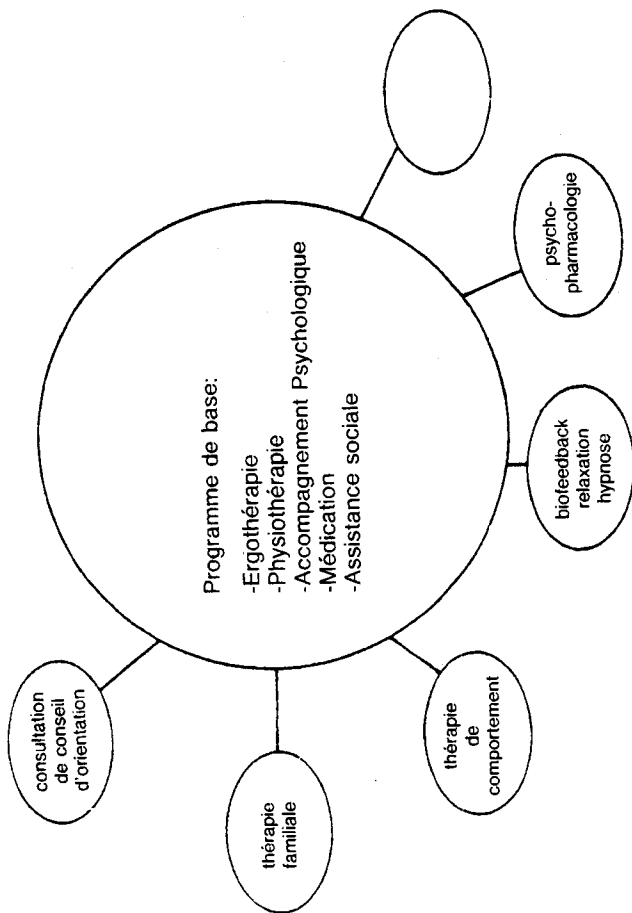
Différentes disciplines peuvent jouer un rôle dans le traitement. Leur contribution distincte et conjointe est illustrée à la figure 4.

**Ergo- et kinésithérapie:**

L'ergothérapeute ou physiothérapeute visent à améliorer la condition et le bien-être physique du patient.

**Médecine:**

Il s'agit souvent d'un médecin de révalidation qui suit l'état physique des patients et qui contrôle la médication.



**Fig. 4 Le Programme de traitement opérant de base et les programmes complémentaires**

**Assistance sociale:**

Les intervenants sociaux s'occupent des contacts avec l'employeur du patient, l'agent d'assurance et les membres de la famille.

**Psychologie clinique:**

Le psychologue aide et accompagne le patient et les personnes de son entourage direct (époux(-se) et enfants) pendant le traitement.

Les programmes thérapeutiques supplémentaires peuvent consister en thérapies de couple, thérapies familiales, biofeedback, relaxation, restructuration cognitive, techniques d'inoculation contre le stress, hypnose etc. Le patient peut aussi s'adresser à un conseiller, s'il envisage un changement de profession.

La thérapie psychopharmacologique peut également être intégrée dans le programme.

La coordination de l'ensemble du programme est assurée par un psychologue clinicien ayant une formation de thérapie comportementale et spécialisée dans la gestion psychologique de la douleur. Il suit le patient et son traitement à tout point de vue. Assisté par le médecin, il préside les réunions hebdomadaires de l'équipe interdisciplinaire: l'évolution du patient à chaque étape du traitement y est discutée.

En général, le traitement dure de quatre à six semaines.

Après environ deux semaines, quand le patient a acquis un niveau d'activité suffisant, il peut, dans l'enceinte de l'hôpital, effectuer une tâche qui lui est confiée par l'équipe.

Dans la plupart des cas, ces tâches sont en rapport avec le retour à la vie sociale. Avant que le traitement ne commence, on procède à la phase d'observation (niveau de base). Cette phase qui sert à déterminer les limites physiques du patient permet de construire un programme thérapeutique adapté. Celui-ci fera l'objet d'un contrat de traitement.

Nous reprendrons ici le cas de Mme N. afin d'illustrer en détail l'application des différents aspects du programme.

#### La phase d'observation

Au cours des deux premières semaines de son hospitalisation, Mme N. est observée attentivement, particulièrement pendant les activités en ergothérapie et en kinésithérapie. On ne parle toujours pas de traitement.

Le repos reste contigu à la douleur. Dans cette phase, on demande à Mme N. de faire des exercices dont le degré de difficulté augmente progressivement. Mme N. peut cesser quand «ça fait mal». Ainsi, on peut déterminer les limites physiques de la patiente.

Tous les thérapeutes l'observent attentivement et obtiennent ainsi un aperçu d'ensemble du comportement-douleur. Très souvent, on remarque dans cette phase que le niveau d'activité augmente (Fordyce, 1976). Cela fut aussi le cas chez Mme N. (fig. 5).

#### Le contrat

La phase d'observation nous donne suffisamment d'information pour déterminer les mesures à prendre dans le traitement, au cours d'une réunion interdisciplinaire où sont regroupées les données de tous les thérapeutes.

Mme N. et son mari sont ensuite invités à participer à la réunion où seront élaborés et proposées les mesures thérapeutiques.

L'expérience nous apprend qu'un bref exposé de notre modèle théorique, en référence à l'analyse fonctionnelle de la patiente, constitue un bon point de départ. On le retrouve comme fil conducteur durant tout le traitement et il s'avère toujours un excellent point de repère.

De plus, ce facteur aide à augmenter la confiance de la patiente en son équipe et il est rassurant pour elle de savoir que «la douleur n'est pas imaginée». En effet, l'équipe explique clairement qu'elle considère que sa douleur est réelle mais que sa souffrance peut être atténuée par le traitement.

#### TRAITEMENT DE LA DOULEUR

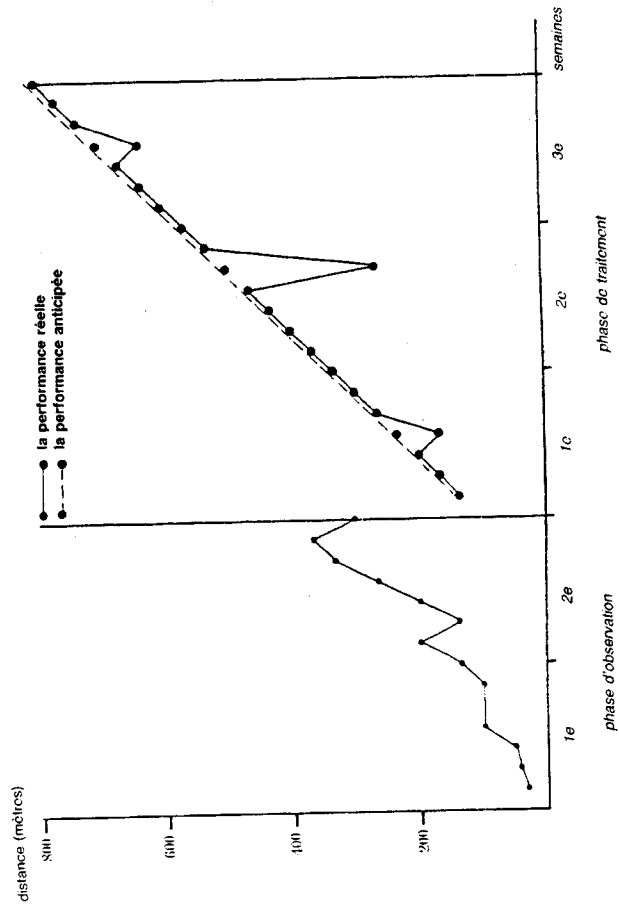


Fig. 5 Le schéma d'exercice pour l'activité: «se promener»

Ensuite le psychologue coordinateur soumet au couple et à l'équipe traitante un contrat où tous les participants s'engagent à suivre le programme imposé. Chacun le signe et en reçoit une copie.

#### Le traitement<sup>1</sup>

L'association douleur-repos est disloquée et remplacée par une association activité-repos. Un schéma fixe est donc mis au point. D'après ce schéma, le nombre d'activités est augmenté petit-à-petit suivant un horaire entièrement structuré.

Les premiers exercices en ergothérapie et en kinésithérapie sont de courte durée et ne produisent qu'une faible douleur. L'intensité et la difficulté des exercices augmentent progressivement selon le degré de tolérance. Mme N. tient un journal des activités réalisées et envisagées qu'elle reporte sur un diagramme. Cette forme de rétroaction directe de ses performances constitue un renforcement positif important.

Mme N. se rend compte qu'elle est capable d'efforts de plus en plus importants chaque jour, et ceci l'encourage. En outre, les exercices sont choisis en fonction de l'utilité dans la vie quotidienne: exercices sur bicyclette, exercices d'haltères (requérant l'aptitude à porter un cabas), monter et descendre des escaliers et se promener.

<sup>1</sup> H. Milius, médecin assistant en psychiatrie et R. Evenhuis, stagiaire en Psychologie Médicale à l'Hôpital Universitaire de Maastricht, Pays-Bas, ont droit à la reconnaissance des auteurs pour leur collaboration à cette partie.

Contrairement à l'attitude traditionnelle, le personnel infirmier est entraîné à porter son attention sur le comportement «sain». Ce comportement est donc renforcé systématiquement et ainsi encouragé. Si la patiente se plaint de douleurs, que ce soit d'une manière directe ou indirecte, verbale ou non-verbale, les membres du personnel changent immédiatement de sujet de conversation, ou ignorent son personnel de plainte par une rupture du contact visuel et verbal.

Il s'agit là de la méthode d'extinction. Quant au problème d'intoxication aux analgésiques de Mme N., un «*pain-cocktail*» (Fordyce, 1976) lui est proposé. Il s'agit d'une solution dont le dosage d'analgésiques est progressivement réduit. La prise d'analgésiques, selon qu'il y ait douleur ou non, est remplacée par cette solution à horaire fixe. La concentration d'analgésiques est progressivement diminuée jusqu'à zéro.

Dès le début, le mari est appelé à contribuer au programme de traitement pour que les résultats obtenus se généralisent dans la vie quotidienne de la patiente. Non seulement il apprend à identifier le comportement-douleur présenté par sa femme, mais, de plus, il apprend à modifier le modèle d'interaction existant.

Il va surtout encourager le comportement «sain» de sa femme. Lorsqu'elle aura accompli une activité, il prendra le temps de lui en parler d'une façon agréable. Le cours des activités et les progrès de Mme N. s'avèrent être de bons points de départ pour la conversation. Le thérapeute incite le couple à organiser ensemble des activités agréables. Ils projettent de faire des courses ensemble, de faire un tour à bicyclette et de rendre visite à la famille. Il est à noter que ce changement n'a été possible qu'au prix d'une modification d'activités de la part du mari.

Le programme de base est complété par les programmes complémentaires suivants:

- À l'aide d'exercices de relaxation basés sur l'attention sélective, Mme N. peut obtenir une réduction et parfois une suppression temporaire de l'expérience douloureuse. Elle apprend à se détendre et à éviter les sensations douloureuses aiguës. Progressivement, la douleur paraîtra moins menaçante et l'anticipation anxieuse va diminuer.
- Les tensions relationnelles apparues plus clairement après le départ des enfants, appellent une thérapie de couple. On y explore avec les conjoints la façon dont les conflits sont gérés et les alternatives possibles.
- Un programme de désensibilisation selon le principe du «contre-conditionnement» est proposé pour diminuer la crainte du froid. Cette thérapie permettra à la patiente de veiller elle-même à son hygiène et de sortir plus facilement.

#### Contacts avec l'époux

Idealement, l'époux doit soutenir et renforcer le comportement adéquat, nouvellement appris, tout comme le fait l'équipe thérapeutique. Ceci implique l'extinction du comportement-douleur et le renforcement des performances motrices. Dans ce but, le mari de Mme N. est convoqué au centre de réadaptation, deux heures par semaine. Le psychologue lui expose l'analyse fonctionnelle et lui explique comment il peut réagir différemment vis-à-vis de sa femme.

#### Contacts avec le médecin de famille

Vu les contacts fréquents et directs qu'il aura avec Mme N., le médecin de famille occupe une position centrale dès la conclusion du traitement.

Les résultats de l'analyse fonctionnelle lui sont communiqués et l'on convient d'une stratégie thérapeutique selon les principes opérants:

- Les visites à domicile se feront à intervalle fixe, indépendamment d'éventuelles fluctuations des plaintes douloureuses.
- Le médecin sera attentif à toute activité de la part de la patiente.
- Le médecin soutiendra l'époux dans sa nouvelle attitude face à sa femme.

#### Évaluation

Dès la fin de la deuxième semaine d'observation initiale, on a pu constater une légère amélioration de l'état d'esprit de Mme N. et une augmentation de son niveau d'activité (fig. 6). Notons que le traitement n'avait pas encore commencé. Ceci cor-

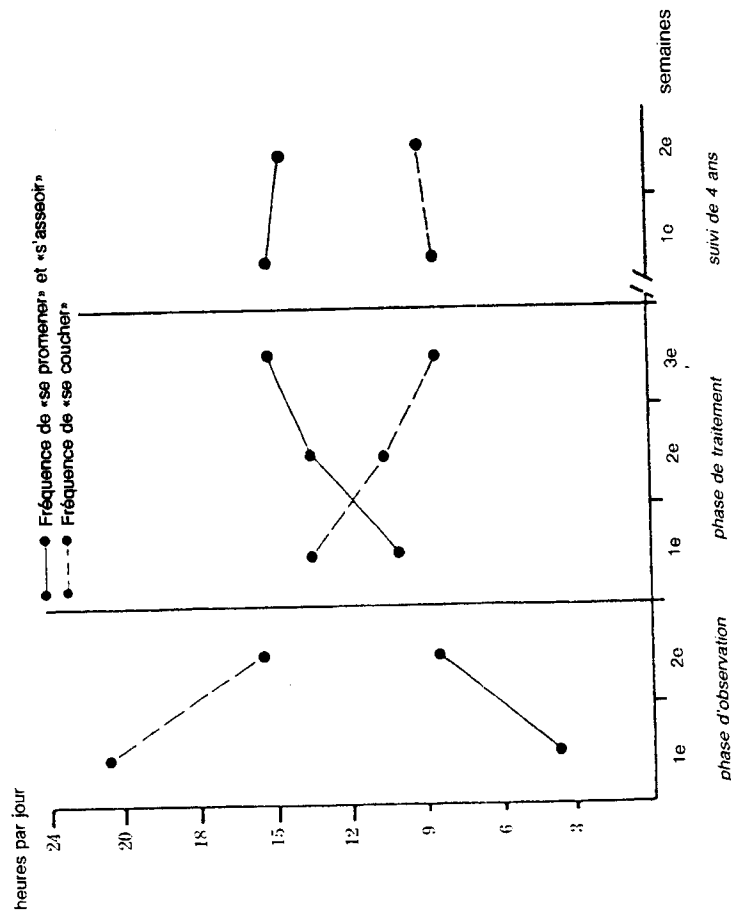


Fig. 6 Évolution du niveau d'activité



respond aux conclusions d'autres auteurs comme Armentrout (1973). L'évaluation, l'observation et la structuration journalière avaient déjà un effet thérapeutique.

Au cours de la première semaine d'intervention (le programme en comprend trois) Mme N. se plaignait fréquemment des exercices à effectuer. Son journal d'activités était mal tenu. L'équipe avait nettement l'impression que la patiente accomplissait les obligations contractuelles uniquement pour contenter les thérapeutes.

Dès la seconde semaine de traitement Mme N. établissait plus de contacts avec les autres patients et attachait plus d'attention à son apparence. Son état d'esprit s'améliorait et elle disait avoir moins mal. Son taux d'activité illustré à la figure 6 enregistrée alors un net progrès qui semble, par la suite, se maintenir.

Petit-à-petit, un changement s'opère dans le sens d'un glissement du renforcement externe vers un renforcement interne. On constatait également une modification dans l'interaction entre Mme N. et son mari. Comme prévu, les progrès thérapeutiques et non les douleurs deviennent sujet de conversation. Les données présentées à la figure 7 le confirment.

À la fin de la troisième semaine d'intervention, Mme N. retournait chez elle. Ceci ne posait aucun problème, quoique la structure fixe d'activités lui manquait. Une fois

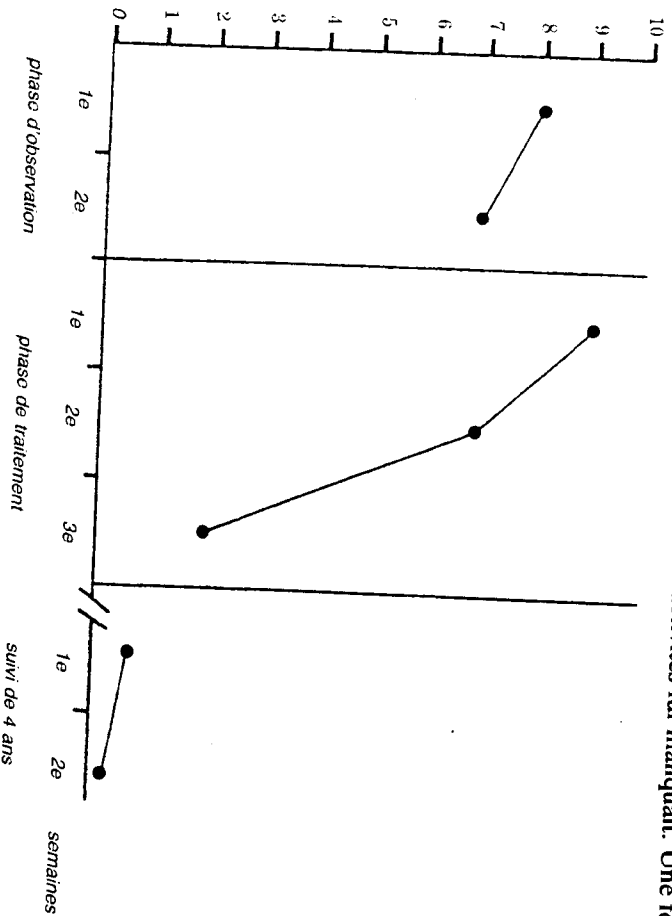


Fig. 7

Évolution de l'expérience douloureuse

chez elle, elle ressentit le besoin de continuer son journal, qu'elle considérait comme une aide précieuse. Avant qu'elle ne quitte l'hôpital, on avait par ailleurs recherché une occupation appropriée à la situation dans son foyer. Durant quelques mois, la thérapie de couple fut poursuivie. En ce qui concerne le comportement-douleur, on observa rapidement que Mme N. était plus souvent assise et marchait davantage.

Toutefois, remarquons que les plus grands changements se sont manifestés pendant la phase d'observation. L'expérience douloureuse, mesurée avec l'échelle analogique visuelle, (une échelle allant de 0 (= absence de douleur) à 10 (= douleur insupportable)) a fortement diminué (fig. 7). Le fait que la patiente soit désormais active constitue indiscutablement le changement le plus important. Elle a une occupation utile et, de plus, se livre de façon active à un travail bénévole dans les environs.

#### Le suivi

Souvent, les études concernant la douleur chronique n'incluent pas de suivi (Linton, 1982; Turner et Romano, 1984) et quand elles le font, les résultats sont partagés. Un bon nombre de patients rechutent lorsqu'ils réintègrent leur milieu. Lors de la rédaction de cet article, soit près de 4 ans après la fin de son traitement, nous avons recontacté la patiente. Nous lui avons demandé de tenir pendant deux semaines un journal d'activités, y compris l'échelle analogique visuelle.

Les résultats sont remarquables. La figure 6 montre que le niveau d'activité n'a pas changé pendant ces quatre années.

De plus, la figure 7 semble indiquer que l'expérience douloureuse a totalement disparu. Le médecin de famille confirme les résultats, en notant que la fréquence des visites diminua progressivement à un rythme de une tous les deux mois. Il nous confirme également que les plaintes de Mme N. ont disparu et qu'il n'y a plus eu de traitements spécialisés depuis la fin de notre programme.

#### Conclusion

L'approche multimodale et interdisciplinaire de la douleur est tout à fait récente. Elle est née à l'université de Washington, Seattle (U.S.A.), où Bonica, Fordyce et leur collègues ont développé le modèle des « cliniques de la douleur » modernes. Pendant la deuxième guerre mondiale, on a constaté que l'information sur la douleur était très disséminée et que l'approche thérapeutique par les spécialistes traditionnels restait souvent sans résultat (Hoeffelman, 1983). Au début, il s'agissait de « *Nerve Block Clinics* », dirigées par des anesthésistes. Petit à petit, les approches thérapeutiques se sont diversifiées. En même temps, les psychologues cliniciens y ont pris une place importante, grâce au développement de la médecine comportementale (Barber et Adrian, 1982; Coltroux, 1981).

Dans cet article, nous avons étudié le modèle comportemental de la douleur chronique et le programme multimodal et interdisciplinaire du traitement de la douleur qui en découle. Il importe de faire deux remarques à ce sujet: ce programme a eu beaucoup d'adeptes depuis sa mise au point dans les années soixante, ce qui lui a donné un large éventail de variantes. Ces variantes n'ont pas été reprises dans cet ar-

ticle. De plus, il s'agit ici d'un instantané. On apporte encore toujours des modifications à ce type de programme. Ainsi, depuis le début de 1984, on prête plus d'attention aux aspects de groupe et aux techniques cognitives (Fordyce 1984).

En dépit de ses aspects positifs, l'approche opérante fait l'objet de discussions, en ce qui concerne surtout ses fondements théoriques (Vinck, 1980). Une critique fréquente concerne le pôle de l'attention qui se centre avant tout sur le comportement-douleur observable. On pourrait croire, en effet, qu'en ne travaillant pas directement la sensation douloureuse, on lèse les patients; on ne traite pas l'expérience douloureuse. Or, ceci n'est pas nécessairement vrai. On peut en effet admettre, d'une part, qu'il y a interaction entre l'expérience douloureuse et le comportement-douleur et d'autre part, qu'un programme opérant offre au patient la possibilité de donner une autre signification à sa douleur, de façon à ce que celle-ci soit ressentie comme moins gênante (Vinck 1980; Turk et al., 1983). Ce processus de restructuration cognitive se poursuit ultérieurement lors des interactions quotidiennes avec les thérapeutes. La prise en charge opérante et multidimensionnelle des douleurs chroniques est le résultat d'une évolution relativement récente qui actuellement et, suivant l'exemple des «pain clinics» américaines, trouve également audience en Europe. Reste la question de savoir si celle-ci peut être transmise telle quelle.

Une étude approfondie de la transmissibilité et de l'intégration de cette démarche dans les services de santé européens comblerait un vide important. Quelques études de cas comme celle-ci et celle de Cosyns et Vlaeyen (1984) sont très prometteuses en ce sens.

## ENGLISH ABSTRACT

In this paper, the learning theory approach to chronic pain, the functional analysis of pain behavior and the multimodal pain treatment program derived from this behavioral perspective are discussed and briefly illustrated with a case study.

## Références

- Armentrout, D.P. (1973). The effects of self-monitoring on a tension induced pain syndrome. *Dissertation Abstracts Int.*, 34 (3-B), 1268.
- Barber, J., Adrian, C. (1983). *Psychological approaches to the management of pain*. New York: Brunner-Mazel.
- Beausoleil, R. et Rioux, S. (1983). Traitement multidimensionnel pour patients souffrant de maux de dos chroniques: une étude comparative. *Revue de modification du comportement*, 13, 107-116.
- Beecher, H.K. (1956). Relationship of significance of wound to the pain experienced. *Journal of the American Medical Association*, 167, 1609-1613.
- Cosyns, P. (1981). Modèle Psychopathologique de la Douleur Chronique; XXXe Assises Françaises de Gynécologie. Paris: Masson.
- Cosyns, P. et Vlaeyen, J. (1984). La douleur chronique. Dans R. Fontaine, J. Cottraux et R. Ladouceur (éds.), *Clinique de thérapie comportementale*. Liège: Mardaga.

- Cottraux, J. (1981) «Psychosomatique» et Médecine Comportementale: *Études de Cas*. Paris: Masson.
- Drake, L.E. et Oetting, E.R. (1959). *An MMPI Codebook for Counselors*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Fordyce, W.E., Fowler R.E., Lehman J., Delateur B., Sand P., Triessmann R. (1973). Operant conditioning in the treatment of chronic pain. *Arch. Phys. Medic. Rehab.*, 54, 399-408.
- Fordyce, W.E. (1976). *Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness*. St.-Louis: Mosby.
- Fordyce, W.E. (1978). Learning processes in pain. In: Sternbach (éd.), *The Psychology of Pain*. New York: Raven Press.
- Fordyce, W.E. (1983). Behavioral conditioning concepts in chronic pain. Dans J. Bonica (éd.), *Advances in Pain Research and Therapy*, Vol. 5. New York: Raven Press.
- Fordyce, W.E. (Communication personnelle). *IVth. International Congress on Pain*. I.A.S.P., Seattle, Septembre.
- Gilberstadt, H. et Duker, J. (1965). *A Handbook for Clinical and Actuarial MMPI Interpretation*. Philadelphia: Saunder.
- Hoeffelmann, S. (1983). Le centre de traitement de la douleur. *J. Head & Neck Pathology*, 2, 130-132.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lewinsohn, P.M. (1975). The behavioral study and treatment of depression. Dans M. Hersen, R.M. Eisler P.M. & Millers, (éds), *Progress in Behavior Modification*. New York: Academic Press.
- Linton, S.J. (1986). Behavioral remediation of chronic pain: A status report. *Pain*, 24, 125-141.
- Loesser, J.D. (1980). A definition of pain. *Medicine*, 7, 3-4.
- Rioux, S. et Beausoleil, (1981). Analyse comportementale de la douleur. *Revue de modification du comportement*, 11, 146-167.
- Romano, J.M. et Turner, J.A. (1985). Chronic Pain and Depression: Does the Evidence Support a Relationship? *Psychological Bulletin*, 97, 18-34.
- Sternbach, R.A. (1974). *Pain Patients. Traits and Treatment*. New York: Academic Press.
- Turk, D.C., Meichenbaum, D. & Genest, M. (1983). *Pain and Behavioral Medicine, A Cognitive-Behavioral Perspective*. New York: Guilford.
- Turner, J.A., Romano, J.A. (1984). Evaluating psychologic interventions for chronic pain: issues and recent developments. Dans Benedetti et al. (éds), *Advances in Pain Research and Therapy*. New York: Raven Press.
- Vinck, J. (1981). A critical discussion of the operant approach to chronic pain. Dans Koptagel-Ilal & Tuncer (éds.), *Proceedings of the 13th European Conference on Psychosomatic Research*. Istanbul: Bozah.
- Vlaeyen, J.W.S., Van Eek, H., Groenman, N.H., Schuerman, J.A. (accepté pour publication). Dimensions and components of observed chronic pain behavior. *Pain*.
- Zimmerman, M. (1979). Peripheral and central nervous mechanisms of nociception, pain and pain therapy: facts and hypotheses. Dans Bonica, Liebeskind et Albe-Fessard (éds.), *Advances in Pain Research and Therapy*, Vol. 3. New York: Raven Press.